



เพศหญิงหรือความเป็นหญิง...จึงนำมาสู่ การเป็นโรคซึมเศร้า

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ*, ศิริพร จิรวัดน์กุล*, ธรณินทร์ กองสุข พบ.**,
สุภัตตรา สุขชาวห**, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน**, เยาวเรศ สุตะโท***

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ โรคซึมเศร้าพบมากในเพศหญิงมากกว่า มีหลักฐานจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า เพศภาวะ (gender) ที่สังคมกำหนดว่าเพศหญิงและเพศชายควรมีบทบาทและพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างไร มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของบุคคล แต่ยังไม่มีความชัดเจนจากการศึกษาในสังคมไทย **วัตถุประสงค์** เพื่อนำเสนอประเด็นเพศภาวะที่มีความเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคซึมเศร้าในผู้หญิงไทย **วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ และวิเคราะห์ผ่านมุมมองเพศภาวะ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและอยู่ภายใต้โครงการศึกษา เรื่อง การศึกษาระยะยาวการดำเนินโรคซึมเศร้าและความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในคนไทย ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 25 คน และผู้ให้ข้อมูลรองซึ่งเป็นสามีของผู้ป่วย จำนวน 12 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวคิดเพศภาวะ

ผลการศึกษา พบว่าทั้งผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลรองมีความเห็นตรงกันว่าความเป็นหญิงภายใต้การปฏิบัติตัวตามบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า แก่นสาระที่ค้นพบ ประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ เหล้าและมีผู้หญิงเป็นธรรมดาสำหรับผู้ชาย ความรับผิดชอบต่อครอบครัวไม่มีเวลาหยุด เป็นความผูกพันแม่-ลูก ตัดใจไม่ได้ และ ผู้หญิงต้องอยู่ในบ้าน

สรุป เพศภาวะมีความเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคซึมเศร้า การบำบัดผู้หญิงที่ถูกกดดันภายใต้การแสดงบทบาททางสังคม ผู้บำบัดต้องมีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ ใช้มุมมองเพศภาวะเป็นแนวทางให้เพศหญิงเป็นอิสระจากความกดดัน และพัฒนากลวิธีในการป้องกันโรคซึมเศร้าที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า ผู้หญิง ความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(1): 61-74

* ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

*** การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



Sex or Gender Leading to a High Risk of Depressive Disorder in Women

Somporn Rungreangkulkij*, Siriporn Chirawatkul*, Thoranin Kongsuk M.D.**,
Supatra Sukavaha**, Jintana Leejongpermpoon**, Yaowarate Sutatho***

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of major depressive disorder on women is 1.6 over men. According to the WHO, there is evidence that gender, which is a social construct for men and women's role, influences mental health. However, there is no evidence of gender related to depressive disorder in Thailand.

Objective: To describe gender related to major depressive disorder in Thai women.

Method: This qualitative study was conducted in a semi-rural area in one province in Northeastern Thailand. A total of 25 Thai women who were diagnosed with major depressive disorder and were under a two-year project of the Thai Depression Surveillance System participated as key informants. Twelve of their husbands were interviewed as secondary informants. Data were collected by in-depth interviews and focus group with tape recording. Content analysis was used to disclose the relevant themes based on gender perspective. To increase rigor of data analysis, interpretive findings were validated with 19 female key participants.

Findings: Both key and secondary informants agreed that role internalization having a high risk for depressive disorder in Thai women. The five identified themes related to the causes of depression were: drinking and having an affair, which is considered common for men, continuous family responsibilities, mother-child attachment, unable to let it go, and the norm that women should stay home.

Conclusion and suggestion: The findings suggest that gender is related to depressive disorder in Thai women. Therapists should be gender sensitive in providing treatment for women who are under stress from gender role. Psychosocial interventions need to address the psychosocial origin or gender norms of depression.

Keywords: depression, women, gender sensitive

J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(1): 61-74

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

** Prasimahabodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health.

*** Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

บทนำ

โรคซึมเศร้าก่อความสูญเสีย ปีสุขภาวะ (DALYs) เป็นอันดับ 4 ในหญิงไทย และในชายไทยพบว่าอยู่ในอันดับ 10 แต่ถ้าพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLD) พบว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นอันดับที่ 1 ในหญิงไทย และอันดับ 2 ในชายไทย หญิงเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าชาย 1.6 เท่า หลักฐานทางวิชาการได้ข้อสรุปสอดคล้องกันว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัยคือ ปัจจัยทางชีวจิตสังคม และความเชื่อนี้ส่งผลต่อรูปแบบการรักษา ซึ่งแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศต่างให้ข้อเสนอแนะว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้าควบคู่ไปกับการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพรายบุคคล สามารถรักษาโรคซึมเศร้าและ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ²

