



Perceptions and dealing with depression among 4 villagers of Isaan Region

Siriporn Chirawatkul, Ph.D. Somporn Rungreonkulkij, Ph.D.*
Jaroonsri Meenongwak, M.Sc.* Wachanee Hatapanom, B.Ns.*
Prasobsook Srisangpang, M.Sc.* Utaitip Junpen, M.A.*
Suwadee Sriwisej, B.Ns.** Pisamai Rutanadej, M.P.H.***
Jintana Poumeesuk, M.Ns.*** Teerapa Thanee, M.Ed.****
Supranee Rountam, M.Ed.******

Abstract

Objective This study aimed to present perceptions and dealing with depression in a cultural context of Isaan.

Materials and methods A qualitative study was employed with 325 key informants from 4 villages of Khonkaen and Yasothon province. Data were collected by using focus group discussions, in-depth interviews and observations. Data were analyzed by using content analysis and thematic analysis.

Results The findings indicated that Isaan people conveyed depression and depressive disorders through verbal and non-verbal communication, some of adult who could read and write have heard about depressive disorders from mass medias, all aged group were vulnerable to get depressive disorders but women and elderly were at risk, and depression was regarded a personal issue that could be solved with in a family by having activities that they could forget their problems or causes of suffering.

Conclusion These findings suggested that it is necessary to change a people's perspective toward depression and depressive disorders from personal to public issue because their consequences affect to a community well-being.

Key words : depression, Isaan, perception

* Faculty of Nursing Khonkaen University

** Khonkaenrajnakarind Psychiatric Hospital

*** Yasothon Provincial Health Office

**** Praseemahapo Hospital

***** Yasothon Province Hospital

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความสำคัญกับโรคซึมเศร้ามาก เนื่องจากมีรายงานว่ามีประชากรโลกป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้ WHO คาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะเลื่อนอันดับจากลำดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นลำดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 โดยในปี ค.ศ. 1997 พบว่าโรคซึมเศร้ามีความชุกตลอดชีพ (life time prevalence) ประมาณร้อยละ 15 และสำหรับเพศหญิงอาจสูงถึงร้อยละ 25¹ จากความสำคัญดังกล่าวทำให้หลายประเทศดำเนินการศึกษาทางระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าซึ่งพบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าในแต่ละประเทศแตกต่างกัน นอกจากนี้ในประเทศเดียวกันก็มีความแตกต่างกันในระหว่างเขตเมือง กับเขตชนบทด้วย²⁻⁵ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้นจากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชของไทยในปี 2546 ความชุกของ major depressive disorder เป็นร้อยละ 3.2 และความชุกในผู้หญิงร้อยละ 3.98 ในผู้ชาย ร้อยละ 2.47 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคมากที่สุด⁶ และการเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วย และการบาดเจ็บ 135 ประเภท ระบุว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years หรือ DALYs) สูงที่สุด และเมื่อคำนวณจำนวนปีที่สูญเสียไปจากความพิการ และการเจ็บป่วย (Years Live with Disability หรือ YLD)

พบว่าโรคซึมเศร้าทำให้เกิดการสูญเสียเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิง และอันดับ 3 ในผู้ชาย⁷

จากองค์ความรู้ที่ปรากฏในปัจจุบันสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร่ายังไม่สามารถระบุได้แน่ชัดนักพบที่มีความสัมพันธ์กับการลด-เพิ่ม ของสารสื่อประสาทในสมองนั้นมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การทำงานร่วมกันของกรรมพันธุ์กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมก็เป็นอีกสาเหตุหลักของการทำให้บุคคลเป็นโรคซึมเศร้าได้ การป้องกันโรคนั้นสามารถทำได้โดยการป้องกันการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง และการกำจัดปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้บุคคลป่วยเป็นโรคซึมเศร้า การศึกษาครั้งนี้เป็นระยะแรกของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาวิถี และเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงในสังคมอีสาน โดยที่บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้การเกิดภาวะซึมเศร้า ตลอดจนวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ⁸ ที่มีสาระสำคัญดังนี้

สถานที่ศึกษา

จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดยโสธรเป็นจังหวัดที่ต้องการพัฒนางานป้องกันโรคซึมเศร้าอย่างชัดเจน และผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข

ของจังหวัดมีความพร้อมในการสนับสนุนงานวิจัยอย่างเต็มที่ มีเกณฑ์ในการเลือกหมู่บ้านคือเป็นหมู่บ้านที่มีประชาชนส่วนใหญ่เป็นชาวอีสาน โดยกำเนิด และก่อตั้งมานานกว่า 100 ปี มีลักษณะที่สามารถเป็นตัวแทนของวิถีชีวิตของคนทั้ง 2 จังหวัดได้ และสามารถเข้าถึงได้อย่างปลอดภัย ผลจากการพิจารณาร่วมกันของผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบพื้นที่จึงเลือกได้ 4 หมู่บ้าน คือ หมู่บ้านศรีฐาน หมู่ 1 และ หมู่ 4 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นเป็นชุมชนเมืองอยู่ติดกับใจกลางเมืองขอนแก่น บ้านเชียงหวาง หมู่ 5 และ หมู่ 9 อำเภอเมือง จังหวัดยโสธรเป็นหมู่บ้านชนเมืองที่อยู่ห่างจากใจกลางเมืองยโสธรประมาณ 12 กิโลเมตร บ้านหัววัว หมู่ 2 หมู่ 9 และหมู่ 14 อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร เป็นหมู่บ้านชนบทอยู่ห่างจากใจกลางเมืองยโสธรประมาณ 48 กิโลเมตร และบ้านหนองมะเขือ หมู่ 2 กิ่งอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่นเป็นหมู่บ้านชนบทกลางทุ่งนา และไร่มันสำปะหลัง ห่างจากใจกลางเมืองขอนแก่นประมาณ 80 กิโลเมตร

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้นำในชุมชน คือ พระสงฆ์ ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แกนนำเยาวชน และแกนนำสตรี เนื่องจากเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและมีความรู้ความเข้าใจสภาพชุมชนเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นผู้ที่มีอิทธิพลทางด้านความคิดต่อชุมชนจากนั้นจึงใช้วิธีเลือกเชิงทฤษฎี (Theoretical sampling) ไปยังหญิง ชาย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนที่ศึกษาโดยที่การเลือกแบบเปิดกว้างโดยไม่ระบุคุณสมบัติเฉพาะก่อน เมื่อมีข้อมูลชี้ไปในทิศทางใดที่เป็นข้อมูลใหม่ก็ใช้วิธีบอกต่อ (snow ball) เสาะหาผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติเฉพาะในประเด็นนั้นๆ ต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลหลักที่ทำให้ข้อมูลอิ่มตัวทั้งหมด 325 คน จาก 4 หมู่บ้าน (ตารางที่ 1) โดยแบ่งเป็นกลุ่มแกนนำชาย 31 คน และหญิง 28 คน กลุ่มประชาชนทั่วไป ชาย และหญิง กลุ่มละ 133 คน กลุ่มอายุ 15-25 ปี 73 คน 26-59 ปี 101 คน และ 60 ปีขึ้นไป 92 คน

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามสถานที่ศึกษา และกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	หมู่บ้าน		ศรีฐาน		เชียงใหม่		หัวงัว		หนองมะเจือ		รวม
	n	%	n	%	n	%	n	%			
ผู้นำ/แกนนำ											
หญิง	20	24.5	3	4.6	2	2.9	3	2.7	28		
ชาย	3	3.6	12	13.4	10	14.4	6	3.4	31		
รวม	23		15		12		9		59		
ประชาชนกลุ่มอายุต่างๆ											
หญิง											
15-25 ปี	3	3.6	8	12.3	8	11.5	13	11.8	32		
26-59 ปี	10	12.2	10	15.3	10	14.4	18	16.3	48		
60 ปีขึ้นไป	18	21.9	8	12.3	11	15.9	16	14.5	53		
รวม	31		26		29		47		133		
ชาย											
15-25 ปี	8	9.7	8	12.3	8	11.5	17	16.1	41		
26-59 ปี	16	19.5	8	12.3	9	13.0	20	18.2	53		
60 ปีขึ้นไป	4	4.8	8	12.3	11	15.9	16	14.5	39		
รวม	28		24		28		53		133		
รวมทั้งสิ้น	82		65		69		109		325		

วิธีการเก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มิถุนายน 2549 โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูล 3 วิธี

การสังเกต และบันทึกภาคสนาม

ตลอดช่วงระยะเวลาของการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้จดบันทึกการสังเกตบริบทของสถานที่

ศึกษา ผู้ให้ข้อมูล และทำบันทึกภาคสนามทุกครั้ง ที่เข้าพื้นที่สถานที่ศึกษา

การสนทนากลุ่ม

เพื่อเปิดประเด็นศึกษา สร้างความคุ้นเคยระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล และนำเข้าสู่ประเด็นที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ร่วมสนทนาต่อการดำเนินชีวิตของคนในหมู่บ้าน

