บทความวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ

ภัทรานิษฐ์ ยิ่งธนฐานนันท์* เพ็ญพักตร์ อุทิศ** และ รัชนีกร อุปเสน***
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ*
รูปแบบการวิจัย: *การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl*
วิธีการดำเนินการวิจัย: *ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล แบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 ราย ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก และมีคะแนนภาวะซึมเศร้า (HRSD-17) ฉบับภาษาไทยอยู่ในระดับปกติ (0-7 คะแนน) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.738 ซึ่งนำมาเพื่อคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เท่านั้น และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Colaizzi*
ผลการวิจัย: *การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การรับรู้อาการเปลี่ยนแปลง 2) การจัดการและการดูแลตนเอง 3) เรียนรู้ที่จะปล่อยวาง ไม่คาดหวัง และ 4) มองโลกในแง่ดี*
สรุป: *ผลการศึกษาครั้งนี้ นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ ปรับปรุง พัฒนาแนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระยะอาการสงบให้ดียิ่งขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถผ่านเข้าสู่ระยะการฟื้นหายต่อไปได้*

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต/ อาการสงบ/ โรคซึมเศร้า

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2563, 32(2) : 55-65

** นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
*** ผู้รับผิดชอบหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Lived Experiences of Patient with Major Depressive Disorder who Achieved Remission

Pattaranit Yingthanathannan* Penpaktr Uthis** and Rachaneekorn Upasen***

Abstract

Purpose: *To describe the experience of a patient with major depressive disorder who achieved remission.*

Design: *Qualitative research method based on Husserl's phenomenology concept*

Methods: *The participants were patients who achieved remission from major depressive disorder in Bangkok. All the participants received the treatments at the outpatient department, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry; purposive sampling technique was used to focus on particular characteristics of the participants, who met the inclusion criteria. The Hamilton depression rating scale (HRSD-17) Thai version we're used for preliminary screening only. The Chronbach's Alpha coefficient reliability was 0.738. Data were collected by using interview guidelines with in-depth interviews. Data were analyzed by using Colaizzi's method and audio recording, until saturated data with the 10 informants.*

Finding: *The experience of patients with major depressive disorder who achieved remission were categorized into 4 main aspects: 1) Awareness is changing 2) Seeking knowledge for self-care 3) Self-care management, and 4) Encouragement*

Conclusion: *Understanding the mental health literacy experience of patients who achieved remission from major depressive disorder, a health care team provider took as basic information guidelines to improve and approach care appropriately. Then the patients can move to the next step, recovery.*

Keywords: Mental health literacy/ Remission/ Depressive disorder

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2020, 32(2): 55-65

Article info: Received November 18, 2020 ; Revised December 10, 2020 ; Accepted December 22, 2020

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

** Assistance Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Co-Advisor

** Corresponding author, Assistance Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Major-Advisor
E-mail: penpaktr_uthis@yahoo.com

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคที่มีความสำคัญทางด้านสุขภาพเนื่องจากโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้านำและเด่นชัดที่สุด และร่วมกับอาการอื่น ๆ ได้แก่ ขาดชีวิตชีวา ท้อแท้ หดหู่ อ้างว้าง สิ้นหวัง สิ้นความสามารถ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดถึงขั้นอยากตาย[1] อีกทั้งยังเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียสุขภาวะจากการบกพร่องทางภาวะสุขภาพของประชากรทั่วโลกเป็นอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 และคาดว่าจะสูงเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2030[2] สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศ ปี พ.ศ. 2557 พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบโรคเฉพาะทางกลุ่มสุขภาพจิตและจิตเวช[3] และจากรายงานแนวทางยกระดับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2563-2564 จัดให้โรคซึมเศร้าถูกจัดเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2562 เพียงร้อยละ 66.76[4]

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีลักษณะอาการเกิดเป็นช่วง ๆ (Episodic) หาย/ทุเลาได้ สามารถกลับเป็นซ้ำและกลับเป็นใหม่ได้ ซึ่งในปัจจุบันการรักษาโดยการใช้ยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยาสามารถช่วยให้การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) เกิดขึ้นในช่วง 10 เดือนถัดมาหลังจากที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและติดตามอาการจนครบ ซึ่งร้อยละ 76 มีอาการกลับเป็นซ้ำเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังคงมีอาการหลืออยู่ (Residual symptoms) และร้อยละ 25 อาการกลับเป็นซ้ำเกิดในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหลงเหลือ และเมื่อกลับเป็นซ้ำแล้วโอกาสในการกลับเป็นซ้ำในครั้งต่อ ๆ ไปจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ[6] อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่กลับเป็นซ้ำและเข้าสู่ระยะอาการสงบ (Remission) พบว่ามีร้อยละ 31.2 เมื่อเข้ารับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน[7] และร้อยละ 53.9 เมื่อเข้ารับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลา 12 เดือน[8]

