

# การพัฒนาเทคโนโลยีที่มีความละเอียดอ่อน เชิงวัฒนธรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้า: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใน 2 จังหวัดภาคอีสาน

ศิริพร จิรวัดกุล\*

จินตนา พลมีศักดิ์†

สุปราณี พลชัย§

สวดี ศรีวิเศษ¶

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ\*

พิสมัย รัตนเดช†

วัชณี หัตถพนม¶

ประสพสุข ศรีแสงปาง\*

จรรยาศรี มีหนองหว้า\*

ธีรภา ธาณี‡

สุภาพร จันทรสาม§

อุทัยทิพย์ จันทรเพ็ญ\*

\*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, †สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

‡โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, §โรงพยาบาลจังหวัดยโสธร, ¶โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

## บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีที่มีความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าในสังคมอีสาน ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในจังหวัดขอนแก่น และยโสธร ใน พ.ศ. 2549-2551 มีผู้ร่วมการวิจัยจำนวน 698 คน การวิจัยระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมาย และการรับรู้ภาวะซึมเศร้าโดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ มีผู้ร่วมการวิจัยจำนวน 325 คน ในระยะที่ 2 นักวิจัยร่วมกับผู้ร่วมวิจัยศิลปิน และนักสื่อสารมวลชน จำนวน 42 คนนำข้อค้นพบในระยะที่ 1 มาเป็นพื้นฐานการผลิตรายการละครวิทยุ 12 เรื่อง สารคดีสั้น 12 เรื่อง เพลงพื้นบ้าน 4 เพลง เพลงป๊อป 2 เพลง หนังสือการ์ตูน 1 เรื่อง ภาพยนตร์สั้น 1 เรื่อง และสโปดวิทย์ 4 เรื่อง เทคโนโลยีทั้งหมดได้รับการตรวจสอบจากผู้ร่วมวิจัยจำนวน 331 คน ในระยะที่ 3 โดยใช้วิธีการทดลองร่วมกับวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ การวิจัยทั้ง 3 ระยะเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยร้อยละ และ 95% CI และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่าวลี “นั่งดื่ม คิดดื่ม บ่นใจผู้ใด” สามารถสื่อภาวะซึมเศร้าได้ และจากค่า 95% CI สรุปได้ว่าสาระเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า และการจัดการภาวะซึมเศร้าของตนเอง ตลอดจนการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของสื่อที่พัฒนา สามารถสื่อได้ เข้าใจตามเกณฑ์ร้อยละ 80 ส่วนวัยรุ่นนั้นชอบอ่านหนังสือการ์ตูน และฟังเพลงป๊อป ข้อค้นพบนี้ชี้ว่าการใช้เรื่องราวอันเป็นวิถีชีวิตของชุมชนท้องถิ่น และภาษาถิ่นสามารถสื่อสารสาระเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้าได้ดีโดยผ่านช่องทางสื่อสารที่สอดคล้องกับวัย และการดำเนินชีวิตประจำวัน อันจะเป็นช่องทางให้การยกระดับการรับรู้ภาวะซึมเศร้าจากพื้นที่ส่วนตัว มาสู่การป้องกันโรคซึมเศร้าในพื้นที่สาธารณะให้เกิดขึ้นได้

**คำสำคัญ:** ภาวะซึมเศร้า, ความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรม, ส่งเสริมสุขภาพจิต, ประเทศไทย

## บทนำ

คนทั่วไปรับรู้ว่าคุณทุกข์สุขเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตและความทุกข์เป็นสาเหตุหนึ่งให้คนรู้สึกเศร้า ความรู้สึกเศร้า (grief) ที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีผลต่อความอยู่ดีมีสุข (well-being) ของบุคคลได้ ความเศร้ามักกลายเป็นภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกวัย และถือเป็นเรื่องปรกติหากไม่คงอยู่นานเกินไป และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงก็ไม่รุนแรงจนกระทบต่อการดำเนินชีวิต จนนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ แต่ความเศร้านั้นสามารถกลายเป็นความผิดปกติได้หากบุคคลตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า (depression) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อความทุกข์ในระดับรุนแรง และอาจพัฒนาต่อไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorders) ได้ ทั้งนี้การที่บุคคลป่วยเป็นโรคซึมเศร้านั้นมีผลให้เกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมโดยรวม ซึ่งคนทั่วไปยังไม่ตระหนักรู้ในเรื่องนี้ อย่างแพร่หลาย

องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณการณ์ว่าโรคซึมเศร่ารุนแรงจะเป็นภาระทางสังคมและเศรษฐกิจ (disease burden) จากอันดับที่ 7 ใน ค.ศ. 1990 เป็นอันดับที่ 1 คู่เคียงไปกับโรคหัวใจขาดเลือด ในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) สูงที่สุด<sup>(1)</sup> และจากรายงานการศึกษา ในเขตสาธารณสุข 12 เขตของประเทศไทย มีประชากรร้อยละ 38.1 มีภาวะซึมเศร่ารุนแรงในระดับที่ควรพบแพทย์ หรือผู้รู้ นอกจากนั้นมีผลการศึกษาในปี 2541 พบว่า ความชุกชีวิตของโรคอารมณ์แปรปรวนมีค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 1.8<sup>(2)</sup>

จากความสำคัญดังกล่าวทำให้หลายประเทศดำเนินการศึกษาทางระบาดวิทยาโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาที่ปรากฏพบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าในแต่ละประเทศแตกต่างกัน นอกจากนั้นในประเทศเดียวกัน ในระหว่างเขตเมือง กับเขตชนบทก็แตกต่างกันด้วย<sup>(3-6)</sup>

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้นจากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชของไทยในปี 2546

โดยใช้แบบสัมภาษณ์ MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) เพื่อการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15-59 ปี จำนวน 11,685 คน จากทุกภาคของประเทศ พบว่าความชุกของ major depressive disorder เป็นร้อยละ 3.2 และความชุกในผู้หญิงร้อยละ 3.98 ในผู้ชาย ร้อยละ 2.47 โดยมีอัตราส่วนผู้ชายพบมากที่สุดในช่วงอายุ 55-59 ปี และในผู้หญิงพบมากที่สุดในช่วงอายุ 45-54 ปี กลุ่มผู้หญิงภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคมากที่สุด<sup>(7)</sup>

นอกเหนือจากสถิติแล้ว ภาพข่าวจากหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตอันเนื่องมาจากสภาพเศรษฐกิจและสังคม เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และ/หรือฆ่าบุคคลในครอบครัวเพื่อหลีกเลี่ยงการมีชีวิตอยู่ในโลกที่ตนไม่สามารถประสบความสำเร็จได้ ก็เป็นข้อมูลสนับสนุนให้เห็นว่า ประชาชนไทยมีแนวโน้มที่จะมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

การที่ชุมชนมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวนมาก จะมีผลกระทบทางสังคม และเศรษฐกิจ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างมาก ส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ เนื่องจากบุคคลที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีความบกพร่องในการดำเนินชีวิต และการทำหน้าที่ทุกด้าน และเป็นภาระที่จะต้องดูแล นอกจากนั้นถ้ามีการฆ่าตัวตายตามมาก็จะเป็นการสูญเสียทางสังคมอีกด้วย ดังนั้นโรคซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญทั้งในระดับประเทศ และระดับโลกในปัจจุบัน และจะเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสียหายทางสังคมอย่างยิ่งในอนาคต หากไม่มีการป้องกัน และลดปัญหาตั้งแต่บัดนี้

โรคซึมเศร้าสามารถป้องกัน และรักษาได้ ในส่วนของการป้องกันนั้นจะต้องควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วย ทั้งนี้มีรายงานการศึกษายืนยันอย่างชัดเจนว่า การป้องกันโรคซึมเศร้าในกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงจะช่วยลดอัตรา หรือความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี โดยกลุ่มบุคคลที่ระบุว่าจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าสูง เช่น กลุ่มผู้หญิง ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้มีรายได้น้อย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้อยู่ใน