ทุกข์-สุข และความเข้าใจในเรื่องของภาวะซึมเศร้า กับโรคซึมเศร้า โดยมีการสนทนากลุ่มจำนวนทั้งสิ้น 38 กลุ่ม กลุ่มละ 8-12 คน ใน 4 หมู่บ้าน มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 297 คน แยกกลุ่มตามเพศ วัย และสถานะทางสังคม โดยบ้านศรีฐาน 11 กลุ่ม บ้านเชียงหวาง 7 กลุ่ม บ้านห้วยวัว 7 กลุ่ม บ้านหนองมะเขือ 13 กลุ่ม

การสัมภาษณ์เชิงลึก

สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแหล่งข้อมูลเฉพาะเรื่อง หรือเป็นผู้มีประสบการณ์เฉพาะที่อธิบายเรื่องราว หรือปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น คือ ผู้ที่ถูกระบุว่าเคยผ่านวิกฤตการณ์ในชีวิต (เช่น หนี้สินมาก ครอบครัแตกแยก มีคนในครอบครัวฆ่าตัวตาย) ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และบุคคลแกนนำที่แสดงความสนใจในงานสุขภาพจิตเป็นพิเศษ รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 28 คน (บ้านศรีฐาน 6 คน บ้านเชียงหวาง 5 คน บ้านห้วยวัว 12 คน บ้านหนองมะเขือ 5 คน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) โดยวิเคราะห์ไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนโดยย่อคือ วิเคราะห์และจัดระบบข้อมูล และแยกหมวดหมู่ของข้อมูล โดยเริ่มจากการให้ดัชนีข้อมูลเชิงคุณภาพแล้วจัดกลุ่มดัชนีสร้างเป็นประเด็นย่อย

จากนั้นรวมกลุ่มประเด็นย่อยขึ้นมาเป็นประเด็นหลัก โดยใช้เทคนิคการทำแผนที่ความคิด (mind mapping) และเอาดัชนีมาลงตาราง matrix เพื่อดูการกระจาย และความหนาแน่นของดัชนี เพื่อสร้างสมมติฐานชั่วคราว และหาหลักฐานมาอธิบายเพิ่มเติมให้รหัสการอ้างอิงที่เป็นหลักฐานถึงดัชนีต่างๆ ดีความข้อมูล และนำประเด็นที่ได้จากการตีความไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าผู้วิจัยไม่ได้ตีความผิดไปจากความเป็นจริงที่ปรากฏจากข้อมูล และสร้างข้อสรุป คณะผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 ทีม คือ ทีมจังหวัดขอนแก่น และทีมจังหวัดยโสธร ทั้งนี้ นักวิจัยทุกคนเป็นคนในพื้นที่มีความรู้ ความเข้าใจ ภาษาท้องถิ่น และมีประสบการณ์การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีการร่วมประชุมปรึกษากันเป็นระยะเพื่อตรวจสอบซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านของแนวคิด วิธีการ และการตีความข้อมูล

ผล

มีแก่นสาระสำคัญ 4 ประการ ซึ่งแสดงถึงการรับรู้และการจัดการกับภาวะซึมเศร้าผ่านภาษาพูด ภาษาท่าทาง และประสบการณ์ของคนในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสานที่ร่วมในการศึกษา ดังต่อไปนี้

การรับรู้ภาวะซึมเศร้า ผ่านภาษา

จากการศึกษาพบว่าภาษาที่ใช้สื่อภาวะซึมเศร้า มี 2 แบบ ได้แก่ ภาษาพูดสำนวนอีสาน และภาษาท่าทาง หรืออวัจนภาษา (non-verbal

communication) ภาษาพูดที่ถูกเอ่ยถึงซ้ำ ๆ คือ กดดัน ซึม เหงา หงอย เครียด ซึ่เรียด คิดมาก คิดไม่ออก และอุกอ้ง ส่วนคำว่าเศร้า หรือ ซึมเศร้า ไม่เอ่ยถึงมากนักเนื่องจากไม่ใช่ภาษาที่ใช้ประจำ มีข้อน่าสังเกตว่าคำว่าเครียด กดดัน และ ซึ่เรียด ซึ่งถือเป็นคำใหม่ และไม่มีในภาษาอีสาน

เลยได้ถูกเอ่ยถึงมาก คำใหม่เหล่านี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่ารับฟังจากวิทยุ และโทรทัศน์ จนได้รับการยอมรับ และเริ่มเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวันของผู้ให้ข้อมูลหลักใน 4 หมู่บ้านที่ศึกษา ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ซึมเศร้าผมคิดว่าจะเข้าไปทางที่คิดว่าคิดไปใสกะคิดบ่ออก”

“คิดบ่อยากไปไสมาไส คิดไปอยากผูกคอตาย กินยาล้มยาตาย”