องค์การอนามัยโลกระบุว่า มีหลักฐานจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า เพศภาวะ (gender) ที่สังคมกำหนดว่าเพศหญิงและชายควรเป็นอย่างไร มีบทบาทและพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างไร มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของบุคคล³⁻⁵ ปรากฏการณ์ที่พบว่าผู้หญิงมีบทบาททำงานนอกบ้านและมีรายได้แต่ยังต้องคงบทบาทเดิมคือดูแลงานบ้านอบรมเลี้ยงดูบุตรเป็นปรากฏการณ์ที่พบเหมือนกันทั่วโลก⁶ ผู้หญิงเป็นเพศที่ต้องดำรงหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน เช่น เป็นภรรยา แม่ ผู้ดูแลอาหารและความสะอาดเรียบร้อยในบ้าน เลี้ยงดูบุตรเล็ก พ่อแม่สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย การต้องสวมบทบาทหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้หญิงเกิดความเครียดได้ง่าย เพราะต้องจัดลำดับความสำคัญในการสวมบทบาทต่างๆ ผู้หญิงทำงานมากแต่มีเวลาพักผ่อนน้อย นำมาสู่ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า⁶ มีการศึกษาบ่งชี้ว่าผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

ซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายเป็นผลมาจากความแตกต่างในบทบาทมากกว่าการเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียด ผู้หญิงมักจะเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตในบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตร ทำงานบ้าน และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์มากกว่า ความเครียดอันเนื่องมาจากภาวะเศรษฐกิจหรือการทำงานนอกบ้าน⁷⁻⁸

การศึกษาในต่างประเทศที่ใช้ การศึกษาเชิงคุณภาพศึกษาการรับรู้และประสบการณ์การเป็นโรคซึมเศร้าให้ข้อค้นพบสอดคล้องกันว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงเครียดอันนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าคือ เผชิญกับเหตุการณ์ร้ายๆ มากกว่า 1 อย่าง เช่น เคยมีอาการซึมเศร้าหลังคลอดบุตร มีการเจ็บป่วยเรื้อรังทางร่างกาย เผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก สูญเสียบุคคลที่สำคัญในชีวิต เคยถูกระงับการรุนแรง จากบุคคลสำคัญในชีวิต มีปัญหาสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว กับสามี หรือบุตร หรือครอบครัวของสามี มีภาระงานทางบ้านมาก มีปัญหาทางเศรษฐกิจ นึกถึงคนอื่นมากกว่าตนเอง พยายามที่จะควบคุมชีวิตคนอื่น⁹⁻¹³

วันทนี วาลิกะสัน และสุนีย์ เหมะประสิทธิ์¹⁴ ทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงไทย ที่มีการศึกษาค่านิยมการอบรมสั่งสอนหญิงไทยตั้งแต่สมัยรัตนโกสินทร์ พบว่าสังคมไทยยังมีความเชื่อเรื่องผู้หญิงในลักษณะของค่านิยมเชิงซ้อนหรือความไม่เสมอภาค ยกตัวอย่างเช่น สตรีไทยต้องรักษานวลสงวนตัว ควรเก็บตัวอยู่ในบ้าน เป็นภรรยาที่ดีของสามีให้ความสำคัญกับสามีในฐานะผู้คุ้มครอง รับผิดชอบงานบ้านเป็นแม่บ้านที่ดี ยืนหยัดแข่งขันทำงานบ้าน เป็นมารดาที่ดีรับผิดชอบอบรมเลี้ยงดูบุตร และจากการศึกษาในปี พ.ศ. 2541¹⁴ ที่ศึกษาค่านิยมและทัศนคติของสังคมไทยต่อสตรี ซึ่งผู้หญิงมีโอกาสได้รับการศึกษาสูงขึ้นและทำงานนอกบ้านมีรายได้ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามทั้งเพศ