ระยะ Remission หรือ “อาการสงบจากโรคซึมเศร้า” ถือเป็นระยะที่มีความสำคัญ เพราะผู้ป่วยจะสามารถผ่านต่อไปสู่ระยะ Recovery ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ หากได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม หรือในทางตรงข้ามอาจมีอาการเพิ่มขึ้น (Relapse) ได้หากขาดการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งมีการให้นิยามความหมายของอาการสงบของโรคซึมเศร้า (Rremission) ออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) Partial remission ว่าหมายถึง ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ แต่ยังคงมีอาการของโรคซึมเศร้าหลงเหลืออยู่เล็กน้อย ซึ่งอาการที่หลงเหลือไม่เข้าเกณฑ์อาการหลักของการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และ 2) Full remission ว่าหมายถึง ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ โดยปราศจากอาการหลักของโรคซึมเศร้า และอาจพบว่ามีอาการที่หลงเหลืออยู่เล็กน้อยมาก[9] ต่อมาได้มีการให้ความหมายของระยะอาการสงบ (Remission) คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการสงบหรือมีอาการไม่มากกว่า 3 ใน 7 อาการของ Major depressive episode โดยต้องไม่มีอาการหลัก คือ ไม่มีอารมณ์เศร้าและสูญเสียความสนใจเป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 สัปดาห์ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ[10] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า จำนวนครั้งของประสบการณ์บาดแผลทางจิตใจ การได้รับสนับสนุนทางสังคม ระดับความรุนแรงของอาการเมื่อเริ่มป่วย อาการซึมเศร้า ระยะเวลาก่อนเข้ารับการรักษาในระดับทุติยภูมิ และการเข้ารับจิตบำบัด ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า[11] และผู้ที่อาการสงบจะเป็นผู้ที่สามารถทำหน้าที่ทางจิตสังคมได้ดี มีการจัดการตนเองที่ดี มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง และมีระดับความแปรปรวนทางด้านจิตใจต่ำ สามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติ[12]

Jorm และคณะ[13] ผู้พัฒนาแนวคิดนี้ได้ให้ความหมายว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy: MHL) หมายถึง ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ (Recognition) การจัดการ (Management) หรือ

การป้องกัน (Prevention) ปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ 1) มีความสามารถในการรับรู้ถึงความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้น 2) มีความรู้และเชื่อถึงปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเจ็บป่วย 3) การบำบัดรักษาด้วยตนเอง 4) การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพ 5) การมีทัศนคติที่ส่งเสริมความตระหนักรู้ และ 6) การแสวงหาข้อมูลทางด้านสุขภาพที่เหมาะสมได้[14] ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตจะเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อทางด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้อง จนเกิดความตระหนักและส่งผลให้มีการจัดการและป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตอย่างเหมาะสม[15,16] สอดคล้องกับการศึกษาระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ พบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตที่ดีในวัยรุ่นและผู้ใหญ่จะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตนั้นสามารถแสวงหาการบำบัดรักษาได้ด้วยตนเอง อีกทั้งรับรู้ถึงอาการผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง[15]

จากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะการเข้าสู่ระยะ Remission หรืออาการสงบจากโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า[9] เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์การรับรู้ทางสุขภาพจิต ซึ่งประสบการณ์นั้นเป็นการรับรู้ด้วยตนเองจะทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่ตนเป็นอยู่ จะสามารถจัดการกับอาการทางจิตเบื้องต้นด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถตัดสินใจเลือกรับบริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จนทำให้อาการเจ็บป่วยทุเลาลง[14] ซึ่งเมื่อผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตอาการดีขึ้นจากภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะรับรู้ได้เมื่อสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ และมีอารมณ์ขัน ถึงแม้ยังพบว่าการทำหน้าที่บางอย่างยังไม่ดีนักในระยะนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ของ Edmund Husserl

