



**การเดินทางออกจากภาวะซึมเศร้า: ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า**  
A JOURNEY OUT OF DEPRESSION: LIVED EXPERIENCES OF RECOVERY FROM  
DEPRESSION IN OLDER ADULTS

มะยูรี วงศ์กวานกลม<sup>1</sup>  
Mayuri Wongkwanklom<sup>1</sup>

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุที่ฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า จำนวน 27 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาตามวิธีการของโคไลซ์ซี ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้ามีประสบการณ์ชีวิต 6 ประเด็นหลัก คือ 1) พลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส 2) รู้จักและเข้าใจตนเอง 3) ยอมรับการรักษา 4) หาสิ่งสนับสนุนทางสังคม 5) เปลี่ยนความคิดและปรับวิถีชีวิต และ 6) ฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาครั้งนี้ก่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า สามารถนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยต่อไป

**คำสำคัญ :** ประสบการณ์ชีวิต, การฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

**ABSTRACT**

The qualitative research was aimed to investigate the lived experience of recovery from depression in older adults. The informants consisted of 27 elderly people who recovered from depression chosen by purposive sampling. Data collection through in-depth interviews, and non-participation observation. Colaizzi' s method was performed for content analysis. The findings revealed as follows six main experiences emerged from the data include 1) turning crisis into opportunity 2) building self-insight and self understanding 3) accepting treatment 4) searching for social support 5) changing one's thought and life style and 6) recovery from depression. Knowledge generated from this study concluded that the essential findings were basic knowledge to better understanding the experiences of recovery from depression in older adults. In addition,

<sup>1</sup>อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม, Nurse instructor, Boromarajonani College of Nursing, NakhonPhanom, NakhonPhanom University.



the study will be useful to improve appropriate health care for elder people with depression and also to develop a recovery programme for depression among Thai older adults.

**Keywords:** lived experiences, recovery from depression ; older adults

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (Mental health problem and psychiatric disorder) ที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก สะท้อนด้วยรายงานขององค์การอนามัยโลกที่พบว่า ปัจจุบันมีประชากรโลกในทุกช่วงวัยจำนวนกว่า 350 ล้านคน กำลังประสบกับภาวะซึมเศร้า โดยพบอัตรา ความชุกอยู่ระหว่าง ร้อยละ 2-10 โดยพบมากที่สุดในกลุ่มภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จำนวน 86 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 27 รองลงมา คือ ภูมิภาคพื้นแปซิฟิกตะวันตก จำนวน 66 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 และภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก จำนวน 53 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 ตามลำดับ ผลกระทบที่สำคัญ คือ การมีภาระโรค (Burden of Disease) ที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปีค.ศ.2020 จะสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก ยิ่งไปกว่านั้น คือ การเป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตาย ด้วยเหตุนี้ทั่วโลกจึงให้ความสนใจไปปัญหาโรคซึมเศร้ามากขึ้น (World Health Organization, 2017)

ประการสำคัญ คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric depression) กำลังเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของโลกที่มาพร้อมกับ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ซึ่งเป็นแนวโน้มที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งในศตวรรษที่ 21 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงและนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 16 โดยพบมากที่สุดในกลุ่มที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป มีอัตราฆ่าตัวตาย 47 คน ต่อ ผู้สูงอายุ 100,000 คน และผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอัตราฆ่าตัวตาย 14 คน ต่อ ผู้สูงอายุ 100,000 คน (Cahoon, 2012) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุไทยมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยพบในผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 4.2 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 4.8 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7 และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดถึงร้อยละ 8.7 (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนขนาดและความรุนแรงของปัญหาได้อย่างชัดเจน

เมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า จะส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เศร้า หงุดหงิด ผิดหวัง พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากทำอะไร หรือทำสิ่งต่างๆ ลดน้อยลงไป ขาดการแสวงหาการช่วยเหลือ ความสามารถในการด้านต่างๆ ลดลง ไม่สามารถจัดการปัญหาได้เหมาะสม ขาดกำลังใจ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการเกิดปัญหาสุขภาพทางกายต่าง ๆ ตามมาได้ด้วย (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ จากความพร่องในด้านสัมพันธ์กับผู้อื่น การไม่ดูแลตนเอง การมีอารมณ์ซึมเศร้าหงุดหงิดง่าย การเสื่อมลงของสุขภาพ การเสื่อมลงของความคิดความจำและความสามารถทางสังคม คุณภาพชีวิตลดลง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งทั้งหมดนี้จะนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด (Karp et al., 2009)

อย่างไรก็ตาม โรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งการรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันประกอบด้วย การรักษาด้วยยาต้านเศร้า การรักษาด้วยจิตบำบัด และการรักษาด้วยไฟฟ้า (สายฝน เอกวงวกร, 2557) และเส้นทางสู่การฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า (Recovery from depression) นั้นนับว่าเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบาก



ยาวนาน เศร้า ทุกข์ทรมานและเปลี่ยนแปลงย้อนกลับไปได้ แต่การฟื้นหาย (Recovery) นับเป็นเป้าหมายหลักที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจ เพื่อมุ่งไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่ถือว่าเป็นบุคคลที่อยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตและครอบครัวเป็นอย่างมาก หากในความเป็นจริงผู้ป่วยอยากมีชีวิตที่ปกติสุขเหมือนกับคนอื่น ๆ แต่จะเป็นอย่างนั้นได้ ผู้ป่วยต้องมีการหาย หรือการฟื้นหายกลับสู่สภาพเดิมที่ไม่ใช่เพียงแค่ปราศจากอาการ หากสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีแนวทางในการปรับปรุงตนเอง เกิดการพัฒนาตนเอง สามารถที่จะมีวิธีการจัดการกับอาการกำเริบ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า คำนึงความสำคัญให้กับตนเอง เกิดการเติบโตในตัวเอง สามารถช่วยเหลือตัวเอง ปฏิบัติหน้าที่การทำงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่พึงกระทำได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Dennis & Kadri, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยทางกาย โดยพบรายงานการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทางจิต และกลุ่มผู้ดูแลจำนวนน้อย ทั้งเป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนงานวิจัยเชิงคุณภาพยังมีน้อยมาก (สุทธนันท์ ชุ่มแจ่ม โสภิน แสงอ่อน และทัศน ทวีคุณ, 2554) ส่วนรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้านั้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสตรีวัยกลางคน และส่วนมากเป็นรายงานการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งการศึกษาในวัยอื่น หรือในต่างประเทศ อาจยังไม่สามารถนำความรู้มาสู่การอธิบาย ทำความเข้าใจ หรือค้นหาทางออกที่เหมาะสม จนนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพได้ ดังนั้นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าอย่างลึกซึ้งนั้นจึงมีคุณค่ายิ่ง ด้วยเหตุที่บุคคลเป็นผู้เผชิญเหตุการณ์นั้นด้วยตนเอง จึงย่อมเกิดการเรียนรู้และสร้างวิธีการจัดการต่อความเจ็บป่วยตามประสบการณ์ที่ได้รับ ทั้งอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม ลักษณะของการเจ็บป่วย การบำบัดรักษา และข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ตนเองได้รับ ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วย (นุสรารวรรคทราทร, 2547) ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพซึ่งมีบทบาทและความรับผิดชอบที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของบุคคล จึงต้องมีความเข้าใจในความคิด ความรู้สึก เหตุผล การจัดการต่อการเจ็บป่วยของบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการอย่างลึกซึ้งแท้จริง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลที่ผสมผสาน เข้าถึงวิถีการดำเนินชีวิต บริบท ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม และโลกส่วนตัวของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล อันจะทำให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลอย่างเข้าใจ สามารถดำเนินชีวิตต่อไปอย่างเต็มศักยภาพและมีคุณค่า สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้ดูแลสุขภาพจิตของประชาชน จึงดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ที่ให้ความสำคัญต่อการให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ จากการรับรู้ของผู้คนในสังคมวัฒนธรรมนั้นๆ ตามสภาพแวดล้อมธรรมชาติที่แท้จริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลเบื้องลึกของความเป็นจริง เพื่อสามารถสะท้อนปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน ในขณะที่ข้อมูลเชิงปริมาณไม่อาจนำเสนอ หรืออธิบายบางแง่มุมสะท้อนผ่านตัวเลข หรือค่าทางสถิติได้อย่างลึกซึ้งเพียงพอ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2555) โดยผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะทำให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าทั้งเชิงกว้างและเชิงลึก อันจะนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ช่วยให้สามารถเผชิญกับโรคที่เป็นอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งช่วยป้องกันและลดอัตราการเจ็บป่วยซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพอันพึงมี



## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่พ้นหายจากภาวะซึมเศร้า

## ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological approach) แนวพรรณนา (Descriptive phenomenology) ตามแนวคิดของฮัสเซิล (Husserl) (Streubert & Carpenter. 2003) เพื่อค้นหาความรู้อธิบายความจริงเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่พ้นหายจากภาวะซึมเศร้า ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในผู้สูงอายุที่พ้นหายจากภาวะซึมเศร้าในเขตจังหวัดนครพนม โดยเป็นการศึกษาเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ภายใต้โครงการวิจัยระยะยาวภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560

## วิธีดำเนินการวิจัย

### ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่พ้นหายจากภาวะซึมเศร้า จำนวน 27 ราย ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา จึงได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. เป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะซึมเศร้า (Depressive episode [F32]) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยไม่จำกัดระยะเวลาการเจ็บป่วย ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
2. แพทย์ลงความเห็นว่ายู่ในช่วงของการหาย หรืออาการสงบของโรค (Recovery)
3. ระบุว่าตนเองอยู่ในช่วงของการหายจากภาวะซึมเศร้า
4. สามารถสื่อสารด้วยการพูด อยู่ในสภาวะที่สามารถให้ข้อมูลและตอบคำถามได้
5. สม่ครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวคำถามแบบมีโครงสร้าง (Structured interview) โดยแนวคำถามมีการกำหนดคำถามหลัก (Main question) และถามรอง (Follow up questions) ของแต่ละประเด็นที่ต้องการศึกษา ซึ่งแนวคำถามในการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความชัดเจนของการสื่อความหมายจากผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ที่มิคุ้นเคยกับเครื่องมือจำนวน 3 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ โดยมีการปรับเปลี่ยนคำถามเพิ่มเติมก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เป็นแนวคำถามแบบมีโครงสร้าง (Structured interview) ดำเนินการสร้างแนวคำถามและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเช่นเดียวกับแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการสนทนากลุ่มโดยแบ่งผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยสมาชิก 8-9 คน

3. แนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นแบบสังเกตและบันทึกข้อมูลจากการสังเกต ซึ่งดำเนินการควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ แนวทางการสังเกตประกอบด้วย เวลา สถานที่ เรื่องที่สังเกต และข้อมูลที่ได้จากการสังเกต โดย



สังเกตพฤติกรรมกรรมการแสดงออก สีหน้า แววตา ท่าทาง สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อให้เห็นภาพและเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจน

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลวิจัย ซึ่งได้พิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตลอดกระบวนการวิจัย

2. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตรวบรวมข้อมูลผ่านคณบดีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนมไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่เป็นพื้นที่สนามวิจัย เพื่อขออนุญาตชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่โดยการขอความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ผู้วิจัยเดินทางไปเยี่ยมบ้านของผู้ให้ข้อมูลโดยการนำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคยและความไว้วางใจ แล้วจึงชี้แจงถึงคุณค่าและรายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความเป็นจริง การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยอย่างเต็มที่ จากนั้นจึงขอความร่วมมือในการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ หรือการยินยอมด้วยวาจา และได้ขออนุญาตเดินทางไปรวบรวมข้อมูลที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล โดยการประสานงานทางโทรศัพท์ ทั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลทุกราย

4. ผู้วิจัย ดำเนินการสัมภาษณ์ เชิงลึกไปพร้อมๆ กับการสังเกต ตามแนวคำถามและแนวทางการสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