“มันเหงา อุกใจ อุกอ้ง อุกเอ้า กลุ้มใจ ปวดหัว เป็นการนั่งชันเข่า หน้าตาไม่เบิกบาน บ่ชื่น ทรงโศกทรงเศร้า บ่ม่วน”

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เคยเห็นคนซึมเศร้า และเคยได้ยินเรื่องโรคซึมเศร้าได้กล่าวถึงการแสดงออกของคนซึมเศร้า ด้วยการแสดงออกทางใบหน้า ท่าทาง อารมณ์ และกิริยา เช่น

สีหน้าหม่นหมอง ยิ้มเศร้าๆ อารมณ์แปรปรวน อยากอยู่คนเดียว หรืออยู่เฉยๆ เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“หน้าสีหม่นหมอง บ่อยากยิ้มอยากแหม่มใส่ผู้อื่น บ่ม่วน เพิ่นเว้าหัว (พูดคุยสนทนา) กันแตกวีนๆ อยู่ กะหัว (หัวเราะ) กับเพิ่นบ่ได้ หัวกะหัวไปชำนัน (อย่างนั่นเอง) หละ หัวหน้าแห้งไปชำนัน”

“โรคซึมเศร้าจะเครียด และชอบอยู่คนเดียว อารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี่ยวร้าย”

“เป็นซึมๆ เป็นบ่อยากปาก (ไม่อยากคุย) บ่อยากเว้ากันกับผู้ใด อยากอยู่จ้งสัน (อยู่อย่างนั้น)”

“ก่อนจะไปผูกคอตาย เขาก็บอกแต่เราไม่สนใจ (ฟัง) เฉยๆ เขานั่งเฉยๆ ไม่พูดไม่จา บอกอยากตายเราก็ไม่คิดอะไรมาก คนนั้นนั่งกอดเข้าเราถาม 3-4 คำ จะตอบอยู่ 1 คำ”

“เป็นการเบื่อหน่าย ท้อแท้ นั่งกอดเข้า มันแสดงให้เห็นว่าอูก อุกอ้ง หาทางออกไม่ได้ เป็นโรคเครียด โรคซึมเศร้า”

นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนได้
จำแนกความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าที่ปกติ
คือเป็นบางโอกาสหรือเกี่ยวข้องกับปัญหา

เฉพาะหน้าที่สั้นๆ และผิดปกติ คือเป็นตลอด
ไปหรือมีทุกข์ที่เป็นปัญหาระยะยาว ซึ่งถือว่าผิด
ปกติไว้ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“มันจะเป็นแบบนี้ครับความซึมเศร้าไอ้พวกนี้มันจะเป็นบางโอกาสครับ มันเป็นบาง
ลักษณะไม่ใช่ว่าเป็นตลอดไป ถ้าจะเป็นตลอดไปมันจะเป็นโรคจิตไปแล้ว
พวกนี้จิตเวชเขาเอาไปรักษาได้ ถ้าซึมเศร้าอยู่ตลอดนี่เขาจะว่าเป็นโรคจิต”
“แยก 2 อย่างระหว่างความทุกข์ ซึมเศร้า ทุกข์เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพอจ่ายไหม
ทุกข์เป็นเรื่องสั้นๆ สำหรับโรคซึมเศร้า เป็นปัญหายาวๆไปข้างหน้า หมดหวัง
หมดไฟเป็นไปไม่ได้”

ผู้ให้ข้อมูลหลักคนหนึ่งได้กล่าวถึงคน
เป็นโรคซึมเศร้าว่าเป็น “ผู้ที่นั่งลึ้ม คิดลึ้ม บ่
สนใจผู้ใด” ซึ่งหมายถึงคนที่นั่งอยู่กับที่นานๆ ไม่
กิน ไม่นอน ไม่อยากทำอะไร คิดหมกมุ่น ไม่
สนใจผู้คนสิ่งแวดล้อมซึ่งคำพูดดังกล่าวได้
แสดงลักษณะเด่นของอาการซึมเศร้าที่ผิดปกติ
ได้เป็นอย่างดี และเมื่อได้นำวลีดังกล่าวไปตรวจ
สอบกับผู้ให้ข้อมูลหลักอื่นๆ พบว่าผู้ให้ข้อมูล
หลักมีความเห็น และเข้าใจตรงกันว่าคนที่มี
พฤติกรรมเช่นนี้เป็นคนที่มีความทุกข์เศร้าใจมาก