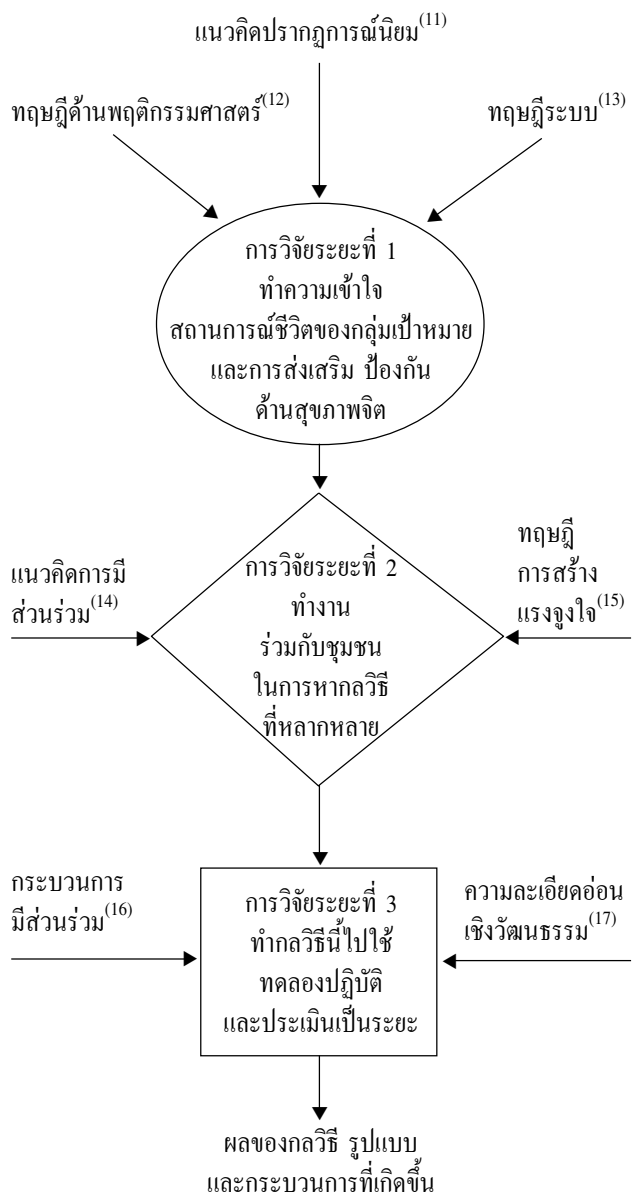
ภาวะวิกฤตในชีวิต เด็กวัยรุ่น และผู้สูงอายุ เป็นต้น

ประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต ได้มีการกำหนดนโยบายส่งเสริมป้องกัน และลดปัญหาสุขภาพจิต เพิ่มคุณภาพการให้บริการ ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม ทั้งนโยบายเชิงรุก และเชิงรับไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน (ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2555) กรมสุขภาพจิตได้มีนโยบายเชิงรุก จัดกิจกรรมรณรงค์ และผลิตสื่อในการเผยแพร่ความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคล และ ครอบครัวในรูปแบบต่าง ๆ จัดทำคู่มือพร้อมกับอบรมบุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศ ให้มีความรู้ความเข้าใจในการค้นหาผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงของการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า และมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะในการให้การช่วยเหลือ โดยเน้นในเรื่องการประเมินผู้มีภาวะเสี่ยง การให้การปรึกษาทั้งในคลินิก และ ทางโทรศัพท์ อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้ และรูปแบบวิธีการดำเนินงานที่นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตอยู่บนฐานแนวคิดของนักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องเข้าใจวิถีชีวิต วัฒนธรรม ความแตกต่างทางเพศ รวมทั้งให้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องโดยตรงตระหนักในปัญหา และมีส่วนร่วมพัฒนาแนวทางการแก้ไข<sup>(8-10)</sup> ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้ จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีที่มีความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย และ พันธมิตรทุกภาคส่วน ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีที่มีความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าสำหรับประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง

### วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีกรอบแนวคิดตามรูปที่ 1

และได้ผ่านการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 490106 ภายใต้หลักการ Helsinki Declaration และในระหว่างการเก็บข้อมูลนักวิจัยได้ดำเนินการทุกวิถีทางที่เป็นการเคารพสิทธิของผู้ให้ข้อมูลไม่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเสียหาย นอกจากนั้นก่อนนำเสนอผลการศึกษา ผู้วิจัย ได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการเผยแพร่ผลการศึกษาทั้งในเรื่องของเนื้อหา การ



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

อ้างอิงบุคคล และสถานที่

## วิธีดำเนินการศึกษา

ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งมี 3 ระยะ และแต่ละระยะมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์เพื่อศึกษาการรับรู้การเกิดภาวะซึมเศร้า และกลวิธีในการดูแลตนเองในระดับบุคคลครอบครัว และชุมชน เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้า

ระยะที่ 2 ดำเนินการเพื่อสร้างวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าที่มีความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรมสำหรับประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง

ระยะที่ 3 ประเมินผลนำข้อสรุปบทเรียนที่ได้ในระยะที่ 2 จัดทำเทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าสำหรับประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง และประเมินเทคโนโลยีที่ผลิต

## การวิจัยระยะที่ 1

ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพดังนี้

### 1. สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยเลือกจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดยโสธรเป็นสถานที่ศึกษาเนื่องจากทั้ง 2 จังหวัดต้องการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้าให้มีความเข้มแข็งเป็นรูปธรรม และพื้นที่มีความพร้อมที่จะพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาวิธี และเทคโนโลยีด้านป้องกันโรคซึมเศร้า ในแต่ละจังหวัดผู้วิจัยเลือกหมู่บ้านจำนวน 4 หมู่บ้านแบ่งเป็นจังหวัดละ 2 หมู่บ้าน ทั้งนี้มีเกณฑ์ในการเลือกโดยทั่วไปคือ เป็นหมู่บ้านที่มีประชาชนส่วนใหญ่เป็นชาวอีสานโดยกำเนิด และก่อตั้งมานานกว่า 100 ปี มีลักษณะที่สามารถเป็นตัวแทนของวิถีชีวิตของคนทั้ง 2 จังหวัดได้ และสามารถเข้าถึงได้อย่างปลอดภัย จากนั้นได้อาชื่อหมู่บ้านต่าง ๆ นำเสนอต่อเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อเลือกพื้นที่ ผลจากการพิจารณาร่วม

กันของผู้วิจัย และผู้รับผิดชอบพื้นที่จึงเลือกได้ 4 หมู่บ้านคือหมู่บ้านศรีฐาน หมู่ 1 และ หมู่ 4 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นเป็นชุมชนเมืองอยู่ติดกับใจกลางเมืองขอนแก่น บ้านเชียงหวาง หมู่ 5 และหมู่ 9 อำเภอเมือง จังหวัดยโสธรเป็นหมู่บ้านชานเมืองที่อยู่ห่างจากใจกลางเมืองยโสธรประมาณ 12 กิโลเมตร บ้านห้วยวัง หมู่ 2 หมู่ 9 และหมู่ 14 อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร เป็นหมู่บ้านชนบทอยู่ห่างจากใจกลางเมืองยโสธรประมาณ 48 กิโลเมตร และบ้านหนองมะเขือ หมู่ 2 กิ่งอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่นเป็นหมู่บ้านชนบทกลางทุ่งนา และไร่มันสำปะหลัง ห่างจากใจกลางเมืองขอนแก่นประมาณ 80 กิโลเมตร

### 2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยวิธีการเฉพาะเจาะจงที่ตำแหน่งผู้นำในชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แกนนำเยาวชน แกนนำสตรีกลุ่มต่าง ๆ เป็นต้น จากนั้น จึงใช้วิธีเลือกเชิงทฤษฎี (theoretical sampling)<sup>(18)</sup> ไปยังกลุ่มอายุต่าง ๆ โดยเริ่มที่การเลือกแบบเปิดกว้าง เมื่อมีข้อมูลชี้นำไปในทิศทางใดก็ใช้วิธีบอกต่อ (snow ball) เสาะหาผู้ให้ข้อมูลเฉพาะในประเด็นนั้น ๆ ต่อไป จากกระบวนการเลือกผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว ในการศึกษาคั้งนี้จึงมีผู้ให้ข้อมูลหลักที่ทำให้ข้อมูลอิมตัวทั้งหมด 325 คน

### 3. วิธีการเก็บข้อมูล

ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ -มิถุนายน 2549 ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูล 3 วิธี ต่อไปนี้

#### 3.1 การสังเกต และบันทึกภาคสนาม

ตลอดช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้สังเกตบริบทของสถานที่ศึกษา ผู้ให้ข้อมูล และทำบันทึกภาคสนามทุกครั้งที่ได้เข้าพื้นที่สถานที่ศึกษา ข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงวิถีชีวิตของผู้ให้ข้อมูลได้ชัดเจนขึ้น

#### 3.2 การสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่มเพื่อเปิด

ประเด็นศึกษา สร้างความคุ้นเคยระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล พร้อมกับศึกษาการรับรู้ของผู้ร่วมสนทนาต่อการดำเนินชีวิตของคนในหมู่บ้าน ทุกข์ - สุข และความเข้าใจในเรื่องของภาวะซึมเศร้า กับโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มจำนวนทั้งสิ้น 38 กลุ่ม ใน 4 หมู่บ้าน มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 297 คน ในหมู่บ้านต่าง ๆ โดยบ้านศรีฐาน 11 กลุ่ม บ้านเชียงหวาง 7 กลุ่ม บ้านหัวจั่ว 7 กลุ่ม บ้านหนองมะเขือ 13 กลุ่ม

### 3.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแหล่งข้อมูลเฉพาะเรื่อง หรือเป็นผู้มีประสบการณ์เฉพาะที่อธิบายเรื่องราว หรือ ปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้ที่ถูกระบุว่าเคยผ่านวิกฤตการณ์ในชีวิต ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ตอบแบบสำรวจบางคนที่ถูกระบุจากการวิเคราะห์แบบสำรวจดัชนีชี้วัดความสุขว่ามีความสุขมากกว่าปกติ และน้อยกว่าปกติ และบุคคลแกนนำที่แสดงความสนใจในงานสุขภาพจิตเป็นพิเศษ รวมเป็นจำนวนผู้ถูกสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งสิ้น 28 คน บ้านศรีฐาน 6 คน บ้านเชียงหวาง 5 คน บ้านหัวจั่ว 12 คน บ้านหนองมะเขือ 5

