

กระบวนการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

Process of Recovery from Depression in Older Adults with Chronic Diseases

ภาวดี เหมทานนท์^{1*}, กฤตพร สิริสม¹, ปภาอร ชูหอยทอง¹, จามจุรี แซ่หลู่²,
พระครูนิติธรรมบัณฑิต สุริยา คงคาไหว³Pawadee Hamtanon^{1*}, Kritiporn Sirisom¹, Papaorn Chuhoitong¹, Jamjuree Saelu²,
Phra Khru Nititham Bandit Suriya Kongkawai³¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง, ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก, ³มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครศรีธรรมราช¹Faculty of Nursing, Thaksin University, Phatthalung Campus ²Boromarajonani College of Nursing,
Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute³Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Nakhon Si Thammarat Campus

(Received: June 10, 2024; Revised: October 9, 2024; Accepted: October 15, 2024)

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานรากนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ค้นหากระบวนการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบการสร้างทฤษฎีฐานราก ทำการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการจดบันทึกเรื่องราว ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยอาการซึมเศร้าจำนวน 10 ราย และบุคคลสำคัญที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 21 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดและตามการขึ้นนำของแนวคิดที่ค้นพบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างและการบันทึกเสียงวิเคราะห์ข้อมูลโดยกระบวนการให้รหัสร่วมกับการเปรียบเทียบข้อมูลอย่างคงที่ ผลการวิจัย พบว่า

กระบวนการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น 3 ระยะ เริ่มจากระยะที่ 1 การรับรู้อาการผิดปกติและยอมรับการรักษา และการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจากแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและผ่านระยะนี้ได้ ระยะที่ 2 การเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย การเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลต่อความผูกพันทางอารมณ์ นำไปสู่สร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าสู่ระยะที่ 3 ความปลอดภัยทางใจและพลังอำนาจทางจิต ซึ่งเป็นระยะที่ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจและมีความสุขมากขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ ปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเผชิญกับภาวะซึมเศร้าได้สำเร็จและเข้าสู่ระยะความแข็งแกร่งทางจิตใจได้ คือ การมีความหวัง และรับรู้ถึงการสุขภาวะทางจิตใจ

การรับรู้และเข้าใจถึงกระบวนการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นแนวทางให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถให้การบำบัดแก่ผู้รับบริการในเชิงรุก ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเข้ารับการดูแลสุขภาพจิตในระยะเริ่มต้น ช่วยลดความเสี่ยงของปัญหาทางสุขภาพจิตและโรคเรื้อรังที่รุนแรง

คำสำคัญ: กระบวนการฟื้นหาย ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: pawadeehh@hotmail.com)

Abstract

This grounded theory study aimed to explore the depression's recovery process in older adults with chronic diseases. Theoretical sampling procedures were employed to recruit a total of 10 chronically ill older adults who had been diagnosed and treated with depression, and their 21 significant persons. Participants were selected by a purposive sampling method based on the inclusion criteria and guided by the discovered clues. Data were collected by in-depth interview by semi-structured in-depth interviews as well as audio records. Constant comparative analysis was conducted through open, axial, and selective coding procedures.

The results of the study found that depression's recovery process in older adults with chronic disease involved 3 stages. The first stage consisted in recognizing abnormal symptoms and accepting treatment for diagnosed depression as factors that helped the older adults with chronic diseases. The second stage was coping with depression, characterized by a commitment to treatment regimens, emotional attachment, and creating social interactions. The final stage was a quest for psychological safety and empowerment, which was the phase that older adults with chronic disease in this study felt more pleasure and happiness into. Two factors that helped older adults with NCDs facing with depression at this stage of psychological resilience were having hope and being able to feel psychological well-being.

Therefore, the awareness and understanding of the recovery process from depression in elderly patients with chronic diseases can serve as a guideline for healthcare professionals to provide proactive treatment to patients. It is likely to encourage elderly individuals with chronic illnesses to seek mental health care at an early stage, helping to reduce the risk of severe mental health problems and chronic diseases.

Keywords: Recovery Process, Depression, Older Adults with Chronic Disease

บทนำ

ภาวะสูงอายุป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีการเสื่อมของร่างกายซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่ายด้วยโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษานานหรือรักษาให้หายขาดได้ยาก เห็นได้จากสถิติผู้สูงอายุไทยร้อยละ 80 - 95 มีโรคประจำตัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) อย่างน้อย 1 โรคหรือมากกว่า โรคที่พบบ่อย คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ซึ่งโรคเหล่านี้นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย คือ ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคที่พบได้ในผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20 (Mandollikar, Naik, Akram, & Nirgude, 2017) ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักของการไร้ความสามารถ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยมีผลกระทบร้อยละ 7 ต่อผู้สูงอายุทั่วไป และประมาณร้อยละ 5.7 ของการสูญเสียสุขภาพในผู้สูงอายุทั่วไป (World Health Organization, 2016) ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างมากในปัจจุบันของสังคมไทยที่มีประชากรสูงอายุมากถึงร้อยละ 20.08 คิดเป็น 13,064,929 คน (Department of Older Persons, 2023) ซึ่งเมื่อคิดจากสถิติของผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้น ก็จะพบได้ว่าประเทศไทยอาจจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่ภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ประมาณ 2.5 - 5.0 ล้านคน

กล่าวได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดทุพพลภาพและเสียชีวิต (Zenebe, Akele, W/Selassie, & Necho, 2021) นอกจากนี้พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง

รวมทั้งการมีอาการอยู่ระยะยาวส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางสังคมและภาวะปกติสุข (Krause & Behn, 2021) แม้ว่าในปัจจุบัน การรักษาภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่รัฐบาลให้ความสำคัญอย่างมากและเป็นลำดับต้น ๆ ในหลายประเทศ จัดให้มีการคัดกรองและการรักษาทั่วประเทศ แต่กลับพบว่า มีเพียงร้อยละ 30 – 40 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา แล้วพบว่าอาการทุเลาลง (Craighead & Dunlop, 2014) ยิ่งไปกว่านั้นอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะ NCDs จากการศึกษาพบว่า ทั้ง 2 ภาวะนี้มีความสัมพันธ์ในลักษณะ 2 ทิศทาง และมีปัจจัยการเกิดโรคทางชีววิทยาและสิ่งแวดล้อมร่วมกัน (Singer, M. Bulled, Ostrach & Mendenhall, 2017) กล่าวคือ ผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อโรคเรื้อรัง ในทางกลับกันผลกระทบของโรคเรื้อรังก็จะส่งผลต่อ ภาวะซึมเศร้า ที่สำคัญหากบุคคลมีภาวะซึมเศร้าร่วมกับโรคเรื้อรังก็จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น 1.5 เท่า (Van Dooren, Nefs, Schram, Verhey, Denollet, & Pouwer, 2013) มีการจัดการตนเองบกพร่อง เกิดภาวะแทรกซ้อน ของโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น และระยะเวลาการรักษายาวนานขึ้น ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาได้ด้วยการบำบัดทางจิต การบำบัดด้วยยา ดังที่ Hendriks, Schotanus-Dijkstra, Hassankhan, Graafsma, Bohlmeijer, & de Jong (2018) กล่าวว่า การรักษาภาวะซึมเศร้ามีวิธีการที่ไม่ยุ่งยากและเป็นไปได้ในทุกบริบท แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้ามีการฟื้นหายน้อยกว่าร้อยละ 50 ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากผู้ป่วยซึมเศร้ามีจำนวนค่อนข้างมาก ลักษณะของโรคที่ต้องใช้เวลานานในการฟื้นหาย และเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง

การฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก เป้าหมาย ทักษะ พฤติกรรมและบทบาท ส่งผลให้บุคคลมีความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต มีความหวัง รวมไปถึงการให้ความหมายในชีวิต วางเป้าหมายในชีวิตใหม่ เกิดการเติบโตขึ้นจากผลกระทบการเจ็บป่วยทางจิตใจที่ได้รับ (Anthony, 1993) บุคคลจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีการคืนความสำคัญให้กับตัวตน เกิดการเติบโตในตัวเอง (Seeherunwong, Boontong, Sindhu, & Nilchaikovit, 2002) โดยบุคคลจะสามารถช่วยเหลือตัวเอง สามารถปฏิบัติหน้าที่การงานต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่พึงกระทำได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ได้อย่างปกติสุข แม้ว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่บ้าง หากสามารถปรับตัวได้อย่างปกติสุข ถือได้ว่าเข้าสู่ การฟื้นหาย โดยปัจจัยการฟื้นหายประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การยอมรับตัวเองเป็นตัวของตัวเอง การมีความเชื่อมั่นในตนเอง การตระหนักรู้ถึงสาเหตุของปัญหา การมีเป้าหมายในชีวิต รวมไปถึงการมีสุขภาพ ที่แข็งแรง เป็นต้น และ 2) ปัจจัยภายนอกบุคคล อาทิ ครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ สังคมสิ่งแวดล้อม ที่คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ วัสดุสิ่งของ การให้ความเข้าใจและยอมรับในตัวผู้ป่วย การได้รับยา รักษา การได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การได้เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารู้จัก วิธีการเผชิญปัญหา จัดการกับอาการของตนเองได้ มีการเปลี่ยนแปลงความคิด เข้าใจตัวเองและคนอื่นมากขึ้น ล้วนส่งผลให้ฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในปัจจุบันข้อสรุปการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าวิจัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่นำเน้นในแง่ของการประเมินเชิงชีววิทยาทางการแพทย์ โดยใช้การลดลงของอาการซึมเศร้าทางคลินิกเป็นตัวชี้วัดหลัก อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดและความรู้สึกเชิงลบภายในตัวบุคคลที่มีความเชื่อมโยงกับ สุขภาพกาย จิตใจและสังคมโดยรวม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น เนื่องจากปัจจัยเฉพาะ ของวัย เช่น การเจ็บป่วยหลายโรคในเวลาเดียวกัน การใช้ยาหลายชนิด และการดำเนินชีวิตที่มีความแตกต่างจากวัยอื่น ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลต่อกระบวนการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเชิงลึก ถึงกระบวนการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามประสบการณ์และมุมมองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อเข้าใจถึงความต้องการการดูแลที่เฉพาะตามกลุ่มบุคคล และนำไปพัฒนาการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง เพิ่มการเข้าถึงบริการและการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต รวมถึงการนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการให้บริการเชิงรุก ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กระบวนการฟื้นหายจากความซึมเศร้าในบริบทของสังคมไทย ใช้กรอบการศึกษาเบื้องต้นจากการศึกษาของ Seeherunwong, Boontong, Sindhu, & Nilchaikovit (2002) ที่ได้ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกในสตรีวัยกลางคนที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Major Depressive Disorder (MDD) ซึ่งจำแนกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงแรกคือ “เงื่อนไขเชิงสาเหตุของความซึมเศร้า” ช่วงที่สอง “การเรียนรู้เกี่ยวกับความซึมเศร้า” และช่วงสุดท้าย เป็นช่วง “การฟื้นหายจากความซึมเศร้า” บูรณาการกับ แนวคิดของ Anthony (1993) ที่กล่าวว่า การฟื้นหายเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก เป้าหมาย ทักษะ พฤติกรรม และบทบาท ส่งผลให้เกิดความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต มีความหวัง หรือผู้ป่วยยังคงมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่บ้าง แต่สามารถปรับตัวได้อย่างปกติ โดยพื้นฐานของกระบวนการฟื้นหายมี 3 มิติ คือ 1) การฟื้นหายเชิงคลินิก (Clinical Recovery) 2) การฟื้นหายเชิงสังคม (Social Recovery) และ 3) การฟื้นหายเชิงบุคคล (Personal Recovery)

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานราก โดยใช้รูปแบบกระบวนการที่เป็นระบบตาม Strauss and Corbin' grounded theory (Corbin & Strauss, 1990) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาก่อนการซึมเศร้าที่คลินิกจิตเวชและสารเสพติดของโรงพยาบาลป่าพะยอม และโรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง รวมไปถึงสมาชิกในครอบครัวและบุคคลสำคัญ (Significant Persons) ที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีปฏิสัมพันธ์ด้วย

ผู้ให้ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 80 ปี โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเข้ารับการรักษาก่อนการซึมเศร้าที่คลินิกจิตเวชและสารเสพติดของโรงพยาบาลป่าพะยอม และโรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง โดยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 จำนวน 10 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรค ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไขมันในเลือดสูง อย่างน้อย 2 ปี ร่วมกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 ในรหัส F32 ของการวินิจฉัยครั้งแรก (First Episode) 2) ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้านานมากกว่า 6 เดือน (ตามกระบวนการรักษาโรคซึมเศร้า) 3) ไม่มีอาการซึมเศร้าแล้ว โดยใช้แบบประเมิน HAM-D มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 7 คะแนน 4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม จากการประเมิน Neuropsychological Testing โดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน คือ Thai Mental State Exam (TMSE) มีค่าคะแนนมากกว่า 23 คะแนน 5) มีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (ADLs) ระดับการช่วยเหลือตัวเองได้ดี โดยใช้แบบประเมิน Barthel ADLs Index มีคะแนนระหว่าง 12 – 20 คะแนน ทั้งนี้ต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนโรคเรื้อรังจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจากโรคเรื้อรังระหว่างการเก็บข้อมูล และไม่มีการกำเริบซ้ำของภาวะซึมเศร้าจนมีอาการรุนแรง (Severe Depression) หรือมีอาการทางจิตระหว่างการเก็บข้อมูล

