

ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมกับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ



นางสาวพลสิน เกลิมวัฒน์

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

LIVED EXPERIENCE OF BEING WITH DEPRESSIVE DISORDER OF ELDERLY  
PATIENTS



Miss Poonsin Chalearmwat

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย  
วัยสูงอายุ

โดย

นางสาวพุลสิน เกลิมวัฒน์

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

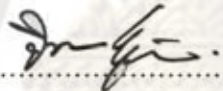
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

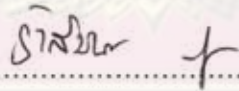
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทร ไซยา


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทร ไซยา)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(พันโทหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พุดติน เกลิมวัฒน์:ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับ โรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ.  
(LIVED EXPERIENCE OF BEING WITH DEPRESSIVE DISORDER OF  
ELDERLY PATIENTS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ผศ.ดร. รังสิมันต์ สุนทร ไชยา,  
127 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายความหมายและประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับ  
โรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ แบบการวิจัยเชิงคุณภาพใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ  
Husserl ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 10 ราย ได้รับการคัดเลือกแบบ  
เฉพาะเจาะจงและได้รับการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-dept interview) พร้อมกับนำข้อมูลการ  
สัมภาษณ์จากเทปบันทึกเสียงมาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ (Verbatim) และทำการวิเคราะห์ข้อมูล  
ตามแบบของ Colaizzi

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่กับโรค  
ซึมเศร้าไว้ว่าเป็นการทำความเข้าใจตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง และเป็นวิธีการยอมรับ  
ความจริงของชีวิตแล้วตั้งหลักกลับมาสู้ใหม่ ส่วนประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับ โรคซึมเศร้า  
ของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ 1) จิตใจอ่อนแอแต่อยู่อย่างมีหวัง  
กำลังใจ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ ความรู้สึกอ่อนแอของจิตใจ อยากหายกลับไปเป็น  
เหมือนเดิม และคิดอย่างมีความหวังและมีกำลังใจ 2) ครอบครัวมีความสำคัญในการมีชีวิตอยู่  
ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ คู่ชีวิตคือกำลังใจ ครอบครัวให้ความเอื้ออาทร และอยู่เพื่อ  
คนที่รัก 3) เรื่องของกรรมใช้ธรรมะเป็นที่พึ่งเพื่อเผชิญปัญหา ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย  
ได้แก่ การป่วยเป็นเรื่องของกรรม การมีธรรมะเป็นที่พึ่ง และปล่อยวางเพื่อความสบายใจพร้อม  
เผชิญปัญหา 4) การดูแลเริ่มต้นที่ตนเองเป็นสำคัญ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่  
ตระหนักในการดูแลตนเอง คิดในแง่ดี ปรับวิธีคิดและพฤติกรรม และกิจกรรมพาเพลินลิ้ม  
อารมณ์เศร้า 5) มั่นใจในทีมสุขภาพ ได้รับพลังใจ มีส่วนร่วมในการรักษา ประกอบด้วย 3  
ประเด็นย่อย ได้แก่ มั่นใจในทีมสุขภาพ พลังใจจากหมอพยาบาล และร่วมวางแผนในการรักษา

ผู้วิจัยสรุปข้อค้นพบจากงานวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจ  
ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับ โรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุอย่างครอบคลุม เพื่อนำไป  
วางแผนในการจัดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต พุดติน เกลิมวัฒน์  
ปีการศึกษา 2552 ลายมือชื่อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก Prof. Dr. Rangsiman Sunthra Chaiya

##5077591736 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : LIVED EXPERIENCE/DEPRESSIVE DISORDER/ ELDERLY

POONSIN CHALEARMWAT: LIVED EXPERIENCES OF BEING WITH DEPRESSIVE DISORDER OF ELDERLY PATIENTS. THESIS ADVISOR :ASST.PROF.

RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D, 127 pp.

The purpose of this study was to describe the meaning and experiences of being with depressive disorder among elderly patients. A qualitative research utilizing Husserlian phenomenology was applied. A purposive of ten elderly patients with depressive disorder participated in in-dept interviews for 45-60 mintues . Audio-tape interviews were transcribed verbatim. Data were analyzed using Colaizzi's method.

Elderly patients with depressive disorder defined the meaning of being with depressive disorder as the understanding of the self and getting ready to adjust themselves and accepting the real life, and then turning back to start a new life . Five themes of experiences of being with depressive disorder were: 1) being vulnerably minded but living with hope and cheerfulness such as feeling of weakness, wishing to be normal and thinking hope and support. 2) family was matter to be alive such as encouraging from their spouses, being cared from the family and living their lives for the loved one. 3) it was about the belief of Karma by using Dharma for coping in that being ill was about the law of Karma, holding on to the Dharma and letting it be as making comfortable to coping. 4) caring as starting of the self was necessary such as the awareness of self care, positive thinking, adjusting thought and behavior and using recreation to decrease sadness. 5) feeling of confidence in the mental health care teams and participating in the care including the health care providers' support.

The researcher concluded that the essential findings were basic knowledge to better understanding the experiences of being with depressive disorder among elderly patients. To appropriately managed psychiatric care , an increase the quality of care for elderly patients with depressive disorder was recommended.

Field of Study : ... Mental Health and Psychiatric Nursing...

Academic Year:....2009.....

Student's Signature : *Poon Clint*

Advisor's Signature : *Rangsiman S.*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจ ให้ความรู้ คำแนะนำและชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา อุปสรรคต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลงได้ ศิษย์ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

พร้อมทั้งขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และพันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะแนวทางการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงเพชร เกษรสมุทร และนางสาววันเพ็ญ แสงสงวน ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแนวคำถามการสัมภาษณ์ในการวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาในการอ่านบทสัมภาษณ์เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล และให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่านที่ให้ความกรุณา และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งให้คำแนะนำที่ดีสำหรับผู้วิจัย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยที่ให้การสนับสนุนทั้งทุนการศึกษาและเวลาในการศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณหัวหน้าตึกชนาคารกรุงเทพชั้น 1 พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคนที่เสียสละเนื่องจากต้องทำงานมากขึ้นในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยใช้เวลาในการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา-มารดา ที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสทางการศึกษาตลอดมา ขอขอบคุณสามี น้องและเพื่อนๆทุกท่านที่เป็นกำลังใจ ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตทุกท่านที่ให้กำลังใจ และคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทุกท่าน ขอให้กำลังใจในการดูแลตนเองและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์.....	6
1.3 คำถามการวิจัย.....	6
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	6
1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	9
2.2 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย สูงอายุ.....	14
2.3 แนวคิดการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	18
2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	26
2.5 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	43
3.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	43
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
3.4 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	49
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
3.6 การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	50
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
5 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	75
รายการอ้างอิง.....	91

ภาคผนวก.....		
ภาคผนวก ก	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	103
ภาคผนวก ข	1. จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	105
	2. จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล.....	
	3. เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในคน.....	
ภาคผนวก ค	1. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการ วิจัย.....	111
	2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย....	
ภาคผนวก ง	1. แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	115
	2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก	
	3. แบบบันทึกภาคสนาม.....	
	4. แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น.....	
	5. ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามราย.....	
	6. การตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัยโดยอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์.....	
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....		127



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....	53
ตารางที่ 2 ประสบการณ์ชีวิตระหว่างบำบัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประเด็นหลักและประเด็นย่อย.....	56



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มของความผิดปกติทางอารมณ์ โดยอาการเริ่มแรกของภาวะซึมเศร้าคือ อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงและนอนไม่หลับ ผู้ป่วยจะมีอาการดังกล่าวอยู่นาน 2-3 วันหรือสัปดาห์ หลังจากนั้นจึงมีอาการหลักๆของภาวะซึมเศร้าคือ อารมณ์เศร้าหมอง รู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองทุกอย่างในแง่ร้าย เป็นต้น (ดวงใจ กสถานติกุล, 2542)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม จากสภาพของร่างกายที่เสื่อมถอยทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคทางกายสูง ทางด้านจิตใจพบว่าเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการพลัดพราก เสียชีวิตจากคนรักหรือญาติได้มาก การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวในการดำรงชีวิตอย่างมาก ปัจจัยต่างๆที่กล่าวมาล้วนเป็นความเครียดที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะซึมเศร้าได้สูง (พิเชษฐ อดมรัตน์, 2547)

จากการศึกษาวิจัยระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับธนาคารโลก (World Bank) และมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard School of Public Health) ใน Global Burden of Disease and Injury Series พบว่าภายในปีค.ศ.2020 โรคซึมเศร้า (Unipolar major depression) จะเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญอันดับ 2 รองลงมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) (นันทิกา ทิวชาชาติ, 2548) และในปี ค.ศ.2000 ได้มีการศึกษาถึงภาระโรค (Global Burden of Disease) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่ามียา DALYs 4.4 % ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการสูญเสียปีสุขภาวะถึง 65 ล้านปี (Chisholm et al., 2004) จากการศึกษาของ The National Institutes of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความชุกชั่วชีวิต (prevalence for life time) คิดเป็นร้อยละ 3.0-5.9 และ ความชุกใน 1 ปี (prevalence for 12 month) ร้อยละ 1.7-3.4 (Kessler et al., 2007) โดยโรคซึมเศร้าจะส่งผลให้เกิดความพร่องทั้งทางด้านการทำงาน สังคมและสุขภาพทางกายและจากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึง 70 ล้านดอลลาร์ต่อปี นอกจากสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแล้วยังส่งผลให้ต้องการการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (Weyerer et al., 2008) จากการสำรวจร่วมกันของ The National Institutes of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA) และ The National Comorbidity Surveys (NCS) พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าร้อยละ 8-20 (Licinio and Wong, 2005) และจากการศึกษาของ The Dutch Longitudinal Aging

Study Amsterdam (LASA) พบว่าประชากรที่มีอายุระหว่าง 55-85 ปีเป็นช่วงอายุที่เกิดโรคซึมเศร้ามากที่สุด (Keyes and Goodman, 2006) การศึกษาในยุโรป 8 ประเทศ พบอุบัติการณ์โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปี) คิดเป็นร้อยละ 8.8 ในไอซแลนด์ คิดเป็นร้อยละ 23.6 ในเมืองมิวนิก ประเทศเยอรมัน คิดเป็นร้อยละ 12.3 (Copeland et al., 1999 อ้างถึงใน ดวงใจ กษานติกุล, 2542) นอกจากนี้การศึกษาในเนเธอร์แลนด์พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปีมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 31 (Veer-Tazelaar et al., 2008) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของปรีชา ศตวรรษ ชำรงและคณะ (2544) พบว่าในผู้สูงอายุมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14 และจากการศึกษาของดารณศ เกษไชยและคณะ (2544) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.8

ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 65-80 ปี (Marwijk, Hermans, Springer, 1998) โดยที่ 15% ของผู้สูงอายุมีภาวะความทรمانจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Boyle and Chamber, 2007) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะความพร่องทั้งทางด้านสุขภาพทางกาย การทำหน้าที่ต่างๆ และการเข้าสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความรู้สึกทรمان มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง เพิ่มอัตราการตายและลดคุณภาพชีวิต (Adelman, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลีพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (decreased self-esteem) ภาวะการแยกตัว (a sense of isolation) และความรู้สึกทุกข์ทรمانเนื่องจากความพร่องทางด้านร่างกาย สังคมและจิตวิญญาณ (Chung, 2008) เห็นได้จากมีความสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม (social role performance) ร้อยละ 3.22 ความสูญเสียการแสดงออกซึ่งความสามารถในด้านต่างๆ (intellectual activity) ร้อยละ 3.11 และความสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง (instrumental ADL) ร้อยละ 2.41 (Kondo et al., 2008) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Murata et al., 2008) นอกจากนี้โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นอคติทางสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า (Twedell, 2007) เป็นความรู้สึกที่บั่นทอนจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Chung, 2008) มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวนมากที่อาการซึมเศร้าไม่ดีขึ้นเนื่องจากขาดความสามารถในการขอความช่วยเหลือและไม่ทราบรูปแบบหรือกลยุทธ์ในการดูแลตนเองอันเนื่องมาจากอคติที่เกิดจากตนเองและสังคม (Prins et al., 2008) ทำให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุที่มีความทุกข์ทรمانจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยจนเกิดเป็นโรคเรื้อรังตามมา (Haringma et al., 2006) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Feely et. al (2007) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากล่าวว่าเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทำให้เกิดความรู้สึกทางลบ กล่าวโทษตนเอง มีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากการสูญเสียบทบาทหน้าที่ บุคคลอันเป็น

ที่รัก ความเหงา ว้าเหว่ ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี รวมทั้งความเสื่อมของสุขภาพทางกายทำให้ขาดความพึงพอใจในชีวิต เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (สุณี สุวรรณพสุ, 2544) ดังที่สรยุทธ วาสิกนันทน์ (2547) ได้กล่าวถึงความสูญเสียเนื่องจากโรคซึมเศร้าว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่เป็นนานถึงเรื้อรังและเป็นซ้ำได้บ่อยๆ เป็นปัญหาต่อการทำงาน ครอบครัวและสังคม สูญเสียผลิตภาพ สูญเสียสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และส่งผลให้กลายเป็นภาวะพึ่งพิงสูงต่อคนในครอบครัว (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543 อ้างถึงในปิยะรัตน์ แวงวรรณ, 2550) ดังนั้นโรคซึมเศร้าจึงเป็นดัชนีของคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี (Well being) ของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

นอกจากนี้สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุยังมีความสำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้า นั่นคือเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สถานภาพและบทบาทย่อมเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุ (ปรีชา อุปโยคินและคณะ 2541; มัลลิกา มดีโกและคณะ 2542; วิภา ศิริสุขและคณะ 2542 อ้างถึงใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) จากการศึกษาในฮ่องกงพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีภาวะทางสุขภาพ การสร้างสัมพันธ์ภาพกับสังคม แหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ และสถานะทางการเงินน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว (Chou and Chi, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาในญี่ปุ่นที่พบว่า การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้นคือ การขาดผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้ที่คอยดูแลเอาใจใส่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Koizumi et al., 2005) ดังนั้นการมีเครือข่ายทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่เหมาะสมรวมทั้งการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและเพิ่มคุณภาพชีวิต (Chou and Chi, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Koizumi et al.(2005) ที่ศึกษาพบว่า การให้ความสำคัญกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเป็นระบบหนึ่งของครอบครัว (Family net work) เมื่อได้รับการบำบัดรักษาแล้ว ผู้ป่วยจะต้องกลับไปอยู่กับครอบครัวไม่ใช่ที่อื่น (รจนา กุลรัตน์, 2526 อ้างถึงในสุวิมล สมัตตะ, 2541) นอกจากนี้บ้านหรือครอบครัวยังเป็นสถาบันที่ดีเลิศที่สุดสำหรับผู้ป่วย (Loukissa, 1995 อ้างถึงในสุวิมล สมัตตะ, 2541) ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยทุกคนต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการความห่วงใยเอื้ออาทร และต้องการกำลังใจจากครอบครัวเพื่อไม่ให้เกิดความท้อแท้ในการดูแลรักษาอาการป่วยของตน ช่วยให้อาการป่วยทางจิตดีขึ้น และเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ เหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือผู้ป่วยหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตไม่ใช่ผู้ไร้สมรรถภาพทุกคนยังต้องมีชีวิตอยู่ยังต้องรับผิดชอบชีวิตของตนเอง ยังมีประโยชน์ต่อ

ครอบครัวและสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2538 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตถะ, 2541)

นอกจากบทบาทหน้าที่และแหล่งสนับสนุนทางสังคมแล้วสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในการดูแลตนเองให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลง คือการเห็นความสำคัญและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีเรื่องน่าสังเกตว่าเหตุใดเมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจนสามารถควบคุมพฤติกรรมที่เคยเป็นปัญหาได้แล้ว ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลับไปอยู่บ้านหรือชุมชนในไม่ช้าผู้ป่วยจิตเวชต้องกลับมารักษาซ้ำอีก (สุวิมล สมัตถะ, 2541) ดังนั้นการเรียนรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ (Haringma et al., 2006) โดยการเรียนรู้ถึงรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะทำให้สามารถพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อเป็นกลยุทธ์ในการลดความสูญเสียต่างๆ (Gitlin et al., 2007) และการใช้พฤติกรรมดูแลตนเองในการลดภาวะซึมเศร้านั้นยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาต้านเศร้า สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีสุขภาวะที่ดีได้ (Tsai, 2007) จากการศึกษาในประเทศออสเตรเลียพบว่า 84% ของผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากโรคซึมเศร้า 56.1% มีความต้องการการรักษาโดยมีความเชื่อว่าการได้รับการรักษาทางยาจะสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า 28.9% ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 46.2% ต้องการคำปรึกษาทางสุขภาพ 13% ต้องการการบำบัดทางสังคม และ 7.6% ต้องการฝึกทักษะการดูแลตนเองในด้านต่างๆ (Prins et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarkisian et al (2003) ที่ศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า 53% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เชื่อว่าการได้พูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้รูปแบบการเผชิญปัญหา/ความเครียดหรือกาปรับเปลี่ยน

กระบวนการคิดสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ (Prins et al., 2008) แต่อย่างไรก็ตามพบว่ารูปแบบการบำบัดต่างๆยังไม่สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gallo et. al., 2007) การศึกษาในยุโรปพบว่าร้อยละ 26 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับคำปรึกษาจากบุคลากรทีมสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ (Wittchen and Jacobi, 2005) รวมทั้งการที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับ โรคซึมเศร้า ขาดความต้องการความช่วยเหลือ ขาดคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ทำให้ขาดความตระหนักว่าสิ่งที่ต้องการจะสามารถช่วยให้เผชิญกับโรคซึมเศร้าได้ (Montgomery and Johnson, 1998) การสร้างรูปแบบการบำบัดเป็นเพียงการบรรเทาภาวะซึมเศร้าชั่วคราวแต่ไม่ได้ลดภาวะซึมเศร้าอย่างถาวร เนื่องจากว่าการจัดรูปแบบการบำบัดต้องได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่ายและที่สำคัญคือตัวผู้ป่วยต้องเกิดการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การปฏิบัติตนพร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการบำบัด (Minardi and Blanchard,

2004) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมิทัศนคติที่ดีต่อการขอความช่วยเหลือทางสุขภาพจึงเป็นการลดอคติทางสังคมและเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพจิต (Prins et al., 2008)

จากข้อมูลดังกล่าวประกอบกับนโยบายของกรมสุขภาพจิตที่มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2548) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและพัฒนาบุคลากรทีมสุขภาพจึงให้ความสนใจเกี่ยวกับการศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้า (Feely, 2007) ทั้งนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีหน้าที่หลักในการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจการเจ็บป่วยและผลกระทบของโรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างดีที่สุด การศึกษาประสบการณ์การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นการทำความเข้าใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างแท้จริง (Feely, 2007) การที่สามารถเข้าใจการดำเนินชีวิตรวมทั้งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Tsai, 2007) และเป็นแนวทางสำคัญที่ส่งเสริมการสร้างภาวะสุขภาพที่ดี (Gitlin et al., 2007) ดังนั้นการค้นหาระยะสำคัญของประสบการณ์การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นการสะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริงจากข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจและนำข้อค้นพบมาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและระบบบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งสร้างทัศนคติที่ดีของบุคลากรทีมสุขภาพต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากการศึกษาเชิงคุณภาพที่ให้ข้อมูลที่เป็นความรู้สึกนึกคิด ความคาดหวัง ความปรารถนา ความผิดหวังและความคับข้องใจต่างๆเป็นการแสดงถึงความหลากหลายตามมโนทัศน์ของแต่ละบุคคล แต่ละภูมิภาคซึ่งมีความแตกต่างกัน การศึกษาเชิงคุณภาพจะช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิด จิตวิญญาณ ความเป็นตัวตนที่แท้จริง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ดังนั้นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุจึงเป็นการศึกษาจากผู้ที่อยู่กับประสบการณ์นั้นโดยตรง ข้อมูลที่ได้จึงเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ตรงตามประสบการณ์ที่ศึกษา การวิจัยครั้งนี้จึงมีผลทำให้บุคลากรทีมสุขภาพ ครอบคลุม เกิดความเข้าใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญมาบูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิตที่ดีและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อบรรยายความหมายของการมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ
2. เพื่อบรรยายประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ

### คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยวัยสูงอายุมีประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าเป็นอย่างไร

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ซึ่งเป็นการศึกษาบนพื้นฐานว่าประสบการณ์เป็นความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาศัยการหยั่งรู้ความหมายจากข้อมูล (essence) โดยแยกความคิดหรือประสบการณ์ของผู้วิจัยจนกว่าจะเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (bracketing) (Streubert and Carpenter, 2003) จากการที่ผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร มารับการรักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลตติยภูมิ กล่าวถึงการให้ความหมายของประสบการณ์ การรับรู้ ความคิด ความรู้สึก ตลอดจนการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง และบันทึกด้วยแถบบันทึกเสียง การสัมภาษณ์ใช้พื้นที่ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัว

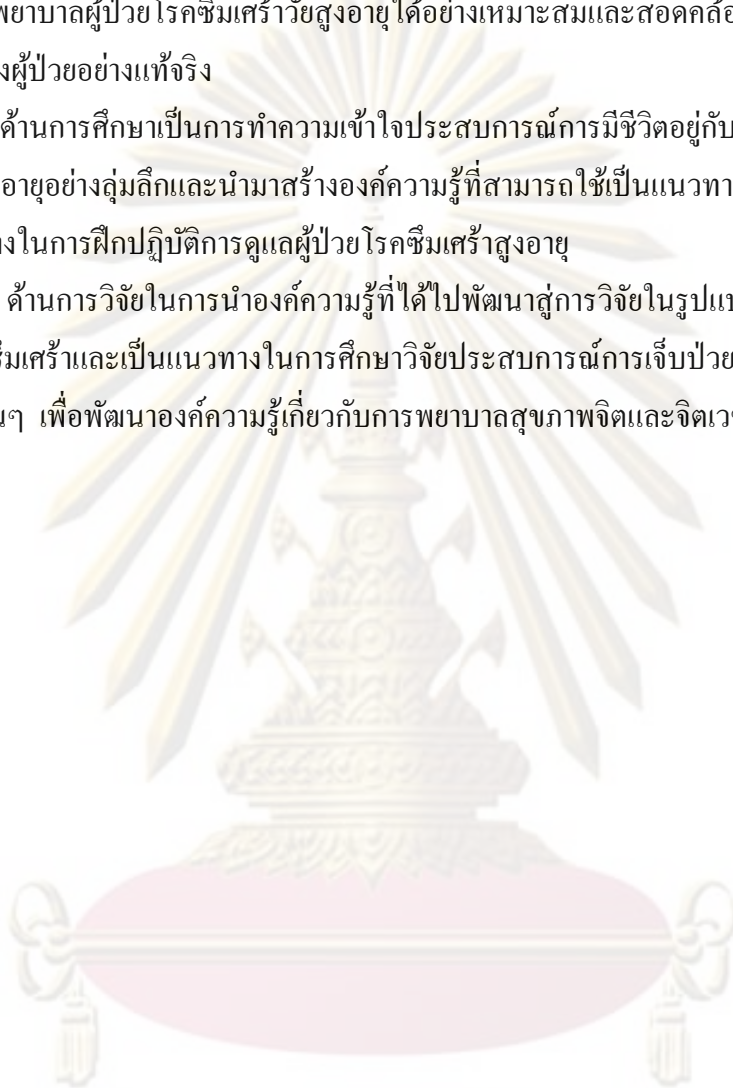
### คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-IV ว่าเป็นโรคซึมเศร้า รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้าและรับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้นอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้า หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ถ่ายทอดออกมาเป็นเรื่องราวหรือการบอกกล่าวเพื่ออธิบายถึงประสบการณ์ การรับรู้ เรื่องราว ความคิด ความเชื่อ เจตคติ ความรู้สึก และ/หรือการแสดงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในการดำเนินชีวิตอยู่ขณะเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามสถานการณ์ในชีวิตจริงของผู้ป่วยแต่ละราย และถ่ายทอดออกมาเป็นคำบอกกล่าวตามความเข้าใจของผู้ป่วย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล โดยนำองค์ความรู้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง
2. ด้านการศึกษาเป็นการทำความเข้าใจประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุอย่างลุ่มลึกและนำมาสร้างองค์ความรู้ที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการเรียนการสอนและแนวทางในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ
3. ด้านการวิจัยในการนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาสู่การวิจัยในรูปแบบอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการบรรยายความหมายของประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ และประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ เป็นการวิจัยศึกษาเชิงคุณภาพซึ่งผู้วิจัยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์จริง โดยปราศจากอคติและการคิดไตร่ตรองไว้ก่อนที่เกิดจากความคิด ความรู้ที่มีอยู่เดิมของผู้วิจัย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องก่อนที่จะทำการวิจัย เพื่อให้เกิดความตระหนักและความเข้าใจถึงประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ และจัดละวางหรือแยกความรู้เดิม (Bracketing) ของผู้วิจัยไว้เพื่อป้องกันการเกิดอคติในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่า ดังนั้น เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยได้ทบทวนเพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษาแบบกว้างๆ จึงประกอบด้วย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
  - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
  - 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 1.3 อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 1.4 ระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 1.5 การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 1.6 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
3. แนวคิดการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
4. แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการทางพยาธิสภาพไม่ได้เป็นการตอบสนองที่เป็นไปตามภาวะปกติของกระบวนการสูงอายุ ถึงแม้การแสดงออกของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักแสดงออกโดยมีความเสื่อมทางกายเพิ่มขึ้น เช่น การทำหน้าที่ต่างๆและการดูแลตนเองลดลงทำให้มีความซับซ้อนในการวินิจฉัยโรคและการรักษา (Cooke and Tucker, 2001) แต่ถ้าผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาโรคร้อย่างถูกต้องและเหมาะสม การพยากรณ์ของโรคก็สามารถเป็นไปได้ในทางบวกและสามารถลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายได้

### 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

Roose and Sackeim (2004) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นโรคที่เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิด พฤติกรรม การนอนหลับ และความอยากอาหาร โดยอาการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน สัมพันธภาพและความมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะความคิดอยากทำร้ายตนเองเนื่องจากว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูง

ดวงใจ กษานติกุล (2542) อธิบายว่า ผู้สูงอายุที่ถูกรบกวนจากปัญหาต่างๆรุมเร้าก่อให้เกิดความเครียด เพราะคับแค้นใจ น้อยใจ โดยอาการอาจแสดงออกทางประสาทอัตโนมัติตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ใจหวิว ใจสั่น วิงเวียน มึนศีรษะ จุกเสียดท้อง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร บางรายมีอาการมากจะรู้สึกหมดอาลัยตายอยาก ไม่อยากพบหรือพูดคุยกับใคร บ่อยครั้งที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่อยากอยู่เป็นภาระของลูกหลาน

สมภพ เรืองตระกูล (2544) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีอาการแตกต่างไปจากที่พบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย คือ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายทางกายมากแต่ในขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์อาจมีไม่มากและมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย จึงทำให้เข้าใจว่าโรคซึมเศร้าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุที่เป็นไปตามวัย และไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

ดังนั้นสรุปความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหมายถึงผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางอารมณ์โดยมีอาการเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ที่เด่นชัดเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจ และมีอาการร่วมกับอาการสำคัญอื่นๆ เช่น มีปัญหาการนอนหลับ ความอยากอาหารเพิ่ม/ลด ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ความสนใจในกิจกรรมต่างๆลดลง ไม่มีสมาธิ การเคลื่อนไหวช้า/กระสับกระส่าย มีความรู้สึกว่าคุณไร้ค่า รู้สึกเหงา หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เฉยชากับสิ่งแวดล้อมและถ้าอาการรุนแรงมากอาจมีความรู้สึกอยากทำร้ายตนเอง

## 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่อธิบายถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็น 4 ทฤษฎี ดังต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

### 1. ปัจจัยด้านชีววิทยา

1.1 ปัจจัยด้านชีวเคมี (Biochemical factors) จากการศึกษาด้านชีวเคมีพบว่า มีความเกี่ยวข้องกับระดับอารมณ์ของมนุษย์อย่างมาก เช่น พบว่าบุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้ามีระดับฮอร์โมนนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ต่ำ โดยพบว่าสารกลุ่มนี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (Neurophysiology) ได้แก่การเปลี่ยนแปลงของระดับชีวเคมีในร่างกาย หรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียม และ โพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ารุนแรงในช่วงเช้าตรู่ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ นอกจากนี้ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) เช่น สารเอมีน (biogenic amine) หรือจุดรับประสาท (receptor) ที่เชื่อมต่อปลายประสาท (synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง (second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก (Limbic) ที่ลดลงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

1.2 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) มีการศึกษาในฝาแฝดพบว่า ในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันอัตราการความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงร้อยละ 50 ในฝาแฝดไข่คนละใบ อัตราความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงร้อยละ 10-25 นอกจากนี้ยังพบว่าโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะพบในผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิด ได้แก่ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันมากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1 เท่าครึ่งถึง 3 เท่า

### 2. ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors)

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ฟรอยด์ (Freud) อธิบายว่าเป็นอาการเศร้า ไม่สนใจโลกภายนอก ขาดความรักและกิจกรรมต่าง ๆ มีความรู้สึกหั่นเข้าหาตนเอง สนใจเฉพาะตนเอง หลงผิดและลงโทษตนเอง อารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสียสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การตายจาก หรือการถูกปฏิเสธ สำหรับผู้สูงอายุการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก บทบาทหน้าที่การงาน ทำให้เกิดความรู้สึกทางลบ ไร้ค่า ขาดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม

2.2 ทฤษฎีพัฒนาการและประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้ง โดยเฉพาะการถูกแยกจากบุคคลที่มีความสำคัญใน 6 เดือนแรกของชีวิต ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเศร้า ความคิดและคาดหวังเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ไม่สามารถปรับตัวได้ ทารกที่ถูกทอดทิ้งในขวบปีแรกของชีวิตทำให้เกิดความเศร้า (Analytic Depressions) จะพบว่า มีพฤติกรรมเศร้า ร้องไห้มาก รับประทานอาหารไม่ได้ พัฒนาการเคลื่อนไหวล่าช้า ซึม ท้อ การเจริญเติบโต

หยุดชะงัก มีอาการเศร้าตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมเศร้ามาก ในวัยสูงอายุประสบ การณ์ความล้มเหลว การพรางจาก การเปลี่ยนสถานภาพทางครอบครัวและสังคมทำให้เกิดความ รู้สึกไร้ค่า ล้มเหลว หมดหวังกับชีวิต

3. ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factors) ทฤษฎีด้านการรับรู้ พบว่า ความเศร้าเกิดจาก การที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Beck (1976) ได้ ระบุถึงความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการ คือ ความคาดหวังด้านสิ่งแวดล้อมในทางลบ ความคาดหวังตนเองในทางลบ และความคาดหวังอนาคตในทางลบ ความรู้สึกในทางลบของ บุคคลจะมีผลในการทำลายพัฒนาการทางความคิดของบุคคล ทำลายความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกที่ว่าตนเองต่ำต้อยและเศร้ามาก เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความคิดและความรู้สึกทางล ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตมีมากขึ้นเนื่องจากความสูญเสียและความเปลี่ยนแปลง

4. ปัจจัยทางสังคม (Social factors) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดง ออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากจาริต ประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพ ปรับตัวให้เข้ากับสังคมดังกล่าว ไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัวตามมา สำหรับผู้สูงอายุการปรับเปลี่ยนสถานภาพ บทบาททั้ง ในครอบครัวและสังคม รวมทั้งรายได้ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความเคารพและยอมรับจากบุตรหลาน หรือคนรอบข้างลดลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) นอกจากนี้เหตุการณ์ร้ายในชีวิต (Stressful Life Event) เช่น การสูญเสียคนรัก การเริ่มป่วยเป็น โรคทางกาย การเกษียณจากหน้าที่การงาน การ สูญเสียบทบาทหน้าที่ของตน เป็นต้น ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้า (Mazure, 1998)

### 1.3 อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อาการเริ่มแสดงของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุมีความแตกต่างจากอาการแรกเริ่มในคนอายุน้อย โดยในผู้สูงอายุมีลักษณะสำคัญได้แก่ ความผิดปกติของโครงสร้างสมองเพิ่มขึ้น ความเสี่ยงต่อการมีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ความเสี่ยงของความพร่องในการรู้คิดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้แนวโน้มการ รักษาที่ไม่ได้ผลประเมนจากการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานขึ้น และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น (Evans&Mottram, 2000)

Beck (1976) ได้จำแนกอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไว้ 4 ด้านดังนี้ (สุชาติ ภัณฑารักษ์สกุล, 2546; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549)

อาการแสดงทางด้านร่างกาย (physical symptom) โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักมีอาการนอน หลับยาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความรู้สึกทางเพศลดลง มีความเจ็บปวดรุนแรงเฉพาะที่ (severe localized pain) ซึ่งสัมพันธ์กับการปวดแบบเรื้อรัง (chronic pain) นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายอาจมี

พฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า (retardation) ซึม ไม่พูด หรือในบางรายอาจมีอาการลูกลึกลูกนั่งไม่ติด (agitation)

อาการแสดงทางด้านอารมณ์ (emotional symptom) มีอารมณ์เศร้าหรือไม่มีความสุข วิตกกังวล อยากจะร้องไห้ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รู้สึกไม่มีความหมาย ไร้ค่า หดหวัง ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกเหล่านี้กระตุ้นให้เกิดความคิดต้องการทำร้ายตนเอง แต่ในบางรายอาจแสดงอาการออกทางอารมณ์ที่ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย

อาการแสดงทางด้านความรู้คิด (cognitive symptom) กระบวนการคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุเป็นกระบวนการคิดในแง่ลบ หรือการรับรู้ทางลบไม่ตรงกับความเป็นจริง จึงทำให้ความคิดเกี่ยวกับตนเอง อนาคตและสังคมเปลี่ยนไปในทางลบ

อาการแสดงทางด้านแรงจูงใจ (volitional symptom) แรงจูงใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุมีลักษณะแบบถดถอย โดยมีลักษณะแยกตัว สนใจกิจกรรมที่ชอบน้อยลงหรือในบางรายไม่สนใจกิจกรรม เฉยเมย ซึม คิดหมกมุ่นเรื่องของตนเอง

#### 1.4 ระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

แบ่งออกได้เป็นระดับต่างๆ ดังนี้ (อรพรรณ ถีอนุชวณิช, 2549)

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส เศร้าเหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งผู้สูงอายุทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้
3. ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่นานและตลอดเวลาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด รู้สึกไร้ความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ ทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีอารมณ์เคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งนิ่งๆเฉยๆในท่าเดียวกันนานๆ หรืออาจมุดลูกมุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างซ้ำๆ เงียบ ซึม ผู้สูงอายุที่มีอารมณ์เศร้ายกระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักจะแยกตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม พยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน

#### 1.5 การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

มาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2544) ได้จำแนกการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในรายที่มีอาการมาก เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้ามาก นอนไม่หลับหรือหลับยาก ภาวะวุ่นวายมาก ไม่ทานอาหาร หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ ให้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

2. การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค

การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือ เข้าสู่ระยะremission ยาหลักที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาแก้ซึมเศร้า ในระยะนี้ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80

การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 3-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recover ทั้งนี้พบว่าหากหยุดยาการรักษาก่อนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก

การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) การให้ยาเพื่อป้องกันจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด recurrence สูง

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy:ECT) ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ในผู้ป่วยสูงอายุการรักษาด้วยไฟฟ้ามักได้รับการเลือกเป็นลำดับหลังๆเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ

4. จิตบำบัด

4.1 การบำบัดทางกระบวนการคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavior therapy) เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น

รวมถึงการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคตและสิ่งแวดล้อมมากกว่าวัยอื่นๆเนื่องจากปัจจัยต่างๆมักใช้ได้ผลดี

4.2 สัมพันธภาพบำบัด (Interpersonal therapy) เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุปัญหาการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว สังคมเป็นปัญหาหลักปัญหาหนึ่ง การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพในสถานการณ์ต่างๆจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าและสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและครอบครัว

## 1.6 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังเมื่อป่วยแล้วทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ดังนั้นผลกระทบทางตรง มีหลายประการ ดังนี้

1. ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆลดลง (cognitive impairment) ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพอาจทำให้เกิดความคิดทำร้ายตนเองตามมา จากการศึกษาของ Conwell and Brent, 1995 พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายมักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงซึ่งมีร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุฆ่าตัวตายทั้งหมด (สุชาติ ภัณฑารักษ์สกุล, 2546) นอกจากนี้ยังเกิดความพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆแล้วยังส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เพิ่มค่ารักษาทั้งในลักษณะเฉียบพลันและฟื้นฟู (Tsai, 2007)

2. อาการหลงลืม (memory impairment) เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะทำให้การทำงานของสมองเปลี่ยนแปลงร่วมกับวัยสูงอายุที่มีความพร่องทางด้านความทรงจำซึ่งอาจทำให้มีโรคสมองเสื่อมร่วมด้วย (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548)

ผลกระทบทางอ้อม มีหลายประการดังนี้

1. ทุพโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารน้อยลง ความอยากอาหารลดลง ทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร น้ำหนักลด

2. ความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ เนื่องจากขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจการดูแลตนเอง การรักษาหรือการปฏิบัติตามแผนการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษา

3. อุบัติเหตุ เนื่องจากพฤติกรรมที่ซ้าลงหรือลุ่มลุ่มลงร่วมกับการขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมทำให้ขาดความระมัดระวัง

4. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากขาดความสนใจ ขาดแรงจูงใจ

5. สูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากแยกตัว ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความคิดในแง่ลบต่อบุคคลหรือสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ครอบครัวและสังคมเกิดความไม่เข้าใจผู้ป่วย ไม่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ

## 2. แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

จุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่สำคัญมี 3 ประการ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงในเชาวนี ล่องชูผล. 2547; อัจฉรารวรรณ แก่นอินทร์, 2548)

ประการแรก ให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ายากมักจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตายแม้ไม่อาจป้องกันได้ทั้งหมด แต่การทราบถึงปัจจัยเสี่ยงหรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรม

หรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวังและให้ความเอาใจใส่มากขึ้น  
ดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส
2. ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยสูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันทั้งทางด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหารและอื่นๆ
3. ให้การดูแลใกล้ชิด สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องการฆ่าตัวตาย คือ การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจช่วยปลอบโยน ให้กำลังใจ โดยเฉพาะช่วงคืนนอนใหม่ๆ หากมีคนพูดคุยด้วยจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย
4. ขจัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคมหรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่างๆ เช่น แก้ว เข็ม เข็มขัด ตลอดจนหน้าต่าง ประตูกระจก หรือทางเข้าออกสู่ระเบียง ภายนอกที่ลื่นตา นอกจากนี้ควรหมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้สูงอายุเก็บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันการเก็บสะสมยา
5. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เครื่องกระตุ้นให้ยาผู้ป่วยสูงอายุให้ตรงขนาด ตรงเวลา และติดตามอาการข้างเคียงของยา หรือผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจจำเป็นต้องรักษาด้วยไฟฟ้า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน บางครั้งอาจได้รับการผูกมัด ควรให้การดูแลใกล้ชิด หมั่นตรวจสอบอาการผู้ป่วยสูงอายุและปลดเครื่องผูกมัดบ่อยๆ เพราะการผูกมัดอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุบาดเจ็บเป็นอันตรายได้
6. พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้นและการทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง แยกแยะสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่บกพร่องควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกผิดหรือตำหนิตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ
7. ควรทำสัญญากับผู้ป่วยสูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เช่น “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายภายในสัปดาห์นี้” หรือ “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายขณะอยู่โรงพยาบาล” หรือ “ถ้าฉันคิดฆ่าตัวตายฉันจะบอกให้ท่านทราบ” เป็นต้น การทำสัญญาและรักษาสัญญาเป็นสิ่งมีประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหาและหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ  
ประการที่สอง ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติดังนี้
  1. ส่งเสริมความรู้สึกรับคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้ป่วยสูงอายุ โดย
    - 1.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้และมีผู้ที่ห่วงใยในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ ญาติ และเพื่อนๆ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะปัจจัยหนึ่งที่มี



ส่วนทำให้ผู้ปวยสูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย ได้แก่ เจตคติของคนในสังคมที่ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้ปวยสูงอายุลดลง ฉะนั้นพยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจาและท่าทางที่แสดงต่อผู้ปวยสูงอายุ ควรให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของผู้ปวยสูงอายุ

1.2 กระตุ้นให้ผู้ปวยสูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่ง que ผู้ปวยสูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ต่าหนิตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึกจะช่วยคลายความอัดอัด ภาระวณกระจายช่วยให้อภาวะซึมเศร้าลดลง

1.3 รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้ปวยสูงอายุ เช่น อารมณ์โกรธหรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน เพราะผู้ปวยสูงอายุจะไวต่อการปฏิเสธหรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระจายวณมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่ง que ผู้ปวยสูงอายุพูดและพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ปวยสูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อให้ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้ หลีกเลียงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ผู้ปวยสูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยไม่จำเป็น

1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้ปวยอื่นๆ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้ปวยสูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัด หรือมีประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้ปวยสูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆ ที่ดีแก่ชีวิต เช่น การมีเพื่อน มีสังคมและมีกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

2. ให้ผู้ปวยสูงอายุทบทวนภาวะซึมเศร้าของตนเอง

2.1 กระตุ้นให้ผู้ปวยสูงอายุทบทวนสถานการณ์และวิเคราะห์ความสูญเสีย หรือปัญหาที่เกิดขึ้นมานั้นว่า เหมาะสมเพียงใด ผู้ปวยสูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่

2.2 ช่วยให้ผู้ปวยสูงอายุรับรู้สิ่งดีๆ ในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ ดีที่พึงใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาทรห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่น การมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เป็นต้น

2.3 ช่วยให้ผู้ปวยสูงอายุเกิดความกระจ่างในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด ต่าหนิตนเอง หรือความขมขื่น ไม่พอใจต่างๆ ให้น้อยลงและให้มองอีกด้านที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

2.4 ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุในการเผชิญปัญหาและแก้ไขสถานการณ์ โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่างๆมากมาย เป็นผู้ที่มิประสบการณ์ชีวิตหลากหลาย ซึ่งจะช่วยเหลือคลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปด้วยดี

3. ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

3.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้อาการต่างๆ ดีขึ้น

3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์จะส่งเสริมให้คิดทำร้ายตนเอง การมองสิ่งต่างๆ ในด้านดีช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นต้น

3.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุระบายความรู้สึก และวิธีคิดที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

3.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

3.5 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ การปรับตัวที่เหมาะสมและวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดี และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

3.6 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้า ซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2-3 สัปดาห์ และจำเป็นต้องรับประทานต่อไปเพื่อให้อาการดีขึ้น พร้อมทั้งสังเกตอาการหรือผลข้างเคียงของยา เช่น อาการท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่า ถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือเหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง

ประการที่สาม ผู้ป่วยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทาน อาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่ายจึงมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากดื่มน้ำน้อยและเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขา และมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาต้านเศร้า ดังนั้นพยาบาลควรสังเกตและให้ความเอาใจใส่ โดย

1. ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควับันทักปริมาณอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

2. ชั่งน้ำหนักตัวเพื่อสังเกตการนับวมและติดตามภาวะโภชนา
3. จัดให้มีกิจกรรมต่างๆรวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้าและช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกดีขึ้น โดยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหาร และนอนหลับได้ดีขึ้น
4. ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม ทำให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง
5. บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความไม่สุขสบายทั้งจากภาวะซึมเศร้าและจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผลข้างเคียงจากรักษาโรคด้วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่างๆเหล่านี้จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุลดลง
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แวนตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ต้นไม้และสัตว์เลี้ยงเพื่อให้เพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน เป็นต้น

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว การทำงาน ความมีคุณค่าในตนเองและปัญหาที่สำคัญคือการสูญเสียชีวิต (Roose and Sackeim, 2004) ดังนั้นการเสริมสร้างแรงจูงใจและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปรับตนเองได้ (Lewinsohn et al., 1984) โดยคำนึงถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นสำคัญ (Minardi and Blanchard, 2004)

### 3. แนวคิดการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ในสมัยก่อนผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคทางจิตมีโอกาที่จะหายเป็นปกติน้อย แต่ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาการรักษาทั้งด้วยยาและวิธีการอื่นๆทำให้โอกาสหายมีมากขึ้น แต่โอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นใหม่อีกก็มีมากเช่นกันซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่างๆ เช่น การรักษาสภาพแวดล้อมในครอบครัว และตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยที่ป่วยหลายครั้งและป่วยเป็นเวลานานๆ ความผิดปกติของบุคลิกภาพจะมากยิ่งขึ้นจนเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิต และการทำงาน หรือเป็นภาระต่อญาติ พี่น้องอย่างมาก เพราะผู้ป่วยไม่สามารถทำงานช่วยเหลือตนเองได้ (สุวิมล สมัตถะ, 2541) เมื่อสมรรถภาพของผู้ป่วยสูญเสียไปทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบตนเองได้ทำให้เกิดเป็นภาระในการเลี้ยงดูของครอบครัวและสังคม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

#### 3.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

##### 3.1.1 ความหมายของความสามารรถ

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า ความสามารรถ ไว้ดังนี้

White (1981, เจียมจิตต์ จูคาบุตร, 2539 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตตะ, 2541) กล่าวว่า ความสามารถ หมายถึงความต้องการที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของตนเองในการควบคุม สภาพแวดล้อมของตนเอง ให้อยู่ในขอบเขตทั้งทางกายภาพและทางสังคมศาสตร์ โดยความสามารถ ของบุคคลจะถูกสร้างขึ้นในลักษณะที่สะสมทีละน้อย

เจียมจิตต์ จูคาบุตร (2539 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตตะ, 2541) กล่าวว่า ความสามารถ หมายถึง คุณภาพหรือสภาวะของการกระทำหน้าที่ใดๆ ได้อย่างเพียงพอโดยใช้กระบวนการเรียนรู้และทักษะ

สุวิมล สมัตตะ (2541) กล่าวว่า ความสามารถ หมายถึงพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล โดยใช้กระบวนการเรียนรู้และทักษะ ความสามารถนั้นจะถูกสร้างขึ้นในลักษณะที่สะสมทีละน้อย

สรุปได้ว่า ความสามารถ หมายถึงพฤติกรรมการแสดงออกตามความต้องการของบุคคล โดยใช้กระบวนการเรียนรู้และทักษะ ส่งผลให้เกิดคุณภาพหรือสภาวะของการกระทำหน้าที่ใดๆ ได้อย่างเพียงพอ

### 3.1.2 ความหมายของกิจวัตรประจำวัน

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า กิจวัตรประจำวัน ไว้ดังนี้

มยุรี เพชรอักษร (2532 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตตะ, 2541) กล่าวว่า เป็นกิจกรรมต่างๆที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่การตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน รวมทั้งการนั่ง การนอน การยืน และการทำสุขอนามัยส่วนตัว

นภภรณ์ แก้วภรณ์ (2533 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตตะ, 2541) กล่าวว่า เป็นกิจกรรมต่างๆที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่การตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน

Nair (1989; ทศนีย์ ระย้า, 2537 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตตะ, 2541) กล่าวว่า เป็นความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ

ทศนีย์ ระย้า (2537 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตตะ, 2541) กล่าวว่า เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อสามารถดำรงชีวิตในการทำกิจกรรมในแต่ละวันได้ด้วยตนเอง และมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือเพื่อให้กิจวัตรประจำวันนั้นเป็นไปได้ด้วยดี กิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเดินและการเดินทาง การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย

สุวิมล สมัตตะ (2541) กล่าวว่า เป็นกิจกรรมต่างๆที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำต่อตนเองในชีวิตประจำวัน เป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต และการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานโดยกิจกรรมเหล่านั้นจะกระทำด้วยตนเองหรือมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือก็ได้

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า กิจกรรมประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่างๆที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำในแต่ละวันตามความจำเป็นและความต้องการขั้นพื้นฐาน โดยกระทำด้วยตนเองหรือมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

### 3.1.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

สำหรับผู้สูงอายุปัญหาที่พบในผู้สูงอายุคือความพร้อมของการทำหน้าที่ต่างๆ การมีภาวะพึ่งพาและเมื่อมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยพบว่าปัญหาต่างๆเหล่านั้นมีความรุนแรงขึ้น โดยทำให้เกิดการขาดความสนใจกับสังคมและสิ่งแวดล้อม (Walker, 2005) นอกจากนี้พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว โดยเป็นภาวะพึ่งพิงสูงต่อคนในครอบครัว (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543 อ้างถึงใน ปิยะรัตน์ แวงวรรณ, 2550) ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุน้อย ดังเช่นการศึกษาของ Kondo et al., (2008) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีความสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม (social role performance) ความสูญเสียการแสดงออกซึ่งความสามารถในด้านต่างๆ (intellectual activity) และความสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง (instrumental ADL) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Murata et al, 2008)

### 3.2 ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช

ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชเหมือนความต้องการของบุคคลทั่วไป เพราะผู้ป่วยเป็นมนุษย์ที่มีชีวิต จิตใจ อารมณ์ มีความรู้สึกนึกคิด และมีความต้องการเฉพาะตนเช่นเดียวกับคนทั่วไป แต่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่โชคร้ายกว่า เนื่องจากไม่สามารถบรรลุความต้องการของตนได้จนเกิดความคับข้องใจหรือเกิดความรู้สึกขาด (Hay and Anderson, 1963, อัจฉรา จรัสสิงห์, 2536 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตถะ, 2541)

Rines and Motag (1976, อัจฉรา จรัสสิงห์, 2536 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตถะ, 2541) ได้แบ่งความต้องการออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1. ความต้องการทางร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การนอนหลับ การพักผ่อน การขับถ่าย การควบคุมอุณหภูมิที่เหมาะสม การเคลื่อนไหว ความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความต้องการทางเพศ
2. ความต้องการทางจิตใจเป็นความต้องการความรัก ความเป็นเจ้าของ ความมั่นคง ความเป็นอิสระ การพึ่งพาอาศัย ความสำเร็จ การยอมรับนับถือ และความภาคภูมิใจ
3. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณความต้องการทางด้านนี้พัฒนามาจากสังคมแต่ละแห่งเป็นเรื่องของศาสนา ความเชื่อต่างๆ แต่ละศาสนาจะมีพิธีการต่างๆ ซึ่งช่วยให้บุคคลบรรลุถึง

เป้าหมายทางด้านจิตวิญญาณ ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเป็นแรงกระตุ้นที่มีอยู่ภายใต้ พฤติกรรมของมนุษย์ และถูกเก็บไว้ในจิตสำนึกความต้องการนี้ ได้แก่ ความเชื่อ ความมีศักดิ์ศรี ความมีเหตุผลที่จะกระทำหรือเป็นตามเป้าหมายของตนเอง ความอบอุ่นใจ การปลอบใจและการมี เสรีภาพ

นอกจากนี้แล้วยังกล่าวถึงความต้องการของผู้ป่วยที่แตกต่างกันอีก 6 ประการ คือ

1. ความต้องการการปกป้อง คือ ผู้ป่วยต้องการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การประเมิน ความสุขสบาย และความอยู่ดี
2. ความต้องการการประคับประคอง คือ ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือเพื่อให้พ้นจากความ ไม่สุขสบายจากความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
3. การประคับประคองช่วยเหลือเป็นรายบุคคล คือ ผู้ป่วยต้องการความเข้าใจ การให้ กำลังใจ ตลอดจนการพึ่งพาช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวในขณะที่มีอาการต่างๆ
4. ความต้องการในการดำรงชีวิต คือ ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ช่วยให้ ดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ การขับถ่ายและอื่นๆ
5. ความต้องการในการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ การที่ผู้ป่วยต้องการช่วยเหลือให้ตนมี ความสามารถกลับสู่สภาพเดิมหรือคงสภาพให้ใกล้เคียงกับของเดิมมากที่สุด เช่น การจัดรูปแบบ การรักษาพยาบาลที่สามารถปรับเปลี่ยน หรือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยให้ลดลงหรือหมดไป
6. ความต้องการเพื่อนและครอบครัว ซึ่งเป็นความต้องการทางสังคมที่ต้องการการยอมรับ จากสังคมอื่น เช่น ต้องการความมั่นใจว่ามีคนรัก คนสนใจอยู่

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชเป็นความต้องการที่ต้องการการ ตอบสนองเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณรวมถึงยังมีความ ต้องการในด้านต่างๆ เช่นการปกป้อง การประคับประคอง การช่วยเหลือเป็นรายบุคคล การ ดำรงชีวิต การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการมีเพื่อนและครอบครัว ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสังคม ผู้ป่วย จึงต้องการที่จะได้รับการดูแลจากสังคม พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อตอบสนองความต้องการดังที่ได้กล่าวมาแล้วให้สมบูรณ์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำเนินชีวิต ได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### 3.2.1 ความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุความต้องการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิต ในสังคมได้นั้นส่วนหนึ่งประกอบด้วยแหล่งสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากว่าแหล่งสนับสนุนทาง สังคม เป็นการสนับสนุนเพื่อเพิ่มปัจจัยปกป้องและป้องกันผลกระทบจากสิ่งต่างๆในชีวิต ดังนั้น การบูรณาการแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต คือการสร้างความสัมพันธ์

ของแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social relationship) คือ การตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่าง แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) และเครือข่ายของแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social network) (Glanz et al., 2008)

ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยบุคคลให้สามารถผ่าน ช่วงเวลาที่วิกฤตได้โดยการบูรณาการแหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้นมาใช้ในการดำเนินการแก้ไข ปัญหา โดยการนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสร้างสัมพันธ์ภาพใน รูปแบบการดูแลเอาใจใส่ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและนำไปสู่ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา (Glanz, K et al., 2008) นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายของแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social network) ยังเป็นการสร้างปัจจัยเสริมที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้มากขึ้น ดังเช่นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นบางรายไม่สามารถจัดการกับอาการ ดังกล่าวได้จึงใช้สารเสพติดเป็นตัวช่วยให้หลุดพ้นจากภาวะซึมเศร้า แต่ถ้ามีการสร้างเครือข่ายของ แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะสามารถเลือกวิธีการจัดการกับภาวะ ซึมเศร้าที่เหมาะสมโดยไม่พึ่งสารเสพติด (Berkman & Glass, 2000) แหล่งสนับสนุนทางสังคมมี ความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตสังคมนั้นคือแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริมที่จะป้องกัน บุคคลจากเหตุการณ์ความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนั้นเมื่อสามารถป้องกันบุคคลจาก เหตุการณ์ความเครียดได้จึงส่งผลให้ผลลัพธ์ของภาวะสุขภาพดีขึ้น (Glanz et al., 2008)

สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุพบว่า การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นปัจจัย ส่งเสริมต่อการมีภาวะทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมถึงความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆที่ ลดลงเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Loughlin , 2004) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Blixen and Kippes (1999) ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูก พรุนวัยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกระดูก พรุนวัยสูงอายุ นั่นคือ การมีอาการปวดจากโรคกระดูกพรุนในระดับน้อยถึงปานกลางจะมีภาวะ ซึมเศร้า 40% แต่ถ้ามีอาการปวดมากจะมีภาวะซึมเศร้า 60% และยังพบว่า การขาดการติดต่อกับ ครอบครัวและเพื่อนซึ่งเป็นเครือข่ายของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญส่งผลให้คุณภาพชีวิต ลดลงอีกด้วย และจากการศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในระยะยาวพบว่า แหล่งสนับสนุนทาง สังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้านั้นคือ เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเริ่มตระหนักถึง ความสำคัญในตนเอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะปรับกลยุทธ์การดูแลตนเองทั้งทางด้าน กระบวนการคิด พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ต่อไป (Holahan and Holahan, 1987)

### 3.3 การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช

มีผู้ให้ความหมายการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

สมจิต หนูเจริญกุล (2537 อ้างถึงใน พันธุ์ศักดิ์ วราอัสวปติ, 2541) ให้คำจำกัดความว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

ฟาริดา อิบราฮิม (2535 อ้างถึงใน พันธุ์ศักดิ์ วราอัสวปติ, 2541) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่กำหนดให้บุคคลและครอบครัวมีความคิดริเริ่ม และรับผิดชอบที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพได้เต็มศักยภาพเพื่อดำรงภาวะสุขภาพ

พันธุ์ศักดิ์ วราอัสวปติ (2541) อธิบายว่า การดูแลตนเองคือการที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ในสิ่งที่คาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาตนเองเข้าสู่ภาวะต่างๆตามปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม และคงไว้ซึ่งหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายอันจะส่งผลให้ตนเองมีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี มีการดำรงชีวิตที่เป็นไปตามปกติทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งปกติแล้วการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ที่เกิดขึ้น โดยเป็นผลรวมที่สั่งสมมาจากประสบการณ์สิ่งแวดล้อม การถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ ตลอดจนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวถึงพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตคือ พฤติกรรมที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเองโดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อประคับประคองจิตใจและส่งเสริมให้มีพัฒนาการในแต่ละระยะของวงจรชีวิตทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ขนาน หัสศิริ (2537 อ้างถึงใน พันธุ์ศักดิ์ วราอัสวปติ, 2541) ให้ความหมายว่า การปฏิบัติตนและการดูแลตนเองเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติอย่างหนึ่ง เมื่อมนุษย์ได้เผชิญกับความเจ็บป่วย กระบวนการเรียนรู้ตามธรรมชาติที่จะให้ความช่วยเหลือตนเองจึงเป็นสิ่งที่สั่งสอนสืบทอดกันมา แล้วนำประสบการณ์ การสังเกต ความเชื่อ มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ความเชื่อของแต่ละท้องถิ่น โดยการดูแลตนเองนั้นจะมีลักษณะเฉพาะดังนี้

1. มีความสนใจ เอาใจใส่และรับรู้สภาพสุขภาพและปัญหาสุขภาพของตนเองในเรื่องโรคประจำตัว อาการ อาการแสดง และพฤติกรรมเสี่ยง หรือการทำกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดการเจ็บป่วย



2. มีการตัดสินใจและมีความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรักษา การป้องกันการเกิดโรค และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะเข้าใจสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย

3. มีทักษะการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในระยะที่บุคคลมีสุขภาพดีและระยะเจ็บป่วย

4. สามารถจัดสภาพแวดล้อมที่สนับสนุน และเอื้ออำนวยในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคตลอดจนการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ

5. สามารถใช้บริการสาธารณสุขหรือแหล่งบริการสังคมต่างๆที่มีอยู่ในชุมชนที่จะสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้ได้ดี

Dean (1986, ยูพาฟิน ประสารอริคม, 2535 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตถะ, 2541) กล่าวว่า การดูแลตนเองเมื่อป่วยว่า ความเจ็บป่วยเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตัวเองว่ามีความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจตัดสินใจด้วยตัวเองหรือครอบครัว หรือเครือข่ายสังคม นำสู่พฤติกรรมความเจ็บป่วย โดยแต่ละคนจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป ซึ่งนักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา สรุปว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบ 4 ระดับ คือ

1. การดูแลตนเองของแต่ละบุคคล (Individual self-care)
2. การดูแลตนเองของครอบครัว (Family care)
3. การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network)
4. การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง โดยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Mutual aid หรือ self help group)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1. มีความสนใจ เอาใจใส่และรับรู้สภาพสุขภาพและปัญหาสุขภาพของตนเอง
2. มีทักษะการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในระยะสุขภาพดีและระยะเจ็บป่วย
3. ร่วมดูแลตนเองกับครอบครัว (Family care)
4. ประสานการดูแลสุขภาพกับเครือข่ายสังคม (social network)

### 3.3.1 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตัวเองว่ามีความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจตัดสินใจด้วยตัวเองหรือครอบครัว หรือเครือข่ายสังคม เป็นกระบวนการเรียนรู้ตามธรรมชาติที่จะให้ความช่วยเหลือตนเองโดยนำสิ่งที่สั่งสอนสืบทอดกันมา ประสบการณ์ การสังเกต ความเชื่อ มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ความเชื่อของแต่ละท้องถิ่น ส่งผลให้เกิดการสร้างพฤติกรรมที่บุคคลริเริ่ม ตั้งใจกระทำ

ด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจและกระทำอย่าง ต่อเนื่องเพื่อประคับประคองจิตใจและส่งเสริมให้มีพัฒนาการในแต่ละระยะของวงจรชีวิตทั้งในภาวะ ปกติและภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยกำหนดให้บุคคลและครอบครัวร่วมรับผิดชอบที่จะปฏิบัติ หน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ได้เต็มศักยภาพเพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดีไว้

### 3.4 ผลกระทบของความเจ็บป่วยทางจิตต่อครอบครัว

ครุณี รุจกรกานต์ (2536 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตตะ, 2541) ได้กล่าวถึงผลกระทบของความ เจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชต่อครอบครัวว่า การมีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวนั้นเป็นมลทินใน สังคมที่ทำให้คนทั่วไปหลีกเลี่ยงที่จะมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวของผู้ป่วยจะต้อง รับภาระการดูแลผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และส่วนมากจะเป็นผู้ดูแลที่ปราศจากการเตรียมความ พร้อมในด้านต่างๆ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ เป็นที่เข้าใจกันแล้วว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ใน ภาวะวิกฤต เป็นภาวะที่ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติตนของสังคมและสมาชิกในครอบครัว ประกอบกับความเชื่อที่ว่าครอบครัวเป็นแหล่งของปัญหาและสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิต สมาชิกในครอบครัวจึงรู้สึกผิดบาป เกิดความเครียดทางอารมณ์ทำให้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ดังนี้

1. ความโศกเศร้าเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวช เพราะครอบครัวรู้สึกถึงความสูญเสียผู้ที่ตนรู้จักและคุ้นเคย หมดสิ้นความหวัง และความฝันที่เคยมี ร่วมกับผู้ป่วยการสูญเสียสมาชิกจากการเสียชีวิตเป็นเรื่องที่ครอบครัวได้รับการประคับประคองทาง จิตใจจากสังคมและผู้อื่น แต่การสูญเสียของสภาพจิตปกติของสมาชิกในครอบครัวจะได้รับการ ตอบสนองที่แตกต่างกันจากสังคม

2. ความรู้สึกผิดบาป ครอบครัวมักคิดว่าให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชผิดพลาด และมักจะครุ่นคิด ถึงเหตุการณ์ในอดีตหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางจิต การคิดถึงสิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้ ครอบครัวรู้สึกผิดบาป และหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการจนเกิดอาการรุนแรงหรือมีความ เสี่ยงเกิดขึ้นจะส่งผลให้ครอบครัวถูกตำหนิจากสังคม

3. ความโกรธ ครอบครัวรู้สึกโกรธ บางครั้งไม่ทราบว่าจะโกรธอะไร อาจโกรธผู้ป่วย แต่ มักจะเป็นชั่วคราว อาจโกรธสมาชิกในครอบครัวผู้ใดคนหนึ่งที่คิดว่าเป็นสาเหตุ หรือโกรธที่ระบบ ครอบครัวหรือสังคม ความโกรธที่เกิดขึ้นในแต่ละคนอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละ บุคคล ทำให้การแสดงออกแตกต่างกันบางครั้งพบว่าความโกรธสร้างความขัดแย้งใหม่ใน ครอบครัว

4. ความคาดหวังของครอบครัว พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกว่าควบคุมตนเองไม่ได้ ทำให้ครอบครัวรู้สึกเศร้าสลดใจและโกรธที่ไม่สามารถช่วยเหลือได้ ถ้าหากอาการผู้ป่วยเรื้อรังทำ

ให้ครอบครัวเกิดภาวะถดถอยไร้ความสามารถ ความพยายามที่ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยหาวิธีการต่างๆ จะยิ่งเพิ่มความรู้สึกสิ้นหวังหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น

5. ความกลัว ความรู้สึกสิ้นหวัง สูญเสียความสามารถส่วนใหญ่จะตามมาด้วยความหวาดกลัว อาจกลัวผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมคุกคาม สมาชิกครอบครัวที่มีความรู้สึกผิดบาปจะรู้สึกกลัวมากขึ้น อาจเป็นสาเหตุที่หลีกเลี่ยงการมาพบผู้ป่วยหรือให้การดูแลผู้ป่วย

### 3.4.1 ผลกระทบของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยสูงอายุต่อครอบครัว

สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยสูงอายุครอบครัวมีความสำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยสูงอายุให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี เนื่องจากว่าการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยสูงอายุนั้นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว วางพื้นฐานที่ดีของสังคม แต่ในขณะเดียวกันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของจำนวนสมาชิก โครงสร้างของครอบครัวและรูปแบบการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยสูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวมีความเปลี่ยนแปลงไปนั่นคือ เกิดความรู้สึกอ่อนแอต้องการการดูแลจากครอบครัวมากกว่าเดิม สร้างความขัดแย้งกับครอบครัวทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยสูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว (Chung et al., 2008) ก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ป่วย โรคมะเร็งวัยสูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมตามมา

## 4. แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology)

เป็นการวิจัยที่มีรากฐานมาจากหลักปรัชญา (Philosophy) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ เน้นความเป็นธรรมชาติ (Nature) และความเป็นจริง (Truth) ของปรากฏการณ์ เพื่อสะท้อนให้ทราบถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา หรือ ธรรมชาติของมนุษย์โดยเชื่อมคยระหว่างความจริง การรับรู้ ทฤษฎี และการปฏิบัติ บุคคลที่เป็นบิดาของปรัชญาแนวปรากฏการณ์วิทยา คือ Husserl (Streubert and Carpenter, 2003) ซึ่งมีแนวคิดหลักที่สำคัญ คือ การค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มี การคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องแยกความคิดนั้นออกจากสิ่งที่กำลังศึกษาซึ่ง Husserl เรียกว่า “การเก็บความคิดไว้ในตะกร้า” (bracketing) และมีกระบวนการตัดทอน (reduction) ของข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออก เพื่อให้ได้ความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างแท้จริง ต่อมา Heidegger ได้พัฒนาแนวคิดของการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาเป็นปรากฏการณ์วิทยาเพื่อการทำความเข้าใจมนุษย์ (Hermeneutic phenomenology) โดยเน้นว่าเป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลที่มีความหมายต่อบุคคลนั้นๆ อย่างไร

(ชาย โพธิ์ธิตา, 2550) ดังนั้นความเข้าใจแนวคิดของความเป็นบุคคลจึงมีความสำคัญเพราะจะนำไปสู่แนวคิดการเลือกใช้ปรัชญานี้เป็นระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) เป็นระเบียบวิธีการวิจัยรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล (lived experience) และการศึกษาโลกแห่งความเป็นจริงของการดำรงอยู่ (life world) ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดทางด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ โดยมีสาระสำคัญว่า สังคมมนุษย์มีลักษณะเคลื่อนไหวตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในสังคมมีลักษณะเฉพาะแต่ละสังคม แต่ละกาลเวลา ปรากฏการณ์ทางสังคมเกิดขึ้นเพราะมนุษย์มีการรับรู้ ให้ความหมาย และแสดงพฤติกรรมที่ถือว่าเหมาะสมกับบริบทที่ตนอาศัยอยู่ ณ เวลานั้นๆ ออกมา ดังนั้นผู้ที่เป็สมาชิกของสังคมนั้นๆ เท่านั้นจึงจะเป็นผู้ที่รู้ข้อเท็จจริงของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

(ชาย โพธิ์ธิตา, 2550) นอกจากนี้ยังหมายความถึงการแบ่งปันความสำคัญประสบการณ์ด้วยการตรวจสอบความหมายโดยการรับรู้ ถ่ายโอนและตรวจสอบกับบุคคลที่ผ่านประสบการณ์เช่นเดียวกัน (นิตา ชูโต, 2545)

ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นทั้งปรัชญาและวิธีการสืบค้น อธิบายโดยตรงจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด รวมตลอดถึงประสบการณ์ของมนุษย์ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งทั้งด้านความกว้าง ความลึก (Omery, 1983) โดยไม่คำนึงถึงทฤษฎีหรือคำอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลของปรากฏการณ์ที่มีอยู่ก่อน การสืบค้นและการอธิบายปรากฏการณ์จะต้องมีความเป็นอิสระจากแนวคิดเดิม และการคาดการณ์ต่างๆมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Streubert and Carpenter, 2003) ลักษณะของผู้วิจัยทางปรากฏการณ์วิทยาจึงต้องเป็นผู้มีสติและมีความตระหนักในตนเองอยู่ตลอดเวลา ทำตนเป็นผู้ไม่รู้ เพื่อให้สามารถตัดวงสิ่งที่ต้องการศึกษาได้อย่างเต็มที่ตลอดจนต้องทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างลึกซึ้งจนเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งของผู้วิจัย เกิดเป็นความรู้ ความเข้าใจปรากฏการณ์เหล่านั้นในที่สุด

#### 4.1 ลักษณะเชิงกลยุทธ์ของการวิจัยเชิงคุณภาพ

โดยอาศัยแนวคิดของ Patton (1990) และ LeCompte and Schensul (1999) (นิตา ชูโต, 2545; ชาย โพธิ์ธิตา, 2550)

4.1.1 เป็นการวิจัยที่ทำในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ (Natural Setting) โดยมีความหมาย 3 ประการ คือ

ประการแรก หมายถึง การศึกษาพฤติกรรมหรือปรากฏการณ์ในขณะที่สิ่งเหล่านั้นกำลังดำเนินไปอยู่ตามสภาพธรรมชาติของมัน

ประการที่สอง หมายถึง การที่สถานการณ์ที่ศึกษานั้น ไม่ถูกดัดแปลง แต่งเติมให้ผิดไปจากธรรมชาติของมัน

ประการที่สาม หมายถึง วิธีการได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นธรรมชาติ นั่นคือ การไม่กำหนดไว้ล่วงหน้าก่อนจะลงมือเก็บข้อมูลแต่เปิดกว้างไว้ให้สิ่งเหล่านั้นปรากฏขึ้นเองตามธรรมชาติและลักษณะเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน

#### 4.1.2 ใช้ตรรกะแบบอุปนัยเป็นหลัก (Inductive approach)

การวิจัยแบบอุปนัย คือ การทำวิจัยที่เริ่มต้นจากสิ่งที่จำเพาะเจาะจงไปสู่สิ่งที่ทั่วไป โดยสิ่งที่จำเพาะเจาะจงคือข้อมูลซึ่งได้มาจากประชากรตัวอย่างที่เลือกมาโดยเฉพาะจำนวนหนึ่ง สิ่งที่ทั่วไปคือข้อสรุปในรูปของคำอธิบายหรือกรอบแนวคิด ทฤษฎีซึ่งสามารถนำไปใช้ทั่วไปกับประชากรและสถานการณ์ในวงกว้าง โดยการไม่มีข้อตกลงเบื้องต้นมาก่อนเกี่ยวกับสภาพการณ์ที่เข้าไปศึกษา แต่จะเข้าไปสังเกต เผชิญเหตุการณ์ต่างๆด้วยตนเองแล้วจึงสร้างรูปแบบการสรุปความเข้าใจจากข้อมูล ซึ่งหมายถึงนักวิจัยจะต้องเข้าไปใกล้ชิดกับสภาพปัญหาด้วยตนเอง ทำความรู้จักเป็นส่วนบุคคลโดยตรง ใช้ช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลสร้างความสัมพันธ์จนกระทั่งเกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ ขอมเปิดเผยข้อมูล ความรู้สึก ความลับต่างๆ เป็นต้น การเข้าไปใกล้ชิดกับสถานที่ บุคคลและข้อมูลต่างๆอย่างแท้จริงและใช้เวลานานพอควรจึงจะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ได้

#### 4.1.3 เน้นการทำความเข้าใจแบบเป็นองค์รวม (Holistic Perspective)

การวิจัยจะต้องมุ่งสร้างความรู้และการทำความเข้าใจอย่างเป็นองค์รวม โดยมีสาระสำคัญคือ การค้นหาว่ามีส่วนประกอบอะไรบ้างและส่วนประกอบเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ไม่ว่าจะเป็นสภาพการณ์การเกี่ยวข้องกับต่างๆในบริบท ความซับซ้อนและความแปลกแตกต่างของความคิด ความประพฤตินของบุคคล เป็นต้น มิใช่มองศึกษาเป็นส่วนๆแยกออกจากกัน แต่จะศึกษาดูแต่ละส่วนในภาพรวมทั้งหมดของบุคคล ชุมชน องค์กร วัฒนธรรม เป็นต้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจหน้าที่ของแต่ละส่วนในภาพรวม

#### 4.1.4 ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก (Qualitative Data)

หมายถึง ข้อมูลทุกรูปแบบที่เป็นข้อความ (text) อยู่ในรูปของคำพูด หรือไม่ได้อยู่ในรูปของตัวเลข ยังหมายรวมถึงข้อมูลข่าวสารที่อยู่ในรูปอื่นๆด้วย เช่น แถบบันทึกเสียง แถบบันทึกภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ข้อมูลจากการสังเกต ข้อมูลจากเอกสาร แหล่งที่มาหลักๆของข้อมูลเชิงคุณภาพ คือการทำงานในภาคสนาม (fieldwork) ที่นักวิจัยมีการติดต่อโดยตรงกับกลุ่มประชากรตัวอย่างเพื่อทำการรวบรวมข้อมูลจากสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ มีข้อมูล

รายละเอียดครอบคลุม ครบถ้วน ซึ่งมีทั้งการพรรณนาเกี่ยวกับข้อมูลด้านคุณภาพ มุมมองด้านต่างๆ ของบุคคล การอ้างคำ ภาษาพูดตรงและประสบการณ์ตรงของบุคคลต่างๆ ที่ให้ข้อมูล เป็นการให้ ข้อมูลทุกด้านและแง่มุม

4.1.5 นักวิจัยติดต่อโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย (Direct Contact with Participants)

ภารกิจสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การเข้าไปอยู่ในสนามและเรียนรู้สิ่งที่ต้องการ ศึกษาโดยตรง

4.1.6 ให้ความสำคัญแก่พลวัตของสิ่งที่ศึกษา (Dynamic Perspective)

โดยการมองปรากฏการณ์ที่ศึกษาว่าเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง แต่เคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงวิวัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเป็น ของส่วนบุคคลและวัฒนธรรมส่วนรวม เพื่อให้เกิดความเข้าใจสภาพการณ์หรือกรณีอย่างลึกซึ้ง

4.1.7 ให้ความสำคัญแก่การศึกษาเฉพาะกรณี (Unique Case Orientation)

นั่นคือมุ่งทำความเข้าใจในทางลึกมากกว่าทางกว้างโดยคำนึงถึงปัจจัยสองประการ ประการแรก นักวิจัยต้องเฝ้าสังเกตการณ์สิ่งที่ศึกษาเป็นเวลานาน ประการที่สอง ให้ความสำคัญแก่ การศึกษากรณีพิเศษเฉพาะเจาะจงซึ่งอาจเป็นบุคคล องค์กร เรื่องราว หรือชุมชน

4.1.8 ให้ความสำคัญแก่บริบทของสิ่งที่ศึกษา (Context Sensitivity)

การวิจัยเชิงคุณภาพเน้นการเข้าถึงความหมายของผู้กระทำ ดังนั้นนักวิจัยต้องรวบรวม ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทอย่างเพียงพอเพื่อประกอบการตีความข้อค้นพบ จาก สถานที่ เวลา รวมทั้ง แง่มุมทางประวัติศาสตร์ วิวัฒนาการต่างๆ เป็นต้น เป็นผลสืบเนื่องไปยังความหมาย การตีความ เกี่ยวกับความจริง

4.1.9 มีความยืดหยุ่นในการออกแบบการวิจัย (Design Flexibility)

คือการไม่กำหนดไว้ตายตัวก่อนเริ่มต้นเก็บข้อมูลแต่สามารถยืดหยุ่นได้ตามความจำเป็น และเท่าที่สถานการณ์ในภาคสนามต้องการแต่ไม่ได้หมายความว่าไม่มีการวางแผน นักวิจัยอาจ วางแผนและมียุทธวิธีไว้ว่าจะเข้าไปในสนามวิจัยเมื่อไร สัมภาษณ์ สังเกตเวลาใด แต่เมื่อเข้าไปแล้ว พบปัญหาต้องมีความไว รับผิดชอบต่อ ปรับแผน ใช้วิธีหาข้อมูลหลายๆวิธีจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ มีความหมาย

4.1.10 ใช้เครื่องมือหลายอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่นักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ที่สุด (Researcher as an Important Research Instrument)

เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพมีคุณสมบัติสำคัญประการหนึ่งคือไม่มีโครงสร้างที่ เครื่องจักรซึ่งหมายความว่านักวิจัยสามารถปรับให้เหมาะสมกับแหล่งข้อมูลและสถานการณ์ โดย

นักวิจัยต้องมีความสามารถ ความชำนาญในการเก็บข้อมูล มีประสบการณ์และมุมมองที่ปราศจากอคติรวมทั้งการสร้างความรู้สึกร่วม จนสามารถเกิดการเรียนรู้ระหว่างการทำวิจัย มีความละเอียดอ่อนในการวิเคราะห์ บูรณาการผสมผสานแนวคิด ทฤษฎีและจินตนาการ เพราะนักวิจัยเป็นเครื่องมือในการวิจัย ดังนั้นคุณภาพของการวิจัยย่อมขึ้นกับคุณภาพของนักวิจัยโดยตรง

#### 4.1.11 เน้นความรู้สึกร่วม ความเข้าใจ (Empathy and Insight)

ความรู้สึกร่วม คือ การที่ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ให้ข้อมูลจนกระทั่งเกิดความเข้าใจ (Insight) เกี่ยวกับสภาพ ความรู้ ประสบการณ์และมุมมองของผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนเข้าใจคำอธิบายความหมายและ โลกของผู้ให้ข้อมูลได้ ทั้งนี้จะต้องยึดหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณต่อผู้ให้ข้อมูล

