

ช่องทางสื่อสารสุขภาพจิต และข้อความส่งเสริมสุขภาพจิต
กับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของกลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร
**Mental health communication channels and mental health
promotion messages for depression knowledge of working-age
group in Bangkok**

มลินี สมภพเจริญ
วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย
กวีตา พวงมาลัย

Abstract

The objective of this study is to obtain the data regarding the depression knowledge in working-age group at the age ranging from 18 to 59 in Bangkok, mental health communication channels to be accessed in search of the information on mental health under stressful circumstances, and mental health promotion messages which affect the depression knowledge. The data were collected from 637 samples by the questionnaires. The results of the study revealed that the samples achieved a high level of the depression knowledge. When testing for differences between means from each group by means of the one-way ANOVA, it was found that the samples who earned the vocational school degree program would have a lower depression knowledge than those who graduated from lower than primary education level, primary education level, secondary education level and also the bachelor's degree program or higher bachelor's degree program with a 0.05 level of statistical significance. When analyzing the differences between means from each group by using the independent t-test, the findings revealed that the

มลินี สมภพเจริญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,
วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย อาจารย์ ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ นางสาวกวีตา พวงมาลัย
นักวิชาการปฏิบัติการ กองสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

samples who were not drug abusers had a higher level of the depression awareness than those who were addicted to drugs with a 0.001 level of statistical significance.

Based on the correlation analysis to explore the relationships between mental health promotion messages and depression knowledge, it was found that mental health promotion messages were related to depression knowledge with a 0.001 level of statistical significance.

With regard to the mental health communication channels to be accessed in search of the information on mental health under stressful circumstances, some common channels to be accessed by the samples for self-healing purpose were to go to see movie or listen to music, to think positively, and to talk to close friends. The results of the study were in accordance with the WHO's campaign "Depression : Let's talk". Therefore, the Department of Mental Health should increasingly publicize mental health promotion messages in order to educate people how to observe oneself and other surrounding people, as well as disseminate information on how to relieve stress for self-healing purpose, i.e., to go to see movie or listen to music, to think positively, and to discuss own problems with close friends.

Keywords: Depression, Mental health communication, Mental health of working-age group

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบระดับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานอายุระหว่าง 18-59 ปี ในกรุงเทพมหานคร ช่องทางสื่อสารที่ใช้ค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตเมื่อตกอยู่ในภาวะเครียด และข้อความสาระสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อระดับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สํารวจด้วยแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 637 คน ผลการวิจัยพบว่า วัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก และเมื่อนํามาทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) พบว่า วัยทำงานในกรุงเทพมหานครที่มีการศึกษาในระดับอนุปริญญาตรีมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาและกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มวิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test พบว่า วัยทำงานในกรุงเทพมหานครที่ไม่ได้ใช้สารเสพติดในชีวิตประจำวันมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มากกว่าผู้ที่ใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างข้อความสาระสำคัญเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่เผยแพร่กับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า พบว่าข้อความสาระสำคัญเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ผลการศึกษาด้านช่องทางการเปิดรับข่าวสารเมื่อมีอยู่ในภาวะเครียด ไม่สบายใจเพื่อหาข้อมูลสุขภาพจิตที่กลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครนิยมใช้ในการบำบัดรักษาด้วยตนเองเบื้องต้น ได้แก่ การไปเที่ยวดูหนัง ฟังเพลง, การฝึกคิดบวก และการพูดคุยกับเพื่อนสนิท ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวทางการณรงค์ขององค์การอนามัยโลก เรื่อง Depression : Let's talk หรือซึมเศร้าเราคุยกันได้

ดังนั้น กรมสุขภาพจิตควรเผยแพร่ข้อความสาระสำคัญ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตให้มากยิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์ในการสังเกตตนเองและคนรอบข้าง รวมทั้งเผยแพร่วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่สามารถนำไปดูแลตนเองเบื้องต้นได้ ได้แก่ การผ่อนคลายด้วยการไปเที่ยวดูหนัง ฟังเพลง การฝึกคิดบวกและการพูดระบายความทุกข์ใจกับเพื่อนสนิท

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า, การสื่อสารสุขภาพจิต, สุขภาพจิตวัยทำงาน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันคนไทยป่วยเป็นโรคจิตเวช คนซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย มีเพิ่มขึ้นทุกวันโดยเฉพาะในวัยทำงาน สถิติโรคของคนวัยทำงานทั่วโลกที่พบบ่อย คือ โรคซึมเศร้า ประมาณ 300 ล้านคน และ ภาวะเครียด โรควิตกกังวล ประมาณ 260 ล้านคน (คมชัดลึก, 10 ตุลาคม 2560) เพราะชีวิตส่วนใหญ่ของคนเราจะอยู่ในช่วงเวลาการทำงาน ซึ่งสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ หากมีประสบการณ์การทำงานที่ไม่ดี จะส่งผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และเกิดปัญหาสุขภาพตามมา ตลอดจนอาจเป็นจุดเริ่มต้นใช้ยาเสพติด สุรา และขาดงาน

ในประเทศไทย ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มคนวัยทำงานที่อยู่ในช่วงอายุ 20-59 ปี คือ ปัญหาการฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่าเป็นกลุ่มวัยที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดอยู่ที่ 8.04 คนต่อประชากรแสนคน โดยเฉพาะอายุระหว่าง 35-39 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด 9.55 คนต่อประชากรแสนคน และจากสถิติการขอรับบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตของวัยทำงาน ผ่านสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (2560) พบว่า ปัญหาทางจิตเวช เป็นปัญหาสำคัญลำดับแรกที่วัยทำงานโทรเข้ามาปรึกษามากที่สุด จำนวน 20,102 คน รองลงมา คือ ปัญหาความเครียดหรือวิตกกังวล จำนวน 17,347 คน เช่น ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกาย โรคเรื้อรัง มีหนี้สิน เป็นต้น ปัญหาความรัก จำนวน 4,776 คน ปัญหาครอบครัว 2,513 คน

และซึมเศร้า 2,085 คน ตามลำดับ (คมชัดลึก, 5 ธันวาคม 2560) นอกจากนี้ ยังมีปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน เจ้านาย ลูกน้อง ค่าตอบแทนน้อย ต้องการเปลี่ยนงาน ฯลฯ (กรุงเทพธุรกิจ, 5 ธันวาคม 2560)

กรมสุขภาพจิตซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้กำหนดแนวทางในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนไว้ในแผนยุทธศาสตร์ที่ 3 คือ การสร้างให้ประชาชนมีความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต ผ่านการสื่อสารสุขภาพจิต มีแนวทางให้บุคคลในวัยทำงานเหล่านี้มีความสามารถในการหาความรู้ เข้าใจในอาการผิดปกติทางจิต โดยเฉพาะในปี 2560 องค์การอนามัยโลกเน้นให้ความสำคัญกับโรคซึมเศร้า และจัดให้เป็นปีแห่งการรณรงค์โรคซึมเศร้า ภายใต้หัวข้อ ซึมเศร้าเรารู้กันได้อย่างไร Depression Let's talk ซึ่งการล่วงรู้อาการผิดปกติทางจิต หรือแม้กระทั่งอาการของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าทำให้เกิดความเข้าใจ และเกิดแนวทางให้ความช่วยเหลือได้ทันที่และส่งผลกระทบต่อลดจำนวนการฆ่าตัวตายในวัยทำงาน และทำให้บุคคลในวัยทำงานเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นำไปสู่การเกิดแรงงานที่เป็นประโยชน์แก่ครัวเรือนและประเทศชาติ