ผู้ให้ข้อมูล คือ 1) ผู้ป่วยอายุ 20–59 ปี เพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 และ DSM-V และมีคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Hamilton rating scale for depression (HRSD-17) ฉบับภาษาไทยอยู่ในระดับปกติคือ 0-7 คะแนน รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นเวลา 4–6 เดือน แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 3) ไม่มีอาการทางจิตอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น วิตกกังวล ความคิดแล่นเร็ว หวาดระแวง อาการหูแว่วหรืออาการหลงผิด เป็นต้น 4) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 5) ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวผู้วิจัยคือเครื่องมือหลักที่สำคัญในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่ต้องการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยต้องสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัยและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือได้ ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความต้องการการตอบสนองการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กำหนดวัตถุประสงค์ของคำถามตามปัญหาการวิจัย โดยมีเครื่องมือช่วยในการเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด เช่น “เล่าให้ฟังได้ไหมค่ะว่าสภาพจิตใจ อารมณ์ของตนเองตอนนี้มี

อาการดีขึ้นกว่าเดิมอย่างไร” “คุณคิดว่าโรคซึมเศร้าคืออะไร และมีลักษณะเป็นอย่างไร”เป็นต้น 2) แบบบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยได้บันทึกหมายเลขผู้ให้ข้อมูล รายละเอียด อากัปกิริยา บริบท ปัญหา การบรรยายฉากและบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ และ 3) เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 1 เครื่อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เอกสารรับรองโครงการที่ ๐๒๑/๒๕๖๓ ในขั้นตอนดำเนินการจริงผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาล คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ในระหว่างตอบคำถามหากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกหรือรู้สึกว่าถูกรบกวน กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรืออธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยและตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัยจะมีเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับใด ๆ และดำเนินการวิจัยจนเรียบร้อย เทปบันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อการวิเคราะห์และรายงานผลเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากทางสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทันทีในวันที่ 10 มีนาคม 2563 คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงและเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยผ่านผู้ประสานงานในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล (Gate keeper) ได้แก่ รองหัวหน้าพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นที่รู้จักคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งค้นหาผู้ให้ข้อมูลด้วยผู้วิจัยเอง เมื่อผู้วิจัยสามารถระบุตัวตนตามหลักคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยทำความรู้จักกับผู้ให้ข้อมูลด้วยการแนะนำตัว เพื่อชี้แจงรายละเอียดและสอบถามความสมัครใจอีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพก่อนเริ่มการสัมภาษณ์เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจในตัวผู้วิจัย และดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ในทุกขั้นตอน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ทำการสัมภาษณ์คนละ 1-2 ครั้ง นำข้อมูลมาถอดเทปแบบคำต่อคำ สิ้นสุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว และเมื่อผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล จำนวน 5 ราย ในช่วงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2563 จนถึงวันที่ 18 มีนาคม 2563 จากผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 ที่เกิดขึ้นส่งผลให้สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นสถานที่ในการวิจัย มีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยงดนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการหรือรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก เป็นเหตุให้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ขออนุมัติและปรับเปลี่ยนเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือวิดีโอคอลตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกและเต็มใจ ทั้งนี้เครื่องมือที่ช่วยผู้วิจัยในการสัมภาษณ์และแนวคำถามในการสัมภาษณ์ยังคงเดิม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจนมีความอิ่มตัว ได้ผู้ให้ข้อมูลเป็นจำนวน 10 ราย และทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi ทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลและภายหลังเก็บข้อมูล ดังนี้

1) ผู้วิจัยถอดข้อความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา (Transcribe) และอ่านบทสัมภาษณ์ที่ถอดความแล้วร่วมกับการฟังเทปซ้ำ ๆ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเพื่อให้เข้าใจความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบได้ดียิ่งขึ้น

2) ผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลทุกคำพูดในบทสัมภาษณ์ เพื่อทำความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นแยกข้อความสำคัญที่สะท้อนถึงปรากฏการณ์และกล่าวซ้ำ ๆ ออกมา

3) ผู้วิจัยพยายามเข้าใจในความหมายที่เป็นไปได้ของประโยคนั้น และกำหนดความหมายของข้อความเหล่านั้น ซึ่งต้องแสดงถึงความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลได้ทำการบอกเล่าเกี่ยวกับปรากฏการณ์ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตของผู้ที่มีอาการสงบจากโรคซึมเศร้า

4) ผู้วิจัยจัดกลุ่มความหมายแยกเป็นกลุ่มประเด็น (Formulated means into clusters of themes) นำข้อมูลที่ให้ความหมายคล้ายกันไว้ด้วยกัน จัดประเด็นที่สอดคล้องกับความหมายที่ได้และตัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป

5) ผู้วิจัยแยกประเด็นออกเป็นประเด็นหลัก ประเด็นย่อย และเขียนบรรยายให้ความหมายแต่ละประเด็น เพื่อให้เห็นถึงประสบการณ์ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตของผู้ที่มีอาการสงบจากโรคซึมเศร้า จากข้อมูลที่ค้นพบซึ่งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและตรงกับบริบทของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด พร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูด

6) ผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้กลับไปหาผู้ให้ข้อมูลทุกรายตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และการบรรยายตามความหมายของผู้วิจัย เพื่อเปรียบเทียบกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่าเหมือนหรือต่างกันอย่างไร หรือข้อค้นพบนั้นมีความเป็นไปได้หรือไม่ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังคิดว่าไม่ครบถ้วน

7) ปรับเปลี่ยนข้อค้นพบหรือแก่นแท้ตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าหรือข้อคิดเห็น

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล ดังนี้

1) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยอย่างเป็นระบบ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล สร้างความคุ้นเคยและความไว้เนื้อเชื่อใจกับผู้ให้ข้อมูลโดยการแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ และผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล พร้อมที่จะแบ่งปันประสบการณ์จริงด้วยความสมัครใจ

2) ผู้วิจัยวางแผนและการดำเนินงานตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวังอย่างมีขั้นตอนตามระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยา

3) เก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกันและลดอคติของผู้วิจัย โดยในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทบทวนตรวจสอบความคิดของตนเอง จัดกรอบแนวความคิด (Bracketing) เก็บความรู้ที่มีอยู่เดิมและตระหนักเสมอว่าตนคือผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการรับข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไม่คาดเดาแนวคิดล่วงหน้าจากความรู้ที่มีอยู่เดิม และพยายามไม่นำมาตัดสินคำสัมภาษณ์ว่าเข้าใจแล้ว รู้แล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและเป็นจริงตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

4) เมื่อเสร็จจากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) และมีการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์อีกครั้งว่าตรงกันหรือไม่ทั้งสีหน้า แววตา และน้ำเสียง โดยการฟังเทปซ้ำ และผู้วิจัยเขียนกลุ่มประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูล ยกตัวอย่างประโยคที่สื่อความ เข้าใจประเด็นนั้น การตัดทอนคำบางคำของผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้สามารถสื่อความ

หมายได้กระชับ ชัดเจน โดยไม่ทำให้ความหมายเดิมเปลี่ยนแปลงไป จากนั้นตรวจสอบข้อมูลโดยนำข้อมูลกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล (Member checks) เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่าเหมือนหรือแตกต่างจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างไร และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายในประเด็นหรือข้อสงสัยที่ยังไม่ชัดเจนในมุมมองของผู้ให้ข้อมูล (Clarification) และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบ

5) ผู้วิจัยตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม (Peer debriefing) โดยเริ่มตั้งแต่การนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และถอดคำต่อคำเสร็จสิ้นแล้ว รวมไปถึงการให้รหัสเบื้องต้นได้นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบการสัมภาษณ์และการให้รหัส แล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนที่จะเก็บข้อมูลในรายต่อไป ซึ่งในระหว่างที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับให้อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตรวจสอบเป็นระยะ หลังจากที่ข้อมูลอิ่มตัวผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดรวมทั้งผลการวิเคราะห์ไปให้อาจารย์ตรวจสอบและแก้ไขตามคำแนะนำ

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ อายุ 20–59 ปี เป็นเพศชาย 2 ราย และเป็นเพศหญิง 8 ราย สถานะภาพสมรส 5 ราย โสด 5 ราย จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 2 ราย ระดับปริญญาตรี 3 ราย กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี 2 ราย และจบระดับปริญญาโท 2 ราย ผู้ป่วยทุกรายเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4-6 เดือน ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถบรรยายประสบการณ์ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตของผู้ที่มีอาการสงบจากโรคซึมเศร้าได้ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) การรับรู้อาการเปลี่ยนแปลง