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)<sup>(19)</sup> ร่วมกับวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis)<sup>(20)</sup> โดยวิเคราะห์ไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล ทั้งนี้มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 นักวิจัยอ่านข้อความข้อมูลเชิงคุณภาพที่เป็นบันทึกภาคสนาม จากการถอดความคำต่อคำของการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก และข้อความในเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทำความเข้าใจข้อมูล

ขั้นที่ 2 จัดระบบข้อมูล และแยกหมวดหมู่ของข้อมูล โดยเริ่มจากการให้ดัชนีข้อมูลเชิงคุณภาพในขั้นที่ 1 แล้วจัดกลุ่มดัชนีสร้างเป็นประเด็นย่อย จากนั้นรวมกลุ่มประเด็นย่อยขึ้นมาเป็นประเด็นหลัก และเพื่อให้การจัดระบบข้อมูล และแยกหมวดหมู่ข้อมูลเป็นรูปธรรม ง่ายต่อการวิเคราะห์ในขั้นต่อไป ผู้วิจัยได้ใช้

เทคนิคการทำแผนที่ความคิด (mind mapping) และเอาดัชนีมาลงตาราง matrix เพื่อการกระจาย และความหนาแน่นของดัชนี เพื่อสร้างสมมติฐานชั่วคราว และหาหลักฐานมาอธิบายเพิ่มเติม

ขั้นที่ 3 ให้รหัสการอ้างอิงที่เป็นหลักฐานถึงดัชนีต่าง ๆ

ขั้นที่ 4 ตีความ ผู้วิจัยตีความข้อมูล และนำประเด็นที่ได้จากการตีความไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าผู้วิจัยไม่ได้ตีความผิดไปจากความเป็นจริงที่ปรากฏจากข้อมูล

ขั้นที่ 5 สร้างข้อสรุป จากการตีความข้อมูลต่าง ๆ นำเสนอเป็นแก่นความรู้ที่ได้จากการศึกษา

### 5. ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย

ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย ได้จากการใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation)<sup>(21)</sup> คณะผู้วิจัยทุกคนมีความรู้ ความเข้าใจ และมีประสบการณ์การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนั้นในระหว่างการทำโครงการวิจัยนักวิจัยทุกคนมีการประชุมปรึกษากันเป็นระยะเพื่อตรวจสอบซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านของความคิด วิธีการ และการตีความ

### การวิจัยระยะที่ 2

ในระหว่างเดือน มิถุนายน - กันยายน 2549 ผู้วิจัยดำเนินงานกำหนดเป้าหมาย และลักษณะเทคโนโลยีร่วมกับ นักสื่อสารมวลชน 2 คน ศิลปินพื้นบ้าน 13 คน นักเขียนการ์ตูน 1 คน พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน PCU จำนวน 4 คน อาจารย์คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น 2 คน วิทยุชุมชนหญิงจำนวน 15 คน ในชุมชน 1 แห่ง และผู้นำชุมชน 3 คน รวมจำนวนคนที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยระยะนี้จำนวน 42 คนเพื่อหาวิธีการที่หลากหลาย สอดคล้องกับวิถีชีวิต และการรับรู้เรื่องซึมเศร้าซึ่งเป็นข้อค้นพบในการศึกษาระยะที่ 1 ทั้งนี้ในการดำเนินงานกิจกรรมทั้งหมด เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกต และบันทึกผลการประชุม

### การวิจัยระยะที่ 3

ในระหว่างเดือนตุลาคม 2549 - เมษายน 2550 นักวิจัย 2 คน ร่วมกับนักผลิตสื่อสาธารณะ และศิลปินพื้นบ้านได้ผลิตเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้า 8 ประเภท ดังนี้

1. อัลบั้มเพลงชุด “นั่งลืม คิดลืม ปั่นใจผู้ได้” มีเพลง 5 เพลง ดังนี้ สรภัญญะหายเศร้า ลากลอนลืมเศร้า ลำเพลินเดิมกำลังใจ ลำภูไทสู้ซึมเศร้า ลูกทุ่งเพื่อชีวิตให้ใจแก่กัน

2. Spot วิทย์ 4 ชั้น เป็นภาษาพื้นบ้านอีสาน 2 ชั้น และภาษากลาง 2 ชั้นคือ ลุงเหลิมเปลี่ยนไป (ภาษาพื้นบ้านอีสาน) อาการสังเกต (ภาษาพื้นบ้านอีสาน) เกมโชว์ (ภาษากลาง) ไม่ซ่าเหมือนเคย (ภาษากลาง)

3. ละครสั้นรายการวิทยุ มัจจุราชที่มองไม่เห็น 6 ตอน ภาษากลาง คือ เรื่องภัยเงียบ หวยพาเศร้า ยาดีเกมส์ชีวิต ลุงเหลิมเปลี่ยนไป และน้อยใจ

4. สารคดีสั้น “ชีวิตกับธรรมชาติ” 11 ตอน ภาษากลาง และสารคดีสั้นภาษาพื้นบ้านอีสาน “ป้องกันซึมสุขภาพใจ” 6 ตอน

5. การ์ตูนเรื่องทุกอย่างไร่มิเป็นโรคซึมเศร้า

6. Animation ทุกทุกอย่างไร่มิเป็นโรคซึมเศร้า

7. ภาพยนตร์สั้นการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้หลักแนวคิดเชิงบวกป้องกันโรคซึมเศร้าเรื่อง “ปรับใจคลายทุกข์” (สำหรับกลุ่มเสี่ยง)

8. รายการสัมภาษณ์รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล เรื่องการรักษาโรคซึมเศร้า

### การประเมินผลการวิจัยระยะที่ 3

การประเมินเทคโนโลยีทั้งหมด ประเมิน 3 ด้าน คือ ด้านเนื้อหา ด้านรูปแบบ และด้านการใช้ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลัง ประเมินเพลง ละครสั้น สารคดี และภาพยนตร์สั้น ส่วนการ์ตูนใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ดังรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินเพลง ละครสั้น สารคดี และภาพยนตร์สั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหา และศึกษาข้อคิดเห็นต่อรูปแบบ และการใช้งาน

จึงใช้วิธีการศึกษาเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อน - หลัง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ ประชาชน 3 กลุ่มอายุ คือ วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอทรายมูล อำเภอมหาชนะชัย อำเภอคำเขื่อนแก้ว และอำเภอป่าดัว ของจังหวัดยโสธร โดยมีประชากรเป้าหมายของสื่อแต่ละประเภท ดังนี้

1.1) เพลงพื้นบ้านทำนองสรภัญญะ ประชากรเป้าหมาย คือ ชายหญิง อายุ 55 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ที่อำเภอทรายมูล

1.2) เพลงพื้นบ้านทำนองภูไท ประชากรเป้าหมาย คือ ชาย หญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ที่อำเภอทรายมูล

1.3) เพลงพื้นบ้านทำนองลำเพลิน และลากลอน ประชากรเป้าหมาย คือ ชายหญิง อายุ 30 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ที่อำเภอทรายมูล

1.4) สารคดีสั้น รายการวิทยุชีวิตกับธรรมชาติ (ภาษากลาง) ประชากรเป้าหมาย คือ ชายหญิง อายุ 30 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ที่อำเภอคำเขื่อนแก้ว

1.5) สารคดีรายการเปิดป้องกันซึมสุขภาพใจ สำหรับเปิดตามเสียงตามสายหรือวิทยุชุมชน (ภาษาพื้นบ้านอีสาน) ประชากรเป้าหมาย คือ ชายหญิง อายุ 30 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ที่อำเภอป่าดัว

1.6) ภาพยนตร์สั้น (DVD) เรื่อง ปรับใจคลายทุกข์ (ภาษาพื้นบ้านอีสาน) ประชากรเป้าหมาย คือ ชายหญิง ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ที่มารับการดูแลรักษาที่สถานีอนามัย อำเภอมหาชนะชัย

#### 1.2 การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างประชากรเป้าหมายจากหมู่บ้านตัวอย่างที่เลือกอย่างเฉพาะเจาะจงโดยใช้เกณฑ์หมู่บ้านกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีสถานีอนามัยที่เจ้าหน้าที่มีความยินดีช่วยติดต่ออาสาสมัครมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง และมีสถานที่ที่สามารถนั่งรวมกลุ่มฟัง หรือ ดู สื่อต่าง ๆ ได้

สะดวก ดำเนินการสุ่มในวันที้ออกไปทดสอบสื่อ ทั้งนี้ขนาดของตัวอย่างคำนวณจากอัตราความเข้าใจที่ระบุได้ว่า สื่อ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นมานั้น เมื่อได้ฟังหรือ ดู แล้วเข้าใจว่าพูดถึงเรื่องใด คำนวณจากอัตราความเข้าใจที่ร้อยละ 80 ความกระชับของการประมาณค่า 0.15 และระดับนัยสำคัญ 0.05 ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง<sup>(22)</sup> ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้อย่างน้อย เทคโนโลยีหรือสื่อละ 27 คน ดังนั้นในการทดสอบจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 301 คน ดังนี้