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานวิจัยด้านสุขภาพจิตมาใช้ในการจัดทำช่องทางสื่อสารที่จะช่วยสร้างเสริมศักยภาพในการสอดส่อง เข้าใจอาการของสุขภาพทั้งสุขภาพทางกายและทางจิตแบบเบื้องต้นยังมีจำกัดและจากการสำรวจสื่อที่เผยแพร่ของกรมสุขภาพจิต โดยเลือกศึกษาจากสื่อสังคมและเว็บไซต์ก็พบว่า สื่อส่วนใหญ่เป็นสื่อแบบอินโฟกราฟฟิก (Infographic) ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติทางจิตต่างๆ เช่น โรคซึมเศร้า การไม่รู้จักกัน การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว การไม่ใส่ใจพฤติกรรมฆ่าตัวตายประชดรัก ภาวะซึมเศร้า หลังคลอด เป็นต้น โดยเป็นการเรียบเรียงข้อมูลการสังเกตอาการผิดปกติด้วยข้อความและรูปภาพแบบง่าย ๆ เผยแพร่ทางเฟสบุ๊กและหากต้องการรายละเอียดข้อมูลสามารถเข้าไปดูได้ทางเว็บไซต์ แต่เมื่อสำรวจจำนวนคน

มากดีขึ้นชอบและการแชร์ข้อมูลพบว่ามีน้อยมาก (เฟซบุ๊ก กองสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าพบว่าต้องการให้มีการศึกษาในกลุ่มวัยทำงาน และสร้างแนวทางในการป้องกันโรค สอดส่อง และเปิดใจในการยอมรับการเข้ารับบริการให้คำปรึกษา หรือการรักษาอาการผิดปกติทางจิต ทั้งนี้ เพื่อเป็นการป้องกัน พื้นฟูส่งเสริมสุขภาพจิต และช่วยลดภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก 1 ใน 10 อันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรโลกและมีการคาดการณ์ว่าปี ค.ศ. 2020 ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจากภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก โดยคิดเป็นร้อยละ 10-25 ในผู้หญิงและร้อยละ 5-12 ในผู้ชายที่เป็นโรคนี (Murray & Lopez, 1996) งานวิจัยนี้จึงศึกษาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ตลอดจนข้อมูลทั่วไป ช่องทางการสื่อสารที่วัยทำงานใช้สืบค้นข้อมูลเมื่อมีอาการผิดปกติทางจิต และข้อความสาระสำคัญ (Key message) เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีการเผยแพร่ในสังคมที่ส่งผลต่อความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของกลุ่มวัยทำงาน ทั้งนี้เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าให้ตรงกับช่องทางการสื่อสารที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย จนกระทั่งสามารถนำความรู้ไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ได้รับจากช่องทางสื่อสาร นำไปใช้สังเกตอาการของตนเองและคนรอบข้าง เพื่อลดการสูญเสียจากการฆ่าตัวตายอันมีสาเหตุจากโรคซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาถึงสถานการณ์ปัจจุบันความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของกลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของข้อความสาระสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีต่อความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของกลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร

3. เพื่อศึกษาช่องทางการสื่อสารที่กลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครใช้บริการเมื่อมีอาการผิดปกติทางจิต

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยทำงานอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2560

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจแสดงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้าไม่มีความสุข เบื่อหน่าย เชื่องซึม หลงๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวลมองโลกในแง่ลบ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนทั้งคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าธรรมดาจนถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรงหากไม่ได้รับการรักษาจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของใจ ภาวะซึมเศร้าจะเกิดร่วมกับความรู้สึกลดความเคารพตนเอง รวมทั้งมีภาวะสิ้นยินดีคือไม่มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ปกติชอบทำ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต และ เนื่องจากผู้ที่ภาวะซึมเศร้าหรือป่วยเป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะไม่รู้ตัวว่ามีภาวะหรือโรคดังกล่าว ซึ่งจะต้องอาศัยการสังเกตจากคนใกล้ชิด (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559, หน้า 105-118) การอยู่ในภาวะซึมเศร้าโดยที่ไม่รู้ตัวนี้อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ในที่สุดองค์การอนามัยโลกจึงกำหนดว่าเมื่อเป็นโรคซึมเศร้าควรได้รับการรักษา (WHO, 2012)

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าคือปัจจัยด้านชีววิทยา เช่น พันธุกรรมความผิดปกติของสารสื่อประสาท ความผิดปกติของฮอร์โมน เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้านักพบในผู้ที่มีสถานะการสมรสหย่าร้าง แยกทาง อยู่คนเดียว และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (Stahl, 2000) ตัวแปรอื่น ๆ ที่มีการศึกษา

ว่าสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น คุณภาพการนอน การนอนอย่างไม่มีคุณภาพมีได้หลายลักษณะ เช่น เริ่มนอนก็นอนไม่หลับ ตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก ตื่นเร็วกว่าปกติ ตื่นด้วยความไม่สดชื่น ไม่เต็มอิ่ม งานวิจัยพบว่า การนอนไม่หลับจะส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์ ผู้ที่นอนไม่หลับมีโอกาสมากถึง 38 เท่าที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัญหานี้ (Ford & Kamerow, 1989)

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความรู้โรคซึมเศร้าในงานวิจัยของ Melas และคณะ (2013) พบว่า เพศหญิงมีความรอบรู้ในอาการของโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาถึงการเปรียบเทียบความสำคัญระหว่างโรคที่ปรากฏทางร่างกาย และทางจิต ในงานวิจัยของ Attygalle และคณะ (2017) ที่ทำการศึกษาในประเทศศรีลังกา เพื่อศึกษาว่าคนศรีลังกาเห็นความสำคัญระหว่างโรคทางกาย เช่น โรคเบาหวาน และโรคจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคกลัวสังคม ผลปรากฏว่าคนศรีลังกา เห็นว่าโรคที่ต้องรักษาเร่งด่วนด้วยการพาไปพบแพทย์ คือ โรคเบาหวาน ส่วนโรคที่จะทำการช่วยเหลือได้ด้วยแค่การพูดคุย ได้แก่ โรคซึมเศร้า และหากเป็นโรคจิตเวชแก้ไขได้โดยวิธีการสวนมนต์ได้ต้นโพธิ์ เป็นต้น

สำหรับประเทศไทยพบว่าประชาชนยังไม่คุ้นเคยชื่อโรคทางจิตเวชมาก งานวิจัยนี้จึงไม่ได้นำเครื่องมือที่วัดโรคซึมเศร้าในทางจิตเวชโดยเฉพาะมาใช้ แต่สร้างเครื่องมือจากข้อมูลความรู้โรคซึมเศร้าที่มีการเผยแพร่โดยกรมสุขภาพจิตในปีที่ผ่านมา ซึ่งพัฒนาข้อคำถามจากเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านการเผยแพร่ข่าวสารของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลอย่างเป็นทางการในการเผยแพร่ข้อความส่งเสริมสุขภาพจิต

แนวคิดเรื่องการสร้างกรอบความคิดด้วยข่าวสาร (Message Framing)

แนวคิดเรื่องการสร้างกรอบความคิดด้วยข่าวสาร (Message Framing) หมายถึง การสร้างประเด็นให้

ตระหนักในการรับรู้ของบุคคล จะแบ่งออกเป็นการสร้างกรอบความคิดด้วยการเผยแพร่ข่าวสารผ่านสื่อ ทั้งสื่อมวลชนหรือสื่อสาธารณะ หรือหากเป็นในองค์กรก็เป็นสื่อในองค์กร (media frame) และหรือผ่านการสร้างกรอบแนวคิดใส่ข่าวสารด้วยผู้รับสารด้วยกัน (audience frame) (Scheufele, 1999)