## 4.2 องค์ประกอบในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

1. ผู้วิจัย ในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาผู้วิจัยมีหน้าที่ในการทำความเข้าใจ ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลและนำข้อมูลนั้นมานำเสนอตามความเป็นจริงของข้อมูลในโลกทัศน์ (world view) ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา ตัวผู้วิจัยจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัยครั้งนี้ เพราะผู้วิจัยต้องเป็นผู้เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง โดยบทบาทหนึ่งที่สำคัญของนักวิจัยในสนามคือการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นบทบาทการสังเกตแบบคนนอกไปจนถึงการสังเกตแบบคนใน อันหมายถึงระดับความเข้าถึงในการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการเกี่ยวข้องขึ้นอยู่กับบทบาทที่ผู้วิจัยตัดสินใจว่าต้องการจะได้ข้อมูลระดับต้น ลึก หนา บาง ภายนอก ภายใน ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

บทบาทแบบคนนอก หมายถึงการเข้าไปสู่สนามของผู้วิจัยเพื่อการสังเกตโดยตรงว่าสมาชิกในสังคมนั้นพูดคุยสนทนา ประพฤติ ปฏิบัติอะไร อย่างไร ตลอดจนทำการสัมภาษณ์ พูดคุยกับสมาชิกในกลุ่มที่ผู้วิจัยเข้าไปสังเกต บทบาทนี้ผู้วิจัยเปิดเผยตนเอง สังเกตเฝ้ามองอยู่ห่างๆ ไม่เข้าไปร่วมกิจกรรมด้วยก็จะเห็นภาพในฉากต่างๆ ได้อย่างชัดเจน เห็นความเด่น ลักษณะเฉพาะ เห็นความสัมพันธ์ของบุคคล รูปแบบและกระบวนการสัมพันธ์รวมทั้งเหตุการณ์ต่างๆ ได้

จุดอ่อนของบทบาทแบบคนนอก คือ คุณภาพและความลึกซึ้งของข้อมูลซึ่งขึ้นอยู่กับความไว้วางใจของผู้ให้ข้อมูลและระยะเวลาการอยู่ในพื้นที่ของผู้วิจัย

บทบาทแบบคนใน หมายถึงการที่ผู้วิจัยสวมใส่บทบาทที่มีอยู่แล้ว ทำให้เกิดความกลมกลืนเป็นไปตามธรรมชาติของสนาม การสืบค้น พูดคุยเพื่อหาข้อมูลจึงเป็นไปอย่างปกติเหมือนดำเนินชีวิตนั้นๆ โดย Adler and Adler (1987 อ้างถึงใน นิสา ชูโต, 2545) ได้แบ่งบทบาทคนในออกเป็น 3 บทบาท ดังนี้

- สมาชิกแบบรอบนอก (Peripheral Membership) คือ ผู้วิจัยไม่นำตนเองเข้าไปร่วมใน ศูนย์กลางของกิจกรรมสนามถึงแม้ว่าจะสามารถเข้าไปได้ก็ตาม ผู้วิจัยจะเกี่ยวข้องในเฉพาะ กิจกรรมชีวิตประจำวัน โดยมีสาเหตุว่าถ้าเข้าไปเกี่ยวข้องจะทำให้เสียความเป็นกลางในการตีความ ข้อมูล จุดอ่อนคืออาจได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนเนื่องจากยากต่อการซักถามเจาะลึก

- สมาชิกแบบร่วมบทบาท (Active Membership) คือ การที่ผู้วิจัยเลื่อนบทบาทจาก กิจกรรมสมาชิกรอบนอกเข้ามาเกี่ยวข้องทำกิจกรรมที่เป็นศูนย์กลาง ได้เข้าร่วมมีปฏิสัมพันธ์กับ สมาชิกกลุ่มในฐานะที่เท่าเทียมกัน ร่วมรับผิดชอบทำกิจกรรมหลักคล้ายคลึงกับสมาชิกอื่นๆ การ สวมบทบาทแบบนี้ผู้วิจัยจะได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง ได้รับความหมายต่างๆจากปฏิสัมพันธ์อันเป็น ประสบการณ์ตรงของตนเองกับบุคคลต่างๆในกลุ่มผู้วิจัยจะต้องตีเส้นและระมัดระวังความรู้สึกที่ เกิดกับตนเองให้ชัดเจน นั่นคือต้องเป็นกลางไม่ลำเอียง ตื่นตัวและรู้สึกตัวเสมอ เพื่อให้เกิดความ สมดุลระหว่างบทบาทหน้าที่การงานกับบทบาทผู้วิจัยเพื่อให้ได้มุมมองที่เป็นจริง ถูกต้อง ลุ่มลึก

- สมาชิกแบบเต็มตัว (Complete Membership) คือ การเข้าไปในประสบการณ์ของผู้ให้ ข้อมูลอย่างจริงจัง โดยสิ้นเชิง ทั้งความคิด ความรู้สึก การกระทำและความผูกพันจนกลายเป็นพวก เดียวกับผู้ให้ข้อมูล แต่ผู้วิจัยอาจเกิดความขัดแย้งในบทบาทดังนั้นต้องได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำจากเพื่อนร่วมวิจัยหรืออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างบทบาทผู้วิจัยและ บทบาทที่สวมใส่

2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ให้ข้อมูลหลักถือว่าเป็นเจ้าของประสบการณ์ ผู้วิจัยจึงต้องให้ความ เคารพและพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างเคร่งครัด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ในงานวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาผู้วิจัยต้องเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ มี ประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษาในลักษณะของ “คนใน” (emic) ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างแท้จริง นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงความสามารถในการสื่อสาร ความเข้าใจในเรื่องภาษาและที่สำคัญคือ ความสนใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การสังเกต การบันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์ การวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับปัญหา เป็นต้น การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพจะกระทำควบคู่กัน ไป กล่าวคือ เมื่อได้ ข้อมูลไม่ว่าข้อมูลจากเอกสาร การสังเกตหรือการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยต้องวิเคราะห์ ตรวจสอบความถูกต้องจากแหล่งต่างๆในสนาม โดยการสังเกต สัมภาษณ์ซ้ำหลายๆแหล่ง จากผู้ให้ข้อมูลหลายๆคนด้วย วิธีการหลายๆวิธี แล้วจึงปรับสมมติฐานชั่วคราวจนเกิดความชัดเจนในข้อมูลและการตีความหมาย

4. การจัดการข้อมูล การจัดการกับข้อมูลผู้วิจัยต้องจัดเก็บอย่างเป็นระบบโดยส่วนมาก ผู้วิจัยมักใช้บันทึกภาคสนามและการบันทึกเทปการสัมภาษณ์เป็นกลวิธีการจัดเก็บข้อมูล การ บันทึกภาคสนาม คือ การจดบันทึกข้อมูลทั้งจากเหตุการณ์และปรากฏการณ์โดยผู้วิจัยต้องบรรยาย



รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาให้ชัดเจนและมากที่สุด รวมทั้งบันทึกปัญหา ความรู้สึกของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นขณะเข้าสู่สนามการวิจัย สำหรับการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ผู้วิจัย ต้องเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องบันทึกเสียงและแถบบันทึกเสียงให้ดีเพื่อป้องกันปัญหา และอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องจัดการกับข้อมูลการสัมภาษณ์ทันที โดยการถอดเทปและตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา เพื่อการสัมภาษณ์เพิ่มเติม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังต้องนำข้อมูลมาจัดเก็บเป็นแฟ้มข้อมูลที่เป็นระเบียบ โดยแบ่งแฟ้มข้อมูล นอกเหนือจากแฟ้มต้นฉบับ ดังนี้

4.1 หมวดเรื่องทั่วไป เพื่อติดตามเรื่องราวต่างๆ ได้สะดวกรวดเร็ว ควรแยกแฟ้มบุคคล สถานที่ องค์กร เอกสาร เพื่อรู้ว่าอะไรเกิดขึ้นกับใคร เมื่อไร อย่างไร

4.2 หมวดข้อมูลสนาม ผู้วิจัยควรแยกแฟ้มข้อมูล การสังเกต แฟ้มการสัมภาษณ์ และแฟ้ม บันทึกเกี่ยวกับกระบวนการในการเก็บข้อมูลไว้โดยเฉพาะ เพื่อช่วยในการเขียนวิธีการและ กระบวนการเก็บข้อมูลสำหรับรายงานวิจัย

4.3 หมวดการวิเคราะห์ ในขณะที่เก็บข้อมูลและเริ่มต้นวิเคราะห์นักวิจัยจะเริ่มมีแนวคิด เกี่ยวกับ หัวเรื่อง หัวข้อ เกิดขึ้นแล้วจึงควรเริ่มทำแฟ้มหัวเรื่องต่างๆ แยกเก็บเหตุการณ์ และบันทึก ความคิดในการวิเคราะห์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาการวิเคราะห์ข้อมูลจะกระทำไป พร้อมๆกับการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยต้องกระทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยสามารถเลือก วิธีวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับปัญหาและแนวคิดการวิจัย รวมทั้งอาจใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ช่วยในการวิเคราะห์ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546) โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ 3 ประการ ดังนี้ (นิตา ชูโต, 2545)

5.1 การลดทอนข้อมูล (Data Reduction) หมายถึง วิธีการเลือกเฟ้นหาจุดที่น่าสนใจ อันจะ ทำให้เข้าใจง่าย สรุปลย่อ ปรับข้อมูลดิบที่เก็บจากสนาม การปรับลดทอนข้อมูลดิบนั้นผู้วิจัยต้องทำ อยู่ตลอดเวลาตั้งแต่การเลือกสนาม การตัดสินใจว่าจะเก็บข้อมูลอะไรที่จะแสดงแนวคิด และในช่วง การเก็บข้อมูลจะกระทำเช่นเดียวกันนั่นคือ การลงรหัส ทดสอบแนวคิด รวมเป็นกลุ่ม เขียนข้อสรุป ชั่วครวและแปลงข้อมูลอยู่ตลอดเวลา จนกระทั่งเขียนรายงานเสร็จ การลดทอนข้อมูลจึงเป็นส่วน หนึ่งของการวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดความชัดเจน จนกระทั่งได้บทสรุป

5.2 การแสดงข้อมูล (Data Display) หมายถึง กระบวนการวิเคราะห์ การจัดเลือกเฟ้น สรรหาตัวอย่างข้อมูล หรือสารสนเทศ ไม่ว่าจะเป็นการสรุปจากรายงาน การสังเกต คำพูดจากการ สัมภาษณ์ หรือการกระทำ การแสดงพฤติกรรม แสดงประกอบเป็นหลักฐานของข้อสรุปชั่วคราว เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจและเชื่อมโยงไปสู่การวิเคราะห์และสรุปผลต่อไป

5.3 การสร้างข้อสรุปและยืนยันผลสรุป (Conclusion and Verification) หมายถึง การสังเคราะห์ ปะติดปะต่อข้อสรุปย่อยๆ ในช่วงแรกๆ เข้าด้วยกันเป็นบทสรุป และการตรวจสอบยืนยันเป็นผลสรุปการวิจัยในช่วงสุดท้าย เพื่อให้ได้บทสรุปที่น่าเชื่อถือผู้วิจัยต้องวิเคราะห์ตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง (second thought) ในขณะที่เขียนรายงานจากข้อมูลสนามเพื่อยืนยันผลสรุปวิจัย ด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า โดยการนำผลสรุปการวิจัยตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล(คนใน) ตรวจสอบความแตกต่าง/คล้ายคลึงของข้อสรุปของผู้วิจัย(คนนอก)

6. ความเชื่อถือและไว้วางใจในคุณภาพของการวิจัย (Trustworthiness) ในบริบทของการวิจัยเชิงคุณภาพมีดังนี้ Danzin (1978 อ้างถึงในนิสา ชูโต, 2545)

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) หมายถึง การตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล และการตีความของผู้วิจัยเกี่ยวกับความจริงระดับต่างๆ กับความคิดของผู้ให้ข้อมูลว่าสอดคล้องต้องกันหรือไม่ ซึ่งสิ่งที่นักวิจัยควรจะทำเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือได้ของการวิจัย โดย

1.1 อยู่ในสนามเป็นช่วงระยะเวลาานาน นานจนสามารถจัดอคติและตรวจสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญๆ ให้ถูกต้อง

1.2 สังเกตอย่างจริงจังเพื่อเข้าใจคุณลักษณะสำคัญๆ ที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะป็นสิ่งที่ปกติหรือผิดปกติ พร้อมทั้งทำความเข้าใจในความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ

1.3 ถ่ายทอด เล่า ตรวจสอบระหว่างเพื่อนร่วมวิจัย เพื่อดูความแจ่มแจ้งและพัฒนาการของความเข้าใจ ปรีกษาหารือเกี่ยวกับแนวทางการวิจัย

1.4 ตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่มาต่าง ๆ กัน คือ จากข้อมูลหลายแหล่ง (Data Triangulation) เพื่อ ได้คำอธิบายหลายๆ สภาพการณ์ หลายๆ ช่วงเวลาและมิติที่ต่างกัน จากผู้สืบสวนหลายๆคน หลายๆกลุ่ม (Investigation Triangulation) การสังเกตสนามหลายๆครั้งและประชุมปรึกษาหารือกันที่จะทำให้ลดความลำเอียงส่วนตัวลงได้ การใช้มุมมองจากหลายๆทฤษฎี (Theory Triangulation) อันหมายถึงนักวิจัยมองข้อมูลด้วยสมมติฐานจากหลายๆทฤษฎีด้วยความยุติธรรมว่าควรสรุปเป็นทฤษฎีใดจากข้อมูลรูปธรรมนั้นๆ และประการสุดท้ายคือการตรวจสอบจากหลายวิธีวิจัย (Methodological Triangulation) เช่น การใช้วิธีการสังเกตร่วมกับวิธีการสัมภาษณ์ เป็นต้น

1.5 มีสารสนเทศต่างๆครอบคลุมเพียงพอ ทั้งเอกสาร ภาพถ่าย รูปภาพ เทป วิดีโอ เป็นต้น สารสนเทศต่างๆเหล่านี้ต้องตรวจสอบความถูกต้องก่อนใช้เป็นหลักฐานอ้างอิง

1.6 ข้อมูลต่างๆ ที่ใช้ประกอบการวิจัยและการตีความเรื่องราวต่างๆจะต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบเป็นระยะๆ โดยผู้เกี่ยวข้องทุกชั้นตอนตั้งแต่ต้นจนจบการศึกษา

2. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) หมายถึง การใช้วิธีการหลายวิธีเข้าร่วมกัน ตรวจสอบความตรงของข้อมูลของแนวคิดทฤษฎี ซึ่งอาจใช้นักวิจัยหลายคนร่วมสังเกตสิ่งเดียวกัน เพื่อคิดว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะไปทิศทางเดียวกันหรือขัดแย้งกัน เป็นต้น

3. การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) หมายถึง ความสามารถอ้างผลการวิจัยไปยังสภาพการณ์ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน ควรใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sample) ที่ครอบคลุมแนวคิดและมุมมองของทฤษฎีที่กำลังจะเกิดจากข้อมูล (Grounded Theory) ค้นหาข้อสนเทศในทุกๆด้านอย่างครบถ้วนเพื่อสรุปคำตอบของสมมติฐานที่วางไว้แล้วสร้างแนวทาง หรือรูปแบบอันอาจทำให้เกิดการถ่ายโอนผลวิจัยไปสู่บริบทอื่นๆที่คล้ายคลึงกันได้

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) หมายถึง ความสามารถในการยืนยันผลอันเกิดจากข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ในหลายๆด้าน เช่น ตรวจสอบแนวคิด สมมติฐาน เปรียบเทียบกับงานวิจัยคนอื่นที่ทำเรื่องคล้ายคลึงกัน บันทึกสาเหตุและเหตุผล แนวทางในการมองปัญหาของผู้วิจัยอย่างชัดเจน รวมทั้งตรวจสอบแนวคิดกับผู้เชี่ยวชาญหลายๆคน

#### 4.3 การสร้างแนวคำถาม

ขั้นตอนของการสร้างแนวคำถามจะต้องกระทำก่อนที่จะเริ่มลงมือปฏิบัติการวิจัยจริง โดยมีขั้นตอนดังนี้ (เบญญา ยอดคำเนิน-แอ็คติคัจ และคณะ, 2541)

1. กำหนดปัญหา ขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อจะเป็นแนวทางให้การสัมภาษณ์หรือการสนทนาศมสามารถครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย

2. สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ตัวแปรและข้อมูลที่ต้องการ โดยสร้างจากการค้นคว้าทางทฤษฎี การทบทวนผลงานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ประสบการณ์ในอดีต แนวคิดที่สร้างขึ้น เป็นต้น เพื่อเป็นแนวคิดเบื้องต้น

3. สร้างแนวคำถาม โดยแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกหรือในการสนทนากลุ่มเป็นแนวทางให้ผู้วิจัย ใช้ตรวจสอบว่าการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่มครอบคลุมทุกเรื่องที่ต้องการแล้ว แนวคำถามที่ใช้โดยทั่วไปนั้นควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

3.1 แนวคำถามจะมีลักษณะเป็นเค้าโครง (Outline) หรือหัวข้อการสนทนาโดยในแต่ละหัวข้อจะมีคำถามย่อยๆเพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นรายละเอียด ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

3.2 แนวคำถามจะต้องมีความยืดหยุ่นได้ (Flexible) โดยในการปฏิบัติจริงผู้วิจัยจะต้องใช้วิจารณญาณของตนเองในการพิจารณาว่าจะใช้คำพูดใดจึงจะเหมาะสม คำถามใดควรจะถามเมื่อไร แม้ว่าจะกำหนดหัวข้อและลำดับของเนื้อหาไว้ในแนวคำถามแต่การกำหนดนั้นไม่ใช่สิ่งตายตัวอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อถึงเวลาปฏิบัติจริง

3.3 การเรียงลำดับคำถามในแนวคำถาม ควรจะเรียงลำดับหัวข้อคำถามให้เนื้อหามีความต่อเนื่อง สามารถดำเนินการสนทนาได้อย่างราบรื่น ควรเริ่มคำถามที่สร้างความคุ้นเคยกันระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์หรือผู้ร่วมกลุ่มสนทนากับผู้วิจัย หลังจากนั้นเริ่มคำถามเกี่ยวกับความคิดต่างๆ ไปในเรื่องนั้นๆ ก่อน แล้วค่อยเน้นคำถามหลัก คำถามเจาะ จากนั้นจึงกลับสู่คำถามที่ผ่อนคลาย

3.4 เนื้อหาของแนวคำถามในการวิจัยเรื่องเดียวกันที่ใช้กับตัวอย่างหรือกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มอาจไม่เหมือนกัน กล่าวคือในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้วิจัยอาจต้องการข้อมูลจากบุคคลหลายประเภท หรือการจัดสนทนากลุ่มในการวิจัยแต่ละเรื่องอาจแบ่งการสนทนาออกเป็นหลายกลุ่มขึ้นกับตัวแปรอิสระที่นำมาใช้ในการพิจารณา

3.5 ความยาวของแนวคำถาม โดยปกติแนวคำถามควรมีความยาวไม่มากนัก คือ ประมาณ 2-3 หน้ากระดาษเท่านั้น เพราะเป็นเพียงแนวคำถามที่จะช่วยเรียบเรียงลำดับการสนทนาและช่วยให้ผู้สัมภาษณ์ไม่ลืมประเด็นที่ต้องการศึกษา

4. การทดลองใช้ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลหลักที่ต้องการศึกษาเพื่อพิจารณาว่าแนวคำถามมีความเหมาะสม สามารถได้ข้อมูลครอบคลุมตามที่ต้องการศึกษาและสร้างความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างทำให้สามารถตอบคำถามได้ครอบคลุม ชัดเจน เมื่อทดลองใช้แล้วยังไม่สามารถเป็นแนวคำถามที่ดีหรือได้ข้อมูลไม่ครอบคลุม ครบถ้วนให้นำมาปรับข้อคำถามใหม่ให้เหมาะสมขึ้น

## 5. นำไปปฏิบัติจริง

### 4.4 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

การสัมภาษณ์พูดคุยในสนามเป็นวิธีการสำคัญและนิยมใช้มากที่สุด ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถโต้ตอบ ซักถามในภาคสนามหรือชุมชนที่ผู้วิจัยเลือกมาเนื่องจากมีคุณสมบัติพิเศษที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ผู้วิจัยต้องการได้ หรือมีประสบการณ์พิเศษที่แตกต่างไปจากคนอื่นๆ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546) โดยอธิบายจนเกิดความชัดเจน เพื่อให้ได้ข้อมูลลึกซึ้งและสมบูรณ์ นอกจากนี้ผู้สัมภาษณ์ยังมีโอกาสสังเกต กิริยาท่าทาง สิ่งแวดล้อมต่างๆของผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อประกอบในการตีความและอธิบายถึงปรากฏการณ์ต่างๆ ได้ อันเป็นวัตถุประสงค์สำคัญในการได้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการสนทนา (นิตา ชูโต, 2545)

ขั้นตอนการสัมภาษณ์ประกอบด้วย (นิตา ชูโต, 2545; ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546)

1. การเตรียมตัว ในการสัมภาษณ์เชิงลึกนอกจากเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์บันทึกเสียงแล้ว ผู้วิจัยต้องมีการเตรียมตัวของผู้วิจัย นั่นคือ การมีความรู้ดีในเรื่องหรือแก่นของเรื่อง

ที่ทำวิจัย ค้นคว้าและรู้ประเด็นคำถาม การเตรียมใจที่ต้องปฏิบัติคือการสร้างความสัมพันธ์ สร้างความไว้วางใจ โดยมิกลยุทธ์การใช้ผู้แนะนำ/ติดต่อ กิริยามารยาทอ่อนน้อม นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guideline) ซึ่งเน้นประเด็นสำคัญๆ และเป็นคำถามปลายเปิดที่มุ่งให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบาย ให้ความเห็น หรือเล่าประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นๆ

2. เริ่มการสัมภาษณ์ นักวิจัยแนะนำตัว ขออนุญาตและได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นจึงอธิบายเกี่ยวกับงานวิจัย รูปแบบ เวลาที่ใช้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์ อธิบายถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับใคร ระดับใด ขออนุญาตและอธิบายเหตุผลของการบันทึกเสียงในกรณีให้ผู้ให้ข้อมูลไม่อนุญาตให้บันทึกเสียง นักวิจัยอาจต้องบันทึกโดยการเขียนในขณะที่สัมภาษณ์หรือทันทีหลังสัมภาษณ์ อธิบายให้ความมั่นใจและรับรองเกี่ยวกับการรักษาความลับ หรือถ้าจะเปิดเผยข้อมูลจะอยู่ในรูปแบบใดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

3. ดำเนินการสัมภาษณ์ ขณะดำเนินการสัมภาษณ์นักวิจัยต้องทำตามสบายและเป็นธรรมชาติ สร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่รู้สึกเกร็งหรือหวาดระแวง ใช้ภาษาที่เข้าใจตรงกันทั้ง 2 ฝ่าย นอกจากนี้ต้องใช้เวลาอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูงสุด

4. สิ้นสุดการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพส่วนใหญ่มักไม่สัมภาษณ์ครั้งเดียว นักวิจัยอาจต้องสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักและรองมากกว่า 1 ครั้ง ดังนั้นในการสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้งนอกจากการแสดงความขอบคุณแล้วนักวิจัยต้องทวงถามไว้สำหรับการพบปะครั้งต่อไปด้วย

การบันทึกข้อมูลสัมภาษณ์ ถึงแม้ว่าจะมีการบันทึกเสียงแล้วก็ตามผู้วิจัยต้องจดประเด็นที่น่าสนใจและปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งต้องรีบทำทันทีหลังจากการสัมภาษณ์เสร็จ เพราะบันทึกจะช่วยเตือนความจำเรื่องสำคัญที่จะอ้างอิงในการตีความหมายข้อมูลสัมภาษณ์ หรือการอ้างอิงคำพูดจากการสัมภาษณ์สำหรับข้อมูลที่บันทึกเสียงไว้นั้นต้องได้รับการถอดเทปแบบพิมพ์คำต่อคำ ห้ามดัดแปลง ปรับแก้ เพราะข้อมูลดิบเหล่านี้จะนำมาใช้เพื่อการวิเคราะห์และอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ ดังนั้นผู้วิจัยต้องตรวจสอบบันทึกสัมภาษณ์และถอดเทปด้วยตนเอง

#### 4.5 การสังเกต (Observation)

การสังเกต หมายถึง การเฝ้าดูหรือศึกษาเหตุการณ์ เรื่องราวโดยละเอียด การสังเกตในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการสังเกตอย่างมีระบบในสภาพธรรมชาติของสนาม เพื่อดู ฟังและรับรู้สภาพการณ์ในสนาม เป็นวิธีการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสังเกตที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้จากความสามารถในการดู เก็บ จด จำ นำมาเขียนอ่าน ทำบันทึกแล้วนำมาเรียบเรียงเขียนสะท้อนประสบการณ์ที่ได้จากสนาม

ประเภทของการสังเกตแบ่งได้เป็น 5 ประเภท ดังนี้ (Denzin, 1978 อ้างถึงใน นิศา ชูโต, 2545)

1. การสังเกตกายภาพภายนอก เช่น สัญลักษณ์ รูปลักษณ์หรือคุณลักษณะภายนอกที่แสดงออก เป็นเครื่องหมายสื่อไปยังบุคคลหรือพฤติกรรมของบุคคล เช่น การแต่งกาย เครื่องแบบ เครื่องหมาย เครื่องประดับ สามารถบ่งชี้บุคคลและกลุ่มได้ สิ่งเหล่านี้นอกจากสังเกตภายนอกแล้ว ผู้วิจัยควรตรวจสอบด้วยการถามเพื่อให้แน่ใจ แต่ต้องระวังการตอบแบบเหมารวม (Response Set) ของผู้ที่เราสอบถาม รวมทั้งความรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยด้วย

2. การสังเกตการแสดงออก ของกิริยาท่าทางหรือภาษาท่าทางอันเป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย หน้าตา แขนขา และรูปแบบร่างกายของบุคคล โดยธรรมชาติ ตลอดจนความสอดคล้องหรือขัดแย้งของการแสดงออกกับคำพูด การส่งสัญญาณต่างๆเหล่านี้ผู้วิจัยต้องแปลรหัสให้ออกจึงจะเข้าใจความหมายที่ถูกต้อง

3. การสังเกตตำแหน่งแหล่งที่ทางกาย โดยปกติมนุษย์จะสงวนอาณาเขตรอบๆตนเองไว้เป็นส่วนตัว และจะยอมให้บุคคลเข้าใกล้ขีดตามระดับความสัมพันธ์ระหว่างกัน ดังนั้น ระยะห่างระหว่างบุคคลทางกายภาพจึงสามารถบ่งบอกความสัมพันธ์ของบุคคลได้ กล่าวคือ ถ้าอยู่ในระยะใกล้แสดงว่ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิด แต่ถ้าอยู่ระยะห่างกันรูปแบบความสัมพันธ์ก็จะห่างออกไป

4. การสังเกตการใช้ภาษา การใช้คำพูดในการสนทนาซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้พูด วิธีการพูดและเวลาพูดอันเป็นเรื่องที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน เนื่องจากภาษาที่ใช้จะแสดงความเป็นกันเองแตกต่างกันไปตามความสัมพันธ์ หรือกลุ่มคนที่อยู่ใกล้เคียงกัน แวดวงอาชีพเดียวกันก็จะมีรหัสภาษาและวิธีการแสดงออกที่เหมือนกันแตกต่างจากกลุ่มอื่น ดังนั้นการสังเกตและการวิเคราะห์จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการถามหรือสัมภาษณ์ควบคู่ไป ในกรณีที่ไม่แน่ใจหรือต้องการจะตรวจสอบโดยการถามความหมายจากคนใน กรณีที่ภาษาพูดแตกต่างกัน ผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาภาษาถิ่นให้เข้าใจและฝึกใช้ให้เกิดความคุ้นเคยเพื่อจะจับรหัสและตีความหมายได้แตกฉาน

5. การสังเกตบริบท เวลาและการใช้เวลา การใช้เวลาของบุคคลและกลุ่มต่างๆ ในกิจกรรมทางสังคมล้วนแตกต่างกันทั้งเวลาและช่วงเวลา

#### 4.6 บันทึกภาคสนาม (Field Note)

การจดบันทึกข้อมูลสนามเป็นสิ่งจำเป็นในการเก็บข้อมูลสนาม เนื่องจากในขณะที่ผู้วิจัยศึกษาสนามมีเหตุการณ์หลายอย่างเกิดขึ้น การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในสนามทำให้ความรู้สึกนึกคิดของผู้วิจัยผันแปร ปรับเปลี่ยนได้ ในแต่ละวันเรื่องราวและความรู้สึกนึกคิดต่างๆที่เกิดขึ้นและผ่านมาเหล่านี้ ถ้ามิได้เขียนหรือจดบันทึกไว้จะทำให้ลืมได้ การจดบันทึกนอกจากจะช่วยให้ผู้วิจัย

ไม่ลืมเรื่องราวต่างๆ ยังเป็นหลักฐาน ช่วยเตือนให้ผู้วิจัยรวมทั้งผู้ให้ข้อมูลระลึกเรื่องราวทำให้การเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

บันทึกข้อมูลสนามที่ผู้วิจัยต้องจัดทำสามารถแยกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ในสนามเกี่ยวกับบุคคล กิจกรรม จากเรื่องราวต่างๆเรียงตามวัน เวลา บันทึกรายละเอียดนี้สามารถทำได้ทั้งแบบที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยเขียนบรรยายรายละเอียดต่างๆให้ครบถ้วน แต่ในบางกรณีการบรรยายสิ่งที่เป็นรูปธรรมอาจต้องบันทึกด้วยภาพ การใช้ภาพจะช่วยให้ผู้วิจัยเห็นภาพของเหตุการณ์ อันจะช่วยกระตุ้นให้ระลึกถึงเรื่องราวในสนามได้ดียิ่งขึ้น

2. บันทึกความรู้สึกส่วนตัวของผู้วิจัย เป็นบันทึกที่ผู้วิจัยเขียนเพื่อทบทวนความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับงาน สิ่งแวดล้อม ทั้งทางกายภาพและทางสังคม เรื่องส่วนตัวและอารมณ์ของผู้วิจัย บันทึกดังกล่าวต้องทำทุกวันเพื่อตรวจสอบประสบการณ์ภายในของตนเองว่าเปลี่ยนแปลง ผันแปรไปอย่างไรเพื่อช่วยผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา

#### 4.7 การเลือกบุคคลหรือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

การเลือกตัวบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเพื่อใช้เป็นตัวอย่างในการศึกษา โดยทั่วไปแล้วมีหลักเกณฑ์กว้างๆ อยู่ 2 ประการด้วยกัน คือ (ชาย โภชิตตา, 2550)

1. เลือกแบบสุ่มโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็นทางสถิติ (probability sampling) เป็นการเลือกที่เป็นระบบ มีโครงสร้างชัดเจน โดยแต่ละคนแต่ละหน่วยในประชากรที่กำหนดมีโอกาสหรือมีความน่าจะเป็นในการที่จะถูกเลือกเท่ากัน

2. เลือกแบบยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (purposeful sampling) เป็นการเลือกแบบไม่มีโครงสร้างที่เคร่งครัด มีขั้นตอนและวิธีดำเนินการที่ไม่ซับซ้อน จุดมุ่งหมายหลักของการเลือกตัวอย่างแบบนี้ไม่ใช่เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทน แต่เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เหมาะสมกับแนวคิด จุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา

#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุวิมล สมัตถะ (2541) ศึกษาผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาและได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ในเขตจังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสูงกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับแบบแผนการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ (2445) ศึกษาการฟื้นฟูหายจากความซึมเศร้าของสตรีไทยวัยกลางคน โดยศึกษาในสตรีที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่มารับบริการในโรงพยาบาลใหญ่ 3 แห่งใน

กรุงเทพมหานคร จำนวน 31 คน พบว่า ความหมายของความซึมเศร้าคือรู้สึกใจคอไม่ค่อยดี เป็นโรคของคนบ้า เป็นโรคของแพะ เป็นโรคที่จับต้องไม่ได้ เป็นโรคเครียด โรคคิดมาก โรคขาดรักและความซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและเป็นโรคที่ใครๆก็เป็น การฟื้นฟูจากความซึมเศร้า คือการคืนความสำคัญให้ตนเองจากการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยจำแนกเป็น 3 ช่วงคือ เงื่อนไขเชิงสาเหตุของความซึมเศร้า การเรียนรู้เกี่ยวกับความซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ได้แก่ การจัดการกับความซึมเศร้าด้วยตนเอง การขอความช่วยเหลือและการไตร่ตรองตนเอง การฟื้นฟูจากความซึมเศร้า ประกอบด้วยมโนทัศน์การคลายปมและการเติบโตในตนเอง

สุวดี จันดีกระยอม (2546) ศึกษาถึงการหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้า ตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 82 คนพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก คือ ปัจจัยด้านแพทย์ผู้รักษา ปัจจัยรองลงมา คือ ยา แรงเสริมทางบวกและการมีความหวัง ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยด้านครอบครัว นั่นคือ ความผาสุกในครอบครัว ตัวผู้ป่วย นั่นคือ การมีศักยภาพในตนเอง งานอดิเรก ญาติหรือเพื่อน นั่นคือ การมีเพื่อนหรือญาติสนิทที่เข้าใจ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันและกิจกรรมทางศาสนาหรือการปฏิบัติบูชา

นุสรา วรรภัทรทราทร (2547) ศึกษาถึงประสพการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 คน พบว่า มี 2 ประเด็น คือ 1)จัดการอาการโดยผู้อื่น 2)การจัดการอาการด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ การไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การระบายอารมณ์ให้กับคนใกล้ชิด และการควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จตุพร โนโชติ (2547) ศึกษาถึงการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีการปรับตัวทางจิตสังคมโดยรวมได้เหมาะสมร้อยละ 59.65 การปรับตัวทางจิตสังคมไม่เหมาะสมร้อยละ 40.35 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางใจ มีการปรับตัวทางจิตสังคมเหมาะสมร้อยละ 57.89, 59.65, 59.65, 59.65 และ 56.14 ตามลำดับ

วิภาวี เผ่ากันทรทราทร (2548) ศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าประสพการณ์การจมทุกข์-พ้นทุกข์ของผู้หญิงอีสาน โดยศึกษาในผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 22 คน ญาติและบุคคลที่อยู่ในชุมชนที่ผู้หญิงอาศัยอยู่จำนวน 110 คน โดยอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง 56 คน อยู่ในชุมชนกึ่งเมือง 53 คนและอยู่ในชนบท 23 คน ทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้หญิง 9 ใน 22 คน



ได้มาจากโรงพยาบาลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ในขณะที่อีก 13 คนได้มาจากชุมชนโดยการบอกต่อของผู้หญิงในกลุ่มแรกพบว่า ผู้หญิงรับรู้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็น ความทุกข์ ไม่มีความสุข โดยมองว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ มีความคิดในทางร้าย ซึม รู้สึกเบื่อหน่าย ไร้พลัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ อิทธิพลที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงคือ 1) องค์ประกอบภายใน ได้แก่ กระบวนการทางความคิดซึ่งประกอบด้วยการรับรู้และการตีความบุคลิกภาพ และวิธีการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหา 2) องค์ประกอบภายใน ได้แก่ ค่านิยมทางสังคมและวัฒนธรรม และสภาพทางสังคมที่เกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจ อิทธิพลที่มีผลต่อการหายจากภาวะซึมเศร้าอย่างยั่งยืน ได้แก่ การตระหนักรู้ถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหา และมุ่งแก้ไขที่ตนเองมากกว่าเปลี่ยนแปลงสิ่งอื่น โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองและปรับเปลี่ยนวิถีคิดในทางร้าย การดำเนินชีวิตของผู้หญิงมีลักษณะขึ้นๆ ลงๆ เป็นๆ หายๆ การจัดการกับภาวะซึมเศร้าใช้วิธีอดทน ช่วยเหลือตนเอง พักผ่อนและออกกำลังกาย ฟังผู้อื่น ได้แก่ ญาติ เพื่อน เพื่อนร่วมงาน หมอธรรม พระ และผู้บำบัดทางจิต และปรับเปลี่ยนความคิดและมุมมองชีวิตจนเกิดการตระหนักรู้ถึงที่มาของปัญหาและเข้าใจตัวตนจนหลุดพ้นจากภาวะซึมเศร้า

รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2550) ศึกษาถึงการรับรู้โรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในเขตชุมชนเมือง โดยศึกษาในผู้สูงอายุไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร ที่มารับบริการทางสุขภาพจากสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย ในเขตชุมชนเมืองว่าเป็นโรคที่ทำให้คนเป็นทุกข์ กลุ้มใจและเป็นโรคของคนคิดมาก คิดไม่ออก มีอาการและอาการแสดงออกคือ รู้สึกเศร้า ซึม หดหู่ น้อยใจ กลัว พฤติกรรมไม่พูดไม่จา เหม่อลอย นอนไม่หลับ และความคิดที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ในลักษณะที่ไม่พอใจ โดยมีสาเหตุคือ การสูญเสียคนที่รักและการกระทำที่ไม่ดีในอดีต เกิดจากกรรม ผลกระทบของโรคต่อชีวิตของบุคคลเมื่อเกิดโรคซึมเศร้าคือ ทำให้ไม่มีความสุขจนกระทั่งทำงานไม่ได้และเป็นโรคต่างๆตามมา การจัดการช่วยเหลือตนเองเมื่อมีอาการซึมเศร้า คือ ทำใจให้สงบ สบาย ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น ทำกิจกรรมที่ชอบและอยู่อย่างคนเดียว

Agosti and Stewart (1999) ศึกษาถึงบทบาทหน้าที่ทางสังคมและการได้รับการรักษาของผู้ป่วยนอกที่มีผลต่อการฟื้นสภาพจากโรคซึมเศร้ารุนแรง โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 239 คนและใช้ Treatment of Depressive Collaborative Research Program (TDCRP) เป็นกระบวนการติดตามการรักษา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 94 ที่เข้ารับการรักษา 6 เดือนเริ่มเข้าสู่ระยะฟื้นสภาพมีค่าคะแนน Symptom Check List (SCL-90-R) น้อยกว่า 1 ซึ่งแสดงว่าอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนคะแนน Social

Adjustment Scale (SAS) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องจากปัจจัยดังกล่าวขึ้นกับปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและคู่สมรสด้วย

Loughlin (2004) ศึกษาถึงประสิทธิภาพของแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุ 25 คน ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา โดยใช้ Geriatric Depression Scale และ Social Support Scale ในการประเมิน พบว่า 52% ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแหล่งสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

Airaksinen (2006) ศึกษาถึงผลของการปรับกระบวนการคิดและบทบาทหน้าที่ในสังคมมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพจากโรคซึมเศร้า โดยศึกษาจากผู้ป่วยจำนวน 76 คนที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปี พบว่า กลุ่มที่มีการปรับบทบาทหน้าที่ในสังคมมีการฟื้นฟูสภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีการปรับบทบาทหน้าที่ในสังคม

Kondo et al., (2007) ศึกษาถึงภาวะทางสุขภาพจิตที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น โดยศึกษาในผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป จำนวน 581 คน ติดตามการรักษาเป็นเวลา 25 เดือนโดยการสื่อสารทางข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Mail) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

Vink.,Aartsen. and Schoevers. (2008) ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเป็นการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าจาก MEDLINE และ PsycINFO ระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 1995 ถึง ธันวาคม ค.ศ. 2005 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยาเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ รองลงมาคือปัจจัยเสี่ยงทางสังคมที่ส่งผลให้เกิดโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