1.1 รับรู้อาการผิดปกติของตนเอง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้กล่าวประสบการณ์เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหรืออาจจะเรียกได้ว่าเป็นอาการทางลบ ถึงแม้ว่าอาการส่วนใหญ่จะค่อนข้างสงบแล้ว แต่ผู้ให้ข้อมูลยังเผชิญกับอาการผิดปกติที่แสดงออกมา เช่น อาการหายใจไม่ออก นอนไม่หลับ หลับไม่สนิทซึ่งแสดงออกมาทางกาย และความรู้สึกหงุดหงิด ความรู้สึกดิ่ง ความรู้สึกไม่มั่นใจ ซึ่งแสดงออกมาทางด้านจิตใจเป็นอาการผิดปกติทางลบ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"...หายใจไม่ออก สะอึก เหมือนจะเรอตลอดเวลา เหมือนมีลมในท้อง เป็นตลอดเวลาเลย แล้วช่วงไหนที่มีอะไรมาทำให้เราเครียดหรือว่าอะไรที่เราไม่พอใจอย่างนี้ค่ะ เราก็จะเป็นหนักเลย นอนไม่หลับ จะเป็นช่วงที่ก่อนมีรอบเดือน...มันจะรู้สึกว่าดิ่งจะไม่อยากทำอะไร ไม่อยากขยับตัว..." (ID6)

1.2 เข้าใจ ยอมรับสาเหตุ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเข้าใจ ยอมรับ และได้อธิบายถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ว่าเป็นผลมาจากปัจจัยเหตุการณ์ความเครียด ความกดดันในชีวิตที่ต้องเผชิญในช่วงเวลาที่ผ่านมา และการถูกเลี้ยงดูในวัยเด็กที่มีความกดดัน ขาดความอบอุ่น ทำให้รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ขาดหายไป ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นเปรียบเสมือนอุบัติเหตุทำให้สารเคมีในสมองเปลี่ยนแปลงไม่เป็นปกติ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"...การเป็นเซลล์มันเจอหลายอย่างมันเจอภาวะกดดันหลาย ๆ อย่าง คือเราเลี้ยงลูกเล็กด้วย มันเลยทำให้รู้สึกว่าเรารับภาระทั้งกายทั้งใจคนเดียว ลูกเรามีอาการป่วยออทิสติกอ่อน ๆ ด้วย ช่วงนั้นก็พาลูกหาหมอออทิสติกทุกวันเสาร์ มีเข้า Treatment คือเหมือนไปโฟกัสดูแลลูก จนตัวเอง ไม่ได้ดูแลใจตัวเอง ว่าเหมือนจริง ๆ แล้วว่าเรารู้สึกเครียดและเป็นกังวลกับอาการป่วยของเค้า...เราคิดว่ามันเกิดจากเคมีในสมองเนี่ยแหละเหมือนสารบางอย่างมันหายไปหรือป่าว มันทำให้เหมือนไม่ใช่เรา..." (ID3)

1.3 รับรู้ว่าอาการตัวเองดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ที่มีภาวะอาการของโรคซึมเศร้าสงบลง สามารถรับรู้ได้ว่ามีอาการดีขึ้นหรือรับรู้ว่ามีอาการทางบวกว่า

เป็นความรู้สึกสบายใจ มีอาการดีขึ้น นอนหลับสบาย สภาพจิตดีขึ้น อีกทั้งยังเป็นความรู้สึกที่ไม่ต่างจากช่วงที่มีอาการปกติ ได้ใช้ชีวิตอยู่กับตัวเอง มีความสุข ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"...รู้สึกสบายใจขึ้น...ชีวิตก็เปลี่ยนไปเยอะ นอนหลับสบาย (ยิ้ม) ทำอะไรก็สบาย..." (ID1)

"สภาพจิตใจและอาการตอนนี้ดีขึ้นกว่าเดิมมากเลยค่ะ แทบจะมองไม่เห็นความต่างกับอาการปกติ... ชีวิตก็แฮปปี้มาก..." (ID6)

2) แสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเอง

2.1 ไปถามหมอ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ที่มีภาวะอาการของโรคซึมเศร้าสงบลง และเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษากับหมอผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวว่า มักจะถามข้อสงสัยจากหมอผู้ที่ให้การรักษา รายละเอียดของโรคซึมเศร้า ระยะอาการของโรคซึมเศร้า รวมไปถึงการรับประทานยา การหยุดยา ซึ่งหมอก็ให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่ดี ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"...เราถามจากหมอ xxx พวกรายระเอียดของโรคซึมเศร้า ระยะอาการ" (ID3)

"...สงสัยเรื่องอะไรก็ถามหมอ เขาก็ให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่ดี..." (ID9)