การสร้างกรอบความคิดด้วยข่าวสารเป็นขั้นตอนแรกของการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสการรับรู้อุปสรรค ที่เป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ หรือ Health Belief Models โดย Hochbaum, Rosenstock, และ Kegels ในราวทศวรรษที่ 1950 นำไปสู่แนวคิดเรื่องบทบาทของสื่อในการส่งเสริมให้เกิดการจัดกระทำหรือ Intervention โปรแกรมต่างๆ ผ่านสื่อไม่ว่าจะผ่านสื่อดั้งเดิม สื่อใหม่ เพื่อให้คนเห็นว่า เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และส่งข่าวสารเพื่อสร้างความเข้าใจในปัญหาสุขภาพนั้นๆ ตลอดจนการทำความเข้าใจในวิธีการแก้ไขป้องกัน การใช้ข่าวสารเพื่อสร้างกรอบความคิด เป็นแนวคิดสำคัญที่อธิบายการก่อตัวของสาธารณมติหรือ Public opinion และในการสื่อสารสุขภาพจิต (Jones et al, 2015) โดยหน่วยงานกรมสุขภาพจิต มีการนำเสนอข้อความสาระสำคัญ หรือ Key message ในการสร้างเสริมความรู้ หน้าที่ของข้อความสาระสำคัญคือ ต้องง่ายแก่การทำความเข้าใจประเด็นทางสุขภาพและจดจำได้เพื่อสะดวกแก่การนำมาแก้ไขปัญหาสุขภาพ เช่น ความรู้อาการภาวะซึมเศร้าที่ควรเฝ้าระวัง หรือช่วยลดการสร้างตราบาปแก่ผู้ที่ไปพบจิตแพทย์โดยทั้งที่เป็นและไม่เป็นผู้ป่วยทางจิตก็ตาม ผ่านข้อความฯ เช่น “โรคซึมเศร้ารักษาได้ “ฮิด ฮิด ฮู้” หรือ “โรคจิตเวช รักษาเร็ว หายได้” เป็นต้น โดยมุ่งหวัง คือสร้างความรู้ ความเข้าใจในอาการ เพื่อค้นหาโรค และสามารถทำการป้องกันหรือบำบัดรักษาอย่างถูกวิธี

การศึกษาการสร้างกรอบความคิดด้วยข่าวสาร (Frame building) เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารด้านการสื่อสารพบว่า มีงานวิจัยของ Zhang และคณะในปี

2015 ศึกษาเรื่องการสร้างกรอบความคิดในประเด็นโรคซึมเศร้า ด้วยนำเสนอประเด็นโรคซึมเศร้าว่าเป็นภัยคุกคามทางสาธารณสุขภายใต้อิทธิพลของวัฒนธรรมและองค์การ รวมทั้งการนำเสนอข่าวประเด็นนี้ของสื่อด้านการข่าวในประเทศจีน โดยศึกษาเนื้อหาข่าวเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทางหนังสือพิมพ์ตั้งแต่ปี 2000-2012 สาเหตุที่จีนต้องทำการรณรงค์หาปัญหาของโรคซึมเศร้าเนื่องจากประเทศจีนได้ประมาณการตัวเลขว่ามีประชากรจีนที่เป็นโรคซึมเศร้าถึง 26 ล้านคน และประมาณร้อยละ 32-51 ของประชากรกลุ่มนี้มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย และด้วยปัญหานี้องค์กรอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นภาระโรคที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศจีน ซึ่งลักษณะปัญหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในประเทศจีนคล้ายคลึงกับประเทศไทย คือทั้งตัวผู้ป่วยและคนใกล้ชิดหรือญาติผู้ดูแล หรือแม้กระทั่งแพทย์พยาบาลทั่วไปไม่ทราบลักษณะของอาการและแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาโรคดังกล่าวอย่างถูกวิธี จึงได้มีความพยายามที่จะเผยแพร่ความรู้ผ่านการสื่อสารมวลชน ทั้งโทรทัศน์ วิทยุ สื่อสมัยใหม่ ให้ประชาชนในประเทศมีสิ่งที่เรียกว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตหรือ Mental health literacy ที่ประกอบไปด้วยการมีความรู้และทัศนคติต่อ

โรคทางจิตใน 5-6 มิติ ได้แก่ รู้อาการ รู้ปัจจัยเสี่ยง รู้วิธีการบำบัดที่ถูกต้อง รู้จะไปหาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตได้จากที่ไหน รู้จักแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ด้านสุขภาพจิตเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบำบัดตนเองและผู้อื่น เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่า หนังสือพิมพ์ควรรายงานข่าวที่เน้นประเด็นโรคซึมเศร้าเป็นประเด็นที่สังคมต้องร่วมมือช่วยเหลือมากกว่าเป็นเรื่องส่วนตัวเฉพาะบุคคลนั้น ๆ

นอกจากนี้ การศึกษาของ Wang ในปี 2017 ที่ศึกษาเนื้อหาข่าวที่รายงานโรคซึมเศร้า พบว่าการรายงานข่าวโรคซึมเศร้าทำให้เกิดการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบเหมารวมหรือ Stereotype ใน 4 ลักษณะได้แก่ คนที่เป็นโรคซึมเศร้า มักเป็นคนที่ชอบความรุนแรง ฆ่าตัวตาย ไร้ความสามารถและอ่อนแอ ซึ่งรายงานข่าวลักษณะนี้ทำให้คนที่รู้ว่าตัวเองมีอาการของโรคซึมเศร้า ยิ่งตีตราตนเองตามภาพลักษณ์ (Self stigma) ดังกล่าว เป็นเหตุให้ไม่ไปพบจิตแพทย์หรือเข้าทำการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหายขาด เพราะคิดว่าคนที่ไปพบจิตแพทย์ คือ คนบ้า ส่วนเนื้อหาที่จะให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ในสื่อด้านการข่าวพบว่ามีน้อยมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมได้กรอบแนวคิดดังแผนภาพต่อไปนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

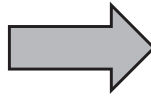
ข้อมูลทั่วไป : เพศ การศึกษา
อาชีพ อายุ รายได้ต่อเดือน
สถานภาพการสมรส

การใช้สิ่งเสพติด
คุณภาพการนอนหลับ

ช่องทางการสื่อสาร

- ช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคล
- ช่องทางการสื่อสารผ่านสื่อดั้งเดิม
- ช่องทางการสื่อสารผ่านสื่อสมัยใหม่

ข้อความเผยแพร่เพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า



ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

วิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ แบ่งข้อคำถามออกเป็น 5 ส่วน โดยส่วนที่ 1 ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย เพศ การศึกษา อาชีพ อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพการสมรส ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ การใช้สิ่งเสพติด และคุณภาพการนอนหลับ ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการเปิดรับช่องทางการสื่อสารเมื่อมีอาการผิดปกติทางจิต แบ่งออกเป็น สื่อดั้งเดิม (ได้แก่ อ่านเอกสารคู่มือต่าง ๆ ของกรมสุขภาพจิต) สื่อใหม่ (หาข้อมูลความรู้ในเว็บไซต์กรมสุขภาพจิต, หาข้อมูลความรู้ในเว็บไซต์หน่วยงานกรมสุขภาพจิต, หาข้อมูลความรู้ใน

ทวิตเตอร์ กรมสุขภาพจิต) สื่อระหว่างบุคคล (เช่น การโทรสายด่วนสุขภาพจิต 1323 พูดคุยกับเพื่อน แฟน ญาติ เพื่อนบ้าน เป็นต้น) จำนวน 18 ข้อ กำหนดตัวเลือกเป็น 3 ระดับได้แก่ ไม่ไปใช้แน่นอน, อาจจะไปหรือใช้, ใช้แน่นอน ส่วนที่ 4 ได้แก่ข้อความเผยแพร่ทั้งด้านสุขภาพจิต และโรคซึมเศร้าจำนวน 3 ข้อความ ได้แก่ โรคจิตเวช รักษาเร็ว หายได้, โรคซึมเศร้ายุติได้, อีดี ฮีดี สู้กำหนดตัวเลือก 5 ระดับ ดังนี้ไม่เคยได้ยินข้อความนี้เลย, นาน ๆ ได้ยินที, ได้ยินบ้างไม่ได้ยินบ้าง, ได้ยินค่อนข้างบ่อย, และได้ยินเป็นประจำ แทนค่าตั้งแต่ 1-5 ตามลำดับ ส่วนที่ 5 ได้แก่ ข้อความวัดความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ซึ่งออกแบบข้อคำถามไว้ 4 ข้อ แบ่งเป็น อาการของโรคซึมเศร้า