กลุ่มที่ 2 สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ (Significant Persons) ที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่มที่ 1 มีปฏิสัมพันธ์ด้วย จำนวน 21 คน โดยมีเกณฑ์ในการเลือก ดังนี้ 1) ได้รับการกล่าวถึงว่าอยู่ในสถานการณ์การฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 2) มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในฐานะสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคคลสำคัญทางศาสนาหรือความเชื่อ กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งนี้ต้องไม่ใช่บุคคลที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เช่น พยาบาล แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และ ไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก “กระบวนการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า” โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยของ Seeherunwong, Boontong, Sindhu, & Nilchaikovit (2002) ซึ่งศึกษาในสตรีวัยกลางคนที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Major Depressive

Disorder (MDD) จำนวน 31 คน ถึงกระบวนการฟื้นฟูจากความซึมเศร้าในบริบทของสังคมไทย โดยคำถามจำแนกเป็น 2 คำถามหลักและแนวคำถามรอง ดังนี้

คำถามหลักที่ 1 การเรียนรู้เกี่ยวกับความซึมเศร้า ประกอบด้วยคำถามรอง ได้แก่ 1) ท่านทราบได้อย่างไรว่าท่าน/ ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าที่ต้องรับการรักษา 2) อาการซึมเศร้าของท่าน/ ผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง มีช่วงไหนบ้างที่อาการดีขึ้นหรือแย่ลง อย่างไร 3) อะไรที่ทำให้ท่าน/ ผู้สูงอายุ ยอมรับว่าท่าน/ ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า และ 4) เพราะอะไรท่าน/ ผู้สูงอายุต้องอยู่กับอาการซึมเศร้าเป็นระยะเวลานาน

คำถามหลักที่ 2 การฟื้นฟูจากความซึมเศร้า ประกอบด้วยคำถามรอง ได้แก่ 1) อาการซึมเศร้าของท่าน/ ผู้สูงอายุดีขึ้นจากอะไรได้บ้าง 2) ท่าน/ ผู้สูงอายุมีความหวังว่าจะหายจากอาการซึมเศร้าหรือไม่ เพราะอะไร และ 3) ขณะนี้ท่าน/ ผู้สูงอายุคิดว่า ท่าน/ ผู้สูงอายุยังมีอาการซึมเศร้าอยู่อีกหรือไม่ เพราะอะไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามและนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตเวชและด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่านโดยเป็นอาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลด้านการให้คำปรึกษา 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวชเชี่ยวชาญ 1 ท่าน ได้ค่า IOC รายข้อ เท่ากับ .67 – 1.00 จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 คน โดยเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า 2 คน และญาติผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถามระยะเวลาในการสัมภาษณ์ และความเป็นไปได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยกำหนดผู้ให้ข้อมูลที่เจาะจง ร่วมกับการสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม โดยแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ขั้นตอน คือ

1. การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างกรอบแนวคิดและแนวคำถาม
2. การสัมภาษณ์เชิงลึก โดย

2.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าพะยอมและโรงพยาบาลควนขนุน สำหรับการค้นหารายชื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและมีประวัติรับการรักษาจากทะเบียนของโรงพยาบาล หลังจากที่ได้บุคลากรของโรงพยาบาลฯ ได้โทรศัพท์พูดคุยกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และขอให้ผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับอาการ เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่ตรงตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ และขออนุญาตผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในการเก็บข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยนัดผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลป่าพะยอมและควนขนุน ซึ่งตรงกับวันที่นัดมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อชี้แจงและอธิบายรายละเอียด ประโยชน์ของการศึกษาให้ผู้สูงอายุให้ทราบอย่างชัดเจน โดยไม่ปิดบังและขอความสมัครใจในการให้ข้อมูล แล้วให้ลงนามยินยอมในแบบหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ที่มีการแสดงความยินยอมให้บันทึกเสียง (Informed Consent Form for Tape Record) ด้วย เมื่อลงนามยินยอมแล้ว ผู้วิจัยนัดวันสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลหรือที่โรงพยาบาลตามต้องการของผู้ให้ข้อมูล

3. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้สูงอายุก่อนที่จะสัมภาษณ์บุคคลสำคัญ ตามแบบสัมภาษณ์กิ่งโครงสร้างพร้อมกับการสังเกตสีหน้า กิริยา ท่าทาง ของผู้ให้ข้อมูลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ขณะสัมภาษณ์ จำนวน 1 - 2 ครั้ง ๆ ละ 30 - 60 นาที ต่อผู้ให้ข้อมูล 1 คน

4. ผู้วิจัยสร้างสมมติฐานชั่วคราวโดยข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวมใหม่ได้นำมาสู่มนทัศน์ (Concept) ใหม่ซึ่งส่งผลให้ต้องปรับสมมติฐานและกรอบแนวคิดจนกระทั่งถึงจุดอิ่มตัว (Saturation) คือ เมื่อสมมติฐานใหม่ไม่ได้ถูกท้าทายจากข้อมูลใหม่ ผู้วิจัยจึงหยุดเก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการวิจัยโดยใช้แนวคิดของ ลินคอล์น และกูบา (Lincoln & Guba, 1985 cited in Polit & Beck, 2006) ประกอบด้วย 4 หลักเกณฑ์ คือ 1) การสร้างความน่าเชื่อถือได้ของการวิจัย (Credibility) 2) การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) โดยดูความคงที่ของข้อมูลตามเวลาหรือ