เพลงพื้นบ้านทำนองสรภัญญะ จำนวน 31 คน

เพลงพื้นบ้านทำนองภูไท จำนวน 30 คน

เพลงพื้นบ้านทำนองลำเพลิน จำนวน 30 คน

เพลงพื้นบ้านทำนองลำกลอน จำนวน 30 คน

สารคดีสั้นรายการชีวิตกับธรรมชาติ จำนวน 40 คน

สารคดีสั้นเปิดป้องเยี่ยมสุขภาพใจ จำนวน 30 คน

ละครวิทยุรายการมัจจุราชที่มองไม่เห็น จำนวน

30 คน

ภาพยนตร์สั้น เรื่องปรับใจคลายทุกข์ จำนวน 80 คน

### 1.3 วิธีการประเมิน

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างมารวมกลุ่มกันแล้วตอบคำถามในแบบประเมิน แล้วให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มรับฟัง/ดู สื่อพร้อมกัน 1 ครั้ง จากนั้นให้ตอบคำถามในแบบประเมินเดิมอีกครั้ง

### 1.4 แบบประเมิน

เป็นแบบสอบถามชนิดให้ตอบเอง ในกรณีที้อ่านหนังสือไม่คล่อง ผู้วิจัยอ่านให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยให้ครอบคลุม 3 ประเด็น คือ

1) ด้านเนื้อหา เกี่ยวกับพฤติกรรม นั้งลิมคิดลิม บสนใจผู้ได้ และวิถีคลายทุกข์ จำนวน 12 ข้อ สำหรับเพลง และ 16 ข้อ สำหรับสารคดี และภาพยนตร์สั้น คำตอบมีข้อเลือก 3 ข้อ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ

2) ด้านรูปแบบ และด้านการใช้ จำนวน 7 ข้อ เกี่ยวข้องกับรูปแบบของเนื้อเรื่อง และการเผยแพร่แบบสอบถามนี้ได้นำไปทดสอบใช้กับบุคคลที่มี

ลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คนที่ชุมชนช่วยของตำบลวารินชำราบ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี เพื่อตรวจสอบความเข้าใจข้อความ และความสะดวกในการตอบ

**2. การประเมินการรับรู้ และเพลงป๊อป สำหรับวัยรุ่น** ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อรูปแบบ และเนื้อหาที่นำเสนอ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่มวัยรุ่นหญิง ชาย จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 2 กลุ่ม วัยรุ่นการศึกษาระดับปริญญาตรี 1 กลุ่ม โดยมีแนวข้อคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ดังนี้

ด้านเนื้อหา:

1. เข้าใจว่าภาวะซึมเศร้าคืออะไร
2. สังเกตอาการซึมเศร้าได้อย่างไร
3. จัดการกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างไร

ด้านรูปแบบ :

ดึงดูดความสนใจหรือไม่

สอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือไม่

เหมาะสมกับสถานการณ์หรือไม่

ด้านการใช้ :

ควรเผยแพร่ผ่านช่องทางใด

มีวิธีการเผยแพร่อย่างไร

บันทึกข้อมูลโดยการเขียน และบันทึกภาคสนาม ร่วมกับการบันทึกเทป

### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าจำนวนค่า 95% ช่วงเชื่อมั่น (95%CI) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

### ผลการศึกษา

**1. ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพโดยสังเขป เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะซึมเศร้า และการดูแลตนเองในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต หรือภาวะซึมเศร้า**

วิถีชีวิตของชาวบ้าน ทั้ง 4 หมู่บ้านที่ศึกษานี้ได้

สะท้อนให้เห็นถึงทุกข์ - สุข ว่าเกี่ยวข้องเชื่อมโยงอยู่ใน 3 ประเด็น คือ ภาวะสุขภาพ การเงิน และการทำบุญ โดยอยู่บนฐานของครอบครัว ภาวะสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับการเงิน เนื่องจากต้องใช้จ่ายเงินเพื่อการรักษา การเจ็บป่วย นอกจากนั้นภาวะสุขภาพยังเชื่อมโยงกับการทำบุญในแง่ของการคลายเครียด และการส่งเสริมสุขภาพซึ่งนำมาสู่การมีความสุขทางจิตวิญญาณ (spiritual) หรือมีทุกข์ทั้งในระดับบุคคล และครอบครัว

คำว่าภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าจะไม่ใช้คำที่ชาวบ้านในทั้ง 4 หมู่บ้านใช้กันอย่างทั่วไป แต่พฤติกรรมที่สะท้อนภาวะซึมเศร้า และอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่ปรากฏผ่านการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ในกลุ่มอายุ 25-59 ปี ในลักษณะของทั้งที่เป็นภาวะปรกติ และความผิดปกติทางด้านจิตใจ พบว่าคำว่า “นั่งซึม คิดซึม บ่นสนใจผู้ใด” น่าจะเป็นคำภาษาถิ่นอีสานที่สะท้อนภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางที่จะนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี และน่าจะเป็นสัญญาณเตือนภัยของโรคซึมเศร้าได้ว่าเมื่อใดที่สังเกตว่าใครมีพฤติกรรมเช่นนี้จะต้องรีบให้การช่วยเหลือทันที

เรื่องโรคซึมเศร่ายังไม่เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางทั่วไป วัยรุ่น และคนสูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่รู้จักโรคนี้ แต่ผู้ร่วมศึกษาทั้งหมดรู้จักภาวะซึมเศร้าโดยนัยทางอารมณ์ที่แสดงออกในลักษณะ “นั่งซึม คิดซึม บ่นสนใจผู้ใด” และเห็นว่าเรื่องซึมเศร้าเป็นเรื่องส่วนตัวที่ตัวเองและครอบครัวเท่านั้นที่จะป้องกัน และช่วยเหลือ กันได้อย่างดี นอกจากนั้นสถานการณ์ในครอบครัวมีความสำคัญมาต่อการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าจนกลายเป็นโรคซึมเศร้า

กิจกรรมใด ๆ ที่ทำให้เกิดความสนุกสนานบันเทิงจากการรวมกลุ่มกันเป็นกลวิธีสำคัญที่ทำให้คนทุกเพศ ทุกวัยใน 4 หมู่บ้านอีสานแห่งนี้สร้างความสุข และคลายทุกข์ได้ นอกจากนั้นกิจกรรมทางศาสนาที่เป็นช่องทางที่ทำให้เกิดการรวมตัวกันทำความดี และสร้างความสนุกสนานให้กับทุกคน

ความแตกต่างเฉพาะกลุ่มวัย และเพศเกี่ยวกับวิธีการสร้างสุข และคลายทุกข์ นั้นพบว่า วัยรุ่นผู้ชายในทั้ง 4 หมู่บ้านที่ศึกษา มีความสนุกสนานจากการเล่นกีฬา กินเหล้า ซิ่งรถจักรยานยนต์ ไปเรื่อยๆ หรืออาจจะกล่าวว่าใช้สิ่งค้าจนเชิงวัตถุ และเพื่อนเป็นหลัก ส่วนวัยรุ่นหญิงที่ร่วมศึกษา ทั้งหมดนั้นใช้ความสนุกสนานจากการร่วมกิจกรรมกับผู้ใหญ่ในงานต่าง ๆ การพูดคุยกับกลุ่มเพื่อน ใกล้ชิด และการอ่านหนังสือ ฟังเพลง ซึ่งเป็นเรื่องนามธรรม กว่าวัยรุ่นชาย

เนื่องจากสุข ทุกข์ ของผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่ผูกพันกันอยู่กับพฤติกรรมลูกหลาน แต่เมื่อควบคุมพฤติกรรมลูกหลานไม่ได้ จึงต้องสร้างสุขให้กับตัวเอง และคลายทุกข์ด้วยวิธีการที่แตกต่างกันตามเพศ ผู้หญิงใช้งานบ้าน และกิจกรรมทางศาสนา ส่วนผู้ชายใช้การทำงาน และทำสิ่งที่ชอบ การปรับความคิด หลักธรรม และการระบายอารมณ์รุนแรง

## 2. ผลการประเมินเทคโนโลยี

### 2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประเมิน

ผู้ประเมินเพลงพื้นบ้านชุดนั่งซึม คิดซึม บ่นสนใจผู้ใด ละครวิทย์ เทปโทรทัศน์ ละครลั่น และสารคดีสั้นมีจำนวนทั้งหมด 331 คน มีจำนวนผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเล็กน้อย อายุเฉลี่ยระหว่าง 41.8 - 63.9 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และอาชีพเป็นเกษตรกร

### 2.2 ผลการประเมินจากแบบสอบถาม

ในการประเมินด้านความเข้าใจเนื้อหาเมื่อพิจารณา 95% ช่วงเชื่อมั่นของอัตราความเข้าใจสื่อสุขภาพจิต จะต้องพิจารณาว่าถ้ามี 80% อยู่ใน 95% ช่วงเชื่อมั่น แสดงว่าอัตราความเข้าใจได้ร้อยละ 80 ตามเกณฑ์ ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีอัตราความเข้าใจสื่อเพลงลำเพลินเต็มกำลังใจ สรรภัญญาหายเศร้า เพลงลำกลอนสู้ซึมเศร้า รายการมัจจุราชที่มองไม่เห็น และภาพยนตร์สั้นปรับใจคลายทุกข์ ได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 80