จำนวน 2 ข้อ และการรักษาโรคซึมเศร้าจำนวน 2 ข้อ

ข้อความที่สอบถามอาการของคนเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 2 ข้อความ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 “อาการของคนเป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน นาน 2 สัปดาห์”, ข้อคำถามที่ 2 “คนที่ม่อาการเศร้าเป็นเวลานานเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า”, ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการรักษาโรคซึมเศร้าจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 “การพูดคุยกับญาติใกล้ชิดช่วยลดอาการซึมเศร้าได้”, และ ข้อคำถามที่ 2 “หากท่านพบคนไข้ที่ซึมเศร้ามาก ท่านจะแนะนำให้ไปพบจิตแพทย์” กำหนดตัวเลือก 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 2 คน และอาจารย์ผู้สอนคณะจิตวิทยา 1 คน

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพการสมรส การใช้สิ่งเสพติดและคุณภาพการนอนหลับ และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจำแนกตามตัวแปรต้น (n=637)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	t/f	p
เพศ			1.920	0.55
ชาย (n = 156)	2.90	1.27		
หญิง (n = 481)	3.12	1.17		
การศึกษา			5.685	0.004*** คู่ที่ต่าง 2 < 1, 3
1. ต่ำกว่าประถมศึกษา, ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา (n = 224)	3.00	1.30		
2. อนุปริญญาตรี (n = 57)	2.63	1.33		
3. ปริญญาตรีขึ้นไป (n = 356)	3.18	1.10		
อาชีพ			1.479	0.194
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/พ่อบ้านแม่บ้าน (n = 32)	2.91	1.53		
นักเรียน นักศึกษา (n = 160)	3.21	1.06		
รับจ้างทั่วไป เกษตรกร ประมง ทำสวนฯ (n=96)	2.91	1.37		

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากหน่วยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่รับรอง COA.No.MUPH 2017-119

การสุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Multistage sampling สุ่มตัวอย่างแบบจับสลากได้ตัวแทนจาก 2 เขต ได้แก่ เขตดินแดง และเขตราชเทวี จากนั้นจับสลากเพื่อเลือกชุมชนในแต่ละเขต ชุมชนละ 4 แห่ง และสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ ชุมชนละ 80 คน จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 640 ราย และใช้เกณฑ์คัดเข้า โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยทำงานเฉพาะที่อาศัยในกรุงเทพมหานครตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป สัมภาษณ์ตอบคำถาม อ่านออกเขียนได้ เมื่อจบการสำรวจได้กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี รวมทั้งสิ้น 637 คน

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพการสมรส การใช้สิ่งเสพติดและคุณภาพการนอนหลับ และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ตามตัวแปรต้น (n=637)(ต่อ)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	t/f	p
รับราชการ (n = 151)	3.09	1.14		
พนักงานเอกชน ธุรกิจค้าขาย (n = 83)	2.87	1.32		
นักวิชาชีพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สภากาชาดไทย นักวิชาชีพสาธารณสุข (n = 115)	3.16	1.11		
อายุ (ปี)($\bar{X} = 30.10$, min = 18, max = 59)			0.743	0.527
ต่ำกว่า 25 ปี (n = 322)	3.13	1.16		
26-35ปี (n = 128)	3.00	1.23		
36-45 ปี (n = 92)	2.95	1.20		
46 ปีขึ้นไป (n = 94)	3.06	1.29		
รายได้ต่อเดือน (บาท) ($\bar{X} = 13,544.74$, min = 600, max = 100,000)			1.020	0.383
ต่ำกว่า 5,000 บาท (n = 179)	3.05	1.24		
5,001-10,000 บาท (n = 145)	3.15	1.22		
10,001-20,000 บาท (n = 195)	3.11	1.15		
20,001 บาท ขึ้นไป (n = 118)	2.91	1.20		
สถานภาพการสมรส			0.667	0.508
โสด (n = 441)	3.10	1.13		
สมรส (n = 161)	2.97	1.38		
หม้าย/หย่าร้าง (n = 35)	3.09	1.22		
การใช้สิ่งเสพติด			3.857	0.000***
ใช้ (ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ กระทบ เหล้าขาวฯ) (n = 216)	2.81	1.26		
ไม่ได้ใช้เลย (n = 421)	3.19	1.15		
คุณภาพการนอนหลับ			0.492	0.612
หลับสนิท (n = 313)	3.11	1.21		
มีตื่นบ้างบางครั้ง (n = 258)	3.03	1.18		
ตื่นบ่อยๆ บางครั้งนอนไม่หลับ หลายชั่วโมง บางครั้งนอนไม่หลับ ตลอดคืน (n = 66)	2.97	1.24		

*** p < 0.001, ** p < 0.05

จากตารางที่ 1 แสดงทั้งข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และ ข้อมูลสถิติเชิงอนุมานพร้อม ๆ กัน สามารถสรุปผลข้อมูล สถิติเชิงพรรณนาได้ดังนี้ ผู้ตอบที่เป็นกลุ่มตัวอย่างวัยทำงาน ในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.51) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 24.49) ส่วนใหญ่มีการศึกษา ระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 55.88) รองลงไปได้แก่ การศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 35.18) และการศึกษาระดับ อนุปริญญาตรี (ร้อยละ 8.94) อาชีพของวัยทำงานส่วนใหญ่ ได้แก่ นักเรียน นักศึกษา (ร้อยละ 25.1) รองลงไปได้แก่ รับราชการ (ร้อยละ 23.70) และนักวิชาชีพด้าน วิทยาศาสตร์สุขภาพ (ร้อยละ 18.05) ด้านอายุของวัย ทำงาน พบว่า มีอายุเฉลี่ยที่ 30.10 กลุ่มที่ทำกรสำรวจ มากที่สุด คือ กลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี (ร้อยละ 50.63) ด้าน รายได้ต่อเดือน พบว่า วัยทำงานมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 13,544.74 บาท กลุ่มรายได้ที่มีการสำรวจมากที่สุด คือ กลุ่มวัยทำงานที่มีรายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 30.61)

ด้านสถานภาพการสมรส พบว่าวัยทำงานส่วนใหญ่มี สถานภาพโสด (ร้อยละ 69.23) รองลงไป สมรสแล้ว (ร้อยละ 25.27) และมีสถานภาพการสมรส หม้าย หย่าร้าง (ร้อยละ 5.49) ตามลำดับ การใช้สิ่งเสพติดตั้งแต่การสูบบุหรี่ ตี๋มสุรา เหล้าขาว ไวน์ฯ พบว่า วัยทำงานส่วนใหญ่ไม่ใช้ สิ่งเสพติด (ร้อยละ 66.09) และใช้สิ่งเสพติด (ร้อยละ 33.91) ส่วนคุณภาพการนอนหลับซึ่งส่งผลกระทบต่อทางอารมณ์ และก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ พบว่า ส่วนใหญ่นอนหลับสนิท (ร้อยละ 49.13) รองลงไป มีตื่นบ้างบางครั้ง (ร้อยละ 40.50) ส่วนตื่นบ่อยๆ บางครั้งนอนไม่หลับหลายชั่วโมง และบางครั้งนอนไม่หลับตลอดคืน (ร้อยละ 10.36)

การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่าง เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การใช้สิ่งเสพติด คุณภาพ การนอนหลับ กับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผล การวิเคราะห์พบว่า วัยทำงานที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยวัยทำงาน ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาตรี มีความรู้ทั่วไปโรคซึม

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ายุทธ

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	จำนวนตอบถูก	ร้อยละ	จำนวนตอบผิด	ร้อยละ
อาการของคนเป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ ทำอะไร ไม่เพลิดเพลิน นาน 2 สัปดาห์	367	57.6	270	42.4
คนที่มีอาการเศร้าเป็นเวลานานเสี่ยงต่อ การเป็นโรคซึมเศร้า	525	82.4	112	17.6
การพูดคุยกับญาติใกล้ชิด ช่วยลดอาการ ซึมเศร้าได้	537	84.3	100	15.7
หากพบคนไข้ที่ซึมเศร้ามาก จะแนะนำ ให้ไปพบจิตแพทย์	523	82.1	114	17.9
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า : ค่าต่ำสุด = 0, ค่าสูงสุด = 4, \bar{X} = 3.06, SD = 1.20				