หญิงและชายส่วนใหญ่ มีความเห็นว่าครอบครัวไทย มักจะอบรมให้ลูกสาวปรนนิบัติ และเชื่อฟังสามี ลูกผู้หญิงต้องรับภาระงานบ้านมากกว่าลูกชาย ภรรยา ควรปฏิบัติหน้าที่ของภรรยาโดยเชื่อฟังสามี ถ้าสามี มีความสัมพันธ์ทางเพศนอกสมรสไม่ถือว่าเป็นเรื่องเสียหายสำหรับผู้ชาย แต่ถือว่าเป็นความบกพร่องของภรรยา ไม่มีสิทธิปฏิเสธเมื่อสามีมีความต้องการทางเพศ ภรรยา มักจะทนยอมให้สามีทำรุนแรงมากกว่าที่จะยอมหย่า ลูกส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับแม่และใกล้ชิดกับแม่ มากกว่าพ่อ ซึ่งความคิดเห็นในทำนองนี้พบมากในกลุ่มเพศหญิงและเพศชายที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีและอยู่ต่างจังหวัด หน้าที่หลักของผู้หญิง คืออดทน ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว ให้มีความสุขอย่างดี แม้จะใช้ชีวิตของแม่เข้าแลก ก็ต้องยอม¹⁵

วิภาวี เผ่ากันทรารกร¹⁵ ทบทวนค่านิยมต่อบทบาทหญิงชายอีสานพบว่า เพศหญิงเป็นผู้อยู่ เพศชายเป็นผู้ไป เพศหญิงต้องประพฤติตัวให้สมเป็นกุลสตรี ปรนนิบัติต่อพ่อแม่ อดทนรับผิดชอบต่อครอบครัว ไม่เที่ยวเตร่ จากความคาดหวังที่สังคมมีต่อดัวเพศหญิง หล่อหลอมให้เพศหญิงเองถูกครอบงำกับความเชื่อในบรรทัดฐาน บทบาทของการเป็นเพศหญิงที่ดี เมื่อไม่สามารถดำรงบทบาทที่ตนเองคาดหวังกับตน ทำให้เกิดความกดดันบีบบังคับ นำมาสู่การตำหนิตนเอง Trivedi, Mishra, & Kendurkar¹⁶ กล่าวว่าเพศหญิงในเอเชียใต้ ที่ดำรงบทบาทของผู้หญิงที่สืบทอดกันมาในอดีต (traditional role) ต้องเผชิญกับความเครียดที่สูงมาก พวกเขามีความสามารถน้อยมากในการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด เนื่องจากไม่มีความรู้และขาดแหล่งสนับสนุน ผู้หญิงในภูมิภาคนี้ ต้องเผชิญกับความขัดแย้งในบทบาทมากขึ้น เผชิญกับความกีดกันทางเพศ (sex discrimination) และต้องแบก

ภาระหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย พบว่า ผู้หญิงจีนที่อยู่ในฮ่องกงหากมีความตั้งใจจะทำให้บรรลุปทบาทเชิงเพศภาวะที่ยึดถือคือ เสียสละ อุทิศตนเพื่อครอบครัวโดยไม่มีการปัน มีผลต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต⁶

ในประเทศไทยมีการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า น้อย วิภาวี เผ่ากันทรารกร¹⁵ ศึกษาประสบการณ์ของเพศหญิงที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า อิทธิพลที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง คือ กระบวนการทางความคิดซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ การตีความบุคลิกภาพวิธีการจัดการแก้ไขปัญหา ค่านิยมทางสังคมและวัฒนธรรม และสภาพทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสถานะทางเศรษฐกิจ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์¹⁷ ศึกษากระบวนการฟื้นฟูจากความซึมเศร้าในทัศนะของสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษา ปรากฏการณ์การฟื้นฟูจากความซึมเศร้าคือ การคืนความสำคัญให้ตนเองภายหลังจากการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าประเด็นเพศภาวะมีความเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคซึมเศร้า การทำความเข้าใจโรคซึมเศร้าผ่านมุมมองเพศภาวะ ยังมีการศึกษาน้อยมากในประเทศไทย เมื่อสอบถามความรู้ของบุคลากรทีมสุขภาพจิตในภาคอีสานพบว่า บุคลากรทีมสุขภาพจิตมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศภาวะไม่ถูกต้อง¹⁸ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ของเพศหญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าผ่านมุมมองเพศภาวะ ข้อความรู้ที่ได้จากตัวผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยตรงทำให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งมีความเกี่ยวข้องของประเด็นเพศภาวะที่มีความเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคซึมเศร้า นำไปสู่การให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะมากขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า ความเข้าใจเรื่องเพศภาวะต่อ

ปัญหาสุขภาพจะทำให้การให้บริการสุขภาพมีความเฉพาะกลุ่ม และเท่าเทียมนำมาสู่การบรรลุเป้าหมายความเสมอภาคและความเป็นธรรมในด้านสุขภาพ (health equity)⁵