Weyerer et al., (2008) ศึกษาขนาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 75 ปีที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 138 คนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองของประเทศเยอรมัน และใช้แบบวัด The GDS -15 เป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่า 9.7% ของผู้สูงอายุ 75 ปีในชุมชนป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยปัจจัยเสี่ยงขึ้นกับเพศ อายุที่เพิ่มขึ้น อาศัยอยู่คนเดียว หย่าร้าง ความรู้ต่ำ สุขภาพความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ สุขภาพการปรับกระบวนการคิด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การสูบบุหรี่ และการใช้สุรา

Fyffe. et al.,(2008) ศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีภาวะซึมเศร้า โดยศึกษาในผู้สูงอายุ 28 คนที่มีอายุระหว่าง 62-95 ปีที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราพบว่า 50% ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าใช้การสวดมนต์เป็นการลดภาวะซึมเศร้า

Chokkanathan (2009) ศึกษาถึงสาเหตุทางจิตสังคมและความเครียดที่เกิดกับผู้สูงอายุในประเทศอินเดีย โดยศึกษาในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 400 คน ใช้Center for Epidemiological

Studies Depression Scale (CES-D) และ Geriatric Depression Scale (GDS) ร่วมกับการสัมภาษณ์พบว่า การมีสัมพันธภาพทางลบกับสังคมก่อให้เกิดความเครียดกับผู้สูงอายุ

Arslantas et al.,(2009) ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนประเทศตุรกี โดยศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 1301 คน มีอายุระหว่าง 65-91 ปี ใช้การสัมภาษณ์ร่วมกับแบบประเมิน WHOQOL-BREF พบว่า ผู้หญิงใช้การดำเนินชีวิตแบบพึ่งตนเองโดยการทำงานบ้าน การซื้อของ ท่องเที่ยวและอาบน้ำ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและประสบการณ์การดำเนินชีวิต พบว่า เป็นการศึกษาถึงการรับรู้เกี่ยวกับการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและปัจจัยที่ส่งผลต่อการหายจากภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาถึงประสบการณ์การมีชีวิตร่วมกับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุว่า ในเวลานั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความรู้สึกใดๆ เกิดขึ้นบ้าง มีความต้องการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องใดและแนวทางการดูแลตนเองแบบใดที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนานๆที่มีความต้องการจะใช้ชีวิตอย่างมีความสุขทั้งๆที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกจิตเวชศาสตร์ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและครอบคลุมในประเด็นของการให้ความหมายและประสบการณ์ชีวิตระหว่างการบำบัด เพื่อให้พยาบาลจิตเวชและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตระหว่างการบำบัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างลึกซึ้ง และนำไปสู่การพัฒนางานจิตเวชสูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลอย่างยืดหยุ่นและยั่งยืน

## ศูนย์วิทยทรัพยากร

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การศึกษาวินิจฉัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบพรรณนา (Descriptive Phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตร่วมกับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและรอบ

ด้านจากความรู้สึที่แท้จริงเกี่ยวกับประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

### 1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง จึงต้องดำเนินการสัมภาษณ์จากผู้ที่มิประสบการณ์นั้น โดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น ดังนี้

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม DSM-IV ว่าเป็นโรคซึมเศร้า
- 2) ระบุว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนและมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ

- 3) ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆทั้งทางกายและจิต
- 4) มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง
- 5) อาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร
- 6) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดได้

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ โดย

1) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลหลักจากแฟ้มประวัติการเข้ารับการรักษาโดยคำนึงถึงคุณสมบัติ ที่อยู่ และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล หลังจากนั้นให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สอบถามผู้ป่วย หากผู้ป่วยรายใดมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอพบและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิ์ สอบถามความสมัครใจอีกครั้ง เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักจึงให้เซ็นยินยอม และเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวก ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงคำพิทักษ์สิทธิ์อีกครั้ง สอบถามความสมัครใจ และเริ่มเก็บข้อมูล สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตนเองและสนทนาเรื่องทั่วไปเป็นการสร้างความไว้วางใจ เริ่มสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและสัมภาษณ์ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

3) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักจนข้อมูลอิ่มตัว โดยพิจารณาเมื่อข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เริ่มได้ประเด็นที่ซ้ำๆ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญเกิดใหม่ (จอห์นพะจง เฟ็งจาด, 2546)

สนามการวิจัยที่ทำการศึกษานี้เป็นแผนกจิตเวชศาสตร์ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในเขต

กรุงเทพมหานคร หรืออีกนัยหนึ่งคือเป็นสนามวิจัยที่มีบริบทของชุมชนเมือง โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 10 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกจิตเวช ศาสตร์ โดยใช้วิธีการเข้าสู่สนามวิจัยแบบเปิดเผย (Overt) นั่นคือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาต หน่วยงานเพื่อเข้าเก็บข้อมูลอย่างถูกต้อง และได้ประสานงานกับพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติหน้าที่ที่ แผนกจิตเวชศาสตร์ ผู้ป่วยนอก เพื่อสอบถามความสมัครใจและยินยอมให้ผู้วิจัยดำเนินการ สัมภาษณ์ เมื่อผู้ป่วยแสดงความสมัครใจและยินยอม ผู้วิจัยจึงเข้าพบและแนะนำตัว สร้าง สัมพันธภาพ อธิบายเกี่ยวกับงานวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักให้เกิดความไว้วางใจพร้อมที่จะเปิดเผย ข้อมูล ความรู้สึกซึ่งต้องใช้เวลา ความตั้งใจและความอดทน รวมทั้งผู้วิจัยต้องปรับตัว ปรับความคิด ความรู้สึกของตนเองเพื่อลดอคติ พร้อมทั้งให้ใบข้อมูลประชากรตัวอย่างและใบแสดงความสมัคร ใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยและการ พิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยเริ่มทำการสัมภาษณ์โดยใช้พื้นที่ห้องว่างของแผนกจิตเวช ศาสตร์ ผู้ป่วยนอกที่มีความเป็นสัดส่วนในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกราย

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวผู้วิจัย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มุ่งศึกษาปรากฏการณ์ที่ เกิดขึ้นจริงผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ เพราะในการเก็บ รวบรวมข้อมูลผู้วิจัยต้องเข้าไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างใกล้ชิด

2. แถบบันทึกเสียง
3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
4. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
5. แบบบันทึกภาคสนาม

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำแนวคำถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบ ได้แก่ -
  - อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน
  - อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญเรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน
  - พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความ ชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ 1 ท่าน

เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถามเพื่อที่ได้ข้อมูลตรงกับวัตถุประสงค์ ทำการศึกษา

2. หลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้วให้นำมาปรับแก้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับแก้ข้อความที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น วิธีการทานยา ทานอย่างไร ใครจัดให้ ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา เป็นต้น

3. นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 2 ราย

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นวิธีหลัก โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ ผู้วิจัยและเครื่องมือที่ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การสัมภาษณ์พร้อมบันทึกเสียง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

#### 3.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัยและได้ผลการวิจัยที่มีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยได้เตรียมตนเองทั้งระยะก่อนและระหว่างดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนวิชาวิจัยเชิงคุณภาพ 3 หน่วยกิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศึกษาหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาด้วยตนเองจากตำรา เอกสาร ผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษา รวมทั้งฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นงานที่ได้รับมอบหมายในรายวิชาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 ราย

2. ด้านความรู้โดยศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคทางจิตเวช เป็นต้น เพื่อให้มีความพร้อมในการตรวจสอบตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึก ความคิดที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ ก่อนการรับฟังและการแปลความการให้ความหมายข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อระมัดระวังความคลาดเคลื่อนที่อาจจะเกิดขึ้นในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

3. การวางแผนการวิจัย ผู้วิจัยมีความตระหนักว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เป็นเครื่องมือสำคัญที่ต้องเข้าไปในสนามเพื่อรับข้อมูลที่เป็นความจริงจากผู้ให้ข้อมูลหลักจึงต้องมีความพร้อมในด้านเทคนิคการสัมภาษณ์ โดยเตรียมขั้นตอนการสัมภาษณ์แต่ละช่วงคือ การเตรียมความพร้อมผู้ให้ข้อมูล การให้ข้อมูลระลึกเหตุการณ์ขณะนั้น และการปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเล่าเรื่องตนเอง (Drew, 1993) ฝึกฝนเป็นผู้กระตือรือร้นในการฟัง (Active listening) การใช้คำถามเพื่อค้นหาข้อมูล (Exploring question) ทักษะการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการตีความ ให้ความหมาย โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักและจริยธรรมของผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย (Streubert

and Carpenter, 2003) และผู้วิจัยทำการถอดคติในการสัมภาษณ์มากที่สุดโดยทำการบันทึกความคิด ความรู้สึกของตนเองหลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง เพื่อเตือนตนเองในการคิดเบื้องต้นขณะดำเนินการ สัมภาษณ์ นอกจากนี้มีการวางแผนการวิจัยเป็นขั้นตอนตั้งแต่ก่อนเข้าสนาม ระหว่างการเก็บ รวบรวมข้อมูล และหลังออกจากสนาม

4. ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การ คຸ້ມກອງສິຫຼືຜູ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນຫຼັກ ທີ່ເຕັກນິກແລະວິທີການສຳພາດ ການໃຫ້ຄວາມໝາຍແລະຮຳສໍາຂໍ້ມູນ ການຈັດ ກຸ່ມປະເດີນຂອງຄວາມໝາຍແລະຮຳສໍາຂໍ້ມູນ ຫຼືການເຊີນອົບາຍປະເດີນຢ່າງລະເຢັດ

5. ผู้วิจัยตระหนักอยู่เสมอว่าผู้ให้ข้อมูลหลักถือเป็นผู้ร่วมวิจัย เนื่องจากต้องการศึกษา ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยจึงต้องให้ความสำคัญและให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีส่วนร่วมใน การศึกษา โดยเคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ ให้เกียรติและยอมรับข้อมูลทุกอย่างที่ได้มา และ ใช้ทักษะต่างๆ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาด้วยความเต็มใจ (Knaack, 1984 อ้างถึงใน จิตรา โรจน์ขจรนภลัย, 2550)

**3.2 การเตรียมแนวคำถามในการสัมภาษณ์ (Semi-structure interview) แบ่งแนวการสัมภาษณ์ ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้**

1. ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และการมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคทางจิตเวช หลังจากนั้นเขียนเป็นแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด และมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่จำกัดจำนวนคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม ตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา และนำแนวคำถามมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช และผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2. นำแนวคำถามไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลหลักที่กำหนดไว้จำนวน 2 ราย เพื่อทดสอบความชัดเจนของคำถาม ทำการถอดเทปแบบคำต่อคำและวิเคราะห์ข้อมูล จากนั้นนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อทำการปรับแนวคำถามให้เหมาะสมสามารถสื่อไปยังสิ่งที่ต้องการศึกษาได้ หลังจากนั้นนำข้อคำถามที่ได้ไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลหลักตามขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในภาคสนามโดยพื้นที่ที่ทำการศึกษาคือ แผนกจิตเวช ศาสตร์ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth

Interview) โดยมีแนวทางสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลัก รายละเอียดการเก็บข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

3.3.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอคำเนิการเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อคณะกรรมการการพิจารณาการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกจิตเวช ผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามลำดับชั้น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเสนอ โครงร่างวิทยานิพนธ์และร่างแนวคำถามประกอบการพิจารณา

3.3.2 เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ประสานงานกับแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่ผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขอความร่วมมือและความช่วยเหลือในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดจำนวน 10 ราย จากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าไปพบผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายโดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความลับของผู้ป่วยและจริยธรรมในการวิจัย โดยจะไม่เข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนพยาบาลจิตเวชจะสอบถามความสมัครใจและอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบ ผู้วิจัยจึงเข้าไปแนะนำตัวโดยใช้เวลาก่อนผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าพบแพทย์ และชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย แจกใบข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักได้อ่านและทำความเข้าใจแล้วจึงแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 10 ราย

3.3.3 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลก่อน จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์และเริ่มทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ที่ห้องว่าง ภายในแผนกจิตเวชศาสตร์ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก 1-2 ครั้งต่อราย และเฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง โดยผู้ให้ข้อมูลจะได้รับ การสัมภาษณ์เหมือนกันทุกราย โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 รายที่เคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่ แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ทำให้การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างดี ซึ่งผู้วิจัยได้ปฏิบัติดังนี้

- 1) เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 1 คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก



2) เก็บข้อมูลในส่วนที่ 2 คือการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกถึงการให้ความหมายและประสบการณ์ชีวิตระหว่างการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์พร้อมกับบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ซึ่งในขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้ทักษะการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิผู้ป่วย

3) สังเกตลักษณะท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหลัก เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงอารมณ์ร่วมขณะตอบคำถามหรือบอกเล่าประสบการณ์ เช่น ร้องไห้ เจ็บ ผู้วิจัยจะเปลี่ยนบทบาทจากผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาโดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ ผู้วิจัยรับฟังอย่างตั้งใจ แสดงความเห็นใจ เข้าใจ โดยการจับมือผู้ให้ข้อมูลและนั่งอยู่เป็นเพื่อนจนผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถควบคุมสติ อารมณ์ของตนเองได้จึงดำเนินการสัมภาษณ์ต่อ แต่ถ้าผู้ให้ข้อมูลหลักมีอาการซึมเศร้ามากจนควบคุมตนเองได้น้อยผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลจิตเวชเพื่อส่งต่อให้จิตแพทย์ดำเนินการดูแลรักษาต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลหลักมีอาการซึมเศร้าและร้องไห้ขณะสัมภาษณ์จำนวน 2 ราย แต่เมื่อผู้วิจัยเปิดโอกาสให้พุดระบายความคับข้องใจแล้วผู้ให้ข้อมูลหลักมีอาการดีขึ้นและแสดงความพร้อมในการดำเนินการสัมภาษณ์ต่อไปโดยการบอกแก่ผู้วิจัยว่า "พร้อมแล้วจะสัมภาษณ์ต่อได้"

4) การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยพิจารณาจากระยะเวลาในการสัมภาษณ์ตามความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล หรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ เช่น กระสับกระส่าย นั่งเหม่อ มองนาฬิกาบ่อยๆ เป็นต้น รวมทั้งการได้ข้อมูลการสัมภาษณ์ที่เพียงพอ ก่อนจบการสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงข้อมูลที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบและยอมรับ นอกจากนี้ได้ทำกรณัณฑ์หมายสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปในกรณีที่ยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

5) ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการบันทึกภาคสนาม ซึ่งประกอบด้วยการอธิบายเหตุการณ์ขณะสัมภาษณ์ ลักษณะ ท่าทาง อารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งความรู้สึกและอารมณ์ของผู้วิจัย ปัญหาที่พบขณะทำการสัมภาษณ์ หลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกรายเพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

6) ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยการถอดข้อความ (Transcribe) จากเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (Transcript) ด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน โดยเปรียบเทียบการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ สรุปประเด็นปัญหาที่พบหรือประเด็นปัญหาที่ต้องการเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัย

ดำเนินการปรับแนวคำถามให้เหมาะสมและกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ครอบคลุมสำหรับทำการวิเคราะห์และสรุปประเด็นต่อไป

หลังจากที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยจนได้ข้อมูลที่อึดตัว คือ ได้ข้อมูลซ้ำกัน ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลที่ก่อให้เกิดความอึดตัวของข้อมูลมีจำนวน 10 ราย ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลหรืออยู่ในสนามการวิจัยคือ ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2552 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2552

#### 4. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการพิจารณาการดำเนินการวิจัยของสนามวิจัย โดยคำนึงถึงจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

1. คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ หลังจากผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด บอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาต บันทึกเสียงการสนทนา จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการลบทำลายแถบบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆที่จะสามารถเกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอภิปรายเผยแพร่ในลักษณะข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลโดยรวมและเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆของการวิจัย การที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธการให้ข้อมูลจะไม่มีผลต่อการรับบริการสุขภาพจากหน่วยงานบริการ ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความสมัครใจพร้อมทั้งเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ หากมีสถานการณ์ที่สร้างความกระทบกระเทือนจิตใจต่อผู้ให้ข้อมูลหลัก เช่น เกิดความรู้สึกเศร้าหรือร้องไห้ ผู้วิจัยต้องยุติการสัมภาษณ์และในบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้วิจัยต้องให้ความช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษา (Counseling) รับฟังปัญหาของผู้ให้ข้อมูลหลัก ให้กำลังใจ ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาเบื้องต้น หากผู้ให้ข้อมูลหลักยังมีอาการรุนแรงอยู่ผู้วิจัยต้องดำเนินการส่งต่อเพื่อปรึกษาจิตแพทย์

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1978) เนื่องจากเป็นวิธีการที่ทำให้เกิดความเข้าใจและหยั่งถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากการทบทวนข้อมูล เกิด

การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างลึกซึ้งโดยมีความสำคัญอยู่ที่ผู้วิจัยต้องจัดกรอบความคิด (Bracketing) ความรู้ที่มีอยู่เดิมก่อนการดำเนินการวิจัย และผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มา

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (1978)

1. อ่านคำบรรยายหรือข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทปซ้ำๆหลายๆครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวมของปรากฏการณ์ (Acquire of feeling for them)
2. อ่านข้อความเดิมอีกครั้งและดึงข้อความหรือประโยคสำคัญๆ (Extract significant phrases or statement) ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการศึกษา
3. พยายามให้ความหมายในข้อความหรือประโยคสำคัญ (Formulation meaning)
4. นำข้อความหรือประโยคที่กำหนดความหมายแล้ว มาจัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะที่มีความหมายในทำนองเดียวกัน (Organize the formulate meaning into clusters the theme) ซึ่งจะได้ทั้งกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย
5. อธิบายความหมายของปรากฏการณ์ให้ละเอียดและรอบคอบ (Exhaustive description of the phenomenon) ตามข้อค้นพบบนพื้นฐานของข้อมูลจากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล หลังจากที่ได้ข้อมูลในแต่ละประเด็นมากพอแล้ว
6. นำคำอธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดไปรวมกันแล้วสรุปเป็นโครงสร้างพื้นฐานของปรากฏการณ์ (Essential structure of the phenomenon)
7. นำข้อมูลที่เขียนขึ้นย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ

#### 6. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

ในการศึกษารังนี้ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ โดยใช้เกณฑ์ของ Danzin (1978 อ้างถึงในนิศา ชูโต, 2545) ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตรง เชื่อถือได้ การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักจึงมีความสำคัญดังนั้นผู้ให้ข้อมูลหลักจึงต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การมีชีวิต (Live experience) ในขณะที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่อยู่ระหว่างการบำบัดทางจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลมีการวางแผนการดำเนินการวิจัยอย่างมีขั้นตอน ใช้เวลาอยู่ในสนามวิจัยเป็นเวลานาน เพื่อการสัมผัสและสังเกตสิ่งต่างๆจนได้ข้อมูลที่มีประเด็นซ้ำๆ การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินไปพร้อมกับกาเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำและตรวจสอบความถูกต้องด้วยการฟังเทปซ้ำ และนำประเด็นต่างๆ ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีส่วนร่วมในการตรวจสอบความถูกต้อง (Member checking) เนื่องจากว่าผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถ

ดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ไม่มีอาการทางกายหรือทางจิตอื่น ๆ ร่วมด้วยจึงมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) และอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) คือ การใช้วิธีการหลายวิธีเข้าร่วมกันตรวจสอบความตรงของข้อมูล ของแนวคิดทฤษฎีในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอนดังนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายละ 45-60 นาที แล้วนำเสนอข้อมูลอย่างละเอียดและครอบคลุม โดยเฉพาะขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล การถอดรหัส การตีความหมายซึ่งทำให้ได้ประเด็นหลักและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตรวจสอบอีกครั้ง

3. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) หมายถึง ความสามารถในการยืนยันผลอันเกิดจากข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ในหลาย ๆ ด้าน เช่น ตรวจสอบแนวคิด สมมติฐาน เปรียบเทียบกับงานวิจัยคนอื่นที่ทำเรื่องคล้ายคลึงกัน บันทึกสาเหตุและเหตุผล แนวทางในการมองปัญหาของผู้วิจัยอย่างชัดเจน รวมทั้งตรวจสอบแนวคิดกับผู้เชี่ยวชาญหลายๆคน

4. การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) หมายถึง ความสามารถอ้างผลการวิจัยไปยังสภาพการณ์ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผลการวิจัยไม่สามารถถ่ายโอนการอ้างอิงไปในประชากรกลุ่มอื่นได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาปรากฏการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl เพื่อศึกษาถึงการให้ความหมายประสบการณ์ชีวิตระหว่างการบำบัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 10 ราย ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากนั้นทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) จนได้ข้อมูลที่มีความอุ่มตัว และทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ตามแบบของ Colaizzi ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้เสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ความหมายของการมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ชีวิตระหว่างการบำบัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ราย โดยมีลักษณะทั่วไปจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร ดังแสดงในตารางที่ 1 และลักษณะของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามราย

จากการวิจัยนี้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 10 ราย โดยมีอายุระหว่าง 60-75 ปี เพศชาย 2 ราย หญิง 8 ราย ทุกรายนับถือศาสนาพุทธ และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนที่เป็นลักษณะมีบ้านอยู่ใกล้เคียงกันสามารถไปมาหาสู่กันได้ โดยสภาพแวดล้อมส่วนใหญ่เป็นธรรมชาติร่มรื่น มีแหล่งสำหรับพบปะพูดคุยกันระหว่างเพื่อนบ้าน ได้แก่ ร้านขายของชำ วัด เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คือจำนวน 4 ราย รองลงมาคือระดับปริญญาตรี จำนวน 2 ราย ไม่ได้เรียนหนังสือ 2 ราย ระดับมัธยมศึกษาจำนวน 1 รายและระดับอนุปริญญาจำนวน 1 ราย โดยปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 5 ราย อาชีพรับจ้าง 3 รายนั้นคืออาชีพรับจ้างทั่วไป 1 ราย รับจ้างเย็บผ้า 1 ราย รับจ้างทำงานบ้าน 1 ราย ข้าราชการบำนาญจำนวน 1 ราย ธุรกิจส่วนตัวจำนวน 1 ราย ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยาจำนวน 5 ราย อาศัยอยู่คนเดียว 2 ราย อาศัยอยู่กับลูก 1 ราย อาศัยอยู่กับน้องชาย 1 รายและอาศัยอยู่กับนายจ้าง 1 ราย

ตารางที่ 1 : ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ราย)
อายุ	
60-65 ปี	7
66-70 ปี	1
70 ปีขึ้นไป	2
เพศ	
ชาย	2
หญิง	8
ศาสนา	
พุทธ	10
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2
ประถมศึกษา	4
มัธยมศึกษาตอนต้น	-
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1
อนุปริญญา	1
ปริญญาตรี	2
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5
ข้าราชการบำนาญ	1
ธุรกิจส่วนตัว	1
รับจ้าง	3
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ	
สามี/ภรรยา	5
ลูก	1
น้องชาย	1
คนเดียว	2
นายจ้าง	1

## ส่วนที่ 2 ความหมายของการมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ

การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทุกคน โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเมื่อได้รับการบำบัดมาระยะหนึ่งแล้วผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะเริ่มเรียนรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุแต่ละรายจะมีประสบการณ์การเจ็บป่วย การได้รับการรักษาและการดูแลตนเองที่แตกต่างกันออกไป จากงานวิจัยนี้ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อธิบายถึงประสบการณ์ที่มีความหมายหรือเป็นสาระสำคัญของประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้า ดังนี้

การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ คือ การทำความเข้าใจตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง และการยอมรับความจริงแล้วตั้งหลักกลับมาสู้ใหม่ ดังมีรายละเอียดดังนี้

### ประเด็นที่ 1 การทำความเข้าใจตนเองและพร้อมเปลี่ยนแปลง

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุว่าเป็นการเริ่มต้นที่ตัวเอง ทำความเข้าใจว่าตัวเองต้องการอะไรและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง ศึกษาหาความรู้และปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่ โดยมีความมุ่งหวังว่าจะสามารถมีอาชีพดีขึ้นเหมือนปกติ ทำงานได้ กินได้ นอนได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

เรื่องทุกอย่างต้องเริ่มที่ตัวเอง ถ้าเราคิดมากเราก็ทุกข์มาก ถ้าเราคิดน้อยเราก็ทุกข์น้อย เพราะฉะนั้นถ้าเราปรับความคิดของตนเองได้เราก็จะไม่ทุกข์ พยายามปล่อยวางให้มากที่สุดคิดว่า การปล่อยวางทำให้เรารู้สึกสบายใจ (ID1)

ทำความเข้าใจตัวเองค่ะว่าเราต้องการอะไร เราต้องการมีความสุข ไม่อยากเศร้าซึมอย่างนี้ เพราะฉะนั้นเราก็ต้องสู้ สู้กับอารมณ์ซึมเศร้าพยายามฝืนเอาชนะให้ได้ (ID4)

เพราะเราคิดว่าอาการเราดีขึ้นเหมือนปกติแล้ว ไม่คิดมาก ทำงานได้ กินได้ นอนได้ ถ้าไม่บอกใครก็ไม่รู้ว่าเราเคยเศร้าจนคิดไม่อยากอยู่ เจ้าหน้าที่ยังชมว่าคราวนี้ดีนะดูแลตัวเองดีกลับมาทำงานขยันขันแข็งเหมือนเดิมแค่นี้เราก็พอใจแล้ว (ID5)

ต้องพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง ปรับตัวกับโรคและการใช้ชีวิตให้ได้เพราะถ้าเราทำไม่ได้เราก็จะแย่ (ID8)

ปรับตัวหรือ เราก็ต้องรู้ก่อนว่าเราเป็นคนยังไง อย่างแม่เป็นคนขี้หงุดหงิดแม่ก็ต้องพยายามปรับให้หงุดหงิดน้อยลง รู้จักปล่อยวางเป็นแก่นของการปรับตัวเลยนะถ้าปล่อยวางไม่ได้เราก็ปรับตัวยากอย่าคิดมาก คิดมากก็ทุกข์มาก คิดน้อยๆวันๆเราก็ไม่ค่อยมีอะไรทำก็ไม่ค่อยมีอะไรมากระตุ้นให้หงุดหงิดนอกจากตัวเองต้องควบคุมตัวเองให้ได้ถ้าได้แล้วก็สบายไม่เครียด ไม่เศร้า (ID9)

อาการที่ดีขึ้นคิดว่าสภาพแวดล้อมที่ต้องช่วยตัวเอง พุททองค์กล่าวว่อดัทธิ อดโน นาโถ ตน เป็นที่พึ่งแห่งตน ทุกอย่างเราต้องช่วยเหลือตนเอง เราต้องต่อสู้ ต้องแข่งขัน ในขณะเดียวกันต้องมี สิ่งหย่อนใจบ้าง ต้องปรับตัวให้ได้ (ID10)

เมื่อรู้ว่าเราเป็น โรคซึมเศร้าต้องยอมรับและพยายามศึกษาหาความรู้และวิธีดูแลตนเองที่จะ ทำให้เราหายป่วยอย่างผมพยายามใช้ธรรมะ ใช้ของสะสม หักให้ตัวเองทำอะไรหลายๆอย่าง (ID10)

### ประเด็นที่ 2 ยอมรับความจริงแล้วตั้งหลักกลับมาสู้ใหม่

นอกจากผู้ให้ข้อมูลจะให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่กับ โรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ว่าเป็นการทำใจตนเองและพร้อมเปลี่ยนแปลงแล้วผู้ให้ข้อมูลยังให้อีกความหมายหนึ่งว่า เป็นการยอมรับความจริงแล้วตั้งหลักกลับมาสู้ใหม่เพราะว่าการยอมรับความจริงว่าป่วยเป็นโรค ซึมเศร้านั้นจะทำให้ใจสงบ สามารถกลับมาสู้ เผชิญ และปรับตัวกับปัญหาทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมี ความสุขได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

เพราะเราได้ทำอะไรที่ชอบทำให้ไม่เครียดจึงไม่ปวดหัว และบางทีความเพลิดเพลินทำให้ เราลืมความเครียด ลืมปวดหัวได้ (ID1)

ต้องยอมรับความจริง (ID8)

ทำใจ คิดมากไปก็ไม่มีประโยชน์ทุกซ์เปล่าๆอย่างที่บอกคนเราต้องปรับตัวถ้าปรับตัวได้ก็ตี ไม่มีปัญหาอยู่อย่างมีความสุข แต่เราก็ปรับได้บ้าง ไม่ได้บ้าง ถึงยังต้องมาหาคุณหมอ (ID8)

ไปตั้งหลักกลับมาสู้ใหม่ ทำให้เราหาวิธีจัดการปัญหาได้ ถ้าเราอยู่ตรงนั้นคิด ไม่ออกแก้ ไม่ได้ก็ต้องหนีมาตั้งหลักก่อน (ID10)

ช่วยให้ใจสงบ พร้อมเผชิญปัญหา แต่ในขณะเดียวกันก็ปล่อยวางทำให้ไม่เครียดมาก ใช้ ชีวิตมีความสุขขึ้น (ID10)

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ตารางที่ 2 ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ

ประเด็นหลักที่ 1 จิตใจอ่อนแอแต่อยู่อย่างมีหวัง กำลังใจ

ประเด็นย่อยที่ 1 ความอ่อนแอของจิตใจ

ประเด็นย่อยที่ 2 อยากหายกลับไปเป็นเหมือนเดิม

ประเด็นย่อยที่ 3 คิดอย่างมีความหวังอย่างมีกำลังใจ

ประเด็นหลักที่ 2 ครอบครัวมีความสำคัญในการมีชีวิตอยู่

ประเด็นย่อยที่ 1 คู่ชีวิตคือกำลังใจ

ประเด็นย่อยที่ 2 ครอบครัวให้ความเอื้ออาทร

ประเด็นย่อยที่ 3 อยู่เพื่อคนที่รัก

ประเด็นหลักที่ 3 เรื่องของกรรมใช้ธรรมะเป็นที่พึ่งเพื่อเผชิญปัญหา

ประเด็นย่อยที่ 1 การป่วยเป็นเรื่องของกรรม

ประเด็นย่อยที่ 2 มีธรรมะเป็นที่พึ่ง

ประเด็นย่อยที่ 3 ปล่อยวางเพื่อความสบายใจพร้อมเผชิญปัญหา

ประเด็นหลักที่ 4 การดูแลเริ่มต้นที่ตนเองเป็นสำคัญ

ประเด็นย่อยที่ 1 ตระหนักในการดูแลตนเอง

ประเด็นย่อยที่ 2 คิดในแง่ดี ปรับวิธีคิดและพฤติกรรม

ประเด็นย่อยที่ 3 กิจกรรมพาเพลินลิ้มอารมณ์เศร้า

ประเด็นหลักที่ 5 มั่นใจในทีมสุขภาพ ได้รับพลังใจ มีส่วนร่วมในการรักษา

ประเด็นย่อยที่ 1 มั่นใจในทีมสุขภาพ

ประเด็นย่อยที่ 2 พลังใจจากหมอพยาบาล

ประเด็นย่อยที่ 3 ร่วมวางแผนในการรักษา

ศูนย์วิจัยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุว่า เป็นประสบการณ์จริงที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเมื่อทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะเกิดความรู้สึกที่มีต่อการป่วยทั้งทางลบและทางบวก โดยอธิบายว่าเป็นการที่มีจิตใจอ่อนแอแต่อยู่อย่างมีหวัง กำลังใจ นั่นคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอธิบายถึงความรู้สึกทางลบว่าเกิดจากความอ่อนแอของจิตใจ และอธิบายความรู้สึกทางบวกว่าอยากหายกลับไปเป็นเหมือนเดิมและคิดอย่างมีหวัง กำลังใจ นอกจากนี้ยังกล่าวถึงด้านจิตวิญญาณว่าเป็นเรื่องของกรรม ใช้กรรมพร้อมเผชิญปัญหา โดยกล่าวว่าอาการป่วยเป็นเรื่องของกรรม มีกรรมเป็นที่พึ่ง และปล่อยวางเพื่อความสบายใจพร้อมเผชิญปัญหา ดังนั้นทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเกิดการปรับตัวเพื่อสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเริ่มที่ตนเองได้อธิบายไว้ว่าเริ่มจากการตระหนักในการดูแลตนเองโดยการทานยาทุกวันและมาตรวจตามนัด คิดในแง่ดี ปรับความคิดและพฤติกรรม นอกจากนี้ยังปฏิบัติกิจกรรมพาเพลินทำให้ลืมอารมณ์เศร้า ในด้านครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยการที่คู่ชีวิตเป็นกำลังใจและความเอื้ออาทรจากครอบครัว ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลนั้นแสดงถึงความสำคัญของครอบครัว โดยการตระหนักว่าเป็นการอยู่เพื่อคนที่รัก ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้นอกจากตัวผู้ป่วยและครอบครัวแล้วบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุด้วยเช่นกัน นั่นคือพลังใจจากหมอและพยาบาล ความมั่นใจในทีมสุขภาพรวมทั้งการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีอาการที่ดีขึ้นสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการตีความหมายของประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าตามทัศนคติของตนเองแล้วทำให้สามารถอธิบายประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุได้หลากหลายประเด็นดังนี้

ผลการศึกษาประสบการณ์ชีวิตระหว่างการบำบัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุครั้งนี้พบประเด็นหลัก 5 ประเด็นและประเด็นย่อย (ตารางที่ 2) ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 จิตใจอ่อนแอแต่อยู่อย่างมีหวัง กำลังใจ

ประเด็นย่อยที่ 1 ความอ่อนแอของจิตใจ

ประเด็นย่อยที่ 2 อยากหายกลับไปเป็นเหมือนเดิม

ประเด็นย่อยที่ 3 คิดอย่างมีความหวังอย่างมีกำลังใจ

ประเด็นหลักที่ 2 ครอบครัวมีความสำคัญในการมีชีวิตอยู่

ประเด็นย่อยที่ 1 คู่ชีวิตคือกำลังใจ

ประเด็นที่ย่อย 2 ครอบครัวยุติความเอื้ออาทร

ประเด็นย่อยที่ 3 อยู่เพื่อคนที่รัก

ประเด็นหลักที่ 3 เรื่องของกรรมใช้กรรมเป็นที่พึ่งเพื่อเผชิญปัญหา

ประเด็นย่อยที่ 1 การป่วยเป็นเรื่องของกรรม

ประเด็นย่อยที่ 2 มีกรรมเป็นที่พึ่ง

ประเด็นย่อยที่ 3 ปล่อยวางเพื่อความสบายใจพร้อมเผชิญปัญหา

ประเด็นหลักที่ 4 การดูแลเริ่มต้นที่ตนเองเป็นสำคัญ

ประเด็นย่อยที่ 1 ตระหนักในการดูแลตนเอง

ประเด็นย่อยที่ 2 คิดในแง่ดี ปรับวิธีคิดและพฤติกรรม

ประเด็นย่อยที่ 3 กิจกรรมพาเพลินดื่มอารมณ์เศร้า

ประเด็นหลักที่ 5 มั่นใจในทีมสุขภาพ ได้รับพลังใจ มีส่วนร่วมในการรักษา

ประเด็นย่อยที่ 1 มั่นใจในทีมสุขภาพ

ประเด็นย่อยที่ 2 พลังใจจากหมอพยาบาล

ประเด็นย่อยที่ 3 ร่วมวางแผนในการรักษา

**ประเด็นหลักที่ 1 จิตใจอ่อนแอแต่อยู่อย่างมีหวัง กำลังใจ**

เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะเกิดความรู้สึกที่มีต่อการป่วยทั้งทางบวกและทางลบ โดยทางลบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอธิบายว่าเกิดจากความอ่อนแอของจิตใจ มีความกังวลต่อแพ้จิตใจไม่มั่นใจในตนเอง ส่วนความรู้สึกทางบวกเป็นการอธิบายอย่างมีความหวังที่จะสามารถกลับไปเป็นคนเดิม โดยอธิบายถึงความรู้สึกว่าอยากหายกลับไปเป็นเหมือนเดิม คิดอย่างมีความหวังมีกำลังใจ

**ประเด็นย่อยที่ 1 ความอ่อนแอของจิตใจ**

ความรู้สึกทางลบที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงคือการป่วยที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากความอ่อนแอของจิตใจจิตใจไม่มั่นใจในตนเอง ทำให้รู้สึกหมดความสำคัญ รู้สึกแย่และอาย คิดว่าตนเป็นภาระแก่คนในครอบครัว ไม่กล้าออกไปพบปะผู้คนทำให้มีเพื่อนน้อยหรือไม่มีเลย บางครั้งความรู้สึกรุนแรงทำให้รู้สึกฟุ้งซ่าน เบื่อชีวิต อยากตาย ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

ความอ่อนแอทางด้านจิตใจของเราเอง (ID2)

เมื่อก่อนคิดว่าเราเป็นผู้สำคัญ แต่ตอนนี้คิดว่าเราเป็นผู้อ่อนแอ ต้องพึ่งพาทุกอย่าง (ID2)

รู้สึกเสียใจว่าไม่น่าเกิดขึ้นเพราะเป็นคนรឹងแรง เพื่อนเยอะ ไม่อยากพบเพื่อนฝูงเพราะอาย

เขา (ID3)

เครียด ไม่แจ่มใส ไม่อยากออกไปไหนเพราะอารมณ์ไม่ดี นอนน้อย เก็บตัว (ID3)

ช่วงที่อาการแย่ๆเรารู้สึกแย่ที่เป็นภาวะ (ID3)

รู้สึกแย่ เศร้า ไม่อยากยุ่งกับใคร แยกตัวอยู่คนเดียว รู้สึกว่าอกตรม ไม่มีความสุขเลย ตื่นมาก็เศร้า เศร้าทั้งวัน ทำอะไรไม่ได้ มันอึดอึ้งไปหมดคิดอะไรก็ไม่ออก รู้สึกว่าเราแย่กว่าคนอื่นๆ ไม่มีค่า (ID4)

เบื่อชีวิต (ID5)

มีความกังวลทำอะไรก็ท้อแท้ จิตใจมันไม่มั่นคงตัวเอง (ID6)

ก็เศร้า คิดมากอยู่ที่บ้าน เราตัวคนเดียวไม่มีที่พึ่ง ไม่รู้จะทำยังไง (ID7)

คิดว่าเป็นความคิดของเรา ในใจเรา (ID7)

รู้สึกฟุ้งซ่าน อยากตาย เบื่อชีวิต (ID7)

เวลาเราอยู่คนเดียวเหงาอึดอัดไม่มีความสุขอธิบายไม่ถูกแต่รู้สึกว่าเราไม่แจ่มใส อะไรก็ไม่ถูกใจ คิดวนไปวนมา (ID8)

อยู่ดีๆก็กลุ้มใจขึ้นมาเฉยๆแล้วก็เป็นอย่างนั้นทั้งวันทั้งคืน บางทีก็คิดว่าทำไมกลุ้มใจเหลือเกินนะ (ID9)

คล้ายๆอยู่โดยลำพัง ไม่ชอบสูงส่งกับใคร คิดแต่เรื่องเก่า มีแต่ความซึมเศร้า ปัญหา ความไม่สบายใจ (ID10)

คืออยากให้อายหรือพ้นจากโรคนี้ เพราะโรคนี้เป็นโรคที่ทรมาณเข้ากับใครไม่ได้ (ID10)

อย่างเช่นที่ทำงานเขาไม่ค่อยเข้าใจว่าโรคซึมเศร้าเป็นยังไง บางทีเขาสนุกสนานกันผมไม่สนุก เขาก็ไม่เข้าใจจึงมีเพื่อนน้อยหรือแทบไม่มีเลย (ID10)