เสริมอย่างน้อยกว่าวัยทำงานที่มีการศึกษาระดับอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อพิจารณาการใช้สิ่งเสพติดกับความรู้ทั่วไปโรคซึมเศร้าพบว่า วัยทำงานที่ไม่ได้ใช้สิ่งเสพติดมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามากกว่าวัยทำงานที่ใช้สิ่งเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรตามของการวิจัยนี้ ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าพบว่า วัยทำงานสามารถตอบประเด็นการพูดคุยกับญาติใกล้ชิด ช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ถูกต้องมากที่สุด (ร้อยละ 84.3) รองลงไป ได้แก่ คนที่มีอาการเศร้าเป็นเวลานาน เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 82.4) และหากพบคนไข้ที่ซึมเศร้ามากจะแนะนำให้ไปพบจิตแพทย์ (ร้อยละ 82.1) โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เท่ากับ 3.06 ซึ่งเป็นความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าระดับมาก

จากตารางที่ 3 แสดงทั้งข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลสถิติเชิงอนุมานพร้อมๆ กัน พบว่า ข้อความสาระสำคัญที่มีการเผยแพร่ในสังคมที่วัยทำงานมีการรับรู้มาก

ที่สุดได้แก่ ข้อความฯ “โรคซึมเศร้ารักษาได้” ($\bar{X} = 2.28$) รองลงไป ได้แก่ ข้อความฯ “อึด ฮึด สู้” ($\bar{X} = 1.72$) และข้อความฯ “โรคจิตเวช รักษาเร็ว หายได้” ($\bar{X} = 1.63$)

จากการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อความสาระสำคัญด้านส่งเสริมสุขภาพจิตจำนวน 3 ข้อความ กับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าพบว่า ทั้ง 3 ข้อความฯ มีความสัมพันธ์กับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับต่ำ และเป็นไปในทิศทางแปรผันตามกัน หมายความว่า ถ้ายังมีการเผยแพร่ข้อความสาระสำคัญฯ แก่กลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครยิ่งทำให้กลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น โดยข้อความฯ ที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามากที่สุดได้แก่ ข้อความฯ “โรคซึมเศร้ารักษาได้” มีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.339 ซึ่งหมายถึง ยังมีการเผยแพร่ข้อความ “โรคซึมเศร้ารักษาได้” แก่กลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร ยิ่งทำให้กลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีความรู้ทั่วไปโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูล ข้อความสาระสำคัญ และวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล ข้อความสาระสำคัญกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

ตัวแปร	\bar{X}	SD	r	p
โรคจิตเวช รักษาเร็ว หายได้	1.63	1.25	0.214	0.000***
โรคซึมเศร้ารักษาได้	2.28	1.23	0.339	0.000***
อึด ฮึด สู้	1.72	1.43	0.164	0.000***
ข้อความสาระสำคัญ (ค่าต่ำสุด = 0, ค่าสูงสุด = 4)				

***p < 0.001, **p < 0.05

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลพื้นฐานช่องทางสื่อ และวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างช่องทางการสื่อสารที่กลุ่มตัวอย่างจะใช้ เมื่อมีปัญหาความเครียด นอนไม่หลับ หวาดระแวง เหนื่อยโดยไม่รู้สาเหตุ หงุดหงิด จนมีผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ปวดหัว เบื่ออาหารกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

ช่องทางต่าง ๆ (n = 637)	ระดับการใช้บริการช่องทางสื่อ		r	P
	\bar{X}	SD		
1. การฝึกคิดบวก	1.60	0.62	0.333	0.000***
2. การไปพบจิตแพทย์ (หมอรักรักษาโรคจิต โดยเฉพาะ)	0.80	0.78	0.252	0.000***
3. การฝึกหายใจเข้าออก	1.35	0.71	0.213	0.000***
4. การโทรสายด่วนสุขภาพจิต 1323	0.48	0.69	0.204	0.000***
5. การหาข้อมูลความรู้ เฟซบุ๊ก/แฟนเพจ กรมสุขภาพจิต	0.99	0.76	0.202	0.000***
6. การอ่านเอกสารคู่มือต่างๆ ของ กรมสุขภาพจิต	1.03	0.74	0.194	0.000***
7. การหาข้อมูลความรู้ในเว็บไซต์ กรมสุขภาพจิต	0.92	0.79	0.183	0.000***
8. การไปพบพยาบาลเฉพาะทางด้าน จิตเวช (พยาบาลดูแลโรคจิตโดยเฉพาะ)	0.67	0.72	0.183	0.000***
9. การไปพบแพทย์	0.85	0.77	0.177	0.000***
10. การหาข้อมูลความรู้ในทวิตเตอร์ กรมสุขภาพจิต	0.70	0.74	0.176	0.000***
11. การหาข้อมูลความรู้เว็บไซต์หน่วยงาน กรมสุขภาพจิต	0.95	0.77	0.175	0.000***
12. การกินยาคลายเครียด	0.65	0.76	0.154	0.000***
13. การไปพบพยาบาล	0.64	0.74	0.141	0.000***
14. การคุยกับเพื่อนสนิท	1.59	0.57	0.105	0.008**
15. การไปเที่ยว ดูหนัง ฟังเพลง	1.66	0.53	0.092	0.020**
16. การคุยกับแฟน/ญาติ/พี่น้อง	1.58	0.58	0.087	0.027**
17. การคุยกับครูอาจารย์	0.92	0.68	0.07	0.079
18. การเข้าวัด หรือศูนย์วิปัสสนา	1.13	0.68	0.067	0.091

ค่าต่ำสุด = 0 ค่าสูงสุด = 2, ***p < 0.001, **p < 0.05

ผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4 พิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ใช้วิธีการคลายเครียดด้วยการไปเที่ยวดูหนัง ฟังเพลงมากที่สุด ($\bar{X} = 1.66$) รองลงไปได้แก่ การฝึกคิดบวก ($\bar{X} = 1.60$) และการพูดคุยกับเพื่อนสนิท ($\bar{X} = 1.59$)

ส่วนการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์พบว่า วิทยุทำงานในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาความเครียด นอนไม่หลับ หวาดระแวง เหนื่อยโดยไม่รู้สาเหตุ หงุดหงิดจนมีผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ปวดหัว เบื่ออาหาร จะใช้ช่องทางสื่อสาร ดังนี้ การฝึกคิดบวก, การไปพบจิตแพทย์, การฝึกหายใจเข้าออก, โทรสายด่วนสุขภาพจิต 1323, การหาข้อมูลความรู้ทางเฟซบุ๊กฯ, การอ่านเอกสารคู่มือต่างๆ ของกรมสุขภาพจิต, การหาข้อมูลในเว็บไซต์กรมสุขภาพจิต, การไปพบพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช, การไปพบแพทย์ทั่วไป, การหาข้อมูลความรู้ในทวิตเตอร์ กรมสุขภาพจิต, การหาข้อมูลความรู้เว็บไซต์หน่วยงานกรมสุขภาพจิต, การกินยาคลายเครียด, การไปพบพยาบาลทั่วไป, การคุยกับเพื่อนสนิท, การไปเที่ยวดูหนังฟังเพลง, การคุยกับแฟน/ญาติ/พี่น้อง ยิ่งใช้บริการช่องทางสื่อสารดังที่กล่าวมาจะยิ่งมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การอภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยทำงานในกรุงเทพมหานครที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายละเอียดของความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าพบว่ามีความรู้ในประเด็นการรักษาโรคซึมเศร้ามากที่สุด ได้แก่ การพูดคุยกับญาติใกล้ชิด ช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของข้อความสาระสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีต่อความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของกลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครพบว่าข้อความสาระสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีการเผยแพร่