โดยก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียง และเน้นการรักษาความลับของข้อมูล ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้สังเกตท่าที การแสดงออกด้านอารมณ์ และปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูล เมื่อพบว่าผู้ให้ข้อมูลแสดงอารมณ์ร่วมขณะตอบคำถาม หรือบอกเล่าประสบการณ์ เช่น เจ็บ ก้มหน้า น้ำเสียงสั้น ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลระบายอารมณ์ความรู้สึก และความคับข้องใจอย่างเต็มที่ ทั้งยอมรับพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลโดยปราศจากเงื่อนไข รับฟังอย่างตั้งใจ แสดงออกถึงความเข้าใจ กระทั่งผู้ให้ข้อมูลสามารถควบคุมสติอารมณ์ของตนเองได้จึงดำเนินการสัมภาษณ์ต่อ ตลอดกระบวนการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแสดงความจริงใจ และให้ความเคารพผู้ให้ข้อมูลในฐานะบุคคลผู้สูงวัย ซึ่งเป็นเจ้าของประสบการณ์ การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งได้พิจารณาจากระยะเวลาในการสัมภาษณ์ตามความเหมาะสม และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ประกอบกับได้ข้อมูลที่เพียงพอแล้ว โดยก่อนจบการสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง แล้วจึงนัดหมายการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป จากนั้นจึงกล่าวขอบคุณและชื่นชมในการมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที จำนวนครั้งขึ้นอยู่กับความอึดตัวของข้อมูล ซึ่งการศึกษาครั้งนี้อยู่ที่ 2-3 ครั้ง

5. ผู้วิจัยได้ทำการบันทึกภาคสนาม โดยบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตขณะสัมภาษณ์และการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน สามารถนำมาวิเคราะห์ความหมาย และอธิบายเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน ทั้งช่วยในการเรียบเรียงความคิดในการวางแผนการศึกษาต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามวิธีการวิเคราะห์ของโคไลซซี (Colaizzi) (Streubert & Carpenter, 2003) ดังนี้

1. อ่านข้อความที่ถอดจากบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำโดยละเอียด เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่พ้นหายจากภาวะซึมเศร้าอย่างลึกซึ้ง



2. ค้นหาคำ กลุ่มคำ หรือข้อความที่บ่งบอกถึงปรากฏการณ์ที่ศึกษา และแยกออกมาให้ชัดเจน
3. นำกลุ่มคำ หรือข้อความที่ได้มาหาความหมายที่ซ่อนอยู่ภายใต้คำบอกเล่าจริงของผู้ให้ข้อมูล
4. จัดประเภท ทำหมวดหมู่ข้อมูล จัดเป็นข้อความสำคัญ (Theme) ตามความเหมาะสมและสาระสำคัญที่สะท้อนถึงปรากฏการณ์ที่ศึกษา
5. เขียนอธิบายรายละเอียดในแต่ละหัวข้อให้ชัดเจนครอบคลุม และตัดส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องทิ้ง
6. นำรายละเอียดของปรากฏการณ์ที่เขียนไว้มารวมกัน วิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นแนวคิด เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา
7. นำเสนอข้อค้นพบให้กับผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบความเข้าใจการตีความของผู้วิจัยอีกครั้ง (Member checking) ก่อนที่จะเขียนสรุปรายงานการวิจัย

#### ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการสร้างความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) โดยมีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodology triangulation) โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม รวมทั้งมีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลโดยนำผลที่ได้จากการศึกษาไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member checking) เมื่อมีข้อมูลใหม่ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เพิ่มเติม ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยจะมีการบันทึกสะท้อนความคิด (Reflexive journal) เพื่อตรวจสอบผลกระทบจากความคิด ความรู้สึกและความพร้อมของผู้วิจัยต่อกระบวนการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยตลอดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยจะปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย

#### ผลการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่พ้นหายจากภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก (Theme) ดังนี้

1. **พลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส** เป็นประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นขณะป่วย คือ ขณะมีภาวะซึมเศร้า ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดรับรู้ถึงช่วงเวลาของความทุกข์ทรมานจากอารมณ์ที่ตกลง หรือดิ่งลง ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าอย่างรุนแรงร่วมกับความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง กินไม่ได้นอนไม่หลับ และมีความคิดอยากตาย ความทุกข์ทรมานที่ต้องเผชิญนี้รุนแรงจนผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถมีชีวิตรอยู่กับภาวะซึมเศร้าได้ จึงเกิดแรงผลักดันให้ต้องจัดการอาการ เพื่อนำตนเองให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานดังกล่าว ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าตนเองกำลังอยู่ในภาวะวิกฤติชีวิต ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“โรคซึมเศร้ามันดูกลืนทุกอย่างไปจากเรา เหลือไว้แต่ความสิ้นหวัง จิตใจตกวูบ อารมณ์ตก ดำดิ่ง รู้สึกทึบที่อ้อมทึมเทา กัดถ่วง หนักหน่วง ท่วมท้น หม่นหมอง โรคซึมเศร้าคือการตายอย่างช้าๆ ตายผ่อนส่ง มันทุกข์ เศร้า หมด อาลัยตายอยากในชีวิต ความรู้สึกเหมือนถูกขุดหลุมฝัง มันทั้งลึก ทั้งมืด หาทางออกไม่ได้ มันไม่ยอมมีน้ำตาล ไม่อยากหายใจ ถ้าชีวิตปิดได้เหมือนสวิทช์ไฟก็จะคงดี จะได้จบๆ ไปเสีย สมองมันไม่รับอย่างอื่นนอกจากทุกข์กับเศร้า มันวนเวียนอยู่ในหัวตลอดเวลา ช่วยตัวเองไม่ได้เลย มันเจ็บลึกที่สุด เจ็บจนเอาชีวิตแทบไม่รอด ชีวิตตอนนั้นเลือกได้สองอย่าง คือ จะยอมตาย หรือจะรอด คำตอบในใจ คือ ต้องรอด ลึกๆ แล้วไม่ได้อยากตาย ต้องถืบตัวเองออกมาให้ได้ เจ็บครั้งนี้มันสาหัส มันจำไม่ลืม ต้องไม่กลับไปป่วยอีกเด็ดขาด ถ้ามีอีกครั้งนี้หน้าชีวิตก็จบกัน” ผู้สูงอายุชาย วัย 61 ปี (ID-01) บอกเล่าประสบการณ์ด้วยน้ำเสียงมั่นคงหนักแน่น ในขณะที่สีหน้าแวววาวตมู่ม่งมัน