และเมื่อพิจารณาแยกตามเพศ จะพบว่า เพศชายมีอัตราความเข้าใจสื่อสุขภาพจิตทุกสื่อ ได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 80 แต่เพศหญิงมีอัตราความเข้าใจเกี่ยวกับสื่อสุขภาพจิตต่าง ๆ ได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 80 ยกเว้นสื่อสารคดีสั้นรายการชีวิตกับธรรมชาติ และรายการเปิดป้องเอี่ยมสุขภาพใจ ส่วนสื่อลำภูไทลิมเศร้า สารคดีสั้นรายการชีวิตกับธรรมชาติ และรายการเปิดป้องเอี่ยมสุขภาพใจกลุ่มตัวอย่างมีอัตราความเข้าใจระหว่างร้อยละ 60-70 ดังตารางที่ 1

### 2.3 ผลการประเมินเทคโนโลยี ด้านความคิดเห็นต่อเนื้อหา

กลุ่มตัวอย่างที่ประเมินสื่อทุกประเภทส่วนใหญ่เห็นว่าเนื้อหาเข้าใจง่าย เป็นเรื่องใกล้ตัวใช้ในชีวิตประจำวันได้ และความเหมาะสมดี โดยเฉพาะเพลงพื้นบ้านสรภัญญะหายเศร้า ลากลอนลิมเศร้า ภาพยนตร์สั้นเรื่องปรับใจคลายทุกข์ และรายการป้องเอี่ยมสุขภาพใจ ที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80-100 ฟังแล้วเข้าใจมากที่สุด และทั้ง 4 ประเภทใช้สื่อด้วยภาษาพื้นบ้านอีสาน

### 2.4 ผลการประเมินเทคโนโลยี ด้านการนำไปใช้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ขึ้นไปเสนอว่าควรเผยแพร่สื่อประเภทเสียงทางหอกระจายข่าวมากที่สุด รองลงมาคือทางวิทยุ และเวลาหมู่บ้านมีงาน

### 2.5 ผลการประเมินการ์ตูน และเพลงป๊อป

จากการสนทนากลุ่มพบว่าวัยรุ่นผู้ประเมินมีความเห็นต่อการ์ตูนและเพลงป๊อปไปในทิศทางเดียวกัน ดังนี้

#### 2.5.1 การ์ตูนเรื่องของใจ

เนื้อหาใกล้ตัว สอดคล้องกับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันทุกวันนี้ของวัยรุ่นตอนกลาง คือเด็กมัธยมต้น และมัธยมปลาย แต่ถ้าเป็นเด็กวัยรุ่นตอนปลาย เนื้อหาจะต้องมีความซับซ้อนกว่านี้

ได้ความรู้เกี่ยวกับความซึมเศร้า การสังเกตอาการ และการช่วยตัวเองไม่ให้เศร้านาน หรือ

เศร้ายาวขึ้นจนเป็นอันตราย สามารถเอาไปสังเกตเพื่อนช่วยเพื่อนได้ประเด็นที่ชัดเจนคือเปลี่ยนความคิดใหม่ให้เป็นไปในทางที่ดี ยอมรับความจริง คิดในทางบวก

ลักษณะภาพ สี และบุคลิกภาพของการ์ตูน ดึงดูดความสนใจได้ดี เพราะสีสวยงามน่ารักน่าหิบบมาอ่าน เนื้อหาไม่มากเกินไป แต่ถ้าจะให้ทันสมัยที่สุดควรเปลี่ยนจากภาพลายเส้น เป็นภาพเหมือนคล้ายการ์ตูนญี่ปุ่น

การเผยแพร่ที่ดีที่สุดควรเผยแพร่ในค่ายเยาวชนต่าง ๆ แชนไวบน website ที่วัยรุ่นนิยมและแจกในงานที่เป็นที่รวมตัวของวัยรุ่น ส่วนการเผยแพร่ในห้องสมุดหรือวางไว้ตามสถานที่ต่าง ๆ นั้นก็ใช้ได้แต่วัยรุ่นจะไม่ชอบหยิบหนังสือในสถานที่เหล่านั้นอ่าน

#### 2.5.2 เพลงป๊อป

ฟังแล้วรู้สึกได้รับกำลังใจ สดชื่น มีความหวัง ฟังสบาย ๆ คนที่กำลังทุกข์ใจ เศร้าใจ ฟังแล้วน่าจะได้รับความรู้สึกว่ามีคนคนหนึ่งอยู่เคียงข้าง พร้อมทั้งจะช่วยเสมอ ได้เนื้อหาของอาการซึมเศร้า และการจัดการกับความรู้สึกเศร้าด้วยการคิดในทางที่ดีว่า เรายังมีคนคอยเข้าใจ และให้กำลังใจอยู่เสมอ เหมาะกับวัยรุ่น

เนื้อเพลงสั้นไป นักร้องเสียงดี แต่อารมณ์เพลงไม่ชัดเจน ถ้าขยายเนื้อเพลงและปรับปรุงเสียงร้อง จะดีขึ้นมาก และถ้าผลิตเป็น Music VDO จะน่าสนใจมากขึ้น เหมาะสำหรับคนชอบเพลงแนวแจส พวกชอบฮิปฮอป ฮาร์ตร็อค คงไม่ฟัง

ผู้ประเมินให้ข้อเสนอการเผยแพร่เพลงทั้ง 2 เพลงว่า เหมาะสำหรับการเปิดในเสียงตามสายของโรงเรียน ส่งไปให้ DJ ที่จัดรายการสำหรับวัยรุ่น คลื่นที่วัยรุ่นชอบ เช่น Seed FM, KIIS เป็นต้น เปิดในโรงเรียน และวิทยุชุมชนได้

### วิจารณ์

จากข้อค้นพบในการวิจัยระยะที่ 1 และผลการประเมินระยะที่ 2 และ 3 มีประเด็นวิจารณ์ที่สำคัญ 5 ประเด็นดังนี้

ตารางที่ 1 อัตราความเข้าใจในเทคโนโลยีสุขภาพจิต 8 ประเภท จำแนกตามประเภทสื่อ และเพศ

สื่อสุขภาพจิต	คะแนนผ่านเกณฑ์ 80%		
	หญิง % (95% CI)	ชาย % (95% CI)	รวม % (95% CI)
1. เพลงลำภูไทลี้มเศร้า (n=30)	53.33 (24.74 - 81.93)*	60.00 (31.92 - 88.08)*	56.67 (37.85 - 75.49)
2. เพลงลำเพลินเติมกำลังใจ (n=30)	66.67 (39.64 - 93.68)*	80.00 (57.07 - 100.00)*	73.33 (56.54 - 90.13)*
3. เพลงสรภัญญะหายเศร้า (n=31)	70.00 (48.00 - 92.00)*	81.82 (54.64 - 100.00)*	74.19 (57.88 - 90.51)*
4. เพลงลำกลอนผู้ซึมเศร้า (n=30)	60.00 (31.92 - 88.08)*	80.00 (57.07 - 100.00)*	70.00 (52.60-87.40)*
5. รายการมัจจุราชที่มองไม่เห็น (n=30)	93.33 (79.03 - 100.00)*	66.67 (39.64 - 93.69)*	80.00 (64.81 - 95.19)*
6. ภาพยนตร์สั้นปรับใจคลายทุกข์ (n=80)	73.47 (60.66 - 86.28)*	70.97 (54.04 - 87.89)*	72.5 (62.50-82.50)*
7. สารคดีสั้น รายการชีวิตกับธรรมชาติ (n=40)	35.00 (12.10 - 57.90)	75.00 (54.21 - 95.79)*	55.00 (38.89 - 71.11)
8. รายการเปิดป้องเยี่ยมสุขภาพใจ (n=30)	33.33 (6.31 - 60.36)	53.33 (24.74 - 81.93)*	43.33 (24.51-62.15)

หมายเหตุ \*หมายถึง อัตราการเข้าใจในสื่อสุขภาพจิตมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

## 1. วิธีชีวิต

1.1 วิธีชุมชนในสังคมเมือง วิธีชีวิตของชาวบ้านหมู่บ้านศรีฐาน ที่ถึงแม้ว่าชาวบ้านส่วนใหญ่จะรู้จักกัน และไปมาหาสู่กันเสมอ แต่ความจำเป็นในการดำเนินชีวิตที่ต้องหาเงิน หาเลี้ยงชีพได้ทำให้แต่ละคนอยู่กับตัวเองมากขึ้น ห่างเหินคนอื่น ๆ แม้แต่คนในครอบครัว เช่นเดียวกับชาวบ้านหมู่บ้านเชียงหวางที่แม้ว่าจะไม่ใช่คนเมืองเต็มตัว แต่วิถีชีวิตของชาวบ้านส่วนใหญ่ก็มีแนวโน้มที่จะมีลักษณะเช่นเดียวกับชาวบ้านหมู่บ้านศรีฐาน วิธีชีวิตเช่นนี้ทำให้คนในวัยรุ่นแยกตัวออกจากวัยอื่น ๆ และมุ่งหาความสุข สนุกสนาน และเครียดจากการไม่สามารถมีเงินมาสนองความต้องการของตนเอง