3) การจัดการและดูแลตนเอง

3.1 กินยา และพบหมอ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เล่าประสบการณ์การจัดการและดูแลตนเองว่าสิ่งสำคัญคือยา เพราะเชื่อว่าการกินยาทำให้อาการดีขึ้น ดังนั้นต้องกินยาให้ตรงเวลา กินตรงตามที่หมอสั่งเป็นเรื่องที่ดี แต่หากกินยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ไม่ควรปล่อยไว้นานต้องรีบกลับมาพบหมอ และจำเป็นต้องมาหาหมอตามที่หมอนัดด้วย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"เราก็ทานยาปกติตามที่หมอสั่ง...ถ้ารู้สึกไม่ไหวแล้ว ยาที่มีอยู่เอามากินดูไม่หายก็มาหาคุณหมอ ไม่ปล่อยไว้นานต้องรีบมา...มาหาหมอตามนัดที่หมอนัด เวลารู้สึกแปลก ๆ ก็จะโทรมาหาโทรมาถาม มาขอเปลี่ยนวันมา บางวันก็โทรไม่ทัน ก็มาก่อน (หัวเราะ)" (ID1)

"...หาหมอ แล้วก็กินยาไปด้วย...กินยาให้ตรงเวลา" (ID3)

"สิ่งสำคัญก็จะเป็นยา เราต้องกินยาค่ะ เชื่อยาจะช่วยให้เราหายได้ ดีขึ้นได้...ยาก็ไปเอายากับคุณหมอปกติ กินยานอนหลับอยู่ค่ะช่วงไหนที่นอนไม่หลับจริง ๆ" (ID6)

"...กินยา ยาก็เหมือนเป็น 70% ของเราเลยนะที่ทำให้มันดีขึ้น..." (ID10)

3.2 ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเพื่อผ่อนคลาย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยังมีวิธีการจัดการดูแลตนเองด้วยวิธีออกไปทำบุญ เปิดเพลงฟัง ดูทีวี ออกไปเดินเล่น ออกไปอาบน้ำแล้วเอาเท้าแช่ในน้ำเย็นเมื่อรู้สึกเศร้าก็รู้สึกดีขึ้น และออกกำลังกายเพื่อช่วยให้หลีกเลี่ยงความเครียด ซึ่งการเลือกทำกิจกรรมที่ชื่นชอบจะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลจิตใจสบาย รู้สึกผ่อนคลาย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าว

"เวลาเรารู้สึกเบื่อเราก็เอาเพลงมาเปิดเพลงฟัง พาหมาไปวิ่งเล่น มันก็ค่อย ๆ ดีขึ้นเรื่อย ๆ...แล้วก็เปิดข่าวดู ชอบดูข่าว...ทำบุญ ขอให้หายจากโรค" (ID1)

"...ช่วงที่รู้สึกเศร้าก็จะไปอาบน้ำ ตลกนะ (หัวเราะ) คือหาอะไรที่แบบ... เศร้าหว่ะ แช่เท้าในน้ำเย็นแล้วก็อาบน้ำ ทาแป้งเย็น แล้วก็มาเปิดหนังเกาหลีก็ดีขึ้น" (ID3)

"...พยายามที่จะออกกำลังกาย พยายามที่จะหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เรารู้สึกเครียด...ไม่อยู่ในที่ที่อยู่แล้วรู้สึกอึดอัด..." (ID6)

3.3 เรียนรู้ที่จะปล่อยวาง ไม่คาดหวัง มองโลกในแง่ดี ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการเลือกใช้วิธีการมองโลกในแง่ดี เปลี่ยนแนวคิดกับเปลี่ยนวิถีตัวเอง โดยฝึกการปล่อยวาง ฝึกการมองทุกอย่างให้เป็นธรรมชาติ คิดให้น้อยลง รู้จักการขอบคุณตัวเองที่เราก็ยังรู้ตัวแล้วเราก็ยังไปรับการรักษาอย่างถูกต้องจนมีอาการสงบลงได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าว

"ก็ช่างมัน อย่าไปคิด...ก็พยายามทำจิตใจให้สบาย พยายามมองโลกในแง่ดี" (ID1)

"ไม่ได้คิดน้อยใจหรือว่าหงุดหงิดที่ตัวเองเป็น ไม่ได้คิดว่าตัวเองโชคร้าย ใจที่ว่าอย่างน้อยเราก็ไม่ได้อาการหนักหรือว่าไม่ได้ไม่รู้ตัวหรือว่าปฏิเสธการรักษาค่ะ ยังขอบคุณตัวเองที่เราก็ยังรู้ตัวแล้วเราก็ยังไปรับการรักษาอย่างถูกต้อง...ไม่คิดมากและพี่ก็พยายามอยู่กับปัจจุบันแล้วก็ทำวันนี้ให้ดี" (ID9)