**2. รู้จักและเข้าใจตนเอง** ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดให้ความเห็นไปในแนวทางเดียวกันว่า การจะหายจากภาวะซึมเศร้าได้นั้นมีปัจจัยที่สำคัญ คือ การรู้จักและเข้าใจตนเอง ซึ่งหมายถึง การยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยทางอารมณ์ มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงโดยไม่มีวิธีแหวจะดีขึ้น หรือเป็นความผิดปกติที่ไม่สามารถหายเองได้ โดยความผิดปกตินี้ได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางใจ ผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามรวบรวมสติสังเกตอาการของตนเอง พยายามทำความเข้าใจกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กระทั่งรับรู้ว่าเป็นตัวเองเจ็บป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การค้นหาสาเหตุ และตระหนักถึงปัญหาที่จะเกิดตามมา จึงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวไป ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“ต้องตั้งสติให้มัน ค่อยๆ ประคองสติ สังเกตจิตใจของตัวเอง จนเข้าใจว่ามันทุกขใจมากจนไม่อยากอยู่ มันไม่อยากจะหายใจ ไม่อยากตื่น มันเศร้า แต่บางครั้งก็สังเกตว่าหงุดหงิด อารมณ์เสื่อง่าย ๆ กับเรื่องไม่เป็นเรื่อง คิดก็ซ้ำ ทำอะไรก็ซ้ำไปหมด ร่างกายเราทรุดโทรมเหมือนซากศพ มันเหนื่อยผิดปกติ ไม่มีแม้แต่แรงจะกลืนข้าว พอเราได้อยู่กับความคิดของตัวเอง เราได้ทบทวน สังเกตตัวเองก็มีสติพอที่จะรับรู้ว่าเป็นตัวเองผิดปกติแน่แล้ว จึงได้บอกกล่าวลูกหลานกลัวตาย กลัวฆ่าตัวตาย เพราะความคิดอยากตายมันวนเวียนอยู่ในสมอง และไล่ตามเราไปทุกที่ สลัดไม่ออก มันเป็นมาตั้งแต่ยายเสียชีวิตเมื่อปลายปีก่อน (ภรรยาเสียชีวิต) เราต้องหาทางหลุดออกมาจากมันให้ได้ เพราะลึกๆ แล้วไม่อยากจะตาย กระบวนการตายก่อนใจจะขาดนั้นคงน่ากลัวและทรมาน ถ้าฆ่าตัวตายลูกหลานคงอับอาย เสียใจ เขาจะอยู่ยังไง” ผู้สูงอายุชาย วัย 66 ปี (ID-22) บอกเล่าประสบการณ์ของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ขณะพูดถึงความคิดอยากตาย มือสองข้างประสานกันแน่นบนหน้าตัก ก้มหน้า แต่ช่วงท้ายของคำพูดมีรอยยิ้มและแววตาแจ่มใสขึ้น

**3. ยอมรับการรักษา** ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาจากแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งทุกคนเชื่อว่าการรับประทานยาต้านเศร้าและยาคลายกังวลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดอารมณ์เศร้า คลายความวิตกกังวล และช่วยให้นอนหลับ ร่วมกับการรับรักษาการรับคำปรึกษา และเข้ากลุ่มบำบัดแบบประคับประคองกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคนอื่น ๆ เป็นปัจจัยหลักต่อการฟื้นหาย ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเชื่อในข้อมูลที่แพทย์บอกว่า อาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่ภาวะซึมเศร้าธรรมดา แต่เป็นการเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล ภายหลังการรักษา 1-2 เดือนพบว่า ภาวะซึมเศร้ามลดลง นอนหลับได้สนิท มีความคิดในแง่บวก และรู้สึกมีความสุขมากขึ้น ประสบการณ์ตรงที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับการรักษานี้ ทำให้เกิดการยอมรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“เป็นโรคซึมเศร้าหายเองไม่ได้ ต้องกินยาปรับสมอง ปรับสารเคมีในสมองให้สมดุล กินยาแรกๆ มีนๆ เบลอๆ หลังๆ ดีขึ้น ต้องอดทน ไม่มีตัวยาใดในโลกบังคับสมองได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ก็เพราะกินยาเป็นหลักจึงหายใจอยู่ได้มาจนถึงวันนี้ แต่ถ้าพึ่งยาอย่างเดียวตลอดชีวิตก็ไม่ได้ วันใดหยุดยาที่พร้อมที่จะมาป่วยอีก ถ้าเราไม่รักษาจิตใจ ปรับตัวไม่ได้ สมองก็จะป่วยอีก ต้องรักษาทางกายและทางใจไปพร้อมกัน ต้องปรับความคิดข้างในด้วย กลับมามีความคิดแจ่มใส สมองดี ปลอดภัย กินได้นอนหลับ อารมณ์ดี มีความสุข” ผู้สูงอายุหญิง วัย 64 ปี (ID-04) บอกเล่าถึงประสบการณ์การรับการรักษาของตนเองด้วยแววตาแจ่มใส ความคิดและคำพูดต่อเนื่องตลอดการสนทนา

**4. หาลี้ภัยสนับสนุนทางสังคม** ผู้ให้ข้อมูลเห็นพ้องกันว่า การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ตนมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งเป็นเครื่องมือปกป้องให้ตนเองได้รับความปลอดภัย และหายจากภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ครอบครัวเป็นสิ่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุด ครอบครัวเป็นศูนย์รวมจิตใจ สมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก เพราะช่วงที่เจ็บป่วยผู้ให้ข้อมูลต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวมากที่สุด และตระหนักว่าครอบครัวเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวที่สุดท้ายที่ช่วยปกป้องความคิดในการฆ่าตัวตาย เสริมสร้างกำลังใจในการรักษา มีความหวัง และต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไป นอกจากนี้ยังมีบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพ ให้ความรู้ คำแนะนำและให้คำปรึกษา รวมทั้งเพื่อน และบุคคลอื่นๆ ใน