**ประเด็นย่อยที่ 2** อยากหายกลับไปเป็นเหมือนเดิม

ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงการอยากหายกลับไปเป็นเหมือนเดิมว่าเป็นความต้องการอยากกลับไปใช้ชีวิตเหมือนเดิมก่อนที่จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เพราะชีวิตช่วงนั้นเป็นช่วงที่มีความสุข สนุกสนาน ร่าเริง เมื่อคิดเช่นนี้แล้วทำให้รู้สึกมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลตนเองให้ดี ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

เราอาจจะได้หายสักวันหนึ่ง (ID1)

อยากหาย ไม่อยากเป็นแบบนี้ อยากกลับไปรื่นเริงเหมือนเดิมจะได้อยู่ไปเกี่ยวกับเพื่อนๆได้ (ID3)

อยากกลับไปสนุกสนานเหมือนเดิม เพราะแต่ก่อนเราเป็นคนร่าเริงมากใครๆก็อยากมาหา อยากมาคุย อยากเป็นศูนย์กลางของเพื่อนๆเหมือนแต่ก่อน (ID3)

มันดีขึ้น จิตใจก็สบายขึ้น ก็คิดว่าเราต้องหาย (ID5)

### ประเด็นย่อยที่ 3 คิดอย่างมีความหวังอย่างมีกำลังใจ

ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงคิดอย่างมีหวังอย่างมีกำลังใจว่าเป็นการสร้างกำลังใจให้กับตนเอง โดยคิดว่าการคิดแบบนี้จะทำให้จิตใจดีขึ้น สบายขึ้น ไม่มีอารมณ์เศร้า มีความสุข ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

พรุ่งนี้ต้องดีกว่าวันนี้ต้องคิดอย่างนี้ก็มีกำลังใจ (ID5)

อธิฐานขอให้เกิดใหม่ดีกว่าชาตินี้ (ID5)

จิตใจดีขึ้น มีกำลังใจมากขึ้น (ID5)

สบายใจขึ้น ไม่มีอารมณ์เศร้า มีความสุข (ID5)

เรามีความหวัง (ID5)

คือ ไม่อยากซึมเศร้าแล้ว อยากอยู่อย่างมีความสุข (ID7)

ก็ถ้าเรามีแรงใจดีเราก็จะไม่คิดมาก ไม่เศร้า (ID9)

### ประเด็นหลักที่ 2 ครอบครัวมีความสำคัญในการมีชีวิตรอยู่

สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสังคมมีความสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยหน่วยของสังคมที่มีความสำคัญมากที่สุดคือครอบครัว สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่แต่งงานแล้วบุคคลที่มีความสำคัญคือคู่ชีวิต ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นโสดบุคคลที่มีความสำคัญคือ ญาติ พี่ น้อง และหลาน เนื่องจากสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถปรับตัวและมีอาการดีขึ้น โดยเฉพาะการที่มีคู่ชีวิตเป็นกำลังใจหรือความเอื้ออาทรของครอบครัวจะเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวว่าเป็นการอยู่เพื่อคนที่รัก และเป็นแรงขับเคลื่อนที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีกำลังใจในการรักษา มุ่งมั่นในการดูแลตนเองปรับตัวเพื่อให้มีอาการดีขึ้นไม่เป็นภาระของครอบครัว

#### ประเด็นย่อยที่ 1 คู่ชีวิตคือกำลังใจ

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงคู่ชีวิตคือกำลังใจว่า สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่แต่งงานแล้วพบว่าคู่ชีวิตซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสามีนั้นคอยดูแลเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการดูแลความสุขสบายทางสุขภาพและการพูดคุยให้กำลังใจ แสดงถึงความรัก ความห่วงใยทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่ามีที่ยึดเหนี่ยวมีความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

เขา(สามี)ก็เอาใจดี เขาเคยบ่นมากๆ จุกจิกจู้จี้ก็จะดีขึ้น เพราะถ้าไม่หายสักทีเขาก็เดือดร้อน (ID1)

สิ่งยึดเหนี่ยวหรือกำลังใจที่ทำให้รักษาตัวเองให้หายมีแต่สามีเท่านั้น (ID1)

มีสามีอยู่เป็นเพื่อน ไม่มีลูก สามีก็ดูแลเราดี (ID3)

สามีมีความสำคัญมากเพราะเรามีเขาคนเดียว เขาเป็นกำลังใจเป็นทุกอย่างของเรา เวลาที่เราไม่สบายเขาก็พยายามช่วยทุกอย่าง ทำทุกอย่างให้เราสบายใจ (ID3)

เขา(สามี)ก็เข้ามาใกล้มากอดแล้วเป่าหัวให้ นวดตามเส้นให้ เขารู้ว่าแม่เป็นโรคประสาทเขาก็จะบีบให้จนกว่าจะหลับ รู้สึกดี เขาเป็นคนมีบุญเวลาเราไม่สบายมานอนในอกเขาเราจะหาย (ID9)

คุณลุงเป็นกำลังใจ เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ถ้าไม่มีพ่อแม่คงแย่ เป็นกำลังใจที่ช่วยเหลือแม่ อุ้มชูแม่ ยามที่แม่ต้องการความช่วยเหลือพ่อก็จะมาช่วยทุกครั้ง ให้ความรัก ความห่วงใย ไม่เคยทอดทิ้ง ดูแลเราอย่างดี (ID9)

## ประเด็นย่อยที่ 2 ครอบครัวยุติความเอื้ออาทร

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงความเอื้ออาทรจากครอบครัวว่า การที่มีญาติพี่น้อง ลูกหลานมาแสดงความห่วงใย ดูแลเอาใจใส่ มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น พาไปเที่ยวหรือทานอาหารนอกบ้านนั้นเป็นการแสดงถึงความรัก ความผูกพันที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าครอบครัวมีความเข้าใจผู้ให้ข้อมูลส่งผลให้เกิดกำลังใจ มีจิตใจที่เข้มแข็ง ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

การที่ลูกหลาน ญาติมาช่วยดูแลเรา มันช่วยทำให้อาการซึมเศร้าเราดีขึ้น (ID2)

ครอบครัวยังมีความเอื้ออาทรอยู่ (ID2)

ความเอื้ออาทร...คือความผูกพันของญาติพี่น้อง เราว่าเขาเป็นห่วงไม่ได้คิดว่าเราเป็นภาระคอยดูแลเอาใจใส่เราไม่ให้ลำบาก อยากให้เราสบายใจ (ID2)

ความเป็นห่วงของน้องๆก็ทำให้เราอยากหายไม่อยากเป็นภาระให้น้องเป็นห่วง (ID3)

สิ่งยึดเหนี่ยวที่ช่วยให้มีกำลังใจคือครอบครัว ไม่อยากเป็นภาระให้เขา (ID3)

ลูกหลานทำให้มีชีวิตดีขึ้น เพราะคอยเอาใจใส่ดูแล เราก็เลยมีชีวิตดีขึ้นมาก ตอนนี้ไม่ค่อยเครียดเหมือนแต่ก่อน แต่ก่อนนี้เครียด ไม่อยากทำอะไร (ID4)

ครอบครัวให้กำลังใจ เขาพูดให้กำลังใจว่าเราต้องทำได้ เขาเข้าใจเรามากขึ้น ไม่หงุดหงิดต่อว่าเราเหมือนก่อน พอครอบครัวเข้าใจเราก็มีกำลังใจ (ID4)

ลูกหลานพาไปเที่ยวข้างนอก ก็รู้สึกดี ออกไปนอกบ้าน ก็รู้สึกนั้น ไปดู ได้สูดอากาศดีๆ ขับรถไปก็เห็นอะไรต่ออะไรก็ดีขึ้น (ID4)

มีลูก มีน้อง เป็นกำลังใจให้เรา (ID5)

ก็รู้สึกว่ามีความกำลังใจ รู้สึกว่าเราไม่ได้อยู่คนเดียว มีญาติพี่น้องเป็นห่วง มีกำลังใจ (ID5)

ลูกเป็นกำลังใจในการทำงาน แต่เราจะทำงานได้เราต้องหาย ต้องมีใจเข้มแข็งจึงอยากหาย ไม่อยากป่วยอีกจะได้ทำงานเก็บเงินไว้ให้ลูก (ID5)

การที่มีลูกๆมาดูแลไม่ว่าเป็นเรื่องเงินหรือมาดูแลเอาใจใส่ เยี่ยมเยียนเป็นครั้งคราว มีผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า พอเขามาเยี่ยมเรา เรารู้สึกดีใจ เขาก็ดีใจ ไม่ซึมเศร้า อย่างวันแม่เขามาเราก็รู้สึกดีใจที่

ลูกมาพร้อมเพียงแต่ถ้าคนไหนมาไม่ได้เขาก็ฝากพวกมาลัยมาไหว้ หรือถ้าเขาจะส่งเงินมาให้เขาก็โทรบอกเราก็ไปกดเอา (ID7)

สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจคงเป็นลูก (ID8)

ผมใช้คำว่า “เพื่อลูก” คำเดียว เพราะสิ่งที่ผมแคร์ที่สุดคือลูก ผมอยากเห็นซุคครุยและผ้าเหลืองของลูก (ID10)

**ประเด็นย่อยที่ 3 อยู่เพื่อคนที่รัก**

ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงการอยู่เพื่อคนที่รักว่าเป็นการแสวงหาบุคคลยึดเหนี่ยวที่ทำให้เกิดกำลังใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยคนที่รักที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงส่วนใหญ่คือสามีและลูก ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

เราต้องดูแลตัวเองให้ดี หายป่วยจะได้ไม่เป็นภาระให้สามีและสามารถดูแลสามีได้ด้วย (ID3)

พยายามทำให้อาการดีเพราะเราเห็นเขาพยายามช่วยเรา (ID3)

อยู่เพื่อลูกถึงเครียดก็จะไม่คิดเครียด (ID5)

รู้สึกดี รู้สึกว่าเราไม่ได้ยุ่งคนเดียว มีคนคอยเป็นห่วง เป็นกำลังใจ เป็นความหวัง (ID5)

รู้สึกดีใจ สบายใจ รู้ว่าเขาเป็นห่วงก็อยากทำตัวไม่ให้เขาเป็นห่วง (ID8)

รู้สึกดี ภูมิใจ ลูกๆก็ให้กำลังใจ ทำให้รู้สึกว่าเราเป็นคนที่ดีคนหนึ่งที่สามารทำได้ถึงจะยังไม่ดีมากแต่ก็จะพยายาม (ID8)

**ประเด็นหลักที่ 3 เรื่องของกรรมใช้ธรรมะเป็นที่พึ่งเพื่อเผชิญปัญหา**

ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าการป่วยเป็นเรื่องของกฎแห่งกรรม โดยกล่าวอย่างยอมรับว่าชาติที่แล้วคงทำกรรมไว้จึงทำให้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นการสะท้อนถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ และในขณะเดียวกันได้นำธรรมะเป็นที่พึ่งของการดำเนินชีวิต เนื่องจากว่าเป็นหลักธรรมชาติดีที่เชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างเป็น อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา ธรรมะช่วยทำให้จิตใจสงบ เกิดสติ มีสมาธิ นอกจากนี้กิจกรรมทางศาสนาต่างๆยังส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ ทำให้ชีวิตดีขึ้น เช่น การทำบุญตักบาตร การสวดมนต์ เป็นต้น และการปล่อยวางนั้นเป็นการตระหนักรู้ในตนเอง ปรับจิตใจเพื่อก่อให้เกิดความสบายใจ พร้อมเผชิญปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ประเด็นย่อยที่ 1 การป่วยเป็นเรื่องของกรรม**

ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงเรื่องกฎแห่งกรรมว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่มีเกิดต้องมีดับ ในขณะเดียวกันคิดว่าเป็นเรื่องของกรรมที่ทำแต่ชาติปางก่อนทำให้ชาตินี้ต้องป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

หลังจากนี้ผมมาเรียนรู้เรื่องธรรมะ คำว่าธรรมะก็คือธรรมชาติเป็นของตัวเองแล้วมันก็จะ  
หายไปเอง เป็นเรื่องกฎแห่งกรรม (ID10)

คือผลกรรมที่เราทำไว้แต่ชาติปางก่อนอาจจะเป็นอย่างนั้นก็ได้อะไรทำคนอื่นไม่เป็นทำไม  
เราเป็น (ID10)

## ประเด็นย่อยที่ 2 มีธรรมะเป็นที่พึ่ง

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงการมีธรรมะเป็นที่พึ่งว่า เป็นกิจกรรมทางศาสนาที่ทำแล้วทำให้เกิด  
สติ สมาธิ ความสบายใจ จิตใจสงบ ไม่ว่าจะว่า คิดว่าธรรมะเป็นที่พึ่งที่ช่วยให้ตนมีอาการที่ดีขึ้น  
กิจกรรมทางศาสนาที่ได้ทำ ได้แก่ ทำบุญใส่บาตร ไหว้พระสวดมนต์ ทอดกฐิน ทอดผ้าป่า ปล่อยโค ให้  
อาหารปลา เป็นต้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

ส่วนมากจะไปทำบุญ เพื่อนจะชักชวนกันไปทำบุญไปปล่อยโค ไปเลี้ยงเด็กพิการซ้ำซ้อน  
(ID1)

ไปช้อปปิ้ง ไปทำบุญ ไปทานอาหารกับเพื่อนบ้าง ทำให้สนุกสนานขึ้น (ID1)

ก็พยายามอ่านหนังสือ สวดมนต์ อะไรไปเรื่อย (ID2)

มีค่ะ ไปรดน้ำมนต์ (ID2)

เมื่อเข้าพรรษาก็ไปทอดกฐิน (ID2)

ไหว้พระ กลางคืนก่อนนอนก็สวดมนต์ ไหว้พระเลยทำให้จิตใจดีขึ้น (ID4)

ดูทีวีนะค่ะ แล้วในทีวีบางวัน วันพระก็มี มีธรรมะให้ฟัง จิตใจก็ดีขึ้น ตอนนีดีขึ้นมาก  
(ID4)

ก่อนนอนก็สวดมนต์อิติปิโส (ID5)

ชอบทำบุญไปปิดทอง ให้อาหารปลา (ID5)

ไปวัด พูดถึงการไปวัดไปวาเพราะเรามีบทบาทสำคัญเป็น ไวยาทยารัฐกรณ์ มีงานเกี่ยวกับ  
ศาสนา เรามีบทบาทอยู่ในนั้นทุกวัด ส่วนวัดของเราเราก็เป็น ไวยาทยารัฐกรณ์ที่นั่น คุณแลที่นั่น เราได้  
ความสบายใจ คือผมไปปลูกต้นไม้ ถ้ามีอะไรผมก็ไปเลย ไปคุยกับพระอาจารย์ (ID6)

ทำบุญใส่บาตรทุกวันช่วยให้ดีขึ้น ถ้าใส่ทุกวันยิ่งได้ทำบุญใส่บาตรยิ่งดีขึ้นสบายใจ วัน  
ไหนไม่ได้ใส่จิตใจว่าวุ่น (ID7)

ถ้าใจคอไม่ดีก็ไหว้พระสวดมนต์ ทำให้มีสติ สมาธิ สงบแล้วก็สบายใจ ต้องใช้ธรรมะเข้า  
ข่มแต่ก็พยายามนะไม่คิดมาก ทิ้งไปบ้างอย่างที่คุณหมอบอกถ้าเก็บมาคิดทั้งหมดต้องบ้าแน่ๆ ปล่อย  
วางแต่รู้ว่าจะยังทำได้ไม่ดี กำลังพยายามอยู่ (ID8)



ไปวัดมันก็ชื่นใจหน่อย ไปวัดนี้แหละสำคัญเพราะเราเป็นชาวพุทธแม่ถือคติพุทธ โข ชัมโมสังโฆ เป็นสิ่งที่เรายึดเหนี่ยวได้เพราะเมื่อเราตายไป เราได้ทำบุญเยอะๆ เราได้ทอดกฐิน ทอดผ้าป่า เป็นกุศลผลบุญของเราอันนี้จะช่วยให้เรามีความสุขหายกลัวใจได้ (ID9)

### ประเด็นย่อยที่ 3 ปล่อยวางเพื่อความสบายใจ พร้อมเผชิญปัญหา

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงการปล่อยวางเพื่อความสบายใจ พร้อมเผชิญปัญหาว่าเป็นการรู้จักตนเอง ปรับตัว ปรับใจ ไม่เก็บมาคิด อย่าไปคิดฟุ้งซ่าน ในขณะที่เดียวกันต้องปรับตัวกับปัญหาโดยใช้ธรรมชาติเพราะธรรมชาติทำให้ปลง ชีวิตมีความสุขมากขึ้นทำให้พร้อมเผชิญปัญหาได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

พยายามปล่อยวางให้มากที่สุดคิดว่า การปล่อยวางทำให้เรารู้สึกสบายใจ แต่คงต้องปรับไปเรื่อยๆเพราะเราเป็นคนทีคิดมากๆจะให้ได้เลยก็คง (ID1)

ต้องรู้จักปรับตัวปรับใจ คิดในทางที่ดี คิดแต่ในทางบวกก่อน แล้วใช้หลักธรรมชาติเข้าช่วย ต้องปล่อยวางถ้าเราเอามาคิดอยู่ที่เรากันเดียวเราก็แย่ ต้องตัดใจ พอคิดได้เราก็อ่อนโยนลง เศร้า โน่นลง พอปรับตัวได้อะไรก็ดีขึ้น มีความสุขขึ้นไม่หมกมุ่นคิดแต่เรื่องเดิมๆ (ID1)

คือไม่สบายก็เลิกคิด (ID4)

เราต้องทำใจของเราให้ได้ว่าคนอื่นเขาเป็นกันเยอะในเมื่อเราหลีกเลี่ยงไม่พ้นก็ทำใจ (ID5)

มันอยู่ที่ตัวเราเอง ถ้าเราทำใจให้ดีมันก็จะหาย (ID5)

ผมก็พยายามทำตัวให้สบาย ไม่คิดมาก (ID6)

เราก็อพยายามตัดปัญหาไหนที่ไม่สำคัญก็...เมื่อก่อนเก็บมาคิดหมด ปัญหาอะไรก็เก็บมาคิด (ID6)

ไม่ค่อยเป็นอะไรแล้ว ไม่ได้คิดอะไรมากมายแล้วตอนนี้ ทิ้งไปมั่ง อย่าให้มันหนักอกเรานักใครเขาทำอะไรก็ปล่อย (ID7)

ไม่มีแล้ว ไม่ค่อยคิดแล้ว (ID7)

ทำใจ ปล่อยวาง ตอนนี้ไม่ต้องห่วงอะไรก็ไม่คิดมาก ไม่เครียด (ID7)

อย่าไปคิดฟุ้งซ่าน อะไรจะเกิดก็ต้องเกิดถ้าเก็บมาคิดหมดเราก็แย่ปล่อยไปบ้าง (ID7)

ก็ไม่คิดมาก คิดน้อยๆ ปล่อยวาง เราอายุมากแล้ว ลูกๆก็สบายหมดแล้ว ลูกๆก็ช่วยเรื่องเงินมีเขาก็เอามาให้ ไม่สบายนิดหน่อยก็มา บางคนมาไม่ได้ก็โทรมาถามได้ (ID7)

ไม่คิดมาก ไม่เครียด ปลงเพราะเราอายุมากแล้วคิดมากก็ทุกข์เปล่าๆ ตอนนี้ชีวิตดีขึ้นลูกๆสบายกันหมดก็หมดห่วงเหลือแต่เลี้ยงหลานก็มีความสุขดี (ID7)

ต้องรู้จักตนเองปรับตัวถ้าไม่ปรับตัวปรับใจเราก็แย่เพราะมันไม่เหมือนเดิม พอปรับตัวได้ก็เครียดน้อยลง โมโหน้อย (ID8)

รู้จักปรับตัวเพราะถ้าไม่ทำเราต้องเครียดตายแน่ เราเลยต้องปรับตัวกับปัญหา กับตัวเองให้ได้ (ID9)

ไม่คิดมาก ปล่อยวาง คิดเรื่องอื่นบ้างอย่าคิดแต่เรื่องเครียดๆที่เท่านี้แหละที่เราต้องทำถ้าไม่  
อยากป่วยอีก อ้อ...ต้องกินยาหมอค้วยนะ ยาหมอช่วยไม่ให้คิดมาก ทำให้นอนหลับ (ID9)

อ้อมี ต้องรู้จักปรับตัวพอเราป่วยเราต้องปรับตัว พยายามไม่คิดมากแก่แล้วอีกไม่นานก็ตาย  
ก็อย่าไปคิดมากอะไรปล่อยวางได้ก็ปล่อยไป แล้วอีกอย่างพ่อเขาตีเขาห่วยโย ดูเลตลอด (ID9)

ปล่อยวาง เอาธรรมะเข้าข่ม ศาสนาพุทธนี่ดีนะสอนให้เราดับทุกข์แต่เราไม่ค่อยทำปล่อยให้  
ทุกข์ซะก่อนแล้วค่อยดับมันก็ดับยาก แม่ก็เหมือนกันอายุปุ่นนี่ยังคิดแต่เรื่องทุกข์เดียวก็ปวดหัว ปวด  
เมื่อยตัว (ID9)

ผมเอาธรรมะเป็นที่ยึดเหนี่ยว ไม่รู้ว่าเพราะวัยได้ช่วยหรือเปล่า แต่คิดว่าโลกนี้เป็นอนิจจัง  
ทุกข์ อนัตตา คือ ความไม่เที่ยงแท้ ไม่ยึดมั่นถือมั่น ทุกอย่างเกิดขึ้นก็หายไปเอง (ID10)

ธรรมะช่วยให้ชีวิตมีความสุข ความสุขคือความไม่ทุกข์ ปล่อยวางแต่พร้อมเผชิญปัญหา  
(ID10)

การสะสมของผลอย่างไรต่ออารมณ์ซึมเศร้าคือทำให้ลืมไปชั่วขณะ แต่ยู่ก็คิดย้ำทำผมหา  
ได้แล้วก็คือปล่อยวางเราก็ตัดตอนนั้นไปได้แล้ว ไม่เก็บมาคิดอีก ถึงลืมเสียไปไฟก็มีเซฟที่คัท ทำให้  
ปล่อยวาง คิดอย่างมีเหตุผลขึ้น กังวลลดลง (ID10)

คือธรรมะช่วยให้เราปลงมากขึ้น ตัดความกังวลหลายๆเรื่องไปได้ (ID10)

#### ประเด็นหลักที่ 4 การดูแลเริ่มต้นที่ตนเองเป็นสำคัญ

เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเมื่อทราบว่าคุณป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสิ่งแรกที่คุณปฏิบัติคือ  
การมารับการรักษาจากจิตแพทย์โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการ  
ทานยาและการมาตรวจตามแพทย์นัดโดยให้เหตุผลว่าการมารับรักษาช่วยทำให้อาการดีขึ้น ไม่เศร้า  
หรือเศร้าลดลง ทานอาหารและนอนหลับได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุส่วนใหญ่ยังมี  
วิธีการปรับตัวในหลายๆลักษณะที่จะช่วยทำให้อาการดีขึ้น อารมณ์เศร้าลดลง นั่นคือการคิดในแง่  
ดี ปรับวิธีคิดและพฤติกรรม รวมทั้งการทำกิจกรรมที่สนุกสนานเพลิดเพลิน ดังนั้นกระบวนการ  
ปรับตัวที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุคือการเริ่มที่ตนเองโดยตระหนักในการดูแลตนเอง  
คิดในแง่ดี ปรับวิธีคิดและพฤติกรรม และแสวงหากิจกรรมต่างๆที่สร้างความเพลิดเพลินสบายใจให้  
ลืมอารมณ์เศร้า เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่จะปรับตัวร่วมกับการดูแลตนเองสามารถกลับมาใช้ชีวิตใน  
สังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### ประเด็นย่อยที่ 1 ภาระหนักในการดูแลตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงการตระหนักในการดูแลตนเองว่า เป็นการให้ความสำคัญกับการดูแลตนเอง เช่น การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง การทานยาตามแผนการรักษารวมทั้งการดูแลตนเองด้านอื่นๆที่ส่งผลให้โรคซึมเศร้าดีขึ้น เช่น การทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกาย เป็นต้น ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

ทานยาทุกวัน มาตรฐานตามหมอนัด (ID1)

ต้องทานยาทุกวัน หรือมาตรฐานตามหมอนัดทุกครั้งเพราะคิดว่ายาช่วยให้เราดีขึ้น ไม่ซึมเศร้า อารมณ์ดี (ID2)

ไปหาหมอตตามนัด ทานยาตามหมอสั่ง ออกกำลังกาย (ID3)

การกินยาช่วยได้มากเวลาเครียดกินยาก็อารมณ์ดีขึ้นบ้าง (ID3)

หลังจากทานยาแล้ว อาการก็ดีขึ้นค่อยๆหายเครียดไปบ้าง ไม่ค่อยเครียดมากเหมือนแต่ก่อนนี้ ดีขึ้นเยอะ (ID4)

ไปตรวจตามที่คุณหมอนัดทุกครั้ง (ID4)

ยา ช่วยทำให้เรื่องความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าของเราลดน้อยลง (ID4)

กินข้าว กินยาให้ตรงเวลา ทำใจให้ดีคือทำสมาธิให้ว่างไม่ต้องคิดอะไร คิดว่าวันพรุ่งนี้ต้องดีกว่าวันนี้ คิดอย่างนี้จะม่กังวลใจแล้วก็นอนให้ตรงเวลา (ID5)

เพราะว่าสิ่งแรกฉันคิดน้อยและฉันกินยาไม่เคยขาด หมอให้กินยายังไงก็ต้องกินยาตามที่หมอบอก (ID7)

กินยาเข้าไปแล้วก็ค่อยยังชั่วลง เราก็ไม่คิดอะไรมากมาย (ID7)

ทานให้ตรงเวลา (ID7)

ทานยาทุกวัน หมอนัดต้องมาทุกครั้งกลัวยาหมด กลัวเป็นขึ้นมามากแล้วมันลำบาก (ID7)

การดูแลตนเองของป้าคือ คิดน้อย ทานยา ออกกำลังกาย (ID7)

มาหาหมอตตามนัดและทานยาทุกวัน เพราะกลัวว่าจะใจคอไม่ดี ถ้ายาใกล้หมดต้องรีบมา (ID8)

ได้ค่ะ 1. กินยา 2. พักผ่อน 3. กินอาหารที่มีประโยชน์ (ID8)

ได้ค่ะ 1.กินยาตามหมอสั่ง 2.มาตรฐานตามหมอนัดทุกครั้ง 3.ไปวัดทำบุญ 4.ให้ลูกสาวมาพูดให้ใจดีขึ้นใจ (ID9)

### ประเด็นย่อยที่ 2 คิดในแง่ดี ปรับวิธีคิดและพฤติกรรม

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงการคิดในแง่ดี ปรับวิธีคิดและพฤติกรรมว่า เป็นการคิดเรื่องดีๆ คิดในทางบวก ไม่คิดมากและพยายามทำตัวเองให้มีความสุขสนุกสนาน เช่น ยิ้มแย้มแจ่มใส ทำอารมณ์ให้

สนุกสนาน รวมทั้งการทำอะไรง่ายๆสบายๆลดความยุ่งยากเพื่อช่วยไม่ให้เครียด ความทุกข์น้อยลง  
ซึมเศร้าน้อยลง ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

คิดในแง่ดี ทำอะไรให้สนุกสดใส (ID1)

คิดแต่ในทางบวกก่อน อย่าเพิ่งไปคิดในเหตุการณ์ร้าย (ID1)

ต้องรู้จักปรับตัวปรับใจ คิดในทางที่ดี คิดแต่ในทางบวกก่อน แล้วใช้หลักกรรมะเข้าช่วย  
ต้องปล่อยวางถ้าเราเอามาติดอยู่ที่เราคนเดียวเราก็แย่ ต้องตัดใจ พอคิดได้เราก็ทุกข์น้อยลง เศร้า  
น้อยลง พอปรับตัวได้อะไรๆก็ดีขึ้น มีความสุขขึ้น ไม่หมกมุ่นคิดแต่เรื่องเดิมๆ (ID1)

คิดแต่เรื่องดีๆ ไม่คิดมากเพราะถ้าคิดมากเราก็เศร้า บางเรื่องไม่เป็นเรื่องแต่เราคิดมากก็เป็น  
เรื่องได้ พอคิดมากเราก็เครียด เศร้าพาลทำให้ไม่มีความสุข เพราะฉะนั้นเราต้องคิดแต่เรื่องดี เขา  
เรียกว่าคิดอะไรระที่เขาคิดกันอ้อ...คิดบวก เขาว่าคิดบวกแล้วจะมีความสุขก็เลยลองทำดูได้ผล  
เหมือนกัน (ID2)

ไม่คิดมาก คิดแต่ที่ดีๆ (ID3)

ต้องตั้งสติ อย่าคิดมาก เตรียมตัวให้พร้อมพอมีอาการจะได้มีสติ ไม่ฟุ้งซ่านมาก (ID3)

ก็ทำตัวให้มีอารมณ์สนุกสนาน ยิ้มเข้าไว้ คิดแต่เรื่องที่ทำให้อารมณ์ดี อะไรที่ทำให้เศร้าก็  
พยายามไม่ไปนึกถึง หาอย่างอื่นมาทำเบี่ยงเบนตนเอง ไปจากอารมณ์เศร้า อย่างแฟนป้าเขาชอบเล่น  
เกมส์อักษรไขว้เขาชวนป้าเล่น พอเล่นไปแล้วก็เพลินดีทำให้ลืมเรื่องเครียดไปได้ (ID3)

พยายามคิดให้น้อยลง ไม่คิดมาก คิดแต่เรื่องที่ดีๆ เรื่องที่กังวลก็ไม่ต้องคิด ทำอะไรทำแก้  
เหงาเพราะบางทีไม่มีอะไรทำเราก็เหงา ฟุ้งซ่าน คุณหมอ คุณพยาบาลแนะนำว่าให้พยายามหาอะไร  
ทำเบี่ยงเบนไม่ให้มีเวลาคิดฟุ้งซ่าน ค่อยๆปรับตัวไปเรื่อยๆทำได้เป็บเดียวก็เลิกยังไม่มีสมาธิ นั่ง  
ถอนใจว่าทำไมเรานี้แย่ แต่สักพักพยายามฝืนก็เริ่มทำได้นานขึ้นจนเดี๋ยวนี้ทำได้เกือบทั้งวันทำให้ไม่  
มีเวลาคิดมาก พอเราทำงานได้คือถึกเสื่อคะ ขายได้เงินก็ดีใจมีเงินใช้ มีความสุขขึ้น (ID4)

พยายามไม่คิดมาก มีปัญหาที่หาอะไรทำ เช่น คุกกี้ (ID6)

ไม่มีแล้ว ไม่ค่อยคิดแล้ว (ID7)

อย่าไปคิดฟุ้งซ่าน อะไรจะเกิดก็ต้องเกิดถ้าเก็บมาคิดหมดเราก็แย่ปล่อยๆไปบ้าง (ID7)

ก็ไม่คิดมาก คิดน้อยๆ ปล่อยวาง เราอายุมากแล้ว ลูกๆก็สบายหมดแล้ว ลูกๆก็ช่วยเรื่องเงิน  
มีเขาก็เอามาให้ ไม่สบายนิดหน่อยก็มา บางคนมาไม่ได้ก็โทรมาถามไถ่ (ID7)

ไม่คิดมาก ไม่เครียด ปล่อยเพราะเราอายุมากแล้วคิดมากก็ทุกข์เปล่าๆ ตอนนี้ชีวิตดีขึ้นลูกๆ  
สบายกันหมดก็หมดห่วงเหลือแต่เลี้ยงหลานก็มีความสุขดี (ID7)

ถ้าใจคอไม่ดีก็ไหว้พระสวดมนต์ ทำให้มีสติ สมาธิ สงบแล้วก็สบายใจ ต้องใช้ธรรมะเข้ามา  
ข่มแต่ก็พยายามนะ ไม่คิดมาก ทิ้งไปบ้างอย่างที่คุณหมอบอกถ้าเก็บมาคิดทั้งหมดต้องบ้าแน่ๆ ปล่อย  
วางแต่รู้เนะว่ายังทำได้ไม่ดี กำลังพยายามอยู่ (ID8)

ต้องสู้ ต้องคิดว่าเราต้องหายปรับความคิดซะใหม่เขาเรียกอะไรนะลูกๆชอบบอก.....  
อ้อนี่ก็ออกแล้วคิดบวก เขาบอกว่าถ้าแม่คิดบวกแม่ก็จะไม่เครียด ไม่เศร้า แม่ก็พยายามนะแต่บางครั้ง  
ก็ไม่ได้คิดมาก ลูกๆกับพ่อต้องคอยเตือนนี้ถ้าไม่มีพ่อกับลูกแม่คงแย่เขาช่วยให้เราอาการดีขึ้น (ID9)

บอกตัวเองไม่ให้คิดมาก คิดมากก็ทุกข์มาก (ID9)

การสะสมของผลอย่างไรต่ออารมณ์ซึมเศร้าคือทำให้ลืมไปชั่วขณะ แต่ย่ำคิดย้ำทรมานหา  
ได้แล้วก็คือปล่อยวางเราก็ตัดตอนนั้นไปได้แล้ว (ID10)

ผมขอฝากนิดหนึ่งว่า SIMPLE ทำอะไรให้ธรรมดาจะปราศจากโรค เมื่อไรมีความ  
ทะเยอทะยานซึ่งเมื่อก่อนเราเป็น เพราะฉะนั้นอะไรที่เราไม่ชอบเราก็จะไม่ทำ สิ่งที่เราไม่เคยได้รับการ  
การหยิบยื่นเราก็จะให้ลูก แต่ลูกจะรู้สึกอย่างไรผมไม่กังวล (ID10)

คือการทำอะไรง่ายๆสบายๆ ทำให้ธรรมดาที่สุด ไม่ต้องซับซ้อนมันจะลดความยุ่งยากเมื่อ  
ไม่ยุ่งยากก็ไม่เครียด ไม่ป่วย ใช้ชีวิตง่ายๆแบบพอเพียงอย่างที่ในหลวงท่านบอกแล้วเราจะมี  
ความสุข ตอนนี้อยู่ก็พยายามอยู่ กินง่าย อยู่ง่าย ไม่คิดมาก ใช้ธรรมะในการดำเนินชีวิต (ID10)

### ประเด็นย่อยที่ 3 กิจกรรมพาเพลินลิ้มอารมณ์เศร้า

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงกิจกรรมพาเพลินลิ้มอารมณ์เศร้าว่า เป็นกิจกรรมระหว่างการบำบัดที่  
ผู้ให้ข้อมูลทำแล้วสามารถช่วยให้จิตใจสบาย ลืมความเครียด ลืมอารมณ์เศร้า โดยกิจกรรมดังกล่าว  
คือกิจกรรมทั่วไป เช่น การอ่านหนังสือ ดูทีวี ซ้อมบั้ง ทานอาหารนอกบ้านหรือมีกิจกรรมร่วมกับ  
ครอบครัว กิจกรรมต่างๆเหล่านี้ทำให้เกิดอารมณ์สนุกสนาน ความเพลิดเพลิน เบี่ยงเบนตนเองจาก  
อารมณ์เศร้า ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

อ่านหนังสือก็ทำให้ลืมไปได้ (ID1)

ไปซ้อปิ้ง ไปทานอาหารกับเพื่อนบ้าง ทำให้สนุกสนานขึ้น (ID1)

พยายามมีกิจกรรม ทำให้สนุกสนานขึ้นไม่ให้มันเบื้อ (ID1)

ก็พยายามอ่านหนังสือ สวดมนต์ อะไรไปเรื่อย (ID2)

ปั่นจักรยาน ไปหาเพื่อนหรือคุยกับน้องชาย (ID2)

ก็ทำตัวให้มีอารมณ์สนุกสนาน ยิ้มเข้าไว้ คิดแต่เรื่องที่ทำให้อารมณ์ดี อะไรที่ทำให้เศร้าก็  
พยายามไม่ไปนึกถึง หาอย่างอื่นมาทำเบี่ยงเบนตนเองไปจากอารมณ์เศร้า อย่างแฟนป่าเขาชอบเล่น  
เกมส์อักษรไขว้เขาชวนป่าเล่น พอเล่นไปแล้วก็เพลินดีทำให้ลืมเรื่องเครียดไปได้ (ID3)

ใครชวนไปไหนก็เริ่มกล้าไปมากขึ้นแต่ยังไม่สนุกสนานมากลองไปดู สามีบอกว่าเราต้อง  
รู้จักปรับตัวต้องฝึกสู้กับอารมณ์ซึมเศร้าถ้าเป็นแต่ก่อนไม่กล้าไปเลยเพราะกลัวไปทำให้เขาไม่สนุก  
(ID3)

ออกไปเดินเล่นนอกบ้านมั่ง ทำให้จิตใจสบาย (ID4)

ทีที่มีละคร มีตลก มีอะไรหลายรายการที่ให้อุ บางครั้งก็ให้ความเพลิดเพลินบ้างเรื่องก็  
สนุกดี (ID4)

ดูแลทำให้สบาย วันๆก็เปิดวิทยุฟังเพลงก็สบาย (ID5)

ตอนเช้าถ้ามีเวลาก็เดินบ้างวิ่งบ้างหน้าบ้าน (ID5)

ออกกำลังกายตอนนี้พยายามออกทุกวัน (ID6)

ไปคู่ต้นไม้ดูการเจริญเติบโตของมัน ดูความเขียวๆก็เลยทำให้รู้สึกดีขึ้นตัดปัญหาที่บ้าน  
ออกไปได้ (ID6)

ถ้าเครียดมากก็หางานทำ ทำงานบ้านนี้แหละ เหนื่อยก็หลับ หรือออกกำลังกาย  
ไปเดินก็ไกลเหมือนกันนะจากบ้านไปปากซอย (ID7)

หายใจเข้าออกลึกๆ เวลาใจไม่ค่อยดีเราจะหายใจเข้าออกลึกๆตอนแรกๆไม่ค่อยได้ทำ  
เดี๋ยวนี้ทำไปด้วยเดินออกกำลังกายไปด้วยแกว่งแขนอย่างนี้ สบายใจ สดชื่น (ID7)

ปลูกผักช่วยไม่ให้เครียด ปลูกแล้วได้กินแถมแจกเขาด้วยบางที่ยังมีคนมาลักไปเลยแต่ช่าง  
เถอะเรามีเยอะ มีมะรุมนต้นหนึ่งถึงเวลาที่ขายกำละ 5 บาท ขายแฉวนั้นแหละ (ID7)

ชอบฟังเพลงฟังแล้วหายเครียด แล้วก็ทำให้สบาย อย่าคิดมาก (ID8)