สถานการณ์จะเปลี่ยนแปลงไป โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านให้รหัสในข้อมูลที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมมาแล้วนำรหัสที่ได้ของแต่ละท่านมาเปรียบเทียบกับ ปรีกษาจนได้ข้อสรุปเดียวกัน 3) การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ตรวจสอบข้อมูลโดยใช้เอกสารมายืนยัน และ 4) การนำไปใช้หรือการถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) โดยการกำหนดขอบเขตการวิจัย การเลือกผู้ให้ข้อมูล และวิธีการดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อเป็นการระบุถึงความสามารถในการนำข้อค้นพบไปใช้ในสถานที่หรือกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับที่ผู้วิจัยกระทำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนของวิธีทฤษฎีฐานราก มี 7 ขั้นตอน คือ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูล 2) การสร้างสมมติฐานชั่วคราว 3) การทดสอบสมมติฐาน 4) การปรับสมมติฐาน 5) ความคงที่ของสมมติฐาน และ 6) การสร้างแบบแผนเชิงทฤษฎี และ 7) การสรุปความรู้และผลการวิจัย ซึ่งในส่วนของ การสร้างแบบแผนเชิงทฤษฎี เมื่อข้อมูลคงที่ โดยมีวิธีการดังนี้ (Phothisita, 2007)

1. การกำหนดรหัสเพื่อจำแนกข้อมูล (Open Coding) เป็นการระบุรหัสแบบกว้าง ๆ เพื่อจำแนกข้อมูล โดยที่แต่ละหน่วยมีความหมายเฉพาะตัวของตัวเอง จากนั้นนักวิจัยทำการค้นหาข้อความที่มีความหมายใกล้เคียงกันกับเรื่องที่กำลังศึกษา

2. การสร้างความสัมพันธ์ของข้อมูลผ่านการระบุรหัส (Axial Coding) เป็นการเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นคำ กลุ่มคำ วลี หรือประโยค ที่ผ่านการกำหนดรหัสเพื่อจำแนกข้อมูล มารวมเป็นกลุ่มตามความสัมพันธ์จากการตีความของผู้วิจัย

3. การบูรณาการกลุ่มข้อมูลให้เกิดให้เกิดเป็นโครงสร้างทางภาษา (Selective Coding) คือ การอาศัยข้อมูลที่รวมกลุ่มกัน (Theme) จากวิธีการ Axial Coding มาร้อยเรียงเป็นเรื่องราวผ่านการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของแนวคิดและโมโนทัศน์เพื่ออธิบายกระบวนการฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ COA No. TSU 2023_161 REC No. 0378 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาอาการซึมเศร้าที่คลินิกจิตเวชและสารเสพติดของโรงพยาบาลป่าพะยอม และโรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง จำนวน 10 คน และบุคคลสำคัญที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 21 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.00) อายุระหว่าง 71 - 80 ปี (ร้อยละ 70.00) เกือบทั้งหมดมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 90.00) มีอาชีพเกษตรกรและไม่ได้ทำงานเท่ากัน ส่วนใหญ่ไม่มีเงินเก็บ (ร้อยละ 60.00) อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 60.00) มีสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งผู้สูงอายุ 1 - 3 คน (ร้อยละ 60.00) กรณีที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่จะเป็นบุตรที่ให้ความช่วยเหลือ (ร้อยละ 70.00) โรคเรื้อรังที่รับการรักษาส่วนใหญ่ คือ โรคไขมันในเลือด (ร้อยละ 90.00) รองลงมาคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.00) ในส่วนของบุคคลสำคัญที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.43) อายุ 40 - 60 (ร้อยละ 61.90) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 47.62) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 61.90) มีความสัมพันธ์เป็นบุตร/บุตรสะใภ้/บุตรเขย ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 57.15)

2. กระบวนการฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับตัวกระตุ้นต่าง ๆ เช่น ความเครียด การสูญเสีย ความกดดันในชีวิต ความผิดหวัง เป็นต้น จนเกิดอาการผิดปกติ อาทิ นอนไม่หลับ ร่างกายอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ร้องไห้

แยกตัว ใจสั้น คิดไม่อยากจะมีชีวิตอยู่ เป็นต้น ผู้สูงอายุและครอบครัวเริ่มค้นหาวิธีการจัดการกับอาการดังกล่าว ด้วยการไปคลินิกเอกชน หรือโรงพยาบาล หากได้รับการวินิจฉัยที่ผิดพลาดด้วยความผิดปกติดังอื่น ส่งผลให้มีอาการของโรครุนแรงขึ้น หากได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคซึมเศร้าแล้วก็จะได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่

กระบวนการฟื้นฟูหายจากภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การรับรู้อาการผิดปกติและยอมรับการรักษา ซึ่งปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับ คือ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจากแพทย์ และยอมรับว่าเป็นโรคซึมเศร้า ดังข้อมูล

1.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Being Diagnosed with Depression) กระบวนการฟื้นฟูหายเริ่มต้นตั้งแต่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา มีการประเมินทั้งจากการถามและแบบประเมินต่าง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และแพทย์ให้การรักษาด้วยยา ทั้งนี้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่ทราบมาก่อนว่าซึมเศร้าคืออะไร เป็นอย่างไร ดังคำพูด

“ป่าเครียด บางทีก็นั่งร้องคนเดียว ไปปรึกษาหมอ หมอว่าเป็นซึมเศร้า” (ผู้สูงอายุหญิง E1)

“ลูกจะพาไป มอ. ตอนแรกไม่อยากจะไป ไม่ยอมรับว่าตัวเองใช้ ลูกพาไป ลูกว่าต้องไปหาหมอเพราะเป็นมากแล้ว เราต้องเชื่อลูก ถึงได้รู้ว่าเป็นซึมเศร้าแรงแล้ว” (ผู้สูงอายุชาย E7)

“ไม่คิดว่าแม่จะเป็นซึมเศร้า ไม่เคยรู้จัก แต่พอหมอบอก ก็ต้องรักษา ได้ยามากิน” (ลูกสาวผู้สูงอายุ E8)

1.2 ยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Acceptance that I was Depression Patient) เมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการประเมินอย่างละเอียดทั้งจากพยาบาลและแพทย์ด้วยการสัมภาษณ์ และแบบประเมิน ผู้สูงอายุรับรู้สิ่งที่ได้รับการประเมินนั้นสอดคล้องกับที่ตนเองมีอยู่ จึงยอมรับว่าอาการที่ตนเองมีอยู่นั้น คือโรคซึมเศร้า จึงยินดีให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ทั้งการไปพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยา รักษาภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ มีผลทำให้อาการต่าง ๆ ทุเลาลง ดังคำพูด

“ป่วยยอมรับว่าป่าเป็นจริง ใครมาถามก็กล้าบอก เวลาป่าไปนั่งบ้านเพื่อน เขาก็ถาม ไหนว่าเป็นซึมเศร้า เห็นร่าเริงนี้ ป่าก็บอกว่าป่ากินยาแหละ เคยลองหยุดยา แต่เป็นแล้ว (อีก) เลยต้องกินยาต่อ ไม่กล้าหยุดแล้ว” (ผู้สูงอายุหญิง E1)