ขณะเดียวกันที่คนวัยผู้ใหญ่ก็เผชิญกับความเครียดในการทำงาน เสี่ยงต่อการสูญเสียทรัพย์สินและบุคคลในครอบครัวจากวิถีชีวิตที่ไม่ปลอดภัย ผู้อยู่ในวัยสูงอายุซึ่งจำนวนไม่น้อยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง บ้างดูแลตัวเองคนเดียว หรือดูแลคู่ชราด้วยกัน บ้างต้องดูแลหลานเล็กเพื่อให้ลูกสามารถไปทำงานนอกบ้านได้เต็มที่

ภาวะเช่นนี้ทำให้ชีวิตคนเมืองต้องการความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาในระดับปัจเจกเป็นอย่างมาก เพราะโอกาสที่จะรวมกลุ่มสนับสนุนกันในชุมชนนั้นดูจะไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต นอกจากนั้น บุคลากรสุขภาพและระบบบริการสุขภาพในชุมชน โดยการประสานงานกับสถาบันการศึกษา ฝ่ายปกครอง และหน่วยงาน

ด้านการพัฒนาสังคม จะมีความจำเป็นต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าแก่คนในชุมชนได้ 1.2 วิถีชุมชนในสังคมชนบทใหม่ หมู่บ้านชนบทอีสานดั้งเดิมเป็นการดำเนินชีวิตที่วิถีชีวิตของชาวบ้านผูกพันอยู่กับการเกษตรกรรม มีเศรษฐกิจแบบแลกเปลี่ยน และชุมชนมีความผูกพันกันฉันท์พี่น้องสูง แต่ในชุมชนชนบทใหม่ เช่น หมู่บ้านห้างว้าว และหนองมะเขื่อนั้น ชาวบ้านมีวิถีชีวิตแตกต่างจากดั้งเดิมมาก เนื่องจากเศรษฐกิจในระบบทุนนิยมที่ใช้เงินตราแทนการแลกเปลี่ยน และมีช่องทางหาเลี้ยงชีพเพิ่มขึ้นจากเกษตรกรรมเพียงอย่างเดียว มาเป็นการขายแรงงาน และขายฝีมือร่วมด้วยทำให้ชาวบ้านทั้ง 2 หมู่บ้านนี้จึงมีวิถีชีวิตเกาะเกี่ยวกับสังคมเมืองในแง่ของการประกอบอาชีพ การศึกษา และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความเปลี่ยนแปลงจากวิถีชีวิตชนบทดั้งเดิมเป็นชนบทใหม่ยังมีผลกระทบต่อระบบเครือญาติไม่มากนัก กล่าวคือชุมชนยังมีความผูกพันฉันท์พี่น้องสูง เส้นแบ่งเขตของเรื่องส่วนตัวกับเรื่องสาธารณะไม่แยกจากกันชัดเจนมากนัก มีความทับซ้อนของความเป็นส่วนตัว และสาธารณะอยู่มาก<sup>(23)</sup>

ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมดังที่กล่าวทำให้ปัจเจกบุคคลไม่โดดเดี่ยวเมื่อมีปัญหาใด ๆ เกิดขึ้น ผู้นำและแกนนำชุมชน มีบทบาทต่อความเป็นส่วนตัวในระดับปัจเจก และครอบครัว ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันโรคซึมเศร้าที่ชาวบ้านรับรู้ว่าเป็นเรื่องของปัจเจก และครอบครัวนั้นก็สามารถดึงเข้าเชื่อมโยงสู่การเป็นประเด็นสาธารณะได้ไม่ยาก และน่าจะสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนได้รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

## 2. สื่ออารมณ์เศร้า

แม้ว่าข้อค้นพบจากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ได้แยกแยะภาษาที่ใช้สื่อความแตกต่างของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าไว้อย่างชัดเจน แต่วลี “นั่งลึ้ม คิดลึ้ม บ่นใจผู้ใด” ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักรับรู้ที่นั่นซึ่งหมายถึงคนที่แทบจะไม่ขยับตัวไปไหน เชื่องช้า ไม่กินไม่นอน (นั่งลึ้ม) เหม่อลอย คิดฟุ้งซ่าน คิดอะไรไม่ออก คิดซ้ำ (คิดลึ้ม) ไม่

กระตือรือร้น เฉื่อยชา ขาดความสนใจผู้คนสิ่งรอบข้าง (บ่นใจผู้ใด) ก็สามารถสะท้อนพฤติกรรมของผู้ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าตามนิยามทางจิตเวชศาสตร์<sup>(24-26)</sup> ดังนั้นการใช้วลี “นั่งลึ้ม คิดลึ้ม บ่นใจผู้ใด” สำหรับให้ชาวอีสานใช้คัดกรอง หรือเฝ้าระวังการเป็นโรคซึมเศร้าได้

## 3. ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

จากข้อค้นพบที่ว่า มีคนวัยผู้ใหญ่จำนวนหนึ่งเท่านั้นที่เคยได้ยินเรื่องโรคซึมเศร้า และแหล่งข้อมูลก็คือสื่อทั่วไปและจากการร่วมเข้าอบรมกับบุคลากรสุขภาพ ซึ่งก็อธิบายได้ว่าความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าที่เผยแพร่ในปัจจุบันนั้น ทั้งหมดเผยแพร่ในเนื้อหาเชิงวิชาการด้วยภาษากลางที่เป็นทางการ ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ รายการวิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต ที่คนวัยผู้ใหญ่จำนวนหนึ่งที่อ่านออกเขียนได้ มีความสนใจพิเศษ และเข้าถึงสื่อดังกล่าวได้เท่านั้นที่จะรับรู้ได้ ส่วนวัยรุ่นส่วนใหญ่สนใจความบันเทิงจะไม่สนใจ และคนสูงอายุที่เข้าถึงสื่อ และสาระที่ไม่คุ้นเคยได้ยาก ก็จะไม่สามารถรับรู้เรื่องโรคซึมเศร้าได้หากไม่มีประสบการณ์ตรง

แม้ว่าเรื่องความเศร้าจะถูกรับรู้ว่าเป็นเรื่อง “ไกลตัว” เพราะไม่ว่าใครก็มีความทุกข์ได้จากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่ทำให้เสียใจ แต่เรื่องโรคซึมเศร้ากลับเป็นเรื่อง “ใกล้ตัว” เนื่องจากถูกรับรู้ว่าเป็นเรื่องส่วนตัวที่คนนอกไม่เกี่ยวข้อง ทำคนะดังกล่าวจึงทำให้คนในครอบครัว และในชุมชนไม่มีการเฝ้าระวัง และยังเป็นปัจจัยแวดล้อมที่ทำให้คนบางกลุ่มมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น เช่น ทำให้ความรุนแรงในครอบครัวถูกละเลย ผู้หญิง และเด็กมีโอกาสดกเป็นเหยื่อของความรุนแรง โดยไม่มีใครกล้าช่วยเหลือ และคนกลุ่มนี้ก็เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าอย่างยิ่ง<sup>(27)</sup>

## 4. พื้นที่ส่วนตัว และพื้นที่สาธารณะของโรคซึมเศร้า

ข้อความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ระบุชัดเจนว่าผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นชาวอีสานกลุ่มหนึ่งรับรู้ภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าอยู่ในพื้นที่ส่วนตัว ซึ่งแต่ละ

คนต้องรับผิดชอบ แก้ไขปัญหาเอาเอง หรือเป็นพื้นที่ส่วนตัว ภายในครอบครัวที่แต่ละครอบครัวต้องช่วยกันเอง แต่ขณะเดียวกันโรคซึมเศร้าได้อยู่ในพื้นที่สาธารณะในแง่ที่เป็นโรคที่ทำให้เกิดความสูญเสีย และมีผลต่อความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว และสังคม<sup>(28-29)</sup>

ในระดับปัจเจกนั้น ความอยู่ดีมีสุขครอบคลุม 4 ประเด็น คือ ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม การมีอารมณ์ความรู้สึกในทางลบน้อยหรือไม่บ่อย และการมีความรู้สึกนึกคิดที่ชีวิตมีความหมาย และสามารถบรรลุสิ่งที่หวังไว้<sup>(30)</sup> ดังนั้นการที่บุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าก็ไม่ทำให้ชีวิตอยู่ดีมีสุขได้ และการอยู่ดีมีสุขนี้ก็สัมพันธ์กับความเป็นสาธารณะ เนื่องจากแนวคิดเรื่องการอยู่ดีมีสุข มีความสัมพันธ์กับการพัฒนา (development) ซึ่งในที่นี้หมายถึงการเติบโต และการขยายตัวเสรีภาพที่จะกระทำ และสามารถที่จะบรรลุได้จริง (functioning) และโอกาสที่จะได้เลือก (capability)<sup>(31)</sup> ซึ่งมีการศึกษาในอีสานพบว่าความมั่งคั่ง (ซึ่งเป็นผลงานจากการพัฒนา) มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขโดยรวม<sup>(32)</sup>