**ประเด็นหลักที่ 5 มั่นใจในทีมสุขภาพ ได้รับพลังใจ มีส่วนร่วมในการรักษา**

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความมั่นใจในทีมสุขภาพ ทำให้เกิดพลังใจและการมีส่วนร่วมในการ  
รักษาว่าเป็นการบำบัดที่สามารถทำให้ผู้ให้ข้อมูลลดภาวะซึมเศร้า สามารถทำหน้าที่ได้ตามศักยภาพ  
และดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูลว่า การสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า  
และการดูแลตนเอง รวมทั้งการมีหนังสือเกี่ยวกับเรื่องโรคซึมเศร้าแจกจะทำให้สามารถนำไปศึกษา  
ทำความเข้าใจและดูแลตนเองได้ ในขณะที่บางรายกล่าวว่า การติดตามเยี่ยมบ้านเป็นการเข้าถึงผู้ป่วย  
โรคซึมเศร้าอย่างแท้จริง การที่ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามาสังสรรค์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องการ  
ดูแลตนเองเป็นอีกวิธีหนึ่งที่เรียกว่าเพื่อนช่วยเพื่อนเพราะคงไม่มีใครเข้าใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเท่ากับ  
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยกันเอง นอกจากสื่อที่พบได้ในโรงพยาบาลแล้วผู้ให้ข้อมูลยังเสนอแนะในการ  
นำความรู้สู่ชุมชนโดยการออกสื่อทางสื่อสารมวลชนไม่ว่าจะเป็นรายการโทรทัศน์หรือหนังสือ  
เผยแพร่เพราะไม่ใช่แต่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ายังนำเสนอ  
ให้สังคมร่วมรับรู้และเกิดความเข้าใจ ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไปได้

ทั้งนี้พลังใจจากหมอและพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาด้วยความเอาใจใส่คุณภาพดีสูงใหญ่ซึ่งเป็นการดูแลเชิงวิชาชีพที่สร้างความประทับใจจนทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเกิดความตระหนัก เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่จะปรับตัวร่วมกับการดูแลตนเองสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### ประเด็นย่อยที่ 1 มั่นใจในทีมสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการบำบัดที่ได้รับจากบุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชก่อให้เกิดความมั่นใจว่าการบำบัดที่ได้รับจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงดำเนินชีวิตที่เป็นปกติสุขได้ สามารถลดภาวะซึมเศร้า สร้างศักยภาพและช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ โดยการบำบัดดังกล่าวนั้นเป็นการบำบัดที่ได้รับขณะมาตรวจที่โรงพยาบาล เช่น กลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเอง กลุ่มจิตบำบัดต่างๆ การบำบัดนอกโรงพยาบาล เช่น การเยี่ยมบ้าน การจัดตั้งสรรค์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นต้น ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

รักษาอย่างนี้ก็คืออยู่แล้ว ให้อา ให้ความรู้การดูแลตนเอง การคิดบวกไม่ฟังชาน (ID3)

อยากรู้ว่าโรคที่เราเป็น เป็นโรคอะไร แล้วต้องรักษาตัวเองอย่างไรถ้ามีหมอหรือพยาบาลมาสอนที่ดีจะได้ดีขึ้น (ID5)

อยากให้ช่วยที่บ้านเราอยู่ไกลเหลือเกิน เวลาจะมาหาหมอก็ลำบากมาคนเดียวไม่ได้ต้องมีพ่อมาด้วย ถ้าหมอหรือพยาบาล ไปเยี่ยมบ้าน ได้ก็ดีนะ เวลาแม่ป่วย โรคเบาหวาน ความดันเขาก็ไปเยี่ยมอยู่ หมอบางคนนี่ขออะไรก็ให้หมดมันก็ดีใจ สบายใจขึ้น เขาก็รักเรานะ ถ้าเขาไม่นับถือ รักเราก็คงจะไม่มา แล้วช่วยให้อาการเราดีขึ้น เขาก็มาแนะนำว่าเราต้องทำยังไง กินยาอะไร กินอะไรได้บ้าง ถ้าหมอจิตเวชมาก็จะคุยเรื่องกลุ่มใจว่าทำยังไงดี เราจะได้อาไปใช้ดูแลตนเองไม่ให้เครียดไม่ให้คิดมาก (ID9)

ผมเลือกรักษาที่นี่เพราะมั่นใจว่าหมอมีความรู้ความสามารถ พยาบาลก็เก่งพูดอธิบายเข้าใจ คนป่วย คนไข้จิตเวชต้องได้คนที่เข้าใจจึงจะทำให้หายได้ (ID10)

### ประเด็นย่อยที่ 2 พลังใจจากหมอและพยาบาล

ในปัจจุบันเราตระหนักว่าการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพส่งผลลัพธ์ทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นแต่ นอกเหนือจากการดูแลดังกล่าวแล้วยังพบว่า การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั่นคือการเข้าถึง เข้าใจและความเอื้ออาทรของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและเป็นแรงใจหรือพลังใจให้ผู้ป่วยต่อสู้กับโรคที่เป็นรวมทั้งให้ความร่วมมือในการ

รักษาอย่างต่อเนื่อง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าความเอาใจใส่ของหมอและพยาบาลทำให้รู้สึกว่ามีคนห่วงใย ช่วยให้หายเศร้า ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

ขณะรักษารู้สึกดีที่หมอและพยาบาลเอาใจใส่ ซักถามอาการทำให้รู้สึกว่ามีคนห่วงใย (ID3)

คุณหมอ แนะนำให้ปฏิบัติตัว ไม่ให้เครียด ไม่ให้ซึมเศร้า ให้เราทำจิตใจให้สบาย (ID4)

คุณหมอชมก็จิตใจที่คุณหมอชมว่าเราดีขึ้น (ID4)

หมอบอกให้ทำใจให้ดี กินข้าวให้ได้ นอนหลับให้ตามเวลา ทำตามที่หมอสั่งก็ดีขึ้น แต่เรารู้ตัวเราว่าเราต้องมีพลังดูแลหลานเพราะเขาเรียกเราว่าแม่ คิดถึงตอนนั้นก็กำลังใจทำงานจนกว่าเราจะเรียนจบ (ID5)

รักษาช่วย ผมคิดว่าดีขึ้นมาบางอย่าง คือเราเห็นความเปลี่ยนแปลงจะพูดว่าไม่ดีเลยก็ไม่ได้ แต่ดีเลยก็ยิ่งรู้สึกว่ามีส่วนดีขึ้นคือจิตใจเราสบายขึ้นบางช่วง ทำให้ไม่กังวลไม่หงุดหงิด รู้สึกว่าการรักษาช่วยให้ดีขึ้น ทำให้จิตใจสบายขึ้น (ID6)

การรักษาของหมอช่วย บอกว่าไม่ต้องคิดอะไร เราอายุเท่านี้ไม่ต้องคิดหรอก มีอะไรก็ทิ้งๆ ไปบ้างจะดีขึ้นเอง (ID7)

หมอช่วยให้พลังใจ เรากินยาแล้วเราก็อ่อนโยน สบายใจ ไม่คิดมาก เบื่อๆเศร้าก็น้อยลง หมอก็แนะนำนะ ไม่ให้คิดมาก (ID8)

### ประเด็นย่อยที่ 3 ร่วมวางแผนในการรักษา

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการบำบัดที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน เช่น การศึกษาหาความรู้เรื่องโรคด้วยตนเอง เสนอกิจกรรมที่ช่วยให้อาการดีขึ้น เป็นต้น หลังจากนั้นได้นำความรู้ที่ได้รับมาดูแลตนเองเพื่อให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

มีหนังสือให้ไปอ่านดีกว่า เพราะมา ร.พ. เบื่อจัง (ID1)

คุณโทรทศน์มั่งอะไรมั่ง เขาออกรายการว่าโรคนี้เป็นอย่างไรเราก็พยายามปรับ สื่อทางด้านทีวี มีผลต่อการดูแลสุขภาพ (ID6)

เรื่องไม่ให้เครียด ไม่ให้เศร้าหรือถ้าเศร้าทำยังไงให้มันหาย (ID7)

อยากให้ช่วยให้หาย ไปเลย อย่างความเครียดอะไรอยากให้หาย ไปเลย สอนว่าทำยังไง จะทำยังไง ผ่อนคลายแบบไหน (ID7)

ยังเป็น ยิ่งศึกษามากขึ้นเนื่องจากผมซื้อตำราจิตแพทย์หลายเล่มมาอ่านรู้ว่าเป็น โรคเรื้อรัง แล้ว เราคงเป็นตั้งแต่เด็กแล้วคงต้องใช้เวลากับคุณหมอและให้เวลากับตนเองเหมือนกัน (ID10)

ผมว่าจัดกิจกรรมพบปะสังสรรค์คล้ายๆ meeting เป็นกลุ่มเล็กๆที่สามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึกเรียกว่ามาสังสรรค์ดีกว่าในกลุ่มโรคเดียวกันอาจมีการแชร์ budget ทานอะไรกัน เช่น



บุฟเฟต์หรืออะไรต่างๆแล้วแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน วิธีแก้งของแต่ละคนเป็นอย่างไรบ้าง ผมว่า  
โรคซึมเศร้าทำให้กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะจากคนในครอบครัว (ID10)



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการนำเสนอประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ โดยแบ่งออกเป็นการให้ความหมายประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ และประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและเป็นผู้ที่อยู่ในประสบการณ์จริงที่สามารถดูแลตนเองทำให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้ให้ความหมายของประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุว่า เป็นการทำความเข้าใจตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงนั้นคือการเริ่มต้นที่ตัวเอง ทำความเข้าใจว่าเราต้องการอะไรและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง ศึกษาหาความรู้และปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่ โดยมีความมุ่งหวังว่าจะสามารถมีอารมณ์ดีขึ้นเหมือนปกติ ทำงานได้ กินได้ นอนได้ และใช้วิธีการยอมรับความจริงแล้วตั้งหลักกลับมาสู้ใหม่โดยการยอมรับความจริงว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้านั้นจะทำให้ใจสงบ สามารถกลับมาสู้ เติบโต และปรับตัวกับปัญหาทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขได้

ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ประกอบด้วย ประเด็นหลัก 5 ประเด็น ได้แก่ *ประเด็นหลักที่ 1* จิตใจอ่อนแอแต่อยู่อย่างมีหวัง กำลังใจ จำแนกเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 1) ความอ่อนแอของจิตใจ ทำให้จิตใจไม่มั่นใจในตนเอง ทำให้รู้สึกหมดความสำคัญ รู้สึกแย่และอาย คิดว่าตนเป็นภาระแก่คนในครอบครัวไม่กล้าออกไปพบปะผู้คนทำให้มีเพื่อนน้อย หรือ ไม่มีเลย บางครั้งความรู้สึกรุนแรงทำให้รู้สึกฟุ้งซ่าน เมื่อชีวิต อยากรอดตาย 2) อยากรายกลับไปเป็นเหมือนเดิม คือการอยากกลับไปใช้ชีวิตเหมือนเดิมก่อนที่จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เพราะชีวิตช่วงนั้นเป็นช่วงที่มีความสุขสนุกสนาน ร่าเริง 3) คิดอย่างมีความหวังอย่างมีกำลังใจ เป็นการสร้างกำลังใจให้กับตนเองโดยคิดว่าการคิดแบบนี้จะทำให้จิตใจดีขึ้น สบายขึ้น ไม่มีอารมณ์เศร้า มีความสุข *ประเด็นหลักที่ 2* ครอบครัวมีความสำคัญในการมีชีวิตอยู่ จำแนกเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 1) คู่ชีวิตคือกำลังใจ สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่แต่งงานแล้วพบว่าคู่ชีวิตซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสามีนั้นคอยดูแลเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการดูแลความสุขสบายทางสุขภาพและการพูดคุยให้กำลังใจ แสดงถึงความรัก ความห่วงใยทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่ามีที่ยึดเหนี่ยวมีความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป 2) ครอบครัวให้ความเอื้ออาทร การที่มีญาติพี่น้อง ลูกหลานมาแสดงความห่วงใยดูแลเอาใจใส่ มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น พาไปที่วัดหรือทานอาหารนอกบ้านนั้นเป็นการแสดงถึงความรัก ความผูกพันที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าการครอบครัวมีความเข้าใจผู้ให้ข้อมูลส่งผลให้เกิดกำลังใจ มีจิตใจที่เข้มแข็ง 3) อยู่เพื่อคนที่รัก คือการแสวงหาบุคคลยึดเหนี่ยวที่ทำให้เกิดกำลังใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยคนที่รักที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงส่วนใหญ่คือสามีและลูก *ประเด็นหลักที่ 3* เรื่องของกรรมใช้กรรมเป็นที่พึ่งเพื่อเผชิญปัญหา จำแนกเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 1) การป่วยเป็น

เรื่องของกฎแห่งกรรม เป็นเรื่องธรรมชาติที่มีเกิดต้องมีดับ ในขณะที่เดียวกันคิดว่าเป็นเรื่องของกรรม ที่ทำแต่ชาติปางก่อนทำให้ชาตินี้ต้องป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 2) มีกรรมะเป็นที่พึ่ง ทำให้เกิดสติ สมาธิ ความสบายใจ จิตใจสงบไม่ว่าวัน 3) ปลอ่ยวางเพื่อความสบายใจ พร้อมเผชิญปัญหา การรู้จักตนเอง ปรับตัว ปรับใจ ไม่เก็บมาคิด ไม่คิดฟุ้งซ่าน ในขณะที่เดียวกันต้องปรับตัวกับปัญหาทำให้ชีวิตมี ความสุขมากขึ้นทำให้พร้อมเผชิญปัญหาได้ *ประเด็นหลักที่ 4 การดูแลเริ่มต้นที่ตนเองเป็นสำคัญ* จำแนกเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 1) ตระหนักในการดูแลตนเอง นั่นคือเมื่อทราบว่าตนป่วยเป็นโรค ซึมเศร้าได้เริ่มกระบวนการปรับตัวที่ตนเองก่อน โดยเริ่มต้นจากการตระหนักถึงความสำคัญในการ ดูแลตนเอง คือการไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งและทานยาทุกวัน รวมทั้งการดูแลตนเองด้านอื่นๆ ที่ส่งผลให้โรคซึมเศร้าดีขึ้น 2) คิดในแง่ดี ปรับวิธีคิดและพฤติกรรม คือการคิดเรื่องดีๆ คิดใน ทางบวก ไม่คิดมากและพยายามทำตัวเองให้มีความสุขสนุกสนาน เช่น ยิ้มแย้มแจ่มใส ทำอารมณ์ให้ สนุกสนาน รวมทั้งการทำอะไรง่ายๆสบายๆลดความยุ่งยากเพื่อช่วยไม่ให้เครียด ความทุกข์น้อยลง ซึมเศร้าน้อยลง 3) กิจกรรมพาเพลินลิ้มอารมณ์เศร้า เป็นกิจกรรมระหว่างการทำบำบัดที่ผู้ให้ข้อมูลทำ แล้วสามารถช่วยให้จิตใจสบาย ลืมความเครียด ลืมอารมณ์เศร้า ทำให้เกิดอารมณ์สนุกสนาน ความ เพลิดเพลิน เบี่ยงเบนตนเองจากอารมณ์เศร้า *ประเด็นหลักที่ 5 มั่นใจในทีมสุขภาพ ได้รับพลังใจ มี ส่วนร่วมในการรักษา* จำแนกเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 1) มั่นใจในทีมสุขภาพ เป็นการบำบัดที่ได้รับ จากทีมสุขภาพที่ก่อให้เกิดความมั่นใจว่าการบำบัดที่ได้รับดังกล่าวนั้นจะสามารถลดภาวะซึมเศร้า สร้างศักยภาพและช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ โดยการบำบัดดังกล่าวนั้นเป็นการ บำบัดที่ได้รับขณะมาตรวจที่โรงพยาบาล โคนเน้นว่าการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นการเข้าถึงผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าอย่างแท้จริง 2) พลังใจจากหมอและพยาบาล การให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยตาม มาตรฐานวิชาชีพส่งผลลัพธ์ทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นแต่นอกเหนือจากการดูแลดังกล่าวแล้วยัง พบว่าการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั่นคือการเข้าถึง เข้าใจและความเอื้ออาทรของบุคลากร ทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและเป็นแรงใจให้ผู้ป่วยต่อสู้กับ โรคที่เป็นรวมทั้ง ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) ร่วมวางแผนการรักษา คือการบำบัดที่ได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าทั้งจากที่แสวงหาความรู้ด้วยตนเองและจากสื่อต่างๆ รวมทั้งมีส่วนร่วม ในการวางแผนการรักษา ได้แก่การทานยา การปฏิบัติตัวต่างๆร่วมกับแพทย์และพยาบาล หลังจาก นั้นได้นำความรู้ที่ได้รับมาดูแลตนเองเพื่อให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น

## บทที่ 5

### อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายความหมายและประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ โดยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserlian Phenomenology) ซึ่งเป็นการวิจัยเพื่อบรรยายการให้ความหมายของประสบการณ์ตามสถานการณ์จริงและตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในประสบการณ์นั้น โดยผู้วิจัยได้แยกความเชื่อและสิ่งทีู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นๆออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม DSM-IV ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องมา 3 เดือน โดยทั้งนี้การวิจัยเชิงคุณภาพทำการศึกษาเพื่อบรรยายข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจึงเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง มีผู้ให้ข้อมูลรวม 10 ราย ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการบันทึกภาคสนาม ในการวิจัยครั้งนี้ได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเฉลี่ยรายละ 1-2 ครั้ง ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ตามขั้นตอนของ Colaizzi และนำเสนอประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลในภาพรวม ซึ่งผลของการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้เกิดความเข้าใจความหมายและประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้า คือการทำความเข้าใจตนเองและเตรียมพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิด เกี่ยวกับการเผชิญกับภาวะซึมเศร้ารวมทั้งเป็นการยอมรับความจริงแล้วตั้งหลักกลับมาดูใหม่

2. ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ แบ่งเป็น ประเด็นหลัก 5 ประเด็นและประเด็นย่อยดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 จิตใจอ่อนแอแต่อยู่อย่างมีหวัง กำลังใจ

ประเด็นย่อยที่ 1 ความอ่อนแอของจิตใจ

ประเด็นย่อยที่ 2 อยากหายกลับไปเป็นเหมือนเดิม

ประเด็นย่อยที่ 3 คิดอย่างมีความหวังอย่างมีกำลังใจ

ประเด็นหลักที่ 2 ครอบครัวมีความสำคัญในการมีชีวิตอยู่

ประเด็นย่อยที่ 1 คู่ชีวิตคือกำลังใจ

ประเด็นย่อยที่ 2 ครอบครัวให้ความเอื้ออาทร

ประเด็นย่อยที่ 3 อยู่เพื่อคนที่รัก

ประเด็นหลักที่ 3 เรื่องของกรรมใช้กรรมเป็นที่พึ่งเพื่อเผชิญปัญหา

ประเด็นย่อยที่ 1 การป่วยเป็นเรื่องของกรรม

- ประเด็นย่อยที่ 2 มีธรรมชาติเป็นที่พึ่ง
- ประเด็นย่อยที่ 3 ปล่องวางเพื่อความสบายใจพร้อมเผชิญปัญหา
- ประเด็นหลักที่ 4 การดูแลเริ่มต้นที่ตนเองเป็นสำคัญ
  - ประเด็นย่อยที่ 1 ตระหนักในการดูแลตนเอง
  - ประเด็นย่อยที่ 2 กัดในแง่ดี ปรับวิธีคิดและพฤติกรรม
  - ประเด็นย่อยที่ 3 กิจกรรมพาเพลินลิ้มอารมณ์เศร้า
- ประเด็นหลักที่ 5 มั่นใจในทีมสุขภาพ ได้รับพลังใจ มีส่วนร่วมในการรักษา
  - ประเด็นย่อยที่ 1 มั่นใจในทีมสุขภาพ
  - ประเด็นย่อยที่ 2 พลังใจจากหมอพยาบาล
  - ประเด็นย่อยที่ 3 ร่วมวางแผนในการรักษา

#### การอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสำคัญมากกลุ่มหนึ่งเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีผลต่อผู้ป่วยวัยสูงอายุคือ ทำให้เกิดการสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม (social role performance) การสูญเสียความสามารถในการแสดงออกซึ่งความสามารถในด้านต่างๆ (intellectual activity) และความสามารถในการดูแลตนเอง (instrumental ADL) (Kondo et al., 2008) ซึ่งส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เพิ่มค่ารักษาทั้งในลักษณะเจ็บป่วยและฟื้นฟู (Tsai, 2007) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดคุณภาพชีวิตและเพิ่มอัตราการตาย (Vink, 2008)

ดังนั้นการศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตระหว่างการบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจึงเป็นการทำความเข้าใจความหมายและประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้า ซึ่งนอกจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว สังคม บุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งรูปแบบการบำบัดต่างๆที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ให้ความหมายและอธิบายประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าที่มาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

#### การให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ

การศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความหมายของประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าที่คล้ายคลึงกัน โดยถ่ายทอดมาจากความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่อยู่กับโรคซึมเศร้า ซึ่งความหมายของประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง คือ การทำความเข้าใจ

เข้าใจตนเองและพร้อมเปลี่ยนแปลง และการยอมรับความจริงแล้วตั้งหลักกลับมาสู้ใหม่

การให้ความหมายดังกล่าวนี้เกิดจากประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่เกิดการเรียนรู้ที่จะทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง มีความสุขกับชีวิตมากขึ้น สามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงการทำความเข้าใจตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงว่า ทุกอย่างเกิดที่ตัวเราถ้าเราทำความเข้าใจตนเองว่าเราต้องการมีความสุข ไม่ซึมเศร้า เราก็จะต่อสู้กับความเศร้า พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงตนเอง ปรับความคิดของตนเอง ปรับตัวกับโรคซึมเศร้าและปรับตัวกับการใช้ชีวิตให้เหมาะสม ดังคำที่พุทธองค์กล่าวไว้ว่า อตฺถิ อตฺถิ โน นาโถ ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน (พระปรมาโมทย์ ปาโมชฺโช, 2551) ทุกอย่างเราต้องช่วยเหลือตนเอง ดังนั้นการที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าต้องยอมรับความจริงนั้นเป็นการแสดงถึงการเปิดใจให้กว้างยอมรับว่าเราป่วยเป็นโรคซึมเศร้าต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลยอมรับว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้วจะทำให้สามารถทำใจได้ จิตใจเกิดความสงบ ตั้งสติและสามารถตั้งหลักกลับมาสู้ใหม่ โดยดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งในเรื่องการดูแลตนเอง โดยทั่วไป การหาวิธีจัดการกับปัญหาและพร้อมเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม เพื่อให้ตนเองมีภาวะซึมเศร้าลดลงสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการให้ความหมายดังกล่าวจึงเป็นประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุดำเนินชีวิตอย่างเข้าใจชีวิต เข้าใจตนเอง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงเพื่อนำสิ่งที่ดีเข้ามาในชีวิตและสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่มีความสุขอย่างเดิมได้ สอดคล้องกับหลักของการพยาบาลทางสุขภาพจิต และจิตเวชที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง ทำให้เกิดการพัฒนาสภาพจิตใจและเกิดการเปลี่ยนแปลงในทีนำไปสู่การมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี (Arslantas, 2009)

จากการให้ความหมายประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ดังกล่าวข้างต้นนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Montpetit & Miles (2006) ว่าเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการปรับตัวและเผชิญกับความเครียด โดยการเผชิญความเครียดนั้นไม่จำเป็นต้องมีการปรับตัวกับความเครียดอยู่ตลอดเวลา เพียงแต่เราสามารถคงพฤติกรรมที่เหมาะสมที่เกิดจากการปรับตัวไว้เมื่อเกิดความเครียดครั้งต่อไปพฤติกรรมนั้นจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ ดังนั้นการให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจตนเองและดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมายจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะทำให้สามารถปรับตนเองไปสู่ภาวะสุขภาพที่ต้องการได้ (Brewer, 2004) นอกจากนี้ยังเป็นแรงจูงใจที่สร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์เฉพาะบุคคลเพื่อที่จะพัฒนาการดูแลตนเองพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น โดยกระบวนการดังกล่าวต้องผสมผสานระหว่างความเป็นบุคคลและบุคลิกภาพของคนๆนั้นเพื่อสามารถเกิดการปรับตัวที่มีคุณภาพและความคงอยู่

ของพฤติกรรมที่เหมาะสม (Wrosch et al., 2006) จากการศึกษาของ Kraaij (2002) พบว่ากลยุทธ์การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเมื่อผ่านเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดคือการปรับกระบวนการคิด (cognitive coping strategies) โดยเน้นการปรับทางด้านอารมณ์เนื่องจากว่าเมื่อสามารถควบคุมอารมณ์เศร้าที่เกิดจากเหตุการณ์ทางด้านลบได้แล้วผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะสามารถตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองและปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Chokkanathan (2009) ที่ศึกษาถึงการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุชาวอินเดียพบว่า เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดผู้สูงอายุชาวอินเดียมักใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการจัดการกับปัญหา (problem-solving coping) ซึ่งสามารถทำให้จัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความเข้าใจในตนเอง เรียนรู้และสามารถวางแผนในการเผชิญปัญหาครั้งต่อไปได้

สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้อย่างเหมาะสมและนอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการป้องกันและเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดต่อไปได้ (Montpetit et al., 2006) ดังนั้นจึงแสดงว่าเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความเข้าใจในตนเอง ยอมรับตนเอง ทำให้พร้อมที่เผชิญปัญหาและพัฒนากลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ (2544) ที่ศึกษาการฟื้นฟูจากความซึมเศร้าของสตรีไทยวัยกลางคนพบว่า การฟื้นฟูจากความซึมเศร้าของสตรีไทยวัยกลางคน คือ การคืนความสำคัญให้ตนเองจากการสูญเสียความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีวัยกลางคนที่มีความซึมเศร้า โดยกลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการกับอาการซึมเศร้า คือ การจัดการกับความซึมเศร้าด้วยตนเอง การขอความช่วยเหลือและการไตร่ตรองตนเอง ซึ่งส่งผลให้รู้สึกถึงคุณค่าของตนเองและกลับกลายเป็นบุคคลใหม่ที่มีความเติบโตในตนเองและฟื้นฟูจากความซึมเศร้าไปในที่สุด

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุยอมรับว่าตนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลตนเอง (Vinamaki et al., 2006) เนื่องจากก่อให้เกิดความพยายามในการพัฒนากลยุทธ์การดูแลตนเองเพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง (Frank et al., 2007) นอกจากนี้ยังช่วยลดความขัดแย้ง ทำให้ใช้ชีวิตอย่างเข้าใจ รู้จักความหมายในชีวิตทำให้มีความสุขมากขึ้น (Hardy, Concato and Gill, 2004) นั่นหมายความว่า การมีสุขภาวะที่ดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ คือ การยอมรับตนเอง พัฒนากลยุทธ์ในการดูแลตนเองเพื่อก่อให้เกิด ความสามารถในการดำเนินชีวิต (functional life) ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (life satisfaction) และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (personal relationship) (Chung et al., 2008)

### ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ

ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุเป็นการถ่ายทอดความคิด ความรู้สึกและการแสดงพฤติกรรม ผ่านการบอกเล่าและเรียบเรียงเป็นภาษา ประสบการณ์เหล่านี้ ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ 1) จิตใจอ่อนแอแต่อยู่อย่างมีหวัง กำลังใจ นั่นคือเมื่อทราบว่า ตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้วจะเกิดความรู้สึกที่มีต่อการป่วยทั้งทางบวกและทางลบ โดยทางลบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอธิบายว่าเกิดจากความอ่อนแอของจิตใจ ส่วนความรู้สึกทางบวกเป็นการอธิบายว่าเป็นความรู้สึกที่อยากหายกลับไปเป็นเหมือนเดิม อยากกลับไปเป็นคนเดิม ส่งผลให้ คิดอย่างมีความหวัง อย่างมีกำลังใจ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเกิดการปรับตัวเพื่อ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี 2) ครอบครัวมีความสำคัญในการมีชีวิต อยู่ นั่นคือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสังคมเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการมีส่วนร่วม ในการดูแล โดยเฉพาะครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยการที่มีชีวิตคอยเป็นกำลังใจและให้ความเอาใจใส่ดูแล รวมทั้งการที่ได้รับความเอื้ออาทร ห่วงใยจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถอยู่ในครอบครัวได้ อย่างมีความสุขโดยมีกำลังใจว่าเป็นการอยู่เพื่อคนที่รัก เพื่อที่จะสามารถได้ดูแลคนที่รักเป็นการ ตอบแทนบ้าง 3) เรื่องของบาปกรรมใช้กรรมะพร้อมเผชิญปัญหา นั่นคือบางคนอธิบายว่าการป่วย เป็นเรื่องของกฎแห่งกรรมที่ทำไว้แต่ชาติปางก่อน และใช้กรรมะเป็นที่พึ่งทั้งการทำบุญตักบาตร การสวดมนต์ นอกจากนี้ยังปล่อยวางเพื่อให้จิตใจสงบ เกิดความสบายใจ พร้อมเผชิญปัญหาต่างๆ 4) การดูแลเริ่มต้นที่ตนเองเป็นสำคัญ นั่นคือเริ่มจากการดูแลตนเองโดยการทานยาทุกวันและมา ตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ปรับความคิดและพฤติกรรมโดยคิดในแง่ดี นอกจากนี้ยังทำกิจกรรม ต่างๆเพื่อให้ลิ้มอารมณ์เศร้า เช่น การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ซื่อของ ทานอาหารกับ ครอบครัว/เพื่อน 5) มั่นใจในทีมสุขภาพ ได้รับพลังใจ มีส่วนร่วมในการรักษา นั่นคือเป็นการมี ส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างแท้จริงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยเป็นรูปแบบการบำบัดที่ ทีมสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และรูปแบบการบำบัดที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความต้องการ นั่นคือการติดตามเยี่ยมบ้าน เนื่องจากว่าการเยี่ยมบ้านจะสามารถทำให้ทีมสุขภาพมีความเข้าใจและตระหนักถึงบริบทของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมากขึ้น สามารถนำมาพัฒนาในการสร้างรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับ ความต้องการและบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ นอกจากนี้การบำบัดที่ได้รับนั้นจะเป็น ส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลง สามารถปรับตัวและเผชิญกับสิ่ง กระตุ้นในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ตัวผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว บุคคลากรทีมสุขภาพยังมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุด้วยเช่นกันนั่นคือ



การได้รับการดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีกำลังใจและรู้สึกมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี

**ประเด็นหลักที่ 1 จิตใจอ่อนแอแต่อยู่อย่างมีหวัง กำลังใจ**

จากประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงคือ เมื่อทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้วจะเกิดความรู้สึกที่มีต่อการป่วยทั้งทางบวกและทางลบ โดยทางลบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอธิบายว่าเกิดจากความอ่อนแอของจิตใจ ดังคำอธิบายที่ว่า เป็นความรู้สึกเป็นทุกข์ เศร้า อึดอัด ท้อแท้คิดว่าตนเป็นภาระ ขาดความสำคัญ บางรายคิดฟุ้งซ่านมากทำให้เบื่อชีวิตอยากตายสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลีว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะทำให้ความมีคุณค่าในตนเองลดลง (decreased self-esteem) มีความรู้สึกถูกแยกจาก (sense of isolation) และเกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณซึ่งส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมา (Chung et al., 2008) นอกจากนี้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร่ายังขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจส่งผลให้เกิดการสร้างพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆมาทดแทน เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุราและการไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น (Wrosch et al., 2006) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเมื่อผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบเนื่องจากว่าเป็นสาเหตุทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Peterson et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนที่ศึกษาพบว่า 21% ของผู้สูงอายุจีนมีความรู้สึกทางลบเมื่อทราบว่าตนป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านการดูแลตนเองและแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Chan et al., 2006) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อโอกาสในสังคม (lack the opportunities) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางลบ (the negative consequences of behaviors) (Wrosch et al., 2006) และเมื่อภาวะซึมเศรารุนแรงขึ้นทำให้มองโลกแคบ (the world has narrowed) ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง (Mitty and Flores, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวี ฝ่างันทรากร (2548) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้หญิงในภาคอีสานที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าภาวะซึมเศร้าคือ ความทุกข์ ไม่มีความสุข โดยมองว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ มีความคิดในทางร้าย ซึม รู้สึกเบื่อหน่าย ไร้พลัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวว่าการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องของกฎแห่งกรรม ดังคำอธิบายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่มีเกิดต้องมีดับ เรื่องของกรรมที่ทำแต่ชาติปางก่อนทำให้ชาตินี้ต้องป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ดังเช่นการศึกษาของ Chokkanathan (2009) ที่ศึกษาในประเทศอินเดียพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุคิดว่าสิ่งที่ตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เกิดจากความต้องการของพระเจ้า ทุกอย่างอยู่ภายใต้การกำหนดของพระเจ้า

ด้านความรู้สึกทางบวกนั้นผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าเป็นความรู้สึกที่อยากหายกลับไปเป็นเหมือนเดิม หมายความว่า เป็นการอยากกลับไปใช้ชีวิตเหมือนเดิมก่อนที่จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เพราะชีวิตช่วงนั้นเป็นช่วงที่มีความสุขสนุกสนาน ร่าเริง ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้ตนเองป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เพราะว่าการป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม ไม่ต้องการพบใครส่งผลให้ดำเนินชีวิตอย่างไม่มีความสุข ดังนั้นจึงทำให้คิดอย่างมีความหวังว่าตนต้องหายจากโรคซึมเศร้าแล้วสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้มีความสุขอย่างเดิม โดยคิดอย่างมีกำลังใจว่าพรุ่งนี้ต้องดีกว่าวันนี้ เป็นการสร้างกำลังใจให้กับตนเองคิดว่าการคิดแบบนี้จะทำให้จิตใจดีขึ้นสบายขึ้น ไม่มีอารมณ์เศร้า มีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hardy, Concato and Gill (2004) ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อสามารถควบคุมอาการป่วยได้จะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพที่ดีและทำให้สามารถควบคุมและเผชิญเหตุการณ์ความเครียดในครั้งต่อไปได้ ส่งผลให้เกิดการยอมรับตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Kraaij, Pruyboom and Garnefski, 2002) นอกจากนี้เมื่อสามารถสร้างการยอมรับตนเอง (self-concept) ให้คงอยู่จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เพิ่มขึ้น (Montpetit, Bisconti and Rausch, 2006) ก่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาตนเอง โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้สร้างเป้าหมายที่มุ่งหวังว่าตนจะมีอาการที่ดีขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเพื่อเป็นการเพิ่มแรงจูงใจ (Worsch et al., 2006) สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องความหวังของ Synder (1994 อ้างถึงใน อังคณา หมอนทอง, 2549) ที่กล่าวว่า เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องของกลุ่มความคิดที่มุ่งเป้าหมาย (goal-directed thinking) โดยการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมาย (goal-directed behavior) ออกมาได้นั้นจะต้องผ่านกระบวนการของความคิดที่มุ่งเป้าหมายหรือความหวังก่อน โดยมี 2 องค์ประกอบคือ 1) พลังแห่งความตั้งใจ (willpower) เป็นการคิดที่เต็มไปด้วยความตั้งใจที่จะไปให้ถึงเป้าหมายซึ่งความคิดเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าเขาสามารถที่จะริเริ่มและคงไว้ซึ่งการกระทำที่นำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ พลังแห่งความตั้งใจไม่เพียงแต่จะช่วยผลักดันให้บุคคลไปสู่เป้าหมายเท่านั้น แต่ยังช่วยให้บุคคลเอาชนะอุปสรรคที่ขวางกั้นการไปสู่เป้าหมายอีกด้วย 2) พลังแห่งแนวทาง (waypower) เป็นการคิดเพื่อวางแผนหาแนวทางหรือวิธีการที่จะนำบุคคลไปถึงเป้าหมาย รวมถึงการมีความคิดที่ยืดหยุ่นในการหาแนวทาง กล่าวคือ เมื่อประสบปัญหาหรือพบอุปสรรคในแนวทางเดิมก็สามารถหาแนวทางใหม่ที่จะไปสู่เป้าหมายได้

## **ประเด็นหลักที่ 2** ครอบครัวยุคใหม่มีความสำคัญในการมีชีวิตอยู่

สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญต่อการส่งเสริมให้อาการซึมเศร้ามลดลงนั้นคือ ครอบครัวและสังคม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า การที่จะทำให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลงนอกจากการดูแลตนเองแล้วคนรอบข้างยังเป็นบุคคลที่สำคัญในการ

ส่งเสริมให้ภาวะซึมเศร้าลดลงโดยการให้กำลังใจ ความหวังใจ ความเอื้ออาทรและการดูแลเอาใจใส่ สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่แต่งงานแล้วบุคคลที่มีความสำคัญคือคู่ชีวิต โดยกล่าวว่า การที่คู่ชีวิตคอยดูแลเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การพูดให้กำลังใจ การแสดงถึงความรัก ความหวังใจทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่ามีที่ยึดเหนี่ยว เป็นแรงผลักดันที่ทำให้ต้องการมีอาการดีขึ้น มีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่เป็นภาระและสามารถดูแลคู่ชีวิตเป็นการตอบแทนได้ นอกจากนี้ยังเป็นการอยู่เพื่อคนที่รักซึ่งหมายความว่า เป็นการแสวงหาคลยัคคีที่ก่อให้เกิดกำลังใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลจะหมายถึงสามีและลูก ดังเช่นการศึกษาในประเทศเกาหลีพบว่า การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวนั้นทำให้เกิดความรู้สึกแยกจาก สูญเสียคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าและสุขภาพกายแย่ลง (Chung et al., 2008) ดังนั้นคู่ชีวิตจึงเป็นแรงสนับสนุนในการสร้างคุณค่าในตนเองเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตรวมทั้งการสื่อสารระหว่างกันเป็นการสร้างทัศนคติที่ดี ส่งผลให้ปรับความคิดเป็นไปในทางบวกทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Loriedo, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของนุสรา วรรณาทพร (2547) ที่ศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ระบายอารมณ์ให้กับคนใกล้ชิดถือเป็นการจัดการอาการซึมเศร้าวิธีหนึ่ง ดังคำกล่าวที่ว่า ความเกื้อกูลเปรียบเหมือนสะพานแห่งจิตที่มีความรัก ความหวังใจและความรู้สึกดีๆ ที่มอบให้กัน เชื่อมสายใยรักให้เหนียวแน่น มั่นคง ความเกื้อกูลกันจึงเป็นน้ำใจงามของคู่รักและมิตรภาพ (อ้อม ประนอม, 2548)

นอกจากคู่ชีวิตแล้วการที่บุคคลในครอบครัวซึ่งในที่นี้ผู้ให้ข้อมูลที่เป็น โสคหมายถึง ญาติ พี่ น้อง และหลานมีความเอื้ออาทร และเป็นกำลังใจส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลต้องการมีอาการดีขึ้นและคาดหวังว่าจะสามารถกลับไปเป็นคนสำคัญของครอบครัวได้เหมือนเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ Loughlin (2004) ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือคนรอบข้างมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพจิตโดยมีส่วนสนับสนุนในการสร้างรูปแบบการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมทั้งทางด้านแก้ไขปัญหา (problem-focused coping) และการปรับอารมณ์ (emotion-focused coping) (Brewer and Hewstone, 2004) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อเกิดภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤตและจากการปรับตัวดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Lewinsohn et al., 1984)

โดยจากการศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุพบว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ เป็นกำลังใจที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุต้องการดูแลตนเองให้มีภาวะซึมเศร้าลดลงและพึ่งตนเองได้ โดยเฉพาะคู่ชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากสภาพสังคมปัจจุบันที่บุตร หลานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่