สังคมที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ และทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งทั้งหมดมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“ตอนป่วยหนัก มันเหมือนลัมทั้งยืน มันสูญเสียทุกอย่าง เราต้องไขว่คว้าหาสิ่งยึดเหนี่ยว ซึ่งก็อยู่ไม่ไกล ลูกหลานเป็นเหมือนไม้ค้ำ ทั้งผลึกทั้งยัน เป็นเสาหลักให้เรายึดเกาะ เราสู้ไปด้วยกัน จะมีซีกก็คนที่คอยยอมเหนื่อย ยอมอดทนเพื่อให้เราหายดี ใครที่ยอมสละเวลา สละความสุขของตัวเองมาประคับประคองเราไว้ การเติมกำลังใจให้คน ซึมเศร้านั้นเหมือนกับการเติมน้ำลงในแก้วร่ว มันเข้ามาแล้วก็หมดไปในทันที มันต้องเติมบ่อยๆ จนกว่าจะอุดรอยร่วได้ ต้องให้รู้นั้นค่อยๆ สมาน แต่มันก็ต้องใช้เวลานานกว่าคนทั่วไป และคนที่จะทำหน้าที่นี้ได้ดีที่สุกก็หนีไม่พ้นครอบครัว ที่คอยประคับประคองลมหายใจเราไว้ วางใจที่จะฝากชีวิตไว้กับเขา ถ้าจะหายใจต่อก็เพื่อเขา ไม่ฆ่าตัวตายเพราะไม่อยากให้ลูกหลานถูกตำหนิว่าทำให้มีคนตายในบ้าน ครอบครัวเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวสุดท้ายในชีวิต ช่วงอาการหนักก็ได้หมอได้พยาบาลเป็นคนดูแล ได้ยามารักษา ได้ความรู้ คำแนะนำ และคอยให้คำปรึกษาจนหาย เพื่อนบ้าน ชุมชนก็มาเยี่ยมให้กำลังใจไม่ได้ขาด ช่วยให้ม่กำลังใจ ไม่โดดเดี่ยว รู้สึกว่าตนเองยังมีค่าอยู่” ผู้สูงอายุหญิง วัย 82 ปี (ID-04) บอกเล่าถึงความรู้ด้วยแววตาแจ่มใส ขณะสัมภาษณ์หันมองไปทางหลานที่นั่งอยู่ถัดไปด้วยแววตาอบอุ่น

**5. เปลี่ยนความคิดและปรับวิถีชีวิต** ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเชื่อว่าการจะสามารถฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้านั้น จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิต เพราะการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแสดงให้เห็นว่า วิธีคิดและวิถีการดำเนินชีวิตที่ผ่านมามีปัญหา ผิดเพี้ยน หรือมีจุดบกพร่องที่มีส่วนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยมีความเห็นพ้องกันว่าสิ่งที่ต้องเปลี่ยนเป็นอันดับแรก คือ การเปลี่ยนความคิด ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตในที่สุด โดยผู้ให้ข้อมูลมีวิธีการในการเปลี่ยนความคิด คือ เริ่มจากการใช้สติ จับความคิดของตนเอง หากพบว่าตนเองกำลังคิดลบ ให้เตือนตนเอง ผันตัวเองให้คิดใหม่ในแง่บวกทันที และทำอย่างนี้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเกิดทักษะ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลใช้คำว่า คิดบวกจนติดเป็นนิสัย นอกจากนี้ยังใช้การพูดคุยกับตนเอง การยิ้ม การชื่นชมตนเอง การให้กำลังใจตนเองอย่างสมเหตุสมผล สร้างพลังให้กับตนเอง ร่วมกับการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยเพิ่มกิจกรรมเพื่อความผ่อนคลาย การออกกำลังกาย และปรับการสิ่งแวดล้อมให้สะอาดน่าอยู่ พักผ่อนให้เพียงพอ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไปในแนวทางเดียวกันว่าความสุขหรือความสำเร็จบางอย่างอาจเป็นเรื่องเล็กน้อยสำหรับบุคคลทั่วไป แต่เป็นสิ่งที่มีความหมายสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“เมื่อใดก็ตามที่รู้สึกเศร้า ท้อแท้ใจ ให้รีบดึงสติ ชมใจ หยุคคิดซะก่อน ลองคิดย้อนดูว่าอะไรมันเกิดอะไรขึ้น กำลังคิดมากเกินไปหรือเปล่า สมเหตุสมผลหรือเปล่า นับเลขหนึ่งถึงสิบให้ความคิดหยุด หรือท่องบทอธิปิติโสสลับยี่สิบรอบก็ได้ ความคิดเปลี่ยนอารมณ์ก็เปลี่ยน คิดเรื่องเลวร้ายอารมณ์ก็เศร้า ให้ถามตัวเองว่าคิดแบบนั้นไปเพื่ออะไร มันดีหรือไม่ดีต่อตัวเอง ถ้าไม่ดีให้หยุดคิด แล้วคิดในทางบวกทันที ทุกครั้งที่อารมณ์เศร้าเข้ามาให้ทำแบบนี้ ฝึกไปเรื่อยๆ ให้ติดเป็นนิสัย อย่าเสพติดคิดลบ ให้เสพติดความคิดดี อย่ามองตัวเองตกต่ำ แล้วจะรู้สึกมีค่า รู้จักชื่นชมตัวเอง ยิ้มให้ตัวเอง สะสมความสุขเล็กๆ น้อยๆ รอบตัว เรียกว่าเก็บเล็กผสมน้อย ทุกอย่างมันมีความหมาย” ผู้สูงอายุชาย วัย 66 ปี (ID-11) ให้สัมภาษณ์ด้วยเสียงดังฟังชัด ท่าทางมั่นใจในตนเอง

**6. การฟื้นฟูจากภาวะเศร้า** ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความเห็นตรงกันว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการซึมเศร้าส่งผลให้เกิดแรงผลักดันในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้หลุดพ้น เกิดการเรียนรู้และเข้าใจตนเอง การยอมรับการรักษาย่างต่อเนื่อง การพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะครอบครัว รวมถึงบุคลากรสาธารณสุข เพื่อน และบุคคลอื่นๆ ในสังคมหรือชุมชน ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตนหายจากภาวะซึมเศร้าได้ โดยเชื่อว่าการหาย คือ การมีชีวิตอยู่โดยไม่มีภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติ มีร่างกายแข็งแรง





