ISBN 974-9992-19-9

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รายงานวิจัย

เรื่อง การพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยี ส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า ในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง

โดย

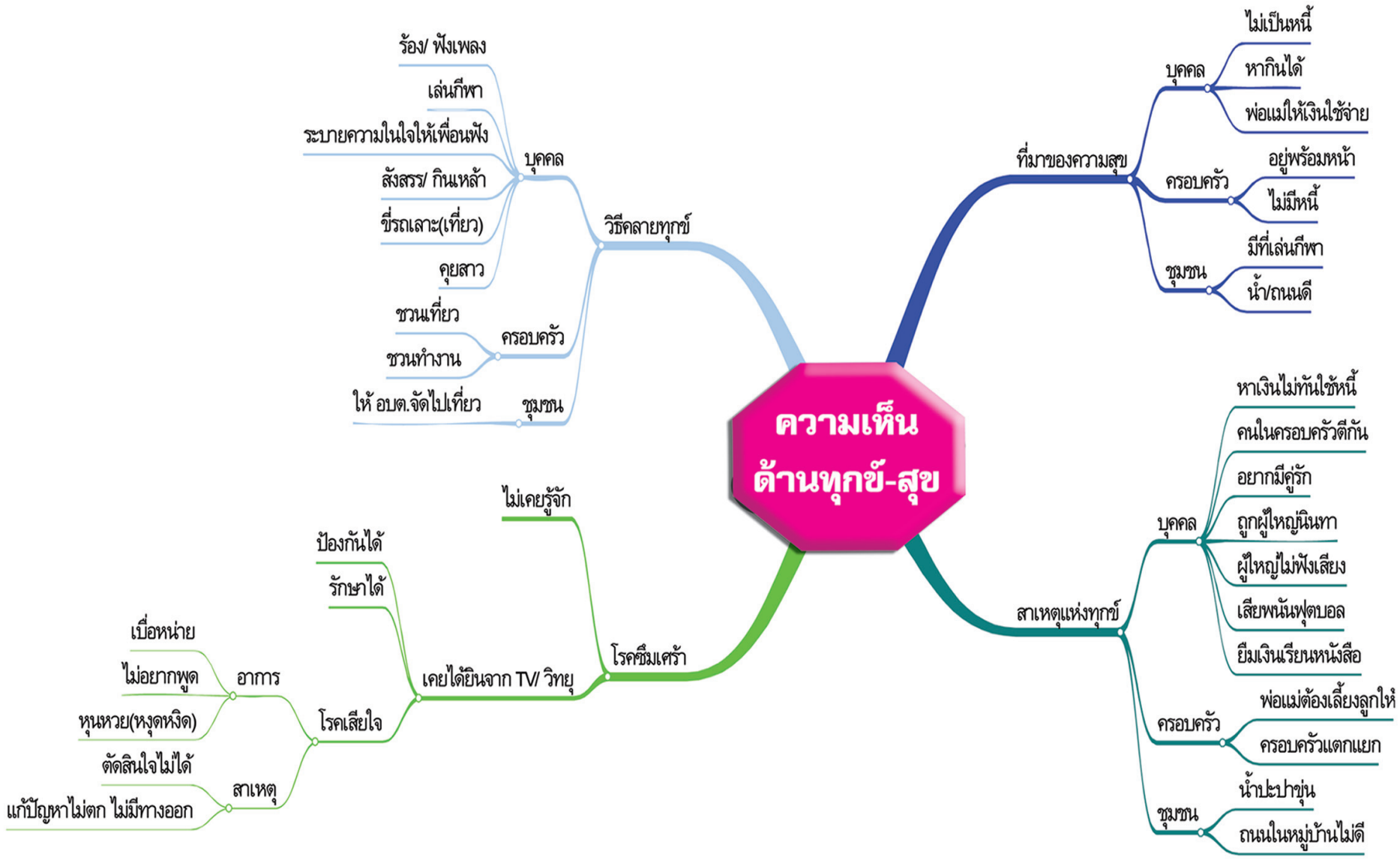
ศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวัฒน์กุล
รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ
นายแพทย์ ธรณินทร์ กองสุข
นางจรูญศรี มีหนองหว้า

- นางวัชนี หัตถพนม
- นางสุวดี ศรีวิเศษ
- นางประสบสุข ศรีแสงปาง
- นางสาวอุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ
- นางพิศมัย รัตนเดช
- นางจินตนา พลมีศักดิ์
- นางสาวธีราภา ธานี
- นางสาวสุปรานี รวมธรรม

รายงานวิจัย

เรื่อง การพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยี ส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง

แผนที่ความคิดของกลุ่มผู้ชายอายุ 15-25 ปี ของหมู่บ้านหัวงัวเกี่ยวกับทุกข์สุข และโรคซึมเศร้า





ได้รับทุนสนับสนุนจาก กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ที่ : ศิริธรรมออฟเซ็ท

ISBN 974-9992-61-9

ชื่องานวิจัย การพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง

31 กรกฎาคม 2541

ISBN 974-9992-19-9

โดย ศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวัฒน์กุล
รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ
นายแพทย์ ธรณินทร์ กองสุข
นางจรูญศรี มีหนองหว้า

- นางวัชนี หัตถพนม
- นางสุวดี ศรีวิเศษ
- นางประสบสุข ศรีแสงปาง
- นางสาวอุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ
- นางพิศมัย รัตนเดช
- นางจินตนา พลมีศักดิ์
- นางสาวธีราภา ธานี
- นางสาวสุปรานี รวมธรรม

จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน งานวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
กำหนดแนวคิดการออกแบบรายงานการวิจัย

พิมพ์ที่ ศิริธรรมออฟเซ็ท 114-116 ถ.ชยางกูร ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000
โทรศัพท์ 045-254625, 045-317491-5

คำนิยม

กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาของโรคซึมเศร้า จึงได้มีการกำหนดนโยบายส่งเสริม ป้องกัน และลดปัญหาของโรคซึมเศร้า โดยจัดทำแผนงานวิจัยเชิงบูรณาการที่มีความครอบคลุมตั้งแต่การศึกษาองค์ความรู้พื้นฐานและระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า การวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีและระบบเฝ้าระวังป้องกันโรคซึมเศร้า และการวิจัยพัฒนาระบบบริการและเทคโนโลยีในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งในแผนงานการวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีและระบบเฝ้าระวังป้องกันโรคซึมเศร้าจะมีโครงการที่สำคัญคือ การพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายและพันธมิตรทุกภาคส่วนในการป้องกันควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพจิต

ผมมีความชื่นชม และขอขอบคุณอย่างยิ่งในความมุ่งมั่น และให้ความสำคัญในการร่วมแก้ปัญหาโรคซึมเศร้าของศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวัฒน์กุล รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และทีมวิจัย ที่ได้ทำการวิจัยเรื่อง “การพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง” ซึ่งผมเห็นว่า เป็นวิธีการที่สำคัญในการช่วยลดอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี เพราะเป็นการส่งเสริมเฉพาะกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าสูง เช่น กลุ่มผู้หญิง ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้มีรายได้น้อย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้อยู่ในภาวะวิกฤตในชีวิต เด็กวัยรุ่น ที่จะเป็นการป้องกันการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ ลดภาระทางสังคม นำสังคมให้เข้มแข็งและยั่งยืน

(นายแพทย์หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์)
อธิบดีกรมสุขภาพจิต



รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของแผนงานวิจัย : การพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันความสูญเสีย เนื่องจากโรคซึมเศร้า

คำนิยม

ปัจจุบัน การส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า ยังเป็นการนำแนวทาง วิธีการที่พัฒนามาจากนักวิชาการ รวมทั้งแนวทางจากต่างประเทศมาปรับปรุงใช้กับคนไทย ซึ่งทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับความเหมาะสมของการนำไปใช้ และไม่สามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์จากการนำวิธีการนั้นไปใช้ ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหานั้นไม่ใช่เพียงแต่การนำแนวทางและวิธีการต่างๆ ไปใช้เท่านั้น แต่ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและทำให้ประสบความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการนำผู้ที่อยู่กับปัญหา มามีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางและวิธีการในการส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันไม่ให้ปัญหานั้นเกิดขึ้น

การดำเนินงานในแผนงานวิจัย : การพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อแก้ไขและป้องกันความสูญเสียเนื่องจากโรคซึมเศร้า มีโครงการสำคัญที่จะป้องกันความสูญเสียทางด้านสุขภาพและลดภาระโรคที่เกิดจากโรคซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี คือ โครงการการพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ที่ศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวัฒน์กุล รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และทีมวิจัยเป็นผู้ทำการคิดค้นและดำเนินการ ซึ่งเป็นรูปแบบในการดำเนินงานเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สอดคล้องกับวิธีคิด วิถีการดำเนินชีวิต และบริบทของผู้อยู่กับปัญหาซึมเศร้า

โครงการดังกล่าว ผมได้รับทราบผลของการดำเนินงานและความก้าวหน้ามาตลอด ทั้งๆ ที่ยังไม่เสร็จสิ้นโครงการ แต่ได้มีการนำผลลัพธ์ของโครงการบางส่วนไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในแผนงานวิจัยเดียวกันนี้ก่อนแล้ว ดังนั้น จึงไม่เพียงแต่เป็นการชื่นชมโครงการนี้เท่านั้น ผมยังเห็นว่าโครงการนี้มีประโยชน์อย่างยิ่งกับหน่วยงานทุกหน่วยที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพประชาชนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพให้เกิดความเหมาะสม โดยเฉพาะการส่งเสริมให้ประชาชนดำเนินชีวิตไปในแนวทางเพื่อป้องกันปัญหาซึมเศร้า ซึ่งอาจเกิดขึ้นกับชีวิตเขาได้อย่างแท้จริง

(นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์)
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
ประธานคณะทำงานติดตามประเมินผลแผนงานวิจัยบูรณาการ :
การพัฒนาสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันความสูญเสียเนื่องจากโรคซึมเศร้า



รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของแผนงานวิจัย : การพัฒนาระบบสุขภาพ
เพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันความสูญเสีย เนื่องจากโรคซึมเศร้า

หัวหน้าโครงการวิจัย

ศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวัฒน์กุล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองหัวหน้าโครงการวิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นักวิจัยส่วนกลาง

นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

นักวิจัยภาคสนาม จังหวัดขอนแก่น

นางวัชนี หัตถพนม
พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นางสุวดี ศรีวิเศษ
พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

นางประสบสุข ศรีแสงปาง
นักศึกษาปริญญาเอก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นางสาวอุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ
นักศึกษาปริญญาเอก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นักวิจัยภาคสนาม จังหวัดยโสธร

นางจรูญศรี มีหนองหว้า
นักศึกษาปริญญาเอก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นางจินตนา พลมีศักดิ์
นักวิชาการสาธารณสุข 5 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

นางพิศมัย รัตนเดช
นักวิชาการสาธารณสุข 5 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

นางสาวธีราภา ธานี
พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

นางสาวสุปรานี รวมธรรม
พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลจังหวัดยโสธร



บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องการพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงระยะที่ 1 ซึ่งเป็นส่วนแรกของการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะซึมเศร้าและวิธีการดูแลตนเองในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต หรือภาวะซึมเศร้า การศึกษาใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับเชิงปริมาณ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงมิถุนายน 2549 ใน 4 หมู่บ้านของจังหวัดขอนแก่น และยโสธร โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลัก 325 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง และสุ่มเชิงทฤษฎี และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,068 คน จากการสุ่มแบบสะดวกร่วมในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาวิเคราะห์แก่นสาระ และใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ผลการสำรวจสุขภาพจิตจากแบบสำรวจดัชนีวัดความสุข ได้ผลการวิจัยที่เป็นแก่นสาระสำคัญ 5 ประการคือ 1) ครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญของวงแหวนแห่งทุกข์-สุข **2) นั่งลืม คิดลืม บ่สนใจผู้ได๋** คือคำอีสานที่สะท้อนโรคซึมเศร้า 3) เรื่องซึมเศร้าเป็นเรื่องส่วนตัวที่ตัวเอง และครอบครัวเท่านั้นที่จะป้องกันและช่วยเหลือกันได้ 4) กิจกรรมในประเพณี 12 เดือน คือการสร้างสุข คลายทุกข์แก่คนทุกเพศทุกวัยในชุมชน และ 5) สุราคือต้นเหตุแห่งทุกข์ของชาวบ้านอีสาน

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ชี้นำสู่การวิจัยในระยะที่ 2 และ 3 ว่าคำ **“นั่งลืม คิดลืม บ่สนใจผู้ได๋”** จะใช้เป็นสโลแกนสำหรับการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า กลุ่มเสี่ยงที่มีความสำคัญ คือ วัยรุ่น ผู้หญิงที่สามีกินเหล้า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ และคนแก่ที่ครอบครัวมีปัญหา การพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้าจะดำเนินการในหมู่บ้านในเมือง 1 แห่ง และหมู่บ้านชนบทใหม่ 1 แห่ง โดยในหมู่บ้านแบบเมืองให้บุคลากรสุขภาพเป็นเจ้าภาพ ส่วนหมู่บ้านชนบทแกนนำชุมชนเป็นเจ้าภาพ ทั้งนี้วิธีการส่งเสริม และป้องกันใช้ทั้งวิธีครอบจักรวาล และวิธีเฉพาะกลุ่ม

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า กลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันโรคซึมเศร้า กลุ่มเสี่ยงอีสาน



Abstract

Title: Mental health promotion and prevention of depressive disorders in a general population and risk groups

Abstract:

Phase one of an action research on the development of strategies and technology for mental health promotion and prevention of depressive disorders in a general population and risk groups aims to explore the perceptions of depressive disorders and caring for depression at an individual, family and community level. A combination of qualitative and quantitative methods was employed in 4 villages of Khon Kaen and Yasothon province during February-June 2006. Three hundred and twenty five informants derived from purposive and theoretical sampling participated in the qualitative part. Qualitative data was analyzed by using the content and thematic analyses. In a quantitative part, 1,068 respondents were selected by convenience sampling. Descriptive statistical analysis was used to explore characteristics and levels of happiness. Five themes emerged in the qualitative data, including 1) a family is a foundation of the circle of suffering and happiness, **2) Nang-leum, Kid-leum, Bor-sonjai-poodai** is an Isaan phrase for depressive disorders 3) depression is a private issue that is regarded as an individual and family business, 4) the Tweve Annual Festivals or Heed Sib-song is regarded as a source of happiness which in turn lead to a decrease in the suffering of people in all aged groups and 5) drinking alcohol is an origin of family suffering in Isaan society.

The results indicated that the implementation and evaluation phases should focus on increasing peoples awareness of depression by using the Isaan phrase to determine depressive disorders, prioritized risk groups are adolescents, women living with alcohol-dependant husbands, people with chronic illness, people with disabilities, and the elderly living in non-supportive families. Both universal prevention and selective prevention on mental health promotion and prevention strategies targeting depression should be developed with the relevant health personnel and other core groups in a village.

Key words : Depression depressive disorders mental health, promotion, prevention, I-san, population, risk group.

คำนำ

คณะนักวิจัยขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนวิจัย คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่สนับสนุนบุคลากร และอำนวยความสะดวกในกระบวนการเก็บข้อมูล

ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์อภิชัย มงคล รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต นายแพทย์วชิระ จันทร์เพ็ง รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ศาสตราจารย์นายแพทย์พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และนายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และหัวหน้าชุดโครงการวิจัยเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการดำเนินงานวิจัย

งานวิจัยในระยะที่ 1 นี้จะไม่สามารถสำเร็จได้หากไม่ได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดที่หมู่บ้านศรีฐาน หมู่บ้านหนองมะเขือ จังหวัดขอนแก่น และหมู่บ้านเชียงหวาง หมู่บ้านหัวงัว จังหวัดยโสธร โดยมีการประสานงานอย่างจริงจังและอบอุ่น จากสถานีอนามัยสว่าง ต.สำราญ อ.เมือง จ.ยโสธร เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านหัวงัว อ.กุดชุม จ.ยโสธร และสถานีอนามัยเล็บเงือก ต.โคกสำราญ กิ่งอ.บ้านแฮด จ.ขอนแก่น คณะนักวิจัยขอขอบพระคุณ มา ณ โอกาสนี้

การเรียนรู้ที่คณะผู้วิจัยได้รับจากการศึกษาครั้งนี้จะนำไปถ่ายทอดผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้สังคมไทยได้รับประโยชน์มากที่สุด หากมีข้อบกพร่องใดๆ ในรายงานการวิจัยฉบับนี้ คณะผู้วิจัยกราบขออภัย และยินดีน้อมรับข้อเสนอแนะด้วยความยินดี

ศิริพร จิรวัฒน์กุล
หัวหน้าโครงการ
31 กรกฎาคม 2549



สารบัญ

เรื่อง		หน้า
บทที่ 1 บทนำ	.....	11
1.1 ความสำคัญของปัญหา	.....	11
1.2 วัตถุประสงค์	.....	13
1.3 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	.....	14
1.4 กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ	.....	18
บทที่ 2 วิธีดำเนินการศึกษาในระยะที่ 1	.....	19
2.1 สถานที่ศึกษา	.....	19
2.2 ผู้ให้ข้อมูล	.....	21
2.3 การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล	.....	22
2.4 วิธีการเก็บข้อมูล	.....	23
2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	.....	26
2.6 ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย	.....	28
2.7 จริยธรรมการวิจัย	.....	29
บทที่ 3 วิถีชีวิต และทุกข์สุขของชาวบ้าน	.....	31
3.1 ความเป็นอีสาน : ฮีต ที่ยังดำรงอยู่กับความหมายที่เปลี่ยนไป	.....	31
3.2 ชุมชนเปลี่ยน ชีวิตเปลี่ยน แต่ละวัยไปคนละทาง	.....	34
3.3 ทุกข์ สุข ของคนต่างเพศ ต่างวัย ต่างบริบท	.....	42
บทที่ 4 ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า : นั่งลืม คิดลืม บ่สนใจผู้ได๋	.....	53
4.1 คำ และความหมายของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า	.....	53
4.2 กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า	.....	57
4.3 การป้องกันภาวะซึมเศร้า และการช่วยเหลือคนเศร้า : ปัญหาส่วนตัว ตัวเองช่วยตัวเอง	.....	58
บทที่ 5 แนวทางการพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้า	.....	65
5.1 กลุ่มเป้าหมาย	.....	66
5.2 รูปแบบ และวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิต	.....	69
5.3 การป้องกันโรคซึมเศร้า	.....	70
เอกสารอ้างอิง	.....	72

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1.1 ความชุกของโรคซึมเศร้าจำแนกตามภาคและเพศ	.....	12
2.1 จำนวน และร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามสถานที่ศึกษา และกลุ่ม	.....	21
2.2 สรุปการตรวจสอบสามเส้า	.....	28
3.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจ	.....	43
3.2 ค่าคะแนนความสุขจำแนกตามพื้นที่ที่ศึกษา	.....	46
3.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนความสุข จำแนกตามคุณลักษณะต่างๆ ใน 4 พื้นที่	.....	47
3.4 สาเหตุของความทุกข์ตามการรับรู้ของคนวัยต่างๆ ใน 4 หมู่บ้านที่ศึกษา	.....	48



สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	หมู่บ้านศรีฐาน	20
2	หมู่บ้านเชียงหวาง	20
3	หมู่บ้านหัวงัว	20
4	หมู่บ้านหนองมะเขือ	21
5	การประชุมแกนนำหมู่บ้าน	22
6	เวทีสาธารณะ	23
7	สนทนากลุ่มวัยรุ่นหญิง	24
8	สนทนากลุ่มวัยรุ่นชาย	24
9	สนทนากลุ่มผู้หญิง	24
10	สนทนากลุ่มผู้ชาย	24
11	คณะนักวิจัยที่สถานีอนามัย	25
12	การสำรวจระดับความสุข	25
13	คณะวิจัยร่วมวิเคราะห์ข้อมูล	26
14	การนำเสนอความก้าวหน้างานวิจัย	29
15	บั้งไฟอีสาน	32
16	วงแหวนแห่งทุกข์-สุข ของชาวบ้านอีสาน	52



บทที่ 1

ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ

บทนำ

1.1 ความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขหลายประการ ปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่ง และนับวันจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นเรื่อยๆ คือ ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตไม่ใช่เพียงปัญหาของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่เป็นปัญหาระดับประเทศ และระดับโลก ปัจจุบันพบว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 450 ล้านคน มีการเจ็บป่วยทางจิต หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ แต่มีจำนวนน้อยที่ได้รับการรักษา และพบว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดภาวะทุพพลภาพ เป็นภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ และของโลก จากรายงานภาวะสุขภาพทั่วโลกพบว่า มากกว่าร้อยละ 25 ของประชากรโลกมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต และทุกๆ 4 ครอบครัวจะมีอย่างน้อย 1 คน ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตหรือพฤติกรรมผิดปกติ (World Health Report 2001, www.who.int/whr/2001:29/5/45)

ในกลุ่มปัญหาสุขภาพจิต โรคซึมเศร้า (depressive disorders) จัดได้ว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ และเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องรีบดำเนินการป้องกัน เพราะโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อย และนำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพของบุคคล และเศรษฐกิจฐานะทางสังคม องค์การอนามัยโลก (WHO 1997) รายงานว่าเกือบ 1 ใน 3 ของประชากรโลกมีความเจ็บป่วยทางจิต โดยร้อยละ 3 เป็นชนิดรุนแรง และเกือบ ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44) ของกลุ่มนี้เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ โดยพบโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงมีความชุกตลอดชีพประมาณร้อยละ 15 และอาจสูงถึงร้อยละ 25 ในเพศหญิง องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า โรคซึมเศร้าจะเลื่อนอันดับจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 ขึ้นมาเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020

โรคซึมเศร้าเป็น 1 ใน 10 ของโรคที่มีต้นทุนสูงของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งในปี ค.ศ. 1990 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึง 11 ล้านคน เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 44,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายการรักษาโดยตรงประมาณ ร้อยละ 28 เป็นการสูญเสียที่เกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ ร้อยละ 55 ผลกระทบที่รุนแรง คือ การเสียชีวิต เป็นการสูญเสียที่เกี่ยวกับการตาย ร้อยละ 17 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการนานเกิน 1 เดือน จะเสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 15 (สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2547) องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ได้คาดประมาณการณ์ว่าโรคซึมเศร้ารุนแรงจะเป็นภาระทางสังคม และเศรษฐกิจ (disease burden) จากอันดับที่ 7 ในปี ค.ศ. 1990 เป็นอันดับที่ 1 คู่เคียงไปกับโรคหัวใจขาดเลือด ในปี ค.ศ. 2020 (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547)

โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) สูงที่สุด และจากรายงานเรื่องเดียวกันนี้ระบุว่า ในเขตสาธารณสุข 12 เขตของประเทศไทย มีประชากร ร้อยละ 38.1 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงในระดับที่ควรพบแพทย์ หรือผู้รู้ นอกจากนั้นมีผลการศึกษาในปี 2541 พบว่าความชุกชีวชีวิตของโรคอารมณ์แปรปรวนมีค่าเฉลี่ยที่ 1.8% และกระจายในภาคต่างๆ ดังนี้



ตารางที่ 1.1 ความชุกของโรคซึมเศร้าจำแนกตามภาคและเพศ

ชนิดของโรคจิตเวช	ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคใต้	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
Major depressive disorder	1.75	4.30	2.58	4.32	5.50	7.18	2.03	2.57
Dysthymia	0.33	2.33	0.54	0.98	2.20	2.77	1.09	1.61
Manic episode	0.25	0.90	0.20	0.28	0.80	0.82	0.16	0.16

ที่มา : พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547

กรมสุขภาพจิตดำเนินการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด ปี พ.ศ. 2542 จากประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สุ่มเลือกจังหวัดละ 30 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 17 หลังคาเรือน และหลังคาเรือนละ 1 คน รวมกลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 500 คน ได้ตัวอย่างทั้งหมด 37,387 คน พบว่าร้อยละ 23 มีอาการโรคประสาทเกิดขึ้นบ่อย ร้อยละ 5.7 ภาวะซึมเศร้าในระยะ 2 สัปดาห์ ร้อยละ 1.3 ใช้สารเสพย์ติด ร้อยละ 31.8 ดื่มสุรา ร้อยละ 61.1 มีปัญหาทุกข์ใจในระยะ 1 เดือน ร้อยละ 1.8 ของสมาชิกในครอบครัวเคยมีอาการโรคจิตในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (อ้างใน จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

สุวัฒน์ มหัทธนิรันดร์กุล ปริทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2543) ได้สำรวจคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ จากประชาชนไทยที่แบ่งตามศูนย์สุขภาพจิตเขต 12 เขต (ยกเว้นกรุงเทพฯ) จำนวน 7,789 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบกลุ่มหลายชั้นภูมิ พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.3) มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี (ร้อยละ 20.5) เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพจิตพบว่า ร้อยละ 38.1 มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ต้องการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ ร้อยละ 38.2 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 7.6 มีความคิด ฆ่าตัวตาย จากรายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยนอกพบว่า จำนวนผู้ป่วย โรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจาก 37,755 คน ในปี พ.ศ. 2539 เป็น 50,351 คนในปี พ.ศ. 2543 คิดเป็นร้อยละ 33.36 ของผู้ป่วยที่รับการรักษาทางจิต (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2544) พบอุบัติการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่ไปใช้บริการในระดับสาธารณสุขมูลฐานถึงร้อยละ 10 และโรคซึมเศร้ายังมีลักษณะแนวโน้มที่จะเป็นโรคเรื้อรัง และกลับเป็นซ้ำ มีผลกระทบต่อการทำงานในชีวิต ประจำวันของบุคคล (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547) กรมสุขภาพจิตหาข้อมูลความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2546 โดยสำรวจในประชากรทั้งประเทศในช่วงอายุ 15-60 ปี พบมีปัญหาโรคซึมเศร้า เฉลี่ยที่ร้อยละ 3.20 ส่วนใหญ่พบในเพศหญิง และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่ามีอัตราสูงกว่าที่ผ่านมา คือมีเพียงร้อยละ 1.4 (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547)

นอกเหนือไปจากสถิติแล้ว ภาพข่าวจากหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต อันเนื่องมาจากสภาพเศรษฐกิจ และสังคม เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และ/หรือฆ่าบุคคลในครอบครัวเพื่อหลีกหนีการมีชีวิตอยู่ในโลกที่ตนไม่สามารถประสบความสำเร็จได้ ก็เป็นข้อมูลสนับสนุนให้เห็นว่า ประชาชนไทยมีแนวโน้ม ที่จะมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

การที่ชุมชนมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวนมาก จะมีผลกระทบทางสังคม และเศรษฐกิจ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างมากส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ เนื่องจากบุคคลที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตและการทำหน้าที่ทุกด้าน และเป็นภาระที่จะต้องดูแล นอกจากนั้นถ้ามีการฆ่าตัวตายตามมาก็จะเป็นการสูญเสียทางสังคมอีกด้วย

ดังนั้นโรคซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญทั้งในระดับประเทศ และระดับโลกในปัจจุบันและจะเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสียหายทางสังคมอย่างยิ่งในอนาคต หากไม่มีการป้องกัน และลดปัญหาตั้งแต่บัดนี้

โรคซึมเศร้าสามารถป้องกันและรักษาได้ ในส่วนของการป้องกันนั้นจะต้องควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วย ทั้งนี้มีรายงานการศึกษายืนยันอย่างชัดเจนว่าการป้องกันโรคซึมเศร้าในกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง จะช่วยลดอัตรา หรือความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี โดยกลุ่มบุคคลที่ระบุว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าสูง เช่น กลุ่มผู้หญิง ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้มีรายได้น้อย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้อยู่ในภาวะวิกฤตในชีวิต เด็กวัยรุ่น และผู้สูงอายุ เป็นต้น

ประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต ได้มีการกำหนดนโยบายส่งเสริมป้องกัน และลดปัญหาสุขภาพจิต เพิ่มคุณภาพการให้บริการ ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม ทั้งนโยบายเชิงรุก และเชิงรับไว้ใน แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน (ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549) กรมสุขภาพจิตได้มีนโยบายเชิงรุก จัดกิจกรรมรณรงค์ และผลิตสื่อในการเผยแพร่ความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคล และครอบครัวในรูปแบบต่างๆ จัดทำคู่มือพร้อมกับอบรมบุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศให้ความรู้ความเข้าใจในการค้นหาผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงของการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า และมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการให้การช่วยเหลือ โดยเน้นในเรื่องการประเมินผู้มีภาวะเสี่ยง การให้การปรึกษาทั้งในคลินิก และทางโทรศัพท์ (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2544) อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้ และรูปแบบวิธีการดำเนินงานที่นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตอยู่บนฐานแนวคิดของนักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลต้องให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงตระหนักในปัญหา และมีส่วนร่วมพัฒนาแนวทางการแก้ไข ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้ จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย และพันธมิตรทุกภาคส่วน

1.2 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าสำหรับประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง

วัตถุประสงค์เฉพาะ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาการรับรู้การเกิดภาวะซึมเศร้า และวิธีในการดูแลตนเองในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้า

ระยะที่ 2 เพื่อสร้างกระบวนการพัฒนากลวิธีในการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง

ระยะที่ 3 นำข้อสรุปบทเรียนที่ได้ในระยะที่ 2 จัดทำเทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าสำหรับประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาระยะที่ 1 คือประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และแกนนำชุมชนในพื้นที่ที่เลือกสรรในชุมชนเมือง 2 แห่ง และชุมชนชนบท 2 แห่งของ 2 จังหวัด คือ ขอนแก่น และยโสธร

1.3 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นความผิดปกติทางจิตใจในระดับต้นที่สามารถพัฒนาไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าได้หากบุคคลนั้นไม่สามารถแก้ไขได้เหมาะสม ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมจึงครอบคลุมทั้ง สุขภาพจิต และโรคซึมเศร้า

1.3.1 ความหมายของสุขภาพจิต

นักวิชาการไทยได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า คือ...สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีวิธีการมองตน มองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมอย่างเหมาะสม และสร้างสรรค์ภายใต้สภาพแวดล้อม และเวลาที่เปลี่ยนแปลง (บัณฑิต ศรไพศาล, 2547 หน้า 17)

สำหรับประชาชนทั่วไปใช้คำว่า "ความสุข" ในความหมายใกล้เคียงกับคำว่า "สุขภาพจิต" โดยกล่าวว่าคนจะมีความสุขได้ คือ คนที่มีจิตใจที่ดี ไม่มีความทุกข์ ใจสบาย กายสบาย คนที่ไม่มีความสุข คือ คนที่คิดมาก คิดอยากมั่งอยากมี อยากได้ ทำให้หงุดหงิดเครียด (สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2546) องค์ประกอบที่จะทำให้ประชาชนมีความสุข มี 8 หมวด คือ มีหลักประกันชีวิต ร่างกายและจิตใจแข็งแรง ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สิ่งแวดล้อมดี มีอิสรภาพ มีความภาคภูมิใจ และใช้ธรรมะในการดำเนินชีวิต (อภิสิทธิ์ ธำรงวรางกูร, 2543)

1.3.2 สุขภาพจิตกับภูมิปัญญาท้องถิ่น

อุดม เพชรสังหาร และคณะ (2541) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ใช้บริการหมอดูและลักษณะของปัญหา จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 237 คน ร้อยละ 76.5 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 21-40 มากที่สุด ส่วนใหญ่สมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 40 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่า ร้อยละ 84.4 เคยดูหมอดูมาก่อน เฉลี่ยคนละ 1 ครั้ง เหตุผลที่มาใช้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73) บอกว่าอยากรู้ดวงชะตาเพื่อวางแผนชีวิต ร้อยละ 60 ต้องการปรึกษาปัญหาชีวิต ร้อยละ 40 เบื่อหน่ายชีวิตอยากมีกำลังใจ ปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างนำมาปรึกษาหมอดูมากที่สุดคือ เรื่องงาน (ร้อยละ 42.6) รองลงมาคือเรื่องหนี้สิน (ร้อยละ 32.2) ลักษณะของปัญหาแตกต่างกันตามอายุ คือ อายุระหว่าง 16-20 ปี มาปรึกษาเรื่องการเรียนและความรัก อายุระหว่าง 21-30 ปีมาปรึกษาเรื่องหน้าที่การงานและเนื้อคู่ อายุระหว่าง 31-40 ปี มาปรึกษาเรื่องคดีความการฟ้องร้อง และอายุระหว่าง 41-50 ปีมาปรึกษาเรื่องการเจ็บป่วยและทรัพย์สิน เพศหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าเพศชาย กลุ่มอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูง คือ อายุระหว่าง 20-39 ปี

ถนอมศรี อินทนนท์ และคณะ (2543) ศึกษาการแก้ปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อยู่ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในภาคใต้ พบว่าสมาชิกในชุมชนยังมีความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ หากมีเรื่องไม่สบายใจก็จะบนบานขอความช่วยเหลือคนในชุมชนแก้ปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ความวิตกกังวลไม่สบายใจถึงเมื่อมีความเจ็บป่วยทางจิตโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ

(1) ปรึกษาหมอดู และกระทำพิธีทางไสยศาสตร์เพื่อแก้ปัญหา

(2) ปฏิบัติศาสนกิจ เช่น สวดมนต์ ฟังพระเทศน์ บริจาคทาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน และผู้สูงอายุ

(3) อธิบายสาเหตุของปัญหาว่าเป็นกรรม

(4) การพึ่งพาอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น การบนบาน ทำพิธีสะเดาะเคราะห์

(5) การทำยาแผนโบราณ สมุนไพร หรือยากลางบ้าน

1.3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต คือ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส (โดยสถานะสมรสจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุด) รายได้ ภาวะสุขภาพร่างกาย การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และความพึงพอใจในงานที่ทำอยู่ (จุมพล สมประสงค์, 2541; จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับคือ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาด้านจิตสังคม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต คือ เพศ อายุ การศึกษา จำนวนบุตร รายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว

1.3.4 สุขภาพจิตกับวิธีการแก้ปัญหา

ปรีดา เบื่อน้อย (2540) ศึกษาความรู้เรื่องสุขภาพจิต และการปฏิบัติ เมื่อพบปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี จำนวน 400 ราย อยู่ในเขตเมือง และเขตชนบทเท่าๆ กัน เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่าๆ กัน เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49) มีอายุระหว่าง 20-40 ปี และการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.25 ส่วนใหญ่สมรสอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 69.25) อาชีพธุรกิจค้าขาย (ร้อยละ 26.25) เกษตรกรรม (ร้อยละ 25.75) ส่วนใหญ่ฐานะพอกินพอใช้ (ร้อยละ 84) พบว่าประชาชนมีความรู้เรื่องสุขภาพจิต และมีการปฏิบัติเมื่อพบปัญหาสุขภาพจิตในระดับสูง ประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบทมีความรู้ เรื่องสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน เพศ การศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความรู้สุขภาพจิตแตกต่างกัน การศึกษา อายุ มีความแตกต่างกันในการปฏิบัติเมื่อพบปัญหาสุขภาพจิต