“ป่วยยอมรับ ไม่อาย เพราะหมอบอกว่าไม่ได้เป็นแต่ป่านะ เขาเป็นกันมาก หมอให้ดูวิดีโอ ให้ดูประเทศอื่น เขาฆ่าตัวตายกันล้น (มาก) หมด ป่าไม่เคยปฏิเสธว่าเป็นซึมเศร้า เพราะมันมากกว่าเป็นเบาหวานแล้ว” (ผู้สูงอายุหญิง E5)

ระยะที่ 2 การเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 1) เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา 2) ความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Attachment) 3) สร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ดังข้อมูล

2.1 เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Commitment to Adherence) ภายหลังการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้าไประยะหนึ่ง ประกอบกับเจตคติในการมีส่วนร่วมและความมุ่งมั่นที่จะรักษาสัมพันธภาพกับบุคลากรทางสุขภาพดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตัวเองเพื่อช่วยให้อาการดีขึ้น เพื่อให้ตัวเองดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ เมื่ออาการลดลง การทำหน้าที่ทางกายเริ่มปกติ (Regulation of Body Functions) โดยเฉพาะความไม่สมดุลในหลาย ๆ ส่วน เช่น การหลับ-การตื่น (Sleep-Wakefulness) ความอยากอาหาร (Appetite) อารมณ์ภายใน (Mood) ความใส่ใจจดจ่อ (Attention) สมาธิ (Concentration) และความจำ (Memory) ความอ่อนเพลียทางกายเริ่มที่จะลดลง ดังคำพูด

“อยากให้ร่างกายดีขึ้น อยากให้หายไข้ ไม่อยากทรุด หัวใจหวาง โชติช่วง ถึงเวลาหมอนัดก็ไป” (ผู้สูงอายุชาย E4)

เมื่อกระบวนการรับรู้ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังดีขึ้น ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อการมีสุขภาพดีก็จะเริ่มขึ้น เช่น การรับประทานอาหารที่มีผลต่อโรคเรื้อรัง การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การเริ่มออกกำลังกาย ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมกระบวนการฟื้นฟู ดังคำพูด

“ได้เดิน ถีบรถ ใจมันเพลิน เหล้าไม่แล้ว กาแฟดำมีมั้ง ชาไม่กิน ต่อไปน่าจะกินน้ำร้อนเปล่า เพราะผมเป็นเบาหวานด้วย”

“ป้าออกกำลังกายทุกวัน เดินไปกลับกิโหลเหลื่อ ๆ ทุกวัน หมอบอกให้ทำ ป้าเดินจนกว่าหลานจะแต่งตัวเสร็จ มันทำให้บายตัว บ้าว่ามันดีขึ้น เห็นผลชัดเจน วันไหนที่ไม่ได้เดิน มันไม่บายใจ ตอนเดินไม่ไล่เกือก เดินจนมารู้จักป้าทุกตัว เมื่อก่อนเดินเป็น 10 คน ตอนนี้เหลือป้าคนเดียว กับการดัดยางมันไม่เกี่ยวกับ ดัดยางต้องเดินมั่ง วิ่งมั่ง” (ผู้สูงอายุหญิง E1)

2.2 ความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Attachment) ช่วงที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีอาการซึมเศร้ามาก มีการแยกตัว ลดการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว เกิดความเหินห่างทางอารมณ์ในสัมพันธภาพ ภายหลังที่อาการดีขึ้น คือในช่วงที่มีภาวะซึมเศร้ามลดลง ความสามารถในการติดต่อสัมพันธ์ การใส่ใจ และการดูแลผู้อื่น (ลูก คู่สมรส พ่อแม่ เพื่อน) กลับคืนมา บางคนมีการสร้างสัมพันธภาพใหม่ด้วยการมีคู่ชีวิตใหม่เพื่อเติมเต็มชีวิต (Fulfilled Life) ส่งผลให้ความสามารถในการแสดงออกของอารมณ์ด้านบวกเพิ่มขึ้น เกิดการฟื้นคืนสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว ดังคำพูด

“เมื่อก่อน ลูกพูดอะไร ป้าทวาดทั้นที่ยิ่งถ้าลูกพูดหยาบ ป้าตกใจ ช่วงนั้นเป็นบอย คุมอารมณ์ตัวเองไม่อยู่ ตอนนี้ลูกมาที่บ้านหยอกเล่น พูดกันดี ป้าไม่น้อยใจแล้ว บอกลูกว่า แหลงไรรกับแม่ ให้แหลงดี ๆ แม่เป็นซึมเศร้า ลูกก็เปลี่ยนไปจากเดิม ไปหาหมอกับป้า ลูกไ่ก้ดี” (ผู้สูงอายุหญิง E1)

“ป้าอยู่คนเดียว อยู่มาแค่ปี กินยาอยู่ตอนนั้น ก็มาเจอกับแฟนคนนี้ ทำให้ป้าดีขึ้นมาก ชาวบ้านนี้แหละ (ผู้สูงอายุหญิง E2)

2.3 สร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) จากที่สภาวะอารมณ์คงที่ พร้อมเปิดใจสำหรับผู้อื่น และยอมรับการช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมากขึ้น จากเดิมที่มีภาวะสองจิตสองใจระหว่างการพึ่งตนเองกับการพึ่งพาผู้อื่นในสัมพันธภาพ สามารถจัดการกับขอบเขตที่เป็นความต้องการกับบทบาทหน้าที่ของการอยู่ร่วมกันในสังคมได้ดีขึ้น

“เพื่อนบ้านดี ชวนกันคุยเรื่องรำเร้ง ไม่คุยเรื่องไม้ดี งานศพ งานบวช ป้าไป แต่งงานรี้ง งานกลางคืนยังไม่ไป เพราะโหนด (ง่วงนอน)” (ผู้สูงอายุหญิง E1)

“พี่...มานั่งกับป้าบอยแหละ เดินมาวันหลายรอบ ได้คุยกัน ไม่ต้องอยู่คนเดียว เห็นแกดีขึ้นมากแล้ว บอกว่านอนหลับดี”(น้องสาวผู้สูงอายุ E10)