ตามวัย ไม่ต้องรับการรักษาด้วยยา การกลับมามีความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“หายขาดแบบไม่ต้องกินยาอย่างน้อยครึ่งปีขึ้นไปตามที่หมอบอก มีชีวิตอยู่โดยปลอดภัยจากอารมณ์เศร้าที่รุนแรง ผิดปกติ เศร้าได้แต่ต้องอยู่ในระดับที่ตัวเราควบคุมได้ กินอ่อนนอนอุ่น **แข็งแรง**ตามวัย กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ มีความสุขตามอัตภาพ อยู่อย่างมีคุณค่าด้วยตัวเอง มีสังคม แล้วก็มียุทธศาสตร์ต่อบ้านเมือง” ผู้สูงอายุชาย วัย 73 ปี (ID-10) บอกเล่าประสบการณ์ด้วยสีหน้าแววตาแจ่มใส

## อภิปรายผล

ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่พ้นหายจากภาวะซึมเศร้าทั้ง 6 ประสบการณ์หลัก อภิปรายผล ดังนี้

**1. พลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส** ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าได้ก่อความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก แต่ในผู้สูงอายุที่พ้นหายจากภาวะซึมเศร้านั้น อาการเศร้าที่รุนแรงร่วมกับความคิดอยากตายกลับกลายเป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จ (Key success factors) ต่อการพ้นหายจากภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงความผิดปกติ และเข้าใจว่าพวกเขาไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับระดับความทุกข์ที่พวกเขาประสบอยู่ได้ จึงเกิดแรงจูงใจและเกิดความหวังในการเปลี่ยนแปลงตนเอง (Unsworth, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของเซอร์โนแมส (Chernomas, 1997) เกี่ยวกับการมีประสบการณ์โรคซึมเศร้าและการรับรู้การหายจากภาวะซึมเศร้า โดยศึกษาในสตรีจำนวน 10 คน อายุ 25-52 ปี ซึ่งจากการศึกษาพบโน้ตค้นเกี่ยวกับการสูญเสียตัวตนของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คือ การรู้สึกที่ตนเองถูกรอปรองด้วยอาการของภาวะซึมเศร้า คือ ความรู้สึกไร้กำลัง ร่างกายอ่อนล้า ขาดพลังที่จะทำอะไร ไม่สามารถที่จะมีอำนาจ หรือควบคุมความรู้สึกในแต่ละวันได้ มีความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถควบคุมความรู้สึกของตนเองและช่วยเหลือตัวเองได้ ก็จะทำให้ตัดสินใจประเมินตนเองในแง่ลบ ส่งผลทำให้รู้สึกกลัว คับข้องใจ โกรธตนเองและผู้อื่น และกลัวอนาคต ในทางกลับกันการที่บุคคลยอมรับการสูญเสียความเป็นตัวตนนั้น จะส่งผลให้บุคคลมีความพยายามในการหายและการรักษา เป็นพลังผลักดันที่มีผลต่อความสามารถของตนเองในการเผชิญชีวิตจริงในแต่ละวัน ทำให้มีความต้องการที่จะนำบางส่วนของตนเองที่สูญเสียไปกลับคืนมา และหรือต้องการเปลี่ยนแปลงบางอย่างในตัวเอง และเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงจะนำไปสู่ชีวิตที่ดี ซึ่งพบว่าหนึ่งในแนวทางที่จะนำไปสู่การหายจากภาวะซึมเศร้า คือ การเปลี่ยนแปลงในตนเอง (Transformed self)

**2. รู้จักและเข้าใจตนเอง** เป็นประสบการณ์สำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลพ้นหายจากภาวะซึมเศร้าอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวี เผ่ากันทรากร (2548) เรื่องภาวะซึมเศร้า: ประสบการณ์จุมทุกข์-พันทุกข์ของผู้หญิงอีสาน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการหายจากภาวะซึมเศร้าอย่างยั่งยืน ได้แก่ การตระหนักรู้ถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหา มุ่งแก้ไขที่ตนเองมากกว่าเปลี่ยนแปลงสิ่งอื่น และปรับเปลี่ยนความคิดและมุมมองชีวิต จนเกิดการตระหนักรู้ถึงที่มาของปัญหาและเข้าใจตัวตน จนหลุดพ้นจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งการรู้จักตนเอง หรือการตระหนักรู้ในตนเอง (Insight) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง การตระหนักรู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า รู้ข้อดีข้อเสียของตนเอง เข้าใจและยอมรับรูปแบบความคิดของตนเอง รู้ว่าการจัดการกับอาการซึมเศร้าต้องเริ่มที่ตนเอง หลังจากที่ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจรู้จักตนเองแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงวิชาการของแคปแลน แซดอค และเกรบ (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994) ที่กล่าวว่า การรู้จักตนเองแบ่งออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ 1) ปฏิเสธความผิดปกติหรือความเจ็บป่วย 2) พอจะทราบว่าคุณสมบัติผิดปกติที่ต้องรับการรักษา แต่ไม่ยินดีที่จะรักษา 3) ทราบว่าตนเองผิดปกติ แต่โทษว่าเป็นจากสิ่งต่างๆ นอกตัว 4) คิดว่าความผิดปกติเป็นจากปัญหาบางประการในตนเอง แต่ไม่ทราบว่าเป็นปัญหาอะไร 5) ยอมรับว่าผิดปกติหรือ



เจ็บป่วย และอาการ หรือความบกพร่องต่างๆ เป็นมาจากความผิดปกติเหล่านี้ของตน แต่ไม่ได้นำสิ่งที่ตนรู้นี้มาใช้ในการแก้ปัญหา (Intellectual insight) และ 6) ตระหนักรู้อย่างแจ่มแจ้งถึงสิ่งที่ปัญหา หรือความผิดปกติของตนเอง (True emotional insight) ซึ่งในผู้ที่ฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าจะมีการตระหนักรู้ในระดับที่ 6 ซึ่งส่งผลให้เกิดการปรับตัวแก้ไขตนเองกระทั่งนำไปสู่การฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าได้