ต้องอยู่กับคู่ชีวิตตามลำพัง (Chung et al., 2008) แต่ถึงแม้ว่าบุตร หลานจะออกไปทำงานนอกบ้าน หรือไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยแต่ยังมีการแวะมาเยี่ยมเยียนทั้งในวันธรรมดาและโอกาสพิเศษ เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์ วันแม่ เป็นต้น ซึ่งแสดงว่าลักษณะของสังคมไทยกำลังจะเปลี่ยนไปเป็นแบบสังคมตะวันตกมากขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ขอมรับการป่วยของผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองมากขึ้น (Prins et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Montpitt et al., (2006) ที่ศึกษาพบว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถเผชิญกับความเครียดและปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ได้ โดยครอบครัวให้ความดูแลเอาใจใส่ เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ดังเช่น การศึกษาของสุวดี จันกระยอม (2546) ที่ศึกษาพบว่าครอบครัว ความผาสุกในครอบครัวรวมทั้งการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกันเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการหายจากภาวะซึมเศร้า ดังนั้นระบบครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Loriedo, 2004) ดังคำกล่าวที่ว่า บ้านคือแหล่งสนับสนุนของสุขภาพ (The home as support for health) และเป็นแรงขับเคลื่อนภายในที่ช่วยให้คงความมีสุขภาพที่ดีไว้ (Having an inner driving force to maintain health) (Fange and Ivanoff, 2008)

### ประเด็นหลักที่ 3 เรื่องของบาปกรรมใช้ธรรมะพร้อมเผชิญปัญหา

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า การป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องของกฎแห่งกรรม ดังคำอธิบายว่า เป็นเรื่องธรรมชาติที่มีเกิดต้องมีดับ เรื่องของกรรมที่ทำแต่ชาติปางก่อนทำให้ชาตินี้ต้องป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยนำคำสอนหลักของพระพุทธศาสนามาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ดังคำที่พระพุทธเจ้า กล่าวว่า สิ่งทั้งหลายที่เกิดขึ้นในโลกนี้ ประกอบด้วยหลักใหญ่ 2 ประการ คือ หลักอิทัปปัจจยตา ซึ่งอธิบายว่า สิ่งทั้งหลายที่เกิดในโลกนี้เป็นไป หรือเกิดขึ้นตามเหตุปัจจัย และหลักไตรลักษณ์ คือ อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา อนิจจัง หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นในโลกนี้ ไม่มีที่ง ไม่คงที่ เกิดขึ้นแล้วก็ดับไป เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ทุกขัง หมายถึง อาการที่สิ่งทั้งหลายไม่สามารถอยู่ในสภาพเดิม เช่น สภาวะขัดแย้ง ผื่น กดดัน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเหตุปัจจัย เป็นสิ่งที่มีอยู่ในธรรมชาติ อนัตตา หมายถึง ความไม่มีตัวตน ทุกอย่างในโลกไม่เป็นตัวเป็นตนของใคร ใครจะยึดถือครอบครอง สัมกับให้ เป็นไปตามปรารถนาไม่ได้ เพราะเป็นไปตามเหตุปัจจัยหรือดำรงอยู่ตามสภาวะนั้นๆ (โสรีซ์ โปธิแก้ว, 2540) สอดคล้องการศึกษาของ Chokkanathan (2009) ที่ศึกษาในประเทศอินเดียพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุคิดว่าการที่ตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เกิดจากความต้องการของพระเจ้า ทุกอย่างอยู่ภายใต้การกำหนดของพระเจ้า แต่ในขณะที่เดียวกันผู้ให้ข้อมูลมองเห็นทางออกทางจิตวิญญาณว่าการใช้ศาสนาจะสามารถทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสงบ เกิดสติปัญญาและพาตนเองก้าวพ้นความทุกข์จากโรคซึมเศร้าได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า การใช้ธรรมะเป็น

ที่พึง เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติแล้วก่อให้เกิดสติ มีสมาธิ เกิดความสบายใจ จิตใจสงบไม่ว้าวุ่น คิดว่า  
ธรรมะเป็นที่พึ่งที่ช่วยให้ตนมีอาการที่ดีขึ้น

นอกจากนี้พื้นฐานความเชื่อทางพุทธศาสนาที่ทำให้เกิดการยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว  
(รังสิมันต์ สุนทร ไชยา, 2550) ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึงกิจกรรมทางศาสนาว่า เป็นกิจกรรมที่ทำแล้ว  
รู้สึกสงบ เกิดความสบายใจ ซึ่งกิจกรรมทางศาสนานั้น ได้แก่ การทำบุญใส่บาตร ไหว้พระสวดมนต์  
ทอดกฐิน ทอดผ้าป่า ปลอ่ยโค ให้อาหารปลา ดังเช่นการศึกษาของนุสรา วรรภัทราท (2547) ที่  
ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใช้การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปวัด ไหว้พระ ทำบุญตัก  
บาตร เป็นการจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง นอกจากนี้การ ทำความดี ละเว้นความชั่ว โดย  
การทำความดี ด้วยการทำบุญให้ทาน การทำจิตใจให้บริสุทธิ์ ผ่องแผ้ว ด้วยการเจริญภาวนา ทำ  
สมาธิ ส่งผลให้เกิดความสงบในจิตใจ (ณัฐกานต์ ไพบูล, 2549)

ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นทราบว่า สำหรับผู้สูงอายุกิจกรรมทางศาสนาถือว่าเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่  
สามารถลดภาวะซึมเศร้า (You et al., 2008) ได้ดังเช่นการศึกษาของ Chokkanathan (2009) ที่ศึกษา  
ในประเทศอินเดียพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตใช้กิจกรรมทางศาสนาเป็นกิจกรรมที่สำคัญ  
ในการช่วยรักษาปัญหาทางสุขภาพจิต โดยกิจกรรมดังกล่าวได้แก่ การสวดมนต์ภาวนา การปฏิบัติ  
ธรรมตามสถานที่ปฏิบัติธรรมต่างๆตามความเชื่อทางศาสนา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ  
You et al., (2008) ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและอยู่คนเดียวในประเทศเกาหลีใช้  
การศึกษาธรรมะ การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ภาวนาและการทำบุญเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ โดย  
กิจกรรมทางศาสนาดังกล่าวเป็นการสร้างความหมายในชีวิต (meaningfulness in life) ทำให้ภาวะ  
ซึมเศร้าลดลงและมีสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของสุวดี จันดีกระยอม (2546) ที่  
ศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการหายจากภาวะซึมเศร้าคือการมีกิจกรรมทางศาสนาหรือการ  
ปฏิบัติบูชา สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาลักษณ์ ช่างทอง, จินตนา ยูนิพันธุ์ และรังสิมันต์  
สุนทร ไชยา (2551) ที่ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า การดูแล  
ตนเองด้านจิตวิญญาณคือการพัฒนาตนเองด้านจิตวิญญาณโดยปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทาง  
ศาสนา รวมทั้งยึดหลักคำสอนเพื่อฝึกจิตใจให้สงบ ดังที่ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวว่า การปฏิบัติ  
กิจกรรมทางศาสนาเป็นการพัฒนาทางจิตใจ ส่งเสริมให้จิตใจมีความสงบ มีความสุขสามารถแก้ไข  
ปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ช่วยให้รู้จักปล่อยวางและยอมรับสภาพความเป็น  
จริงของชีวิตส่งผลให้บุคคลเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี

ในลำดับต่อมาที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงคือ การปล่อยวางเพื่อความสบายใจ พร้อมเผชิญปัญหา  
หมายความว่า เป็นการรู้จักตนเอง ปรับตัว ปรับใจ ไม่เก็บมาคิด อย่าไปคิดฟุ้งซ่าน เป็นการทำใจ ไม่

คิดมาก ทำให้เกิดความสบายใจ ตั้งสติและมีความพร้อมที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆหรือภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ (2544) ที่ศึกษาถึงกลวิธีในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวันพบว่า ผู้ป่วยใช้การทำใจ ปลงและคิดในแง่ดีเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นๆ และการศึกษาของรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2550) ที่ศึกษาถึงการจัดการภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของผู้สูงอายุพบว่าคือ การทำใจให้สงบ สบาย ทำใจให้ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น

ดังนั้นการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) จึงเป็นความสามารถของบุคคลในการพัฒนาลักษณะจิตวิญญาณของตนอย่างเต็มศักยภาพ รวมทั้งการค้นพบจุดมุ่งหมายในชีวิตของแต่ละคน เป็นการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดความหมายในชีวิต (บุญพา ณ นคร, 2545)

#### ประเด็นหลักที่ 4 การดูแลเริ่มต้นที่ตนเองเป็นสำคัญ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทุกรายตระหนักว่าการที่จะสามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นได้นั้นต้องเกิดจากการเริ่มต้นดูแลตนเองเป็นสำคัญ โดยเป็นการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย การรู้คิด และพฤติกรรมที่ส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้า นั่นคือ การตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง ได้แก่ การมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arslantas และคณะ (2009) ที่ศึกษาพบว่า การสูญเสียพลังงาน (Loss of energy) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุซึ่งคือการพร่องเรื่องการนอนหลับ การรับประทานอาหาร จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น ดังนั้นเมื่อสามารถปรับเรื่องการนอนหลับและการรับประทานอาหาร ได้เหมาะสมจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้ ดังเช่นจินตนา ยูนิพันธ์ (2542) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตคือ พฤติกรรมที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเองโดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจและกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อประคับประคองจิตใจและส่งเสริมให้มีพัฒนาการในแต่ละระยะของวงจรชีวิตทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมีภาวะจิตใจที่ไม่ปกติร่วมกับต้องกระทบกับสิ่งกระตุ้นรอบข้างอยู่ตลอดเวลาอย่างส่งผลต่ออารมณ์ ความคิด การรับรู้และพฤติกรรม ดังนั้นหากสามารถให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ก็จะสามารถทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ลดการพึ่งพาผู้อื่น โดยพฤติกรรมดูแลตนเองที่กล่าวถึงคือการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Physical self-care) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายที่ดี เพราะบุคคลที่มีสุขภาพกายดีเท่านั้นจึงจะพร้อมเผชิญปัญหาที่มากกระทบจิตใจได้ การดูแลตนเองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ได้แก่ อาหารและน้ำ การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังตระหนักว่าการทานยาตามแผนการรักษาอย่าง

ต่อเนื่องจะเป็นการช่วยลดภาวะซึมเศร้าดังเช่นการศึกษาของ Prins และคณะ (2008) พบว่า 84% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องการได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเนื่องจากว่ายาต้านเศร้าสามารถลดภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่เกิดกับผู้ป่วยได้ และการได้รับยาต้านเศร้าที่เหมาะสมกับภาวะซึมเศร้าในแต่ละบุคคลนั้นจะทำให้การรักษาโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพดี รวมทั้งการมาพบแพทย์ตามแผนการรักษาหรือมาพบเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงทำให้มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยส่งผลให้มีอาการดีขึ้น (Menchetti et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของนุสรา วรภัทรพร (2547) ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใช้วิธีการจัดการอาการซึมเศร้าโดยการไปพบแพทย์หรือไปโรงพยาบาลเพื่อการรับประทุษโทษ และ สุวดี จันดีกระยอม (2546) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้าได้อธิบายว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยคือยา

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุยังกล่าวถึงการคิดในแง่ดี ปรับวิธีคิดและพฤติกรรมว่าเป็นการคิดเรื่องดีๆ คิดในทางบวก ไม่คิดมากและพยายามทำตัวเองให้มีความสุขสนุกสนานซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในการลดภาวะซึมเศร้า ดังคำกล่าวที่ว่า การคิดในแง่บวกคือการมีจิตใจเข้มแข็ง ปฏิเสธไม่ยอมแพ้ จัดการชีวิตให้ที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ (เอกชัย อัสวนฤนาท, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุในประเทศเกาหลีพบว่า การปรับทัศนคติให้ไปในทางบวกจะทำให้สามารถผ่านช่วงยากลำบากในชีวิตและมีความพึงพอใจกับชีวิต (Chung et al., 2008) นอกจากนี้การคิดในแง่บวกจะเป็นการสร้างการยอมรับตนเอง (self-concept) และทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เพิ่มมากขึ้นก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ดีและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต (Montpetit, Bisconti and Rausch, 2006) นำไปสู่การสร้างกระบวนการป้องกันตนเอง (self-protective processes) ที่มุ่งเน้นการปรับอารมณ์และการสร้างเป้าหมายที่ยืดหยุ่น (Worsch et al., 2006) โดยกระบวนการดังกล่าวเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่ช่วยฟื้นฟูสภาพจากภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Hardy, Concato and Gill, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของกรศึกษาของวิภาวี เผ่ากันทรกร (2548) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้หญิงในภาคอีสานที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า อิทธิพลที่มีผลต่อการหายจากภาวะซึมเศร้าอย่างยั่งยืนคือการปรับเปลี่ยนความคิดและมุมมองชีวิตจนเกิดความตระหนักรู้ถึงที่มาของปัญหาและเข้าใจตัวตนจนสามารถหลุดพ้นจากภาวะซึมเศร้า โดยการที่ไม่ปล่อยให้อุปสรรคในชีวิตมาทำให้เป็นกังวลคิดว่าชีวิตมีดีก็มีร้ายสุดทุกอย่างเฉลี่ยออกมาดีเองเป็นการคิดในแง่บวกที่ได้ผลทำให้สามารถก้าวไปข้างหน้าได้อย่างมีความสุข (เอกชัย อัสวนฤนาท, 2548)

นั่นนอกจากการตระหนักถึงการดูแลตนเอง การคิดในแง่บวกแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึงคือการทำกิจกรรมต่างๆ ที่สร้างความเพลิดเพลินสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ว่าเป็นกิจกรรมระหว่างการบริหารที่ผู้ให้ข้อมูลทำแล้วสามารถช่วยให้อารมณ์สบาย สัมผัสความเครียด สัมผัสอารมณ์เศร้า เช่น การอ่าน

หนังสือ คูโททส์น การไปเดินซื้อของตามร้านค้าหรือห้างสรรพสินค้า (shopping) รับประทานอาหารนอกบ้าน หรือมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า การมีความสุข (happiness) ต้องประกอบด้วยบุคลิกภาพที่เหมาะสม ทศนคติที่ดีและการใช้ชีวิตที่มีคุณภาพ (Landrum, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chung et al., (2008) ที่พบว่าผู้สูงอายุในประเทศเกาหลีมีการปรับตัวต่อภาวะซึมเศร้าโดยการสร้างความสุขในการดำเนินชีวิตนั้นคือการเป็นอาสาสมัคร การทำกิจกรรมที่พบปะผู้คน การทำกิจกรรมที่พึ่งตนเองเพื่อลดการเป็นภาระของครอบครัวและสร้างคุณค่าให้กับตนเอง

### **ประเด็นหลักที่ 5 มั่นใจในทีมสุขภาพ ได้รับพลังใจ มีส่วนร่วมในการรักษา**

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อธิบายถึงการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลว่า คือการที่ได้รับการรักษาพยาบาลและรูปแบบการบำบัดต่างๆขณะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้นมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลง สามารถปรับตัวและมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขมากขึ้น ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงเสนอการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลที่ต้องการ โดยเริ่มจากการเกิดความมั่นใจในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาพยาบาล กล่าวคือความมั่นใจในทีมสุขภาพหมายความว่า ความรู้สึกมั่นใจในรูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลทั้งระยะสั้น และระยะยาว การให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตหรือการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองโดยทีมสุขภาพ รวมทั้งการมีหนังสือเกี่ยวกับเรื่องโรคซึมเศร้าแจกซึ่งจะทำให้สามารถนำไปศึกษาและดูแลตนเองได้อย่างมั่นใจมากขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

เมื่อเกิดความมั่นใจในทีมสุขภาพแล้วจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือวางแผนในการรักษาคือการได้รับความรู้หรือแสวงหาความรู้จากสื่อต่างๆด้วยตนเอง เช่น ตำราจิตแพทย์ หนังสือเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า รายการวิทยุ/โทรทัศน์ แล้วนำความรู้ที่แสวงหาได้นั้นมาร่วมวางแผนการรักษากับทีมสุขภาพเรื่องการทานยา การปฏิบัติตนเพื่อลดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การจัดกิจกรรมพบปะกันระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังมีความต้องการให้ทีมสุขภาพให้การรักษาพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้าน เนื่องจากว่าผู้ให้ข้อมูลตระหนักว่าการเยี่ยมบ้านจะทำให้บุคลากรทีมสุขภาพสามารถเข้าใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและนำมาวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และผู้ให้ข้อมูลยังเสนอแนะว่าการนำความรู้สู่ชุมชนโดยการออกสื่อทางสื่อสารมวลชนไม่ว่าจะเป็นรายการวิทยุ/โทรทัศน์หรือหนังสือเผยแพร่ต่าง ๆ นั้นไม่ใช่แต่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เท่านั้นแต่ยังนำเสนอให้สังคมร่วมรับรู้และเกิดความเข้าใจ ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอีกด้วย



สิ่งสำคัญอีกเรื่องหนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุคือ การได้รับการดูแลจรรยาบรรณมิตร และการได้รับพลังใจจากแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวบำบัดในทุกครั้งที่มารับการรักษา หรือในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง โดยตระหนักว่าการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพส่งผลกระทบต่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้น แต่นอกเหนือจากการดูแลดังกล่าวแล้วยังพบว่าการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั่นคือการเข้าถึง เข้าใจและความเอื้ออาทรของทีมสุขภาพต่อผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและเป็นแรงใจให้ผู้ป่วยต่อสู้กับโรคที่เป็น รวมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นการศึกษาของ Prins et al., (2008) ที่ศึกษาพบว่า บุคลากรทีมสุขภาพมีศักยภาพในการลดอคติของสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวชและในขณะเดียวกัน 46.2% ของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตต้องการได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพจิตจากบุคลากรทีมสุขภาพเนื่องจากยอมรับว่าบุคลากรทีมสุขภาพมีศักยภาพในการช่วยลดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวดี จันกระยอม (2546) ที่ศึกษาพบว่าแพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการหายจากโรคซึมเศร้า

ในปัจจุบันนี้รูปแบบการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความหลากหลาย ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลที่แตกต่างกัน เช่น การรักษาด้วยยาต้านเศร้า การทำจิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ และการให้คำปรึกษา การเฝ้าสังเกต/ประเมินอาการ การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น (Fyffe et al., 2008) ทำให้บุคลากรทีมสุขภาพต้องมีการพัฒนาและนำรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลที่ดีมาใช้ในการดูแลรักษาพยาบาลและการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยรูปแบบการบำบัดต่างๆ เหล่านี้จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดภาวะความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำ และสามารถปรับตัวกับสังคมได้มากขึ้น (Cumming et al., 2004; Rosenbaum & Fava, 2004) จากการศึกษาของ Kraaij and Pruymboon (2002) พบว่ารูปแบบการบำบัดที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือการปรับกระบวนการคิด (cognitive coping strategies) เพื่อให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Prins et al., (2008) ที่ศึกษาพบว่า การเรียนรู้รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบใหม่จะสามารถทำให้เผชิญกับปัญหาและปรับตัวกับสัมพันธภาพที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การสร้างรูปแบบการบำบัดที่สังคมมีส่วนร่วมยังเป็นแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าและสร้างความเข้าใจของสังคมต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ และเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกับสังคม (Twedell, 2007) จากการศึกษาของวิภาวี เฝ้ากันทรกร (2548) ที่ศึกษาพบว่าผู้บำบัดทางจิตมีส่วนช่วยทำให้ผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้

นอกจากนี้ สุวดี จันกระษอม (2546) ยังศึกษาพบว่ากิจกรรมบำบัดส่งผลต่อการหายของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านเป็นรูปแบบการบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Fyffe et al., 2008) เนื่องจากว่าการเยี่ยมบ้านเป็นกระบวนการที่ต้องได้รับความร่วมมือทั้งจากผู้ป่วย ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน รวมทั้งคนในชุมชนนั้นๆ ด้วยจึงทำให้เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดี สามารถลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ (Finkelman, 1997) โดยเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านคือ การสร้างความร่วมมือ/สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน โดยการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การประเมินอาการ (early detection) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทั้งกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และประสานความร่วมมือในการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนการดูแลทั้งในด้านสัมพันธภาพและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของชุมชนอีกด้วย (Finkelman, 1997) ดังนั้นการบำบัดโรคซึมเศร้าคือการลงมือกระทำ ให้การสนับสนุนและมีความเชื่อมั่นซึ่งจะนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าได้ (Loriedo, 2004)

จากการศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุพบว่า ประสบการณ์ต่างๆที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกว่าถึงนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลง สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังเป็นการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยเน้นการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (continuing care) นั่นคือการทำงานและการมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ การสังเกตอาการเตือนต่างๆ (warning signs) และรูปแบบการเผชิญปัญหา (coping strategies) การลดความเครียด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยมุ่งเน้นการสร้างและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้สามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมพร้อมเผชิญกับปัญหาและปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อเสนอแนะ

### การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทราบถึงการให้ความหมายและประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ทำให้เกิดความเข้าใจความหมายและประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์จริง ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการให้การพยาบาล ดังนี้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำองค์ความรู้ของการมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ตามความเข้าใจตนเองและองค์ประกอบด้านครอบครัว การนำหลักธรรมนำชีวิต และความเอื้ออาทรของบุคคลากรทีมสุขภาพไปเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีแนวทางในการดูแลตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้าสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี ในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประกอบด้วย ด้านผู้ป่วยเป็นการสร้างความเข้าใจตนเองของผู้ป่วย และค้นหาวิธีการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว โดยเฉพาะคู่ชีวิตได้ตระหนักถึงความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และให้ความดูแลด้วยความเอื้ออาทรส่งผลให้มีสุขภาวะที่ดี ด้านบุคคลากรทีมสุขภาพนำข้อมูลพื้นฐานมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย แหล่งสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

#### ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการวิจัยรูปแบบอื่น เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้าดีขึ้น เช่น การสร้างเสริมพฤติกรรม的自我ดูแล การวิจัยและพัฒนาการติดตามเยี่ยมบ้าน การจัดกลุ่มครอบครัวและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการลดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

2. ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคทางจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชวัยสูงอายุในกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น โรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน เป็นต้น

3. ทำการศึกษาการรับรู้ ความคิด ความรู้สึกของครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเพื่อเป็นการทำความเข้าใจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและพัฒนาสู่การจัดรูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลต่อไป

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2548). **สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2547-2548**. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กรมสุขภาพจิต. (2548). **กรอบการวิจัยสุขภาพจิต พ.ศ.2548-2552**. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กิ่งดาว ศรีวรรณันท์. (2546). **การสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เกริกชัย พิชัย. (2546). **ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอณพะจง เพ็ญจาด. (2546). **ระเบียบวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา**. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15: 1-9.
- จรัส สุวรรณเวลา. (2544). **สุขภาพพอเพียงระบบสุขภาพที่พึงประสงค์**. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
- จิตรา ไรจน์จรนภาลัย. (2550). **ประสบการณ์การฟื้นฟูสภาพของวัยรุ่นหลังจากถูกล่วงละเมิดทางเพศ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2542). **การพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข**. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13: 1-13.
- จตุพร โนโซติ. (2547). **การปรับทางจิตสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในตำบลทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน**. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬาลักษณ์ ช่างทอง, จินตนา ยูนิพันธ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2551). **ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 22(1) : 77-91.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2550). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งฯ.

- ชัชเจน จันทรพัฒน์และคณะ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12(2): 80-89.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- คารณศ เกษไชยและคณะ. (2544). การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ณัฐกานต์ ไพศาล. (2549). การศึกษาการใช้สัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุสรรา วรรณาทรร. (2547). ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทิวชาชาติ. (2548). ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญพา ณ นคร. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์ศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- เบญญา ขอดคำเนิน-เอ็ดดิกจ์และคณะ. (2541). การศึกษาเชิงคุณภาพ: เทคนิคการวิจัยภาคสนาม. พิมพ์ครั้งที่ 4. นครปฐม. โครงการเผยแพร่ข่าวสารและศึกษาด้านประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรีชา ศตวรรษธำรงและคณะ. (2544). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พระปราโมทย์ ปาโมชโช. (2551). ธรรมเทศนา 5 วันในสวนสันติธรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ธรรมดา.
- พิเชฐ อุคมรัตน์. (2547). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- พันธ์ศักดิ์ วราอัศวปติ. (2541). การพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. โรงพยาบาล  
พระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2544). จิตเวชศาสตร์รวมมาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.  
รณชัย คงสกนธ์. (2542). สถานะทางคลินิกและความสามารถทางหน้าที่การงานของผู้ป่วยโรค  
ซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชระยะเวลา 3 เดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รณชัย คงสกนธ์. (2547). ปัจจัยในการทำนายการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับ  
การรักษาทางจิตเวชในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย  
ไทย 51(2): 107-116.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2550). การรับรู้โรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในเขตชุมชนเมือง. วารสาร  
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 21(1): 67-79.
- วิภาวี เผ่ากัณฑ์กร. (2548). ภาวะซึมเศร้า: ประสิทธิภาพการจมทุกข์-ฟื้นทุกข์ของผู้หญิงอีสาน.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วีระ ชูรุจิพร. (2542). วิธีการจัดการภาวะซึมเศร้าของคนไทย. กรุงเทพฯ: วารสารสุขภาพจิตแห่ง  
ประเทศไทย 7(3): 176-179.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์  
ออฟเซ็ท.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2544). คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สรยุทธ วาสิกนันนท์. (2547). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาควิทยา  
ของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การ  
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). โครงการผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักกองทุนสนับสนุน  
การวิจัย.
- สุณี สุวรรณพสุ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรง  
สนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวดี จันดีกระยอม. (2546). การหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้า ตามการ  
รับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สุวิมล สมิตตะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสริษฐ์ โปธิแก้ว. (2540). จิตวิทยาแห่งธรรมะกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา. ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคณา หมอนทอง. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนความหวังกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. (2543). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง ชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2544). การฟื้นฟูจากความซึมเศร้าของสตรีไทยวัยกลางคน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัชชาวรรณ แก่นจันทร์. (2548). การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. โครงการอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อ้อม ประนม. (2548). พลังคำสู่พลังใจ. กรุงเทพฯ: ฟอรัมพัฒนาการพิมพ์.
- เอกชัย อัสวานนาค. (2548). มห้ศจรรยแห่งการคิดบวก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ต้นไม้.

### ภาษาอังกฤษ

- Adelman, R.D., et al. (2008). Discussion of Depression in Follow-Up Medical Visits with Older Patient. **Journal Of American Geriatrics Society** 56: 16-22.
- Agosti, V., and Stewart, J. W. (1998). Social functioning and residual symptomatology among Outpatients who responded to treatment and recovered from major depression. **Journal Of Affective Disorder** 47: 207-210.
- Agosti, V. (1999). Predictors of persistent social impairment among recovered depressed Outpatient. **Journal Of Affective Disorder** 55: 215-219.
- Agosti, V. (1999). Residual symptoms and social functioning over six-months in recovered outpatients with chronic depression. **Journal Of Affective Disorder** 52: 251-255.
- Airaksinen, E., et al. (2006). Cognitive and social functioning in recovery from depression: Results from a population-based three-year follow-up. **Journal Of Affective Disorder** 96: 107-110.
- Arslantas, D., et al. (2009). Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Turkey. **Archives of Gerontology and Geriatrics** 48: 127-131.
- Badamgarav, E., et al. (2003). Effectiveness of Disease Management Programs in Depression: A Systematic Review. **Am J Psychiatry** 160(12): 2080-2090.
- Bennett, G. C., Ebrahim, S. (1995). **The Essentials of Health Care in Old Age**. 2<sup>nd</sup>. USA: Oxford University Press.
- Boyle, E., and Chambers, M. (2000). Medication compliance in older individuals with depression: gaining the views of family carers. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 7: 515-522.
- Bower, P., et al. (2006). Collaborative care for depression in primary care. **British Journal of Psychiatry** 189: 484-493.
- Brewer, M and Hewstone, M. (2004). **Applied social psychology**. UK: Blackwell Publishing.
- Burgess, A. W. (1998). **Advanced Practice Psychiatric Nursing**. USA: Appleton&Lange.
- Burnside, I. (1988). **Grief Depression and Suicide**. 3<sup>rd</sup>. USA: McGram-Hill Book.
- Busch, F. N., and Rudden, M., and Shapiro, T. (2004). **Psychodynamic Treatment of Depression**. USA: American Psychiatric Publishing.



- Chan, S., et al. (2006). A cross-sectional study on the health related quality of life of depressed Chinese older people in Shanghai. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 21: 883-889.
- Chisholm, D., et al. (2004). Reducing the global burden of depression. **British Journal of Psychiatry** 184: 393-403.
- Chokkanathan, S. (2009). Resources, stressors and psychological distress among older adults in Chennai, India. **Social Science & Medicine** 68: 243-250.
- Chou, K and Chi, I. (2000). Comparison Between Elderly Chinese Living Alone and Those Living With Others. **Journal of Gerontological Social Work** 33(4).
- Chou, K and Chi, I. (2003). Reciprocal relationship between social support and depressive symptom among Chinese elderly. **Aging & Mental Health** 7(3): 224-231.
- Chung, Y ., et al. (2008). Korean Older Adults' Perceptions of the Aging Process. **Journal of Gerontological Nursing** 34(5): 36-44.
- Ciechanowski, P., et al. (2004). Community-Integrated Home-Based Depression Treatment in Older Adults. **Journal American Medical Association** 291(13): 1569-1577.
- Clarke, J. (2005). Adverse factors and the mental health of older people: implications for social policy and professional practice. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 12: 290-296.
- Colaizzi, P. (1978). **Psychological research as the phenomenologist views it. In Existential Phenomenological Alternative for psychology.** USA: Oxford University Press.
- Cooke, S.C and Tucker, M.L. (2001). Geriatric depressive. **Journal of Pharmacy Practice** 14(6): 498-510.
- Costa, C. E., et al. (2007). Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries. **British Journal of Psychiatry** 191: 393-401.
- Crawford, M. J. (2004). Depression: international intervention for a global problem. **British Journal of Psychiatry** 184: 379-380.
- Cumming, S and Cockerham, C. (2004). Depression and life satisfaction in assisted living resident: Impact of health and social support. **Clinical Gerontologist** 27: 25-42.
- Cutrona, E. (1996). **Social support in couples.** USA: Sage Publications.
- Danzin, N and Lincoln, Y. (1994). **Handbook of Qualitative Research.** USA: Sage Publications.

- Dimatteo, M. R. and Martin, L. R. (2002). **Health Psychology**. USA: Allyn & Bacon A Pearson Education.
- Evans, M and Mottram, P. (2000). **Advances in Psychiatric treatment** 6: 49-56.
- Fange, A and Ivanoff, D. (2008). The home is the hub of health in very old age: Findings from the ENABLE-AGE Project. **Archives of Geriatric** 85: 1-6.
- Feely, M. and Sines, D. and Long, A. (2007). Early life experience and their impact on our understanding of depression. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 14: 393-402.
- Finkelman, W. A. (1997). **Psychiatric Home Care**. USA: Aspen Publisher.
- Fitzpatrick, J. J. and Whall, L. A. (1996). **Conceptual Models of Nursing**. 3rd. USA. Appleton & Lange.
- Frank, E., et al. (2007). Randomized Trial of Weekly, Twice-Monthly, and Monthly Interpersonal Psychotherapy as Maintenance Treatment for Woman With Recurrent Depression. **Am J Psychiatry** 164(5): 761-777.
- Freedman, N. L. (1969). Recurrent behavioral recovery during spreading depression. **Journal of Comparative and Physiological Psychology** 68(2): 210-214.
- Frisch, N. C. and Frisch, L. E. (2006). **Psychiatric Mental Health Nursing**. 3rd. USA: Thomson Delmar Learning.
- Fyffe, D.C et al., (2008). Older Home-Care Patients' Preferred Approaches to Depression Care. **Journal of Gerontological Nursing** 34(8): 17-22.
- Gitlin, L et al., (2007). Depressive Symptom in Older African-American and White Adults with Functional Difficulties: The Role of Control Strategies. **Journal complication** 55: 1023-1030.
- Glanz, K, Rimer, B.K, Viswanath, K. (2008). **Health Behavior and Health Education**. USA: John Wiley & Sons.
- George, J.B. (2002). **Nursing theories**. 5<sup>th</sup>nd. USA: Pearson Education.
- Hardy, S, Concato, J and Gill, T. (2004). Resilience of Community-Dwelling Older Persons. **J Am Geriatr** 52: 257-262.
- Hansen, E. C. (2006). **Successful Qualitative Health Research**. UK. South Wind Production.

- Hassall, S. and Gill, T. (2008). Providing care to the elderly with depression:the views of aged care staff. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 15: 17-23.
- Hedelin, B and Svensson, P. G. (1999). Psychiatric nursing for promotion of mental health and prevention of depression in the elderly:a case study. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 6: 115-124.
- Hickey, J. V., et al. (1996). **Advanced Practice Nursing Changing Roles and Clinical Applications**. USA: Lippincott-RavenPublishers.
- Jacob, K. S.,et al. (2002). A Randomised controlled trial of an educational intervention for Depression among asian women in primary care in the united kingdom. **International Journal of Social Psychiatry** 48(2): 139-148.
- Johnson, S. L., et al. (2007). Dose Processing of Emotional Stimuli Predict Symptomatic Improvement and Diagnostic Recovery From Major Depression. **American Psychological Association** 7(1): 201-206.
- Judd, L. L.,et al. (1998). Major Depression disorder:A prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. **Journal of Affective Disorder** 50: 97-108.
- Kalat, J. W. (2005). **Psychology**. 7nd. USA: Thomson Learning.
- Kannika, P. (2003). **Psychological Self-Care Behavior,Hope,and Social Support Among The Elderly In Ratchaburi Province**. A Thesis Submitted In Partial Fullfilment of The Requirement for The Degree of Master of Nursing Science Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Katschnig, H.,et al. (2006). **Quality of Life in Mental Disorder**. 2<sup>nd</sup>. USA: John Wiley&Son.
- Keller, C and Fleury, J. (2000). **Health Promotion for The Elderly**. USA: Sage Publications.
- Kennedy, G. (1996). **Suicide and Depression in Late Life**. USA: John Wiley&Son.
- Kennedy, N and Paykel, E. S. (2004). Residual symptoms at remission from depression:impact on long-term outcome. **Journal Of Affective Disorder** 80: 135-144.
- Kessler, R. C., (2007). The Epidemiology of Major Depressive Disorder. **Journal American Medical Association** 289(23): 3095-3105.

- Keyes, C. L and Good, S. H. (2006). **Women and Depression**. USA: Cambridge University Press.
- Koehn, C. V and Cutcliffe, J. R. (2007). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing:a systemic review of the literature-part one. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 14: 143-140.
- Koizumi, Y.,et al. (2005). Association between social support and depression status in the elderly :Results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan. **Psychiatry and Clinical Neurosciences** 59: 563-569.
- Kondo, N.,et al. (2008). Impact of mental health on daily living activities of Japanese elderly. **Preventive Medical** 46: 457-462.
- Kornstein, S. G. and Clayton, A. H . (2002). **Women' Mental Health**. USA: A Division of Guilford Publications.
- Kraaij, V,Pruymboom, E and Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. **Aging&Mental Health** 6(3): 275-281.
- Krahn,D. D.,et al. (2006). PRISM-E:Comparison of Integrated Care and Enhanced Specialty Referral Models in Depression Outcomes. **Psychiatric Services** 57(7): 946-953.
- Lewinsohn, P. M.,et al. (1984). **The coping with depression course**.USA: Castalia Publishing.
- Licinio, J. and Wong, Ma-Li . (2005). **Biology of Depression volume 1**. USA: Wiley-VCH Verlag GmbH & Co.KGaA.
- Licinio, J. and Wong, Ma-Li. (2005). **Biology of Depression volume 2**.USA:Wiley-VCH Verlag GmbH & Co.KGaA.
- Lin, L-H and Hung, C-H. (2007). Vietnamese woman immigrant's life adaptation, social support, and depression. **Journal of Nursing Research** 15(4): 243-253.
- Lin, P-C, Miaofen, Y and Fetzer, S. (2008). Quality of life in elders living alone in Taiwan. **Journal complication**. 1610-1617.
- Loriedo, C. (2004). Family relationship and systemic intervention for depression. **Brief strategic and systemic therapy European review** 157-165.
- Loughlin,A. (2004). Depression and Social Support Effective Treatments for Homebound Elderly Adults. **Journal of Gerontological Nursing** 11-15.

- Marwijk, H.V, Hremans, J and Springer, M.P. (1998). The prognosis of depressive disorder in Elderly primary care patients. **Scand J Prim Health Care**16: 107-111.
- Mazure, C. M. (1998). Life Stressors as Risk Factor in Depression. **American Psychological Association** 5(3): 291-313.
- Mcevoy, P. and Barnes, P. (2007). Using the chronic care model to tackle depression among older adults who have long-term physical conditions. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 14: 233-238.
- Meleis, A. I. (1997). **Theoretical Nursing Development and Progress**. 3<sup>rd</sup>. USA: Lippincott-Raven Publishers.
- Meraviglia, M, Sutter, R and Gaskamp, C. (2008). Providing spiritual care to terminally ill older adults. **Journal of Gerontological Nursing** 34 (7): 8-14.
- Meredith, L. S., et al. (2006). Implementation and Maintenance of Quality Improvement for Treating Depression in Primary Care. **Psychiatric Services** 57(1): 48-55.
- Miller, C. A. (2004). **Nursing for Wellness in Older Adults**. 4<sup>nd</sup>. USA: Lippincott Williams&Wilkins.
- Minardi, H. A.and Blanchard, M. (2004). Older people with depression:pilot study. **Journal of Advanced Nursing** 46(1): 23-32.
- Montgomery, P. and Johnson, B. (1998). Chronically mentally ill individuals re-entering the community after hospitalization. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 5: 497-503.
- Montpetit, M, Bisconti,T and Rausch,J. (2006). Adaptive change in self-concept and well-being during conjugal loss in later life. **Journal aging and human development** 63(3): 217-239.
- Morrison-Valfre, M. (2005). **Foundations of Mental Health Care**. 3<sup>rd</sup>. USA: Mosby.
- Murata,G.,et al. (2008). Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan:The Aichi Gerontological Evaluation Study(AGES). **Health&Place** 14: 406-414.
- Parker, G.,et al. (2000). Do early adverse experiences establish a cognitive vulnerability to depression on exposure to mirroring life events in adulthood. **Journal Of Affective Disorder** 57: 209-215.

- Peterson, L., et al. (2009). Rural-urban comparison of contextual association with self-reported mental health status. **Health&Place** 15: 125-132.
- Prints, M., et al. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and Depression-The patients' perspective explored. **Clinical Psychology Review** 28: 1038-1058.
- Reynolds, W. and Cormack, D. (1990). **Psychiatric and Mental Health Nursing**. UK: Page Bros(Norwich).
- Roose, S. P. and Sackeim, H. A. (2004). **Late-Life Depression**. USA: Oxford University Press.
- Sarason, R., Sarason, I and Pierce, G. (1990). **Social support: an interactional view**. 4th. USA : John Wiley&Sons.
- Shea, C. A., et al. (1999). **Advanced Practice Nursing in Psychiatric and Mental Health Care**. USA: Mosby.
- Sieloff, C.L and Frey, M.A. (2007). **Middle Rang Theory Development Using King's Conceptual System**. USA: Springer Publishing .
- Smit, F., et al. (2007). Target groups for the prevention of late-life anxiety. **British Journal of Psychiatry** 190: 428-434.
- Solomon, D. A., et al. (2008). Predicting recovery from episode of major depression. **Journal Of Affective Disorder** 107: 285-291.
- Solberg, L. I., et al. (2005). Follow-up and Follow-Through of Depressed Patients in Primary Care: The Critical Missing Components of Quality Care. **JABFP** 18(6): 520-527.
- Stommel, M. and Will, C. E. (2004). **Clinical Research Concepts and Principles for Advanced Practice Nurses**. USA: Lippincott Williams&Wilkins.
- Streubert, H.J and Carpenter, D.R. (2003). **Qualitative Research in Nursing**. 3<sup>rd</sup>. USA: Lippicott William & Wikins.
- Stuart, G. W. and Laraia, M. T. (2005). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing**. 8<sup>th</sup>. USA: Mosby.
- Thase, M. E. and Lang, S. S. (2004). **Beating the blues**. USA: Oxford University Press.
- Tsai, Yun-Fang. (2007). Self-care Management and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Taiwanese Institutionalized Older Person. **Nursing Reasearch** 56(2): 124-131.