การรับรู้ภาวะซึมเศร้า: มีเพียงคน
วัยผู้ใหญ่ส่วนหนึ่งเท่านั้นที่รู้จัก

ในจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดนั้น
คนวัยผู้ใหญ่ (26-59 ปี) ที่เคยมีประสบการณ์
ได้ยินเรื่องภาวะซึมเศร้า และได้ยินชื่อโรคซึมเศร้า
หรือได้พบเห็นคนที่มีอาการที่ตนเองเข้าใจว่าเป็น
โรคซึมเศร้า ส่วนวัยรุ่น และผู้สูงอายุส่วนใหญ่
ไม่เคยได้ยินมาก่อน กลุ่มคนวัยผู้ใหญ่ ที่รู้จัก
โรคซึมเศร้านั้นส่วนใหญ่ระบุว่ารู้จากสื่อสิ่งพิมพ์
วิทยุ โทรทัศน์ และบุคลากรสุขภาพ ดังตัวอย่าง
คำพูดต่อไปนี้

“เคยอ่านหนังสือเจอ คิดว่าเป็นโรคที่เกิดเมื่ออยู่คนเดียวหมดหวังผิดหวัง
มักเกิดกับผู้สูงอายุ เป็นคนที่ไม่ค่อยพูด ใจไม่เข้มแข็ง รับสภาพอะไรไม่ค่อยได้”
“ได้ยินเขาพูดในโทรทัศน์มันก็ซึมไม่พูดไม่จา ถามไม่ตอบไม่พูดความในใจให้เพื่อนฟัง
ไม่ระบายออก ไม่คบเพื่อนอยู่แต่ในห้อง เก็บตัวเองไว้ โรคซึมเศร้า”
“ซึมเศร้า แล้วฆ่าตัวตาย ข่าวนอกข่าวทีวี ตกลงาน ผูกคอตาย”
“ก็เคยได้ยินแต่ก่อนมั้พูดว่าคนที่ซึมเศร้าไม่อยากให้คิดมากไม่อยากให้อยู่คนเดียว
กลัวเป็นบ้าทำร้ายตัวเอง ให้พยายามไปหาเพื่อน”

นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลหลักวัยผู้ใหญ่ที่รู้จักโรคซึมเศร้าได้ระบุสาเหตุของคนซึมเศร้ามี 5 สาเหตุ คือ เศรษฐกิจ (เป็นหนี้) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (ไม่อบอุ่น) ผิดหวัง การงาน ไม่สำเร็จ และเจ็บป่วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักดังกล่าวระบุว่าสาเหตุทั้งหมดนั้นเป็นที่มาของความอยู่ดีมีสุขของบุคคล และครอบครัว

การรับรู้ภาวะซึมเศร้า: ทุกเพศ ทุกวัยซึมเศร้าได้ แต่ผู้หญิงและคนสูงอายุเป็นมากกว่า

ผู้ให้ข้อมูลหลักที่กล่าวว่ารู้จักภาวะซึมเศร้าได้ตั้งข้อสังเกตจากประสบการณ์ของตนว่า คนทุกวัยทั้งผู้หญิง และผู้ชายมีโอกาสซึมเศร้าได้ทั้งสิ้น ถ้าครอบครัวขาดความอบอุ่น หรือมีปัญหาทำให้ผิดหวัง ทุกข์ใจ เสียใจ นอกจากนั้นยังเห็นว่าผู้หญิง และคนสูงอายุ มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกหลานให้เกื้อหนุนดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ผู้สูงอายุที่อยู่เฝ้าบ้าน จะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่เกิดความทุกข์ใจมากกว่ากลุ่มอื่นๆ เพราะไม่ค่อยได้รับการดูแลจากลูกหลาน”

“ซึมเศร้าที่เคยได้ยินมาจะเกิดกับคนแก่ ลูกหลานไม่อยู่ด้วย คนแก่จะเกิดอารมณ์เศร้า คนแก่ต้องมีที่พึ่ง ถ้าไม่มีแล้วจะเครียดแบบเศร้าๆ”

“ผู้หญิง คิดมาก ใจอ่อน เสร้ง่ายเวลามีเรื่องทุกข์ ผู้หญิงจะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย”

เป็นที่น่าสังเกตว่าการรับรู้คนเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าของผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้เกี่ยวข้องกับกรณีสังคมนอกบ้านและการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้นไม่มีการกล่าวถึงเรื่องความสูญเสียอย่างชัดเจน

การจัดการภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องส่วนตัว ต้องช่วยกันเองในครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้า มาจากความทุกข์ของครอบครัวด้านค่าใช้จ่าย การเจ็บป่วยและปัญหาการดื่มสุราของ

คนในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบางครอบครัว ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคนในครอบครัวโดยรอบ นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการเรื่องซึมเศร้าถือเป็นเรื่องส่วนตัวที่คนนอกครอบครัวจะหลีกเลี่ยงไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยว นอกจากจะได้รับการร้องขอคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือโดยเห็นว่าการจัดการต่อภาวะซึมเศร้า นั้นตนเองต้องรับผิดชอบของตนเองก่อน และมีคนในครอบครัวช่วยเหลือ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เกี่ยวกับความทุกข์ จากการใช้จ่ายไม่เพียงพอ อารมณ์ไม่เหมาะสม
ทำให้เหงาเป็นโรคซึมเศร้า”
“ไม่มีเงิน ครอบครัวไม่สมประกอบ กดดันในชีวิต คิดเหว้า มีโรคประจำตัว
บางครั้งทำให้คิดอยากตาย”
“เกิดจากสิ่งที่หวังแล้วไม่สมหวัง ทำให้ท้อแท้ และเกิดโรคซึมเศร้า”
“ความไม่สบาย เจ็บป่วย คนในครอบครัวป่วย ทำให้คิดมากทั้งบ้าน
ทั้งเป็นหนี้สินกลายเป็นซึมเศร้า เศร้าทั้งบ้าน”
“คิดว่าต้องเป็นหน้าที่ของตัวเองเองต้องแก้ไขด้วยตัวเองก่อน”
“แต่คนที่ช่วยเหลือได้ดีที่สุดน่าจะเป็นคนในครอบครัว ญาติพี่น้องอันดับแรก
ถ้าดู ดูแล้วอาการเป็นมากๆ ก็แนะนำไปหาหมอ ไปจิตเวช”

ส่วนวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้า โดยการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ลืมเรื่องที่ทำให้ทุกข์ใจ เช่นการทำบุญ การทำงาน การไปเที่ยว การพูดคุยกับเพื่อน การดื่มสุรา และการอยู่เฉยๆ ทั้งนี้ พบว่าวัยรุ่นชายใช้วิธีการ

เที่ยวเตร่ ดื่มสุรามากที่สุด วัยรุ่นหญิงใช้วิธีการพูดคุย ฟังเพลงมากกว่าวิธีอื่น ผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ขึ้นไปใช้ธรรม การปลง และพูดคุย ส่วนผู้ชายเน้นไปทางการทำงาน และดื่มสุรา ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ได้ทำบุญ ทำทาน ที่ฟังทางจิตใจ ทำให้มีทางออก ได้พูดคุยสังสรรค์”
“ระบายไม่รู้จะระบายกับใคร เห็นเพื่อนนั่งกินเหล้า พี่น้องกินเหล้าก็เ็นมา
เขาก็สนุกสนานกัน มันก็เลยคลายเศร้าไป”
“เปิดเพลงฟัง ดูโทรทัศน์ คุยกับเพื่อนบ้าน”

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ได้แยกแยะภาษาที่ใช้สื่อความแตกต่างของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าไว้อย่างชัดเจน แต่วลี “นั่งลืม คิดลืม บ่สนใจผู้ใด” ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักรับรู้ซึ่งหมายถึงคนที่แทบจะไม่ยับตัวไปไหน

เชื่องช้า ไม่กินไม่นอน (นั่งลืม) เหม่อลอย คิดฟุ้งซ่าน คิดอะไรไม่ออก คิดช้าๆ (คิดลืม) ไม่กระตือรือร้น เฉื่อยชา ขาดความสนใจผู้คน สิ่งรอบข้าง (บ่สนใจผู้ใด) ก็สามารถสะท้อนพฤติกรรมของผู้ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าตามนิยามทางจิตเวชศาสตร์⁹ ดังนั้นการใช้วลี “นั่ง

ลืมน คิดลืมน บ่สนใจผู้ใด” สำหรับสื่อให้ชาวอีสานใช้เผื่อระวังการเป็นโรคซึมเศร้าได้

มีคนวัยผู้ใหญ่จำนวนหนึ่งเท่านั้นที่เคยได้ยินเรื่องโรคซึมเศร้า และแหล่งข้อมูลก็คือสื่อทั่วไป และจากการเข้าร่วมอบรมกับบุคลากรสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าที่เผยแพร่ในปัจจุบันนั้น เผยแพร่ในเนื้อหาเชิงวิชาการด้วยภาษากลาง ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ รายการวิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต มีคนวัยผู้ใหญ่จำนวนหนึ่งที่อ่านออกเขียนได้ มีความสนใจพิเศษ และเข้าถึงสื่อดังกล่าวได้ สำหรับวัยรุ่นส่วนใหญ่สนใจความบันเทิงมากกว่า และคนสูงอายุมีโอกาสเข้าถึงสื่อและสาระยากจะไม่สามารถรับรู้เรื่องโรคซึมเศร้าได้หากไม่มีประสบการณ์ตรง