มีผลการศึกษาพบว่าครัวเรือนในอีสานมีการยังชีพที่ตอบสนองต่อระบบการผลิตแบบทุนนิยม กล่าวคือมีการประกอบอาชีพหลากหลาย นอกเหนือจากอาชีพเกษตรกรรม และถึงแม้จะประกอบอาชีพเกษตรกรรมแต่ก็ใช้ปัจเจกการผลิตมากเพื่อที่จะทำให้เกิดผลผลิตที่มากพอที่จะขายได้ มีการย้ายถิ่น ทำให้มีรายได้ และรายได้ก็นำไปสู่การเลื่อนฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมส่งผลถึงการอยู่ดีมีสุขโดยรวมของชุมชน<sup>(33)</sup> ดังนั้น เมื่อครอบครัว และชุมชนมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก็ทำให้ศักยภาพของการผลิตลดลง ซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่สาธารณะ การขยายการรับรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าจากพื้นที่ส่วนตัวไปเป็นพื้นที่สาธารณะ จึงมีความจำเป็นต้องทำให้เกิดขึ้น และจะต้องสื่อให้ตระหนักถึงความอยู่ดีมีสุขของสังคมโดยรวม

**5. จากข้อค้นพบว่าเทคโนโลยี 8 ประเภทที่สร้างขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้** สามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจเนื้อหาของภาวะซึมเศร้า และการป้องกัน

โรคซึมเศร้าได้มากกว่าร้อยละ 80 เป็นส่วนใหญ่ โดยที่กลุ่มตัวอย่างฟัง หรือดูเทคโนโลยีนั้น ๆ เพียงครั้งเดียว เป็นเพราะว่าเทคโนโลยีดังกล่าวสร้างขึ้นจากรากฐานความเข้าใจในภาษาที่กลุ่มเป้าหมายใช้สื่อความเลือกใช้สื่อที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความแตกต่างทางเพศ และวัยของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งวิธีการเช่นนี้ได้มาจากวิธีการศึกษาที่มีความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Ivbijaro และคณะ<sup>(34)</sup> ว่าพื้นฐานทางวัฒนธรรมของบุคคลมีผลต่อการแสดงออก การอธิบายภาวะทางอารมณ์ ความเครียดของบุคคล ดังนั้นนักสุขภาพจิตต้องเข้าใจ และมีความไวเชิงวัฒนธรรมจึงจะสามารถส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันโรคซึมเศร้า และรักษาโรคซึมเศร้าได้ถูกต้อง นอกจากนั้นภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมอย่างยิ่ง การกระทำใด ๆ ในเรื่องนี้จึงต้องมีความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรม<sup>(35)</sup>

มีข้อค้นพบว่าเทคโนโลยีที่สื่อความหมายด้วยภาษาพื้นบ้านอีสาน ทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจเนื้อหาได้มากกว่าเทคโนโลยีที่สื่อด้วยภาษาไทยกลาง และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ชายเข้าใจเนื้อหาของเทคโนโลยีที่สื่อด้วยภาษาไทยกลางมากกว่าผู้หญิง ข้อค้นพบนี้ทำให้เห็นว่าภาษาพื้นบ้านซึ่งเป็นวัฒนธรรมท้องถิ่น มีความสำคัญในกระบวนการสร้างเทคโนโลยี ส่วนการที่ผู้ชายเข้าใจภาษากลางมากกว่าผู้หญิง เนื่องจากผู้ชายมีโอกาสใช้ภาษาไทยกลางในชีวิตประจำวันด้วยการติดต่อกับหน่วยราชการ และอ่านหนังสือมากกว่า ผู้หญิง<sup>(36)</sup>

มีข้อค้นพบว่าเพลงทำนองพื้นเมืองเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุได้ดี ขณะที่วัยรุ่นนิยมอ่านการ์ตูน อธิบายได้ว่า วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุชาวอีสานยังคุ้นเคยกับเพลงทำนองพื้นเมือง นอกจากนั้นเพลงทำนองพื้นเมืองยังทำให้กลุ่มวัยนี้ได้ทวนรำลึกถึงความหลังที่มีความสุข แล้วทำให้รับรู้เนื้อหา เพลงได้ดี นอกจากนั้นยังทำให้มีความสุขขึ้น ทั้งนี้มีการศึกษาของ Zausznikewski และคณะ<sup>(37)</sup> และ Haight และคณะ

(38) ว่าการทวนรำลึกถึงความหลัง (reminiscence) ทำให้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ส่วนวัยรุ่นนั้นมีการศึกษาพบว่าสื่อการ์ตูนเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพมากในการสื่อสารกับกลุ่มวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น<sup>(39-40)</sup>

### สรุป

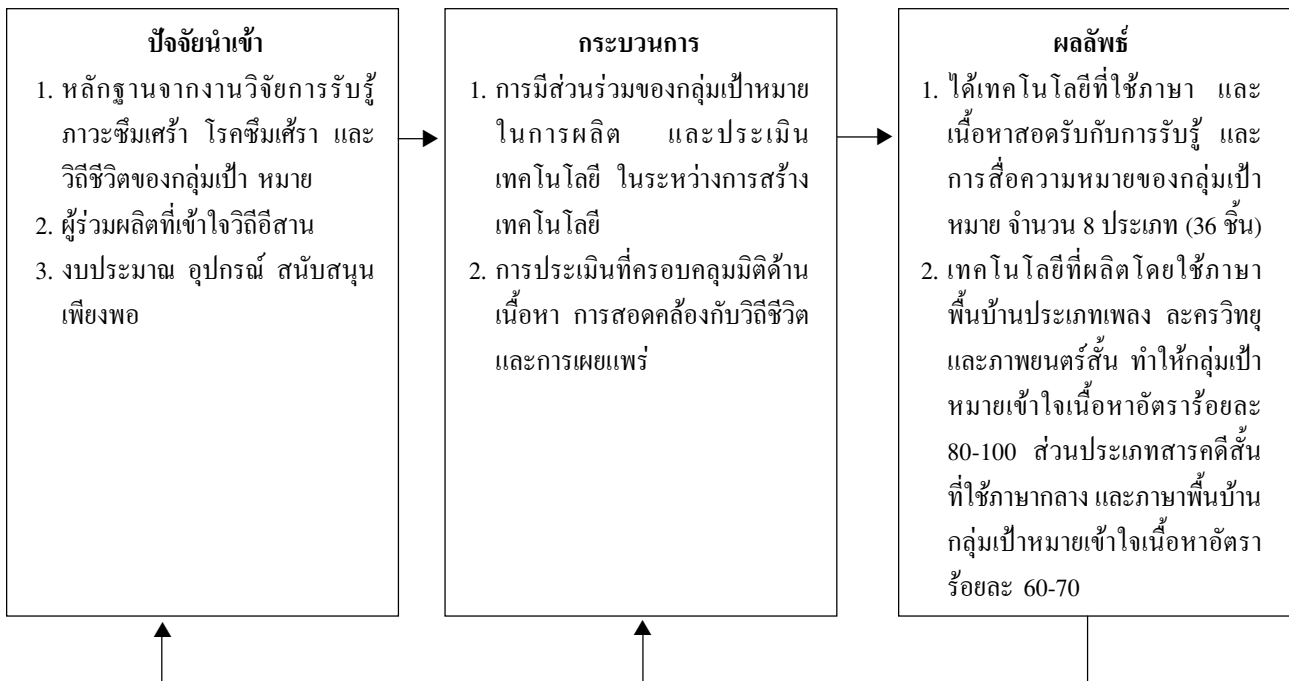
ผู้วิจัยใช้แนวคิดเชิงระบบ และการมีส่วนร่วมของชุมชนดำเนินการสร้างเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า โดยใช้ผลการวิจัยในข้อ 1 ซึ่งได้มาจากวิธีการศึกษาที่เน้นการทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมายคือประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง (ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง) ผ่านมุมมองเชิงสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นวิธีการสร้างเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตในงานวิจัยเรื่องนี้จึงมีความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรม ทั้งนี้ผู้วิจัยใคร่สรุปวิธีการสร้างเป็นภาพตามแนวคิดเชิงระบบ ดังรูปที่ 2

### ข้อเสนอแนะ

เมื่อความเข้าใจต่อวิถีชีวิต สังคมวัฒนธรรมของ

กลุ่มเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้า ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษาเรื่องของภาวะซึมเศร้า ในทุกวัฒนธรรมย่อยของประเทศไทย ซึ่งการจะดำเนินการเช่นนี้ได้ นั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องพัฒนานักวิจัยให้มีความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรม มีความสามารถในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรม

การพัฒนาสื่อหรือเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตป้องกันโรคซึมเศร้า จะต้องมีความเฉพาะเจาะจงทั้งเนื้อหา รูปแบบ วิธีการ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย และเนื่องจากวัฒนธรรมไม่ได้หยุดนิ่งอยู่กับที่ เทคโนโลยีที่พัฒนาในช่วงเวลาหนึ่งอาจจะใช้ไม่ได้ดีอย่างที่เคยในอีกช่วงเวลา ดังนั้น กระบวนการพัฒนาเทคโนโลยีที่ใช้แนวคิดเชิงระบบบนฐานองค์ความรู้เชิงวัฒนธรรมจะทำให้กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันโรคซึมเศร้าในกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงมีความทันสมัย และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ



รูปที่ 2 ระบบการสร้างเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าที่มีความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรม

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของแผนวิจัยบูรณาการเรื่อง พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเชิงระบบในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสภาวิจัยแห่งชาติ โดยมี นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข เป็นหัวหน้าแผนงาน คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต นายแพทย์อภิชัย มงคล และนายแพทย์วัชร เพ็ญจันทร์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ตลอดจนผู้ร่วมวิจัย ศิลปิน นักสื่อสารมวลชน และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## เอกสารอ้างอิง

1. WHO, Introduction. [online] 2007 [cited 2008 Sep 28]; Available from: URL: www.who.int/whr/2001: retrieve on 29/05/45
2. ปรากฏ บุญยวงศ์วิโรจน์, พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธนา กิติรัตน์ไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547; 12(3):177-88.
3. Hwu HG, Yeh EK, Chang L-Y. Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by Chinese Diagnostic Interview Schedule. Acta Psychiatr Scand 1989; 79:139-47.
4. Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1998; 30:587-95.
5. ปรากฏ บุญยวงศ์วิโรจน์, พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธนา กิติรัตน์ไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคทางจิตเวช : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. กรมสุขภาพจิต. บทคัดย่อหน้าเสนอผลงานในการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 17; 19-21 พฤษภาคม 2547; ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
6. Wang JL, Rural - urban differences in the prevalence of major depression and association impairment. Social Psychiatric Epidemiology 2004; 39(1):19-25.