จากการสำรวจรูปแบบวิธีการแก้ปัญหาของคนไทยพบว่า จะจัดการกับความเครียดด้วยตนเองก่อน ออกกำลังกาย หางานอดิเรกทำ พูดระบายกับคนอื่น รองลงมาคือ ขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว รองลงมาคือ เพื่อน และใช้สื่อต่าง ๆ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือพิมพ์ การใช้บริการจากแพทย์มีค่อนข้างน้อย (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต 2539, บัณฑิต ศรไพศาล และ คณะ 2541, วรวรรณ จุฑา และพนมศรี เสาร์สาร 2542, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่อง การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิต และความรู้เจตคติทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนไทย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีพ.ศ. 2542 ผลจาก การสำรวจความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพจิตของคนไทย พบว่า ประชาชนยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในเรื่องดังต่อไปนี้ การเลี้ยงดูลูก สาเหตุของโรคประสาท และความเจ็บป่วยด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ของการฆ่าตัวตายกับโรคซึมเศร้า การรักษาโรคซึมเศร้า ผลต่อสภาพจิตใจของการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวในวัยรุ่น ความสามารถของโรงพยาบาลทั่วไปในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิต

ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนส่วนใหญ่ยังมีการปฏิบัติกันน้อยในเรื่องดังต่อไปนี้ คือ การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การดูแลเอาใจใส่ลูก เช่น การปรึกษาปัญหาเรื่องการเรียน ดูแลเรื่องการเรียน คุยกับครูของลูก ให้คำแนะนำเรื่องการดำเนินชีวิตของลูก การเยี่ยมญาติสูงอายุที่ใกล้ชิด การหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจ การพักผ่อนหย่อนใจหรือมีการเล่นร่วมกันกับครอบครัวพร้อมหน้าพร้อมตา และการร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน (อ้างในจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

1.3.5 งานวิจัยเชิงทดลองเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต

งานวิจัยเพื่อหากลวิธีในการส่งเสริมสุขภาพจิตมีจำนวนน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยเชิงสำรวจหรือพรรณนาที่ศึกษาปรากฏการณ์ หรือความสัมพันธ์ รจนา กุลรัตน์ และคณะ (2541) ศึกษาผลการเข้ากลุ่มให้การปรึกษา

ต่อสุขภาพจิตของสตรีที่มีปัญหาชีวิตสมรส กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีปัญหาชีวิตกรณีคู่สมรสนอกใจ จำนวน 34 ราย ซึ่ง 12 รายใน 34 ราย มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต หลังจากเข้ากลุ่มให้การปรึกษาพบว่า ค่าคะแนนปัญหาสุขภาพจิตลดลงกว่าก่อนเข้ากลุ่ม สตรีที่มีแนวโน้มจะมีปัญหาสุขภาพจิตลดลงจาก 12 ราย เหลือ 2 ราย

ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2544) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกในการลดความเครียด ในระหว่างเดือนธันวาคม 2539-ธันวาคม 2542 โปรแกรมการฝึกตลอดโปรแกรมใช้เวลารวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่ถูกส่งตัวมาจากคลินิกจิตเวชและผู้สนใจทั่วไป จำนวนผู้เข้าร่วมฝึกครั้งแรกมี 139 คน ออกจากการฝึกกลางคัน 93 คน (ร้อยละ 67) ร้อยละ 33 (46 คน) เข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง มีผู้ตอบแบบสอบถามครบถ้วน 28 คน จากการประเมินผลพบว่าค่าคะแนนอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ลักษณะของกลุ่มที่ออกจากการรักษากลางคัน ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน ผู้ป่วย **somatoform disorder, psychosomatic disorder และ borderline personality disorder** ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อคิดเห็นว่า การฝึกเช่นนี้อาจไม่เหมาะสมในกลุ่ม borderline

จากการที่กรมสุขภาพจิตมีนโยบายให้บริการสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ในทุกหน่วยงานที่สังกัด ซึ่งกำหนดไว้ในแผนพัฒนางานสุขภาพจิตในแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ยุพดี ศิริวรรณ (2543) ได้ศึกษาปัญหาการให้บริการสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ จากผู้ให้การปรึกษาจำนวน 295 ราย ผู้รับการปรึกษาจำนวน 952 ราย ในระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม-30 พฤศจิกายน 2542 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 58 ของหน่วยงานให้บริการทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง ร้อยละ 24 มีสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์แยกเฉพาะ ร้อยละ 21 ไม่มีโทรศัพท์สายตรงการให้คำปรึกษา ร้อยละ 33 ของผู้ให้การปรึกษาเห็นว่ารูปแบบการบริการไม่เหมาะสม ร้อยละ 60 ไม่เคยรับการอบรมบริการปรึกษาทางโทรศัพท์ ร้อยละ 53 ผู้ให้การปรึกษาที่เพียงพอร้อยละ 74 ระบุว่าไม่มีการนิเทศงาน สำหรับผู้รับบริการพบว่า ร้อยละ 70 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และร้อยละ 32 มีปัญหาสุขภาพจิต โดยปัญหาอันดับแรกเป็นปัญหาสุขภาพจิตวัยผู้ใหญ่

ภัทรา ถิรลาภ และคณะ (2541) ศึกษาสถานการณ์การให้บริการสุขภาพจิตของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในภาคกลาง และภาคตะวันออก ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานจิตเวช และงานเวชกรรมสังคม จำนวน 64 คน และผู้ปฏิบัติงานรับผิดชอบงานบริการทางการแพทย์ จำนวน 513 คน พบว่า ร้อยละ 88.8 ของผู้ตอบเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 63.7 ดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพจิต รองลงมาเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (ร้อยละ 42.9) ร้อยละ 60.7 สามารถดำเนินงานได้ตามแผน ร้อยละ 62.9 ไม่เคยอบรมความรู้สุขภาพจิต ใช้ความรู้ที่มีอยู่เดิมในการปฏิบัติงานประมาณครึ่งหนึ่งเห็นว่าความรู้ที่มีอยู่นั้นไม่เพียงพอ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานคือ ขาดแคลนบุคลากร และบุคลากรขาดความรู้ และทักษะ

1.3.6 โรคซึมเศร้า

สรยุทธ วาสิกนานนท์ (2547) ได้ทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ดังนี้

(1) ปัจจัยทางพันธุกรรม โดยเป็นปัจจัยที่ชวนให้เกิด (Predisposting Factor)

(2) ปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลง ของสารสื่อประสาทในสมองลดลง ได้แก่ **Serotonine, Norepinephrine** และ **Dopamine**

(3) ปัจจัยของความเครียดจากเหตุการณ์ชีวิต และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งที่ทำงาน และโรงเรียน

(4) ปัจจัยทางครอบครัว การสูญเสียในครอบครัว และพันธุกรรม

รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2547) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า ได้ปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด 38 ปัจจัยเสี่ยง คณะทำงานได้คัดเลือกปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าตามข้อกำหนด โดยพิจารณาเลือกปัจจัยเสี่ยงที่จะนำมาเป็นปัจจัยที่ต้องหาทางป้องกัน และนำมาคำนวณภาระโรค โดยมีหลักการเลือก ที่ปรับปรุงมาจากแนวทางการศึกษาปัจจัยเสี่ยง และภาระโรคของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 คือ 1) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มี

ความเป็นไปได้สูงในการเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า มีค่าความเสี่ยงสัมพันธ์สูงและค่าความชุกปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย 2) ปัจจัยเสี่ยงนั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าหลายชนิด ไม่จำเพาะเจาะจงมากเกินไป หรือกว้างเกินไป 3) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ และ 4) น่าจะเป็นปัญหาของประเทศ มีนโยบายของประเทศเกี่ยวข้อง และมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการศึกษา จากเกณฑ์การพิจารณาดังกล่าวคณะผู้จัดทำได้ข้อสรุปของปัจจัยเสี่ยงไว้ 3 อันดับแรก ได้แก่

(1) ด้านกรรมพันธุ์ **(Genetic)** จากการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่าประชากรไทยเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 3.20 และปัจจัยเสี่ยงนี้มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าคือ ญาติ first degree relatives ของผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า จะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าสูงถึง 2.84 เท่าของ **first degree relatives** ที่ไม่มีญาติป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(2) โรคและอาการทางอารมณ์ แบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเคยเป็นโรคซึมเศร้า การเป็นโรค **Dysthymia** และ **Subclinical Depression** โดยพบความสัมพันธ์สูงใน 2 ปัจจัยย่อยแต่ในปัจจัย **Subclinical Depression** ยังไม่พอ ความสัมพันธ์ที่ชัดเจน นั่นคือ การมีประวัติเคยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรคซึมเศร้าเป็น 11.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่เคยเป็นโรค และการมีประวัติเคยเป็นโรค **Dysthymia** เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้าเป็น 5.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่เคยเป็นโรค โดยความชุกในประเทศไทยของโรค **Dysthymia** พบว่าประชากรไทยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.18

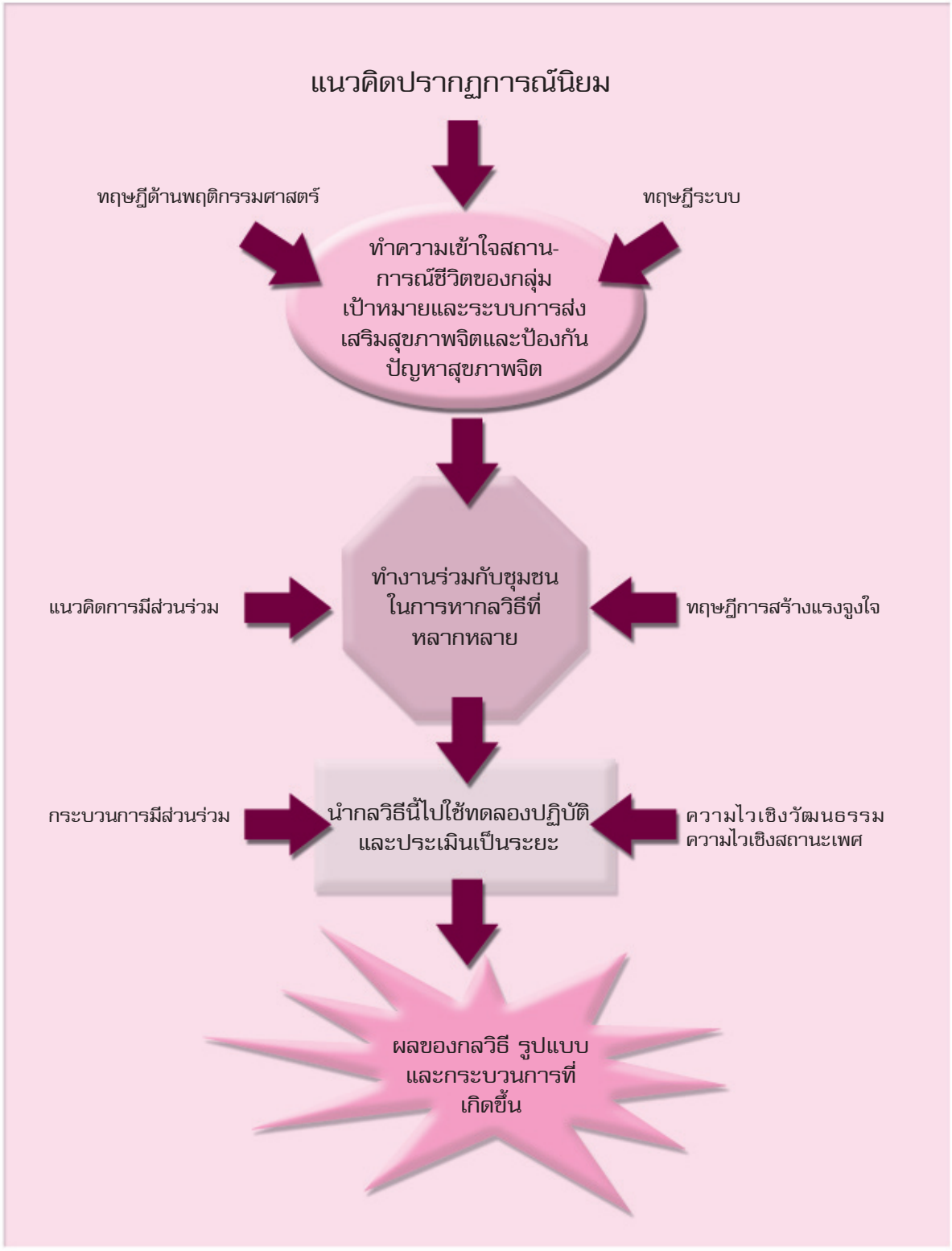
(3) ปัจจัยเสี่ยงการติดแอลกอฮอล์ และสารเสพย์ติด พบการติดแอลกอฮอล์ เมื่อพิจารณารวมทั้งเพศชาย และหญิง ยังไม่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะเพศหญิงจะพบความสัมพันธ์ที่ชัดเจน โดยพบว่าชายที่มีปัจจัยเสี่ยงได้รับการวินิจฉัยติดแอลกอฮอล์ เป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าชายที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง 1.77 เท่า และพบว่าหญิงที่มีปัจจัยดังกล่าวพบว่าเป็นโรคซึมเศร้าเป็น 3.52 เท่าของหญิงที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าว

การทบทวนปัจจัยข้างต้นเป็นการทบทวนจากวรรณกรรมต่างประเทศ ซึ่งอาจจะแตกต่างจากบริบทสังคมไทย ส่วนหนึ่งของงานวิจัยครั้งนี้จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบริบทที่ศึกษา เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนไทย

บัณฑิต ศรไพศาล (2547) ได้ทบทวนงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตของ กรมสุขภาพจิตไว้ว่า ตั้งแต่ ปี 2537 เมื่อกองสุขภาพจิตได้เปลี่ยนสถานะเป็นกรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตได้ขยายงานสุขภาพจิตที่สื่อสารกับประชาชน ด้วยการให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องความเครียด การฆ่าตัวตาย ความรุนแรงในครอบครัว ยาเสพติด ทั้งในลักษณะของการให้สัมภาษณ์ผู้รู้ หรือการรณรงค์เผยแพร่ โดยสื่อ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ต่างๆ ตลอดจนการพัฒนาเทคโนโลยีการบริการสุขภาพจิตต่างๆ เผยแพร่สู่ระบบบริการสาธารณสุข ด้วยการฝึก อบรม และจัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่ใช้ได้ง่าย ได้แก่ เรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตาย สุขภาพจิตผู้สูงอายุ แกนนำครอบครัว เป็นต้น อย่างไรก็ตาม งานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตนอกระบบสาธารณสุข ได้แก่ การขยายเข้าสู่ชุมชน รวมทั้งการร่วมมือกับภาคีต่างๆ ยังมีไม่มากที่ผ่านมาเป็นการเน้นทางด้านการป้องกันการใช้สารเสพย์ติด

ดังนั้นโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้า ในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ในครั้งนี้ เป็นการจัดทำขึ้นเพื่อดำเนินงานร่วมกับกลุ่มเป้าหมายโดยตรง คือ ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีเป้าหมายเพื่อได้บทเรียนในการจัดทำกลยุทธ์ และเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าที่เหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

1.4 กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ



ทั้งนี้ในการศึกษาระยะที่ 1 ใช้วิธีดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับวิธีการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อตอบคำถามต่อไปนี้

1. กลุ่มเป้าหมายให้ความหมายต่อความสุข ความทุกข์ที่เชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพจิตอย่างไร
2. กลุ่มเป้าหมายรับรู้เรื่องของภาวะซึมเศร้า กลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันโรคซึมเศร้าอย่างไร
3. ระดับความสุขของกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระดับใด

คำตอบจากคำถามดังกล่าวจะนำไปสู่การทำความเข้าใจสถานการณ์ชีวิตของกลุ่มเป้าหมายและระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตป้องกันโรคซึมเศร้าในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่กลุ่มเป้าหมายอาศัยอยู่

วิธีดำเนินการศึกษาในระยะที่ 1

ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มิถุนายน 2549 คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาในระยะที่ 1 โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการศึกษาเชิงปริมาณ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยเลือกจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดยโสธร เป็นสถานที่ศึกษาเนื่องจากทั้ง 2 จังหวัดต้องการพัฒนางานการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้าให้มีความเข้มแข็งเป็นรูปธรรม และพื้นที่มีความพร้อมที่จะพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีด้านป้องกันโรคซึมเศร้า

ในแต่ละจังหวัดผู้วิจัยเลือกหมู่บ้านจำนวน 4 หมู่บ้าน แบ่งเป็นจังหวัดละ 2 หมู่บ้าน ทั้งนี้มีเกณฑ์ในการเลือกโดยทั่วไป ดังนี้

(1) เป็นหมู่บ้านที่มีประชาชนส่วนใหญ่เป็นชาวอีสานโดยกำเนิด และก่อตั้งมานานกว่า 100 ปี

(2) มีลักษณะที่สามารถเป็นตัวแทนของวิถีชีวิตของคนทั้ง 2 จังหวัดได้

(3) สามารถเข้าถึงได้อย่างปลอดภัย

จากนั้นได้เอาชื่อหมู่บ้านต่างๆ นำเสนอต่อเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อเลือกพื้นที่ ผลจากการพิจารณาร่วมกันของผู้วิจัย และผู้รับผิดชอบพื้นที่จึงเลือกได้ 4 หมู่บ้าน ต่อไปนี้เป็นสถานที่ศึกษา

2.1.1 หมู่บ้านศรีฐาน หมู่ 1 และ หมู่ 4 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

หมู่บ้านแห่งนี้มีลักษณะเป็นชุมชนเมืองอยู่ติดกับใจกลางเมืองขอนแก่น เป็นชุมชนที่มีอายุเท่ากับจังหวัดขอนแก่น คือ 200 ปี ปัจจุบันเป็นหมู่บ้านที่ถูกจัดเป็นชุมชนหนึ่งในเขตเทศบาลนครขอนแก่น มีโครงสร้างการบริหารงานชุมชนแบบเมือง โดยมีผู้บริหารส่วนใหญ่เป็นผู้ชายในอายุระหว่าง 40-60 ปี อสม. ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีวัด 1 วัด โรงเรียนระดับประถมศึกษา 1 โรงเรียน ประชากรทั้ง 2 หมู่บ้านจำนวน 2,517 คน

ประชากรในหมู่บ้านมีอาชีพหลากหลาย ส่วนใหญ่คือทำงานโรงงาน และงานธุรกิจบริการ รองลงมาคือ รับราชการ และค้าขายปลีก สถานที่ทำงานของคนส่วนใหญ่อยู่ในเมืองขอนแก่น ดังนั้น ในวันจันทร์-วันเสาร์ กลางวันจึงมีแต่ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก และผู้ที่ทำงานกลางคืนอยู่ในหมู่บ้าน การดำเนินชีวิตโดยรวมของชุมชนนี้มีลักษณะของความเป็นชุมชนเมือง แต่คนในหมู่บ้านส่วนใหญ่รู้จักกันจึงมีสัมพันธภาพกันทั้งในฐานะญาติและเพื่อนบ้าน

ภาพที่ 1 หมู่บ้านศรีฐาน

2.1.2 บ้านเชียงหวาง หมู่ 5 และหมู่ 9 อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

เป็นหมู่บ้านที่อยู่ห่างจากใจกลางเมืองยโสธรประมาณ 12 กิโลเมตร มีโรงเรียนอาชีวะศึกษาขนาดใหญ่ตั้งอยู่ที่ทางเข้าหมู่บ้าน หมู่บ้านนี้มีประวัติสืบทอดมาประมาณ 150 ปี ตั้งอยู่ใกล้บ้านสว่าง หมู่คนบ้านที่ศึกษาคือ หมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 9 มีประชากรรวมกัน 1,502 คน เป็นผู้หญิง 738 และผู้ชาย 764 คน

ชาวบ้านเชียงหวางอยู่อาศัยกันแบบครอบครัวใหญ่ คู่สามีภรรยาที่แยกบ้านเรือนเป็นครอบครัวขนาดเล็กมีน้อย ประชาชนอยู่หนาแน่นทุกฤดูกาลไม่ค่อยย้ายถิ่นไปทำมาหากินที่อื่น เนื่องจากมีงานประจำคือการทำนา และการรับจ้างในเมืองเมื่อหมดหน้านา ชาวบ้านมีอัธยาศัยไมตรีดีมาก ชาวบ้านที่อยู่ในชุมชนตอนกลางวันส่วนมากจะเป็นกลุ่มสูงอายุ และเด็ก เนื่องจากหนุ่มสาว และวัยกลางคนจะเข้าไปทำงานในเมือง และทุ่งนา ตกเย็นก็กลับหมู่บ้านเพราะฉะนั้นจึงสังเกตเห็นว่าเกือบทุกหลังคาเรือนจะมีรถจักรยานยนต์ใช้ และบางหลังคาเรือนมีมากกว่า 1 คัน การทำกิจกรรมส่วนรวมของชุมชนผู้ที่มีบทบาทมากคือกลุ่มพ่อบ้าน และกลุ่มแม่บ้าน ทั้งนี้มีความร่วมมือจากกลุ่มเยาวชนน้อยมาก เนื่องจากการที่มีงานประจำทำ นอกจากนั้นการสื่อสาร ระหว่างผู้นำกับกลุ่มเยาวชนมีน้อย สังคมของบ้านเชียงหวางหมู่ 5 หมู่ 9 คือการพบปะสังสรรค์หลังเลิกงานพร้อมด้วยการดื่มเหล้าขาวเกือบทุกวัน ชาวบ้านมีอาชีพทำนาเป็นอาชีพหลัก หมดฤดูทำนาหนุ่มสาวก็จะรับจ้างในตัวเมือง และในโรงงานผลิตชุดชั้นในบุรุษ และสตรี



ภาพที่ 2 หมู่บ้านเชียงหวาง

2.1.3 บ้านหัวงัว หมู่ 2 หมู่ 9 และหมู่ 14 อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธรเป็นหมู่บ้านอยู่ห่างจากใจกลางเมืองยโสธรประมาณ 48 กิโลเมตร มีถนนลาดยางเข้าถึงตัวหมู่บ้าน หมู่บ้านนี้ก่อตั้งมาประมาณเกือบ 100 ปี หมู่บ้านที่ถูกเลือกเข้าร่วมในโครงการคือ หมู่ 2 หมู่ 9 และหมู่ 14 ซึ่งมีประชากรรวมกัน 2,207 คน โดยกลุ่มคนที่มีมากที่สุดมีอายุ 30-34 ปี ผู้หญิง 1,083 คน และผู้ชาย 1,124 คน

ประชากรในหมู่บ้านส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม คือ เย็บผ้าโดยเอางานจากโรงงานมาเย็บที่บ้าน หมู่บ้านนี้มีคณะหมอลำ ซึ่งมีชื่อเสียง 1 คณะ มีบางบ้านรับทำบั้งไฟ



ภาพที่ 3 หมู่บ้านหัวงัว

2.1.4 บ้านหนองมะเขือ หมู่ 2 กิ่งอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

เป็นหมู่บ้านกลางทุ่งนา และไร่มันสำปะหลัง ห่างจากใจกลางเมืองขอนแก่นประมาณ 80 กิโลเมตร ทางเข้าหมู่บ้านเป็นทางดินซึ่งในฤดูฝนจะเข้า-ออกหมู่บ้านลำบาก ดินของหมู่บ้านเป็นดินเค็ม น้ำใต้ดินเป็นน้ำกร่อยใช้เพาะปลูกไม่ได้ ต้องอาศัยน้ำฝน ซึ่งส่วนใหญ่ก็แล้งชาวบ้านส่วนใหญ่จึงมีอาชีพเลี้ยงวัว ทำงานก่อสร้าง และค้าเร่ไปยังหมู่บ้านต่างๆ ชาวบ้านส่วนใหญ่มีการทอผ้าไว้ใช้เอง และเก็บไว้ทำบุญ มีนาข้าวทำสำหรับกินไม่พอขาย และทำนาได้เฉพาะปีที่น้ำฝนดีเท่านั้น

หมู่บ้านนี้มีคณะกลองยาวที่มีชื่อเสียง เป็นที่ภาคภูมิใจของชาวบ้านมีประชากรทั้งสิ้น 788 คน เป็นผู้หญิง 385 คน และผู้ชาย 403 คน



ภาพที่ 4 หมู่บ้านหนองมะเขือ



2.2 ผู้ให้ข้อมูล

2.2.1 การศึกษาเชิงคุณภาพ

ในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพในทั้ง 4 หมู่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลในระยะแรกคือผู้ที่เป็นแกนนำต่างๆ ในหมู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยเลือกโดยวิธีการเฉพาะเจาะจงที่ตำแหน่งผู้นำในชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แกนนำเยาวชน แกนนำสตรีกลุ่มต่างๆ เป็นต้น จากนั้น จึงใช้วิธีเลือกเชิงทฤษฎี (Theoretical sampling) ไปยังกลุ่มอายุต่างๆ โดย เริ่มที่การเลือกแบบเปิดกว้าง เมื่อมีข้อมูลชี้นำไปในทิศทางใดก็ใช้วิธี snow ball เสาะหาผู้ให้ข้อมูลเฉพาะในประเด็นนั้นๆ ต่อไป ร่วมกับการได้ผู้ให้ข้อมูลชนิดสุดขั้วจากการศึกษาเชิงปริมาณ

จากกระบวนการเลือกผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีผู้ให้ข้อมูลหลักที่ทำให้ข้อมูลอิ่มตัวทั้งหมด 325 คน แยกเป็นหมู่บ้านต่างๆ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2.1 ดังนี้

ตารางที่ 2.1 จำนวน และร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามสถานที่ศึกษา และกลุ่ม

หมู่บ้าน	ศรีฐาน (N = 82)		เชียงหวาง (N = 65)		หัวงัว (N = 69)		หนองมะเขือ (N = 109)	
กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	n	%	n	%	n	%	n	%
ผู้นำ/แกนนำ								
หญิง	20	24.39	3	4.62	2	2.90	3	2.73
ชาย	3	3.66	12	18.46	10	14.49	6	5.46
ประชาชนกลุ่มอายุต่างๆ								
หญิง								
15 - 25 ปี	3	3.66	8	12.31	8	11.59	13	11.83
26-59 ปี	10	12.20	10	15.38	10	14.49	18	16.38
60 ปีขึ้นไป	18	21.95	8	12.31	11	15.94	16	14.56
ชาย								
15 - 25 ปี	8	9.76	8	12.31	8	11.59	17	16.47
26-59 ปี	16	19.51	8	12.31	9	13.04	20	18.20
60 ปีขึ้นไป	4	4.88	8	12.31	11	15.94	16	14.56

2.2.2 การศึกษาเชิงปริมาณ

ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบการสุ่มแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น (non-probability sampling) โดยการสุ่มแบบสะดวก (convenience sampling) ในช่วงเวลาที่กำหนด คือ 2 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 22 มีนาคม-7 เมษายน 2549 ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15-60 ปี ทั้งสิ้น 1,069 คน จำแนกตามหมู่บ้านต่างๆ ดังนี้

บ้านศรีฐาน	287	คน
บ้านเชียงหวาง	187	คน
บ้านหัวงัว	291	คน
บ้านหนองมะเขือ	304	คน

2.3 การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล 2 วิธี คือ

2.3.1 การเข้าถึงอย่างเป็นทางการ หมายถึงการใช้เอกสารนัดแนะ และกำหนดประเด็นการสนทนาล่วงหน้าชัดเจน ผู้วิจัยใช้วิธีการนี้ในช่วงต้น และช่วงท้ายของการเก็บข้อมูล คือ ช่วงการแนะนำกลุ่มนักวิจัย กับผู้นำ/แกนนำ ใช้วิธีการเชิญประชุมร่วม และช่วงท้ายเป็นการจัดทำเวทีสาธารณะนำเสนอผลการศึกษา ตรวจสอบข้อมูล และขออนุญาตเผยแพร่ผลการศึกษา

ภาพที่ 5 การประชุมแกนนำหมู่บ้าน



ภาพที่ 6 เวทีสาธารณะ



2.3.2 การเข้าถึงอย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง การที่นักวิจัยเข้าไปร่วมกิจกรรมของชุมชน แล้วชวนผู้ให้ข้อมูลสนทนา และการเดินเคาะประตูบ้านขอสัมภาษณ์ซึ่งนักวิจัยใช้วิธีการนี้ในการสร้างความคุ้นเคยกับชุมชนในระยะแรก จนประชาชนในชุมชนเกิดความไว้วางใจผู้วิจัยมากพอที่จะพูดคุยเรื่องราวส่วนตัวกับผู้วิจัยได้อย่างไม่ปิดบังในระยะต่อมา

2.4 วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 5 เดือน โดยเริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมิถุนายน 2549 โดยมีรายละเอียดของวิธีการเก็บข้อมูล ดังนี้

2.4.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่หลากหลาย และอิ่มตัว นักวิจัยจึงใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธีกับผู้ให้ข้อมูลหลายลักษณะ ดังนี้

(1) การสังเกต และบันทึกภาคสนาม

ตลอดช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้สังเกตบริบทของสถานที่ศึกษา ผู้ให้ข้อมูล และทำบันทึกภาคสนามทุกครั้งที่เข้าพื้นที่สถานที่ศึกษา ข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงวิถีชีวิตของผู้ให้ข้อมูลได้ชัดเจนขึ้น

(2) การสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่มเพื่อเปิดประเด็นศึกษา สร้างความคุ้นเคยระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล พร้อมกับศึกษาการรับรู้ของผู้ร่วมสนทนาต่อการดำเนินชีวิตของคนในหมู่บ้าน ทุกข์-สุข และความเข้าใจในเรื่องของภาวะซึมเศร้า กับโรคซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มจำนวนทั้งสิ้น 38 กลุ่ม ใน 4 หมู่บ้าน มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 297 คน ในหมู่บ้านต่าง ๆ ดังนี้

บ้านศรีฐาน	11	กลุ่ม
บ้านเชียงหวาง	7	กลุ่ม
บ้านหัวงัว	7	กลุ่ม
บ้านหนองมะเขือ	13	กลุ่ม

ภาพที่ 7 สนทนากลุ่มวัยรุ่นหญิง



ภาพที่ 8 สนทนากลุ่มวัยรุ่นชาย



ภาพที่ 9 สนทนากลุ่มผู้หญิง



ภาพที่ 10 สนทนากลุ่มผู้ชาย



(3) การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแหล่งข้อมูลเฉพาะเรื่อง หรือเป็นผู้มีประสบการณ์เฉพาะที่อธิบายเรื่องราว หรือปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ชัดเจนยิ่งขึ้นผู้ที่ถูกระบุว่าเคยผ่านวิกฤตการณ์ในชีวิตผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ตอบแบบสำรวจบางคนที่ถูกระบุจากการวิเคราะห์แบบสำรวจ

ดัชนีชี้วัดความสุขว่ามีความสุขมากกว่าปกติ และน้อยกว่าปกติ และบุคคลแกนนำที่แสดงความสนใจในงานสุขภาพจิตเป็นพิเศษ รวมเป็นจำนวนผู้ถูกสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งสิ้น 28 คน

บ้านศรีฐาน	6	คน
บ้านเชียงหวาง	5	คน
บ้านหัวงัว	12	คน
บ้านหนองมะเขือ	5	คน

(4) การศึกษาเอกสาร เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานทางประชากร ประวัติหมู่บ้าน และแหล่งทรัพยากรต่างๆ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องของสถานีอนามัย และศูนย์สุขภาพเบื้องต้นที่ดูแลหมู่บ้านที่ศึกษาเพิ่มเติม ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลบุคคลอื่นๆ



ภาพที่ 11 คณะนักวิจัยที่สถานีอนามัย

2.4.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมด้านระดับความสุขในเบื้องต้นของชุมชนและข้อมูลชี้นำไปสู่การหาผู้ให้ข้อมูลแบบสุดขั้วเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถาม 2 ชุด ในช่วง 2 สัปดาห์ คือ ระหว่างวันที่ 22 มีนาคม-7 เมษายน 2549 ดังนี้

(1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยอายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

(2) แบบสำรวจดัชนีชี้วัดความสุข ซึ่งเป็นแบบสำรวจสุขภาพจิตของคนไทยฉบับสั้นที่พัฒนาโดย อภิชัย มงคล และคณะ (2547) แบบสำรวจนี้เป็นแบบสำรวจดัชนีชี้วัดความสุขฉบับสั้นที่คณะผู้สร้างได้ทำการลดข้อคำถามลงจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ ซึ่งมี 54 ข้อ ประกอบด้วย 4 Domain คือ 1) สภาพจิตใจ (mental state) มี 13 ข้อ 2) สมรรถภาพของจิตใจ (mental capacity) มี 15 ข้อ 3) คุณภาพของจิตใจ (mental state) มี 14 ข้อ และ 4) ปัจจัยสนับสนุน (supporting factors) ซึ่งมี 12 ข้อ คณะผู้สร้างเครื่องมือได้พัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรม และไปทำการศึกษาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการที่สนทนากลุ่มกับประชาชนทั่วไป 5 ภาคของประเทศ คือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ เพื่อทำการทดสอบความตรงเรื่องเนื้อหา และภาษา และนำข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นเครื่องมือไปทำการศึกษาความตรงตามโครงสร้างกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 ภาค และวิเคราะห์ข้อมูลความตรงตามโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์ตัวประกอบ (Factor analysis) ร่วมกับการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นมีการปรับแก้ไข และไปทดสอบความตรงตามโครงสร้าง และความเชื่อมั่นของเครื่องมืออีกครั้ง



ภาพที่ 12 การสำรวจระดับความสุข

สำหรับดัชนีชี้วัดความสุขฉบับสั้นนี้ประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม โดยคณะผู้สร้างได้ทำการลดข้อคำถามลงโดยพิจารณาจากค่า factor loading ในแต่ละรายการคำถาม โดยมีค่าน้ำหนักต่อภาพรวมของแต่ละ Domain อย่างน้อยเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 50

ของความแปรปรวนทั้งหมด ค่าความพ้อง (agreement) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ และฉบับสั้นมีค่า Kappa เท่ากับ 0.63 ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.81 ค่าคะแนนความเป็นไปได้ของแบบสำรวจดัชนีชี้วัดความสุขฉบับสั้นอยู่ระหว่าง 0-45 คะแนน และแบ่งระดับความสุขออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนนระหว่าง 0-27 คะแนน หมายถึง มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป
ค่าคะแนนระหว่าง 28-34 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
ค่าคะแนนระหว่าง 35-45 คะแนน หมายถึง มีความสุขดีกว่าคนทั่วไป

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้มีข้อมูล 2 ลักษณะ คือ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นคำพูด บทสนทนา และการบรรยายต่างๆ กับข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นตัวเลขจำนวนและค่าคะแนนระดับความสุข ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

2.5.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) โดยวิเคราะห์ไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล ทั้งนี้การวิเคราะห์ทั้งหมดครอบคลุมขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 นักวิจัยอ่านข้อความข้อมูลเชิงคุณภาพที่เป็นบันทึกภาคสนาม จากการถอดความคำต่อคำของการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก และข้อความในเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทำความเข้าใจข้อมูล

ขั้นที่ 2 จัดระบบข้อมูล และแยกหมวดหมู่ของข้อมูล โดยเริ่มจากการให้ดัชนีข้อมูลเชิงคุณภาพในขั้นที่ 1 แล้วจัดกลุ่มดัชนีสร้างเป็นประเด็นย่อย จากนั้นรวมกลุ่มประเด็นย่อยขึ้นมาเป็นประเด็นหลัก และเพื่อให้การจัดระบบข้อมูล และแยกหมวดหมู่ข้อมูลเป็นรูปธรรม ง่ายต่อการวิเคราะห์ในขั้นต่อไป ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการทำแผนที่ความคิด (mind mapping) และเอาดัชนีมาลงตาราง matrix เพื่อดูการกระจาย และความหนาแน่นของดัชนี เพื่อสร้างสมมติฐานชั่วคราว และหาหลักฐานมาอธิบายเพิ่มเติม ดังปรากฏในตัวอย่างดัชนี ตาราง matrix และแผนที่ความคิด



ภาพที่ 13 คณะวิจัยร่วมวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวอย่างที่ 1 ดัชนีที่ได้จากส่วนหนึ่งของข้อมูล

ทุกข์	เด็กน้อย
ทุกข์ใจ	วัยรุ่น
สุขใจ	ผู้ใหญ่
ส่วนตัว	ผู้เฒ่า
ส่วนรวม	อารมณ์ดี
ครอบครัว	อารมณ์เศร้า

ตัวอย่างที่ 2 ตาราง matrix เรื่องวิธีคลายทุกข์ (บางส่วน)

วิธี	ศรีฐาน			เชียงหวาง			หัวงัว			หนองมะเขือ		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
เล่นกีฬา	✓	-	-	✓	-	-	✓	✓	-	✓	-	-
เที่ยวเธค	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	-
แข่งมอเตอร์ไซต์	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ฟังเพลง	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	-	✓	✓	✓	✓
คุยกับเพื่อน	-	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	-	-	✓	✓
คุยกับคนในครอบครัว	-	✓	-	✓	✓	-	-	✓	✓	-	✓	-
กินเหล้า	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	-	-
ฟังธรรม / ทำบุญ	-	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓

หมายเหตุ : 1 = กลุ่มอายุ 15 - 25 ปี ✓ = กล่าวถึงซ้ำมาก
2 = กลุ่มอายุ 26 - 59 ปี - = กล่าวถึงน้อย / ไม่มีเลย
3 = กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

ขั้นที่ 3 ให้รหัสการอ้างอิงที่เป็นหลักฐานถึงดัชนีต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้รหัสเป็นพยัญชนะภาษาอังกฤษ และตัวเลขรวมทั้งหมด 5 ตำแหน่งดังนี้

ตำแหน่งแรก วิธีการเก็บข้อมูล F (สนทนากลุ่ม) I (สัมภาษณ์เชิงลึก)
ตำแหน่งที่ 2 สถานที่ศึกษา S (ศรีฐาน) C (เชียงหวาง) H (หัวงัว) N (หนองมะเขือ)
ตำแหน่งที่ 3 เพศ ♀ (หญิง) ♂ (ชาย)
ตำแหน่งที่ 4 กลุ่มอายุ 1 (15 - 25 ปี) 2 (26 - 59 ปี) 3 (60 ปีขึ้นไป)
ตำแหน่งที่ 5 ลำดับที่ของผู้ให้ข้อมูล

ตัวอย่าง ข้อความที่เป็นหลักฐานของดัชนีวิธีการคลายเครียด
"นั่งหลับตาพุทโธ ธรรมโม พุทโธ ธรรมโม ได้มันระบายจนมันอ่อน ตัวเราอ่อนไปอ่อนมา เราก็สบายแล้วก็ทำอะไรได้" (IS 22) หมายความว่าข้อความนี้มาจากการสัมภาษณ์ที่บ้านศรีฐาน ผู้หญิง ในกลุ่มอายุ 26-59 ปี ลำดับที่ 2 รหัสนี้ช่วยให้ผู้วิจัยจัดกลุ่มข้อมูลของดัชนีต่างๆ ได้ชัดเจน

ขั้นที่ 4 ตีความ ผู้วิจัยตีความข้อมูล โดยการเชื่อมโยง และดูความสัมพันธ์ของข้อมูลต่างๆ ที่จัดระบบ และหมวดหมู่ในขั้นตอนที่ 2 และหลักฐานในขั้นที่ 3 ในขั้นนี้ผู้วิจัยได้นำประเด็นที่ได้จากการตีความไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าผู้วิจัยไม่ได้ตีความผิดไปจากความเป็นจริงที่ปรากฏจากข้อมูล

ขั้นที่ 5 สร้างข้อสรุป จากการตีความข้อมูลต่างๆ นำเสนอเป็นแก่นความรู้ที่ได้จากการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำข้อสรุปที่สร้างขึ้นเป็นแก่นสาระนำเสนอในกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบ และได้แนวคิดในการอภิปรายเพิ่มเติม

2.5.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

(2) ข้อมูลค่าคะแนนความสุขในตัวแปรต่างๆ ของแต่ละพื้นที่ วิเคราะห์เปรียบเทียบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.6 ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย

การศึกษาเรื่องนี้สามารถยืนยันได้ว่ามีความน่าเชื่อถือจากการดำเนินงานวิจัยในทุกขั้นตอนใน 3 ประเด็นที่สำคัญ คือ

2.6.1 เครื่องมือวิจัย มี 2 ส่วนคือ เครื่องมือการศึกษาเชิงคุณภาพซึ่งเป็นที่ตัวคณะผู้วิจัยทุกคนมีความรู้ ความเข้าใจ และมีประสบการณ์การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนั้นในระหว่างการดำเนินการวิจัยนักวิจัยทุกคนมีการประชุมปรึกษากันเป็นระยะเพื่อตรวจสอบซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านของความคิด วิธีการ และการตีความ

เครื่องมือการศึกษาเชิงปริมาณคือแบบสอบถาม ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบว่ามีค่าความเชื่อถือได้ในระดับสูง และเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการวิจัยสุขภาพจิต

2.6.2 ข้อมูล ความเชื่อถือได้ด้านข้อมูลเชิงคุณภาพ มาจากการใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ด้านวิธีการเก็บข้อมูลที่ใช้หลายวิธี เก็บข้อมูลโดยนักวิจัยหลายคน กับผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลาย ในช่วงเวลาต่างๆ กัน นำมาตรวจสอบดูความหลากหลาย หนักแน่น และอิ่มตัว ดังปรากฏในตารางการตรวจสอบสามเส้า ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2.2 สรุปการตรวจสอบสามเส้า

ชนิด	บุคคล/วิธี	วัตถุประสงค์
1. นักวิจัย (Investigator)	ทีมนักวิจัย 11 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ	ความหลากหลายของแนวคิด ภูมิหลัง
2. แหล่งข้อมูล (Data source)	ผู้นำชุมชน ชาวบ้านอายุ 15 ปี ขึ้นไป แกนนำกลุ่ม พระสงฆ์ หมอพื้นบ้าน	ความหลากหลาย และ ความหลากหลาย และ อิ่มตัวของข้อมูล
3. วิธี (Method)	สังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม แบบสำรวจ	การรับรู้ในระดับบุคคล วิถีชีวิตของ
4. หน่วยการวิเคราะห์ (Unit of analysis) 5. ทฤษฎี (Theory)	บุคคล หมู่บ้าน สุขภาพจิต และจิตเวช การส่งเสริมสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม	เป็นการรับรู้ในระดับบุคคล ในเงื่อนไข บริบทต่างๆ มโนทัศน์ชี้นำสู่การส่งเสริม สุขภาพจิต และป้องกัน โรคซึมเศร้า
6. วิเคราะห์ (Analysis)	การวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์แก่นสาระ	ความสมบูรณ์ของคำอธิบาย ปรากฏการณ์

ส่วนความเชื่อถือได้ด้านข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยควบคุมจากกระบวนการเก็บข้อมูล และการนำเข้าข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์

2.6.3 การวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมมาตรฐาน (SPSS) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ส่วนการวิเคราะห์เนื้อหา และแก่นสาระนั้น ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องพร้อมกับตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง และนำเสนอเพื่อให้ได้แนวคิดที่หลากหลายจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต ในการประชุมเสนอความก้าวหน้างานวิจัย

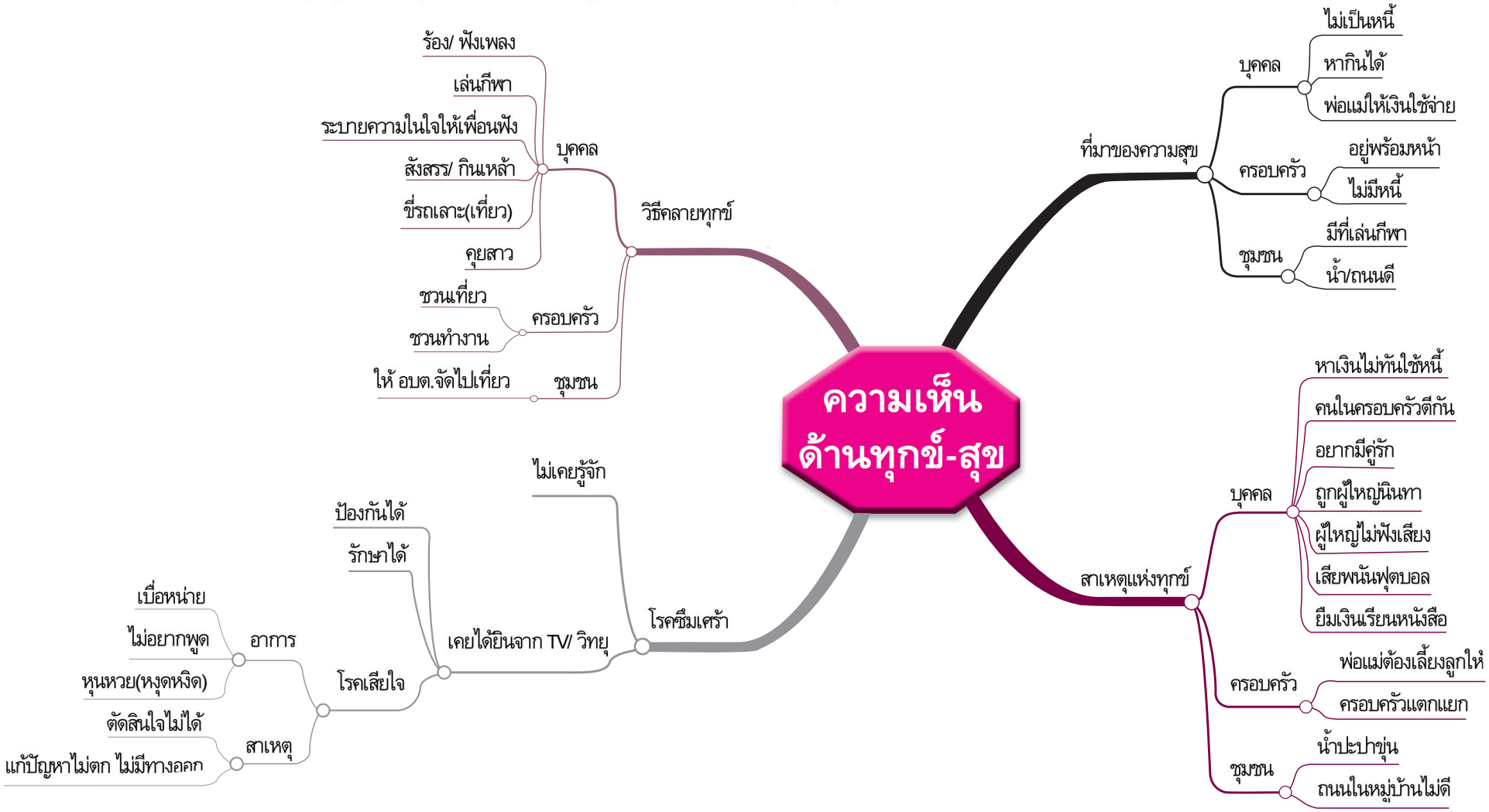
ภาพที่ 14 การนำเสนอความก้าวหน้างานวิจัย



2.7 จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาเรื่องนี้ผ่านการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมก่อนการเข้าพื้นที่เก็บข้อมูล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 490106 ภายใต้หลักการ Helsinki Decralation และในระหว่างการเก็บข้อมูลนักวิจัยได้ดำเนินการทุกวิถีทางที่เป็นการเคารพสิทธิของผู้ให้ข้อมูล ไม่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเสียหาย นอกจากนั้นก่อนนำเสนอผลการศึกษา ผู้วิจัย ได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการเผยแพร่ผลการศึกษาทั้งในเรื่องของเนื้อหาการอ้างอิงบุคคล สถานที่ และภาพถ่ายต่างๆ ผลการศึกษานำเสนอแบบพรรณนาโดยในบทที่ 3 ให้ภาพบริบทเชิงสังคมวัฒนธรรม และการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูลในปัจจุบัน และบทที่ 4 เสนอการรับรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า ชื่อของสถานที่เป็นชื่อจริง ส่วนบุคคลที่อ้างอิงเป็นนามสมมุติ ส่วนบทที่ 5 เป็นการสรุปอภิปราย เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 ต่อไป

ตัวอย่าง แผนที่ความคิดของกลุ่มผู้ชายอายุ 15-25 ปี ของหมู่บ้านหัวงัวเกี่ยวกับทุกข์สุข และโรคซึมเศร้า



บทที่ 3

ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ

วิถีชีวิต และทุกข์สุขของชาวบ้าน

จากองค์ความรู้ที่ปรากฏในปัจจุบัน สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้ายังไม่สามารถระบุได้แน่ชัดนัก แต่ก็มีหลักฐานที่ทำให้นักวิชาการด้านสุขภาพจิตเชื่อว่าภาวะไม่สมดุลของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) เช่น โดพามีน เซโรโทนิน ในสมองเป็นต้นเหตุสำคัญของการเกิดโรคซึมเศร้า จึงมีคำถามต่อว่ามีสาเหตุใดที่ทำให้สารเคมีดังกล่าวเกิดความไม่สมดุล คำตอบนี้ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาหาหลักฐานเชิงประจักษ์มาอธิบายให้ละเอียดว่า อาหาร แอลกอฮอล์ การนอนหลับ การออกกำลังกาย และภาวะเครียด ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการลด-เพิ่ม ของสารสื่อประสาทในสมองนั้นมีผลอย่างไรต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และมีอะไรอื่นอีกหรือไม่ที่เป็นต้นเหตุให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง

นอกจากหลักฐานทางด้านชีวเคมีในสมองแล้ว ยังมีหลักฐานว่าการทำงานร่วมกันของกรรมพันธุ์กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมก็เป็นอีกสาเหตุหลักของการทำให้บุคคลเป็นโรคซึมเศร้าได้ กล่าวคือบุคคลที่มีประวัติว่าคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า หากบุคคลนั้นอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อก็จะทำให้เป็นโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งก็มีคำถามว่าปัจจัยใดในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ คำตอบประการหนึ่งที่สำคัญที่มีอยู่คือ สถานะเพศ (gender) และความรุนแรง (Wade, Cairney & Pevalin, 2002; Chirawatkul, 2005)

จากองค์ความรู้ดังกล่าวได้ชี้นำว่าการป้องกันโรคซึมเศร้านั้นสามารถทำได้ โดยการป้องกันการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง และการกำจัดปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้บุคคลป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ดังนั้นการทำความเข้าใจวิถีชีวิตและทุกข์ สุข ของบุคคล ภายใต้บริบทเฉพาะทางสังคมวัฒนธรรม ตามการรับรู้ของชาวบ้านเอง ก็จะทำให้สามารถแยกแยะปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าของบุคคลต่างๆ ได้ภายใต้กรอบองค์ความรู้ที่มีอยู่ และความเป็นจริงในบริบทนั้นๆ

สาระสำคัญในบทนี้เป็นผลการศึกษาที่สะท้อนภาพวิถีชีวิต และทุกข์ สุข ตามการรับรู้ของชาวบ้านหมู่บ้านศรีฐาน เชียงหวาง หัวงัว และหนองมะเขือ

3.1 ความเป็นอีสาน : ฮีต ที่ยังดำรงอยู่กับความหมายที่เปลี่ยนไป

ชาวบ้านที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในทั้ง 4 หมู่บ้าน ทั้งเพศหญิง และชาย ในช่วงอายุ 15 ปี ขึ้นไป ดำเนินชีวิตที่เหมือนกันประการหนึ่ง คือ มีฮีต 12 หรือ ประเพณี 12 เดือน ดังนี้

เดือนอ้าย	บุญผ้าป่า
เดือนยี่	บุญปีใหม่
เดือนสาม	บุญข้าวจี่
เดือนสี่	บุญเผวส หรือบุญมหาชาติ



เดือนห้า	บุญสงกรานต์
เดือนหก	บุญบั้งไฟ
เดือนเจ็ด	บุญเบิกบ้าน
เดือนแปด	บุญเข้าพรรษา
เดือนเก้า	บุญข้าวประดับดิน
เดือนสิบ	บุญข้าวสาก
เดือนสิบเอ็ด	บุญออกพรรษา
เดือนสิบสอง	บุญกฐิน



ภาพที่ 15 บั้งไฟอีสาน

เป็นที่น่าสังเกตว่าวัยรุ่นชายหญิงจำนวนหนึ่งที่บ้านศรีฐานกล่าวเชิงตลกขบขันว่าเดือนกุมภาพันธ์มีบุญวาเลนไทน์ ซึ่งคำ **"บุญ"** ในที่นี้ไม่ได้หมายถึงการทำบุญในศาสนาพุทธ แต่หมายถึงการรวมตัวทำกิจกรรมเดียวกัน จึงสะท้อนว่าวัยรุ่นในสังคมหมู่บ้านศรีฐานรับอิทธิพลทางตะวันตกมากกว่าอีก 3 หมู่บ้าน

ความหมายเดิมของการประกอบพิธีกรรมตามประเพณี 12 เดือน ของชาวอีสานคือการทำบุญอุทิศส่วนกุศลถึงบรรพบุรุษ การประกอบศาสนกิจ เพื่อความเป็นศิริมงคลต่อไร่นา และชีวิตความเป็นอยู่ แต่ในปัจจุบันนี้ความหมายของการประกอบพิธีกรรมตามฮีต 12 ได้ถูกกล่าวถึงต่างออกไปในลักษณะต่างๆ ดังนี้

3.1.1 คือความสามัคคี

คำพูดต่อไปนี้ได้สะท้อนว่าฮีต 12 ได้เป็นตัวชี้วัดถึงความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชาวอีสาน

"โบราณเขาว่าตามฮีตตามคองที่สิบสอง สิบสองเดือนนี่เขาจะมีบุญทุกเดือนเดือนละอย่างๆ ที่นี่เราจะเอาเฉพาะบุญใหญ่ๆ มารวมกันแต่บุญเล็กไม่ค่อยเท่าไหร่ บุญใหญ่ยกตัวอย่างบุญข้าวจี่ บุญข้าวสาก บุญข้าวจี่เดือนสี่ บุญมหาชาติ อย่างงี้คือจะมีบุญเป็นประจำไม่เคยขาดเลยเดือนเมษาปิดสงกรานต์....กตัญญูหรือไหว้ผู้สูงอายุเราก็มีเป็นประจำ...แต่ละชุมชนเดือนหก ก็บุญบั้งไฟอย่างงี้ ก็จะมารวมกันทำทุกปี ไม่ใช่ว่าจะทำปีเดียวครั้งเดียวเราก็ทำมาตั้งแต่ไหนแต่ไรเลยอันนี้อย่างเดือนเจ็ดเดือนแปดเดือนเก้าเดือนสิบถึงเดือนสิบสองนี่มีทุกเดือนเกิดความสามัคคีตรงนี้มีประจำ"

3.1.2 คือศูนย์รวมของจิตใจ

การได้ทำตามประเพณีที่สืบทอดกันมาและเน้นการทำบุญทำให้เกิดความสบายใจ ดังสะท้อนจากคำพูดต่อไปนี้

“เฮ็ดให้รู้ถึงอดีต ประเพณี นิกะคือวัฒนธรรมมีสืบทอดกันมาเรื่อยๆ จากรุ่นหลังจนถึงปัจจุบันอย่างหนึ่ง กะเฮ็ดให้เฮาเห็นว่าอดีตเพิ่นเคยเฮ็ดจังได๋ เฮ็ดให้เฮารู้เรื่องราวของอดีตถึงปัจจุบัน เป็นการเฮ็ดต่อกันมาเรื่อยๆ เป็นศูนย์รวมของจิตใจอย่างหนึ่งให้เกิดความสามัคคี”

“ประเพณีของคนในหมู่บ้านยังมีอยู่ เช่น การเลี้ยงผีตาปู่ บุญบั้งไฟ ทำให้คนในชุมชนมีความสุข ความศรัทธา ร่วมกัน และยังมีความเชื่อ คือ เครื่องรางของขลัง ทำให้คนในชุมชนมีที่พึ่ง ยึดเหนี่ยว”

3.1.3 คือความสุข สนุกสนาน

บุญใหญ่ๆ เช่น บุญสงกรานต์ บุญเผวส บุญบั้งไฟ บุญเข้าพรรษา บุญออกพรรษา เป็นเวลาที่ญาติพี่น้องมาพบกัน และในหมู่บ้านก็มีมหรสพเฉลิมฉลอง เช่น หมอลำเรื่อง หมอลำซิ่ง ซึ่งมักจะผนวกวงดนตรีเข้าไปด้วย คำพูดต่อไปนี้ได้สะท้อนความสุขสนุกสนานในงานบุญ ดังนี้

“ข้อดี ได้ทำบุญ ชาวบ้านก็ได้ร่วมกิจกรรม และก็ร่วมสนุกสนานร่วมกัน เป็นการนัดพบกันของไทยบ้าน”

“เพื่อจะร่วมทำบุญร่วมกัน มีความสุข สนุกสนาน ได้ทำบุญพร้อมบริจาค ผู้ใดศรัทธาน้อย ศรัทธาหลาย เรื่องของส่วนบุคคล แล้วก็มาร่วมกันทำบุญ เงินก็เก็บ เป็นกองทุนของวัดใช้จ่ายในวัด ค่าน้ำ ค่าไฟ ก็แล้วแต่กรรมการของวัด เสร็จแล้วก็ไปทำหน้าที่ของใครของมัน”

3.1.4 คือความมีชื่อเสียง

ประเพณีบางอย่างได้ถูกสนับสนุนจากภาครัฐให้เป็นสิ่งดึงดูดการท่องเที่ยว เผยแพร่ชื่อเสียง และดึงเงินทองจากนักท่องเที่ยวเข้าสู่ชุมชน เช่น บุญบั้งไฟบ้านเชียงหวาง และบ้านหัวงัว ต่างนำบั้งไฟของตนเองเข้าสู่การประกวด ในขณะที่บ้านหนองมะเขือ ได้สร้างคณะกลองยาว แสดงในงานบุญประเพณีใหญ่ๆ และรับงานต่างๆ อันเป็นช่องทางการสร้างชื่อเสียงให้ชุมชน และเป็นที่มาของรายได้อีกส่วนหนึ่ง เสียงสะท้อนการใช้งานประเพณี เพื่อสร้างชื่อเสียงให้ชุมชน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“บ้านเรามีคณะกลองยาว ชนะการประกวด”

“กลองยาวของบ้านเรามีชื่อเสียงไปหารับจ้างเป็นจุดเด่นของบ้านนี้”

3.1.5 คือเวลาทะเลาะวิวาท

แม้ว่างานบุญประเพณี 12 เดือนจะถูกรับรู้ในแง่บวกเป็นส่วนใหญ่ แต่ชาวบ้านทั้ง 4 หมู่บ้านก็สะท้อนภาพลบที่เกิดในงานบุญประเพณีใหญ่ที่มีการเฉลิมฉลอง เช่นกันนั่นคือการทะเลาะวิวาทที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา ดังสะท้อนจากคำพูดต่อไปนี้

“เกิดความสามัคคี สนุกสนาน ทุกคนมารวมกันทำบุญ ร่วมกันจิตใจสบาย แต่ก็มีปัญหาบ้างพวกกินเหล้า แล้วอาละวาด เดี๋ยวนี้รู้สึกว่าจะเป็นปัญหากันทุกบ้าน เรื่องเหล้า ถ้าเลิกขาย เลิกผลิตก็คงดี”

โดยสรุปงานบุญประเพณี 12 เดือน เป็นกิจกรรมที่ชาวบ้านที่ร่วมศึกษาทั้งหมดเห็นว่าเป็นที่มาของความสุข มากกว่าความทุกข์ แม้ความหมายของการทำพิธีจะเปลี่ยนไป ดังคำพูดต่อไปนี้

“เฮ็ดแล้วมีความสุข อยู่เย็นเป็นสุข”

“กลองยาว ผมเฮ็ดให้คนสุขใจหมดบ้าน พอว่าเล่นขึ้นพี่น้องว่าแต่ได้ยินวะ เว้าเรื่องอันนี้ ข้าเจ้ากะมาฟ้อน กะเฮ็ดให้มีความสุขได้”

อาจกล่าวได้ว่าพิธีกรรมประเพณี 12 เดือน เป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมของชุมชนอีสานที่ทำให้คนในชุมชนมีที่ยึดเหนี่ยว มีความโยงใยสัมพันธ์กัน เอื้ออาทรกัน และเป็นปัจจัยทางบวกในวิถีชีวิตของคนอีสาน

3.2 ชุมชนเปลี่ยน ชีวิตเปลี่ยน แต่ละวัยไปคนละทาง

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 หมู่บ้าน ต่างกล่าวตรงกันว่า หมู่บ้านมีความเปลี่ยนแปลงมากมายในปัจจุบัน **“การพัฒนา”** มีให้เห็นทางกายภาพ เช่น การคมนาคม บ้านเรือน การแต่งกาย การประกอบอาชีพ ทุกหมู่บ้านในปัจจุบัน ไม่ได้มีวิถีชีวิตที่เป็นหนึ่งเดียวเหมือนกันอีกต่อไป ผู้คนในแต่ละหมู่บ้าน แม้จะอยู่ในบริบททางสังคมวัฒนธรรมคล้ายคลึงกันแต่ผู้คนในแต่ละวัยก็มีวิถีชีวิตที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ดังภาพสะท้อนจากคำบอกเล่าของชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน ดังต่อไปนี้

3.2.1 บ้านศรีฐาน

ประมาณร้อยละ 60 ของประชากร คือ ครอบครัวที่ขยายจากครอบครัวดั้งเดิม รวมทั้งคนใหม่ที่เกี่ยวดองจากการแต่งงาน นอกจากนั้นเป็นครอบครัวที่ย้ายมาจากที่ต่างๆ ทั้งที่อยู่ถาวร และอยู่ชั่วคราว แต่ละครอบครัวมีความเป็นส่วนตัวมาก แม้ว่าจะเป็นญาติกัน ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงผู้คนในชุมชนของคนใน 2 ลักษณะ คือ แบ่งตามวัย และแบ่งตามฐานะทางเศรษฐกิจ ดังนี้

(1) เด็กน้อย : เป็นพวกเด็กที่ยังไม่เข้าโรงเรียน ไปจนถึงเด็กเรียนชั้นประถมศึกษา กลุ่มนี้ถูกกล่าวถึงว่ามีลักษณะ **“ขี้ดื้อ ขี้มืน”** ซึ่งหมายถึงเอาแต่ใจตัวเอง ถูกตามใจมาก เป็นกลุ่มที่ทุกข์น้อยเพราะมีคนดูแล

(2) วัยรุ่น : เป็นเด็กชั้นมัธยม คือระดับปริญญาตรี ยังไม่แต่งงาน คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่คือเรียนหนังสือ มีบางส่วนที่ทำงาน และอยู่บ้านเฉยๆ คนกลุ่มนี้ถูกมองว่าถ้าเรียนหนังสือมักไม่มีปัญหา แต่พวกไม่เรียนมักมีเรื่องทะเลาะวิวาทจากการดื่มเหล้า ส่วนคนวัยนี้เองกลุ่มหญิง และชายให้ภาพของตนเอง ดังนี้

กลุ่มผู้หญิง : ช่วยเหลืองานบ้าน พูดเข้าใจง่าย ไม่ดื้อเท่าพวกวัยรุ่นผู้ชาย

กลุ่มผู้ชาย : เจ้าชู้ ต้องมีทั้งเรื่องผู้หญิง เหล้า และกีฬา มีความเห็นว่าผู้หญิงมีสิทธิเลือกคู่เหมือนผู้ชาย ผู้หญิงแต่งตัวโป๊เชิญชวนผู้ชาย บางคนก็อยากนอนกับผู้ชาย มาหาผู้ชายก่อน ผู้หญิงชอบเปลี่ยนมือถือตามรุ่นใหม่ๆ

ความสุขในชีวิต คือ การเที่ยวเตร่ไม่ต้องรับผิดชอบอะไร มีเงินใช้ตามต้องการ

(3) พวกแต่งงานมีครอบครัว : อาจยังไม่มีลูก หรือมีลูกเล็ก ลูกยังเด็กๆ ผู้หญิงกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งไม่ได้ทำงานนอกบ้าน แต่ทำงานบ้าน ดูแลครอบครัว ไม่มีเวลาสำหรับการเที่ยวเตร่ กลุ่มที่ทำงานนอกบ้าน เป็นกลุ่มที่ระบุว่ารับภาระทั้งงานบ้าน และการหาเงินเลี้ยงครอบครัว ส่วนกลุ่มผู้ชายนั้นเห็นว่าตนเองคือหัวหน้าครอบครัว ต้องรับภาระการดูแลให้ครอบครัวมีเงินมีทอง สร้างเกียรติยศให้ตนเอง

กลุ่มผู้ชายกลุ่มนี้เห็นว่าเพื่อนทั้งในที่ทำงาน และเพื่อนในหมู่บ้านมีความสำคัญต้องให้เวลาสำหรับการสังสรรค์ ดื่มเหล้าคุยกัน

(4) พวกพ่อใหญ่ แม่ใหญ่ : กลุ่มนี้คือหญิงชายที่อายุมากประมาณ 30 ปี ขึ้นไป หรือมีลูกเป็นวัยรุ่น กลุ่มนี้ทั้งหญิง และชายจะวุ่นวายอยู่กับเรื่องการทำมาหากิน และการจัดการกับปัญหาของลูกวัยรุ่น งานส่วนใหญ่ คืองานด้านบริการ และการค้าขาย

(5) พวกผู้เฒ่า ผู้แก่ : เป็นปู่ย่า ตายาย ส่วนใหญ่อยู่กับบ้านมีหลานเล็กๆ ต้องดูแล และมีปัญหาสุขภาพประจำตัว เช่น

ปวดขา ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น

การแบ่งดังกล่าวข้างต้นใช้สถานภาพของบุคคลเป็นเกณฑ์มากกว่าใช้อายุเป็นเกณฑ์ และสถานภาพนั้นๆ ก็มีกิจวัตรในการดำเนินชีวิตต่างกัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดต่างกัน

สำหรับการแบ่งตามฐานะทางเศรษฐกิจนั้นดูจากลักษณะบ้านเรือน เครื่องใช้ การประกอบอาชีพ และการจับจ่ายใช้สอย อย่างไรก็ตาม ทั้งผู้ที่มีฐานะดี และยากจนก็ถูกมองว่ามีความทุกข์ได้เหมือนๆ กัน แต่สาเหตุอาจต่างกันบ้าง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“รวยหลายลูกเต้ากะแย่งสมบัติกัน พ่อแม่นี่มันสิตายแล้ว กะหนักใจเป็นทุกข์”

ภาพรวมของวิถีชีวิตคนในหมู่บ้านศรีฐาน สะท้อนให้เห็นได้จากคำพูดต่อไปนี้

“คนส่วนมากทำงานในเมือง มีทั้งทำโรงอวน ค้าขาย รับราชการ รับจ้าง ทำนา จะออก ไปทำงานตั้งแต่ 7 โมงเช้า-5 โมงเย็น คนมีอาชีพหาของป่า จะออกไปหาของป่า หาหน่อไม้ แต่เช้ามืด คนที่มีอาชีพค้าขายจะขายที่ตลาด และในหมู่บ้าน วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุจะเลี้ยงหลาน คนที่รับราชการจะหยุดวันเสาร์ ถึง วันอาทิตย์ ส่วนคนทำงานโรงงานจะหยุดวันอาทิตย์”

“ส่วนใหญ่อาชีพค้าขาย คนที่ค้าขายในตลาดจะไปตั้งแต่เช้า เข้าบ้านตอนเย็น ส่วนคนที่ขายของในหมู่บ้าน จะขายในตลาดตอนเย็น เรียกว่าตลาดเย็น บางคนก็ค้าขายอยู่กับบ้านของตนเอง วันอาทิตย์จะเป็นวันหยุดของคนส่วนใหญ่ ทั้งคนที่รับราชการ และทำงานโรงงาน ทำให้ดูครึกครื้นมากกว่าทุกวัน”

“ช่วงเทศกาล และช่วงเลิกงานตอนเย็น จะมีกลุ่มวัยรุ่นมาจับกลุ่มกินเหล้า จะกินมากเวลางานบุญ บางครั้งก็รบกวนการพักผ่อนของเพื่อนบ้านใกล้เคียง บางครั้งมีการทะเลาะชกต่อยกัน”

ส่วนบทบาทของผู้หญิง ผู้ชาย ที่สะท้อนให้เห็นจากงานทำบุญในชุมชน คือ

“ผู้ชายก็กางเต้นท์ ผู้หญิงก็อาหาร เจ้าภาพก็เป็นคนออก แต่เราก็มาช่วย”

กล่าวได้ว่าชีวิตของผู้คนในหมู่บ้านศรีฐานอยู่บนพื้นฐานทางเศรษฐกิจแบบเมือง ที่ต้องพึ่งพาการใช้เงินทั้งหมด ความเครียดของผู้คนในชุมชนส่วนใหญ่จึงเกี่ยวข้องกับการหาเงินใช้ การหาความสะดวกสบาย และความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน คนแต่ละวัยต่างมีชีวิตไปคนละทาง

3.2.2 บ้านเชียงหวาง

ประมาณร้อยละ 80 ของชาวบ้านหมู่บ้านเชียงหวาง เป็นคนที่อาศัยสืบทอดมาแต่ดั้งเดิม ที่เหลือเป็นคนนอกที่มาตั้งหลักฐานใหม่ และเป็นนักเรียน นักศึกษาที่มาอยู่ชั่วคราวในหอพักติดกับวิทยาลัยเทคนิค ซึ่งตั้งอยู่ทางเข้าหมู่บ้าน

ผู้คนในหมู่บ้านเชียงหวางเป็นชุมชนกึ่งเมือง ที่ชาวบ้านส่วนใหญ่มีความเป็นอยู่เรียบง่ายตามธรรมชาติ ขณะเดียวกันก็มีความสะดวกสบายจากการพัฒนาด้านการคมนาคม และการติดต่อสื่อสาร นอกจากนั้นหมู่บ้านนี้มีหลายครอบครัวที่มีลูกเขยเป็นชาวต่างชาติ (เยอรมัน ออสเตรเลีย) ครอบครัวที่มีเขยเช่นนี้ทุกครอบครัวมีบ้านขนาดใหญ่ ภรรยาของชาวต่างชาติใส่เครื่องประดับเป็นทองคำมากกว่าคนอื่นๆ สมาชิกในครอบครัวไม่ต้องทำนาเอง และมีเงินบริจาคให้กับกิจกรรมของชุมชนจำนวนมาก ผู้ให้ข้อมูลของหมู่บ้านนี้เห็นว่าหมู่บ้านเชียงหวางเป็นที่อยู่ที่ดี คนในหมู่บ้านอัธยาศัยดี มีน้ำใจ เคารพผู้สูงอายุ เมื่อมีงานส่วนรวมก็มีความสามัคคี ช่วยเหลือกันดี อย่างไรก็ตามปัญหาที่ทุกคนกล่าวถึงตรงกันคือเรื่องการดื่มสุรา และผลจากการมึนเมาคือการทะเลาะวิวาท นอกจากนั้นคือปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลได้แบ่งคนในหมู่บ้านเป็นกลุ่มตามช่วงอายุ ดังนี้

(1) เด็กน้อย : คือคนที่ยังไม่ทำงานหาเลี้ยงตัวเอง ส่วนใหญ่คือคนที่อายุต่ำกว่า 17 ปี และกำลังเรียนหนังสือ คนกลุ่มนี้จะ

ไม่ค่อยทุกข์อะไร ถ้าพ่อ-แม่ยังมีเงินให้ใช้ มีโทรศัพท์มือถือไว้คุยกับเพื่อน

(2) วัยรุ่น : เป็นพวกคาบเกี่ยวกับวัยเด็กอายุประมาณ 17-20 ปี บางคนทำงานแล้ว กลุ่มนี้ชอบกินเหล้า ขับมอเตอร์ไซค์เที่ยวเล่น เกิดเรื่องทะเลาะวิวาทกับวัยรุ่นหมู่บ้านอื่น และมีอุบัติเหตุบ่อยครั้ง สร้างความทุกข์ใจให้พ่อ-แม่มาก บางคนมีปัญหาเรื่อง ความรักไม่สมหวัง

(3) พวกผู้ใหญ่ : เป็นกลุ่มที่แต่งงาน กำลังสร้างครอบครัว เครียดเรื่องการทำมาหากิน และพฤติกรรมของลูกวัยรุ่นหลายคน ในกลุ่มนี้ก็ดื่มสุรามากจนเป็นปัญหาในครอบครัว และหลายคนมีหนี้สิน

(4) พวกวัยทอง : หมายถึงทั้งผู้หญิง และผู้ชายที่อายุในช่วง 50 ปี กลุ่มนี้หลายคนเริ่มมีปัญหาสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถทำมาหากินได้เต็มที่ มีหนี้สิน เกิดปัญหาอย่างอื่นตามมา คนกลุ่มนี้ก็ยังวุ่นวายอยู่กับการเลี้ยงลูกวัยรุ่น นอกจากนั้นบางคนก็ต้องเลี้ยงหลานเล็กๆ ด้วย หลายคนมีเขยต่างชาติก็มีเงินทองใช้ ชีวิตสุขสบายขึ้น

(5) ผู้สูงอายุ : เป็นกลุ่มพ่อเฒ่า แม่เฒ่า ที่ส่วนใหญ่ไม่ต้องทำงาน และได้รับความเคารพนับถือเป็นอย่างดี คนกลุ่มนี้คิดมากเรื่องลูกหลานที่ดื่มสุรา และทะเลาะวิวาท หรือคนที่เลี้ยงตัวเองไม่ได้ นอกจากนั้นมีผู้สูงอายุบางคนที่ลูกหลานไม่ดูแลก็ทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา

จากภาพของชาวบ้านหมู่บ้านเชียงหวาง พบความผูกพันที่ยังคงเหนียวแน่นระหว่างช่วงวัย แต่ภาวะทางเศรษฐกิจที่ทุกบ้านต้องใช้เงิน เพื่อการศึกษาของลูก การรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการใช้จ่ายอื่นๆ ทำให้ชาวบ้านในแต่ละวัยก็มีเส้นทางชีวิตแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามคนในหมู่บ้านนี้ก็เห็นว่าชีวิตทั่วไป ยังมีความสุขตามอัตภาพ ดังเสียงสะท้อนจากการสนทนา และคำพูดต่อไปนี้

“ผมมองว่าดี ใครเกิดที่บ้านเชียงหวางถือว่าโชคดีครับ”

“บ้านเชียงหวางสบายดี พ่อแม่ไปทำงาน วัยรุ่นอยู่บ้าน”

“ทุกคนก็อยากมาอยู่บ้านเชียงหวาง เพราะอยู่แล้วสบายดี”

“ที่ว่าดีคืออยู่ดี กินดีใครก็อยากมาอยู่มาอาศัย”

นักวิจัย : สภาพชุมชนที่อยากมาอยู่อาศัยเป็นอย่างไรบ้าง

“มันสบาย”

นักวิจัย : มันสบายคืออย่างไร

“อบอุ่นและไปไหนมาไหนสะดวก มันสนุก”

“อยู่ใกล้ตัวเมือง”

“อยู่ใกล้ตัวเมือง เวลาเล่นก็เล่นด้วยกันไม่ถือตัวสะดวก”

“รัก สามัคคีกัน เวลามารับประทานอาหารก็เรียกกันมารับประทานด้วยกัน”

“ครับสังคมเปลี่ยนไป ไม่ใช่ว่าจะมากินข้าวกันรวมวงเหมือนสมัยก่อนแต่เดี๋ยวนี้ลูกอยากกินมาม่า พ่อแม่อยากกินป่น ซุปหน่อไม้ ซึ่งใครชอบแบบไหนก็ซื้อกินแล้วแต่ความสะดวก”

3.2.3 บ้านหัวงัว

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าหมู่บ้านแห่งนี้เป็นหมู่บ้านกำลังพัฒนา ถึงจะอยู่ไกลจากตัวเมืองแต่การคมนาคม และการสื่อสารก็สะดวก ชาวบ้านเห็นว่าคนส่วนใหญ่มีความคุ้นเคย สามัคคี รักใคร่ นับถือกันเป็นญาติ มีการแลกเปลี่ยนอาหารกันระหว่างครัวเรือน ทั้งๆ ที่มีไม่ใช่เครือญาติ มีการร่วมงานประเพณี หรือกิจกรรมในชุมชนเกือบทุกคน (อย่างน้อยต้องมีตัวแทนของครัวเรือน 1 คนเข้าร่วม) มีการบริจาคเงินในงานบุญต่างๆ ทุกครอบครัว มีการเล่นกีฬา มีกิจกรรมลงแขกทำนา เป็นต้น

ด้วยพฤติกรรมดังกล่าวทำให้ชุมชนไม่มีโจร ตลอดช่วง 1-2 ปี ไม่มีคดีเกี่ยวกับการลักขโมย ถึงแม้ว่าชาวบ้านมีมติให้มีการนำเอาสัตว์เลี้ยงต่างๆ เช่น ไก่ หมู วัว ควาย ไปเลี้ยงที่ทุ่งนาก็ตาม

สำหรับความขัดแย้งกันจะมีเป็นบางช่วง เช่น ในช่วงการเลือกตั้งมีการแบ่งเป็นกลุ่มตามเครือญาติ และความนิยมในตัวบุคคล ซึ่งจะมีความขัดแย้งกันช่วงสั้นๆ เมื่อการเลือกตั้งสิ้นสุดลงสถานการณ์จะกลับเหมือนเดิม และมีความขัดแย้งในเรื่องของกองทุนร้านค้าชุมชนในการแบ่งปันหุ้น เมื่อมีการเปลี่ยนคณะทำงานความขัดแย้งก็หายไป สำหรับความขัดแย้งอีกส่วนหนึ่งคือ ขัดแย้งในเรื่องการนำเงินกองทุน SML มาใช้ มีบางกลุ่มไม่เห็นด้วยกับการนำไปสร้างอาคารร้านค้า เพราะต้องการนำมาเป็นกองทุน หมุนเวียนในเรื่องของอาชีพสำหรับชาวบ้าน

สำหรับการดำเนินชีวิตของคนวัยต่างๆ มีภาพรวม ดังนี้

(1) เด็กน้อย : เมื่อถึงวัยเข้าโรงเรียน เด็กทุกคนเข้าโรงเรียนประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีถึงชั้นประถมปีที่ 6

(2) ผู้บ่าว-ผู้สาว หรือวัยรุ่น : วัยรุ่นส่วนใหญ่ในหมู่บ้านเป็นนักศึกษาไปเรียนที่อำเภอหรือจังหวัดอื่น เช่น โรงเรียนเทคนิคฯ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นนักศึกษาทั้งหมดเป็นคนที่ไม่ได้ไปทำงาน และยังขอเงินใช้มีทั้งรายครั้ง รายวัน และรายสัปดาห์ ส่วนน้อยเป็นคนที่ทำงานในหมู่บ้านโดยมีอาชีพรับจ้าง ในช่วงกลางวันวัยรุ่นชายใช้เวลากับการไปยิงกิ้งก่า ต่อยจักจั่น จับแย้ จับตั๊กแตน หาปลา บางคนก็นอน มีบางคนที่ทำงานรับจ้างล้อมรั้ว ถางหญ้า ปลูกถั่วลิสงในนาข้าว ร้อยใบยาสูบอยู่ที่บ้าน หรือช่วยพ่อแม่ขายของที่บ้าน และขายอาหารตอนเช้าโดยใส่รถมอเตอร์ไซค์ขายตามหมู่บ้านของตน และหมู่บ้านใกล้เคียง ส่วนงานที่โรงงานผลิตกางเกงชั้นในมีวัยรุ่นไปทำงานน้อยเพราะเป็นงานที่ต้องใช้คนทำเป็นประจำ

ช่วงกลางคืนวัยรุ่นชายมักจับกลุ่มคุยกันตามบ้านเพื่อน มีทั้งดื่มเหล้า และไม่ดื่มเหล้า บ้างก็คุยสาวทั้งในหมู่บ้าน และนอกหมู่บ้าน เหตุผลของการดื่มเหล้าคือการสังสรรค์ ไม่มีอะไรทำ และได้คุยกัน นอกจากนี้ยังมีคนในหมู่บ้านที่เกเร และทะเลาะวิวาทเมื่อดื่มเหล้า มักมีเรื่องกับวัยรุ่นหมู่บ้านอื่นทั้งภายในหมู่บ้าน และนอกหมู่บ้าน

วัยรุ่นชายเห็นว่าผู้ใหญ่มักจับกลุ่มนินทาวัยรุ่นในเรื่อง วัยรุ่นหญิงชายที่นั่งรถจักรยานยนต์ไปด้วยกัน และการจับกลุ่มคุยกันของวัยรุ่นว่าเป็นการมั่วสุม มีวัยรุ่นหญิงในหมู่บ้านบางคนไปรับจ้างทำงานช่วงปิดเทอมที่กรุงเทพฯ และได้เงินกลับมา ลักษณะของคนที่เป็นนักศึกษาค่อนข้างเป็นคนเมือง พูดภาษาอีสานที่ไม่เหมือนพ่อแม่ มักซื้ออาหารแทนการทำเอง และรับประทานอาหารพื้นบ้านไม่ได้ ช่วงกลางวันของวัยรุ่นหญิง คือ การไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน บางคนช่วยแม่เย็บกางเกงในตัดด้าย บางกลุ่มเล่นไพ่ และบางคนนอนพักผ่อน การไปมาในหมู่บ้านทั้งวัยรุ่นชายและหญิงมักใช้การขับรถจักรยานยนต์

(3) พวกผู้ใหญ่ : ในที่นี้ผู้ให้ข้อมูลหมายถึงคนที่ทำงานแล้วทั้งแต่งงาน และยังไม่แต่งงาน พวกผู้ใหญ่ทั้งชาย และหญิงส่วนใหญ่ทำนา โดยผู้ชายมีงานเสริมคืองานก่อสร้าง ปลูกยาสูบ ส่วนผู้หญิงรับงานตัดเย็บกางเกงในมาจากโรงงาน มีบางส่วนไปทำงานโรงงานตัดเย็บที่หมู่บ้านอื่น

กิจกรรมเด่นของกลุ่มแม่บ้าน ได้แก่ กลุ่มผลิตภัณฑ์แปรรูปอาหาร (แหนมวัว) ที่มีผู้สั่งซื้อจำนวนมาก และมีฉลากเป็นของหมู่บ้าน โดยจะรวมกลุ่มทำสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง มีเงินทุนสนับสนุน และทำรายได้ดี สามารถบริจาคเงินร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ของหมู่บ้านได้ อีกทั้งยังมีเงินฝากสหกรณ์หมู่บ้านอีกด้วย สถานที่รวมกลุ่มทำแหนมอยู่ที่ศาลาอีสานเขียว ซึ่งตั้งอยู่ข้างศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ปัญหาที่พบ คือ การหาใบตองในการทำแหนม ซึ่งมีความ

พยายามปลูก แต่พบว่าคุณภาพใบตองไม่ดีพอต้องไปซื้อจากหมู่บ้านอื่นมาทำ กิจกรรมที่เด่นอีกกิจกรรมหนึ่ง คือ การเต้นแอโรบิก ซึ่งได้รับรางวัลจากการประกวดหมู่บ้านต่างๆ ทั่วประเทศ มีการจัดทำ VCD จำหน่ายที่สถานีอนามัย

เรื่องที่เป็นห่วงของคนกลุ่มนี้ คือ เด็กวัยรุ่นในหมู่บ้าน ดื่มสุรา มักมีเรื่องทะเลาะวิวาท กับคนหมู่บ้านอื่นในช่วงงานบุญ งานเทศกาล และเห็นว่าเด็กวัยรุ่นที่เกเรต้องจับแต่งงาน เพราะการแต่งงานจะช่วยเปลี่ยนให้นิสัยดีขึ้น เพราะมีภรรยาบังคับ ต้องมีความเป็นผู้ใหญ่ เป็นผู้นำในครอบครัวและต้องคิดถึงลูกของตนเองว่า **จะเอาเป็นแบบอย่าง**

(4) คนแก่ : ชายหญิงสูงอายุ ในชุมชนนี้มีทั้งคนที่ยังทำนาในฤดูกาลทำนา และหารายได้เสริมอื่นๆ เช่น ผู้หญิงสูงอายุรับงานตัดด้ายกางเกงใน มาทำที่บ้านทั้งจากโรงงานในหมู่บ้านและนอกหมู่บ้าน

บางคนเลี้ยงหลานอยู่ที่บ้าน เนื่องจากลูกของตนไปทำงานต่างจังหวัด และจากการมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของหมู่บ้าน ผู้สูงอายุยังมีภารกิจในการรับ-ส่งหลานที่ศูนย์

คนแก่มีทั้งคนที่อาศัยอยู่บ้าน 2 คน (ตา-ยาย) และคนที่มีลูกหลานอาศัยอยู่ด้วย กิจกรรมที่ทำเป็นประจำของกลุ่มผู้หญิงทั้งวัยทำงานบางคน และวัยสูงอายุ คือ การไปทำบุญถวายอาหารเพลที่วัดตามเวรที่ได้รับมอบหมายโดยการหมุนเวียนกันไปเรื่อยๆ ความภูมิใจของกลุ่มหญิงสูงอายุ คือ กลุ่มผู้สูงอายุเล่นไม้พลองซึ่งเป็นการเล่นออกกำลังกายประจำทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ เวลา 17.00 น. ที่สถานีอนามัยหัวงัวและยังเคยไปแสดงตามอำเภอ และจังหวัดอื่นๆ มี VCD จำหน่ายที่สถานีอนามัยหัวงัว

สำหรับผู้สูงอายุชาย ชีวิตประจำวันคือ เลี้ยงหลานอยู่บ้าน พบปะพูดคุยกันเองเป็นกลุ่ม ไม่มีกิจกรรมการหารายได้เสริมชัดเจน และมักจะนอนเล่น หรืออ่านหนังสือ บางคนจะเป็นที่ปรึกษาให้กับลูกๆ ในการทำนาโดยการไปที่ทุ่งนาด้วย

ผู้สูงอายุเห็นว่าวัยรุ่นปัจจุบันยังนับถือผู้เฒ่าผู้แก่ยังสามารถบอก และสอนได้ เช่น เวลาวัยรุ่นมีเรื่องทะเลาะกันก็ให้ผู้เฒ่าผู้แก่เป็นผู้ไกล่เกลี่ย กลุ่มสูงอายุ บอกว่าตนเองไม่มีหนี้แต่คนที่เป็นหนี้คือลูกหลาน ส่วนปัญหาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

จะเห็นได้ว่าชีวิตผู้คนของหมู่บ้านหัวงัว อยู่ในระหว่างการเปลี่ยนผ่านจากชีวิตชนบทมาเป็นชีวิตกึ่งเมือง จากการที่หมู่บ้านอยู่ในภูมิประเทศที่แห้งแล้ง การทำนา ปลูกพืชอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ครอบครัวอยู่ได้ ต้องอาศัยรายได้ เพิ่มเติมจากงานโรงงาน และงานก่อสร้างทำให้ชีวิตของคนวัยทำงาน วุ่นวายอยู่กับการทำมาหาเลี้ยงชีพ ขณะเดียวกันวัยรุ่นต้องรับผิดชอบตนเองที่ต้องเรียนหนังสือไกลจากบ้าน ส่วนคนสูงอายุส่วนใหญ่ทำหน้าที่ดูแลบ้าน และหลาน เล็กๆ แต่ขณะเดียวกันความเป็นชุมชนดั้งเดิมที่มีความคุ้นเคยกัน และยังมีงานบุญต่างๆ ที่รวมกลุ่มคนได้ ทำให้ชาวบ้านในหมู่บ้านแห่งนี้ยังมีความเชื่อมโยงกัน และเคารพนับถือกัน เป็นที่พึ่งให้กันและกันได้

3.2.4 บ้านหนองมะเขือ

ชาวบ้านหนองมะเขือที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เห็นพ้องกันว่าชีวิตทั่วไปของคนในหมู่บ้านนี้เรียบง่าย สะท้อนจากคำพูดต่อไปนี้

“อยู่อย่างพี่น้อง มีอะไรก็แบ่งกันกิน”

“น้ำใจดี ไม่เค็มเหมือนน้ำ”

“บ้านเมืองชุ่มเย็น พี่น้องปรองดองกัน มีบุญประเพณีก็ไปร่วมกัน”

แม้ว่าชาวบ้านจะเห็นว่าหมู่บ้านที่อยู่นี้มีปัญหาดินเค็ม น้ำเค็ม ถนนไม่ดี ห่างตัวเมืองมาก ถ้าฝนตกหนักแทบจะตัดขาดจากหมู่บ้านอื่นๆ แต่ชาวบ้านก็บอกว่าคนส่วนใหญ่อยู่ได้เพราะช่วยเหลือกัน ที่ดินไม่สามารถทำไร่ ทำนาได้มากเหมือนที่อื่น บางปีทำนาไม่พอกินต้องซื้อข้าว ดังนั้นผู้คนในหมู่บ้านนี้จึงหาเลี้ยงชีพด้วยการเลี้ยงวัว ค้าเร่ ทอผ้า และรับจ้างทำงานก่อสร้าง และงานโรงงาน กลุ่มคนวัยต่างๆ มีวิถีชีวิตต่างกันดังนี้

(1) เด็กน้อย : นับตั้งแต่แรกเกิดถึง 12 ปี ส่วนใหญ่ ปู่ย่า ตายาย และแม่ดูแลอยู่ที่บ้าน เรียนหนังสือที่โรงเรียนในหมู่บ้าน

(2) วัยรุ่น : อายุ 13 ปีขึ้นไป ส่วนหนึ่งเรียนหนังสือชั้นมัธยม และอาชีวะในเมือง ส่วนหนึ่งทำงานในเมือง และบางส่วนไปทำงานต่างจังหวัด เด็กวัยรุ่นผู้ชาย (ปวช.-ม.6) ตอนเย็นมักจะเตะฟุตบอล เลิกเตะฟุตบอล จะจับกลุ่มรวมกันเปิดเพลงเสียงดัง ดีดกีตาร์ เลิกประมาณ 20.30 น.จะเสียงดัง รบกวนชาวบ้านบ้าง ส่วนมากมักจะเป็นวันศุกร์ หรือวันหยุดที่ดื่มเหล้า และเสียงดังวันธรรมดาทั่วไปก็จับกลุ่มคุยกันหลังเลิกเตะฟุตบอล ส่วนวัยรุ่นผู้หญิงส่วนใหญ่ช่วยทำงานที่บ้านหลังเลิกเรียน และวันหยุด

กลุ่มผู้ใหญ่วัยสูงอายุ เห็นว่าการกินเหล้าของเด็กวัยรุ่นมีปัญหาเพิ่มขึ้น มีภาพของความเปลี่ยนแปลงในเรื่องนี้ที่สะท้อนจากคำพูดต่อไปนี้

“สมัยก่อนผู้ใหญ่กินเหล้าเด็กไม่กิน สมัยนี้เด็กน้อยกินเหล้าผู้เฒ่านั่งเบิ่ง (ดู)”

(3) ผู้กลางคน : หมายถึงคนอายุ 30 ปีขึ้นไป มีครอบครัวมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบ วิถีชีวิตส่วนหนึ่งผูกพันกับฤดูกาล เช่น

หน้านา : วัว-ควาย ไม่มีที่ปล่อยเพราะจะไปกินข้าวคนอื่น ต่างคนต่างไปทำนาเกี่ยวข้าวต่างคนต่างทำทั้งดำนา และเกี่ยวข้าว บางครั้งก็จ้าง บางครั้งลงแขกช่วยเหลือกัน ทั้งในช่วงจะเอาข้าวขึ้นเล้า หรือช่วงสีข้าวหลังจากนั้นสังสรรค์ร้องเพลงคาราโอเกะร่วมกัน

หน้าแล้ง : ไปขายของตลาดนัดโดยหาของป่าไปขาย หรือรับไม้กวาดไปขาย บ้างไปรับจ้าง โดยผู้ชายเป็นช่าง ผู้หญิงเป็นกรรมกร มีรถมารับที่หมู่บ้านคันละ 20 คน จำนวน 4 คัน มารับเวลา 06.30 น. ส่งกลับเวลา 18.00 น. ทำงานทุกวัน ส่วนวันหยุดไม่มีกำหนดคนทำงานจะมีธุระหยุดบ่อยไม่ได้ หรือหยุดติดกันได้น้อยกว่า 3 วัน ใน 1 สัปดาห์ วันหยุดไม่ได้เงิน ค่าแรงผู้หญิง 150 บาท ผู้ชาย 180-200 บาท

มีผู้หญิงส่วนหนึ่งไม่ได้ไปรับจ้างก็อยู่บ้านดูแลวัว-ควาย ทอผ้า หุงหาอาหาร สำหรับครอบครัว

(4) ผู้เฒ่า : คือคนที่อายุประมาณ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งกลุ่มวัยต่างๆ จะกล่าว ถึงกลุ่มนี้ตรงกันว่า

“คนแก่จะเฝ้าบ้าน เลี้ยงหลาน เลี้ยงวัว เวลาว่างคุยกัน หรือกินข้าวรวมกัน ไม่มีผู้สูงอายุที่ไม่มีใครดูแลในหมู่บ้าน ถ้าอยู่คนเดียวจะมีคนอื่น เช่น เพื่อนบ้านช่วยดูแล”

จะเห็นได้ว่าชาวบ้านของหมู่บ้านหนองมะเขือมีวิถีชีวิตแบบชุมชนชนบทดั้งเดิมห่างไกลตัวเมือง ผู้คนอยู่ใกล้ชิดคุ้นเคยกัน งานบุญประเพณี 12 เดือน ยังเป็นกิจกรรมร่วมที่มีความสำคัญ และเป็นเครื่องมือร้อยรัดคนในสังคมให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และให้ความสุข สนุกสนาน ทั้งจากการทำบุญ และการละเล่นที่สำคัญ คือ กลองยาว ประจำหมู่บ้าน ดังสะท้อนได้จากคำพูดต่อไปนี้

“เป็นบ้านเก่าแก่แต่โบราณมา ส่วนหลายเป็นพี่เป็นน้องกัน บ่ค่อยย้ายไปไหนหรอก มีแต่คนย้ายเข้าแต่งเมีย แต่งผัวเข้าบ้านก็ย้ายมา ก็เลยเป็นพี่เป็นน้องกันหมด”

“วัดเป็นศูนย์รวมของคนในชุมชน ที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจประสานให้คนมารวมกัน เป็นสถานที่จัดงานบุญประเพณีต่างๆ เป็นที่ประชุมงานสำคัญ เช่น กองทุนเงินล้าน ธกส. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมู่บ้านมีคณะกลองยาวที่มีชื่อเสียงมาก”

“ทุกคนอยู่ในสังคม เป็นครอบครัวใหญ่มีอะไรต้องช่วยเหลือกัน”

“ส่วนมากวัยรุ่นก็เอนไปตามผู้เฒ่าๆ พานำไป ผู้เฒ่าเว่า (พูด) ให้ฟัง ก็ทำตามผู้เฒ่า เพิ่น (ท่าน) มีอะไรให้ช่วยก็ช่วยตามเพิ่นไป”

อย่างไรก็ตามหมู่บ้านหนองมะเขือก็เริ่มมีปัญหาจากการดื่มสุราของวัยรุ่น มีการทะเลาะวิวาทกับคนหมู่บ้านอื่น นอกจากนั้นยังมีผลให้เกิดทุกข์ต่อคนกลุ่มต่างๆ ในชุมชนบ้างแล้ว ดังจะกล่าวถึงต่อไป

โดยสรุป ภาพวิถีชีวิตของชาวบ้านทั้ง 4 ชุมชน ที่มีความแตกต่างกันตาม ระดับของความเป็นเมือง ซึ่งแต่ละชุมชนต่างมีภาพความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทั้งในระดับบุคคล และครอบครัว ความเปลี่ยนแปลงนี้เกิดทั้งผลดีต่อชีวิตในแง่ของการเพิ่มโอกาสและการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ เพื่อความ “เจริญ” ขณะเดียวกันก็ทำให้แต่ละกลุ่มวัยเผชิญกับความเครียด ในวิถีชีวิตแตกต่าง กัน วิถีชีวิตของคนในหมู่บ้าน **ศรีฐาน ดูจะเป็นตัวแทนของชีวิตคนเมืองในอีสานทั่วไป** ขณะที่คนหมู่บ้าน**เชียงหวางก็มี วิถีชีวิตที่กำลังก้าวไปสู่ความเป็นเมือง** ส่วนคน**บ้านหัวงัวนั้น คือ ภาพส่วนหนึ่งของชีวิตหมู่บ้านที่กำลังปรับเปลี่ยน** แต่เป็นการเปลี่ยนที่ยังคงเอกลักษณ์ของฮีตคองอีสานอย่างเหนียวแน่น ขณะที่หมู่บ้าน**หนองมะเขือเป็นชีวิตหมู่บ้านอีสานในอุดมคติ**ที่คงเหลืออยู่ไม่มากนัก

เป็นที่น่าสังเกตว่าสุราได้เข้ามาเป็นประเด็นสำคัญของปัญหาทุกหมู่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น งานบุญประเพณีที่แม้จะยังเป็นกิจกรรมสร้างสุขอย่างสำคัญของชุมชน ก็ยังแฝงด้วยทุกข์จากการที่เป็นเวลา และสถานที่ๆ วัยรุ่นทะเลาะวิวาท นอกจากนั้นยังเป็นช่วงที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ให้เกิดการสูญเสีย ชีวิตของคนในหมู่บ้าน

ความสะดวกสบายของการคมนาคม การสื่อสาร และอาชีพที่เปลี่ยนไป ทำให้แบบแผน การรับประทานอาหารของชาวบ้านส่วนใหญ่เปลี่ยนไปจากเดิมที่ แต่เดิมหุงหาอาหารรับประทานในครัวเรือน แล้วเผื่อสำหรับการไปกินที่ไร่นา ได้เปลี่ยนเป็นการหาซื้ออาหารสำเร็จรูปขายตามตลาดในหมู่บ้าน ซึ่งเปิดตลาด ทุกเช้า-เย็น โดยเฉพาะที่หมู่บ้านศรีฐาน และเชียงหวาง มีตลาดใหญ่ในหมู่บ้าน มีร้านค้าขายอาหารสำเร็จรูปหลายร้าน ชาวบ้านซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทานร่วมกับการทำกับข้าวเองเพิ่มเล็กน้อย และหุงข้าวเหนียวเองขณะที่ชาวบ้านหัวงัว และหนองมะเขือ ก็ซื้ออาหารถุงรับประทานบ้าง แต่ข้าวและกับข้าวที่ทำเอง มีปริมาณมากกว่า ในส่วนของ

ลักษณะอาหารนั้น อาหารพื้นเมือง เช่น แจ่ว (น้ำพริก) ผักสด ผักต้ม ปลานึ่ง/เผา ลาบ ต้ม อ่อม หมกเนื้อสัตว์ต่างๆ เนื้อสัตว์ทอด/ย่าง ส้มตำ และข้าวเหนียว เป็นรายการอาหารหลัก อาหารที่มาจากภาคกลาง เช่น แกงใส่กะทิ ผัดผัก และยำต่างๆ ก็ได้รับความนิยม แต่ไม่ใช่อาหารประจำ

ขณะที่ความสะดวกจากการคมนาคมทำให้มีความสะดวกสบายในการบริโภคแต่ก็เกิดผลทางลบต่อความปลอดภัย และการพักผ่อนนอนหลับ เช่น วัยรุ่นของทั้ง 4 หมู่บ้านใช้มอเตอร์ไซต์กันมากทั้งเพื่อธุรกิจ และความสนุกสนานบันเทิง เสียงดังของรถจักรยานยนต์ในยามวิกาลสร้างความทุกข์ให้กับชาวบ้านเพราะทำให้นอนไม่หลับ นอกจากนั้นยังมีอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นจำนวนมาก

กลุ่มวัยรุ่นของทุกหมู่บ้านเป็นกลุ่มที่ถูกระบุว่าเป็นปัญหา และดูแลยาก เช่น ดังคำพูดต่อไปนี้

“บอกยาก บ่อยากเชื่อฟัง จะไปลูกเดียว ถ้าตามใจเว่า (พูด) ดี พอฟัง ถ้าร้ายจะไปบักใหญ่ (ไปกันใหญ่) เตลิดเลย”

ขณะที่วัยรุ่นก็บอกว่า ผู้ใหญ่ไม่เข้าใจ และชอบจับกลุ่มนินทาวัยรุ่น นอกจากนั้นการดื่มสุราที่เพิ่มขึ้นทั้งในวัยรุ่น และวัยอื่นๆ ทั้งหญิงทั้งชาย ก็เป็นปรากฏการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่เป็นคุณต่อชุมชน เพราะผลติดตามจากการดื่มสุราโดยเฉพาะในวัยรุ่นนั้นกระทบต่อความสุขสงบของชาวบ้าน เช่นดังคำพูดต่อไปนี้

“บ่มีงานมันกินเหล้า เขากะเปิด (เพลง) ดังนะ ขนาดนอนหลับๆ นี่สะเดิด (สะดุ้ง) ขึ้นเลย ดังตื้มๆ อยู่”

จากภาพวิถีชีวิตเช่นนี้ชี้นำว่าทั้ง 4 หมู่บ้านมีวิถีชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะซึมเศร้าที่จะพัฒนาไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้จากเกิดความสูญเสีย ไม่คาดคิด มีความเครียดเรื้อรัง การใช้แอลกอฮอล์ และการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ



3.3 ทุกข์ สุข ของคนต่างเพศ ต่างวัย ต่างบริบท

ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ของทั้ง 4 หมู่บ้านมีความสุขในระดับปกติ และมากกว่าปกติ กลุ่มที่มีความสุขน้อยกว่าปกติมี ร้อยละ 12-23 ส่วนภาพของทุกข์-สุข ของชาวบ้านจากการศึกษาเชิงคุณภาพนั้น ย้ำว่าครอบครัวมีความสำคัญมาก ดังรายละเอียดตามการรับรู้ของคนต่างเพศ ต่างวัย ต่างบริบท ต่อไปนี้

3.3.1 ระดับความสุข

ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจ ระดับความสุขของประชาชนโดยใช้แบบสำรวจดัชนีวัดความสุขฉบับย่อที่กรมสุขภาพจิตจัดทำขึ้นในพื้นที่ 4 พื้นที่ จำนวนทั้งหมด 1,068 คน คือ จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งหมด 590 คน แบ่งเป็นชุมชนศรีฐาน (จำนวน 286 คน) และชุมชนบ้านหนองมะเขือ (จำนวน 304 คน) จังหวัดยโสธรทั้งหมด (จำนวน 478 คน) แบ่งเป็นชุมชน เชียงหวาง (จำนวน 187 คน) และชุมชนบ้านหัวงัว (จำนวน 291 คน) พบว่าใน 4 พื้นที่ผู้ตอบแบบสำรวจ มีลักษณะคล้ายคลึงกันคือส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีสถานภาพสมรส จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา เป็นครอบครัวเดี่ยว และ สถานการณ์เงินในครอบครัวมีพอใช้ไม่เหลือเก็บ มีภาวะสุขภาพในระดับปานกลางถึงดี ความแตกต่างของผู้ตอบแบบสำรวจใน 4 พื้นที่ คือ ชุมชนเชียงหวางที่ผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุค่อนข้างมากกว่าคนในอีก 3 พื้นที่ ผู้ตอบแบบสำรวจที่ชุมชนบ้านศรีฐานที่มีลักษณะของความเป็นเมืองมากที่สุด ผู้ตอบแบบสำรวจจะมีอาชีพที่หลากหลายแตกต่างกันในพื้นที่ค่อนข้างมาก เช่น เป็นแม่บ้าน ค้าขาย รับจ้าง ส่วนอีก 3 พื้นที่ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม โดยมีรายละเอียดแต่ละพื้นที่ในตารางที่ 3.1 และระดับความสุขในตารางที่ 3.2 ดังนี้

(1) ชาวบ้านหมู่บ้านศรีฐาน ผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.2) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.63 ปี สูงสุด 60 ปี ต่ำสุด 15 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36-45 ปี (ร้อยละ 28.7) และจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 41.9) อาชีพแม่บ้าน พ่อบ้าน (ร้อยละ 23.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.9) เป็นครอบครัวเดี่ยว คือ มีพ่อ แม่ ลูก (ร้อยละ 41.9) สถานภาพเศรษฐกิจในครอบครัวส่วนใหญ่ พอใช้ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 57.7) เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสำรวจประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 43.4) รองลงมาคือปานกลาง (ร้อยละ 32.9) และร้อยละ 22.7 บอกว่าตนเองมีโรคประจำตัวโรคที่พบบ่อย คือ เบาหวาน ร้อยละ 57.3 มีความสุขในระดับเท่ากับคนปกติทั่วไป ร้อยละ 23.9 มีความสุขในระดับน้อยกว่าคนปกติทั่วไป และร้อยละ 18.8 มีความสุขในระดับมากกว่าคนปกติทั่วไป

(2) ชาวบ้านหมู่บ้านเชียงหวาง ผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.6) อายุเฉลี่ย เท่ากับ 44.94 ปี สูงสุด 85 ปี ต่ำสุด 17 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 56-85 ปี (ร้อยละ 24.6) และจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 57.2) อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ

54.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.3) เป็นครอบครัวเดี่ยว คือ มีพ่อ แม่ ลูก (ร้อยละ51.3) สถานภาพเศรษฐกิจในครอบครัวมีความหลากหลายเท่าๆ กันคือ มีหนี้ (ร้อยละ 36.9) พอใช้ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 32.6) และมีเงินเหลือเก็บ (ร้อยละ 30.5) เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสำรวจประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ระดับดีมาก (ร้อยละ 44.9) รองลงมาคือ ปานกลาง (ร้อยละ 34.2) และร้อยละ 11.8 บอกว่าตนเองมีโรคประจำตัวโรคที่พบบ่อย คือโรคกระเพาะ ร้อยละ 61.5 มีความสุขในระดับมากกว่าคนปกติทั่วไป ร้อยละ 20.3 มีความสุขในระดับน้อยกว่าคนปกติทั่วไป และร้อยละ 18.2 มีความสุขในระดับเท่ากับคนปกติทั่วไป

(3) ชาวบ้านหมู่บ้านหัวงัว ผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.5) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.35 ปี สูงสุด 68 ปี ต่ำสุด 15 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36-45 ปี (ร้อยละ 26.5) และจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 66.0) อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 75.6) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.4) เป็นครอบครัวเดี่ยว คือ มีพ่อ แม่ ลูก (ร้อยละ 54.3) สถานภาพเศรษฐกิจในครอบครัวส่วนใหญ่พอใช้ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 49.1) เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสำรวจประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 45.4) รองลงมาคือ ปานกลาง (ร้อยละ 43.3) และร้อยละ 14.4 บอกว่าตนเองมีโรคที่พบบ่อย คือเบาหวาน ร้อยละ 59.5 มีความสุขในระดับเท่ากับคนปกติทั่วไป ร้อยละ 24.7 มีความสุขในระดับมากกว่าคนปกติทั่วไปและร้อยละ 15.8 มีความสุขในระดับน้อยกว่าคนปกติทั่วไป

ตารางที่ 3.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจ

คุณลักษณะ	พื้นที่ ขอนแก่น		ยโสธร	
	ศรีฐาน (286) จำนวน (%)	หนองมะเขือ (304) จำนวน (%)	เชียงหวาง (187) จำนวน (%)	หัวงัว (291) จำนวน (%)
1. เพศ				
ชาย	104 (55.6)	132 (43.4)	104 (55.6)	73 (49.3)
หญิง	83 (44.4)	172 (56.6)	83 (44.4)	75 (50.7)
2. อายุ				
14-25	57 (19.9)	65 (21.4)	22 (11.8)	57 (19.6)
26-35	57 (19.9)	45 (14.8)	30 (16.0)	77 (26.5)
36-45	82 (28.7)	93 (30.6)	52 (27.8)	61 (21.0)
46-55	58 (20.3)	79 (26.0)	37 (19.8)	27 (9.3)
> 55	32 (11.2)	22 (7.2)	46 (24.6)	37.35
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	38.63 (12.79)	38.28 (12.66)	44.94 (15.99) 17, 85	(13.43) 15, 68
ค่าต่ำสุด, สูงสุด	15, 60	15, 60	69 (23.7)	
3. การศึกษา				
ประถมศึกษา	120 (41.9)	205 (67.4)	107 (57.2)	192 (660.)
มัธยมต้น	56 (19.6)	53 (17.4)	45 (24.1	40 (13.7)
มัธยมปลาย	38 (13.3)	26 (8.6)	14 (7.5)	36 (12.4)
ประกาศนียบัตร/อาชีวะ	44 (15.4)	16 (5.3)	15 (8.0)	15 (5.2)
ปริญญาตรี	28 (9.8)	4 (1.3)	6 (3.2)	8 (2.7)

ตารางที่ 3.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจ (ต่อ)

คุณลักษณะ	พื้นที่ ขอนแก่น		ยโสธร	
	ศรีฐาน (286) จำนวน (%)	หนองมะเขือ (304) จำนวน (%)	เชียงหวาง (187) จำนวน (%)	หัวงัว (291) จำนวน (%)
4. สถานภาพ				
โสด	64 (22.4)	57 (18.8)	25 (13.4)	73 (25.1)
สมรส / คู่	197 (68.9)	234 (77.0)	139 (74.3)	199 (68.4)
หย่า / แยก	14 (4.9)	3 (1.0)	4 (2.1)	7 (2.4)
หม้าย	11 (3.8)	10 (3.2)	19 (10.2)	12 (4.1)
5. อาชีพ				
เกษตรกร	1 (0.3)	224 (73.7)	101 (54.0)	220 (75.6)
รับจ้างรายเดือน	43 (15.0)	10 (3.3)	47 (25.1)	11 (3.8)
รับจ้างรายวัน	45 (15.7)	31 (10.2)	17 (9.1)	9 (3.1)
ค้าขาย	59 (20.6)	4 (1.3)	8 (4.3)	13 (4.5)
รับราชการ	30 (10.5)	2 (0.7)	3 (1.6)	3 (1.0)
แม่บ้าน พ่อบ้าน	66 (23.0)	1 (0.4)	1 (0.5)	0
นักเรียน นักศึกษา	25 (9.1)	32 (10.5)	9 (4.8)	31 (10.7)
อื่นๆ	17 (5.9)	0	1 (0.5)	4 (1.3)
6. ครอบครัว				
เดี่ยวอยู่ 2 generation พ่อ แม่ ลูก	120 (41.9)	165 (55.6)	96 (51.3)	158 (54.3)
เดี่ยวอยู่ 2 generation พ่อ หรือแม่ กับลูก	21 (7.4)	25 (8.2)	19 (10.2)	28 (9.6)
เดี่ยวอยู่ 2 generation ผู้สูงอายุกับเด็ก	15 (5.2)	22 (7.2)	48 (25.7)	21 (7.2)
ขยาย 3 generation โดยมีพ่อแม่กับลูก และญาติ	88 (30.8)	27 (8.9)	4 (2.1)	2 (0.7)
ขยาย 3 generation โดยมีพ่อหรือแม่กับลูก พ่อหรือแม่สร้างครอบครัวใหม่	32 (11.2)	40 (13.2)	16 (8.6)	77 (26.5)
	4 (1.4)	6 (5.3)	1 (0.5)	3 (1.0)
อื่นๆ	6 (2.1)	5 (1.6)	3 (1.6)	2 (0.7)

ตารางที่ 3.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจ (ต่อ)

คุณลักษณะ	พื้นที่ ขอนแก่น		ยโสธร	
	ศรีฐาน (286) จำนวน (%)	หนองมะเขือ (304) จำนวน (%)	เชียงหวาง (187) จำนวน (%)	หัวงัว (291) จำนวน (%)
7. สถานการณ์การเงินในครอบครัว				
มีเหลือเก็บ	60 (21.0)	21 (6.9)	57 (30.5)	20 (6.9
พอใช้ไม่เหลือเก็บ	165 (57.7)	138 (45.4)	61 (32.6	143 (49.1)
มีหนี้	61 (21.3)	145 (47.7)	69 (36.9)	128 (44.0)
แหล่งกู้ยืม				
- ธกส.	1 (1.6)	97 (67.8)	23 (34.8)	60 (49.2)
- กองทุนหมู่บ้าน	11 (18.0)	34 (23.8)	32 (48.5)	39 (32.0)
- ออมทรัพย์	1 (1.6)	0	8 (12.1)	1 (0.8)
- ธนาคาร อาคารสงเคราะห์	14 (23.0)	0	2 (3.0)	5 (4.1)
- ธนาคารออมสิน	6 (9.8)	1 (0.7)	0	2 (1.6)
หน่วยงานของรัฐ	14 (23.0)	0	0	12 (9.8)
- ญาติพี่น้อง	0	2 (1.4)	0	2 (1.6)
- สหกรณ์ มข., ครู, การเกษตร				
- ธกส. + กองทุนหมู่บ้าน อื่นๆ	14 (23.0)	9 (6.3)	0	0
ไฟแนนท์รถ				
8. ภาวะสุขภาพ				
ดีมาก	49 (17.1)	14 (4.6)	84 (44.9)	26 (8.9)
ดี	124 (43.4)	132 (43.4)	29 (15.5)	132 (45.4)
ปานกลาง	94 (32.9)	151 (49.7)	64 (34.2)	126 (43..3)
ไม่ดี	19 (6.6)	7 (2.3)	10 (5.3)	7 (2.4)
9. โรคประจำตัว				
ไม่มี	221 (77.3)	245 (80.6)	165 (88.2)	249 (85.6)
มี	65 (22.7)	59 (19.4)	22 (11.8)	42 (14.4)



ตารางที่ 3.2 ค่าคะแนนความสุขจำแนกตามพื้นที่ที่ศึกษา

คุณลักษณะ	พื้นที่ ขอนแก่น		ยโสธร	
	ศรีฐาน จำนวน (%)	หนองมะเขือ จำนวน (%)	เชียงหวาง จำนวน (%)	หัวงัว จำนวน (%)
ปกติ	164 (57.3)	166 (54.6)	34 (18.2)	173 (59.5)
น้อยกว่าปกติ	68 (23.9)	38 (12.5)	38 (20.3)	46 (15.8)
สูงกว่าปกติ	54 (18.8)	100 (32.9)	115 (61.5)	72 (24.7)

(4) ชาวบ้านหมู่บ้านหนองมะเขือ ผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.6) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.28 ปี สูงสุด 60 ปี ต่ำสุด 15 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36-45 ปี (ร้อยละ 30.6) และจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 67.4) อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 73.7) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77.0) เป็นครอบครัวเดี่ยว คือ มีพ่อ แม่ ลูก (ร้อยละ 55.6) สถานภาพเศรษฐกิจในครอบครัวส่วนใหญ่มีหนี้ (ร้อยละ 47.7) และพอใช้ ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 45.4) เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสำรวจประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.7) รองลงมาคือดี (ร้อยละ 43.4) และร้อยละ 19.4 บอกว่าตนเองมีโรคประจำตัวโรคที่พบบ่อย คือเบาหวาน ร้อยละ 54.6 มีความสุขในระดับเท่ากับคนปกติทั่วไป ร้อยละ 32.9 มีความสุขในระดับมากกว่าคนปกติทั่วไป และร้อยละ 12.5 มีความสุขในระดับน้อยกว่าคนปกติทั่วไป

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนความสุขของภายในแต่ละหมู่บ้านตามคุณลักษณะต่างๆ แล้วพบว่ามีค่าคะแนนใกล้เคียงกันมาก ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.3 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละหมู่บ้านทุกเพศ ระดับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และภาวะสุขภาพมีความแตกต่างของระดับความสุขใกล้เคียงกัน

เนื่องจากการสำรวจได้ทำช่วงก่อนสงกรานต์ 1-3 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าบุญสงกรานต์เป็นงานใหญ่ที่รวมญาติมิตร ครอบครัวจะมาอยู่พร้อมหน้า ลูกหลานที่อยู่ไกลจะเอาเงินทองมาให้ และจะมีกิจกรรมทั้งที่เป็นการทำบุญ และความสนุกสนาน จึงเป็นช่วงเวลาที่ทุกคนมีความสุข ดังนั้น ช่วงเวลาก่อนสงกรานต์จะเป็นช่วงที่ชาวบ้านคิดล่วงหน้าถึงความสุข สนุกสนานที่จะมาถึง แต่เมื่อผ่านสงกรานต์ไปประมาณ 2 สัปดาห์ ความสุข สนุกสนานผ่านไป ความรู้สึก สุข-ทุกข์ ก็จะเปลี่ยนไป ดังนั้น ค่าคะแนนความสุขก็จะเปลี่ยนไปด้วย อย่างไรก็ตามภาพของคะแนนความสุขที่วัดได้จากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ก็ทำให้ผู้วิจัยได้กลุ่มคนที่ระบุว่ามีความสุขมากกว่าปกติ และน้อยกว่าปกติ มาเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักประเภทสุดขั้วในการศึกษาเชิงลึกถึงความสุข ความทุกข์ ที่ต่างเพศ วัย และบริบท



ตารางที่ 3.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนความสุข จำแนกตามคุณลักษณะต่างๆ ใน 4 พื้นที่

คุณลักษณะ	ศรีฐาน Mean (SD)	เชียงหวาง Mean (SD)	หัวงัว Mean (SD)	หนองมะเขือ Mean (SD)
ชาย	0.63 (4.96)	35.81 (8.33)	31.72 (4.39)	32.86 (4.24)
หญิง	30.66 (5.12)	36.77 (8.83)	31.41 (4.53)	32.40 (4.25)
อายุ				
30 ปี	29.72 (4.81)	41.6 (6.47)	30.82 (5.00)	32.09 (5.30)
31-59 ปี	30.48 (4.40)	36.36 (8.59)	31.38 (4.15)	33.25 (3.78)
60 ปี	31.39 (6.08)	35.13 (8.54)	32.36 (4.56)	31.90 (4.17)
การศึกษา				
ประถม	30.57 (5.57)	37.10 (8.22)	31.72 (4.14)	32.76 (4.02)
มัธยม	30.04 (4.33)	32.51 (8.64)	31.18 (5.04)	31.90 (4.91)
ประกาศนียบัตรหรือสูงกว่า	31.60 (4.99)	42.29 (4.70)	31.43 (5.03)	33.80 (3.33)
ลักษณะครอบครัว				
เดี่ยว (พ่อ แม่ ลูก)	31.10 (4.53)	36.92 (7.85)	32.07 (4.40)	33.00 (3.94)
2 ขั้นอายุ (ผู้สูงอายุ-เด็ก)	28.8 (3.47)	36.90 (9.19)	30.52 (4.15)	30.27 (4.61)
2 ขั้นอายุ (พ่อ/แม่-ลูก)	28.67 (5.07)	34.11 (10.87)	30.34 (5.10)	31.8 (5.17)
3 ขั้นอายุหรือมากกว่า	30.74 (5.66)	33.25 (7.49)	31.33 (4.28)	32.54 (4.38)
ภาวะสุขภาพ				
ดี	32.02 (4.28)	38.31 (8.19)	31.92 (4.53)	33.53 (3.74)
ปกติ	28.64 (5.19)	32.53 (7.89)	31.44 (4.14)	31.93 (4.33)
ไม่ดี	28.21 (6.72)	36.5 (9.48)	25.57 (4.54)	27.57 (6.37)

3.3.2 การรับรู้ทุกข์ สุข : ครอบครัวคือเงื่อนไขสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มทั้ง 4 หมู่บ้าน กล่าวตรงกัน 2 ประเด็น คือ ต้องมีเงินจึงจะมีความสุข และมีทุกข์จากหนี้สิน การเมาสุรา ดังสะท้อนจากคำพูดต่อไปนี้

ความสุข :

"มีเงินมีทองก็มีความสุข มีอยู่มีกินก็มีความสุข ลูกเต้าหาเงินได้มีเงินมีทองก็มีความสุข มีข้าวมีปลากินก็ดี มีลูกมีเต้าไปหามา"

"ถ้ามีเงินก็มีความสุข เรื่องอาหารการกิน ก็หากินไป เรื่องปู เรื่องปลาก็หาพอได้อยู่ มีหน่อไม้ ผัก"

"ต้องมีเงินเก็บ ถึงเฮาจะมีหนี้อยู่ เงินเก็บเฮาต้องมี มันจึงถือว่าพออยู่พอกิน ส่งลูกเรียนจบมันก็ดี แต่กี้เงินเก็บบ่ค่อยมี ขายของก็ บ่ค่อยดี เงินเก็บจึงบ่มี"

"ต่อมาขายของบ่ดี แต่เฮาเฮ็ดงานอื่นเพิ่ม อย่างเลี้ยงหมูเพิ่มส่งลูกเรียนจบ เงินมันก็เข้ามาหาดีอยู่ บ่ซีเรียส พอปลดปล่อยปัญหาได้"

"ความสุขได้เฮ็ดงานได้เงินกะเท่านั้นหละคนเฮา"

ความทุกข์ :

"จากหนี้สิน ครอบครัวไม่ถูกกัน ความกดดัน ใจน้อย กินเหล้า คนที่ฆ่าตัวตายเป็นคนใจน้อย ถูกว่าก็กินเหล้าด้วย"

"ถามฉันนี้ฮังทุกข์หลายแหล่ว ทุกข์จากสาเหตุเหล้า ผัวกินเหล้า เทิง (ทั้ง) หนี้เทิงสิน"

"บ่มีเงิน บ่มีรายได้ อยากเฮ็ดหยังกะบ่ได้เฮ็ด อยากหยังกะบ่ได้ มันบ่มี"

"มีความทุกข์ค่ะ ย้อน (เหตุที่) บ่มีเงิน ปัญหาครอบครัว ทะเลาะกัน"

"อิ๋ม : หนี้นอกกับในระบบ

เบญ : เป็นหนี้บาทหนึ่งก็ทุกข์ สลึงหนึ่งก็ทุกข์

กระแต : คิดว่าจะไปหาเงินไส คิดหลายจนปวดหัว"

"กะขาดเงิน ขาดคำ ขาดอิหยังไปจั่งซั่นหละ ขั่น (ถ้า) มีตัวนี่ (เงิน) กะพอ (อยู่) ได้"

"เห็นแฟนกินเหล้ายามได๋ (ที่ไร) ฉันประสาทจะขึ้น เฮ็ดให้เสียสุขภาพจิต ถ้าผัวกินเหล้า"

"ลูกหลาน เยาวชนเปลี่ยนแปลงไป ชอบเที่ยว กินเหล้า ไม่ค่อยทำงานบ้าน"

นอกจากการรับรู้ทุกข์-สุข ที่สัมพันธ์กับการมีเงิน และการดื่มสุรา ดังกล่าว มาแล้วในแต่ละหมู่บ้านผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวถึงสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้เกิดทุกข์ ดังปรากฏในตารางที่ 3.4 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.4 สาเหตุของความทุกข์ตามการรับรู้ของคนวัยต่างๆ ใน 4 หมู่บ้านที่ศึกษา

สาเหตุของความทุกข์	ศรีฐาน			เชียงหวาง			หัวงัว			หนองมะเขือ		
	วัยรุ่น	ผู้ใหญ่	สูงอายุ	วัยรุ่น	ผู้ใหญ่	สูงอายุ	วัยรุ่น	ผู้ใหญ่	สูงอายุ	วัยรุ่น	ผู้ใหญ่	สูงอายุ
คนในบ้านผิดใจกัน	✓			✓	✓		✓		✓			
ขอเงิน พ่อ-แม่ไม่ได้	✓			✓			✓			✓		
ผิดหวัง	✓			✓			✓					
มีแฟนไม่กล้าบอกพ่อ-แม่	✓			✓								
เข้ากับเพื่อนไม่ได้	✓											
เรียนไม่ดี	✓						✓					
ไม่มีของอย่างที่เพื่อนมี	✓											
สามีกินเหล้า		✓			✓			✓	✓		✓	
สามี/ภรรยานอกใจ		✓			✓			✓			✓	
เจ็บป่วย			✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓
ทำอะไรไม่ทันเพื่อนฝูง		✓										
ลูกหลานกินเหล้าแล้วมีเรื่อง		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓

ตารางที่ 3.4 สาเหตุของความทุกข์ตามการรับรู้ของคนวัยต่างๆ ใน 4 หมู่บ้านที่ศึกษา (ต่อ)

สาเหตุของความทุกข์	ศรีฐาน			เชียงหวาง			หัวง้ว			หนองมะเขือ		
	วัยรุ่น	ผู้ใหญ่	สูงอายุ	วัยรุ่น	ผู้ใหญ่	สูงอายุ	วัยรุ่น	ผู้ใหญ่	สูงอายุ	วัยรุ่น	ผู้ใหญ่	สูงอายุ
ลูกหลานทะเลาะวิวาท		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓
หาเงินไม่ทันใช้ เป็นหนี้	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ลูกหลานหาความสำเร็จไม่ได้		✓	✓			✓		✓				
คนเห็นแก่ตัวไม่ช่วยเหลือกัน		✓	✓					✓				
ไม่มีเงินสำหรับค่ารักษาเมื่อป่วย		✓										
เห็นครอบครัวลูกมีทุกข์			✓			✓			✓			✓
ลูก-หลาน คิดเกม/เล่นการพนัน		✓	✓						✓			
คิดถึงลูกที่อยู่ไกล			✓			✓			✓			
ต้องทำงานหนักเกินไป						✓			✓			
กลัวลูกติดยาเสพติด		✓			✓	✓		✓			✓	
แตกแยกความสามัคคี			✓			✓						

สาเหตุแห่งทุกข์ปรากฏในตารางที่ 3.4 เป็นคำพูดแรกๆ ของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ตอบสนองต่อคำถามเรื่องสาเหตุของความทุกข์ตามประสบการณ์ของแต่ละคน ข้อมูลดังกล่าวมีข้อสังเกตว่าพฤติกรรมของวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา และการทะเลาะวิวาท เป็นเรื่องที่เป็นสาเหตุแห่งทุกข์ของผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุในทุกหมู่บ้าน นอกจากนั้น ความทุกข์ของคนสูงอายุที่ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้มีเหตุมาจากผู้อื่น (ลูก-หลาน) เป็นสำคัญ ขณะที่ผู้ใหญ่ และวัยรุ่น มีเหตุทั้งมาจากตัวเอง และผู้อื่นพอๆ กัน

ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในหมู่บ้านศรีฐานซึ่งเป็นเมืองใหญ่กล่าวถึงสาเหตุแห่งทุกข์ที่เกี่ยวกับการแข่งขัน **"ไม่ทันคนอื่น"และ"ไม่มีเท่าคนอื่น"** ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลในหมู่บ้านอื่นๆ ไม่กล่าวถึงเรื่องนี้ขึ้นก่อน อย่างไรก็ตามเมื่อมีการถามนำ หรือถูกกระตุ้นจากคำตอบคนอื่นๆ ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดที่ร่วมในการศึกษาครั้งนี้เห็นว่าสาเหตุทั้งหมดนั้นเป็นที่มาทำให้คนเศร้า เสียใจ และทำให้ "จิตใจเสีย" หรือมีปัญหาสุขภาพจิตได้

แม้ว่าเรื่องเงิน และหนี้สินจะถูกรับรู้ว่าเป็นสาเหตุแห่งทุกข์ แต่เมื่อมีการลำดับความสำคัญของเหตุที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสุขนั้น กลับพบว่า การอยู่พร้อมหน้ากันทั้งครอบครัว ไม่ผิดใจกัน กลับเป็นลำดับแรก ส่วนการมีเงินนั้นจะมีเงื่อนไขอื่นตามมาด้วยถึงจะทำให้มีความสุข ดังเช่นสะท้อนจากคำพูดต่อไปนี้

"เทิง (ทั้ง) มีเงิน เทิงบ่มีโรค ข่อยว่าจั้งซั่นดอก (อย่างนั้นนะ) มันถึงสิ (จะ) มีความสุข ถ้ามีเงิน มีเทิงโรคข่อยบ่เอา"

"คนไม่มีเงินก็มีความสุขได้ในครอบครัวหาอยู่หากินไม่ร่ำไม่รวยก็มีความสุขได้"

"ครอบครัวมีความสามัคคี ปรองดอง ไม่ได้ยินเสียงร้องดุด่ากัน"

"มีเงิน มีทอง ครอบครัวไปไหนมาไหนก็ปรึกษากันต่างคนก็เข้าใจกัน"

"เข้าใจซึ่งกันและกัน ครอบครัวปรองดองเข้าใจกันถึงไม่มีเงินก็มีความสุขได้"

ข้อความดังกล่าวย้ำว่า ครอบครัว ยังเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้บุคคล มีสุขภาพจิตดี แม้ว่าจะมีความทุกข์จากเรื่องอื่นๆ แต่ถ้าคนในครอบครัวเป็นที่พึ่งพิงให้กันได้ ทุกข์นั้นก็ไม่ทำให้เป็นปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังนั้น การป้องกันโรคซึมเศร้าต้องสร้างกลวิธีต่างๆ ที่ทำให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง

เนื่องจากในช่วงดำเนินการศึกษาอยู่ในระยะเวลาหลังการประกาศยุบสภาผู้แทนราษฎรของรัฐบาลซึ่งมี พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรีสมัยที่ 2 และสังคมมีความขัดแย้งทางความคิดเกี่ยวกับนโยบายทุนนิยมสุดขั้วของรัฐบาลเป็นอย่างมาก ความขัดแย้งนี้ได้เข้าไปสู่วิถีชีวิตของหมู่บ้านที่ศึกษาเช่นกัน และแสดงออกผ่านคำพูดของผู้นำหมู่บ้านดังต่อไปนี้

"ช่วงนี้จะเป็นเรื่องการเมืองที่ทำให้คนหงุดหงิด ไม่มั่นใจว่าจะเกิดอะไรขึ้น และมีบางครอบครัวที่มีคนป่วย ก็ทำให้ทุกข์ใจ"

"เครียด กลัว วิตกกังวลว่าทักษิณจะไม่ได้เป็นนายกฯ ไม่แน่ใจเรื่องกองทุนหมู่บ้านว่าจะมีต่อไปไหม"

"เป็นสุขครับ บ่ว่าจะเป็นศูนย์สาธิต ฌาปนกิจ แม่บ้าน เงินล้านช่วยให้เป็นสุขครับ ชาวบ้านมีรายได้ เป็นดอกกำไร ให้ชาวบ้านช่วยให้มีรายได้ บางบ้านก็ไม่งอกเงยเงินกองทุนก็มีแต่ไม่รู้ว่า

สูญหายไปไหนหมด ไม่เหมือนบ้านเรารับผิดชอบกันดี”

“มีหนี้เกือบทุกคน เพราะพอมีกองทุนมาเราก็ยืมกองทุน มีหนี้สินทุกกองทุน เราใช้ระบบหมุนหนี้ เช่น มีหนี้ ธกส. เราก็ยืมเงินกองทุนเงินล้านมาใช้หนี้ เสร็จแล้วเราก็ยืมเงินธนาคารมาคืนหนี้กองทุน บางคนยืมเงินมาไปใช้อย่างอื่นก็ยิ่งมีหนี้พอกพูนเพิ่มมากขึ้น”

ความคิดขัดแย้งนี้ยังไม่รุนแรงถึงกับมีคำพูดสะท้อนว่าเป็นเงื่อนไขเดียวที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นทุกข์ หรือ เกิดปัญหาสุขภาพจิต อย่างไรก็ตามคำว่า **“พอเพียง”** ก็ได้เข้ามาอยู่ในบริบทของหมู่บ้านที่ศึกษา และเชื่อมโยงกับทุกข์ สุข ดังสะท้อนจากคำพูดต่อไปนี้

“ไม่ทุกข์ใจเท่าไหร่ ก็พอๆ หาได้ พอกินพอใช้นี่หละ หนี้สินก็ไม่มี อยู่อย่างพอเพียงนี่หละ”

โดยสรุป สาเหตุแห่งทุกข์ที่ผู้ให้ข้อมูลทุกวัยในทุกหมู่บ้านกล่าวตรงกัน คือ ทุกข์จากการไม่มีเงิน แต่สาเหตุแห่งทุกข์ที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ สาเหตุที่เกิดจากพฤติกรรมของคนในครอบครัว ดังนั้นถ้าทำให้คนในครอบครัวรักใคร่ อาทร และปรองดองกันก็สามารถสร้างสุขได้ แม้ว่าเงินจะไม่มากก็ตาม ข้อสรุปนี้มีข้อมูลระดับความสุขของแต่ละหมู่บ้านมาสนับสนุนว่าชาวบ้านที่มี ความผูกพันกันของคนในครอบครัวมากเช่นบ้านหนองมะเขือ มีจำนวนคนที่มีความสุขในระดับปกติรวมกันมากกว่าปกติจำนวนมาก แม้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจของชาวบ้านหนองมะเขือโดยรวมถือว่ายากจนก็ตาม

3.3.3 วิธีการสร้างสุข และคลายทุกข์ : *ม่วนซืน โฮแซว* (สนุกสนาน)

“กะสิร้องรำทำเพลงไปจั่งซี่ล่ะเนาะ กะร้องลำทำเพลงม่วนซืนโฮแซวไปนี่ล่ะ กะสบายใจ กะหาแนวหัวตั้ว (หาเรื่องหัวเราะกัน) กะได้มีชีวิตชีวาหากบ่มีหยังกะมีแต่เศร้ากับเศร้า กะร่าเริงไปโลด”

“บุญประเพณีเดือน 3 บุญข้าวจี่ เดือน 4 บุญผเวส เดือน 5 บุญสงกรานต์ เดือน 6 บุญบั้งไฟ เดือน 7 บุญเบิกบ้าน เดือน 8 บุญเข้าพรรษา เดือน 9 บุญข้าวประดับดิน เดือน 10 บุญข้าวสาก เดือน 11 บุญออกพรรษา เดือน 12 บุญกฐิน ได้สนุกสนาน ให้ร่าเริงแจ่มใส ได้มาสามัคคีกัน”

“เป็นเฮ็ดนำกัน (ทำบุญด้วยกัน) ซอย (ช่วย) กัน มันกะหลายคนหลายเว่า (คำพูด คำจา) มันกะเบิกบานออกไป มันกะแจ้งออก (ปลอดโปร่ง) ไปมันกะซอยความทุกข์ออกได้ ผู้หนึ่งคุยอันหนึ่งเรื่องที่มันดีใจ เรื่องที่มันบ่ดีเฮากะบ่คุยล่ะ”

“งานบุญเฮ็ดให้มันร่าเริงครับ สนุกสนาน เฮ็ดให้พี่น้องบ้านเฮามวนซืน (สนุกสนาน) เฮ็ดให้ลูกให้หลานไปรวมกัน”

“ได้ทำบุญ ทำทาน ที่พึ่งทางจิตใจ ทำให้มีทางออก ได้พูดคุยสังสรรค์กัน”

“ครับทุกข์ก็เหล้า สุขก็เหล้า”

“มาแต่เช้า (เช้า) กะมาโฮม (รวมตัว) กัน เอ้าเฮ้ย 10 บาท 5 บาท (บริจาคทำบุญ) มาคุยกันให้สนุกสนาน”

คำพูดดังกล่าวข้างต้นมาจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหญิง ผู้ชาย ทุกวัยที่เห็นร่วมกันว่าความสนุกสนานเบิกบานใจในการทำบุญประเพณีต่างๆ ในหมู่บ้านเป็นวิธีการสร้างสุข และเป็นช่วงเวลาคลายทุกข์ของชาวบ้านทั้ง 4 หมู่บ้าน แต่ในส่วนของหมู่บ้านศรีฐานนั้น มีเรื่องการดูหนัง ฟังเพลงของวัยรุ่น และกลุ่มผู้ใหญ่มากกว่า ของ 3 หมู่บ้าน ทั้งนี้ข้อมูลระดับความสุขของชาวบ้านทั้ง 4 หมู่บ้าน ซึ่งศึกษาในช่วงก่อนงานบุญสงกรานต์ 1-3 สัปดาห์ ก็สนับสนุนความเชื่อมโยงของความสุขกับงานบุญเนื่องจากงานบุญต่างๆ ดังกล่าวมีความหมายถึงการทำบุญสั่งสมกรรมดี เพื่อหวังผลของความดีที่จะเกิดขึ้น ในอนาคต นอกจากนั้นยังมีกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสนุกสนาน เช่น การแห่ต่างๆ แล้วมักจะมีการฟ้อนรำตามเพลงต่างๆ ไปด้วยมีการพบปะ พูดคุย รับประทานอาหารร่วมกัน ช่วยให้ผ่อนคลายทุกข์โศกต่างๆ ได้ นอกจากนั้นบุญประเพณีเหล่านี้ยังมีเรื่องของการดื่มสุรา ซึ่งปัจจุบันถือว่าเป็นกิจกรรมทางสังคมที่เป็นที่ยอมรับว่าสามารถทำได้ทั้งผู้ชาย ผู้หญิง ตั้งแต่วัยรุ่นถึงวัยสูงอายุ แต่การกินเหล้าในงานบุญก็ทำให้เกิดปัญหาอันเป็นสาเหตุแห่งทุกข์ คือ การทะเลาะวิวาทของวัยรุ่น ดังสะท้อนจากคำพูดต่อไปนี้

“ปัญหาที่มีกลุ่มวัยรุ่นกินเหล้ามีเรื่องชกต่อยกันบางครั้งต้องไปสถานีตำรวจ”

อย่างไรก็ตามก็มีคนที่ไม่มี

ความสุข แม้ว่าจะเป็นช่วงมีงานบุญ ผู้ ให้ข้อมูลหลักที่อยู่ในกลุ่มนี้ คือ คนที่กำลังเจ็บป่วย ผู้ต้องดูแลผู้เจ็บป่วยในครอบครัว (ส่วนใหญ่คือผู้หญิง) ผู้พิการที่ออกไปไหนไม่ได้ และผู้ที่มีหนี้สินมากและต้องรีบหาเงินใช้หนี้

เป็นที่น่าสังเกตว่าการดื่มเหล้านั้นผู้ให้ข้อมูลหลักได้ให้ความหมายทั้งในแง่ของการสร้างสุขและคลายทุกข์ของผู้ดื่ม แต่เป็นสาเหตุแห่งทุกข์ของผู้เกี่ยวข้องกับผู้ดื่ม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ระบายไม่รู้จะระบายกับใคร ก็เห็นเพื่อนนั่งกินเหล้าอย่างงี้ พี่น้องกินเหล้า ก็เอ้นมาเขาก็สนุกสนานกัน มันก็เลยคลายไปอีก บางครั้งต้องมีคนพูดคุยใช่ไหม ไม่ใช่นั่งบ่นอยู่คนเดียวไม่ได้ใช่ไหม”

“แต่ปัญหาของ เขากะคือว่าได้เงินมากะอยากสิเอาไปกินเหล้า ดีใจก็ไปกินเหล้าเสียใจก็ไปกินเหล้า อยากไปแทงบอล ขั่นไปเว่า (พูดว่า) ให้ฟังเขากะว่าแม่ ถ้าไปกินมันกะเลยติดลม มันก็เลยกลายเป็นเมา”

“เขา (สามี) กินแล้วเขากะมีความสุข มีแต่เมียทุกข์”

ในช่วงเวลาปกติกิจกรรมที่ถูกระบุจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลว่าช่วยสร้างสุข และคลายทุกข์ คือ การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และการเล่นหวย โดยการออกกำลังกายถูกกล่าวถึงมากในกลุ่มผู้หญิง และผู้สูงอายุ การเล่นกีฬาในกลุ่มผู้ชายวัยรุ่น และผู้ใหญ่ และการเล่นหวยในกลุ่มผู้หญิง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เออก็จะมีแต่ตอนเย็นๆ แหละเขาจะเต้นแอโรบิคกัน เขาก็เล่นกีฬาด้วย เตะบอลเตะอะไรนี่แหละครับ เตะบอลอยู่ที่วัดกับมีเต้น แอโรบิคอยู่ที่เกษตร แล้วก็พวกในหมู่บ้านนี่แหละครับตอนเย็นๆ เขาก็ไปแล้วห้าโมงหกโมงเขาก็เต้นกันถึงทุ่มหนึ่งแล้วก็เข้าบ้าน ก็ทำให้มีความสุข ม่วนซื่นกัน”

“ถูกหวยค่ะ (หัวเราะ) ทุกงวดก็สนุกกัน”

จากหลักฐานดังกล่าวข้างต้นชี้นำว่ากิจกรรมใดๆ ที่ทำให้เกิดความสนุกสนานบันเทิงจากการรวมกลุ่มกันเป็นกลวิธีสำคัญที่ทำให้คนทุกเพศ ทุกวัยใน 4 หมู่บ้านอีสานแห่งนี้สร้างความสุข และคลายทุกข์ได้ นอกจากนั้นกิจกรรมทางศาสนาก็เป็นช่องทางที่ทำให้เกิดการรวมตัวกันทำความดี และสร้างความสนุกสนานให้กับทุกคนและผู้ให้ข้อมูลทุกคนซึ่งนับถือศาสนาพุทธกล่าวว่า **“วัด”** เป็นสถานที่ให้ความสุข และคลายทุกข์ของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 4 หมู่บ้าน โดยเป็นตัวกลางของการจัดกิจกรรมต่างๆ ของหมู่บ้าน ดังปรากฏตามตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“สุขกะมา (วัด) ทุกข์กะมา (วัด) ดีกะมาวัด บ่ดีกะมาวัด”

“วัดเป็นจุดพักผ่อน เป็นที่แสวงบุญ ความสบายใจ เป็นศูนย์รวมของคน”

ความแตกต่างเฉพาะกลุ่มวัย และเพศเกี่ยวกับวิธีการสร้างสุข และคลายทุกข์นั้นพบว่า วัยรุ่นผู้ชายในทั้ง 4 หมู่บ้านที่ศึกษามีความสนุกสนานจากการเล่นกีฬา กินเหล้า ขี่รถจักรยานยนต์ ไปเรื่อยๆ หรืออาจจะกล่าวว่าใช้สิ่งค้ำจุนเชิงวัตถุ และเพื่อนเป็นหลัก ส่วนวัยรุ่นหญิงที่ร่วมศึกษา ทั้งหมดนั้นใช้ความสนุกสนานจากการร่วมกิจกรรมกับผู้ใหญ่ในงานต่างๆ การพูดคุยกับกลุ่มเพื่อน ใกล้ชิด และการอ่านหนังสือฟังเพลง ซึ่งเป็นเรื่องนามธรรม กว่าวัยรุ่นชาย

เนื่องจากสุข ทุกข์ ของผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ผูกพันกันอยู่กับพฤติกรรมลูกหลาน แต่เมื่อควบคุมพฤติกรรมลูกหลานไม่ได้ จึงต้องสร้างสุขให้กับตัวเอง และคลายทุกข์ด้วยวิธีการที่แตกต่างกันตามเพศ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ผู้หญิง : ใช้งานบ้าน และกิจกรรมทางศาสนา เช่น

“ทำบุญ ตักบาตร คลายเครียด ปรึกษาลูก”

“ทำงานบ้าน”

“ปลงตก รู้จักปลง ตั้งสติ ไม่มีความคิด บ่พยายามคิดหยัง”

“เปิดเพลงฟัง ดูโทรทัศน์ คุยกับเพื่อนบ้าน”

“อ่านหนังสือธรรมะ”

“ร้องเพลง ไปวัดสวดสรภัญญะไหว้พระจุดธูปเทียน”

“ท่องนะโม”

“เฮ็ดกิจกรรมอย่าง เป็นศูนย์เป็นกองทุนจั๊งซี่ (อย่างนี้) กะไปนำเพิ่น เฮ็ดนำ เพิ่นทุกสิ่งทุกอย่างนั้นหล่ะ กองทุนอย่างเพิ่นไปทอผ้าจั๊งซี่กะไปนำเพิ่นเฮ็ดหยังกะไปนำเพิ่น เพิ่นพาไปหยังกะต้องไปว่าตั้งแต่ขอให้มีเพิ่นร่วมนำเพิ่น เพิ่นสิพาไปสร้างหยังกะต้องไปนำเพิ่น พอไปแล้วคือถ้าเพิ่นยินดี เฮากะภูมิใจในโต (ตัว) ของเฮาเอง”

ผู้ชาย :

(1) ใช้การทำงาน และทำสิ่งที่ชอบ ดังเช่นตัวอย่างต่อไปนี้

ไปไถไฮไถนาได้ มีความสุขในใจ และมีความสุขในชีวิต เพราะความรื่นเริง เอาความรื่นเริง และความม่วนซื่นมาใส่โตเจ้าของ เวลาผมมาจากแต่ไฮแต่นา เมื่อยๆ ผมกะมาร้องมาลำ ผมกะมาเทศน์ (ท่องบทสวดมนต์) นี่หล่ะครับที่ว่าผมมีความสุขใจของผม ผมไปไถนาเมื่อยๆ ผมกะร้องกะลำผมจับหางไถ ไปผมกะเทศน์ไปนำ ผม

กะนำหางรถผมไปเวลาผมมานำรถ ผมกะเอาความตรงที่ว่า ความร่าเริง ความร่าเริงมาใส่มันกะดับลง ดับลง (ความทุกข์ลดลง)

“นี่หละความสุข การเลี้ยงไก่ แต่ว่าเปรียบเทียบกับหลักธรรมมะแล้ว ผิดธรรมมะเป็นอบายมุข บ่ดี แต่ว่าสิ่งในใจผม คือ รักไก่ เดี๋ยวนี้ไปไสมาไส ห่วงไก่ คนชอบไก่”

(2) ใช้การปรับความคิด และหลักธรรม เช่น

“บ่ให้คิดแนวอื่น บ่ให้คิดเรื่องภายนอกให้เข้ามาอยู่ภายในใจเจ้าของ (ตัวเอง) คิดว่าแต่ว่าให้มีความสุข อาศัยว่าศาสนาพุทธเฮานิหล่ะ พึ่งพาอาศัยกันได้ ก็ไปฟังเทศน์ฟังธรรมเพิ่นสิระบายความทุกข์สุขให้ฟัง”

(3) ใช้การระบายอารมณ์รุนแรง เช่น

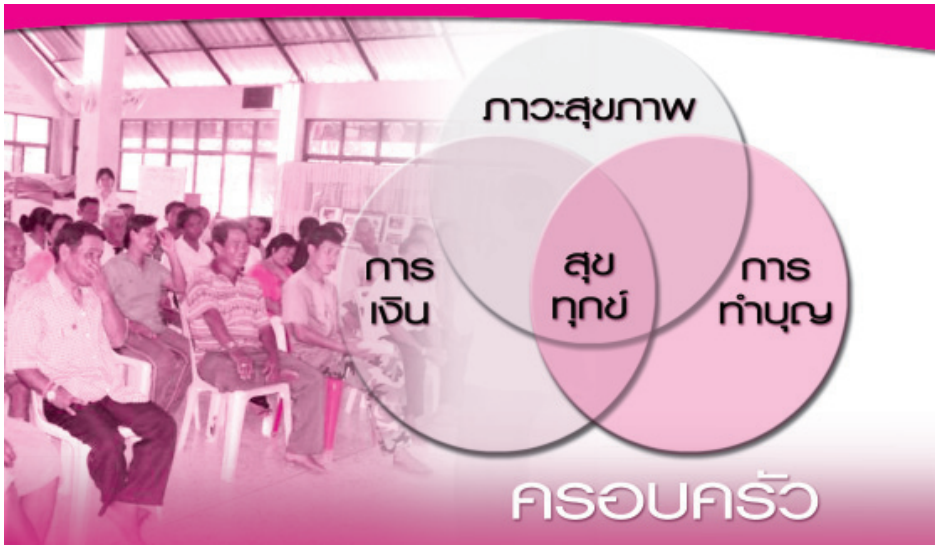
ไปโตน (กระโดด) น้ำนี่ โผลขึ้นมาเย็นสบายดี เอ้อหายเคียดแล้วกูยางเมีย (เดินกลับ) ดีกว่าการนั่งรถ ถ้าเคียดแฮงๆ (โกรธมากๆ) กัดหัวมือเจ้าของให้มันเจ็บ”

“ยามผมใจฮ้าย (โกรธ) ผมกะด่าลูกด่าเมียคือกันหล่ะครับ แต่ว่ามันมีลด คือเฮาเอาหลักธรรม”

โดยสรุป งานบุญประเพณี โดยเฉพาะสงกรานต์เป็นช่วงเวลาของการสร้างความสุข และคลายทุกข์ของชาวบ้านทั้ง 4 หมู่บ้าน เนื่องจากเป็นช่วงเวลาของการอยู่พร้อมหน้าของคนในครอบครัว มีเงินเข้าบ้าน มีงานสนุกสนาน และได้ทำบุญ ทำทาน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าบุญประเพณีเดือนอื่นๆ จะไม่มีปัจจัยแห่งความสุขครบถ้วน เหมือนกับบุญสงกรานต์ แต่ก็เป็นแหล่งสร้างสุขได้ เพราะได้ทำบุญได้มารวมตัวกัน พบกัน และสนุกสนานร่วมกันของคนทุกเพศทุกวัย อย่างไรก็ตาม มีประเด็นที่น่าสังเกตว่า ผู้หญิงในทั้ง 4 หมู่บ้านมีวิธีการคลายทุกข์ที่ใช้ความรุนแรงน้อยกว่าผู้ชาย ขณะที่ผู้ชายใช้วิธีคลายทุกข์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจแต่คนวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุทั้งผู้ชาย และผู้หญิงก็ใช้ธรรมช่วยคลายทุกข์ได้

การไม่มีเงิน หรือขาดเงินสำหรับการสนองความต้องการบริโภคในสังคมที่เงินเป็นปัจจัยหลักในการดำรงชีวิตอันเป็นต้นเหตุของความทุกข์ นำมาซึ่งความเครียด ความวิตกกังวลต่างๆ มากมาย แต่ความสุขสูงสุดของผู้ให้ข้อมูลหลักในหมู่บ้านที่ศึกษาทั้ง 4 หมู่บ้านที่มีความแตกต่างกันก็ยังแนบแน่นอยู่กับระบบเครือญาติ (kinship system) ซึ่งเป็นเสาหลักของสังคมอีสาน แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละวัย จะมีวิถีการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน แต่จุดรวมของความสุขก็ยังคงเป็นเรื่องเดียวกัน คือ ครอบครัวที่ปรองดอง ดังนั้นอาจจะกล่าวได้ว่า วิถีชีวิตของชาวบ้าน ทั้ง 4 หมู่บ้านที่ศึกษานี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงทุกข์-สุข ว่าเกี่ยวข้องเชื่อมโยงอยู่ใน 3 ประเด็น คือ ภาวะสุขภาพ การเงิน และการทำบุญ โดยอยู่บนฐานของครอบครัว ดังแสดงในภาพที่ 16 เมื่อใดก็ตามที่บุคคลมีสุขภาวะที่ดีอยู่ในครอบครัวที่ปรองดอง ไม่มีหนี้สิน และได้ทำบุญตามประเพณีบุคคล

ภาวะสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับการเงิน เนื่องจากต้องใช้เงินเพื่อการรักษาการเจ็บป่วย นอกจากนั้นภาวะสุขภาพยังเชื่อมโยงกับการทำบุญในแง่ของการคลายเครียด และการส่งเสริมสุขภาพซึ่งนำมาสู่การมีความสุขทางจิตวิญาณ (spiritual) หรือมีทุกข์ทั้งในระดับบุคคล และครอบครัว



ภาพที่ 16 วงแหวนแห่งทุกข์-สุข ของชาวบ้านอีสาน

ขณะเดียวกัน สถานะเพศ บทบาททางเพศ (gender role) และวิถีชีวิตของคนแต่ละวัยก็เชื่อมโยงกับความเป็นไปในครอบครัว ซึ่งเป็นฐานของวงแหวนแห่งทุกข์-สุข ดังนั้นการจะสร้างกลวิธีใดๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันโรคซึมเศร้าก็จะต้องเชื่อมโยงสู่วงแหวน และฐานของวงแหวนแห่งทุกข์ - สุข

ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ

ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า : นั่งลืม คิดลืม บ่สนใจผู้ได๋

"เรื่องของอารมณ์ และการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เป็นสากล การพูดถึงอารมณ์คือ การพูดถึงสังคม อำนาจ และการเมือง ญาติพี่น้อง และการแต่งงาน ความปกติและความเบี่ยงเบน ดังนั้น การทำความเข้าใจภาวะอารมณ์ของบุคคล ต้องเข้าใจพลังจารีต และภาษาของสังคมนั้นๆ เป็นอย่างดี เนื่องจากการแสดงของภาวะอารมณ์เป็นสิ่งที่สังคมสร้างและกำหนด"

(ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546 สรุปจาก Lutz, 1988)

ข้อความดังกล่าวชี้นำว่าหากจะเข้าใจการแสดงออกทางอารมณ์ของคนในสังคมอีสานก็ต้องเข้าใจบริบทอันเป็นที่มาของพลังจารีต และภาษาของสังคมอีสาน ดังนั้นเพื่อให้การพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นได้บนพื้นฐานของความเข้าใจการแสดงออกทางอารมณ์เมื่ออยู่ในภาวะซึมเศร้า ตลอดจนการรับรู้เรื่องโรคซึมเศร้า สาระสำคัญของบทนี้จึงให้ภาพข้อค้นพบที่สะท้อนมาจากคำพูดต่างๆ ของชาวบ้านใน 4 หมู่บ้านที่ศึกษาในประเด็นที่สำคัญ 3 ประเด็น คือ คำ และความหมายของภาวะซึมเศร้า และการรับรู้เรื่องโรคซึมเศร้า กลุ่มเสี่ยง ผู้ช่วยเหลือ และการช่วยเหลือ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 คำ และความหมายของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า

ในจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดนั้น มีประมาณ 1 ใน 3 คือคนวัยผู้ใหญ่ที่เคยมีประสบการณ์ได้ยินเรื่องภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า หรือได้พบเห็นคนที่มีอาการที่ตนเองเข้าใจว่าคือโรคซึมเศร้า ส่วนอีก 2 ใน 3 นั้น ซึ่งส่วนใหญ่คือวัยรุ่น และผู้สูงอายุ ไม่เคยได้ยินมาก่อน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ซึมเศร้ากับเครียดนี่อันเดียวกันไหมครับ"

"บ่ได้ยิน ซึมเศร้ากะสิเหงา แมนบ่"

"ซึมเศร้าเป็นจังได๋ (อย่างไร) เป็นพวกคิดหลายติ (ใช่ไหม) คิดมากจนเป็นบ้าเป็นบอปานนั้นติ รู้จักแต่ผีบ้า (คนบ้า)"

"พวกนั่งซึมนอนซึมฮั่นติ (ใช่ไหม) บ่สบายหัวใจ คิดนั่น คิดนี่"

สำหรับกลุ่ม 1 ใน 3 ที่เคยได้ยินและเห็น ซึ่งส่วนใหญ่คือกลุ่มวัย 25- 59 ปี ทั้งผู้หญิง และผู้ชายได้กล่าวถึงโรคซึมเศร้า และแหล่งข้อมูล ดังนี้

4.1.1 คำที่หมายถึงโรคซึมเศร้า

"โรคเก็บกด โรคกดดัน"

"โรคคนไม่มีความคิด หมดความคิด"

"โรคเครียด โรคขาดความบ่พอ บางคนมีจักรยานกะอยากได้มอเตอร์ไซค์ มีมอเตอร์ไซค์กะอยากได้ปิคอัพจั๊งซี่ อันนั้นความกดดันดอกนั้น ความกดดันของพ่อแม่ กดดันเพราะอยากได้มอเตอร์ไซค์เนาะ มีมอเตอร์ไซค์กะอยากได้ปิคอัพจั๊งซี่พอบ่อเป็น"

"ซึมเศร้าหนิกะโรคใจเสียคือเก่าล่ะเนาะ มันล่ะคิดเศร้าไปมีคนไปหากะหนีเศร้าๆ ไปผู้เดียว"

"ซึมเศร้าแบบเหงาๆ แบบเป็นประสาทเป็นนั่นน่ะ"

"ตามที่ผมเรียนมา ป.4 ผมว่าซีเรียสอีหยัง นั่นครับ ทุกข์หลายๆ เครียดทุกข์ หลายๆ ป่วยเลยทุกข์หลายไม่มีเงินทองทุกข์หลายๆ เอามือก่ายหน้าผากหงอย"

"ซึมเศร้าผมคิดว่าจะเข้าไปทางที่ว่าคิดไปไสกะคิดบ่ออก"

"โรคคิดมาก"

"คิดบ่อยากไปไสมาไส คิด



ไปอยากผูกคอตาย กินยาล้ม ยาตาย”

“เขาเคยสนุกสนานก็ซึมเศร้า ไม่พูดไม่จาคนถามก็ไม่ตอบ เหมือนพ่อใหญ่ซึมหลาย ซึมเศร้ามากจนได้ผูกคอตาย”

“มันเหงา อุกใจ อุกอั่ง อุกเอ้า กลุ้มใจ ปวดหัว เป็นการนั่งซันเข่า หน้าตาไม่เบิกบาน บ่ซื่น ทรงโศกทรงเศร้า บ่ม่วน”

“เคยได้ยินว่าโรคซึมเศร้าเป็นคนที่คิดมากคิดอยู่คนเดียว”

จากคำพูดดังกล่าวข้างต้น พบว่าคำสำคัญที่ถูกเอ่ยถึงซ้ำๆ กันมากคือ กดดัน ซึม เหงาหงอย เครียด ซีเรียส คิดมาก คิดไม่ออก บ่ม่วน บ่ซึงและอุกอั่ง ส่วนคำว่าเศร้า หรือซึมเศร้า ไม่เอ่ยถึงมากนักเนื่องจากไม่ใช่ภาษาที่ใช้ประจำ แต่ก็น่าสังเกตว่าคำว่าเครียด กดดันและซีเรียส ซึ่งถือเป็นคำใหม่ และไม่มีในภาษาอีสานเลยได้ถูกเอ่ยถึงมาก แสดงว่าคำใหม่เหล่านี้ ซึ่งสื่อสารผ่านวิทยุและโทรทัศน์ ได้รับการยอมรับและเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวันของผู้ให้ข้อมูลหลักใน 4 หมู่บ้านที่ศึกษา

4.1.2 แหล่งที่มาของการรู้จักโรคซึมเศร้า

“เคยอ่านหนังสือเจอ คิดว่าเป็นโรคที่เกิดเมื่ออยู่คนเดียวหมดหวังผิดหวัง มักเกิดกับผู้สูงอายุ เป็นคนที่ไม่ค่อยพูด ใจไม่เข้มแข็ง รับสภาพอะไรไม่ค่อยได้”
(เจ้าอาวาส)

“ได้ยินเขาพูดในโทรทัศน์มันก็ซึมไม่พูดไม่จา ถามไม่ตอบไม่พูดความในใจให้เพื่อนฟัง ไม่ระบายออก ไม่คบเพื่อนอยู่แต่ในห้อง เก็บตัวเองไว้ โรคซึมเศร้า”

“ได้ยินทางโทรทัศน์ ที่เป็นแล้วฆ่าตัวตาย ก็คิดมากนั่งเหม่อลอยอยู่คนเดียว บางครั้งก็ร้องไห้ด้วย”

“ซึมเศร้า แล้วฆ่าตัวตาย ข่าวออกข่าวทีวี ตกงาน ผูกคอตาย”

“เคยได้ยินทางวิทยุ ได้อบรมที่โรงพยาบาล คนซึมเศร้าเป็นคนหมดอาลัยตายอยาก ไม่อยากได้อะไร”

“ก็เคยได้ยินแต่อนามัยพูดว่าคนที่ซึมเศร้าไม่อยากให้คิดมากไม่อยากให้อยู่คนเดียว กลัวเป็นบ้าทำร้ายตัวเอง ให้พยายามไปหาเพื่อน”

“คิดหลายครับ กลุ้มใจคิดหลายมีปัญหาบอกใครบ่ได้ นั่งเหม่อลอยอย่างถามว่า กินข้าวหรือยังก็เฉยไม่ได้ยิน เรียกก็ไม่ตอบแบบว่าจิตใจลอย พูดง่ายๆ ก็ฟุ้งซ่าน หาคำตอบให้กับชีวิตตัวเองไม่ได้มันก็จะเป็นลักษณะนี้แหละ แต่ว่าผมเห็นนะไม่ใช่ผมเป็นนะ”

ข้อความข้างต้นสะท้อนว่าข่าวสารเรื่องโรคซึมเศร้าได้สื่อผ่านทางสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และบุคลากรสุขภาพถึงชาวบ้านในหมู่บ้านได้ และสื่อโทรทัศน์ดูจะเข้าถึงได้มากที่สุด นอกจากนั้นเนื้อหาที่รับรู้นั้นก็เชื่อมโยงถึงอันตรายของโรคซึมเศร้าคือการฆ่าตัวตาย ส่วนการรู้จากการเห็นนั้นก็เชื่อมโยงกับคำที่เคยได้ยินมา เป็นที่น่าสังเกตว่าการสื่อสารปากต่อปากที่ใช้กันมากในหมู่บ้านนั้นไม่เกิดขึ้นกับกรณีข่าวสารเรื่องโรคซึมเศร้า แต่ในกรณีที่มีคนฆ่าตัวตาย ซึ่งเกิดขึ้นในหมู่บ้านศรีฐาน บ้านเชียงหวาง และบ้านหัวงัวนั้น ชาวบ้านพูดถึงเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับพฤติกรรม และปัญหาของผู้ตาย

4.1.3 การแสดงออกของคนซึมเศร้า

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เคยเห็นคนซึมเศร้า และเคยได้ยินเรื่องโรคซึมเศร้าได้กล่าวถึงการแสดงออกของคนซึมเศร้าดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“หน้าสิหม่นหมองบ่อยากยิ้มอยากแย้มใส่ผู้อื่น บ่ม่วนเพิ่นเว่าหัว (พูดคุยสนทนา) กันแตกวื่นๆ อยู่ กะหัว (หัวเราะ) กับเพิ่นบ่ได้ หัวกะหัวไปซ่ำนั่น (อย่างนั้นเอง) ล่ะ หัวหน้าแห้งไปซำนั่น”

“ยิ้มจืดๆ เอามือค้ำคาง”

“ไม่คบคน อยากอยู่คนเดียว”

“ปรวน เดี๋ยวดีเดี๋ยวร้าย”

“นั่งอยู่คนเดียว หงุดหงิดคนเดียว เหงาคนเดียว ซกมก (อยู่คนเดียว) ไม่สู้หน้าใคร เวลาคนเข้าไปใกล้จะตกใจง่าย ไม่ค่อยพูดกับใคร ไม่สู้หน้าสู้ตา อยากอยู่คนเดียว หันหลังให้ไม่อยากพูด”

“อยากอยู่คนเดียว บ่ค่อยอยากเว่า นั่งคนเดียว เป็นเศร้าๆ มีปัญหาทุกข์ใจคิดหนัก เลยเป็นโรคซึมเศร้า”

“เป็นซึมๆ เป็นบ่อยากปาก (ไม่อยากคุย) บ่อยากเว่ากันกับผู้ได๋ อยากอยู่จังสั่น (อยู่อย่างนั้น)”

“คนที่เซ็งชีวิตซึมเหงาไม่อยากพูดกับคน คนที่อยากอยู่ในห้องคนเดียว เศร้าไม่สบายในตัวเอง คนไม่มีเงิน ไม่อยากพูดกับใคร น้ำตาไหล น้อยใจว่าไม่มีเงิน คนที่ร้องไห้ง่าย น้อยใจ คิดอะไรไม่ออกก็ร้องไห้ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ”

“คนที่ไม่ออกสังคม เก็บตัวเงียบ นั่งคิดนั่งอ่านคนเดียว ไม่ไปหาไม่พูดกับใคร ไม่พูดปัญหาให้คนอื่นฟัง”

“มันสิคิดไปไกลบ่ออก มั่วในสมองนี่ล่ะ คิดหยังกะคิดบ่ได้ ใจกะบ่เบิกบ่บาน หาทางออกเจ้าของบ่ได้”

“ซึมเศร้านี่ก็แบบว่าพอใช้สมองขึ้นมาประสาทมันไม่ทำงานน่ะ ซึมเศร้าก็ไม่ค่อยพูดกับคน”

“จากคนกินข้าว บ่อยากกินข้าว”

“บางครั้งเราพูดเขาก็นั่งฟังเฉยๆ ไม่โต้ตอบ ใจเหม่อลอย ซึมเศร้า”

“คล้ายๆ กับไข้หวัดนก เป็นเหงาๆ ไม่ค่อยกินข้าว”

“ไม่ค่อยพูดค่อยจา นั่งเหม่อลอย ร้องไห้ทั้งวัน นอนแต่หัวค่ำ”

“ก่อนจะไปผูกคอตาย เขาก็บอกแต่เราไม่สนใจ (ฟัง) เฉยๆ เขานั่งเฉยๆ ไม่พูดไม่จาบอกอยากตายเราก็ไม่คิดอะไรมาก คนนั้นนั่งกอดเข่าเราถาม 3-4 คำ จะตอบอยู่ 1 คำ”

“เป็นการเบื่อหน่าย ท้อแท้ นั่งกอดเข่า (ทำท่านั่งให้ดู) มันแสดงให้เห็นว่าอุกอุกอั่ง หาทางออกไม่ได้ เป็นโรคเครียด โรคซึมเศร้า”

จากคำพูดดังกล่าวแสดงว่าภาษาท่าทาง หรืออวัจนภาษา (non-verbal communication) ที่แสดงนัยทางอารมณ์ และความรู้สึกซึมเศร้าที่สื่อถึงอาการซึมเศร้าที่ผู้ให้ข้อมูลหลักรับรู้นั้นตรงกับภาวะซึมเศร้าทางจิตเวชศาสตร์ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546) ดังนี้

(1) มีอารมณ์เศร้าเกือบตลอดวัน และเป็นติดต่อกันทุกวัน

(2) ความกระตือรือร้น ความรู้สึกสนุกสนานในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำ เคยชอบจะลดลงมาก มีพฤติกรรมเฉื่อยชาตลอดเวลาเกือบทั้งวัน หรือทั้งวัน ติดต่อกันเกือบทุกวัน

(3) ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงอาจลดลงหรือเพิ่มขึ้นทุกวัน หรือเกือบทุกวันทำให้น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงชัดเจน ถ้าเบื่ออาหารน้ำหนักก็จะลดลงมา ถ้าอยากอาหารมากขึ้น รับประทานมากขึ้นน้ำหนักก็เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

(4) การนอนผิดปกติอาจจะนอนไม่หลับ หรือหลับบ่อยมาก หรือหลับนานผิดไปจากเดิมเกือบทุกวัน

(5) มีการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหวทางร่างกาย เช่น กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่งมากกว่าปกติ หรือเชื่องช้าลง รวมไปถึงความคิดโดยคิดช้าลงหรือคิดฟุ้งซ่านมากขึ้นเกือบทุกวัน

(6) อ่อนเพลีย ไม่มีแรงเกือบทุกวัน

(7) มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกว่าตนเองผิด หรือไม่ดีอย่างมากเกินเหตุเกือบทุกวัน ความรู้สึกนี้อาจรุนแรงถึงขั้นหลงผิด (Delusion) ได้

(8) สมาธิไม่ดี ความสามารถในการตัดสินใจลดน้อยลงจนถึงไม่สามารถตัดสินใจได้ โดยมีอาการเช่นนี้เกือบทุกวัน

(9) คิดซ้ำๆ เรื่องความตาย คิดฆ่าตัวตาย หรือวางแผน

ฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted Suicide)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจมีอาการต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นไม่ครบทุกอาการ แต่อย่างน้อยต้องมีอาการข้อ 1 หรือ อาการข้อ 2 และเกิดติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ผู้ที่มีอาการมากกว่า 5 อาการ และเป็นต่อเนื่องกันนานกว่า 2 สัปดาห์ จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง

นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนได้จำแนกความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าที่ปกติ และผิดปกติไว้ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"มันจะเป็นแบบนี้ครับความซึมเศร้าไอ้พวกนี้มันจะเป็นบางโอกาสครับ มันเป็นบางลักษณะไม่ใช่ว่าเป็นตลอดไป ถ้าจะเป็นตลอดไปมันจะเป็นโรคจิตไปแล้ว พวกนี้จิตเวชเขาเอาไปรักษาได้ ถ้าซึมเศร้าอยู่ตลอดนี่เขาจะว่าเป็นโรคจิต"

"ถ้าเรานั่งอยู่เราคิดไม่ไปสุงสิงกับเพื่อนฝูง ไม่ค่อยพูดจานั่งอยู่คนเดียว เป็นบางครั้ง ไม่ได้ว่าเป็นโรค"

"แยก 2 อย่างระหว่างความทุกข์ ซึมเศร้า ทุกข์เป็นปัญหาที่เกี่ยวกับพอจ่ายไหม ทุกข์เป็นเรื่องสั้นๆ สำหรับโรคซึมเศร้า เป็นปัญหายาวๆ ไปข้างหน้า หมดหวัง หมดไฟเป็นไปไม่ได้"

กล่าวได้ว่าความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าสามารถส่งผ่านให้ชาวบ้านรับรู้ และเข้าใจได้ถูกต้องตามองค์ความรู้ที่มีอยู่ได้เป็นอย่างดี มีผู้ให้ข้อมูลหลักคนหนึ่งได้กล่าวถึงคนเป็นโรคซึมเศร้าว่าเป็น **"ผู้ที่นั่งลืม คิดลืม บ่สนใจผู้ได๋"** ซึ่งหมายถึงคนที่นั่งอยู่กับที่นานๆ ไม่กิน ไม่นอน ไม่อยากทำอะไร คิดหมกมุ่น ไม่สนใจผู้คนสิ่งแวดล้อม ซึ่งคำพูดดังกล่าวได้แสดงลักษณะเด่นของอาการซึมเศร้าที่ผิดปกติได้เป็นอย่างดี

4.1.4 สาเหตุทำให้คนซึมเศร้า

ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้คนมีภาวะซึมเศร้าใน 5 สาเหตุ คือ ด้านเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความผิดหวัง การงาน และความเจ็บป่วย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"เกี่ยวกับความทุกข์ จากการใช้จ่ายไม่เพียงพอ อารมณ์ไม่เหมาะสม ทำให้เหงาลงเป็นโรคซึมเศร้า"

"ทำนาไม่ได้ขายข้าว"

"ไม่มีเงิน ครอบครัวไม่สมประกอบ กดดันในชีวิต ติดเหล้า มีโรคประจำตัว บางครั้งทำให้คิดอยากตาย เคยมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จด้วยการผูกคอหนึ่งคน มีปัญหาเศรษฐกิจ"

"จากสาเหตุปัญหาการเงินนี่แหละในครอบครัว"

"โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาจากของครอบครัว แยกครอบครัวออก"

"อาการซึมเศร้าจากสามีมีเมียน้อย"

"คิดมากแก้ปัญหาไม่ตก ครอบครัวมีเรื่องยุ่ง"

"เกิดจากสิ่งที่หวังแล้วไม่สมหวัง ทำให้ท้อแท้ และเกิดโรคซึมเศร้าได้"

"เศร้าใจคัก (มาก/อย่างหนัก) ผิดหวังคัก แสดงว่าโรคมันมีจังสิล่ะความเศร้า บ่ออนซอน (ไม่สนใจ ไม่ใส่ใจ) หยังกะมีทุกคนเด๊ะ บ่ออนซอนหยังในโลก ยาง (เดิน) ไปไสกะบ่ม่วน หมู่ร้องเพลงกะบ่ม่วน เศร้าใจเติบ (มาก)"

"น่าจะปัญหาการงาน"

"ความไม่สบาย เจ็บป่วย คนในครอบครัวป่วย ทำให้คิดมาก ทั้งบ้าน ทั้งเป็นหนี้สินกลายเป็นซึมเศร้า เศร้าทั้งบ้าน เช่น ลุงคนหนึ่งที่เมียป่วย เขาก็ซึมเศร้า ไม่อยากพูดคุยกับใคร ลำบาก เราถามก็ไม่พูด"

นอกจากนั้นยังมีผู้ให้ข้อมูลหลักตั้งข้อสังเกตว่าผู้หญิงซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้หญิงคิดมาก และสังคมแคบ ดังตัวอย่างคำสนทนาดังต่อไปนี้

“ผู้หญิงเป็นคนคืดมาก เนาะ ผู้ชายบ่คืดมากเนาะ ผู้หญิง ก็อยู่แต่บ้านเลี้ยงลูกเลี้ยงหลาน”

“ผู้ชายเพิ่นก็ไปออกนอกบ้านได้นะ มันบ่คือกัน ผู้หญิงมันบ่ได้ไป”

“ผู้หญิงคาหลาน (ดูแลหลาน) ไปไหนมาไหนบ่ได้”

“ผู้ชายไปนั่นไปนี่ได้นี่นา”

โดยสรุป ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนมากโดยเฉพาะวัยรุ่น และผู้สูงอายุไม่รู้จักโรคซึมเศร้า แต่ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนที่รู้จักภาวะซึมเศร้ากล่าวถึงในลักษณะของอารมณ์ที่เกิดจากความทุกข์ใจการรับรู้เรื่องโรคซึมเศร้าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่เคยได้ยิน ได้เห็น ได้ฟังมา สามารถระบุถึงอารมณ์ และพฤติกรรมได้อย่าสอดคล้องกับลักษณะทางคลินิกของโรคซึมเศร้า ในตำราจิตเวชศาสตร์ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักรับรู้สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในลักษณะของปัญหา ส่วนตัวที่บ้างมีผลมาจากคนอื่นในครอบครัว และบ้างมีผลจากตัวเอง

4.2 กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดความเหงาความเศร้ามากกว่าคนกลุ่มอื่นๆ รองลงมาคือพวก ผู้ใหญ่ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่เฝ้าบ้าน จะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่เกิดความทุกข์ใจมากกว่ากลุ่มอื่นๆ เพราะไม่ค่อยได้รับการดูแลจากลูกหลาน คิดว่ากลุ่มคนที่กินเหล้า คงไม่ทุกข์ใจดูเขามีความสบายใจมากกว่า”

“โรคซึมเศร้าที่เคยได้ยินมาจะเกิดกับคนแก่ ลูกหลานไม่อยู่ด้วย คนแก่จะเกิดอารมณ์เศร้า คนแก่ต้องมีที่พึ่ง ถ้าไม่มีแล้วจะเครียดแบบเศร้าๆ”

“เหงาก็คือเศร้า บางเทื่อ (ครั้ง) ก็บ่คือกัน แต่บางเทื่อก็คือกันอยู่ เวลาเหงาก็ซิ เหงาก็ซิคิด คิดนั่นคิดนี่ อยากให้ลูกมาเยี่ยมมายาม บางเทื่อ (ลูกหลาน) ไปทำงานต่างจังหวัดมีงานลาบ่ได้ ถ้าโทรคุยกันก็ได้อยู่ โทรคุยกันก็ดีใจอยู่แต่อยากให้ลูกมา มาบ่ได้มาก็เหงาแล้ว ถ้าซึมเศร้า ซิอยากให้ลูกมากินข้าวแลงนำ ลูกซิบ่มา คือเขาบางคนลูกก็ซิบ่สนใจอยู่ เห็นความสำคัญของพ่อของแม่น้อยเกินไป คือไปทำงานมาซิเหนื่อยกินข้าวบ่ลงแล้ว แล้ว (พ่อเฒ่าแม่เฒ่า) มาจังสั้นจังซี่ (อย่างนั้นอย่างนี้)”

“ผมว่าวัยกลางคนนะซักประมาณสามสิบสี่สิบกว่าๆ ประมาณวัยนี้แหละครับจะเครียดๆ มากเลย เพราะอาจจะคิดเรื่องวัยชราที่กำลังจะมาถึง”

“นั่งเหม่อลอย จะหายเมื่อหายเครียด จะหายได้ต้องออกกำลังกาย ไม่ต้องเคร่งเครียด เกิดกับคนอายุกลางๆ คน”

ซึ่งคำพูดเหล่านี้สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจระดับความสุขที่พบว่าในทุกหมู่บ้านผู้ที่มีระดับความสุขต่ำกว่าคนปกติส่วนใหญ่คือผู้ที่อายุมากกว่า 55 ปี ขึ้นไป และเมื่อศึกษาเชิงลึก พบว่าสาเหตุที่กล่าวถึงกันมากคือ สุขภาพไม่ดี เป็นห่วงลูกหลาน และรู้สึกเป็นภาระ

เป็นที่น่าสังเกตว่า เด็กวัยรุ่นถูกกล่าวถึงว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงของการมีภาวะซึมเศร้าน้อยมาก แต่ถูกกล่าวถึงในทำนองที่เป็นสาเหตุให้คนวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ทุกข์ และซึมเศร้า ดังตัวอย่างคำพูดของผู้นำชุมชนคนหนึ่งว่า

“เยาวชน ทำให้พ่อ-แม่ ทุกข์ เพราะขับรถมอเตอร์ไซค์เร็ว กินเหล้าบ่อย”

4.3 การป้องกันภาวะซึมเศร้า และการช่วยเหลือคนเศร้า : ปัญหาส่วนตัว ตัวเองช่วยตัวเอง

เนื่องจากสาเหตุของภาวะซึมเศร้าถูกรับรู้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่ร่วมศึกษาในครั้งนี้ว่าเป็นเรื่องส่วนตัว และเรื่องเกิดขึ้นในครอบครัวทำให้เรื่องภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าไม่ใช่ประเด็นสาธารณะที่จะต้องนำมาเป็นธุระของชุมชนโดยภาพรวมทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักในทั้ง 4 หมู่บ้านที่ศึกษา จำแนกเรื่องส่วนตัวที่คนอื่นๆ ไม่เข้าไปยุ่ง และเรื่องส่วนรวมที่ทุกคนควรช่วยกันไว้ตรงกัน ดังนี้

เรื่องส่วนตัว :

“หน้าที่การงาน เงินทอง เรื่องหนี้สิน การประกอบอาชีพ ผัวเมียทะเลาะกัน”

“เรื่องที่ดิน มรดก สมบัติ แบ่งกันบ่ลงตัว”

เรื่องส่วนรวม :

“งานทุกอย่าง วัด โรงเรียน กองทุนหมู่บ้าน การพัฒนาหมู่บ้าน บุญประเพณีทุกเดือนก็จะมีงานบุญอยู่ตลอด”

“เรื่องทำบุญ บุญบวช สังคม การงานของหมู่บ้านชุมชนมาเว่าเฮาก็ไป คนตายไม่บอกก็ไป”

ทัศนะต่อเรื่องส่วนตัว :

“เรื่องส่วนตัว ครอบครัว ผัวเมียผิดกัน ทะเลาะวิวาท เรื่องยาเสพติด เพราะกลัวจะยุ่งยาก ถามมาเหมือนกับว่าเฮาสิไปพัวพันนำเขาอยากซอยเหลือ แต่กะบ่อยากยุ่งนำ”

“เรื่องบ่ดีต่างๆ ถ้าเขาบ่มาหา กะบ่อยากไปยุ่งกับเขา เรื่องส่วนตัว”

“เรื่องผิดกันกับผัว ก็บ่กล้าเว่าแน๊”

“ไผ (ใคร) ก็บ่กล้ารับปรึกษาแล้วเนาะ เรื่องอื่นละพอได้ ถ้าเว่าสิก็ซิผิดหมู่เพิ่น (โกรธกับเพื่อน)”

“เรื่องครอบครัวทะเลาะกันไม่ควรยุ่ง”

“ผัวเมียเถียงกัน สิบ่ไปยุ่งเขา มีแต่เขาสิเตะ ด่าเอา”

“เรื่องยาเสพติด เขาสิด่าเอาว่ามายุ่งเฮ็ดหยัง”

“ก็คนในครอบครัวเขาเนาะให้เขาจัดการเองมาแส่ทำไมกล้วเขาด่า”

“ผัวเมียทะเลาะกันนี่หละ ไม่ยุ่ง ยกเว้นมาปรึกษา”

จากทัศนะดังกล่าวสะท้อนว่า เมื่อสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องส่วนตัวเองและครอบครัวต้องช่วยตัวเอง ซึ่งทัศนะดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ความรุนแรงในครอบครัวถูกละเลยผู้หญิงมีโอกาสตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงโดยไม่มีใครกล้าช่วยเหลือ ดังนั้นการป้องกัน และช่วยเหลือ ก็เกิดขึ้นในบริบทของครอบครัวเป็นหลัก โดยมีคนนอกครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องบ้าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.3.1 คนป้องกัน และช่วยเหลือ

ผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นว่าโรคซึมเศร้าสามารถป้องกันได้ แม้จะลำบาก ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“มัน (โรคซึมเศร้า) แสดงอาการไม่มาก จะลำบากในการป้องกัน”

“ป้องกันได้ ถ้ามีความทุกข์ก็คุยกับญาติ พี่น้อง”

“ป้องกันได้ โดยการไม่มีหนี้สิน หาเงินมาแทนคนอื่น ก็เบิกบานหัวใจเราก็ไม่ซึมเศร้า”

“ป้องกันได้ โดยการออกกำลังกาย ซึ่งหลวงพ่อเคยทำมาตลอด ทำให้เป็นคนจิตใจเข้มแข็ง กระปรี้กระเปร่า คิดว่าสามารถ

ป้องกันโรคนี้ได้ สิ่งแวดล้อม คนที่อยู่ใกล้ชิดต้องคอยดูแลช่วยเหลือ”

“โรคซึมเศร้าอาจจะมีในวัยชรา วัยรุ่น และก็เด็ก แต่ถ้าให้ความรักให้ความอบอุ่นก็น่าจะช่วยป้องกันได้อีกวิธีหนึ่ง”

การป้องกันในระดับบุคคลที่ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวถึงมากที่สุด นั่นคือตนเอง ต้องช่วยตัวเอง ป้องกันตัวเองไม่ให้ซึมเศร้านานจนเป็นโรคซึมเศร้า ตัวเองต้องเป็นหลักที่ต้องช่วยตัวเองโดยมีคนในครอบครัวเกื้อหนุน นอกจากครอบครัวช่วยไม่ได้แล้วจึงจะเป็นบุคลากรสุขภาพ และผู้นำในชุมชน ดังคำพูดต่อไปนี้

“คิดว่าต้องเป็นหน้าที่ของตัวเขาเอง ตัวเองต้องแก้ไขด้วยตัวเองก่อน”

“แต่คนที่ช่วยเหลือได้ดีที่สุดน่าจะเป็นคนในครอบครัว ญาติพี่น้องอันดับแรก ถ้าดู ดูแล้วอาการเป็นมากๆ ก็แนะนำไปหาหมอ ไปจิตเวช”

“ต้องเป็นคนในครอบครัว หันหน้าพูดคุยปรองดองทำความเข้าใจกัน ไม่ปล่อยให้ปัญหาอยู่ที่ใครคนใดคนหนึ่งเป็นคนรับผิดชอบต้องช่วยกัน ญาติๆ ก็ต้องช่วยกันด้วย”

“ปัญหาเกินความสามารถทางวัดทางวา ศาสนา เฮ็ดบ่ถูกบ่ต้อง ตอนนั้นผม (กำนัน) จั๋งสิ (ถึงจะ) ได้เข้าไป จั๋งสิเข้าไปแก้ ไปอธิบาย ส่วนที่ว่าชาวบ้านแก้ได้ ผมสิบ่เกี่ยว เรื่องผัวเมียผิดกัน (ทะเลาะ) มอบให้กรรมการให้ผู้ใหญ่บ้าน แต่ถ้าบ่ยินยอมบ่ตกลงกัน ผมจั๋งสิได้เข้ามาร่วม”

“หน้าที่ของผู้ใหญ่บ้าน อบต. คณะกรรมการหมู่บ้าน เพราะกลุ่มคนเหล่านี้จะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาได้ ทั้งเรื่องเงินทอง เรื่องความเป็นอยู่”

“อสม. เข้าไปดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาช่วยเหลือ”

“เพราะว่าอยู่นี่กะบ่มีผู้สิซอยเหลือได้คือลูกคือเมียสิว้าไปซอย เจ้าบ่หายดอกเจ้าสิมานั่งซูลูซีลี (ซึมเหงา) อยู่หนิ เว่าหยังหนิอยากด่าเขาวูๆ วาๆ แนล่ะ ประสาทอารมณ์บ่ดี ต้องไปหาพู่น (หมอรพ.จิตเวช) ล่ะครับแก้ไข”

“กลุ่มสตรีแม่บ้านเข้าไปช่วยเหลือได้เพราะมีเวลา สามารถเข้าไปหาทุกคนในชุมชนได้”



มีข้อสังเกตว่าการช่วยเหลือของบุคคลนอกครอบครัวนั้นเกี่ยวข้องกับโครงสร้างของชุมชน และหน้าที่อย่างเป็นทางการของบุคคลนั้นๆ โดยมีเรื่องของสถานะเพศเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ผู้นำในตำแหน่งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. ทั้งหมดเป็นผู้ชาย การช่วยเหลือที่คาดหวังจึงเป็นเรื่องการทำมาหากิน ส่วนกลุ่มแม่บ้าน อสม. ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง จึงถูกคาดหวังเรื่องการดูแลทางด้านจิตใจ และสังคม นอกจากนั้นยังมีข้อสังเกตว่า พระ และครู ซึ่งถือว่าเป็นผู้นำอย่างไม่เป็นทางการของหมู่บ้านอีสานทั่วไปไม่ได้ถูกกล่าวถึงเลย

สำหรับประเด็นเรื่องพระสงฆ์และครูนั้น มีผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนกล่าวถึงพฤติกรรมของพระสงฆ์ว่าไม่น่าศรัทธาที่จะขอคำปรึกษาเรื่องส่วนตัว แต่ให้ทำพิธีกรรมให้คลายทุกข์ เช่น รดน้ำมนต์ และสะเดาะเคราะห์ให้ ส่วนครูมีหน้าที่สอนนักเรียนอย่างเดียว

4.3.2 วิธีการช่วยเหลือ

ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวถึงวิธีการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าให้คลายทุกข์ (ซึ่งก็เสมือนกับการป้องกันโรคซึมเศร้าได้ทางหนึ่ง) ด้วยวิธีการต่างๆ แต่ส่วนใหญ่เน้นที่ระดับบุคคล และครอบครัว เนื่องจากเป็นเรื่องส่วนตัว แต่เมื่อใดที่มีการช่วยเหลือนอกครอบครัว คนนอกครอบครัวก็มีวิธีช่วยเหลือในลักษณะของการให้คำปรึกษา และการหาความสนุกสนานให้ ดังตัวอย่างจากคำพูดต่อไปนี้

(1) วิธีการช่วยเหลือตัวเอง

ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เสนอแนะการช่วยตนเองให้พ้นจากภาวะซึมเศร้า โดยผ่านประสบการณ์ตนเอง และจากการเห็นผู้อื่นๆ ซึ่งทั้งหมดนั้น คือต้องไม่อยู่คนเดียว คิดในทางที่ดี และพูดคุยกับผู้อื่น

“ก็ป้องกันโดยการไปพูดคุยกับคนอื่น หาเพื่อนพูดคุย ไปทำไร่ทำนา ทำงานบ้าน ถ้าเครียดมีปัญหาก็ไม่อยู่คนเดียว”

“ให้อดทน ให้สอบถามให้กำลังใจ ในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา ผมเคยเจอกับตนเอง ผมตกงานรู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง ไม่มีทางหากินแล้ว ผมใช้เวลา ถ้าแย่กว่านั้น ผมคงไปแล้ว ผมคิดว่าคนที่ด้อยกว่าเรามีเยอะ คนตาบอด คนที่ถูกทอดทิ้ง คิดถึงคนพวกนี้แล้ว ทำให้มีกำลังใจ”

“ถ้าบ่สบายใจมันสิเมื่อย เฮาเลยคิดว่าเอ้าเฮากะพุทโธๆ เฮานอนบ่หลับ ลังเทีย (บางที) กะมีเนาะแม่นบ่ ลังเทียกะคิดเคียด (โกรธ) แน นิดๆ หน่อยๆ เขามาว่า หยังเฮากะคิดเคียดไปอยู่ คิดเคียดในใจ เฮากะว่าชางหัวมันเถาะ (ช่างหัวมันเถอะ) เฮากะว่าพุทโธๆ เฮากะนอนหลับไปกะแล้วไป แล้วกะไปวัด”



“เฮ็ดนำเพิ่นนี่แหล่วเพิ่นพาเฮ็ดหยังเฮากะต้องเฮ็ด สิบ่มาอยู่เฮือน แบบว่าอยู่แบบนอนหลับทับสิทธิ์อีหยัง เฮากะต้องไปจิตใจเฮากะเบิกบานไป กะเลยว่าสบายใจเป็นมีความสุขในโตเอง”

“เกี่ยวกับโรคนี้ (ซึมเศร้า) ถ้ามีปัญหาเราต้องปรึกษา เพื่อป้องกันแก้ไขช่วยกัน พูดให้พี่น้อง เพื่อนฟัง ว่ามีปัญหาแบบไหน ต้องแก้ปัญหาช่วยกัน มันก็จะสว่างออก ถ้าไปนั่งซึมเศร้ามันก็ไม่หาย ไม่พูดไม่จาเขาก็ไม่รู้ว่าเราเป็นอะไร ถ้าพูดให้คนอื่นฟังเขาจะช่วยเหลือ”

(2) วิธีการช่วยเหลือในครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึงวิธีการ ที่คนในครอบครัวควรช่วยเหลือกันในลักษณะต่างๆ เช่น เข้าใจกันให้กำลังใจกัน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ลูกเมียต้องเข้าใจครับ พ่อแม่ต้องปรึกษากัน”

“ครอบครัวต้องให้กำลังใจ ซึ่งป้องกันได้ยาก แสดงอาการหนึ่งถึงสองวัน ถ้าเขามีปัญหามาปรึกษาเราก็สามารถช่วยเหลือได้”

“ต้องป้องกันตามสาเหตุที่เกิด ถ้ามีปัญหาครอบครัวต้องช่วยที่ต้นเหตุ ถ้าจะให้เราช่วยเราก็ไม่รู้ว่าเขามีปัญหาอะไรบ้าง ถ้าปรึกษาก็จะดีจึงจะช่วยได้”

“ครอบครัวแบบให้กำลังใจอะไรอย่างงี้ค่ะ โรคซึมเศร้ามันก็จะไม่เกิดขึ้นค่ะ ถ้ามีปัญหาหนักแค่ไหนแต่ว่าถ้าเรามีกำลังใจที่ดีก็ผ่านได้”

“พี่น้องกันหนิแหล่วไปเว่าอันนั้นอันนี่ (เรื่องนั้นเรื่องนี้) ให้กันฟังกะลืมไป เห็นมาแล้ว”

(3) วิธีการช่วยเหลือในกลุ่ม

ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวถึงการได้คุยกันขณะร่วมงาน และการรวมกลุ่มพูดคุยกันในยามว่าง ซึ่งเป็นวิถีชีวิตปกติของคนชนบทในวิธีการช่วยเหลือกันในระดับกลุ่มได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ต้องคุยกัน คือในนี้หล่ะ นั่งอยู่นำกัน ถ้าถามว่ามีความทุกข์บ่ ผมอาจสิยกมือกะได้ ผมทุกข์อีหยังว่าติ ผมทุกข์ใจ คั่นทุกข์ใจรักษาบ่หายไปกินยาอยู่บ้านหมอกะบ่หาย”



“ผู้เฒ่าเนาะมาตุ้มมาโฮม (รวมตัวกัน) เราก็พออยู่ได้นำหมู่นำพวก ในกรณีที่ผู้เฒ่าก็คือกันอยู่นำกัน จุดนี้ก็หายเหงาหายเศร้า ลูกบ่มาก็ช่างลูกเหอะ มีหมู่มีพวกมาคุยกัน”

“รวมกลุ่มกันหาอะไรมาทำร่วมกัน”

“การรวมกลุ่มปรึกษากัน ได้อะไรก็มาแบ่งปันกัน”

“เราทำอะไรก็มาเล่าให้กันฟัง ปรึกษากัน หาอะไรมาทำ”

“คุยกันแบบที่จะทำอะไร ก็ตกลงใจกัน คนนี้จะทำอันนี้ไหม ทำสิ่งโน้นไหม เราก็คุยกัน ถ้าเราทำเราก็คิดสนุกในหัวอกหัวใจ ก็ลืมครอบครัวทางบ้าน เพราะเป็นกลุ่มคนแก่ด้วยกัน ทำไปก็สนุก”

(4) วิธีการช่วยเหลือให้คำปรึกษา

ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนเห็นว่าการให้คำปรึกษาวัยรุ่น จะต้องใช้วิธีต่างจากวัยอื่นๆ และการพูดคุยให้ระบายเบี่ยงเบนความสนใจไปที่ความสนุกสนานเป็นวิธีการหลักสำหรับการป้องกันโรคซึมเศร้า ขณะเดียวกัน ชาวบ้านก็รับรู้ว่า ผู้ใหญ่ในหมู่บ้าน บุคลากรทางจิตเวช และพิธีกรรมของพระสงฆ์ เป็นแหล่งช่วยเหลือ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“แนวเด็กน้อยกับผู้ใหญ่มันกะปรับตัวบ่คือกัน อันผู้ใหญ่คั่นทุกข์มากะเอาธรรมะแล้วเข้ามันกะดับได้อยู่เด๊ะล่ะ”

“เด็กน้อยมันสิบ่ตรงกับผู้เฒ่ากับผู้ใหญ่”

“เด็กน้อย เอาความเว่า (การพูดจา) นี่แล้วเข้าเอา”

“ยาย...เอาความงาม ย่อง (ยกยอ) สอนเอาเนาะ มัน (เด็กน้อย วัยรุ่น) กะดีอกดีใจสั่นแหล่ว”

“จากปกติเขาร่าเริงมาดูอีกครั้งเห็นเขาซึมๆ ไปก็เข้าไปเว่าไปถาม”

“ถ้าสนิทก็จะไปคุยเป็นเพื่อน ไปนั่งคุยกับเขาให้เขาได้พูดระบายความรู้สึก”

“ให้ความกระจ่างกับผู้นั้น ว่าเฮาบ่ต้องไปคิด เฮาบ่เอามาหนักอกหนักใจ ถ้าเฮาคิดแบบนั้น มันกะพอเป็นทุกข์ซือๆ (เฉยๆ) คิดแล้วเฮากะบ่ได้ดอก กะไปเว้าจั๊งซี่ กับหมู่ (เพื่อน) มันจั้งสิได้”

“มีแต่มาซวนคุย ซวนเว่า เว่าไปแล้วกะสบายใจ”

“เฮากะไปช่วยให้ความคิดเห็น ว่าเฮ็ดจั่งซั่น (อย่างนั้น) เฮ็ดจั่งซี่ (อย่างนี้) เด้อ เพราะว่าเฮาเคยผ่านมาแล้ว อย่าให้เป็นเยี่ยงอย่างอีก เฮามันเป็นเยี่ยงอย่างแล้ว กะไปแนะนำเพิ่นหล่ะผมว่า”



“พูดเรื่องม่วนเฮใส่กัน พูดเรื่องตลกหรือว่านิทานเรื่องนั่นเรื่องนี้ คนนั้นทรงสิยาก (ท่าจะไม่สบาย) แน๊ กะหานิทานเรื่องที่จะหัวเราะมาก็จะสิเฮ็ดให้หัวเราะด้วยกันก็จะค่อยๆ สิดีไปด้วยกันนั่นหล่ะ”

“พาไปม่วน พาสนุกสนาน พาหัว พาเล่นกีฬา เช่น ฟุตบอล เปตอง”

“พยายามให้เขามีกิจกรรมทำ แนะนำให้ไปทำกิจกรรม”

“คั่นนอนบ่หลับแนกะบอกไปหาหมอ ไปเอายาคลายเครียดมากิน แนะนำไปหาหมอ ไปจิตเวช ทุกวันนี้ไปจิตเวชจะหาย”

“ถ้าบอกว่าไม่มีเงินไปหาหมอก็ให้กำลังใจเขา แนะนำไปหาพระรดน้ำมนต์”

(5) ความช่วยเหลือที่ต้องการจากชุมชน

แหล่งสนับสนุนจากภาย นอกครอบครัวที่ผู้ให้ข้อมูลหลักที่จากทั้ง 4 หมู่บ้าน กล่าวถึงมีทั้งจากบุคลากรสุขภาพ ฝ่ายปกครอง และกลุ่มแกนนำในหมู่บ้าน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“30 บาท รักษาทุกโรคนี่ครับ มันจะช่วยบ้านเราดีขึ้นมากเพราะว่าบางคนไม่มีเงินนี่ฮะถ้าเขาเป็นนิดหน่อยเขาก็ไปโรงพยาบาลได้แล้ว แต่ก่อนมีนิดหน่อยไปไม่ได้นะ อย่างงี้นี่เรื่องแต่ละชุมชนนี่สามสิบบาทนี่แหละครับมันเป็นส่วนที่ช่วยให้ชาวบ้านนี่ดีขึ้น”

“ก็ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่มาให้ความรู้ ให้ผู้ปกครองในครอบครัวน่ะ พยายามช่วยกันคนละไม้คนละมือ จะเป็นโรคซึมเศร้าอย่างงี้ก็ต้องหาวิธีการแก้มันก็จะผ่อนหนักเป็นเบา แต่ว่าถ้าเราไปแก้แต่เรื่องเงินอย่างเดียวนี่ อาจไม่พอ เขาต้องการการอบรมสั่งสอน อย่างงี้ ดูแลเอาใจใส่อย่างงี้แหละครับ อย่างพวกแพทย์ พวกพยาบาลอะไรนี่แหละครับหมั่นมาเยี่ยมเยียน มันก็จะดีขึ้นครับ ให้คำแนะนำเขา”

“อยากให้เวลาได้เงินมา เอามาให้คนแก่ คนพิการ”

“ผมอยากเสนอให้พ่อแม่ ผู้ปกครองช่วยดู ตอนกลางคืนวัยรุ่นจะพากันมานั่ง (เล่น) ทั้งผู้หญิงและชาย ถ้าพ่อแม่ให้ความอบอุ่นก็จะดี อยากขอให้ทางเจ้าหน้าที่มาไล่ตอนกลางคืนนั่งกินเหล้า ดีดกีตาร์ รบกวนชาวบ้าน ไม่ได้นอน หัวโจกก็มี”

“อยากให้การช่วยเหลือตามปัญหา ได้แก่ ด้านการเงิน อยากให้มีกองทุนหมู่บ้าน ด้านจิตใจ บางคนจะไม่กล้าเข้าวัดมาปรึกษา อยากให้ อสม. เจ้าหน้าที่อนามัยมาเป็นที่ปรึกษา ทางพระก็จะช่วยในเรื่องธรรมะ”

“ผมอยากให้กลุ่มผู้แก่ ผู้เฒ่า ผู้สาวให้รวมกลุ่มกัน คือว่าความเครียดมันแก้ง่ายๆ หนึ่งคือการเล่นกีฬาครับ ให้เพิ่นคลายเครียดได้ครับ ออกกำลังกายไปในตัว ได้มารวมกลุ่มในบ้านให้สนุกสนาน อันดับแรกความสามัคคีหล่ะ บัดนี้ (จากนั้น) มีบริการมาว่าให้เพิ่นฟัง บัดนี้มีการเล่นกีฬา เทิ่งลูกเทิ่งหลานมาซ่อย (ช่วย) เชียร์พ่อเชียร์แม่”



ข้อเสนอแนะดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่าเรื่องเศรษฐกิจเป็นปัญหาสำคัญของคนในหมู่บ้านทั้งในระดับเมืองถึงชนบท ขณะเดียวกันผู้นำในหมู่บ้านในเมืองเรียกร้อง การมีกิจกรรมร่วมกันของชุมชน และครอบครัวมาก ขณะที่หมู่บ้านชนบทเรียกร้องบุคลากรสาธารณสุข

โดยสรุป แม้ว่าคำภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าจะไม่ใช่คำที่ชาวบ้านในทั้ง 4 หมู่บ้านใช้กันอย่างทั่วไป แต่พฤติกรรมที่สะท้อนภาวะซึมเศร้า และอาการแสดงของโรคซึมเศร้าก็ปรากฏผ่านการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ในกลุ่มอายุ 25-59 ปี ในลักษณะของทั้งที่เป็นภาวะปกติและความผิดปกติทางด้านจิตใจ

คำว่า **"นั่งลืม คิดลืม บ่สนใจผู้ได๋"** น่าจะเป็นคำภาษาถิ่นอีสานที่สะท้อนภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางที่จะนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี และน่าจะใช้เป็นสัญญาณเตือนภัยของโรคซึมเศร้าได้ว่าเมื่อใดที่สังเกตว่าใครมีพฤติกรรมเช่นนี้จะต้องรีบให้การช่วยเหลือทันที

ต้นเหตุของความทุกข์ที่นำไปสู่การ "นั่งลืม คิดลืม บ่สนใจผู้ได๋" นั้นถือว่าเป็น **"เรื่องส่วนตัว"**ที่แม้แต่ชาวบ้านในชุมชนชนบทที่มีความผูกพันกันในครอบครัวและชุมชนมาก อย่างที่บ้านหัวงัว และบ้านหนองมะเขือก็ยังถือว่าถึงจะรู้ว่าทุกข์ก็ไม่ควรเข้าไปเกี่ยวข้อง หากไม่มีการร้องขอ และยิ่งในสังคมเมืองอย่างบ้านศรีฐาน และสังคมกึ่งเมืองอย่างบ้านเชียงหวางนั้น แทบจะถือว่า **"ไม่ใช่ธุระ"** เลยก็ว่าได้ ดังนั้นการพัฒนากลวิธีส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้าจึงต้องคำนึงถึงความเป็นพื้นที่ส่วนตัว **(private area)** และพื้นที่สาธารณะ **(public area)** ในระดับบุคคล และครอบครัว



ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ

แนวทางการพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้า

การป้องกันที่ดีที่สุดคือการจัดการที่สาเหตุ โดยการขจัดสาเหตุ ลดความเสี่ยงต่อการเอื้อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดสิ่งที่ต้องการป้องกัน การป้องกันโรคซึมเศร้าก็เช่นกัน ถ้าจะป้องกันให้ได้ดีที่สุด คือการทำให้สารสื่อประสาท โดพามีน เซโรโทนิน อยู่ในระดับปกติ การลดปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งรวมถึงด้านสังคมวัฒนธรรม แต่เนื่องจากปัจจัยด้านชีวเคมีในสมอง และกรรมพันธุ์ ยังขาดองค์ความรู้ที่จะชี้นำไปสู่การป้องกันได้จึงเป็นการยากที่จะหาวิธีป้องกันปัจจัยดังกล่าวได้ แต่ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมนั้น สามารถจัดการให้เกิดแนวทางที่เป็นคุณกับการป้องกันโรคซึมเศร้าได้นอกจากนั้นการป้องกันโรคซึมเศร้าจะต้องแนบเนื่องอยู่กับการส่งเสริมสุขภาพจิตในภาพรวม เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพจิตในที่นี้เน้นที่การสร้างพลังอำนาจในตนเอง **(self-empowerment)** การสร้างกิจกรรมในระดับสังคม **(social action)** และการดูแลสิ่งแวดล้อม ซึ่งถ้ากระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตทำให้บุคคลมีพลังอำนาจในการสร้างสมรรถนะเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตของตนเอง มีทักษะในการเผชิญปัญหา และแก้ปัญหาด้วยตนเอง ชุมชนร่วมกันตัดสินใจในการแก้ปัญหาของตนเอง และมีความเข้มแข็งของพลังชุมชนแล้ว ก็จะเป็นหนทางที่สำคัญในการป้องกันโรคซึมเศร้าได้

มีรายงานวิจัยระบุว่าหากบุคคลรับประทานอาหารถูกสัดส่วนสมดุล ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังสถานที่เวลาแตกต่าง **(different time zone)** บ่อยๆ รักษาจำนวนชั่วโมงการนอนหลับให้เหมือนกันทุกคืน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มมึนเมา และสารเสพติด ลดความเครียดจากการทำงาน และเรื่องในบ้าน และเมื่อพบว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้านาน หรือมีอาการที่แสดงถึงโรคซึมเศร้าให้รีบรักษาโดยเร็วที่สุดแล้ว บุคคลนั้นจะไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า **(Gillham, Shatte & Freres, 2000; Jane-Llopis, Hosman, Jenkins & Anderson, 2003; Rodgers, 2005)** ซึ่งข้อเสนอดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต และกิจวัตรประจำวันของบุคคลตั้งแต่ตื่นนอนถึงเข้านอนโดยมีทั้งเรื่องที่บุคคลต้องรับผิดชอบที่จะทำให้เกิดขึ้นเอง การจัดการในครอบครัว และการมีสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เป็นแรงเสริม ดังนั้นหากจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นได้นั้นก็จะต้องทำให้เรื่องของโรคซึมเศร้าขยายออกจากเรื่องส่วนตัว **(private area)** มาสู่การเป็นเรื่องสาธารณะ **(public area)** ร่วมด้วย



จากผลการศึกษาที่ปรากฏในบทที่ 3 และ 4 ให้ภาพชัดเจนว่าเรื่องโรคซึมเศร้ายังไม่เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางทั่วไป วัยรุ่น และคนสูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่รู้จักโรคนี้ แต่ผู้ร่วมศึกษาทั้งหมดรู้จักภาวะซึมเศร้าโดยนัยทางอารมณ์ที่แสดงออกในลักษณะ "นั่งลืม คิดลืม บ่สนใจผู้ใด่" และเห็นว่าเรื่องซึมเศร้าเป็นเรื่องส่วนตัวที่ตัวเอง และครอบครัวเท่านั้นที่จะป้องกัน และช่วยเหลือ กันได้อย่างดี นอกจากนั้นสถานการณ์ในครอบครัวมีความสำคัญมากต่อการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าจนกลายเป็นโรคซึมเศร้า ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทั้งเป็นวัยรุ่นเอง และวัยอื่นๆ เห็นว่าพฤติกรรมของวัยรุ่นโดยเฉพาะเรื่องการดื่มสุรา การทะเลาะวิวาท การส่งเสียงดังในยามวิกาล (ขี่จักรยานยนต์ ร้อง/เปิดเพลง) เป็นปัญหาสาธารณะที่เป็นเหตุให้คนทุกวัยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากข้อค้นพบดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่ามีช่องทางที่จะทำให้เรื่องโรคซึมเศร้าขยายออกจากประเด็นส่วนตัวเป็นประเด็นสาธารณะ และทำให้การพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้าเป็นไปได้ทั้งในระดับบุคคล ที่ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม

สาระสำคัญในบทนี้เป็นการนำสาระสำคัญจากผลการศึกษาระยะที่ 1 และองค์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิต และโรคซึมเศร้า มาชี้นำไปสู่การพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้าแก่ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง ในระยะที่ 2 และ 3 ของโครงการ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

5.1 กลุ่มเป้าหมาย

ข้อค้นพบในระยะที่ 1 ชี้นำประเด็นกลุ่มเป้าหมาย 2 ประเด็น คือ ลักษณะสังคมวัฒนธรรม และปัจเจกบุคคล ดังนี้

5.1.1 ลักษณะสังคมวัฒนธรรม

(1) ประเพณี 12 เดือน ได้ทำหน้าที่ให้บุคคลเกิดความสุข จากการกระทำดีต่อตัวเองในแง่ของจิตวิญญาณ **(spirituality)** และจากความสนุกสนานในบริบทของประเพณีนั้นๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้ลดความเครียดในชีวิตประจำวัน เพิ่มความเคารพนับถือในตนเอง และอาจนำมาซึ่งทำให้ร่างกาย ผลิตสารเคมี เอนโดรฟีน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดความสุข ทำให้ระดับของสารสื่อประสาทเซโรโทนินเพิ่มขึ้นส่งผลให้ไม่ซึมเศร้า หรือลดภาวะซึมเศร้าลงได้

ขณะเดียวกันประเพณี 12 เดือน ก็เป็นสถานการณ์ส่งเสริมให้เกิดทุกข์ได้ เนื่องจากมีหลักฐานว่า การดื่มสุราก็เกิดขึ้นมากในระหว่างการประกอบกิจกรรมของประเพณีเหล่านี้เช่นกัน โดยเฉพาะประเพณีสงกรานต์ บุญบั้งไฟ และบุญปีใหม่ ดังปรากฏเป็นข่าวให้รับทราบกันโดยทั่วไปทางสื่อสารมวลชนต่างๆ และเมื่อการดื่มสุราเป็นที่ยอมรับว่าเป็นกิจกรรมทางสังคมที่เกิดขึ้นเป็นปกติในงานบุญประเพณีต่างๆ ไม่ใช่ปัญหาสังคม ยกเว้นแต่คนที่เมาสุราแล้วทะเลาะวิวาท สร้างความเดือดร้อน การรับรู้

ว่าการดื่มสุราที่ไม่สร้างความเดือดร้อนไม่ใช่ปัญหาสังคมก็เป็นช่องทางให้บุคคลดื่มเครื่องดื่มมึนเมาเป็นประจำจนทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองจึงถึงกับทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้

ดังนั้นการจัดงานในประเพณี 12 เดือน ซึ่งถือเป็นเรื่องสาธารณะที่ชุมชนต้องมีส่วนร่วมอย่างสำคัญอยู่แล้ว จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญในกระบวนการพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับชุมชนให้ลดการดื่มสุรา ซึ่งจะส่งผลถึงการป้องกันโรคซึมเศร้าในระดับปัจเจกบุคคล

(2) วิถีชุมชนในสังคมเมือง วิถีชีวิตของชาวบ้านหมู่บ้านศรีฐาน ที่ถึงแม้ว่าชาวบ้านส่วนใหญ่จะรู้จักกัน และไปมาหาสู่กันเสมอ แต่ความจำเป็นในการดำเนินชีวิตที่ต้องหาเงิน หาเลี้ยงชีพได้ทำให้แต่ละคนอยู่กับตัวเองมากขึ้น ห่างเหินคนอื่นๆ แม้แต่คนในครอบครัว เช่นเดียวกับชาวบ้านหมู่บ้านเชียงหวางที่แม้ว่าจะไม่ใช่คนเมืองเต็มตัว แต่วิถีชีวิตของชาวบ้านส่วนใหญ่ก็มีแนวโน้ม ที่จะมีลักษณะเช่นเดียวกับชาวบ้านหมู่บ้านศรีฐาน วิถีชีวิตเช่นนี้ทำให้คนในวัยรุ่นแยกตัวออกจากวัยอื่นๆ และมุ่งที่การหาความสุข สนุกสนาน และเครียดจากการไม่สามารถมีเงินมาสนองความต้องการของตนเอง

ขณะเดียวกันที่คนวัยผู้ใหญ่ก็เผชิญกับความเครียดในการทำงาน เสี่ยงต่อการสูญเสีย ทรัพย์สิน และบุคคลในครอบครัวจากวิถีชีวิตที่ไม่ปลอดภัยผู้อยู่ในวัยสูงอายุซึ่งจำนวนไม่น้อยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง บ้างดูแลตัวเองคนเดียว หรือดูแลคู่ผู้ชราด้วยกัน บ้างต้องดูแลหลานเล็ก เพื่อให้ลูกสามารถไปทำงานนอกบ้านได้เต็มที่

ภาวะเช่นนี้ทำให้ชีวิตคนเมืองต้องการความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาในระดับปัจเจกเป็นอย่างยิ่ง เพราะโอกาสที่จะรวมกลุ่มสนับสนุนกันในชุมชนนั้นดูจะไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต นอกจากนั้น บุคลากรสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพในชุมชนโดยการประสานงานกับสถาบันการศึกษา ฝ่ายปกครอง และหน่วยงานด้านการพัฒนาสังคม จะมีความจำเป็นต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้าแก่คนในชุมชนได้

(3) วิถีชุมชนในสังคมชนบทใหม่ หมู่บ้านชนบทอีสานดั้งเดิมเป็นการดำเนินชีวิตที่วิถีชีวิตของชาวบ้านผูกพันอยู่กับการเกษตรกรรม มีเศรษฐกิจแบบแลกเปลี่ยนและชุมชนมีความผูกพันกันฉันท์พี่น้องสูง แต่ในชุมชนชนบทใหม่ เช่นหมู่บ้านหัวงัวและหนองมะเขือนั้น ชาวบ้านมีวิถีชีวิตแตกต่างจากดั้งเดิมมาก เนื่องจากเศรษฐกิจในระบบทุนนิยมที่ใช้เงินตราแทนการแลกเปลี่ยน และมีช่องทางการหาเลี้ยงชีพเพิ่มขึ้นจากเกษตรกรรมเพียงอย่างเดียว มาเป็นการขายแรงงาน และขายฝีมือร่วมด้วยทำให้ชาวบ้านทั้ง 2 หมู่บ้านนี้จึงมีวิถีชีวิตเกาะเกี่ยวกับสังคมเมืองในแง่ของการประกอบอาชีพ การศึกษา และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความเปลี่ยนแปลงจากวิถีชีวิตชนบทดั้งเดิมเป็นชนบทใหม่ยังมีผลกระทบต่อระบบเครือญาติไม่มากนัก กล่าวคือชุมชนยังมี

ความผูกพันฉันท์พี่น้องสูง (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, และคณะ, 2546) เส้นแบ่งเขตของเรื่องส่วนตัวกับเรื่องสาธารณะไม่แยกจากกันชัดเจนมากนัก มีความทับซ้อนของความเป็นส่วนตัว และสาธารณะอยู่มาก เช่น ความขาดแคลนในครอบครัว ถือเป็นเรื่องส่วนตัว แต่ขณะเดียวกันชุมชนก็ถือเป็นเรื่องที่ต้องดูแล จึงมีประเพณีออกมาเพื่อช่วยเหลือ เช่นกิจกรรม “หลอนทำนา” เป็นกิจกรรมที่ชาวบ้านนัดกันไปช่วยบ้านที่ ทำนาไม่เสร็จโดยไม่บอกให้เจ้าของนาเจ้าของบ้านทราบล่วงหน้า ซึ่งกิจกรรมนี้ไม่ได้ทำเพื่อสร้างความประทับใจ หรือสนุกสนาน แต่เป็นกลยุทธ์ของการช่วยเหลือครอบครัวขาดแคลนโดยใช้จารีตของชุมชนเป็นสะพาน

ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมดังที่กล่าวทำให้ปัจเจกบุคคลไม่โดดเดี่ยวเมื่อมีปัญหาใดๆ เกิดขึ้น ผู้นำ และแกนนำชุมชน มีบทบาทต่อความเป็นส่วนตัวในระดับปัจเจก และครอบครัว ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันโรคซึมเศร้าที่ชาวบ้าน รับรู้ว่าเป็นเรื่องของปัจเจก และครอบครัวนั้นก็สามารถดึงเข้าเชื่อมโยงสู่การเป็นประเด็นสาธารณะได้ไม่ยาก และน่าจะสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

5.1.2 ปัจเจกบุคคล

ปัจเจกบุคคลที่เป็นเป้าหมายมีทั้งในแง่ของการเป็นสาเหตุ และการเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีปัญหาภาวะซึมเศร้า และเป็นโรคซึมเศร้า ดังนี้

(1) วัยรุ่นคือสาเหตุแห่งทุกข์

พฤติกรรมของวัยรุ่นที่ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ระบุตรงกันคือดื่มสุรา เกิดการทะเลาะวิวาทตีกันกับคนต่างหมู่บ้าน ส่งเสียงดังทั้งจากการเปิดเพลง และการขับขี่รถจักรยานยนต์ยามค่ำคืน ทำให้ชาวบ้านนอนไม่หลับ ความสัมพันธ์ทางเพศของวัยรุ่น และการไม่เคารพเชื่อฟังคำตักเตือน ห้ามปรามของพ่อ แม่ และผู้ใหญ่ในหมู่บ้าน พฤติกรรมดังกล่าวเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดแก่ชาวบ้าน ซึ่งตัววัยรุ่นที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักหลายคนก็รับว่าเป็นความจริง

พฤติกรรมดังกล่าวของวัยรุ่นถือเป็นปัญหาสาธารณะที่ชาวบ้านเห็นตรงกัน และต้องการแก้ไขโดยชาวบ้านครีฐาน และเชียงหวาง มีประสบการณ์การแก้ไขผ่านกลไกของกฎหมายบ้านเมือง และการปกครอง แต่ไม่ ประสบความสำเร็จ ขณะที่ชาวบ้านหัวงัว และหนองมะเขือใช้วิธีประสานสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่น และผู้ใหญ่แล้วให้วัยรุ่นจัดการดูแลกันเองซึ่งก็ได้ผลในการป้องกันการทะเลาะวิวาท แต่เรื่องอื่นๆ นั้นยังไม่มีผล



ดังนั้นกล่าวได้ว่าต้นเหตุแห่งความเครียด ความเศร้าโศก และการนอนหลับไม่เพียงพอของคนวัยผู้ใหญ่ และวัยชราของชาวบ้าน 4 หมู่บ้านนี้คือวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นชายที่ไม่มีงานทำเป็นหลักแหล่ง หรือไม่สนใจการเรียน การจะทำให้วัยรุ่นเปลี่ยนจากสาเหตุแห่งทุกข์มาเป็นพลังชุมชนจึงเป็นเรื่องท้าทายอย่างยิ่ง

(2) คนติดสุรา คือที่มาของความรุนแรงในครอบครัว

นอกจากวัยรุ่นแล้ว วัยผู้ใหญ่ วัยกลางคนที่ติดสุรา ก็เป็นสาเหตุของความทุกข์ตรมของคนในครอบครัว เนื่องจากทำให้เกิดความรุนแรง การทะเลาะวิวาทกันระหว่างสามี กับ ภรรยา การทำร้ายร่างกายภรรยา และ ลูก ดังมีตัวอย่างงานวิจัยที่ระบุว่าบุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่มีความรุนแรง มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน **(Brown, Harris & Hepworth, 1995)**

ด้วยเหตุที่ความรุนแรงในครอบครัวถือว่าเป็นเรื่องส่วนตัว และมักจะไม่มีการแก้ไข ดังนั้นต้องทำให้เรื่อง ความรุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่องสาธารณะที่คนในชุมชนต้องช่วยกันแก้ไขก็จะทำให้เกิดหนทางการป้องกันโรคซึมเศร้าได้อีกทางหนึ่ง

ขณะเดียวกันการดื่มสุราซึ่งชาวบ้านมีทัศนะว่าเป็นพฤติกรรมสังคมตามปกติ เมื่อมีปัญหาจากการดื่มสุราก็ถือเป็นเรื่องส่วนตัวมากกว่าเรื่องสาธารณะ แม้ว่าปัจจุบันจะมีความพยายามจากสังคมในภาพรวมให้มีการควบคุมการดื่มสุรา และถือเรื่องของสุราเป็นวาระแห่งชาติก็ตาม กระบวนการควบคุมทางสังคม **(social control)** เกี่ยวกับการดื่มสุราในชุมชนโดยทั่วไปก็ยังอ่อนแอ

(3) กลุ่มเสี่ยงมีทุกวัยหลายเงื่อนไข

โดยธรรมชาติของการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาในชีวิตทั้งสิ้น เช่น การสูญเสีย ความผิดหวัง และความทุกข์จากการเจ็บป่วยต่างๆ ทั้งที่เกิดกับตนเอง และผู้ที่เป็นที่รัก แต่ภาวะซึมเศร้านั้นจะผ่านไปได้ถ้าบุคคลสามารถเผชิญกับมันได้อย่างมีสติ และมีพลังอำนาจในตัวที่จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้ หรือสามารถตรวจสอบว่าตัวเองเริ่มไม่ปกติต้องได้รับการรักษา และไม่ผ่านเข้าสู่การเป็นโรคซึมเศร้า แต่ก็มีคนหลายกลุ่มที่เสี่ยงต่อการไม่สามารถเผชิญปัญหา ไม่มีพลังอำนาจเพียงพอ ไม่สามารถตรวจสอบตัวเอง และไม่มีการสนับสนุนทางสังคม ให้ผ่านภาวะซึมเศร้านั้นไปได้ กลุ่มเสี่ยงที่ถูกระบุจากการศึกษาระยะที่ 1 มี ดังนี้



(3.1) คนที่เป็นหนี้ แล้วไม่มีเงินใช้หนี้

(3.2) คนป่วย (มะเร็ง เบาหวาน) เอดส์ คนพิการ

(3.3) คนแก่ที่ลูกหลานไม่ดูแล

(3.4) ผู้หญิงที่สามีติดเหล้า

(3.5) คนแก่ที่ลูกหลานมีปัญหา

(3.6) วัยกลางคนที่มีภาระหนัก

(3.7) เด็กที่ครอบครัวไม่อบอุ่น

(3.8) คนติดเหล้า ติดสารเสพย์ติด

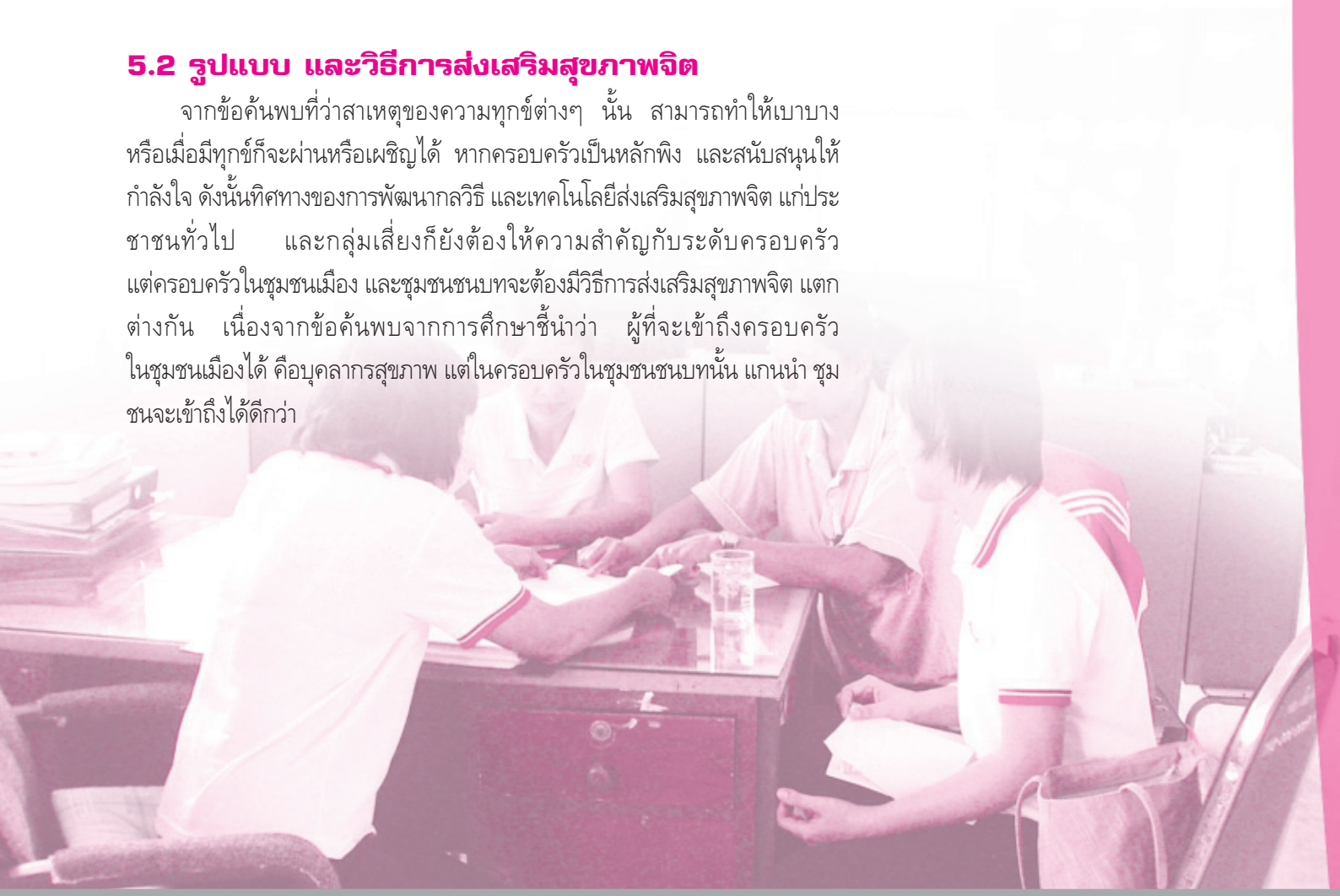
(3.9) วัยรุ่นที่ผิดหวัง

(3.10) คนที่ขาดความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว

กลุ่มเสี่ยงที่พบจากการศึกษาในระยะที่ 1 นี้เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดความเครียด ความทุกข์จากการสูญเสีย ความผิดหวัง แต่ยังขาดกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ได้รับอาหารไม่ถูกส่วน พักผ่อนไม่เพียงพอ และกลุ่มเสี่ยง ที่ไม่สามารถตรวจสอบความผิดปกติที่จะนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้า ดังนั้นกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวจึงต้องการกิจกรรมเฉพาะที่ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกิจกรรมนั้นต้องเหมาะสมกับเพศ วัย และวิถีชีวิต

5.2 รูปแบบ และวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิต

จากข้อค้นพบที่ว่าสาเหตุของความทุกข์ต่างๆ นั้น สามารถทำให้เบาบางหรือเมื่อมีทุกข์ก็จะผ่านหรือเผชิญได้ หากครอบครัวเป็นหลักพิง และสนับสนุนให้กำลังใจ ดังนั้นทิศทางของการพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิต แก่ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงก็ยังต้องให้ความสำคัญกับระดับครอบครัว แต่ครอบครัวในชุมชนเมือง และชุมชนชนบทจะต้องมีวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิต แตกต่างกัน เนื่องจากข้อค้นพบจากการศึกษาชี้นำว่า ผู้ที่จะเข้าถึงครอบครัวในชุมชนเมืองได้ คือบุคลากรสุขภาพ แต่ในครอบครัวในชุมชนชนบทนั้น แกนนำ ชุมชนจะเข้าถึงได้ดีกว่า



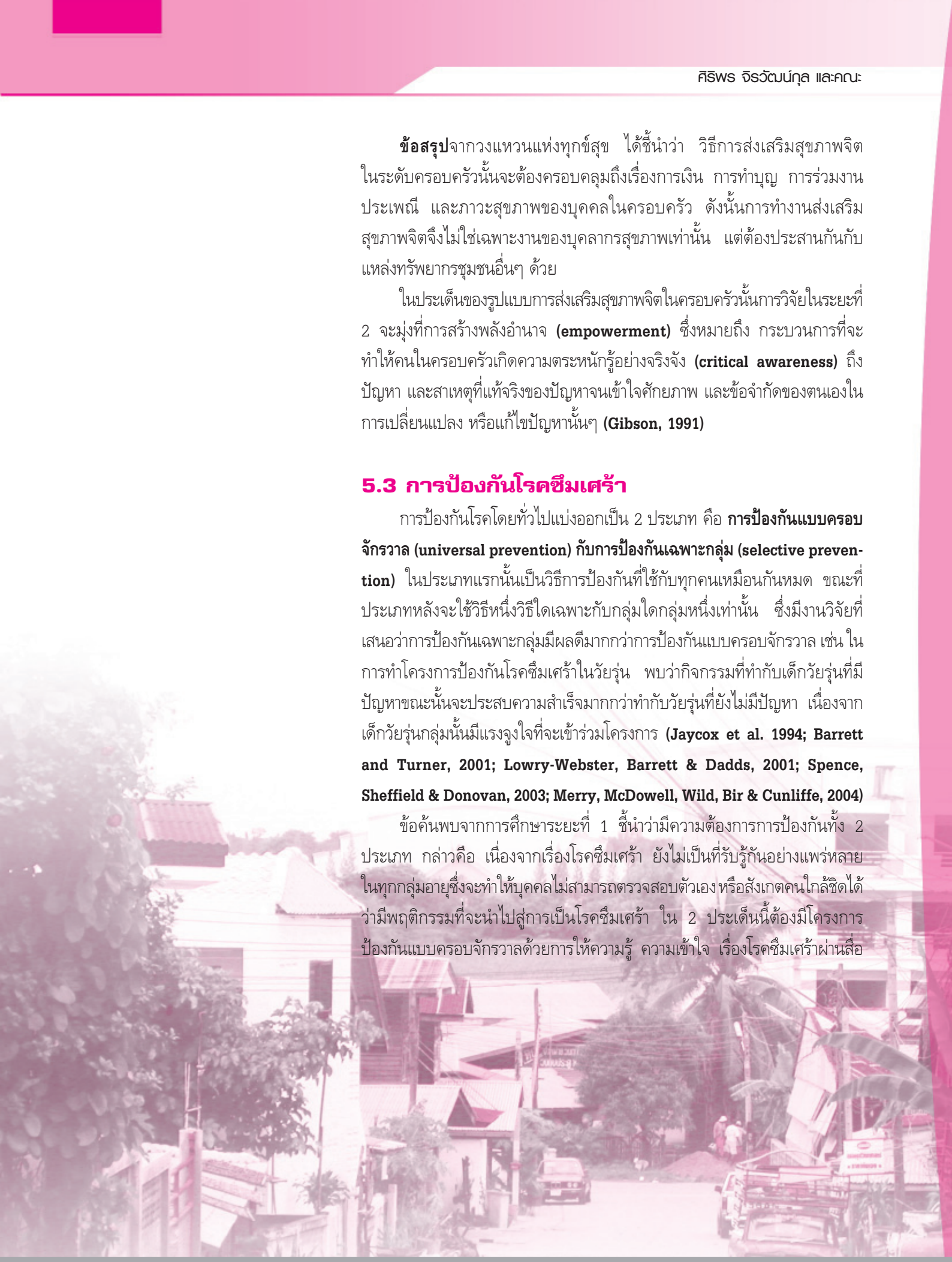
ข้อสรุปจากวงแหวนแห่งทุกข์สุข ได้ชี้นำว่า วิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับครอบครัวนั้นจะต้องครอบคลุมถึงเรื่องการเงิน การทำบุญ การร่วมงานประเพณี และภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ดังนั้นการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตจึงไม่ใช่เฉพาะงานของบุคลากรสุขภาพเท่านั้น แต่ต้องประสานกันกับแหล่งทรัพยากรชุมชนอื่นๆ ด้วย

ในประเด็นของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัวนั้นการวิจัยในระยะที่ 2 จะมุ่งที่การสร้างพลังอำนาจ **(empowerment)** ซึ่งหมายถึง กระบวนการที่จะทำให้คนในครอบครัวเกิดความตระหนักรู้อย่างจริงจัง **(critical awareness)** ถึงปัญหา และสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาจนเข้าใจศักยภาพ และข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขปัญหานั้นๆ **(Gibson, 1991)**

5.3 การป้องกันโรคซึมเศร้า

การป้องกันโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ **การป้องกันแบบครอบจักรวาล (universal prevention) กับการป้องกันเฉพาะกลุ่ม (selective prevention)** ในประเภทแรกนั้นเป็นวิธีการป้องกันที่ใช้กับทุกคนเหมือนกันหมด ขณะที่ประเภทหลังจะใช้วิธีหนึ่งวิธีใดเฉพาะกับกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น ซึ่งมีงานวิจัยที่เสนอว่าการป้องกันเฉพาะกลุ่มมีผลดีมากกว่าการป้องกันแบบครอบจักรวาล เช่น ในการทำโครงการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่ากิจกรรมที่ทำกับเด็กวัยรุ่นที่มีปัญหาขณะนั้นจะประสบความสำเร็จมากกว่าทำกับวัยรุ่นที่ยังไม่มีปัญหา เนื่องจากเด็กวัยรุ่นกลุ่มนั้นมีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมโครงการ **(Jaycox et al. 1994; Barrett and Turner, 2001; Lowry-Webster, Barrett & Dadds, 2001; Spence, Sheffield & Donovan, 2003; Merry, McDowell, Wild, Bir & Cunliffe, 2004)**

ข้อค้นพบจากการศึกษาระยะที่ 1 ชี้นำว่ามีความต้องการการป้องกันทั้ง 2 ประเภท กล่าวคือ เนื่องจากเรื่องโรคซึมเศร้า ยังไม่เป็นที่รับรู้กันอย่างแพร่หลายในทุกกลุ่มอายุซึ่งจะทำให้บุคคลไม่สามารถตรวจสอบตัวเอง หรือสังเกตคนใกล้ชิดได้ว่ามีพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้า ใน 2 ประเด็นนี้ต้องมีโครงการป้องกันแบบครอบจักรวาลด้วยการให้ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคซึมเศร้าผ่านสื่อ



ต่างๆ ที่เหมาะสมกับเพศ วัย และวิถีชีวิตชุมชน

ส่วนการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงเช่น กลุ่มคนติดสุรา กลุ่มผู้เจ็บป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้มีปัญหาเศรษฐกิจ กลุ่มผู้หญิงที่ถูกทำร้าย กลุ่มเด็กที่ครอบครัวมีปัญหา และกลุ่มคนแก่ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมนั้น จะต้องพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีเฉพาะที่สร้างแรงจูงใจให้เข้าร่วมโครงการ และสามารถสร้างพลังอำนาจในตัวเองให้เข้มแข็งสามารถเผชิญกับปัญหา และมีวิธีการช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะซึมเศร้าได้

โดยสรุป ผลการศึกษาในระยะที่ 1 ได้ชี้นำสู่การศึกษาในระยะที่ 2 และ 3 ดังนี้

1. สถานที่ศึกษา : ผู้วิจัยเลือกหมู่บ้านศรีฐาน และหมู่บ้านหัวงัว เป็นสถานที่ศึกษาในระยะที่ 2 และ 3 เนื่องจากหมู่บ้านทั้ง 2 มีลักษณะเป็นหมู่บ้านที่มีวิถีชุมชนที่มีความคล้ายคลึงกับชุมชนจำนวนมากในภาคอีสาน

2. ระบบการพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงในทั้ง 2 ชุมชน มุ่งที่ครอบครัวเป็นเป้าหมาย โดยในชุมชนบ้านศรีฐานให้บุคลากรสุขภาพในสถานบริการสุขภาพชุมชน (Primary Care Unit หรือ PCU) เป็นเจ้าภาพ โดยมีนักวิจัยหลักเป็นผู้กระตุ้น และสนับสนุนในทุกๆ ด้าน ส่วนชุมชนบ้านหัวงัว นักวิจัยหลักจะทำงานร่วมกับแกนนำชุมชน

นอกจากนั้นนักวิจัยจะเข้าร่วมกิจกรรมในประเพณี 12 เดือน เพื่อศึกษากระบวนการควบคุมทางสังคมที่จะทำให้การประกอบประเพณีต่างๆ นั้น เป็นแหล่งเพิ่มสุข ลดทุกข์ อย่างแท้จริง ไม่เสี่ยงต่อการเกิดทุกข์จากสุรา ซึ่งนำไปสู่การหาวิธีการควบคุมการดื่มสุราเพื่อให้ผลต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไป

3. ระบบการพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีป้องกันโรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง จะใช้วิธีการป้องกันแบบครอบจักรวาลในทั้ง 2 ชุมชน แต่วิธีการ โดยละเอียดจะแตกต่างกันไป โดยในชุมชนศรีฐานจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยหลัก แกนนำชุมชนและบุคลากรสุขภาพ ส่วนในชุมชนบ้านหัวงัวนั้น นักวิจัยหลักจะทำงานร่วมกับผู้นำชุมชน และผู้นำกลุ่มต่าง ๆ และประสานงานกับบุคลากรสุขภาพ

ส่วนการป้องกันเฉพาะกลุ่มนั้นในทั้ง 2 ชุมชน นักวิจัยหลักจะทำงานร่วมกับกลุ่มเสี่ยงนั้นๆ ทั้งนี้นักวิจัยจะใช้คำอีสาน “นั่งลึม คิดลึม บ่สนใจผู้ใด๋” เป็นสโลแกนสำหรับการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ส่วนกลุ่มเสี่ยงที่เป็นลำดับความสำคัญลำดับแรก คือ กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้หญิงที่ถูกทำร้าย หรือสามีติดสุรายาเสพติด กลุ่มคนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มคนพิการ และกลุ่มผู้สูงอายุที่ครอบครัวมีปัญหา

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2540). **การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร.** [ม.ป.ท.]. : [ม.ป.พ.].

กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2541). **ความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย.** รายงานการวิจัย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ.(2543). **สถานะสุขภาพคนไทย.** กรุงเทพ : หมอชาวบ้าน.

จุมพล สมประสงค์. (2540). **การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.** 42(4): 174-196.

ถนอมศรี อินทนนท์ และคณะ. (2543). **การแก้ปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น: กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.** 8(1): 37-48.

ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ. (2544). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.** 46(1): 13-24.

บัณฑิต ศรไพศาล. (2547). **บูรณาการสุขภาพจิต : ทิศทางใหม่ในงานสุขภาพ.** ขอนแก่น :โรงพิมพ์พระธรรมขันต์ขอนแก่น.

ปรีดา เบื่อน้อย. (2540). **การศึกษาความรู้เรื่องสุขภาพจิตและการปฏิบัติเมื่อพบปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดสุราฎร์ธานี. วารสารกรมสุขภาพจิต.** 4(1): 72-95.

พรทิพย์ สุประดิษฐ์ และคณะ. (2546). **บทเรียนการสร้างสรรค์ชุมชนน่าอยู่.** [ม.ป.ท.] : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. (2544). **สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2543-2544.** กรุงเทพ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ (2547) **ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยการสำรวจระดับชาติปี 2546 วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,** 12(3);177-188

ภัทรา ถิรลาภ และคณะ. (2540). **การให้บริการสุขภาพจิตของ รพศ./รพท./รพช. ในภาคกลางและภาคตะวันออก.** รายงานการวิจัย. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิต 1 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ยุพดี ศิริวรรณ. (2542). **ปัญหาการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์หน่วยงานในสังกัด กรมสุขภาพจิต กระทรวสาธารณสุข. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.** 7(1) ; 37-43.

รจนา กุลรัตน์ และคณะ. (2541). **การจัดกลุ่มให้การปรึกษาสตรีที่มีปัญหาชีวิตสมรส : เปรียบเทียบสุขภาพจิตก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม. วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช.** 1(2): 58-68.

รณชัย คงสกนธ์. (2547). **ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า ใน การทบทวนองค์ความรู้ ปัจจัยเสี่ยงของโรคทางจิตเวช.** (อัจฉรา จรัสสิงห์ และ คณะ บรรณาธิการ). [ม.ป.ท.]: บียอนด์ พับบลิสชิง

วรวรรณ จุฑา และพนมศรี เสาร์สาร. (2542). **ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์ (วันที่ 8-12 มีนาคม 2542).** รายงานการวิจัย. นนทบุรี: กลุ่มงานระบาดวิทยาสุขภาพจิต กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

วรวรรณ จุฑา และพนมศรี เสาร์สาร. (2543). **ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์ (วันที่ 6-10 กันยายน 2542).** รายงานการวิจัย. นนทบุรี: กลุ่มงานระบาดวิทยาสุขภาพจิต กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2546). **ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน : มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช, กรุงเทพฯ; โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ. (2546). **รายงานการวิจัยเรื่อง ลักษณะครอบครัวอีสานกับการส่งเสริมสุขภาพจิต.** ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ. (2547). **สุขภาพจิตครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** 22(1):54-64.

สรยุทธ วาสิกนานนท์. (2547). **โรคซึมเศร้าในการทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช** (พิเชฐ อุดมรัตน์ , บรรณาธิการ) [ม.ป.ท.] : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุรเกียรติ อาชานุภาพ. (2545). **การสร้างเสริมสุขภาพ : กลยุทธ์และแนวทางสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพที่ยั่งยืน. ใน : 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 โครงการตำรา สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.** กระทรวงสาธารณสุข.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. (2543). **คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ.** วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 8(2) : 110-123.

อภิสิทธิ์ ธำรงวรางกูร. (2543). **รายงานการวิจัยเรื่องกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดความสุขของประชาชนชาวไทย.** สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

อุดม เพชรสังหาร และคณะ. (2541). **ภาวะสุขภาพจิตของผู้ใช้บริการหมอดูในเขตเทศบาลเมืองนครขอนแก่น. วารสารกรมสุขภาพจิต.** 5(2); 57-72.

Barrett, P. M. K& Turner, C. (2001) Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. British Journal of Clinical Psychology, 40, 399-410.

Brown, GW., Harris, TO. & Hepworth, C. (1995). Loss and depression: a patient and non-patient comparison. Psy chological Medicine. 25:7-21.

Chirawatkul, S. (2005). Mainstreaming gender. Mainstreaming gender perspectives in women's mental health. Thai Journal of Nuraing Research, 9(2):135-140.

Gibson, CH. (1991). A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing, 19;354-361.

Gillham, J. E., Shatte, A. J. & Freres, D. R. (2000) Preventing depression: a review of cognitive-behavioral and family intervention. Applied & Preventive Psychology, 9, 63-88

Jane-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. & Anderson, P. (2002) Predictors of efficacy in depression prevention programkmkes. British Journal of Psychiatry, 183, 384-397.

Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J. & Seligman, E. P. (1994) Prevention of depressive symptoms in school children. Behavior Research and Therapy, 32, 801-816.

Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M. & Dadds M. R. (2001) A universal prevention trial of anxiety and depressive symp tomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. Behaviour Change, 18, 36-50.

Merry, S., McDowell, H., Wild, C. J., Bir, J. & Cunliffe, R. (2004). A randomized placebo-controlled trial of a school-based de pression prevention program. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 538-547.

Rodgers, E. (2004). Prevention of Bipolar Disorder. Available on www.yahoo.com/topic/mentalhealth/prevention/article/2004:a/b/49.

Spence, S., H., Sheffield, J. K. & Donovan, C. L, (2003) Preventing adolescent depression : an evaluation of the problem solving for life program. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 3-13.

Wade, T. J., Cairney, J. & Pevalin, D. J. (2002) Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 41, 190-198.

World Health Report. (2001). Introduction. www.who.int/whr/2001: retrieve on 29/05/45.

คณะผู้วิจัย

ศิริพร จิรวัฒน์กุล

ปริญญาเอกทาง Ph.D. (Medical Anthropology) จาก The University of Queensland
ตำแหน่ง ศาสตราจารย์ ระดับ 10
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น





สมพร รุ่งเรืองกลกิจ

ปริญญาเอก Ph.D (Nursing)
จากมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ซานฟรานซิสโก
ประเทศสหรัฐอเมริกา
ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ 8
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ธรณินทร์ กองสุข

วท.บ., พ.บ., วว.จิตเวช, วท.ม. (ระบาดวิทยาคลินิก)
ตำแหน่ง นายแพทย์ ระดับ 9
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

จรูญศรี มีหนองหว้า

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาล)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 8
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สรรพสิทธิประสงค์





วัชนี หัตถพนม

พยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง
(เกียรตินิยม)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สุวดี ศรีวิเศษ

พยาบาลศาสตร์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



ประสบสุข ศรีแสนปาง

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น





อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

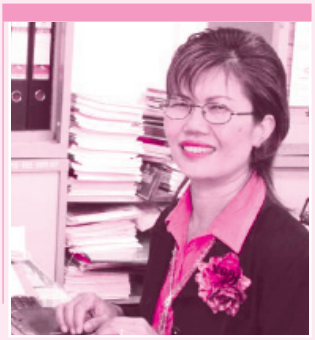


พิศมัย รัตนเดช

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 5
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

จินตนา ผลมีศักดิ์

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 5
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร



ธีราภา ธานี

ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
(แนะแนวและการให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี





สุปราณี รวมธรรม

การศึกษามหาบัณฑิต
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6
โรงพยาบาลจังหวัดยโสธร