แพร่ทั้ง 3 ข้อความ มีผลต่อการเพิ่มระดับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ในวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาช่องทางสื่อสารที่กลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครใช้บริการเมื่อมีอาการผิดปกติทางจิต ผลการศึกษาพบว่า วิทยุทำงานในเขตกรุงเทพมหานครมีการใช้บริการช่องทางสื่อสารสุขภาพจิต 4 อันดับแรกได้แก่ การไปเที่ยวดูหนัง ฟังเพลง การฝึกคิดบวก การพูดคุยกับเพื่อนสนิท และการพูดคุยกับแฟน/ญาติ/พี่น้อง เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ช่องทางสื่อสารตั้งแต่ การฝึกคิดบวก, การไปพบจิตแพทย์, การฝึกหายใจเข้าออก, โทรสายด่วนสุขภาพจิต 1323, การหาข้อมูลความรู้ทางเฟซบุ๊กฯ, อ่านเอกสารคู่มือต่างๆ ของกรมสุขภาพจิต, การหาข้อมูลในเว็บไซต์กรมสุขภาพจิต, การไปพบพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช, การไปพบแพทย์ทั่วไป, การหาข้อมูลความรู้ในทวิตเตอร์ กรมสุขภาพจิต, การหาข้อมูลความรู้เว็บไซต์หน่วยงานกรมสุขภาพจิต, การกินยาคลายเครียด, การไปพบพยาบาลทั่วไป, การคุยกับเพื่อนสนิท, การไปเที่ยวดูหนัง ฟังเพลง, การคุยกับแฟน, ญาติ, พี่น้อง ยิ่งมีการใช้ช่องทางสื่อสารดังที่กล่าวมาจะยิ่งมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ากับตัวแปรอื่นๆ พบผลการศึกษา ดังนี้ ด้านข้อมูลทั่วไป ตัวแปร เพศ พบว่าเพศหญิงมีความรู้ทั่วไปโรคซึมเศร้าดีกว่าเพศชาย แม้ว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่ได้จะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (independent t-test) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Melas และคณะ (2013) ที่พบว่าเพศหญิงมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าดีกว่าเพศชาย ดังนั้น หากต้องการที่จะเน้นย้ำเรื่องการสังเกตอาการที่เน้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าให้มีความถี่อยู่ในกลุ่มเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่อย่างไรก็ดี กลุ่มตัวอย่างวัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีช่วงอายุกว้างมีตั้งแต่ 18-59 รวมทั้งมีระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในการ

วิจัยนี้ค่อนข้างหลากหลาย อาจทำให้ไม่เห็นผลของความรู้นี้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าระหว่างเพศแตกต่างกันอย่างชัดเจน

ตัวแปรการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าทั้งอาการและการบำบัดรักษาที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มอื่น คือ กลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครที่มีการศึกษาในระดับอนุปริญญาตรี ดังนั้น ควรเพิ่มการอบรมหรือเพิ่มเติมในหลักสูตรวิชาสุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและโรคจิต หรืออาการผิดปกติทางจิตแก่กลุ่มนี้ให้มากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Attygalle และคณะ (2017) ที่พบว่ากลุ่มคนศรีลังกาอายุระหว่าง 10-19 ปี เป็นช่วงวัยที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ซึ่งตรงกับช่วงที่ประชากรไทยมีการศึกษาในระดับอนุปริญญาตรี ซึ่งนับได้ว่าเป็นช่วงวัยที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดเช่นเดียวกัน เพราะหากละเลยกลุ่มนี้ไปนอกจากบางส่วนจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย บางส่วนก็กลายเป็นผู้ใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยไม่รู้ตัว

ตัวแปรคุณภาพการนอนหลับ ผลการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า ยังมี การนอนหลับที่มีคุณภาพดี ซึ่งหมายถึงการนอนหลับสนิทตลอดทั้งคืน ซึ่งต้องอาศัยร่วมกับการมีพฤติกรรม การออกกำลังกายเป็นประจำพร้อมกับการฝึกคิดบวกควบคู่ไปด้วย ยิ่งทำให้มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าได้ดีนั้นหมายถึง บุคคลจะมีความเข้าใจในอาการของโรคซึมเศร้า แนวทางการบำบัดหาทางแก้ไขด้วยตนเอง เมื่อพบเจอกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าอาการซึมเศร้ามีส่วนสัมพันธ์กับคุณภาพการนอน อาทิ การศึกษาของ Nutt และคณะ (2008) ที่ระบุว่า อาการของคนที่เป็นโรคซึมเศร้า สมองจะหลังสารสื่อประสาทที่ชื่อว่า เซโรโทนินที่ช่วยในการนอนหลับ ไม่สม่ำเสมอ และสัมพันธ์อย่างยิ่งกับคุณภาพการนอน (Penninx et al., 2003) ซึ่งหากนอนไม่หลับบ่อยเป็นเวลาต่อเนื่องยาวนาน จะส่งผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าโดยจะเกิดในวัยหนุ่มสาวได้ถึงร้อยละ 40 หรือแม้กระทั่งนอนไม่หลับบ่อย ๆ แต่

ยังไม่เป็นโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาก็พบว่าการนอนไม่หลับต่อเนื่องเป็นเวลานานจะนำไปสู่การพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและอาจนำไปสู่การแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตายได้

ด้านการเปิดรับสื่อเพื่อค้นหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิต ผลการศึกษพบว่า กลุ่มวัยทำงานมีการสื่อสารภายในบุคคลเมื่อรู้ตัวว่ากำลังมีปัญหาความเครียดได้แก่วิธีการฝึกคิดบวก การกำหนดลมหายใจเข้าออก ซึ่งผลการศึกษพบว่า อยู่ในอันดับ 2 และ 5 (ตารางที่ 4) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครเข้าใจวิธีการดูแลรักษาตนเองเบื้องต้นโดยเป็นวิธีการแบบพึ่งตนเองในขณะเดียวกันก็ยอมรับการขอรับบริการจากจิตแพทย์ซึ่งเป็นวิธีการแก้ไขปัญหาคือความเครียดเป็นอันดับสองแสดงให้เห็นว่า กลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครในเขตเมืองหลวงเริ่มมีการยอมรับและรับรู้ว่าการขอรับบริการไม่จำเป็นต้องได้รับการตีตราว่าเป็น “คนบ้า” เสมอไป ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการสร้างกรอบความคิดด้วยข่าวสารหรือ Message framing ของหน่วยงานด้านสุขภาพจิต ผ่านสื่อมวลชนซึ่งมีความสนใจเรื่องสุขภาพจิตเป็นทุนเดิม ทำให้มีข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคซึมเศร้าอยู่ในบรรยากาศของการเผยแพร่ข่าวสารมาก และผลการศึกษายังสะท้อนขั้นตอนของการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับคนกรุงเทพมหานครที่ชัดเจน คือควรส่งเสริมเน้นประเด็นแหล่งในการขอเข้ารับบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตของสถานพยาบาล เป็นข่าวสารหลักในการเผยแพร่ข่าวสารที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร หรือ อาจจัดให้มีบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตในสถานที่ทำงาน ซึ่งมีบุคลากรด้านการแพทย์ ในห้องปฐมพยาบาลที่มีการจัดเตรียมไว้ เช่น ในโรงงานขนาดใหญ่ ที่กำหนดให้ต้องมีบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถช่วยเหลืออาการบาดเจ็บจากการทำงาน อาจต้องนำบุคคลเหล่านี้ให้ฝึกฝนเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติทางจิต การทำความเข้าใจอาการเบื้องต้น การบำบัดด้วยการให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อส่งต่อไปยังสถานบริการที่เป็นโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์รองรับต่อไป

ซึ่งทำให้ลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตที่อาจทำอันตรายร้ายแรงต่อวัยทำงานดังที่กล่าวมาแล้วลงได้มาก