การรับรู้และการจัดการภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตนั้น มีข้อสังเกตว่า ถึงแม้ว่าวิถีชีวิตของชาวบ้านหมู่บ้านศรีฐานจะเป็นแบบชุมชนในสังคมเมืองที่ชาวบ้านส่วนใหญ่รู้จักกันและไปมาหาสู่กันเสมอ แต่ความจำเป็นในการดำเนินชีวิตที่ต้องหาเงิน เลี้ยงชีพทำให้แต่ละคนอยู่กับตัวเองมากขึ้น ห่างเหินคนอื่น ๆ แม้แต่คนในครอบครัว เช่นเดียวกับชาวบ้านหมู่บ้านเชียงหวางที่แม้ว่าจะไม่ใช่คนเมืองเต็มตัว แต่วิถีชีวิตของชาวบ้านส่วนใหญ่มีแนวโน้มแบบคนเมืองเช่นเดียวกับชาวบ้านหมู่บ้านศรีฐาน วิถีชีวิตเช่นนี้ทำให้คนในวัยรุ่นแยกตัวออกจากวัยอื่นๆ และมุ่งที่การหาความสุข สนุกสนาน และเครียดจากการไม่สามารถทำเงินมาสนองความต้องการของตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้ระบุ

ชัดเจนว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นชาวอีสานกลุ่มหนึ่งรับรู้ภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าอยู่ในพื้นที่ส่วนตัว ซึ่งแต่ละคนต้องรับผิดชอบ แก้ไขปัญหาตัวเอง หรือเป็นพื้นที่ส่วนตัว ภายในครอบครัวที่แต่ละครอบครัวต้องช่วยกันเอง แต่ขณะเดียวกันโรคซึมเศร้าได้อยู่ในพื้นที่สาธารณะในแง่ที่เป็นโรคที่ทำให้เกิดความสูญเสีย และมีผลต่อความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว และสังคม¹⁰⁻¹¹

จากข้อค้นพบว่าความซึมเศร้าเป็นเรื่องของบุคคล และเกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขนั้น มีการศึกษาว่าในระดับปัจเจกนั้น ความอยู่ดีมีสุขครอบคลุม 4 ประเด็น คือ ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม การมีอารมณ์ ความรู้สึกในทางลบน้อยหรือไม่บ่อย และการมีความรู้สึกนึกคิดว่าชีวิตมีความหมาย และสามารถบรรลุสิ่งที่หวังไว้¹² ดังนั้นการที่บุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าก็ไม่ทำให้ชีวิตอยู่ดีมีสุขได้ และการอยู่ดีมีสุขนี้ก็สัมพันธ์กับความเป็นสาธารณะ เนื่องจากแนวคิดเรื่องการอยู่ดีมีสุข มีความสัมพันธ์กับการพัฒนา (development) ซึ่งในที่นี้หมายถึง การเติบโต และการขยายตัวเสรีภาพที่จะกระทำ และสามารถที่จะบรรลุได้จริง (functioning) และโอกาสที่จะได้เลือก (capability)¹³ ซึ่งมีการศึกษาในอีสานพบว่าความมั่งคั่ง (ซึ่งเป็นผลงานจากการพัฒนา) มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขโดยรวม¹⁴

แม้ว่าเรื่องความเศร้าจะถูกรับรู้ว่าเป็นเรื่อง “ใกล้ตัว” เพราะไม่ว่าใครก็มีความทุกข์ได้

จากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่ทำให้เสียใจ แต่เรื่องโรคซึมเศร้ากลับเป็นเรื่อง “ไกลตัว” เนื่องจากถูกรับรู้ว่าเป็นเรื่องส่วนตัวที่คนนอกไม่เกี่ยวข้อง ทัศนคติดังกล่าวจึงทำให้คนในครอบครัว และในชุมชนไม่มีการเฝ้าระวัง และยังเป็นปัจจัยแวดล้อมที่ทำให้คนบางกลุ่มมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น เช่น ทำให้ความรุนแรงในครอบครัวถูกละเลย ผู้หญิง และเด็กมีโอกาสดกเป็นเหยื่อของความรุนแรงโดยไม่มีใครกล้าช่วยเหลือ และคนกลุ่มนี้ก็เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าอย่างยิ่ง¹⁵