ประเด็นที่ 4 กำลังใจทำให้ดีขึ้น

4.1 กำลังใจจากคนรอบข้าง ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงกำลังใจจากคนรอบข้างว่า เป็นกำลังใจสำคัญที่ช่วยให้อาการดีขึ้น และช่วยส่งเสริมให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ พ่อและแม่เป็นกำลังใจสำคัญ คอยบอกให้ไปหาหมอ ให้กินยา ไม่เคยถือสาเวลาทำอะไรผิดไป คอยอยู่ข้าง ๆ ช่วยปลอบเมื่อผู้ให้ข้อมูลต้องการ ครอบครัวกลับมาดีเหมือนเดิมเปรียบเสมือนเป็นแรงเสริมช่วยให้เราสู้กับโรค ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าว

"มีพ่อกับแม่ แม่ก็ให้กำลังใจดี บอกไปหาหมอ กินยาตามที่หมอสั่ง พยายามอย่าลืมกินยา...ลูกก็ช่วยทำให้แม่ดีขึ้น ช่วยให้แม่ไม่คิดมาก เป็นกำลังใจให้แม่" (ID1)

"คนที่อยู่ข้าง ๆ เค้าก็จะพยายามคุยกับเรา แล้วก็ช่วยเราจัดการในเรื่อง ๆ นั้นด้วยค่ะ พยายามคุยพยายามปลอบตอนเราอาการไม่ดี คนข้าง ๆ นี่คือสำคัญมากจริง ๆ" (ID6)

"...แล้วก็รู้สึกว่าเดี๋ยวเราต้องดูแลแม่นะ แม่เขาเป็นกำลังใจที่สำคัญ...แล้วสามีก็ค่อนข้างจะ Supportive มาก ช่วงที่อยู่สิงคโปร์แล้วยาจะหมดเขาก็พาไปหาหมอรับยา เขาไม่ตัดสินอะไรเลยว่าเธอบ้า ไม่มีคำอะไรที่มาทำร้ายใจเลย มีแต่ส่งทิชชูให้แล้วก็บอกว่า เออร้องออกมาแล้วกัน พอครอบครัวมันกลับมาดี มันเหมือนเป็นการมีแรงเสริมมีกำลังใจมากขึ้นว่า เห้ย เดี๋ยวเราจะ fight กับโรคนี้นะเดี๋ยวมันจะต้องหายแหละ" (ID9)

อภิปรายผลการวิจัย

ประเด็นที่ 1 การรับรู้อาการเปลี่ยนแปลง

ภายหลังเกิดเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยซึมเศร้าที่อาการสงบ ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น เช่น รู้สึกว่านอนหลับไม่สนิท ความรู้สึกไม่มั่นใจ อาการหงุดหงิด ซึ่งเป็นการรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น[15] ในขณะเดียวกันผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการสงบรับรู้ได้ว่าตนมีอาการดีขึ้น เป็นความรู้สึกที่ไม่ต่างจากช่วงที่มีอาการปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ที่อาการสงบจะเป็นผู้ที่สามารถทำหน้าที่ทางจิตสังคมได้ดี มีการจัดการตนเองที่ดี มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง และมีระดับความแปรปรวนทางด้านจิตใจต่ำ สามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติ

ประเด็นที่ 2 แสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเอง

การรับรู้อาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการสงบ เกิดความรู้สึกว่าอยากรู้ในสิ่งที่ตนกำลังเผชิญอยู่ จึงเลือกเข้าไปขอคำปรึกษากับแพทย์ที่ให้การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิต จะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตนั้น สามารถแสวงหาการบำบัดรักษาได้ด้วยตนเอง อีกทั้งรับรู้ถึงอาการผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง[15]

ประเด็นที่ 3 การจัดการและดูแลตนเอง

ผู้ป่วยซึมเศร้าที่อาการสงบส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อการรับประทานยาตามคำสั่งหมอ และการกลับไปพบหมอเพื่อติดตามอาการตามที่หมอนัด เพราะเชื่อว่าการรับประทานยา กลับมาเจอหมอจะช่วยให้อาการดีขึ้น อีกทั้งเชื่อว่าถ้ากินยาแล้วอาการไม่ดีขึ้นควรกลับมาพบหมอโดยไม่จำเป็นต้องรอ นอกจากนั้นแล้วผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการสงบสามารถเลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น ไปออกกำลังกาย อาบน้ำ ฟังเพลง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการสงบสามารถเลือกใช้ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเพื่อจัดการกับอาการผิดปกติของตนเองได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วย

ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตจะเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อทางด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้องจนเกิดความตระหนัก และส่งผลให้มีการจัดการและป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตอย่างเหมาะสม[15,16]