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิตที่เผยแพร่ผ่านสื่อแผ่นพับของกรมสุขภาพจิต โดยมีหัวข้อเรื่องของแผ่นพับว่า “สร้างสุขวัยทำงาน : วัยทำงาน ปรับตัวได้ใจเป็นสุข สนุกไม่เครียด” ซึ่งกำหนดแนวทางในการคลายเครียดไว้ 6 Modules ซึ่ง Module ที่หนึ่ง เป็นแนวทางสอดคล้องกับผลการวิจัย คือ ฝึกมองโลกในแง่ดีได้แก่ ให้หันพิจารณาว่าทุกสิ่งมีทั้งด้านบวกและลบ มองให้พบคุณค่าของสิ่งไม่ดีและทำใจยอมรับว่าทุกปัญหาย่อมมีทางแก้ไข รวมทั้งจะไม่คงอยู่ตลอดไป ปัญหาหนึ่ง ๆ จะคลี่คลายได้ตามกาลเวลา เป็นต้น (ที่มาแผ่นพับ “สร้างสุขวัยทำงาน : วัยทำงาน ปรับตัวได้ใจเป็นสุข สนุกไม่เครียด” สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต)

การโทรสายด่วนสุขภาพจิต 1323 นับเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล แบบไม่ต้องเห็นหน้ากัน และหลีกเลี่ยงการถูกตีตรา (Stigma) เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาคความเครียดที่เป็นที่นิยม ดังนั้น โทรสายด่วนยังเป็นสื่อที่สามารถใช้ในการเสาะแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่คนในมหานครเลือกใช้มาก ผลการวิจัยยืนยันตามข้อมูลที่กรมสุขภาพจิตได้รวบรวมไว้ กล่าวคือ วัยทำงานจะโทรเข้ามาปรึกษาโรคจิตเวช รองลงมาคือปัญหาความเครียดหรือวิตกกังวล ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกาย โรคเรื้อรัง มีหนี้สิน ปัญหาความรัก ปัญหาครอบครัวและซึมเศร้า (คมชัดลึก, 5 ธันวาคม 2560) รวมทั้งการอ่านเอกสาร คู่มือต่างๆของกรมสุขภาพจิต การหาข้อมูลความรู้ในเฟซบุ๊ก/แฟนเพจกรมสุขภาพจิตก็เป็นวิธีการที่กลุ่มวัยทำงานใช้ในการเยียวยาตนเองก่อนเบื้องต้น

จากการรวบรวมค่าเฉลี่ยการใช้บริการช่องทางสื่อต่างๆ เมื่อกลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีปัญหาความเครียด นอกจากการไปเที่ยวดูหนัง ฟังเพลง การฝึกคิดบวก จะใช้เป็นแนวทางในการบรรเทาความเครียดแล้ว การสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นการสื่อสารระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปแต่ไม่เกิน 12-15 คน รวมทั้งสามารถ

ได้ตอบไปมาได้อย่างทันที ยังถูกใช้เป็นแนวทางในการเยียวยาความเครียด ดังแสดงให้เห็นว่า กลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีปัญหาความเครียดจะเลือกพูดคุยกับเพื่อนสนิท และพูดคุยกับแฟน/ญาติ/พี่น้อง มากเป็นอันดับที่ 3 และ 4 (ตารางที่ 4) และยังสอดคล้องกับผลของตารางที่ 2 ที่ระบุว่า กลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีความรู้ถึงแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า สามารถตอบได้ถูกต้องมากที่สุด ในข้อ “การพูดคุยกับญาติใกล้ชิดช่วยลดอาการซึมเศร้าได้” ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งประเทศไทยก็รับแนวทางดังกล่าวมาปฏิบัติด้วย ที่ระบุว่าในปี 2560 เป็นปีที่เร่งการตระหนักถึงโรคซึมเศร้า โดยได้เน้นให้เห็นการรักษาเยียวยาเบื้องต้นผ่านหัวข้อการรณรงค์ว่า “ซึมเศร้าเราคุยกันได้” ความหมายของข้อความดังกล่าวใกล้เคียงกับหลักการปฐมพยาบาลทางใจ เรื่องการใส่ใจรับฟัง (Listen) คือการจัดให้มีการพูดคุยหรือสัมผัส โอบกอด เพื่อให้รู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้ง สร้างความผ่อนคลาย ให้ได้ระบายให้ฟัง การช่วยเหลือเล็กน้อยๆ สามารถช่วยให้ผ่อนคลายได้มาก (คมชัดลึก, 4 พฤศจิกายน 2560) นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบอีกว่า คนกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นมหานครในเขตเมืองมีการเปิดรับสื่อสมัยใหม่มากขึ้น ดังจะเห็นว่ามีการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจิตเมื่อมีอาการผิดปกติทางจิต จากทางเฟซบุ๊ก/แฟนเพจกรมสุขภาพจิต แม้จะเป็นอันดับท้ายๆ ก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การสำรวจการเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนไทย โดยศิริวิทย์ มณีศรีเดช และสมิทธิ บุญชุตินา (2559, หน้า 75-86) ที่พบว่าประชาชนในเขตเมืองมีการเปิดรับสื่ออินเทอร์เน็ตมากเป็นอันดับที่สองรองจากการเปิดรับสื่อโทรทัศน์โดยเปิดรับจำนวน 2 ครั้งต่อวัน

ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าพบว่า ประชาชนตอบข้อคำถามอาการของโรคซึมเศร้าได้ถูกต้องน้อยที่สุดได้แก่ ข้อความสาระสำคัญๆ ที่ระบุว่า “อาการของคนเป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หลงๆ ทำ

อะไรไม่เปล็ดเพลิน นาน 2 สัปดาห์” พบว่าตอบไม่ถูก เกือบร้อยละ 50 ซึ่งหากประชาชนได้รับความรู้เรื่องรายละเอียดอาการตามข้อความข้างต้น จะช่วยสอดคล้อง มองหา และส่งต่อ (Look, Listen, Link) ซึ่งเป็นหลักการของการปฐมพยาบาลทางใจ (Mental health first aids) ได้ (Melas, et al, 2013) ที่ใช้เป็นแนวทางส่งไปบำบัดรักษา และลดการฆ่าตัวตายลงได้ รวมทั้งลดการสูญเสียทรัพยากร บุคลากรวัยทำงานอันมีค่าของประเทศได้อย่างมาก สำหรับการเผยแพร่ข่าวสารเพื่อให้ง่ายแก่การจดจำในอาการ และสามารถระลึกได้เมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ตนเองหรือคนรอบข้างตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า อาจต้องอาศัยการออกแบบ ข้อความที่บรรยายอาการของโรคซึมเศร้า ให้ง่ายแก่การจดจำ เช่น ใช้ตัวย่อ หรือคิดเป็นถ้อยคำสโลแกนที่คล้องจองก็จะช่วยให้จำอาการของโรคซึมเศร้าได้แม่นยำมากขึ้น และใช้สังเกตคนรอบข้างรวมทั้งชี้แนะนำหนทางบำบัดรักษาได้ทัน

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าประชาชนยังไม่คุ้นเคยกับข้อความสาระสำคัญเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ควรทำการวางแผนการใช้สื่อเผยแพร่ข้อความสาระสำคัญเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะหากหน่วยงานมีการจัดทำ Infographic ที่ทำได้น่าสนใจจำนวนมาก ควรสร้างแผนงานการกระจายออกไปเป็นเชิงรุก สื่อที่เป็นเชิงรุกได้ควร จะอยู่ในรูปสื่อสมัยใหม่ต้องมีการสร้างและทำให้น่าสนใจมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอาจต้องทำเป็นภาพยนตร์โฆษณาที่มีความเคลื่อนไหว มีเรื่องราวและควรเป็นเรื่องราวที่ใกล้ตัวกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เพราะเรียกความสนใจได้ดี รวมทั้งนำภาพยนตร์โฆษณามาเผยแพร่ทางเฟซบุ๊ก ของกรมสุขภาพจิตอีกทางหนึ่ง รวมทั้งสร้างสื่ออื่นๆ ที่มีเนื้อหาสอดคล้องไปกับภาพยนตร์โฆษณานั้นๆ เช่น สร้างข้อความสาระสำคัญเผยแพร่ออกมาในรูปของสติ๊กเกอร์ แจกตามบ้านติดในที่มองเห็นง่าย หรือจะเป็นสติ๊กเกอร์ไลน์แฝงความรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นต้น โดยสื่อเหล่านี้ มีหน้าที่ให้ระลึกถึงวิธีการสังเกตอาการ การป้องกัน และลดการใส่ข้อความเผยแพร่แต่ละครั้งที่มาหรือเยอะจนเกิน

ไป ตลอดจนควรเสริมประเด็นของการบำบัดรักษาโรคจิตบางประเภทที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้อาการทางจิตที่เกิดขึ้นนั้นหายขาดด้วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการประยุกต์ใช้

1. ผลการศึกษาพบว่า เมื่อมีความไม่สบายใจ ความเครียด กลุ่มเป้าหมายจะฝึกคิดบวก จึงควรนำไปวางแผนการณรงค์ข่าวสาร และช่องทางการสื่อสารส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการเผยแพร่วิธีการฝึกคิดบวก เช่น วิธีการที่นิยมคล้ายกับการฝึกคิดบวก เช่น การฝึกสติที่เรียกว่า Mindfulness เป็นต้น

2. ควรมีการเผยแพร่การสังเกตอาการสำคัญๆ ของคนเป็นโรคซึมเศร้าให้มากขึ้น เนื่องจากการสอดคล้องมองหาคนที่อาการดังกล่าวต้องอาศัยคนรอบข้างที่อยู่ใกล้ตัว

3. ควรนำข้อมูลการยอมรับการรักษาจากจิตแพทย์ไปวางแผนเผยแพร่ข่าวสารว่ามีแหล่งในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตที่ไหน และเข้ารับบริการอย่างไร ซึ่งการรู้จักส่งต่อ หรือเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง แสดงให้เห็นว่าวัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีการรับรู้ตราบาตนเองว่ามีภาพลักษณ์เป็น “คนบ้า” หลังเข้ารับบริการดังกล่าว มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental health promotion intervention) เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และนำไปใช้เฝ้าระวังตนเองและคนใกล้ชิดซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) เรื่อง การปฐมพยาบาลทางใจ Mental health First Aid ซึ่งเป็นหลักการที่เอื้อให้เกิดการส่งต่อเข้าต่อเข้าสู่ระบบการรักษาบำบัดอาการทางจิตก่อนลุกลาม

2. สำหรับวัยทำงานพบว่าอาจมีความเครียดจากการทำงาน จึงควรเน้นให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตตามแนวการทำงานและการดำรงชีวิตอย่างสมดุล

(Work-life balance) ในสถานที่ทำงานด้วย

3. ควรทำการศึกษาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ในวัยทำงานที่อยู่ในทำเลที่ตั้งอื่น ๆ เช่น ตามภูมิภาค หรือตามต่างจังหวัด เนื่องจากมีลักษณะงานที่แตกต่างกันกับในกรุงเทพมหานคร เช่น เป็นเจ้าของกิจการรายย่อย รับประทานอาหารที่บ้าน ขาดของตามตลาดนัด เป็นต้น

4. ควรทำการเผยแพร่เบอร์โทรสายด่วน 1323 ให้เป็นที่รู้จักมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนใช้เป็นทางในการบำบัดตนเองก่อนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตตามสถานพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งอาจต้องมีการนัดหมายล่วงหน้า ต้องเสียเวลาเดินทาง แต่การรู้จักเบอร์โทรสายด่วนจะช่วยทำให้บรรเทาปัญหาด้านสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุที่เกิดขึ้นใน

ชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็น เรื่องปัญหาความรัก ความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาการเงิน ปัญหาการเรียนฯ รวมทั้งได้ชะลอความเสียหายต่อจิตใจของผู้มีอาการผิดปกติทางจิตได้เป็นอย่างดีก่อนถึงมือแพทย์จิตเวช

5. ควรทำการศึกษาปฏิบัติการตีความต่อข้อความสาระสำคัญที่ส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านสื่อสมัยใหม่ เช่น เว็บไซต์และเฟสบุ๊กของกรมสุขภาพจิต เป็นต้น เพื่อนำมาใช้ในการออกแบบข้อความสาระสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตให้เหมาะสมและสร้างการจดจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถนำเอาข้อความเผยแพร่เหล่านั้นมาใช้ได้เมื่อเกิดสถานการณ์ของครอบครัวที่เล็งเห็นแล้วว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้าที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และนโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2560-2561.

กองสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. Facebook กองสุขภาพจิตสังคม. เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2560.

นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *วารสาร มจร. วิชาการ*, 19 (38), มกราคม-มิถุนายน 2559, 105-118.
ศิริวัลย์ มณีศรีเดช, สมิทธิ บุญชุตินา. (2559). การสำรวจการเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนไทย *วารสารการประชาสัมพันธ์และการโฆษณา*, 9(2), 75-86.

สุดารัตน์ ชัยอาจ, พวงพยอม ปัญญา. (2548). การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20 (2), 1-12.

สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตแผ่นพับ “สร้างสุขวัยทำงาน : วัยทำงาน ปรับตัวได้ใจเป็นสุข สนุกไม่เครียด”.

หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ “กรมสุขภาพจิตชวนวัยทำงานคลายเครียด” เข้าถึงได้จาก <http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/696660> เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2560.

หนังสือพิมพ์คมชัดลึก. (2560). คอลัมน์คุณภาพชีวิต : สุขภาพจิตวัยทำงาน “น่าห่วง” น่าห่วงวัยทำงานฆ่าตัวตายสูง ยืด 6 8 คูณใจ. เข้าถึงได้จาก <http://www.komchadluek.net/news/eduhealth/298511> เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2560.

หนังสือพิมพ์คมชัดลึก. (2560). คอลัมน์คุณภาพชีวิต : ซึมเศร้าคุยกันได้ สัปดาห์สุขภาพจิตแห่งชาติ 1-7 พ.ย.นี้. เข้าถึงได้จาก <http://www.komchadluek.net/news/edu-health/301052> เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2561.

ภาษาอังกฤษ

- Attygalle, U.R. et al. (2017). Mental health literacy in adolescents: ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 11:38.
- Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention. *Journal of American Medical Association*, 262 (11), 1479-1484.
- Jones, Christina L., Jensen, Jakob D., Scherr, Courtney L., Brown, Natasha R., Christy, Katheryn., Weaver, Jeremy. (2015). The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research: exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health communication*, 30 (6) : 566-576.
- Melas, P.A., Tartani, E., Forsner, T., Edhborg, M., Forsell, Y. (2013). Mental health Literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. *European Psychiatry*, 28, 404-411.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injury, and risk factor in 1990 and projected to 2020. *Global burden of disease and injury series.. Cambridge: Harvard University Press.*
- Nutt, D. Wilson, S., and Paterson, L. (2008). Sleep disorder as core symptoms of depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 10 (3), 329-336.
- Penninx, B.W.J.H., Kritchevsky, S.B., Yaffe, K., Newman, A.B., Simonsick, E.M., Rubin, S., Ferrucci, L., Harris, T., Pahor, M., 2003. Inflammatory markers and depressed mood in older persons: results from the Health, Aging and Body Composition study. *Biol. Psychiatry*. 54, 566-572.
- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. Vol. 2 No. 4.
- Scheufele, D. A. (1999). Framing as a theory of media effects. *Journal of Communication*, 49(1).
- Stahl, S. M. (2000). *Essential psychopharmacology of depression and bipolar disorder*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wang, Weirui. (2017). Stigma and counter-stigma frames, cues, and exemplification: comparing news coverage of depression in the English-and Spanish language in the U.S. *Health Communication*, 1-18.
- World Health Organization. (2012). *Mental health: Depression*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.
- Zhang, Y., Yan Jin, and Yunbing Tang. (2015). Framing depression : cultural and organizational influences on coverage of a public health threat and attribution of responsibilities in Chinese News Media, 2000-2012. *Journalism and Mass Communication Quarterly*, 92(1), 99-120.