สรุป

ภาวะซึมเศร้าเป็นปรากฏการณ์ที่ผู้คนใน 4 หมู่บ้านที่ศึกษารับรู้ได้จากการสะท้อนของภาษาพูด และภาษาท่าทาง แต่คำว่าซึมเศร้าไม่ใช่คำที่ใช้ในชีวิตประจำวัน และเป็นคำที่มีนัยในทางลบ จึงไม่สามารถใช้เพื่อสื่อสารเรื่องโรคซึมเศร้าได้ มีวลีที่เป็นภาษาท้องถิ่นว่า “นั่งลึ้ม คืดลึ้ม บ่สนใจผู้ใด” สะท้อนภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางที่จะนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี และควรเผยแพร่เพื่อใช้เป็นสัญญาณเตือนภัยของการเกิดโรคซึมเศร้าได้ว่าเมื่อใดที่สังเกตว่าใครมีพฤติกรรมเช่นนี้จะต้องรีบให้การช่วยเหลือทันที ต้นเหตุของความทุกข์ที่นำไปสู่การ “นั่งลึ้ม คืดลึ้ม บ่สนใจผู้ใด” นั้นถูกรับรู้ว่าเป็น “เรื่องส่วนตัว” ที่แม้แต่ชาวบ้านในชุมชนชนบทที่มีความผูกพันกันในครอบครัว

และชุมชนมาก เช่น ที่บ้านห้วยแก้ว และบ้านหนองมะเขือก็ยังถือว่าถึงจะรู้ว่าทุกข์ก็ไม่ควรเข้าไปเกี่ยวข้อง หากไม่มีการร้องขอ และยิ่งในสังคมเมืองอย่างบ้านศรีฐาน และสังคมกึ่งเมืองเช่นบ้านเชียงหวางนั้น แทบจะถือว่า “ไม่ใช่ธุระ” ดังนั้นการจัดการกับภาวะซึมเศร้าควรพัฒนา กลวิธีส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้าโดยขยายความเป็นพื้นที่ส่วนตัวในระดับบุคคล และครอบครัว เข้าสู่พื้นที่สาธารณะ ให้ชุมชนทั่วไปเข้าใจว่าเป็นเรื่องของสังคมที่ต้องเอาใจใส่ และวิธีการสื่อความเข้าใจนี้ต้องสอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน โดยเน้นที่ปัจเจกบุคคล โดยมีครอบครัวสนับสนุน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนงบประมาณการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. Geneva: World Health Organization; 2004.
2. Hwu HG, Yeh EK, Chang LY. Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by Chinese Diagnostic Interview Schedule. Acta Psych Scand 1989; 79: 139-47.

3. Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psych Psych Epid* 1998; 30: 587-95.
4. ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันชันภา กิติรัตน์ไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง ความชุกของโรคทางจิตเวช: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546; 19-21 พฤษภาคม 2547; ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต; 2546.
5. Wang JL. Rural - urban differences in the prevalence of major depression and association impairment. *Soc Psych Epid* 2004; 39: 19-25.
6. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, รณชัย คงสกันซ์, อัจฉราพร สิริธัญวงศ์, จิรัฏฐ ญัฐรังสี, เกษราภรณ์ เด่นบุปผา และคณะ. โรคซึมเศร้า องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. *อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*; 2549.
7. สุพรรณ ศรีธรรมมา, ปรีดา แต่อารักษ์, ชศ ตีระวัฒนานนท์, ยงเจือ เหล่าศิริถาวร, เจด็จ ธรรมรัชชอารี, พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ และคณะ. การจัดลำดับปัญหาทางสุขภาพของประชากรในปี พ.ศ. 2542 โดยการใช้เครื่องชี้วัดภาวะโรค. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2547; 13: 240-56.
8. ศิริพร จิรวัดน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. *ขอนแก่น: ศิริกัณฑ์ออฟเซ็ท*; 2548.
9. ศิริพร จิรวัดน์กุล. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
10. Gough I, McGregor JA. *Wellbeing in Developing Countries: From Theory to Research*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
11. Clark DA, Gough I. Capability, needs and wellbeing: relating the universal and the local, In Manderson L (ed) *Rethinking Wellbeing*. Perth: API network; 2005.
12. บั้วพันธ์ พรหมพักพิง. ความอยู่ดีมีสุข: แนวคิดและประเด็นในการศึกษาวิจัย. *วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์* 2549; 23: 231-40.
13. Sen A. *Development as Freedom*. New York: Oxford University Press; 1999.
14. บั้วพันธ์ พรหมพักพิง, โอโสภ พลบำรุง, ยุวคล ทองโคตร, ปาริชาติ พิรุณ, เกษราภรณ์ คลังแสง, บัณฑิต อ้วนละมัย และคณะ. ทรัพยากรความจำเป็นและความผาสุกโดยรวมของครัวเรือนอีสาน. *วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์* 2549; 23: 112-45.
15. Kenneth SK, Khun JW, Presscot CA. Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychol Med* 2004; 34: 1475-82.