**3.ยอมรับการรักษา** ผลการศึกษาสะท้อนว่า การที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการเข้ารับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ยอมรับประดานยาต้านเศร้าและยาคลายกังวลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการบำบัดรักษาทางจิตสังคม เพราะเชื่อว่าการเข้ารับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกของการเจ็บป่วยจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า เพราะสาเหตุหลักของการเกิดโรคซึมเศร้า เกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ การลดต่ำลงผิดปกติของสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin) โดปามีน (Dopamine) และนอร์อิพิเนพริน (Norepineprine) ซึ่งการรับประทานยาต้านเศร้าจะช่วยปรับสมดุลของสารเคมีในสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีความสมดุลทางอารมณ์ (Spoelhof, Davis and Licari, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทินกร วงศ์ปาริณย์ (2555) เรื่องผลการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล: การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อติดตามผลการรักษาในอาสาสมัครที่ได้รับการวินิจฉัย โรคซึมเศร้าในอาสาสมัครจำนวน 370 รายที่มารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล 11 แห่งทั่วประเทศ และได้รับการติดตามผลการรักษาเพื่อประเมินทุก 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า อัตราการตอบสนองต่อการรักษา (response) พบอัตราหายขาด (remission) ร้อยละ 60 ตอบสนองบางส่วน (partial remission) ร้อยละ 57.3 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (non response) ร้อยละ 22.9 โดยผู้ป่วยร้อยละ 66 หายภายใน 3 เดือน ซึ่งสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายขาดได้

**4. พึ่งพิงสิ่งสนับสนุนทางสังคม** ผลการศึกษาแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ครอบครัวเป็นสิ่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากเส้นทางสู่การฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า (Recovery from depression) นั้นเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากและยาวนาน เศร้า ทุกข์ทรมานและเปลี่ยนแปลงย้อนกลับไปได้ (Dennis & Kadri, 2012) อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสมองส่วนหน้า ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ป่วยจะไม่สนใจดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ จึงเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย (Chen, Hamilton, & Gotlib, 2010) มีความพร้อมของการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความพร้อมในการดูแลสุขภาพอนามัย การทำหน้าที่ที่ทำงาน ซึ่งเป็นผลมาจากอารมณ์ที่เศร้ามาก และระยะเวลาของอารมณ์เศร้าที่ยาวนาน ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคุณลักษณะของผู้ดูแลตามความต้องการของผู้สูงอายุของอภิชาติ รอดสม จุรีรัตน์ กิจสมพร และจตุรรัตน์ ห้าวหาญ (2558) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96 ต้องการผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว หรือหากจำเป็นต้องจ้างผู้ดูแลก็มีความต้องการจ้างเป็นครั้งคราวตามความจำเป็นเท่านั้น ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นกำลังหลัก หรือเป็นศูนย์กลางของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นครอบครัว ในฐานะสถาบันหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุไทยนั้น ที่พึ่งพิงสำคัญที่สุด คือ สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บุตรหลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน อาจเป็นสามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง จะรับหน้าที่ในการดูแล และนิยมเรียกว่า ญาติผู้ดูแล (Family caregiver) (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551) ซึ่งนับว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นเครือข่ายการดูแลที่สำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อนำสู่การบรรลุผลสำเร็จสูงสุด คือ การฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ บุคลากรสาธารณสุข เพื่อน และบุคคลในสังคม ก็นับเป็นสิ่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญต่อการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ช่วยให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนสำคัญ หรือบุคคลอื่นในสังคม ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร



และเครื่องมือสิ่งของ บริการ ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการป้องกันความเครียด และส่งเสริมการหายจากอาการซึมเศร้า (Seeherunwong, Bootong, Sindhu, and Nilchaikovit, 2012)

**5. เปลี่ยนความคิดและปรับวิถีชีวิต** ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนความคิดจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแลนซี คริสทีน สตีเวน เอนซา จูดีสธ คาร์เรน และซินเดล (Lance, Christine, Steven, Enza, Judith, Karen, and Zindel, 2017) ที่พบว่า การรักษาภาวะซึมเศร้าโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นการรักษาที่เน้นการแก้ปัญหาที่อาการปัจจุบัน และองค์ประกอบที่ทำให้เกิดปัญหา สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้านั้น ความคิดทางด้านลบเป็นกรอบที่ครอบไว้ ไม่ให้ผู้ป่วยมองปัญหาออก ทำให้แก้ปัญหาไม่ได้ การปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมไม่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคิดแบบมีเหตุผลได้เท่านั้น แต่ยังนำไปสู่เป้าหมายของการรักษาที่ตั้งไว้ คือ การหาข้อสรุปให้กับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการซึมเศร้า และสามารถนำเทคนิคนี้ไปใช้ในการแก้ไขปัญห่อื่นๆ ในชีวิต ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในอนาคตได้ด้วย (Relapse prevention) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของนันทก ชนะพันธ์ (2556) ที่กล่าวว่า การหายจากความซึมเศร้าได้นั้น ตัวผู้ป่วยเองเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดเพราะว่าหากผู้ป่วยยังคงรู้สึกเศร้า จมอยู่กับตัวเอง มีความคิดซ้ำ ๆ อยู่ตลอดเวลา โดยไม่พยายามที่จะลุกขึ้นมาเปลี่ยนแปลงความคิด และพฤติกรรมตัวเอง ถึงแม้จะมีการรักษาดีแค่ไหนก็ไม่สามารถที่จะทำให้เกิดการหายจากภาวะซึมเศร้าได้