- Twedell,D. (2007). Depression in the Elderly. **Journal of Continuing Education in Nursing** 38 (1): 14-15.
- Veer-Tazelaar, P. J.,et al. (2008). Depression in old age(75+),the PIKO study. **Journal Of Affective Disorder** 106: 295-299.
- Vinamaki, H.,et al. (2006). Recovery from Depression:A two-year follow-up study of general population subjects. **International Journal of Social Psychiatry** 52 (1): 19-28.
- Vink, D.,et al. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly:A Review. **Journal Of Affective Disorder** 106: 29-44.
- Well, K.,et al. (2004). Five-Year Impact of Quality Improvement for Depression. **American Medical Association** 61: 378-386.
- Weyerer, S.,et al. (2008). Prevalence and risk factors for depression in non-demanded primary care attenders ages 75 years and older. **Journal Of Affective Disorder** : 1-11.
- Whybrow, P. C.,et al. (1984). **Mood Disorders Toward a New Psychobiology**. USA: Flenum Press.
- Williams, R. A. and Hagerty, B. (2005). **Depression Research in Nursing**. USA: Springer Publishing.
- Worsch, C .,et al. (2006). Self-Regulation of Commom Age-Related Challenges:Benefits for Older Adults' Psychological and Phtsical Health. **Journal of Behavioral Medicine** 29(3): 299-306.
- Wright, P.,et al. (2005). **Core Psychiatry**. 2<sup>nd</sup>. Spain: Elsevier Limited.
- You, K.,et al. (2008). Spirituality, depression , living alone, and perceive health among Korean older adult in the community. **Archives of Psychiatric Nursing** :1-14.
- Young, A.,et al. (2001). **Connections Nursing Research, Theory, and Practice**. USA: Mosby.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- |   |   |
|---|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภิต แสงอ่อน     | คณะพยาบาลศาสตร์ งามาธิบดี<br>มหาวิทยาลัยมหิดล     |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงเพชร เกษรสมุทร | คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล<br>มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. นางสาววันเพ็ญ แสงสงวน                    | ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์                 |



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการวิจัยในคน

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/0850



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยาศึกษา ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๑ เมษายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพุลสิน เถลิมวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์ชีวิตระหว่างการนำบดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร” โดยมี อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้าง ขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

งานบริการการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-9810

นางสาวพุลสิน เถลิมวัฒน์ โทร. 08-9795-7287

ศูนย์วิทยุชุมชนวิทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/0890

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๑ เมษายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

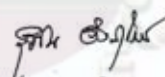
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพุดสสิน เถลิณวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์ชีวิตระหว่างการบำบัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร” โดยมี อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. พวงเพชร เกษรสมุทร อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. พุทิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร. พวงเพชร เกษรสมุทร

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-9810

ข้อมินิต

นางสาวพุดสสิน เถลิณวัฒน์ โทร. 08-9795-7287

ศูนย์วิทยุทางการแพทย์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศร 0512.11/ 0840



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยภคคี ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๓๑ เมษายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพุลสิน เฉลิมวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสบการณ์ชีวิต ระหว่างการบำบัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร" โดยมี อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววันเพ็ญ แสงสงวน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. พุทิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ท่านาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาที่นิสิต

นางสาววันเพ็ญ แสงสงวน

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-9810

นางสาวพุลสิน เฉลิมวัฒน์ โทร. 08-9795-7287

ศูนย์วิทยบริการพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/ 1003



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๑ พฤษภาคม 2552

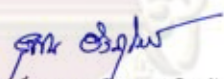
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวพุดสสิน เจริญวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์ชีวิตระหว่างการบำบัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร” โดยมี อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทร ไซยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 15 คน ณ แผนกประสาทวิทยาและจิตเวช ตึก ภปร.12 โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพุดสสิน เจริญวัฒน์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.หญิง ดร. พุทิน อังสุโรจน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
งานบริการการศึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายพยาบาล  
โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806  
อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทร ไซยา โทร. 0-2218-9810  
นางสาวพุดสสิน เจริญวัฒน์ โทร. 08-9795-7287

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



COA No. 739/2009  
IRB No. 234/52

**INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**  
**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University**

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

**Certificate of Approval**

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

**Study Title** : LIFE EXPERIENCES DURING TREATMENT OF ELDERLY PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER

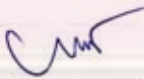
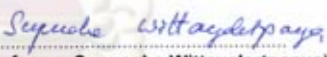
**Study Code** : -

**Study Center** : Chulalongkorn University

**Principal Investigator** : Miss Poonsin Chalearmwat

**Document Reviewed** :

1. Protocol Version date 8/24/2009
2. Patient/Participant Information Sheet Version date 8/24/2009
3. Informed Consent Form Version date 8/24/2009
4. CRF Version date 8/26/2009

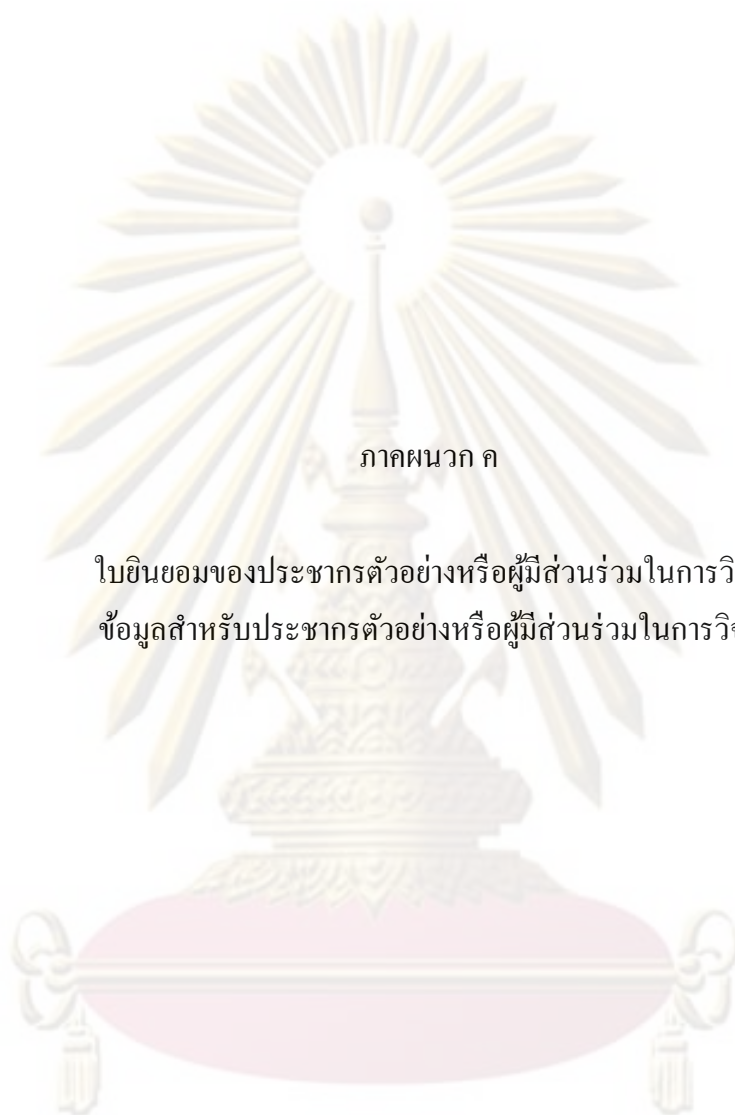
Signature:  Signature:   
(Associate Professor Unnop Jaisamrarn MD, MHS) (Associate Professor Supeecha Wittayalertpanya)  
Vice-Chairman, Acting Chairman of Committee and Assistant Secretary, Acting  
The Institutional Review Board Secretary of The Institutional Review Board

**Date of Approval** : September 1, 2009

**Approval Expire Date** : September 1, 2010

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Informed Consent Form)

ชื่อการวิจัย ประสพการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ

เลขที่ประชากรตัวอย่าง หรือ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวพุลสิน เกลิมวัฒน์ ที่อยู่ 1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330 หมายเลขโทรศัพท์ 089-7957287, 02-2564121 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์และแนวทางในการศึกษาวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับหัวข้อในการสนทนาในเรื่อง ประสพการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์และจะทำการลบทำลายเทปหลังสิ้นสุดการวิจัยทันที ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและทราบว่า การถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยโดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยข้อมูลเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้

..... ลงนาม.....  
วัน/เดือน/ปี (.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

..... ลงนาม.....  
วัน/เดือน/ปี ( พุลสิน เกลิมวัฒน์ )

ผู้วิจัย

..... ลงนาม.....  
วัน/เดือน/ปี (.....)

พยาน

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ      ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าวัยของผู้ป่วยสูงอายุ
2. ชื่อผู้วิจัย      นางสาวพูลสิน เถลิมนวัฒน์   นิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน   ตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 1 แผนกประสาทวิทยาและจิตเวชศาสตร์  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-7957287  
E-mail : [poonsin.bear@yahoo.co.th](mailto:poonsin.bear@yahoo.co.th)
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้
  - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าวัยของผู้ป่วยสูงอายุ
  - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าวัยของผู้ป่วยสูงอายุ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการบูรณาการการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
  - 4.3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ผู้วิจัยคาดหวังระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอาจเกิดการกระทบกระเทือนทางจิตใจได้ เมื่อเกิดสถานการณ์นั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะยุติการสัมภาษณ์ และให้การบำบัดช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุทันที หรือ ถ้าหากการกระทบกระเทือนจิตใจยังไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยจะทำการส่งต่อให้จิตแพทย์เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป และในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปเพื่อความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ระบุถึงประสบการณ์ชีวิตภายหลังการบำบัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะถูกถอดออกเป็นรหัส ใช้เป็นนามสมมุติและผลการวิจัยที่ดีพิมพ์จะไม่มีการเปิดเผยชื่อที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ผู้ให้ข้อมูลได้ เทปในการสัมภาษณ์จะเก็บไว้ในที่ที่ไม่มีใครสามารถเข้าถึงได้นอกจากผู้วิจัยและจะถูกลบทำลายเทปหลังสิ้นสุดการวิจัยทันที
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัยนี้จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวชศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนี้
  - 5.1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวชศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-IV ว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีอาการทางจิตอื่น ๆ ร่วมด้วย และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนตามปกติ จะได้รับการ

ติดต่อจากพยาบาลจิตเวชประจำแผนกจิตเวชศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยได้รับแจกใบข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Information sheet) ให้กับผู้ให้ข้อมูลหลักที่มาติดตามรับการรักษาตามแพทย์นัด พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับความยินดีในการให้ข้อมูลและยินดีให้ผู้วิจัยได้เข้าพบ การสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะให้โอกาสในการตัดสินใจแก่ผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างอิสระ เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักมีความพร้อมจะติดต่อกับพยาบาลจิตเวชประจำแผนกจิตเวชศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อให้ผู้วิจัยทำการติดต่อโดยตรงเพื่อเข้าร่วมการวิจัยและเป็นผู้ให้ข้อมูล

5.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกว่า วัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้ข้อมูล ความสะดวกในการเดินทางและความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย โดยสัมภาษณ์อย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไปและใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 45-60 นาที และอาจสัมภาษณ์ครั้งต่อไปจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมและสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) คือ นางสาวพุลลิติน เจริญวัฒน์ ได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์ 089-7957287

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบอย่างรวดเร็ว

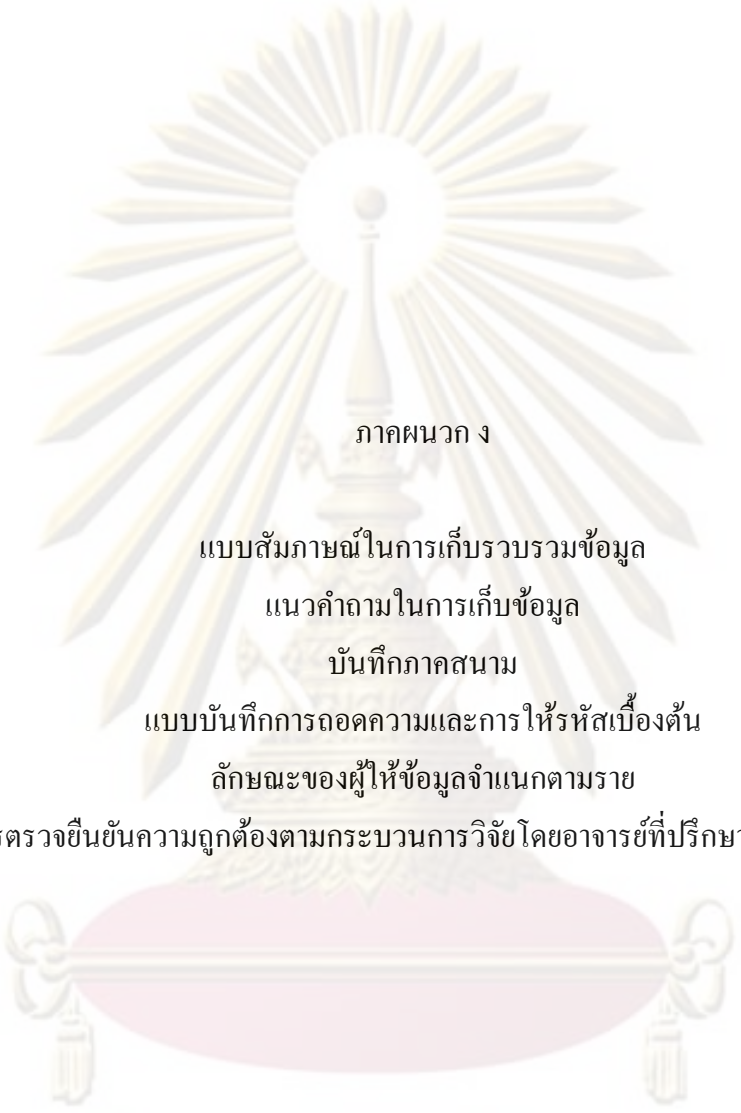
8. ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ประการใด

9. การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆและการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

10. การแปรผลข้อมูลเป็นการแปลผลโดยภาพรวม ชื่อและที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูลจะปกปิดเป็นความลับ การเผยแพร่ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยจะได้รับอนุมัติจากบัณฑิตศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวซึ่งจะได้รับสิทธิการเผยแพร่ในห้องสมุด คณะพยาบาลศาสตร์และสถาบันวิชาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

11. จำนวนผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ประมาณ 10 คน การเก็บข้อมูลจะหยุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว คือ ข้อมูลเริ่มได้ประเด็นซ้ำๆ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แนวคำถามในการเก็บข้อมูล

บันทึกภาคสนาม

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามราย

การตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ประสพการณ์การมีชีวิตร่วมกับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ

สัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่.....เวลา.....

สถานที่.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

เบอร์โทรศัพท์.....

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

อายุ.....ปี ศาสนา..... ภูมิลำเนา.....

ระดับการศึกษา

- ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา ระบุ.....
- ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
- ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ

อาชีพปัจจุบัน.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....

ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ.....

ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า.....

ศูนย์วิทยพัชยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แนวคำถามในการเก็บข้อมูล

สร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัย สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ โดยมีแนวคำถามกว้างๆดังนี้

#### ขั้นเริ่มสนทนา

ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์และสิทธิของผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง โดยพูดคุยและสร้างสัมพันธภาพด้วยความเป็นกันเอง พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พร้อมทั้งขออนุญาตในการบันทึกเทปและจดบันทึกอย่างย่อ โดยมีแนวคำถามดังนี้

- ขณะนี้สุขภาพคุณลุง/คุณป้าเป็นอย่างไรบ้างคะ
- ช่วยเล่ากิจวัตรประจำวันในแต่ละวันว่าทำอะไรบ้างคะ

#### ขั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา

ตัวอย่างแนวคำถามหลัก

แนวคำถามในประเด็นการให้ความหมายของการรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มีดังนี้

- ขณะนี้คุณลุง/คุณป้าป่วยเป็นโรคอะไร
- คุณลุง/คุณป้าอธิบายเกี่ยวกับอาการป่วยที่กำลังเป็นอยู่ขณะนี้ว่าเป็นอย่างไร
- คุณลุง/คุณป้ารู้สึกอย่างไรกับการป่วยด้วยโรคนี้
- หลังจากที่ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้วคุณลุง/คุณป้าทำอะไร
- คิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลอย่างไรกับชีวิตของคุณลุง/คุณป้า

แนวคำถามในประเด็นการเผชิญชีวิตระหว่างการบำบัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีดังนี้

- ขณะที่รักษาอยู่รู้สึกอย่างไร ทำอย่างไรบ้าง
- อะไรที่ช่วยให้คุณลุง/คุณป้าทานยาทุกวันหรือมาตรวจตามแพทย์นัด
- คุณลุง/คุณป้าทำอะไรหรือยึดหลักอะไรที่ทำให้อยู่ได้อย่างทุกวันนี้

ตัวอย่างแนวคำถามรอง

เป็นคำถามที่สร้างขึ้นเพิ่มเติมจากรายการที่เกิดขึ้นสัมภาษณ์ และเจาะลึกถึงสิ่งที่ต้องการศึกษา โดยใช้เทคนิคการทวนความ การทำความเข้าใจ การสะท้อนความคิด การสรุปความและการบอกเล่าเรื่องราวที่เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและตรงความเป็นจริงในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ดังนี้ เช่น

- คุณลุง/คุณป้าช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....(ประเด็นที่ศึกษา)
- ที่คุณลุง/คุณป้าบอกว่า.....หมายความว่าอย่างไรคะ

- ช่วยอธิบายคำว่า.....ตามความรู้สึกรักของคุณลุง/คุณป้าค่ะ
- แล้วอย่างไรต่อค่ะ

### ขั้นปิดการสนทนา

เมื่อได้เวลาที่เหมาะสมตามที่ตกลงไว้กับผู้ให้ข้อมูลและไม่ขัดจังหวะการสนทนาของผู้ป่วย ผู้วิจัยเริ่มเปลี่ยนหัวข้อการสนทนาเป็นเรื่องทั่วๆ ไป เพื่อให้อารมณ์และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลผ่อนคลาย และสอบถามผู้ให้ข้อมูลซักถามผู้วิจัยในเรื่องที่ผู้วิจัยยังไม่ได้ซักถามและเรื่องให้ผู้ให้ข้อมูลต้องการทราบจากผู้วิจัยโดยใช้ตัวอย่างคำถาม ดังนี้

- คุณลุง/คุณป้ามีอะไรต้องการเล่าเพิ่มเติมไหมค่ะ

นอกจากนี้ต้องย้ำเรื่องการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่เสียสละเวลาและขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการกลับมาเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการแปลความหมายของผู้วิจัยให้ตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลไว้ รวมทั้งหากข้อมูลยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ผู้วิจัยอาจขอนัดสัมภาษณ์ซ้ำ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่.....เวลา.....ถึงเวลา.....

สถานที่.....

บรรทัดที่	ข้อความ	การให้รหัส

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามราย

### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

ผู้หญิงอายุ 63 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาเป็นเวลา 19 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี ไม่มีบุตร สัมพันธภาพกับสามีดีแต่กับพี่สาวไม่ค่อยดีเนื่องจากพี่สาวมีลักษณะนิสัยชอบสั่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ค่อยพอใจ ตลอดระยะเวลาการมารับการรักษาผู้ให้ข้อมูลมารักษาอย่างต่อเนื่องและให้ความร่วมมือในการรักษาดี

ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลให้ความร่วมมือในการตอบคำถามดี สีหน้าค่อนข้างแจ่มใส แต่เมื่อพูดคุยเรื่องการป่วยผู้ให้ข้อมูลจะมีสีหน้ากังวลแต่สักพักผ่อนคลายได้เอง ช่วงที่คุยผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงเรื่องที่ทะเลาะกับพี่สาวทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีน้ำตาคลอ ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้พูดระบายความคับข้องใจและให้คำแนะนำตามความเหมาะสม สักพักอาการดีขึ้นสามารถให้การสัมภาษณ์จนลุล่วงไปได้

เมื่อพบกันครั้งที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลแจ้งแก่ผู้วิจัยว่าได้นำวิธีการแก้ไขที่ได้พูดคุยกันไว้ไปปฏิบัติ ทำให้ขณะนี้มีความเข้าใจกับพี่สาวดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีความสุขและขอบคุณผู้วิจัยสำหรับคำแนะนำ

### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

ผู้หญิงอายุ 65 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาเป็นเวลา 12 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับน้องชายและหลาน ไม่ได้แต่งงาน ผู้ให้ข้อมูลมีสัมพันธภาพกับน้องชายและหลานค่อนข้างดี แต่บางครั้งรู้สึกเกรงใจคิดว่าตนเป็นภาระ

ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสีหน้าแจ่มใส ให้ความร่วมมือในการพูดคุยดี แสดงความรู้สึกทางสีหน้า เมื่อพูดถึงครอบครัวแสดงสีหน้ายิ้มพอใจ ช่วงกลางของการพูดคุยผู้ให้ข้อมูลพูดเรื่องการทำร้ายตนเองด้วยสีหน้าปกติ ผู้วิจัยประเมินความเสี่ยงผู้ให้ข้อมูลให้เหตุผลว่าเป็นเรื่องธรรมชาติคนเรามีเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่ได้คิดวางแผนการทำร้ายตนเองหรือมีอารมณ์เศร้ามากกว่าปกติ หลังสัมภาษณ์เสร็จผู้วิจัยได้แจ้งข้อมูลเรื่องความคิดอยากทำร้ายตนเองให้พยาบาลจิตเวชทราบ เพื่อประเมินผู้ให้ข้อมูลซ้ำอีกครั้ง หลังติดตามสอบถามอาการของผู้ให้ข้อมูลกับพยาบาลจิตเวชพบว่าผู้ให้ข้อมูลไม่มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง

### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

ผู้หญิงอายุ 61 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาเป็นเวลา 2 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี ไม่มีบุตร สัมพันธภาพกับสามีดี ขณะเดียวกันครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลหลักให้ความสนใจใส่ มักไปมาหาสู่และพาผู้ให้ข้อมูลไปเที่ยวเสมอ

ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าค่อนข้างแจ่มใส ให้ความร่วมมือในการพูดคุยดี แต่เมื่อพูดถึงอาการป่วยผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าเศร้าลงให้ความเห็นว่ารู้สึกเสียใจที่ตนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเนื่องจากทำให้ชีวิตเปลี่ยน เมื่อหายใจเข้าออกถี่ประมาณ 2-3 ครั้งผู้ให้ข้อมูลยืมให้ผู้วิจัยและกล่าวว่าตอนนี้สบายดีขึ้นแล้วและสามารถให้ข้อมูลจนจบการสัมภาษณ์

การพบกันครั้งที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าท่าทางแจ่มใสขึ้น สืบเนื่องจากการต่างกายเมื่อสอบถามเหตุผลพบว่าผู้ให้ข้อมูลคลายความกังวลเรื่องภาพลักษณ์ (ผู้ให้ข้อมูลมีผมน้อย) เนื่องจากว่าสามีได้แนะนำให้ถักผมเพื่อให้ผมมากขึ้นส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีความมั่นใจ สามารถต่างกายตามที่ต้องการได้ สามารถไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆได้อย่างมีความสุข

### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

ผู้หญิงอายุ 61 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบันประกอบอาชีพเย็บผ้า ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาเป็นเวลา 12 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามีและหลาน สัมพันธภาพกับสามีและหลานดีแต่บุตรไม่ค่อยมาเยี่ยมส่วนใหญ่มักโทรศัพท์มาสอบถามอาการและส่งเงินมาให้ใช้จ่ายและเลี้ยงลูก ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าเฉยแต่เมื่อมีเรื่องถูกใจผู้ให้ข้อมูลสามารถยิ้มได้ตอบได้ ให้ความร่วมมือในการพูดคุยดี ผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกพึงพอใจที่มีครอบครัวและเพื่อนให้ความดูแลเอาใจใส่โดยขณะพูดคุยผู้ให้ข้อมูลมีน้ำตาซึม ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึงความเชื่อมั่นของการรักษาของแพทย์และพยาบาล ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจและส่งเสริมการดูแลตนเองที่ดีดังกล่าว

### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

ผู้หญิงอายุ 62 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา ปัจจุบันประกอบอาชีพแม่บ้าน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาเป็นเวลา 7 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับนายจ้าง สัมพันธภาพกับนายจ้างดีเนื่องจากนายจ้างมีความเข้าใจในอาการป่วยของผู้ให้ข้อมูล ส่วนหลานให้ความสนใจผู้ให้ข้อมูลดีถ้ามีเวลาว่างจะมาเยี่ยมและช่วยทำงานบ้าน

ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าแจ่มใส ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ดี บรรยายโดยรวมมีความเป็นกันเอง พูดคุยได้ตอบได้ดี ไม่มีติดขัด ผู้วิจัยสังเกตเห็นถึงความมุ่งมั่น

ของผู้ให้ข้อมูลที่มีความต้องการดูแลตนเองอย่างดีเพื่อจะได้สามารถทำงานส่งหลานเรียนให้จบปริญญาตรีอย่างที่คุณให้ข้อมูลหวังไว้ ในขณะที่เดียวกันผู้ให้ข้อมูลแสดงความชื่นชมนายจ้างที่มีความเข้าใจและให้ความกรุณากับผู้ให้ข้อมูลโดยการยกมือไหว้เมื่อพูดถึงนายจ้าง ผู้วิจัยรู้สึกชื่นชมและเป็นกำลังใจให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถทำอย่างที่ตั้งใจไว้

### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

ผู้ชายอายุ 61 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือแต่ศึกษาด้วยตนเอง ปัจจุบันประกอบธุรกิจส่วนตัว ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาเป็นเวลา 4 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยาและลูก สัมพันธภาพกับครอบครัวไม่ค่อยดีเนื่องจากว่าครอบครัวขาดความเข้าใจ ทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวบ่อยครั้ง

ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าเฉยแต่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ดีและเมื่อพูดคุยได้สักพักเกิดความผ่อนคลายผู้ให้ข้อมูลเริ่มยิ้มได้เมื่อมีเรื่องถูกใจ ช่วงท้ายของการพูดคุยผู้ให้ข้อมูลมีเรื่องขอคำปรึกษาผู้วิจัยคือ ช่วงนี้ผู้ให้ข้อมูลมีเพื่อนผู้หญิงซึ่งเป็นเพื่อนเก่าสมัยเป็นวัยรุ่นมาสนิทสนมด้วยและเมื่อได้พูดคุยกับเพื่อนหญิงคนนี้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกพอใจให้เหตุผลว่าคุยกันถูกคอ โดยผู้ให้ข้อมูลกับเพื่อนไม่ได้มีความรู้สึกเกินความเป็นเพื่อน แต่ทางครอบครัวและเพื่อนคนอื่น ๆ คิดในเรื่องผู้ชายทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความวิตกกังวล ผู้วิจัยประเมินสัมพันธภาพของผู้ให้ข้อมูลและเพื่อนหญิงผู้ให้ข้อมูลยังคงยืนยันว่าความสัมพันธ์เป็นในลักษณะเพื่อน ผู้วิจัยจึงแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและการสร้างความเข้าใจให้กับครอบครัวและเพื่อน เพื่อลดความวิตกกังวลทั้งของผู้ให้ข้อมูลและครอบครัว

เมื่อพบกันครั้งที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าเป็นเรื่องความสัมพันธ์กับเพื่อนหญิงนั้นครอบครัวเกิดความเข้าใจแล้ว เนื่องจากว่าเพื่อนหญิงได้เข้ามาพูดคุยอธิบายสร้างความเข้าใจกับครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความสบายใจ

### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

ผู้หญิงอายุ 74 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาเป็นเวลา 12 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับลูก สัมพันธภาพกับครอบครัวดี

ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสีหน้าแจ่มใส ลักษณะท่าทางแข็งแรง เดินคล่องแคล่ว ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ดี ช่วงแรกผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกเศร้ากับเหตุการณ์ในอดีต แต่เมื่อพูดถึงปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลรู้สึกอารมณ์ดีขึ้น พูดชื่นชมลูก หลานที่ดูแลผู้ให้ข้อมูลอย่างดี รู้สึกภูมิใจที่ตนเองแข็งแรงกว่าเพื่อนบ้านคนอื่น ๆ เนื่องจากว่าผู้ให้ข้อมูลชอบปลูกผักและสามารถสร้างรายได้ให้กับผู้ให้ข้อมูลและครอบครัว ผู้วิจัยรู้สึกชื่นชมในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อสร้าง

รายได้และส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ให้ข้อมูล

เมื่อพบกันครั้งที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลนำมะนาวที่ตนเองปลูกมาฝากผู้วิจัย โดยกล่าวด้วยความภาคภูมิใจว่าขายได้ผลละตัง 5 บาทแถวๆบ้านมาซื้อของผู้ให้ข้อมูลทั้งนั้น ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและแสดงความชื่นชม ผู้ให้ข้อมูลแสดงความเป็นกันเองในการพูดคุยมากกว่าครั้งแรกและรู้สึกพึงพอใจที่มีคนมาคุยด้วยขณะรอพบแพทย์

### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

ผู้หญิงอายุ 68 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาเป็นเวลา 16 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่คนเดียวโดยลูกชายและลูกสะใภ้จะแวะมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว

ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าแจ่มใส แต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีสดใส เมื่อพูดเรื่องถูกใจยิ้ม หัวเราะได้ ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างจากผู้ให้ข้อมูลคนอื่นๆเนื่องจากว่าผู้ให้ข้อมูลอยู่คนเดียวโดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าการที่อยู่คนเดียวไม่ได้เป็นเพราะว่าไม่พอใจลูกชายและลูกสะใภ้ตามประสาแม่ผู้ลูกสะใภ้ แต่เป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลไม่ชอบอยู่กับคนหลายๆคนซึ่งทำให้เกิดความรำคาญและต้องการที่จะทำอะไรตามใจตัวเอง ถ้ารู้สึกเบื่อก็มจะไปเยี่ยมลูกชายหรือไปเที่ยวกับเพื่อน

เมื่อพบกันครั้งที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลมาพร้อมกับลูกชายและลูกสะใภ้โดยแจ้งแก่ผู้วิจัยว่าวันนี้เมื่อพบแพทย์แล้วจะไปเที่ยวต่างจังหวัดกับลูก และลูกต้องการมาโรงพยาบาลกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อมาดูแลว่าขณะมาพบแพทย์ผู้ให้ข้อมูลมาทำอะไรบ้างและต้องการพบแพทย์เพื่อขอคำแนะนำในการดูแลผู้ให้ข้อมูลให้ดีขึ้น ผู้วิจัยแสดงความชื่นชมครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลที่แสดงความเอื้ออาทร เป็นห่วงเป็นใยผู้ให้ข้อมูล ลูกกล่าวว่าแรกๆก็ไม่เข้าใจคิดว่าแม่เรื่องมาก อยากได้โน่นได้นี้แต่เมื่อมาพบแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ให้ข้อมูลและเคยมาเข้ากลุ่มการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ให้ข้อมูล ลูกมีความเข้าใจผู้ให้ข้อมูลมากขึ้นส่งผลให้ชีวิตครอบครัวมีความสุขมากขึ้น

### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9

ผู้หญิงอายุ 74 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาเป็นเวลา 16 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี สัมพันธภาพกับสามีดีเนื่องจากสามีเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ส่วนบุตรแวะมาเยี่ยมหรือรับผู้ให้ข้อมูลไปอยู่ด้วยเป็นครั้งคราวเนื่องจากว่าผู้ให้ข้อมูลต้องการอยู่บ้านของตนเองมากกว่าบ้านของบุตร

ระหว่างสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าแจ่มใส ทำทางกระชับกระเฉง ให้ความร่วมมือในการพูดคุยดี เนื่องจากว่าผู้ให้ข้อมูลมีอายุมากทำให้ผู้ให้ข้อมูลพูดถึงเรื่องการวางแผนการตายโดยกล่าวว่า ได้พูดคุยกับลูกหลานไว้แล้วว่าถ้าผู้ให้ข้อมูลเสียชีวิตให้ทำอะไรบ้าง ผู้วิจัยประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธ เมื่อพูดถึงสามีผู้ให้ข้อมูลแสดงถึงความรัก ความผูกพันที่มีต่อกัน โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่านี่แหละคู่ชีวิตถึงสุข ถึงทุกข์ก็ดูแลกัน ทำให้ผู้วิจัยทราบว่าคู่ชีวิตเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม กำลังใจ แรงใจที่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10

ผู้ชายอายุ 61 ปี ระดับการศึกษาอนุปริญญา ปัจจุบันเป็นพนักงานบริษัท ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาเป็นเวลา 6 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่คนเดียวแต่มีบางช่วงที่ภรรยาและลูกกลับมาอยู่ด้วย เนื่องจากว่าภรรยาและลูกอาศัยอยู่หอพักที่ใกล้ที่ทำงานและที่เรียน

ระหว่างสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าค่อนข้างแจ่มใส ทำทางกระชับกระเฉง โดยก่อนการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีการนำสมุดบันทึกขึ้นมาจดบันทึกที่ระหว่างสัมภาษณ์ ในสมุดบันทึกผู้ให้ข้อมูลจดบันทึกเรื่องการรักษา ยาที่รับประทาน การปรับเปลี่ยนยาและข้อมูลเรื่องยาอย่างครบถ้วน เป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมีความสนใจศึกษาและหาความรู้เกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทุกอย่างเพื่อให้ตนเองสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและมีอาการที่ดีขึ้นตามลำดับ

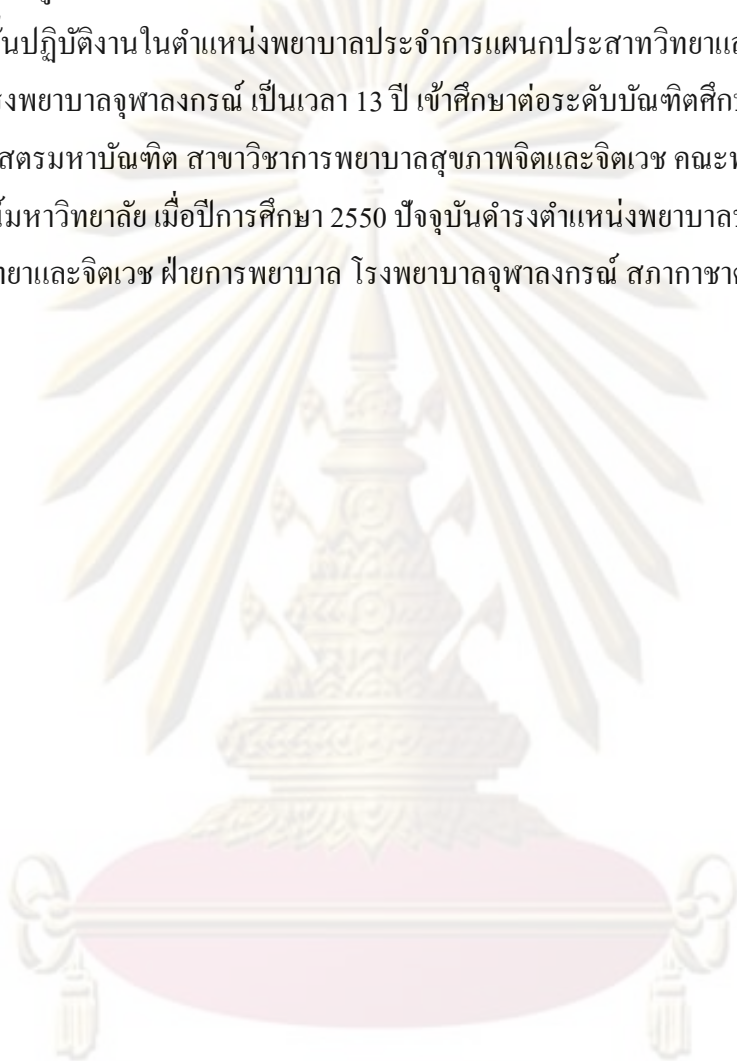
เมื่อพบกันครั้งที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลได้นำหนังสือ ตำราแพทย์ที่ผู้ให้ข้อมูลศึกษาในการดูแลตนเองมาให้ผู้วิจัยดูทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงความมุ่งมั่นในการดูแลตนเองของผู้ให้ข้อมูล

### การตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

- 14 กันยายน 2552 พบอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ส่งบทสนทนาผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 1 และ 2 พร้อมกับการถอดรหัสให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แนะนำการปรับคำพูดในการถามและแนะนำให้กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลพูดถึงประเด็นต่างๆมากกว่าที่ผู้วิจัยจะให้ความรู้ผู้ให้ข้อมูลแบบพยายามสอนผู้ป่าว
- 21 กันยายน 2552 พบอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ส่งบทสนทนาผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 3 พร้อมกับการถอดรหัสให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
- 12 ตุลาคม 2552 พบอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ส่งบทสนทนาผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 4-6 พร้อมกับการถอดรหัสและแนวทางในการสร้างประเด็นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้เสนอแนะการสร้างประเด็นทั้งประเด็นหลักและประเด็นย่อย โดยการวิเคราะห์จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์อย่างแท้จริง
- 9 พฤศจิกายน 2552 พบอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ส่งบทสนทนาผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 7-10 พร้อมกับการถอดรหัสและแนวทางในการสร้างประเด็นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้เสนอแนะผู้วิจัยให้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลบางรายเป็นครั้งที่ 2 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและสามารถสร้างประเด็นที่หลากหลายตรงกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง
- 24 พฤศจิกายน 2552 พบอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ส่งบทสนทนาผู้ให้ข้อมูลหลักทุกราย พร้อมกับการถอดรหัสและประเด็นหลัก ประเด็นย่อย โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ให้คำแนะนำในการปรับการจัดกลุ่มประเด็นหลักและประเด็นย่อย
- 18 ธันวาคม 2552 ส่งรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
- 5 มกราคม 2553 ส่งรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ปรับแก้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
- 9 กุมภาพันธ์ 2553 ส่งรายงานผลการอภิปรายข้อมูลทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
- 23 กุมภาพันธ์ 2553 ส่งรายงานผลการอภิปรายข้อมูลที่ปรับแก้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
- 28 มีนาคม 2553 ส่งบทที่ 1-3 ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
- 19 เมษายน 2553 ส่งบทที่ 1-5 ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพูลสิน เฉลิมวัฒน์ เกิดวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2515 ที่จังหวัดกำแพงเพชร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2537 จากนั้นปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการแผนกประสาทวิทยาและจิตเวช ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นเวลา 13 ปี เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2550 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลประจำการ 6 แผนกประสาทวิทยาและจิตเวช ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



ศูนย์วิทยพักร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย