



แบบจำลองการอธิบายการเจ็บป่วยตาม การรับรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ปร.ด*, อิงคญา โคตนารา พย.ม*,

วารลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล ปร.ด*, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล พบ.**

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ โรคซึมเศร้าพบมากในผู้ป่วยหญิง แต่ในขณะเดียวกันพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ความเชื่อของผู้ป่วยต่อการรักษามีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา องค์ความรู้ส่วนใหญ่ได้มาจากการศึกษาในผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่ศึกษาจากผู้ป่วยชายโดยตรงมีน้อย

วัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้แนวคิดแบบจำลองคำอธิบายการเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) และมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจิตเวช หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 42 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 21 ราย และหญิง 21 ราย เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา ผู้ป่วยหญิงและชายอธิบายแบบจำลองการเจ็บป่วยใน 5 ประเด็นหลัก คือ อาการแสดงออกของโรคซึมเศร้า การจัดการกับอาการที่ผิดปกติ ความเข้าใจต่อสาเหตุของการเจ็บป่วย ความเชื่อต่อการรักษา และ เพศของผู้บำบัด ที่ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน คือ อาการที่พบบ่อยคือความสนใจในกิจวัตรประจำวันลดลง นอนไม่หลับ คิดมาก ไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า คิดว่าเป็นโรคเครียดหรือโรคประสาท แต่สาระความเครียดมีความแตกต่างระหว่างหญิงชาย มีความเชื่อว่าทำให้อาการดีขึ้น แต่ทุกคนมีประสบการณ์ในการรักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยทั้งหญิงและชายให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะของผู้บำบัดมากกว่าเพศของผู้บำบัด

สรุป ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจต่อการเป็นโรคซึมเศร้าในลักษณะของการเจ็บป่วยมากกว่าการเป็นโรค โดยเชื่อมโยงที่ปัญหาความเครียด ทำให้ไม่รับประทานอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า ผู้หญิง ผู้ชาย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(1): 29-40

* ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเขตภาวะและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Explanatory Model Based on Perspectives of Patients with Depressive Disorder

Somporn Rungreangkulkij RN, Ph.D*, Ingkata Kotnara RN, MNS*,
Waraluk Kittiwatanapaisan RN, Ph.D*, Suwanna Arunpongpaisal M.D.**

ABSTRACT

Introduction : Prevalence of depressive disorder in women is higher than in men. However, the suicide rate in men is higher than in women. Beliefs about the illness influence adherence to a treatment plan. Most knowledge on depressive disorder was derived from women and based on biological and psychological models. Only few studies explained depressive disorder in a women's perspective. Studies on depressive disorder in male patients are scarce.

Objective: To form an explanatory model of men and women patients with depressive disorder.

Methods : A qualitative study was used. The participants included patients who have been diagnosed with major depressive disorder for at least one year. A total of 42 participants including 21 men and 21 women were recruited from out-patient clinics at a psychiatric hospital and a university hospital in Khon Kaen province. Data were collected by in-depth interviews and were tape recorded. Data were analyzed using content analysis.

Results : Both men and women patients explained the illness model similarly, including symptoms of depressive disorder, symptoms management, understanding about the causes of illness, beliefs about treatments, and sex of therapist. However, details of stressors were different between men and women patients.

Conclusions : Most patients understand depressive disorder in terms of illness and not as a disease. They related the illness with stressors, which causes them to cease taking medication. Effective psychoeducation programs are needed.

Keywords : depressive disorder, depression, women, men

J Psychiatr Assoc Thailand 2013; 58(1): 29-40

* Center for Research and Training on Gender and women's Health Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Faculty of Medicine Khon Kaen University

บทนำ

องค์การอนามัยโรคคาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าที่รุนแรงจะเป็นภาระทางสังคมและเศรษฐกิจ (disease burden) จากอันดับที่ 7 ในปี ค.ศ. 1990 เป็นอันดับที่ 1 คู่เคียงไปกับโรคหัวใจขาดเลือด ในปี ค.ศ. 2020 อุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าในเพศหญิงมีประมาณ 2 เท่าของเพศชาย ข้อค้นพบนี้เป็นปรากฏการณ์ที่สอดคล้องกันทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทยความชุกของการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีอัตราส่วนความแตกต่างระหว่างเพศหญิงกับชายที่ 1.6 : 1² มีผู้ให้ข้อสังเกตว่าเพศชายอาจมีภาวะซึมเศร้าแต่มีวิธีการแสดงออกที่แตกต่างกัน หรือต้องปิดบังอาการของตนที่สังคมไม่ยอมรับ เพศชายบางคนใช้สารเสพติดเพื่อปกปิดความรู้สึกของตนเอง เพราะพวกเขาไม่ได้รับการสนับสนุนให้พูดหรือแสดงความรู้สึก^{3,4} ทำให้เพศชายที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการวินิจฉัย และไม่ได้รับการรักษา จึงพบว่าสถิติของการเป็นโรคซึมเศร้าในเพศชายเป็นน้อยกว่าหญิง แต่พบว่าสถิติของการฆ่าตัวตายสำเร็จและการใช้สารเสพติดในเพศชายสูงกว่าหญิง เช่น อัตราการฆ่าตัวตายของเพศชายในประเทศอังกฤษสูงเป็น 3 เท่าของเพศหญิง เนื่องจากเพศชายใช้วิธีการทำร้ายตนเองที่รุนแรงกว่า เช่น ใช้ปืน⁵

องค์ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคซึมเศร้าสรุปสอดคล้องตรงกันว่าแนวปฏิบัติการรักษาโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพต้องให้การรักษาคบคู่กันไประหว่างการรักษาด้วยยาต้านเศร้า การให้ความรู้และการบำบัดทางจิตสังคม⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมแบบการวิเคราะห์เชิงอนุมาณ (meta-analyses) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพสามารถที่จะทำงานได้ตามปกติมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา⁷ อย่างไรก็ตามพบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเศร้ามักจะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา งานวิจัยในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาอยู่ระหว่างร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 60⁸ ทักษะการเชื่อของผู้ป่วยต่อยาต้านเศร้าและสัมพันธภาพ

ระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา⁸ หากความคิดและความเชื่อต่อการเจ็บป่วยและการรักษาระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยไม่สอดคล้องกัน แนวโน้มที่ผู้ป่วยจะปฏิเสธการรักษามีสูง⁹

จากการศึกษาของต่างประเทศพบว่าองค์ความรู้ที่ได้ส่วนใหญ่ศึกษาจากเพศหญิง และเริ่มมีการทำความเข้าใจกับประสบการณ์ของผู้ป่วยชายที่เป็นโรคซึมเศร้า⁵ แต่ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยชายที่เป็นโรคซึมเศร้า ในขณะที่การศึกษาในผู้ป่วยหญิงมีจำนวนมาก^{10,11} เช่นมีการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ¹² ศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้าในเพศหญิงและชาย พบว่า เพศชายที่เป็นโรคซึมเศร้าหรือหย่าร้าง มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว ในขณะที่เพศหญิงที่มีรายได้ไม่สม่ำเสมอมาจากครอบครัวขัดแย้งมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ¹³ พบว่า เพศชายและหญิงรายงานอาการซึมเศร้าต่างกัน โดยพบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่รายงานอาการเศร้า สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในขณะที่ผู้ชายส่วนใหญ่รายงานอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่อยากพูดคุยกับใคร

Klienman และคณะ¹⁴ นักมานุษยวิทยาการแพทย์กล่าวว่าแพทย์ตะวันตกให้ความสำคัญต่อการรักษาโรค (disease) ในมิติทางชีววิทยาการแพทย์โดยอธิบายการเกิดโรคว่าเป็นการปรับตัวและการทำงานที่ผิดปกติทางชีวภาพ และด้านจิตสรีระ (psychophysiological process) ของบุคคล ในขณะที่บุคคลทั่วไปรับรู้ในแง่ของความเจ็บป่วย (illness) ความไม่สุขสบาย ซึ่งเป็น การตอบสนองของบุคคลต่อการเกิดโรค ที่ได้รับอิทธิพลมาจากกรรกลมเกลียดจากสังคม วัฒนธรรมที่ส่งผลให้บุคคลรับรู้ให้ความหมาย นิยามการเจ็บป่วย (labeling) รวมทั้งแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วย การแสวงหาวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างไปในแต่ละบุคคลทำให้ผู้ป่วย

ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา Klienman และคณะได้นำเสนอแบบจำลองคำอธิบาย (explanatory model) โดยประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการให้ความหมายต่อความเจ็บป่วย การรับรู้อาการผิดปกติ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย ความเชื่อต่อการรักษา ความคาดหวังต่อผลการรักษา เพื่อช่วยให้แพทย์เข้าใจแบบจำลองการอธิบายการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีนักวิจัยศึกษาแบบจำลองคำอธิบายของผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า ดังการศึกษาในผู้หญิงอินเดียที่เป็นโรคซึมเศร้าและมีรายได้ต่ำ ส่วนใหญ่พวกเขารายงานอาการซึมเศร้าในลักษณะของการเจ็บป่วยทางร่างกาย (somatization) ดังนี้ ปวดตามอวัยวะต่างๆ เช่น แขน-ขา ศีรษะ ท้อง หน้าอก รองลงมาเป็นอาการทางด้านระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ใจสั่น วิงเวียน เป็นลม ชัก หายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร พวกเขาบอกเล่าว่าขณะที่เริ่มมีความผิดปกติเป็นเวลาที่มีความสัมพันธ์กับเรื่องอนามัยเจริญพันธ์ เช่น การตั้งครรภ์ หรือทำหมัน หรือมีการเจ็บป่วยทางร่างกายตลอดจนเผชิญกับเหตุการณ์สำคัญๆ เช่น มีการสูญเสียภาระงานทางบ้านมาก มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ถูกทารุณโดยครอบครัวทางสามี กังวลเกี่ยวกับลูก และมีปัญหาครอบครัว วิธีการช่วยเหลือเมื่อมีอาการคือ จะรักษาแพทย์แผนโบราณหรือประกอบพิธีกรรมทางศาสนา มีจำนวนเล็กน้อยที่บอกว่าปรึกษากับเพื่อนบ้านหรือสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว¹⁵

หญิงแอฟริกันอเมริกันที่เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เชื่อว่าเกิดจากการมีเหตุการณ์สำคัญๆ ที่กระทบกระเทือนจิตใจ (เช่นถูกกระทำรุนแรงทางร่างกาย หรือทางเพศในวัยเด็ก หรือในปัจจุบัน) ตกอยู่ในสถานการณ์ชีวิตที่ตึงเครียด มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีปัญหาสุขภาพ และมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่นทำงานหนักจนไม่มีเวลาพักผ่อน มีจำนวนน้อยที่รับรู้จากแพทย์ว่าเป็นเพราะสารสื่อประสาทไม่สมดุล วิธีการแก้ไขคือต้องพยายามควบคุมชีวิตของตนเองให้ได้ ต้องหาทางผ่อนคลายความตึงเครียด ดูแลรักตนเอง ไม่ใช่หนีถึงแต่คนอื่น ยาต้านเศร้าเป็นทางช่วยเหลือสุดท้ายที่ผู้ป่วย

นึกถึง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าคุณป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ไม่ได้รับการบอกจากแพทย์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยชายและหญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า ผลการศึกษานี้จะทำให้เกิดความเข้าใจในระบบความเชื่อความเข้าใจในทัศนคติของผู้ป่วย อันจะเป็นข้อมูลในการพัฒนาการช่วยเหลือที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 42 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) และเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช หรือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชมาอย่างน้อย 1 ปี โดยมีอาการซึมเศร้าในช่วงเวลา 6 เดือน และยังคงได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ในขณะที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยไม่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงที่จะเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร เลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเฉพาะเจาะจง โครงการศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยคนที่ 1-3 เพราะไม่ได้มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วย และเป็นนักวิจัยที่ผ่านการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพ มีทักษะในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 60-120 นาที พร้อมบันทึกเทปการสัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์หลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอม แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เริ่มต้นตามแนวคิดการอธิบายความเจ็บป่วยของ Klienman และคณะ¹⁴ ประกอบด้วยคำถามหลัก 5 ข้อคือ 1) คุณเข้าใจว่าคุณป่วยเป็นอะไร 2) เมื่อคุณเริ่มรู้สึกว่า你不ปกติ คุณทำอะไร 4) คุณคิดว่าสาเหตุที่ทำให้คุณเจ็บป่วยคืออะไร 5) คุณคิดว่าการเจ็บป่วยของคุณจะหายได้หรือไม่ ต้องทำอะไร และเนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการถูกทารุณกรรมในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิง และ ผู้ป่วยชายไม่ค่อยแสดง

ความรู้สึกหรือบอกเล่าปัญหาทำให้ทีมวิจัยมีความสนใจว่าเพศของผู้ป่วยชายและหญิงมีความต้องการผู้บำบัดเพศอะไร จึงเพิ่มคำถามข้อสุดท้ายว่า หากเลือกได้คุณต้องการให้แพทย์หรือพยาบาลที่รักษาเป็นผู้ชายหรือผู้หญิง เพราะอะไร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อความเข้มงวดของการศึกษา (rigor) ที่ทีมวิจัยตรวจสอบร่วมกันในการแปลความหมายของข้อมูล หากมีความเห็นไม่ตรงกันนำข้อมูลการถอดเทปมาอ่านทวนซ้ำด้วยกัน จนได้ความเห็นตรงกัน และผลการแปลความได้รับการตรวจสอบซ้ำกับผู้ให้ข้อมูลหลัก 14 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 7 ราย และผู้ป่วยหญิง 7 ราย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลคนอื่น ๆ ไม่สามารถมาได้ในวันนัด

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ป่วยชาย จำนวน 21 ราย อายุเฉลี่ย 43.6 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 58 ปี สถานะภาพสมรสคู่ 14 ราย มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า 11 ราย มีอาชีพรับจ้างรายวัน 5 ราย อาชีพรับราชการหรือข้าราชการเกษียณอายุ 7 ราย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยเฉลี่ย 7.8 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 35 ปี ผู้ป่วยหญิง จำนวน 21 ราย อายุเฉลี่ย 44.8 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 57 ปี สถานะภาพสมรสคู่ 15 ราย และมีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า 7 ราย มีอาชีพเกษตรกร 7 ราย ระยะเวลาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าโดยเฉลี่ย 8.2 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 23 ปี (ตารางที่ 1)

ข้อค้นพบ

ผู้วิจัยนำเสนอข้อค้นพบจากการพูดคุยกับผู้ป่วยหญิงและผู้ป่วยชายตามแบบจำลองคำอธิบายใน 6 ประเด็นหลัก คือ อาการแสดงออกของโรคซึมเศร้า การจัดการกับอาการที่ผิดปกติ ความเข้าใจต่อสาเหตุของการเจ็บป่วย ความเชื่อต่อการรักษา การบำบัดทางจิตสังคม และ เพศของผู้บำบัด

1) **อาการแสดงออกของโรคซึมเศร้า:** อาการเพศหญิงมากกว่าชาย

ผู้ป่วยทั้งหญิงและชายส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณเองมีความผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แต่มักจะ

อยู่กับอาการที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้แสวงหาการช่วยเหลือใดๆ จนกว่าตนเองรู้สึกว่าไม่มีผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องได้รับความช่วยเหลือ หรือมีผู้สังเกตเห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยชายมีอาการแสดงออกคล้ายกับผู้ป่วยหญิง คือไม่อยากทำอะไร/ไม่อยากพูดคุยกับใคร นอนไม่หลับ คิดมาก และหงุดหงิด แต่จะบอกเล่าอาการของตนในจำนวนรายการน้อยกว่าผู้หญิง ผู้ชายจะแสดงความผิดปกติออกมาให้เห็นในลักษณะทางความคิด และพฤติกรรม (ตารางที่ 2)

2) **การจัดการกับอาการที่ผิดปกติ:** ช่วยตัวเองก่อนไปโรงพยาบาล

อาการซึมเศร้าเป็นความผิดปกติที่ค่อยเป็นค่อยไป มีการเปลี่ยนแปลงทีละน้อย และส่วนใหญ่จะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สามารถรับรู้หรือสังเกตได้ด้วยตัวเอง สำหรับในมุมมองของบุคคลอื่นแล้วมักจะไม่ค่อยสังเกตเห็นความผิดปกติ ดังนั้นในช่วงแรกผู้ป่วยจะพยายามจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยวิธีต่างๆ ผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่เมื่อมีอาการปวดศีรษะ ซึม ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากพูดคุยกับใคร สิ่งที่คุณเลือกทำคือแยกตัวอยู่คนเดียว นอน ผู้ป่วยบางรายอาจจะนอนไม่หลับ หรือบางรายก็พบว่านอนมากกว่าปกติ ซึ่งอาจจะหลับบ้างไม่หลับบ้าง บางคนทากิจกรรมทำ เช่น ทำงานบ้าน หรือ ดูโทรทัศน์ ในขณะที่ผู้ป่วยชายบอกว่าพวกเขาพยายามช่วยเหลือตนเองก่อน ยังไม่อยากบอกใครเป็นเพราะมีความเชื่อว่าเราควรจะช่วยเหลือตัวเองได้ก่อน ความมั่นใจในตัวเอง การพึ่งตนเองได้เป็นสิ่งสำคัญประเด็นที่น่าสนใจในวิธีการจัดการอาการซึมเศร้าของเพศชายคือ ในช่วงที่มีอาการซึมเศร้ายากๆ แม้มีความรู้สึกไม่อยากทำอะไร แต่เพศชายหลายคนจะพยายามฝืนลุกมาทำกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย ทำกิจกรรมที่ตนเองเคยสนใจและมีความสุขเช่น ไปสูรต ฟังเพลง ทำสวน การใช้ธรรมะเข้าช่วย อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยชายหลายคนใช้วิธีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในการจัดการกับความเครียด เมื่อเวลาผ่านไปมากกว่า 1-2 เดือนอาการไม่ดีขึ้น ความสนใจสิ่งต่างๆลดลง ซึม พูดคุยกับคนอื่น

น้อยลง จนสมาชิกในครอบครัวสังเกตเห็น เส้นทางการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นจึงเริ่มขึ้น ซึ่งมีความคล้ายกันทั้งผู้ป่วยชายและหญิง คือส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะใช้การรักษาที่บ้าน หรือไสยศาสตร์ก่อน โดยใช้เวลาระมาณ 1 เดือน เมื่ออาการยังไม่ดีขึ้น จึงไปรับการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านคือโรงพยาบาลชุมชน ด้วยปัญหาอันไม่หนัก เบื่ออาหารปวดศีรษะ โดยที่ในระหว่างที่รับการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยบางคนยังคงรับการรักษาที่บ้านร่วมด้วย ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดวิธีการจัดการกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยชายและหญิง โดยพบว่าวิธีการที่ผู้ป่วยชายใช้มากที่สุด คือการพยายามหากิจกรรมทำ การดื่มสุรา และการใช้ธรรมชาติ สำหรับผู้ป่วยหญิงวิธีการที่ใช้มากที่สุดคือ การใช้ยานอนหลับ ธรรมชาติ และการพูดคุยกับเพื่อน

โรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคทางจิตเวชมักจะเป็นแหล่งสุดท้ายที่ผู้ป่วยจะไปรับบริการเพื่อขอความช่วยเหลือ ซึ่งรวมระยะเวลากว่าที่ผู้ป่วยจะมารับการรักษาจากโรงพยาบาลเฉพาะทางส่วนใหญ่แล้วมีการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาานานกว่า 3 เดือน โดยได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลที่รักษา มีผู้ป่วยจำนวนน้อยมาก (5 ราย เป็นหญิง 2 ราย ชาย 3 ราย) ที่ไปรับการรักษาจากคลินิกทางจิตเวชเฉพาะทางโดยตรง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการศึกษาค่อนข้างดี หรือสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลจากบุคคลคนใกล้ชิดที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยคล้ายกันหรือได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

เมื่อตระหนักดีว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นต้องได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ การตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชก็ไม่ใช่ว่าเรื่องง่าย เนื่องจากมุมมองของบุคคลทั่วไปยังมองว่าผู้ที่มารับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตใจ เป็นบ้า เป็นเหตุให้ผู้ป่วยชายและหญิงหลายคนรู้สึกอายกลัวจะมีคนพบเห็นและรู้ตัวตนเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยชายและหญิงที่มีระดับการศึกษาสูง

3) ความเข้าใจต่อสาเหตุของการเจ็บป่วย: เป็นเพราะเครียด ผู้ชายเน้นที่งาน ผู้หญิงเน้นที่ครอบครัว

แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการเจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน แต่พบว่าทั้งผู้ป่วยชายและหญิงส่วนใหญ่ไม่รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า บอกว่าเป็นโรคเครียดหรือโรคประสาท มีจำนวนน้อย (เพศชาย 2 ราย หญิง 5 ราย) ที่บอกได้ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังไม่ค่อยเข้าใจว่าโรคซึมเศร้าเป็นอย่างไร รู้แต่ว่ารับประทานยาแล้วอาการดีขึ้น คิดว่าเป็นโรคเครียด อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยหลายคนบอกว่าแพทย์ที่รักษา (แพทย์ที่โรงพยาบาลอำเภอ) ไม่ได้บอกว่าตนเองป่วยเป็นอะไร บอกแต่ว่าเป็นโรคประสาท แต่เมื่อมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยก็ไม่ได้ถาม เพราะคิดว่าความเข้าใจของตนที่ว่าเป็นโรคเครียดถูกต้องแล้ว ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงอธิบายว่าความเครียดเป็นสาเหตุให้เกิดความผิดปกติ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยชายเครียดจากหน้าที่การงาน รองลงมาคือเครียดจากภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว สำหรับผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่เครียดจากปัญหาครอบครัว มีเพียงผู้ป่วยหญิง 1 ราย ที่เป็นพยาบาลบอกว่ามีสาเหตุจากความผิดปกติของฮอร์โมนใกล้หมดประจำเดือนและมีความเครียดจากที่ทำงานและที่บ้านร่วมด้วย (ตารางที่ 4 และ 5)

4) ความเชื่อต่อการรักษา: รู้ว่าย่าช่วยได้ แต่ไม่อยากพึ่งยาตลอดชีวิต

ผู้ป่วยทุกคนทั้งเพศชายและหญิงบอกตรงกันว่าอาการของพวกเขาดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาที่จิตเวช เพราะยาทำให้พวกเขาสามารถนอนหลับได้ อาการความคิดหมกมุ่นคิดมากลดน้อยลง ทำกิจกรรมได้ตามปกติ อารมณ์ดีขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยชายอายุ 55 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี รับราชการ ระยะเวลาป่วย 2 ปี รักษามาหลายโรงพยาบาลแต่อาการไม่ดีขึ้น จนกระทั่งมาพบจิตแพทย์ที่ให้ยาต้านเศร้ากลุ่มใหม่ Efexor (75mg) 1x 2 pc.

“ได้ยาไปเม็ดเดียวเท่านั้นแหละ เหมือนขึ้นสวรรค์ มันโล่งมันอะไรไปหมดเลย มันมีชีวิตชีวา มันมีความสุข”

อย่างไรก็ตามพวกเขาไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา โดยจะหยุดยาเมื่ออาการดีขึ้น ผู้ป่วยหญิงหลายคนหยุดรับประทานยาเพราะว่ากลัวอันตรายจากการรับประทานยามากๆ หรือกลัวอ้วนเพราะเมื่อรับประทานยาไปแล้วทำให้อ้วนกลับ รับประทานอาหารได้น้ำหนักจึงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงส่วนใหญ่รู้สึกเป็นตราบาปที่ต้องรับประทานยาจากโรงพยาบาลจิตเวชและไม่อยากให้เกิดใครรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยชายมีความเห็นตรงกันว่าภารกิจนยาเป็นสัญลักษณ์ว่าเราเป็นคนป่วย ทำให้ผู้ป่วยหลายคนหยุดยา ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยชายอายุ 54 ปี การศึกษาระดับปริญญาโท สถานะภาพสมรสคู่ เกษียณอายุก่อนกำหนด ระยะเวลาป่วย 20 ปี

“จากประสบการณ์ผมนะครับ เรื่องของการกินยาแล้วหยุดเอง เรามีความรู้สึกอย่างหนึ่งว่าการกินยาประจำกินยานานๆ มันไม่ใช่สิ่งที่ดีเลย ในแนวคิดของเรานะ คนอื่นมามองว่าเรากินยาทุกวันๆ เขาจะคิดยังไงกับเรา เพราะฉะนั้นเวลาเราค่อยยังชั่วหน่อย เราก็อยากหยุดยา เพราะเราไม่อยากจะเป็นคนกินยาตลอดชีวิตนะ”

สำหรับผู้ป่วยชายและหญิงที่ป่วยมาเป็นระยะเวลา 3 ปี ยอมรับว่าตนเองจะต้องกินยาตลอดชีวิต เพราะเมื่อหยุดรับประทานยาไประยะเวลาหนึ่งอาการผิดปกติก็กลับมา ดังคำพูด

“ถ้าไม่กินยามันก็กลับมาเป็นเหมือนเดิม ถ้ากินยาเข้าไปมันค่อยขึ้นมาหน่อย ถ้าผมใจอ่อนมาไม่กินยาไม่ได้ ทุกวันนี้ กินยากี่พออยู่ แต่ขาดไม่ได้ ถ้าผมได้กินยาเรื่อยๆ อาจจะไม่หายอยู่ครับ”

(ผู้ป่วยชาย อายุ 56 ปี คู่ จบชั้นประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรรม ป่วยมาเป็นเวลา 4 ปี)

“เพราะว่าไม่อยากป่วยไม่อยากกินยา เหมือนอยากให้อาการอื่นมาปรับ มาบำบัดให้มันหาย ให้มันเป็นปกติโดยที่ไม่ต้องใช้ยา เราคิดว่าเราเลิกยาได้ใหม่ ถ้าถามว่าเลิกยาได้ใหม่ โดยการที่เราปรับความคิด ปรับมุมมอง มุมมองว่า มองให้มันเหมือนปกติ มาปรับที่ความคิดคือหาอะไรมาอ่าน หาอ่านในอินเทอร์เน็ต วิธีการที่จะทำให้เรามีความสุขได้ในชีวิตประจำวัน ...ยัง

ทำไม่ได้ ไม่ได้เลย ก็เลิกยาเอง ลดยาเอง ลดลดลดโดยการที่ไปถามเภสัชที่ร้านขายยา... เจอปัญหาต้องกลับมาหาหมอเหมือนเดิม คุณหมอก็จะพยายามอธิบายว่าคุณเป็นโรคซึมเศร้านะ คุณจะต้องกินยา คุณไม่กินยามันก็ไม่ได้ ตอนนั้นก็บอกกับตัวเอง บอกกับ สามีว่าคงต้องกินยาไปตลอด”

(ผู้ป่วยหญิง อายุ 36 ปี คู่ การศึกษาปริญญาตรี อาชีพรับจ้าง ป่วยมาเป็นเวลา 10 ปี)

นอกเหนือไปจากการรับประทานยาแล้ว ผู้ป่วยชายและหญิงใช้วิธีการอื่นๆ ร่วมด้วย คือ เวลา และ ธรรมชาติ ซึ่งมีทั้งการฟังพระเทศน์ อ่านหนังสือธรรมะ และการทำสมาธิ มีผู้ป่วยชาย 3 ราย ที่บอกว่าใช้การออกกำลังกายร่วมกับ ผู้ป่วยหญิง อายุ 47 ปี รับราชการ สถานะภาพสมรสหย่า เนื่องจากสามีเจ้าชู้ และติดการพนัน ระยะเวลาป่วย 3 ปี เล่าคล้ายๆ กับผู้ป่วยอื่นว่า ต้องกินยา ให้เวลา จึงจะสามารถเลิกฝืนการหยุดความคิดตามคำสอนของพระพุทธเจ้าได้ ดังคำพูด

“คือยาให้ชีวิตเรา ซาบซึ่งมากเลย สองกาลเวลาเคยอ่านในหนังสือเขาบอกว่า กาลเวลาเป็นหมอกจิตเวชที่ดีที่สุดในโลก คืออันนี้ดีจริงๆ สามีก็คืออ่านหนังสือเราอ่านหนังสือแล้วเราไปวัด เขาก็บอกว่่าก็ดูสิ ตอนนี่จิตใจคุณตอนนี้สับสน คุณคิดมากเขาบอก ไปดูเลยไปดูความคิด พอเราไปดูความคิดเรา มันเป็นแสง เราก็ดูพอความคิดมาเราก็ดู พอเราดูความทุกข์จากร้อยมันก็หายไปเหลือซึกห้าสิบ เราก็ดูมาเรื่อยๆ แล้วกาลเวลาและหลายสิ่งหลายอย่าง มันก็ช่วยกันคงไม่มีอย่างหนึ่งอย่างเดียว”

“อ่านหนังสือธรรมะมันก็ช่วยได้นิดหน่อย ช่วงที่มันเป็นมากๆ มันจะไม่ค่อยมีสมาธิ จะอ่านได้แป๊บเดียวจิตจะไม่นิ่ง กินยา ออกกำลังกายตอนเช้า”

(ผู้ป่วยชาย อายุ 48 ปี สถานะภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง ระยะเวลาป่วย 6 ปี)

5) การบำบัดทางจิตสังคม: ไม่เข้าใจไม่แน่ใจว่าจะช่วยอะไรได้

เป็นที่น่าสนใจว่าทั้งผู้ป่วยหญิงและชายส่วนใหญ่บอกว่าไม่เคยได้รับการทำจิตบำบัด หรือการพูด

คุยรับการปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาล มีผู้ป่วยหญิงเพียง 2 ราย ที่เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และบอกว่าเคยได้รับการบำบัดแบบกลุ่มที่มีพยาบาลพาคนไข้มาสนทนากัน แต่ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มส่วนใหญ่สื่อสารไม่ค่อยรู้เรื่อง ผู้ป่วยคนนี้จึงไม่เห็นประโยชน์ของการบำบัดทางจิตสังคม ดังตัวอย่างคำพูดในวันที่นักวิจัยนัดผู้ให้ข้อมูลมาฟังการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัย

“พยาบาลบอกว่าให้ไปเข้ากลุ่มของคนไข้ที่มีปัญหาทางด้านจิต เราก็เลยไปร่วม ไปครั้งหรือสองครั้งเองเท่าที่เราไปคุณนะ คือปัญหาเขาไม่เหมือนของเรา..คนไข้มีหลายประเภทนะคะ มีความรู้สึกถ้าเราไปร่วมเราจะแย่งลง”

มีผู้ป่วยหญิงคนหนึ่งบอกว่า เคยได้รับการปรึกษาจากพยาบาลที่ห้องให้คำปรึกษา โดยพยาบาลที่อยู่หน้าห้องตรวจและนำไปรับบริการเพราะเห็นว่าตนเองซึมเศร้า และบอกว่าดีกว่านั่งรอแพทย์ตรวจเฉยๆ เพราะคงอีกนานกว่าจะได้รับการตรวจ ในขณะที่ผู้ป่วยหญิงอีกคนบอกว่าหากมีผู้ให้การบำบัดทางจิต มีผู้รับฟังแลกเปลี่ยนความคิดเห็นน่าจะเป็นประโยชน์กับตนเอง เพราะในชีวิตไม่มีที่ปรึกษา ไม่มีคนเข้าใจ

“หนูเข้าใจว่าคุณหมอเหมือนกับว่าเป็นนักจิตวิทยา คือหนูไม่ยาก...ไม่ใช่อย่างนั้นนะคะ จริงๆ หนูอยากบำบัดกับนักจิตวิทยามากกว่า หนูมีความคิดว่า การที่หนูได้พูดคุยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มันทำให้หนูดีขึ้น ซึ่งแฟนเราก็ไม่เข้าใจ เพื่อนไม่เข้าใจ เวลามีปัญหา อย่างตอนนี้หนูมีปัญหาที่สุดในชีวิตก็ว่าได้ ก็คือแฟนหนูก็จะบอกว่า ก็อย่าคิดมันสิ ก็อยากจะทำอยู่หรอกแต่มันทำไม่ได้ เราเล่าไปเขาก็ไม่เข้าใจ”

ผู้ป่วยชายให้ข้อเสนอแนะว่าการบำบัดทางจิตสังคมโดยส่วนใหญ่เข้าใจว่าเป็นการพูดคุยธรรมดา จึงไม่ได้ให้ความสำคัญ ผู้บำบัดควรอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ อย่างไรก็ตามการบำบัดนั้นต้องมีโปรแกรมรูปแบบการบำบัดที่ชัดเจน มีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังคำพูด

“มันต้องเป็นโปรแกรมต่อเนื่อง มันไม่ใช่ว่าเรียกมาคุยแล้วก็ไป”

ผู้ป่วยชาย อายุ 48 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี รับราชการ ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ได้รับการอธิบายให้เข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัด

“เพราะเขาไม่เข้าใจว่า ถ้าเกิดมา (โรงพยาบาล) แล้วไม่ได้อะไรเลย แล้วมันจะหายมัย ก็แค่มาคุย มันไม่เหมือนกินยา แต่ถ้าเทียบแล้วก็เหมือนป่วยทางกายแล้วมากายภาพบำบัด แขนขายกไม่ขึ้น อันนี้จิตใจมันไม่ซับซ้อน จริงๆ ก็ควรจะทำ แต่เรามาคุยกับหมอแล้วก็ไม่เห็นมีอะไรกลับดีกว่า คุยก็ไม่สนุก หมอก็ถามโน่นถามนี่..เรายังไม่เห็นความสำคัญของการรักษาแบบนี้ด้วย...ไปคุยกับเพื่อนดีกว่า”

6) เพศของผู้บำบัด; เพศอะไรก็ได้ ขอให้รับฟังอย่างเข้าใจ

พบว่าทั้งผู้ป่วยชายและหญิงส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อเพศของผู้บำบัดแต่ให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะของผู้บำบัดมากกว่าคือ ความใส่ใจของผู้ป่วยรับฟังผู้ป่วย บอกการวินิจฉัยโรค ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ตอบข้อซักถามเมื่อผู้ป่วยสงสัย (ตารางที่ 6) ยกเว้นผู้ป่วยหญิงบางคนที่สามีเจ้าชู้จะพึงพอใจกับผู้บำบัดเพศหญิงมากกว่าเพราะคิดว่าปัญหาของตนอาจไม่ได้ได้รับความเข้าใจจากผู้บำบัดเพศชาย (จำนวน 6 ราย) ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยหญิง อายุ 44 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพขายของ แยกทางกับสามี เพราะสามีดื่มเหล้า เมา ทำร้ายร่างกาย มีประวัติถูกพ่อทำร้ายร่างกายตั้งแต่เป็นเด็ก ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาเป็นเวลา 23 ปี

“ถ้าเป็นผู้หญิงมันจะพูดได้สบายใจมากกว่า จะพูดได้เปิดอกมากกว่าผู้ชาย เพราะว่าผู้ชายถึงเขาจะดี แต่บางเรื่องเราก็ไม่กล้าพูด อย่างเรื่องสามีอะไรอย่างนี้ กลัวว่าเขาจะมองว่าทั้งๆ ที่เขาไม่ได้มองอย่างนั้น แต่ว่ากลัวเขาจะมองว่าผู้หญิงคนนี้ไม่ดีสาธอนอะไรประมาณนี้ บางครั้งเราก็ไม่กล้าพูด”

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยหญิงมีการรายงานอาการผิดปกติของโรคซึมเศร้าเป็นจำนวนมากกว่าชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร จิรวัดมนกุล และคณะ¹⁶ ที่ประชาชนทั่วไปจะบอกอาการซึมเศร้าที่พบในเพศหญิงมากกว่าชาย และจากการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าของ สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ¹³ ก็พบว่าเพศชายมีการแสดงออกของอาการซึมเศร้าน้อยกว่าหญิงทำให้ผู้วิจัยสรุปจุดตัดในการประเมินอาการซึมเศร้าในเพศชายมีค่าคะแนนน้อยกว่าหญิงหนึ่งคะแนน อาการของการติดอยู่กับความคิด คิดมาก พฤติกรรมแยกตัว ไม่สนใจในการทำกิจกรรมใดๆ ไม่อยากพูดกับใคร สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{10,17,18} และการศึกษาของ ศิริพร จิรวัดมนกุล และคณะ¹⁶ ที่ประชาชนทั่วไปมีความเห็นว่าอาการ “นั่งลืมนั่งคิดลืมนั่งใจผู้ใด” เป็นอาการของคนที่เป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจากอาการนี้เป็นอาการที่เด่นจึงเป็นที่สังเกตพบได้ทั้งจากเจ้าของประสบการณ์เอง และจากบุคคลใกล้ชิด และข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีการเกิดโรคซึมเศร้าที่อธิบายว่าการมีความคิดบิดเบือนในทางลบ¹⁹ คิดหมกมุ่นอยู่กับความคิดทางลบ (ruminative thought)²⁰ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า

ทั้งผู้ป่วยหญิงและชายต่างบอกสอดคล้องกันว่าสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าคือความเครียด แต่ในรายละเอียดของสาเหตุแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยชายบอกว่าสาเหตุหลักที่ทำให้เป็นโรคซึมเศร้าคือ ความเครียดจากหน้าที่การงาน และภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว ในขณะที่เพศหญิงบอกว่าสาเหตุเกิดจากการคิดมาก และคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นสามี ลูก ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ไม่ได้ตั้งใจ ถูกสามีทำร้ายจิตใจ และ ภาวะเศรษฐกิจ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในเพศหญิงโรคซึมเศร้าในประเทศไทย^{10, 11,17} และในประเทศอินเดียมีรายงานว่าผู้หญิงอินเดียที่มีภาวะซึมเศร้าและมีรายได้

น้อย มีความทุกข์ใจจากความกังวลใจเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาเป็นเรื่องทุกข์ใจจากการที่ถูกสามีทำร้าย และกังวลใจเกี่ยวกับเศรษฐกิจ¹⁵

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่คนทั่วไปไม่รู้จักรู้จัก แม้กระทั่งตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งสนับสนุนงานศึกษาของศิริพร จิรวัดมนกุล และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาการรับรู้ต่อโรคซึมเศร้าของประชาชนทั่วไปในจังหวัดยโสธรและขอนแก่น พบว่าเมื่อถามถึงโรคซึมเศร้าคนส่วนใหญ่ไม่รู้จักรู้โรคซึมเศร้าไม่เคยได้ยินมาก่อน คิดว่าโรคซึมเศร้ากับเครียดเป็นเรื่องเดียวกัน ดังคำพูด “ซึมเศร้าเป็นอย่างไร เป็นพวกคิดมาก จนเป็นบ้าเป็นบออย่างนั้นหรือ รู้จักแต่คนผีบ้า (หน้า 55)” และจากการไม่รู้จักรู้โรคซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญโดยตรงช้ากว่าที่ควรจะเป็น จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยทั้งชายและหญิงส่วนใหญ่ไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่มีแพทย์ที่มีความชำนาญทางจิตเวช ควบคู่ไปกับการรักษาพื้นบ้านในรูปแบบอื่นๆ เช่น โสยศาสตร์ หรือ หาพระรดน้ำมนต์ ทำให้ใช้เวลานานกว่าจะได้รับ การรักษาจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางจิตเวชโดยเฉพาะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ^{11,15} ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ประชาชนทั่วไปยังไม่เข้าใจถึงบริการทางสุขภาพจิตที่โรงพยาบาลจิตเวชให้บริการ จะไปรับบริการทางจิตเวชก็ต่อเมื่อไปรักษาที่อื่นแล้วอาการไม่หาย หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการมากแล้ว สอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary care) แต่พบว่า ผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 25 ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ทั้งๆ ที่ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้หากได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าและจิตบำบัด^{21,22}

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยทั้งชายและหญิงหลายรายไม่รู้ว่ตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และไม่ได้รับการบอกจากแพทย์ แต่รับรู้ว่ตนเองเป็นโรคเครียดหรือหัวใจอ่อน เหมือนกับกลุ่มผู้ป่วยหญิงในการศึกษาของวิภาวี เผ่ากันทราร¹⁰ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยชายให้เหตุผลของการไม่ถาม

เพศภาวะโดยคำนึงถึงรากเหง้าของสาเหตุความเครียดที่อาจเกิดจากการกล่อมเกลาทางสังคมในการแสดงบทบาทหญิงชาย และให้การบำบัดที่มีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อจำกัด การศึกษานี้เป็นการอธิบายการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยหญิงและชายในภาพรวม ไม่ได้นำเสนอเฉพาะกลุ่ม เช่น อายุ หรือ ความแตกต่างทางอาชีพ ระดับการศึกษา ซึ่งต้องใช้ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากจึงจะสามารถสรุปในประเด็นเฉพาะกลุ่มได้ การนำไปใช้จึงควรที่จะทำความเข้าใจความแตกต่างตามการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลก ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินโครงการวิจัยนี้ และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่กรุณาบอกเล่าประสบการณ์ทำให้งานวิจัยนี้บรรลุวัตถุประสงค์

References

1. World Health Organization. Gender and women's mental health. Geneva; 2005.
2. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The 2003 National epidemiology survey on mental health Thailand. Bangkok: Wongkamol; 2004.
3. Friedrich LS. Gender issues in mental health. Retrieved on 15/04/2006 from <http://www.minddisorders.com/Flu-Inv/gender-issues-in-mental-health.html>.
4. Afifi M. Gender differences in mental health. Singapore Med 2007; 48(5): 385-91.
5. Emsile C, Ridge D, Ziebland S. Hunt K. Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? Soc Sc Med 2006; 62:2246-57.

6. Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S. Ravindran AV, Kennedy SH, Lam RW, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. J Affect Disord 2009; 117: S15-25.
7. Wolf NJ, Hopko DR. Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: A critical review. Clin Psychol Rev 2008; 28:131-61.
8. Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S, Grover S. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009; 44:482-8.
9. Waite R, Killian P. Perspectives about depression: explanatory models among African- American Women. Arch Psychiatr Nurs 2009; 23:323-33.
10. Phaokuntarakorn W. Depression: experiences of Jomtook-pontook among Issan women. Unpublished dissertation for the degree of Philosophy in nursing. Graduate School Khon Kaen University; 2005.
11. Seeherunwong A, Boontong T, Sindhu S, Nilchaikovit T. self-regaining from loss of self-worth: A substantive theory of recovering from depression of middle-aged Thai women. Thai J Nurs Res 2002; 6:186-99.
12. Rungreangkulkij S, Juntachum W, Chirawatkul S, Charatsingha, A. Gender difference: sociodemographic risk factors of depression. J Psychiatr Assoc Thailand 2010; 55:337-46.

13. Arunphongpaisal S, Rungreangkulkij S. Revision of the KKU-DI, Depression Test for gender sensitivity. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2010; 55:177-89.
14. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 1978; 88:251-8.
15. Pereira B, Andrew G, Pednekar S, Pai R, Pelto P, Patel V. The explanatory models of depression in low income countries: Listening to women in India. *J Affect Disord* 2007; 102:209-18.
16. Chirawatkul S, Rungreangkulkij S, Kongsuk T, Leejongpermpoon C, Kenbubpha K. Situation of gender sensitive in a process of prevention and treatment depression in mental health service in Isan region. *Ubonratchatane: sirthum Press*; 2006.
17. Rungreangkulkij S, Chirawatkul S, Kongsuk T, Sukavaha S, Leejongpermpoon J, Sutatho Y. Sex or gender leading to a high risk of depressive disorder in women. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012; 57:61-74.
18. Niemi ME, Falkenberg T, Nguyen MT, Nguyen MT, Patel V, Faxed E. The social contexts of depression during motherhood: a study of explanatory models in Vietnam. *J Affect Disord* 2009; 124:29-37.
19. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2006; 26:17-31.
20. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science* 2001; 10:173-6.
21. Collins KA, Westra HA, Dozois DJ, Burns DD. Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: Challenges for the delivery of care. *Clin Psychol Rev* 2004; 24:583-616.
22. World Health Organization, SEARO. Mental health and substance abuse. Available online from <http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826.htm> Retrieved on October 22, 2010. [Cited เดือน, วัน, ปี]
23. Payutto PA. Phra Dhammapitaka. (twelfth edition). Bangkok: Mahachulalongkornrajavidyalaya University Press; 2005.
24. Sterling RC, Gottheil E, Weinstein SP, Serota R. The effect of therapist/patient race-and sex-matching in individual treatment. *Addiction* 2001; 96:1015-22.