**6. ฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า** ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้การหายสอดคล้องกับมุมมองเกี่ยวกับการหายของแพทย์ที่มองการฟื้นหาย (Recovery) ว่าหมายถึง ช่วงเวลาหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการสงบหรือช่วงปราศจากอาการมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง (Remission) และผู้ป่วยปลอดอาการ หรือไม่มีภาวะซึมเศร้าเลยและสามารถ ทำหน้าที่ ทั้งทางด้านการทำงานและการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Seeherunwong, Bootong, Sindhu, and Nilchaikovit, 2012) ซึ่งลักษณะการหายจากภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งออกได้เป็น 6 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ และจิตใจ ไม่รู้สึกกังวล หรือกังวลลดลง รู้สึกสบายใจ ไม่เครียด ใจแจ่มใส อารมณ์ดี ยิ้มได้ ใจแจ่มใส ร้องไห้ลดลง สดใส ร่าเริงสนุกสนาน หัวเราะได้ มีความสุข 2) ด้านร่างกาย นอนหลับได้ดี รับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการทางกาย 3) การมีศักยภาพ ทำงานได้ ทำงานดีขึ้นอยากทำงาน การตัดสินใจดีขึ้น มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้พึ่งพาผู้อื่นลดลง ควบคุมตนเองได้ดีขึ้นกลับไปทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำได้ 4) ด้านสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พูดคุยกับผู้อื่นมากขึ้น เข้าสังคมได้ อยากร่วมกิจกรรมทางสังคม 5) ด้านความคิด มองโลกในแง่ดี มีความคิดที่ดี เปลี่ยนแปลงทัศนคติใหม่ ยอมรับในตัวเอง เข้าใจตัวเอง ไม่คิดมาก ไม่ฟุ้งซ่าน ปล่อยวาง ปลงได้ มองปัญหาว่าเป็นเรื่องธรรมดา และ 6) ด้านจิตวิญญาณ มีความหวัง มีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นว่าจะหาย (Fava, Ruini, & Belaise, 2007; Ridge & Ziebland, 2006; Johnson, Gunn, & Kokanovic, 2009; Peele, 2012)

## ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

### 1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 นำความรู้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล ทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ



1.2 นำความรู้ไปบูรณาการในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ศึกษามีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และได้เรียนรู้แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

1.3 นำความรู้ไปบูรณาการในการบริการวิชาการแก่สังคม เช่น การให้ความรู้แก่ครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้าได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

## 2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมรอบด้าน

2.2 ควรมีการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย เพื่อให้ได้วิธีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะซึมเศร้า

2.3 ควรมีการศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยอื่น เช่น วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ทั้งนี้เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยอื่นอย่างเหมาะสม เพราะแต่ละช่วงวัยจะมีลักษณะเฉพาะของเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

## เอกสารอ้างอิง

ทินกร วงศ์ปการันย์ และคณะ. (2555). ผลการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล: การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า. รายงานวิจัย.

นริสา วงศ์พนารักษ์. และสายสมรเฉลิมกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 15(3): 24-31.

นุศรา วรรักษ์ตราทร. (2547). ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2556). การฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร. 6(1): 19-33.

วิภาวี เผ่ากันทรากกร. (2548). ภาวะซึมเศร้า: ประสบการณ์จมทุกข์-พ้นทุกข์ของผู้หญิงอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2551). ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. เอกสารประกอบการประชุมเวทีระดมความคิดเห็นต่อประเด็นนโยบาย เรื่อง “ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ” วันที่ 30 ตุลาคม 2551 ณ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

ศิริพร จิรวัดณ์กุล. (2555). การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภักดิ์ ออฟเซ็ต.

สายฝน เอกวารงกูร. (2557). รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ส.เอเชียเพลส (1989). จำกัด.



- สุทธนันท์ ชุ่มแจ่ม โสภิน แสงอ่อน และทัศน ทวีคุณ. (2554). การสำรวจรายงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย, *วารสารรามธิบดีพยาบาลสาร*, 17(3) 421-428.
- อภิชาติ รอดสม จุรีรัตน์ กิจสมพรและจุรีรัตน์ ท้าวหาญ.(2558). การศึกษาคุณลักษณะของผู้ดูแลตามความต้องการของผู้สูงอายุ, *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(2) 122-131.
- Cahoon, C.G. (2012). "Depression in Older Adults". *The American Journal of Nursing* 112(11), 23-30.
- Chen MC., Hamilton JP., Gotlib IH. (2010). Decreased hippocampal volume in healthy girls at risk of depression. *Archives of general psychiatry*. 67(1), 270–276.
- Chernomas WM. (1997). Experiencing depression: women's perspectives in recovery. *Journal Psychiatric Mental Health Nurse*, 33(4), 393-400
- Dennis, M., Kadri, A. & Coffey, J. (2012). **Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments.** *Age Ageing*, 41, 148–154.
- Fava GA., Ruini C., & Belaise C. (2007). The concept of recovery in major depression. *Psychological Med.* 37(1), 307-17.
- Johnson C., & Gunn J. (2009). Kokanovic R. Depression recovery from the primary care patient's perspective: "hear it in my voice and see it in my eyes". *Mental Health Family Med.* 6(3): 49-55.
- Karp JF, Skidmore E, Lotz M, Lenze E, Dew MA, & Reynolds CF. (2009). Use of the late-life function and disability instrument to assess disability in major depression. *Journal of American Geriatrics Society*, 57, 1612-1619.
- Kaplan HI, Sadock BJ, & Grebb JA. (1994). Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry. (7<sup>th</sup> ed.). Williams and Wilkins: Baltimore.
- Lance, L. H., Christine, A. P., Steven, D. H., Enza, M., Judith, M. L., Karen, B., and Zindel, V. S. (2017). Cognitive-Behavioral Therapy for Depression Using Mind Over Mood: CBT Skill Use and Differential Symptom Alleviation. *Science Direct*, 48(2), 29–44.
- Peele S. (2012). **The meaning of recovery has changed, You just don't know It.** Retrieved September 8, 2016 from <http://www.psychologytoday.com/blog/addiction-in-society/201202/the-meaning-recovery-has-changed-you-just-dont-now-it>.
- Ridge D., Ziebland S. (2006). "The old me could never have done that": how people give meaning to recovery following depression. *Qual Health Res.* 16(3), 1038-53.
- Seeherunwong, Bootong, Sindhu, and Nilchaikovit, (2012). Self-regaining from loss of self: A substantive theory of recovering from depression of middle – age Thai women. *Thai Journal of Nursing Research*, 6(4), 186-199.
- Spoelhof, G. D., Davis, G. L. & Licari A. (2011). Clinical vignettes in geriatric depression. *American Family Physician*, 84, 1149–1154.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2003). **Qualitative Research in nursing: Advancing the humanistic Imperative.** (2<sup>nd</sup> edition). Philadelphia: Lippincot.



Unsworth, E. (1991). **Perspective on the process of recovery from depression by older adult client: A Grounded theory study.** Master' thesis. The University of British Columbia, Columbia.

World Health Organization. (2017). **Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates.** Geneva: WHO Document Production Services.