7. ธรณินทร์ กองสุข, ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า. ใน: ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, รณชัย คงสกนธ์, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, จิรัฏฐ ญัฐรังสี, เกษราภรณ์ เด่นบุปผา และคณะ, บรรณาธิการ. องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2549. หน้า 27.
8. Wade TJ, Cairney J, Pevalin DJ. Emergence of gender differences in depression during adolescence: national panel results from three countries. Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry 2002; 41:190-8.
9. Chirawatkul S. Mainstreaming gender perspectives in women's mental health. Thai Journal of Nursing Research 2005; 9(2):135-40.
10. Miers M. Developing and understanding of gender sensitive care: exploring concepts and knowledge. Journal of Advanced Nursing 2002; 40(1):69-77.
11. Streubert S, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
12. Corbetta P. Social research: theory, methods and techniques. London: Sage; 2003.
13. Von BL. General system theory. New York: George Brazitter; 1968.
14. Greenwood DJ, Whyte WF, Harkaray I. Participatory action research as process and as goal. Human Relations 1993; 46(2):175-92.
15. Fosshage JL. An expansion of motivation theory: Lichtenberg's Motivational System Model. Psychoanalytic Inquiry 1995; 15:421-36.
16. Hart E, Bond M. Action research: a guide to practice. Buckingham: Open University Press; 1995.
17. Rogler LH. The meaning of culturally sensitive research in mental health. Am J Psychiatry 1989; 146:296-303.
18. Rice PL, Ezzy D. Qualitative research methods: a health focus. New York: Oxford University Press; 1999.
19. ศิริพร จิรวัดน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท; 2548.
20. Dey I. Qualitative data analysis: a user - friendly guide for social scientists. London: Routledge; 1993.
21. Thurmond VA. The point of triangulation. Journal of Nursing Scholarship, 2001; 33(3):253 -8.
22. Lemeshow S. Adequacy of sample size in health studies. New York: John Wiley & Sons; 1990.
23. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, มธุลดา ชัยมี, ดารุณี จงอุดมการณ์, สมพร วัฒนกุลเกียรติ, นิลุบล รุจิประเสริฐ, กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ. สุขภาพจิตครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2547; 22(1):54-64.
24. มาโนช หล่อตระกูล, รัตนา สายพานิช, วรลักษณ์ ชิตโมกข์. อาการของกลุ่มโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย. วารสารสมาคม

- จิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2537; 39:68-77.
25. สุชาติ พหลภักย์. ความผิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น: ศรีภักษ์ออฟเซ็ท; 2542.
  26. ศิริพร จิรวัดน์กุล. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
  27. Kenneth SK, Khun JW, Presscot CA. Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological Medicine* 2004; 34:1475-82.
  28. Gough I, McGregor JA. Wellbeing in developing countries: from theory to research. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
  29. Clark DA, Gough I. Capability, needs and wellbeing: relating the universal and the local. In: Manderson L, editors. *Rethinking Wellbeing*. Perth: API network; 2005. p. 17-29.
  30. บัวพันธ์ พรหมพักพิง. ความอยู่ดีมีสุข: แนวคิด และประเด็นในการศึกษาวิจัย. *วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์* 2549; 23(2):1-31.
  31. Senn A. *Development as freedom*. New York: Knopf Press; 1999.
  32. บัวพันธ์ พรหมพักพิง, อโศก พลบำรุง, ชูวศล ทองโคตร, ปาริชาติ พิรุณ, เกษราภรณ์ คลังแสง, บัณฑิต อ้วนละมัย และคณะ. ทรัพยากรความจำเป็น และความผาสุกโดยรวมของครัวเรือนอีสาน. *วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์* 2549; 23(2):112-45.
  33. ดุษฎี อายุวัฒน์, ปาริชาติ พิรุณ, เกษราภรณ์ คลังแสง, พรเพ็ญ ปานคำ, บัณฑิต อ้วนละมัย. การย้ายถิ่น: วิถียังชีพเพื่อความอยู่ดีมีสุขของครัวเรือนอีสาน. *วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์* 2549; 23(2):80-111.
  34. Ivbijaro G, Kolkiewicz L, Palazidou E, Parmentier H. Culturally sensitive guideline, WONCA SIG in Psychiatry and Neurology [online] 2004 [cited 2008 Jul 7]; Available from: URL: [http://www.globalfamilydoctor.com/aboutWonca/sig/FinalguidelinedepressionSIG\\_Version.0.pdf](http://www.globalfamilydoctor.com/aboutWonca/sig/FinalguidelinedepressionSIG_Version.0.pdf)
  35. Gotlib IH, Kasch KL, Dubas JS, Peterson AC. *Depression Adults, Children and Adolescents* [online] [cited 2008 Jun 12]; Available from: URL: <http://www.family.jrank.org/pages/368/Depression.html>
  36. สำนักงานกิจการสตรี และสถาบันครอบครัว. *แผนพัฒนาสตรีในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2555)* กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2550.
  37. Zauszniewski JA, Eggenchwiler K, Pruchawong S, Chung CW, Airey TF, Wike PA, et al. Focused reflection reminiscence group for elders: implementation and evaluation. *Journal of Applied Gerontology* 2004; 23(4):429-42.
  38. Haight BK, Michel Y, Hendrix S. Life review: preventing despair in newly relocated nursing home residents short and long - term effects. *International Journal of Aging and Human Development* 1998; 47(2): 119-42.
  39. Gillies PA, Stork A, Bretman M. Streetwise UK: a controlled trial of an AIDS education comic. *Health Education Reseach* 1990; 5(1):27-30.
  40. Rose AM. Mental health attitudes of youth as influenced by a comic strip. *Journalism Quarterly* 1998; 35:333-42.

**Abstract**    **Development of Cultural Sensitive Technologies for Mental Health Promotion and Prevention of Depression: An Action Research in Two Provinces of Northeast, Thailand**  
**Siriporn Chirawatkul\***, **Somporn Rungreongkulkij\***, **Jaroonsri Meenongwha\***, **Jintana Polasak†**,  
**Pitsamai Ratanadej†**, **Teerapa Thaneer‡**, **Supraanee Polachai§**, **Watchanee Hutapanom¶**, **Supaporn**  
**Junsarm§**, **Suwadee Sriwisate¶**, **Prasopsook Srisangpang\***, **Uthaitip Junpen\***

\*Faculty of Nursing, Khon Kaen University, †Yasothon Provincial Health Office, ‡Phrasri Maha Bho Hospital, §Yasothon Hospital, ¶Khon Kaen Ratchanakharin Mental Hospital  
*Journal of Health Science* 2008; 17:SVIII1854-69.

This study was aimed at developing culturally sensitive technologies in order to promote mental health and prevent depressive disorders in Isan society. An action research was employed with 698 participants in Khon Kaen and Yasothon Provinces of Northeast Thailand during 2006-2008. A qualitative study was conducted in phase 1 with 352 participants in order to explore meanings and perceptions of depression. Findings from phase 1 were used to develop culturally sensitive technologies in phase 2 by 42 participants, including traditional musicians, local mass media persons and researchers. Five technologies including 6 songs, 12 short stories, 12 documentaries, 1 comic, 4 radio spots and 1 short movie were developed. All developed technologies were tested with 331 participants in phase 3. Qualitative data were collected using focus group discussions and interviews, and were analyzed using content analysis. Questionnaires were used to collect quantitative data which were analyzed using descriptive statistics and 95%CI. It was found that Isan phrase “Nang leom - Kid leom - Bor son jai poo dai” could convey depression. The 95%CI indicated that the accepted rate was 80% achieved. Adolescents welcomed the comic book and pop songs. It is suggested that culturally sensitive programs for universal and selected prevention for depression should be further developed in various sub-cultures, which may result in more effective, easily integrated programs and a more thorough understanding of depression in Thai culture.

**Key words:**    **culture sensitive, mental health promotion, depression, Thailand**