ประเด็นที่ 4 กำลังใจทำให้ดีขึ้น

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการสงบส่วนใหญ่กล่าวถึงบุคคลรอบข้างว่า บุคคลรอบข้างเป็นกำลังใจสำคัญที่ช่วยให้อาการดีขึ้น และช่วยส่งเสริมให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ บุคคลรอบข้างที่กล่าวถึง คือ พ่อ-แม่ ลูก สามีหรือแฟน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยทำนายการมีอาการสงบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้[11] นอกจากนั้นแล้วการคืนกลับมาของครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการสงบเปรียบเสมือนการมีแรงเสริม มีกำลังใจมากขึ้น เพื่อต่อสู้กับโรคซึมเศร้าต่อไปจนหายดีซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุด[9]

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ จากผลการศึกษาที่ได้อาจนำไปเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะอาการสงบที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถผ่านเข้าสู่ระยะการฟื้นหายได้ต่อไป ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า ภายหลังที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบได้เผชิญกับอาการผิดปกติต่าง ๆ มาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว ผู้ป่วยสามารถรับรู้อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็นอาการทางลบหรือทางบวก ซึ่งในบางครั้งผู้ป่วยเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่แสดงอยู่ ต้องการที่จะพูดคุยกับทีมแพทย์เพื่อสอบถามขอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมสร้างช่องทางการให้คำปรึกษาจากทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบจะสามารถหายจากโรคซึมเศร้าได้เมื่อมีการจัดการอาการซึมเศร้าอย่างเหมาะสม

2. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการสงบมีกำลังใจจากครอบครัว คนรอบข้างเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อเป็นเช่นนั้นแล้วจึงควรส่งเสริมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าแก่บุคคลภายนอกที่มีญาติหรือคนรู้จักที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งการดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจอย่างถูกต้องนั้นจะช่วยให้คนรอบข้างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบรับรู้เข้าใจอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น และให้การดูแลให้กำลังใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบฟื้นหายจากโรคและสามารถกลับไปทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ดังเดิมอย่างมีความสุข

References

1. Ekkawankun S. Know, understand, take care of depression. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2010.
2. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. International Health Policy Development Agency. Report on the Burden of Disease and Injury of the Thai Population 2014. Bangkok: The Graphico Systems CO., LTD; 2014.
4. Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Guidelines for elevating suicide prevention measures 2020-2021. Khon Kaen: Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2020.
5. Bauer M, Severus E, Köhler S, Whybrow PC, Angst J, Möller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)

guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders. part 2: maintenance treatment of major depressive disorder-update 2015. World J Biol Psychiatry 2015; 16(2): 76-95.

6. Lortrakul M. Depression [internet]. 2015 [cited 2019 Jul 27]. Available from: https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014- 1017
7. Kim JM, Kim SW, Stewart R, Kim SY, Yoon JS, Jung SW, et al. Predictors of 12-week remission in a nationwide cohort of people with depressive disorders: the CRESCEND study. Hum Psychopharmacol 2011; 26(1): 41-50.
8. Vitriol V, Cancino A, Serrano C, Ballesteros S, Potthoff S. Remission in Depression and Associated Factors at Different Assessment Times in Primary Care in Chile. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health 2018; 14: 78-88. Doi: 10.2174/17450179 01814010078
9. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, et al. Conceptualization and Rationale for Consensus Definitions of Terms in Major Depressive Disorder: Remission, Recovery, Relapse, and Recurrence. Archives of General Psychiatry 1991; 48(9): 851-5.
10. Rush AJ, Kraemer HC, Sackeim HA, Fava M, Trivedi MH, Frank E, et al. Report by the ACNP Task Force on Response and Remission in Major Depressive Disorder. Neuropsychopharmacology 2006; 31(9): 1841-53.
11. Salvo L, Saldivia S, Parra C, Cifuentes M, Bustos C, Acevedo P, et al. Predictors of remission from major depressive disorder in secondary care. Revista medica de Chile 2017; 145(12): 1514-24.
12. Yeh M-Y, Lee Y, Sung S-C, Tung T-H. Clinical predictors associated with full remission versus episode of major depressive disorder outpatients: the experience at a teaching hospital in Taiwan. BMC psychiatry 2014; 14(1): 1-9.
13. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical Journal of Australia 1997; 166(4): 182-6.
14. Jorm AF. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. American Psychologist 2012; 67(3): 231-43.
15. Kelly CM, Jorm AF, Wright A. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. Medical Journal of Australia 2007; 187(7): 26-30.
16. Turner LW, Hunt SB, DiBrezzo R, Jones C. Design and implementation of an osteoporosis prevention program using the health belief model. American Journal of Health Studies 2004; 19(2): 115-21.