ระยะที่ 3 ความปลอดภัยทางใจและพลังอำนาจทางจิต (Psychological Safety and Empowerment) เป็นการดูแลทางจิตใจด้วยการคิดในเชิงบวก หากสิ่งใดที่ทำให้ไม่สบายใจ ก็จะไม่ไปเผชิญกับสิ่งนั้น เกิดการยอมรับในปัญหา มีการหากิจกรรมทำเพื่อให้จิตใจให้ผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งเป็นปัจจัยช่วยเหลือ ในการจัดการกับอุปสรรคหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการฟื้นฟู เกิดเป็นพลังใจที่จะใช้ชีวิตต่อไป รู้สึกภาคภูมิใจ (Self – Esteem) ส่งผลให้มีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเผชิญกับภาวะซึมเศร้าได้สำเร็จและเข้าสู่ระยะความแข็งแกร่งทางจิตใจได้ คือ การมีความหวัง และรับรู้ถึงการมีภาวะปกติสุข ดังข้อมูล

3.1 ความหวัง (Hope) ผู้สูงอายุมีความหวังว่าจะพ้นหายจากอาการซึมเศร้าได้อย่างสมบูรณ์และรวดเร็ว โดยมองจากที่อาการของตนเองดีขึ้น ครอบครัวอบอุ่นขึ้น ปัญหาต่าง ๆ สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้เหมือนก่อนที่จะไม่ป่วย ทำงานเลี้ยงดูตัวเองได้ แม้จะไม่เต็มที่เหมือนเดิม ดังคำพูด

“คิดว่าอ๊ายหยา เดี่ยวนี้ เหมือนคนละคน อาการดีขึ้น แต่ยังไม่เต็มร้อย มันยังไม่โล่ง พอคิดจะไปไหน ทำไร มันยังรู้เบื่ออยู่มั่ง ไม่ค่อยอ๊อเพลิน เมื่อก่อนไม่ อายากจะทำไรให้ได้เหมือนเดิม” (ผู้สูงอายุชาย E7)

“หายคะ ถ้าเม่นนอนไม่มาก ได้ทำโน่นทำนี่ กำลังใจดี” (ลูกสาวผู้สูงอายุ E8)

3.2 สุขภาวะทางจิตใจ (Psychological Well-Being) สุขภาวะทางจิตใจเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ตนเองว่าปกติแล้ว มีความพึงพอใจกับชีวิตในปัจจุบัน (Life Satisfaction) รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างก่อนรักษา กับหลังรักษา รวมถึงการทำหน้าที่ทางร่างกายที่ปกติ สัมพันธ์กับการรับรู้ทางอารมณ์ที่คงที่ และมีการปรับตัวดีขึ้น แต่ยังคงรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังคำพูด

“ตอนนี้อยู่ได้เอง บายแล้ว อยู่คนเดียวได้ ถึงเวลาหมอนัด โทรหาลูกอีกคนพาไป พอใจแบบนี้แล้ว ให้ลูกไปทำงาน หาเบี้ย ไม่เป็นห่วงใคร บางทีเวลาลูกมาอยู่ที่บ้านหลายวัน แล้วลูกกลับกรุงเทพ ก็มีน้ำตาไหลมั่ง แต่ไม่เศร้าแล้ว” (ผู้สูงอายุชาย E4)

“ยอมรับสิ่งที่เกิดกับชีวิตได้แล้ว คือว่าชีวิตคนเราไม่มีอะไรที่แน่นอน ไม่ต้องยึดติดกับอะไรแล้ว เกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมดา เรารักทุกสิ่งทุกอย่าง เราก็เอาไปไม่ได้ อะไรจะเกิดขึ้นป่าไม่กลัวแล้ว เราพร้อมที่จะสู้ มันใจมาก มันใจเต็มที่สามารถเดินได้อย่างมั่นคง (ผู้สูงอายุหญิง E3)

“เขาไปประชุมหมู่บ้านได้ ไปเอง มาเล่าได้ พอใจแล้ว เขาดูแลตัวเองได้ ดูแลพ่อได้” (พี่สาวผู้สูงอายุชาย E6)



ภาพ 1 การฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้า

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยกล่าวได้ว่า การฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้า ไม่ได้เกิดจากมุมมองทางจิตพยาธิสภาพที่เน้นไปที่อาการเพียงอย่างเดียว แต่เน้นไปที่ความเป็นบุคคลหรือเชิงอัตวิสัย และเกิดขึ้นเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต และเกิดผลลัพธ์ขึ้นจากที่บุคคลเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองอย่างต่อเนื่องและความพยายามในการจัดการอย่างแข็งขัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดจากการศึกษาการฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า นอกเหนือจากอาการที่สงบลง ยังคำนึงถึงผลที่เกิดขึ้นกับภายในบุคคลด้วย กล่าวคือ ผู้สูงอายุเข้าใจตนเอง เข้าใจในประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา การฟื้นฟูไม่ใช่การระบุแต่เพียงลักษณะที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แต่เกี่ยวข้องกับจิตใจและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้วย (Richardson & Barkham, 2020) จากข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ ไม่รับรู้ ว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้า แต่เข้ารับการรักษากับแพทย์ทั่วไปด้วยอาการเจ็บป่วย ไม่สุขสบายทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หรืออาการไม่สุขสบายอื่น ๆ ประกอบกับ ด้วยภาระงานของบุคลากรทางสุขภาพที่มีจำนวนมาก ทำให้ขาดการปฏิสัมพันธ์และการติดต่อกับผู้ป่วยรายบุคคล (Phormpayak, Saenyos, Makorn & Chansong, 2024) จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นไม่ชัดเจน นอกจากนี้การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทำได้ยาก ส่วนหนึ่งคือการแสดงอาการที่ไม่ชัดเจน เมื่อได้รับประทานยาไประยะหนึ่ง พบว่าอาการไม่ดีขึ้น จึงเข้ารับการรักษากับจิตแพทย์ หรือแพทย์ที่มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยจิตเวช กระบวนการฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การรับรู้อาการผิดปกติและยอมรับการรักษา เริ่มต้นตั้งแต่ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า โดยปัจจัยในระยะนี้คือการได้รับ **การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า** ซึ่งในปัจจุบันใช้เกณฑ์ การวินิจฉัยของ DSM-5 แต่ด้วยผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่จัดการทางอารมณ์ได้ยากก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัย หรือมีความทุกข์จากภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย ก็จะมีภาวะซึมเศร้า หรือบางรายพยายามไม่แสดงออกว่าตนกำลังเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุปกปิดและไม่ยอมบอกปัญหา อาการของตน หากบุคลากรทางการแพทย์ไม่สอบถามอย่างละเอียด ก็จะเริ่มต้นการดูแลตนเองเมื่อ **ยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังจากที่ผู้สูงอายุได้รับการประเมินอย่างละเอียดทั้งจากพยาบาลและแพทย์ด้วยการสัมภาษณ์ และการใช้แบบประเมิน ผู้สูงอายุรับรู้สิ่งที่ได้รับการประเมินนั้นสอดคล้องกับอาการที่ตนเองมีอยู่ รวมถึงการไม่ถูกเลือกปฏิบัติ กล่าวคือ การรับรู้ว่าคุณค่าการทางการแพทย์มีความห่วงใยในความเป็นบุคคล (Goo, Wang, Yeo, Ong, & Marimuttu, 2019) ซึ่งนอกเหนือไปจากการให้ความสำคัญเฉพาะอาการของภาวะซึมเศร้าที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ การได้รับการช่วยเหลือที่เป็นระบบ โดยมีการส่งต่อจากแพทย์ทั่วไปไปยังจิตแพทย์ ทำให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และการได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ที่สำคัญด้วยลักษณะของวัยสูงอายุที่มีแนวโน้มในการเชื่อถือ และรับฟังบุคลากรทางสุขภาพอยู่แล้ว ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่าตนเองเป็นซึมเศร้า และพร้อมเข้าสู่กระบวนการรักษา

ระยะที่ 2 การเผชิญกับภาวะซึมเศร้าเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ระยะหนึ่ง รับประทานยาต้านเศร้าอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาหนึ่ง รับรู้ประโยชน์ของยาที่ตนเองรับประทาน และความเชื่อมั่นในบุคลากรทางสุขภาพ จึงพยายามในการดูแลตนเอง เกิดเป็น **ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Commitment to Adherence)** กล่าวคือทำด้วยความตั้งใจ มุ่งมั่น ใส่ใจ ทำให้อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันสงบ (Remission) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jitsangob (2017) ที่ศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยซึมเศร้ารับรู้การเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของตนเอง ก็จะพยายามทำความเข้าใจสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดการยอมรับและแสวงหาการรักษา จากการทำความเข้าใจผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างแท้จริง เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการสงบเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับอาการการเจ็บป่วยด้วยตนเอง ยอมรับรู้ เรียนรู้ และเกิดเป็นความรู้ มีแนวทางเข้าสู่ระยะอาการสงบจากการเจ็บป่วยตามประสบการณ์ที่ได้รับ สามารถจัดการกับอาการเบื้องต้นด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถตัดสินใจเลือกรับบริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จนทำให้อาการเจ็บป่วยทางจิตทุเลาลง (Jorm, 2012) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การที่ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยตนเอง และไม่ละเลยต่ออาการ ความเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเองนั้นมีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้อาการสงบ เพื่อป้องกันอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น

ในขั้นตอนนี้ พบว่าปัจจัยสำคัญของการรักษา คือการปรับเจตคติในการมีส่วนร่วมและความมุ่งมั่นที่จะรักษา ด้วยการมีสัมพันธภาพกับบุคลากรทางสุขภาพดีขึ้น ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตัวเองเพื่อช่วยให้อาการดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองเพื่อการมีสุขภาพดีก็จะเริ่มขึ้น เช่น การออกกำลังกาย ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมกระบวนการฟื้นฟู โดยช่วงที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีอาการซึมเศร้ามาก มีการแยกตัว ลดการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว เกิดความเหินห่างทางอารมณ์ในสัมพันธภาพ ภายหลังจากที่อาการดีขึ้น คือในช่วงที่มีภาวะซึมเศร้าลดลง ความสามารถในการติดต่อสัมพันธ์ การใส่ใจ และการดูแลผู้อื่น (ลูก คู่สมรส พ่อแม่ เพื่อน) กลับคืนมา ก่อให้เกิด **ความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Attachment)** อีกครั้ง บางคนมีการสร้างสัมพันธภาพใหม่ด้วยการมีคู่ชีวิตใหม่เพื่อเติมเต็มชีวิต (Fulfilled Life) ซึ่งสอดคล้องกับ Eliopoulos (2014) ที่กล่าวว่า แม้วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของร่างกาย จิต และสังคมที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่ความต้องการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพกาย จิต และสังคม ยังคงอยู่และต้องการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมือนก่อนหน้านี้ เมื่อผู้สูงอายุได้มีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวที่พร้อมช่วยเหลือดูแลมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการแสดงออกของอารมณ์ด้านบวกเพิ่มขึ้น ดังคำพูดของผู้สูงอายุชาย “จากเดิมอารมณ์ไม่ดี ไม่สบายใจ มีเมื่อยใหม่ทำให้ชีวิตดีขึ้น มันอยู่คนเดียวไม่ได้ ต้องมีคนมาอยู่เพื่อน แคมีเพื่อน ไม่ใช่ว่าขาดไม่ได้ พอได้หัวเราะกันมันมีความสุข” ทำให้เกิดการฟื้นคืนสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว

เมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบครัวและผู้ใกล้ชิด ก็จะกระตุ้นให้มีความปรารถนาที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอีกครั้ง จากที่สภาวะอารมณ์คงที่ พร้อมเปิดใจสำหรับผู้อื่น และยอมรับการช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมากขึ้น จากเดิมที่มีสภาวะสองจิตสองใจระหว่างการทำตัวเองกับการพึ่งพาผู้อื่นในสัมพันธ์ภาพ สามารถจัดการกับขอบเขตที่เป็นความต้องการกับบทบาทหน้าที่ของการอยู่ร่วมกันในสังคมได้ดีขึ้น ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจึงสามารถ **สร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction)** มีความผูกพันทางอารมณ์กับผู้อื่นได้ สภาวะจิตใจเข้มแข็งขึ้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่สามารถสร้างความเข้มแข็งจากภายในจิตใจของตนเอง ก่อให้เกิดพลังอำนาจทางจิตใจ ที่พร้อมเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอันตราย

ระยะที่ 3 ความปลอดภัยทางใจและพลังอำนาจทางจิต พลังอำนาจทางจิตเป็นคุณสมบัติเชิงบวกของบุคคลภายใต้บริบทที่บุคคลต้องเผชิญภัยคุกคามต่าง ๆ มีการดูแลทางจิตใจด้วยการคิดในเชิงบวก หากสิ่งใดที่ทำให้ไม่สบายใจ ก็จะไม่ไปเผชิญกับสิ่งนั้น เกิดการยอมรับในปัญหา มีการหากิจกรรมทำเพื่อให้จิตใจให้ผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งเป็นปัจจัยช่วยเหลือ ในการจัดการกับอุปสรรคหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการฟื้นฟู เกิดเป็นพลังใจที่จะใช้ชีวิตต่อไป เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ (Self – Esteem) ส่งผลให้มีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ครอบครัวยอมรับขึ้น ปัญหาต่าง ๆ ได้รับการแก้ไข หรือยอมรับในปัญหา สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับก่อนที่จะไม่ป่วย ทำงานเลี้ยงดูตัวเองได้ แม้จะไม่เต็มที่เหมือนเดิม สามารถยอมรับต่อสภาพของตนทั้งด้านความคิด เจตคติ การดำรงชีวิต นับถือตนเอง มีความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเอง รู้สึกภูมิใจเมื่อได้ทำประโยชน์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่ส่งผลดีต่อตนเองและผู้อื่น รวมถึงยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม และเศรษฐกิจ บทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนไป โดยปัจจัยที่หล่อเลี้ยงให้เกิดพลังอำนาจทางจิตใจ คือ **ความหวัง (Hope)** ที่จะฟื้นฟูจากอาการซึมเศร้าได้อย่างสมบูรณ์และรวดเร็ว ซึ่งความหวังเป็นความมุ่งมั่นที่จะนำไปสู่เป้าหมาย และหากมีความจำเป็นก็สามารถเปลี่ยนเส้นทางไปสู่เป้าหมาย เพื่อที่จะประสบความสำเร็จได้ ประกอบด้วยความคิดเกี่ยวกับการกระทำ (ความมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมายของบุคคล) และวิถีทาง (สามารถคิดได้หลายเส้นทาง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของบุคคล) โดยความหวังเกี่ยวข้องกับสุขภาพกาย และสุขภาพจิต (Snyder, 2002 as cited in King & Caeon, 2021) ทำให้มีความพึงพอใจกับชีวิตในปัจจุบัน (Life Satisfaction) รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างก่อนรักษากับหลังรักษา รวมถึงการทำหน้าที่ทางร่างกายที่ปกติสัมพันธ์กับการรับรู้ทางอารมณ์ที่คงที่ และมีการปรับตัวได้ดีขึ้น แม้จะยังคงรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ปัจจัยที่สำคัญในช่วงนี้คือ การรับรู้ **สุขภาวะทางจิตใจ (Psychological Well-Being)** ซึ่งสุขภาวะทางจิตใจเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าจิตใจของตนเองมีศักยภาพ สามารถยอมรับถึงจุดแข็ง (Strengths) จุดอ่อน (Weaknesses) ของตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in Life) พัฒนาสัมพันธ์ภาพเชิงบวก (Develop Positive Relationships) เป็นอิสระ (Independent Person) (Krause & Behn, 2021) สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อม และเจริญงอกงามอย่างต่อเนื่องระหว่างสุขภาวะกับการมีโรค

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำกระบวนการฟื้นฟูไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมการฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
2. บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อสร้างเจตคติเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมและความมุ่งมั่นในการรักษาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาพิสูจน์ข้อค้นพบของกระบวนการฟื้นฟูที่ได้จากการวิจัยนี้ ในลักษณะเชิงเปรียบเทียบกับแนวคิดการฟื้นฟูทางสุขภาพจิตที่มีอยู่แล้ว 3 แนวทาง คือ personal process, social process และ clinical outcome เพื่อศึกษาลำดับขั้นตอนและระยะเวลา
2. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

Reference

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.
- Craighead, W. E., & Dunlop, B. W. (2014). Combination psychotherapy and antidepressant medication treatment for depression: for whom, when, and how. *Annual Review of Psychology*, 65, 267-300.
- Department of Older Persons. (2023). Elderly Statistics. <https://www.dop.go.th/th/know/1> (in Thai)
- Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological Nursing*. (8th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Goo, S. K. L., Wang, J. B., Yeo, J. M. L., Ong, S. H., & Marimuttu, V. J. (2019). Patient and family perspective on factors that promote recovery in adolescent depression in Singapore: A qualitative study. *Asian Journal of Psychiatry*, 46, 21-23. doi.org/10.1016/j.ajp.2019.09.020
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Graafsma, T. G. T., Bohlmeijer, E., & de Jong, J. (2018). The efficacy of positive psychological interventions from non-western countries: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Wellbeing*, 8(1), 71-98. doi.org/10.5502/ijw.v8i1.711
- Jitsangob, P. (2017). Recovery experiences of patients with depression diagnosed for the first time. *Journal of Mental Health*, 23(2), 123-145. (in Thai)
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. doi:10.1037/a0025957
- King, R. B., & Caleon, I. S. (2021). School psychological capital: Instrument development, validation, and prediction. *Child Indicators Research*, 14(1), 341-367.
- Krause, M., & Behn, A. (2021). Depression and Personality Dysfunction: Towards the Understanding of Complex Depression. In *Depression and personality dysfunction* (pp. 1-13). Springer, Cham.
- Mandolika, R. Y., Naik, P., Akram, M. S., & Nirgude, A. S. (2017). Depression among the elderly: A cross-sectional study in an urban community. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 6(2), 318-323.
- Phormpayak, D., Saenyos, J., Makorn, H., & Chansong, Y. (2024). The Development of a Health Literacy Enhancement Program for Newly Diagnosed Patients with Type 2 Diabetes. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 11(3), e271083 (in Thai)
- Phothisita, C. (2007). *The Science and Art of Qualitative Research* (3rd ed.). Bangkok: Amarin Printing and Publishing. (in Thai)

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research In Nursing & Health*, 29(5), 489-497.
- Richardson, K., & Barkham, M. (2020). Recovery from depression: A systematic review of perceptions and associated factors. *Journal of Mental Health*, 29(1), 103-115.
- Seeherunwong, A. Boontong, T. Sindhu, S. & Nilchaikovit, T. (2002). Self-regaining from loss of self: A substantive theory of recovering from depression of middle-aged Thai women. *Thai Journal Nursing Research*, 6, 186-99
- Singer, M. Bulled, N. Ostrach, B. & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet*, 389(10072), 941–950. doi.org/10.1016/S01406736(17)30003-X
- Van Dooren, F. E., Nefs, G., Schram, M. T., Verhey, F. R., Denollet, J., & Pouwer, F. (2013). Depression and risk of mortality in people with diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 8(3), e57058.
- World Health Organization. (2016). Mental Health and Older Adults [Internet]. Geneva: World Health Organization. Retrieved May 20, 2024 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>
- Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M., & Necho, M. (2021). Prevalence and determinants of depression among old age: A systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 20(1), 55.