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ศึกษาที่อำเภอหนึ่งในจังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้างรายวัน ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ และวิเคราะห์ผ่านมุมมองเพศภาวะ ผู้เข้าร่วมศึกษาหลักเป็นผู้ป่วยหญิงทุกคนที่อยู่ภายใต้โครงการศึกษา เรื่อง การศึกษาระยะยาวการดำเนินโรคซึมเศร้าและความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในคนไทย ของกรมสุขภาพจิต และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) มีทั้งหมดจำนวน 25 คน โครงการศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นนักศึกษาปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์ มีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างเดียว 11 คน สทนากลุ่มอย่างเดียว 7 คน สัมภาษณ์เชิงลึกและสทนากลุ่ม 7 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 3 เดือน (พฤศจิกายน 2553 ถึง มกราคม 2554)

ผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะทั่วไปดังนี้ อายุเฉลี่ย 49.7 ปี (25-74 ปี) จบชั้นประถมศึกษา จำนวน 22 คน มัธยมศึกษาตอนต้น 1 คน มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. 2 คน ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ 21 คน เป็นหม้าย 2 คน และหย่า 2 คน ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร และมีหนี้สิน ผู้ให้ข้อมูลรองเป็นสามีของ

ผู้ป่วยจำนวน 12 คน อายุเฉลี่ย 55.75 ปี (43-68 ปี) ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา 7 ขั้นตอนของ Colaizzi's method¹⁹ คือ 1) อ่านข้อความที่ถอดจากเทปเสียงการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์อย่างละเอียด 2) โค้ดคำพูด หรือประโยคที่สำคัญหรือพูดถึงบ่อยๆออกมา 3) สร้างดัชนีจากข้อความโดยอิงแนวคิด เพศภาวะ 4) จัดประเภท ทำหมวดหมู่ข้อมูล จากดัชนีประมวลข้อมูล 5) ตีความ เชื่อมโยงประเภท และหมวดหมู่ข้อมูล หาความหมายของคำ เหตุการณ์ หรือวาทกรรมที่ค้นพบ 6) สร้างข้อสรุป ซึ่งเป็นข้อค้นพบของงานวิจัย และ 7) นำเสนอข้อค้นพบให้กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ การตีความของผู้วิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอข้อค้นพบให้กับผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 19 คน

ข้อค้นพบ

การศึกษานี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักและข้อมูลรองมีความเห็นตรงกันว่า ภายใต้การปฏิบัติตัวตามบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า แก่นสาระที่ค้นพบมีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานบทบาททางเพศภาวะ และความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมระหว่างหญิงชาย ประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ เหล้าและมีผู้หญิงเป็นธรรมดาสำหรับผู้ชาย ความรับผิดชอบต่อครอบครัวไม่มีเวลาหยุด เป็นความผูกพันแม่-ลูก ตัดใจไม่ได้ และผู้หญิงต้องอยู่ในบ้าน

เหล้าและมีผู้หญิงเป็นธรรมดาสำหรับผู้ชาย

สังคมไทยเป็นสังคมที่ยอมรับว่าการดื่มเหล้าเป็นเรื่องปกติธรรมดาสำหรับผู้ชาย รวมถึงการที่ผู้ชายมีความสัมพันธ์ทางเพศนอกสมรสไม่ถือว่าเป็นเรื่องเสียหาย¹⁴ แม้ว่าปัจจุบันค่านิยมนี้เริ่มมีการปฏิเสธ ไม่ได้ได้รับการยอมรับ แต่การที่ทั้งหญิงชายถูกปลูกฝังถึง

ความปกติในสองเรื่องนี้มายาวนาน และผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ อาชีพเกษตรกรรม ทำให้ผู้หญิงหลายคนต้องจำยอม อดทนต่อความเครียดเรื้อรังในพฤติกรรมของสามีที่กินเหล้าและมีผู้หญิงอื่น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยหญิงอายุ 40 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพ ทำนา มีบุตร 2 คน

“สามีกินเหล้า สูบบุหรี่ เล่นการพนัน มีอะไรก็ขายไปเล่นหมด และก็เราหาเงินคนเดียวอย่างนี้ ลูกก็เรียนหนังสือ แพนก็ดื่มแต่เหล้า ดื่มเหล้าหนัก ก่อนที่จะมารับการรักษาโรคซึมเศร้าเนาะ นี่ก็ปีที่สอง ก็โดนตีที่ต้นคอ แล้วก็ตีที่หูบวม กะให้เราตาย เขาจะทำเวลาที่เขากินเหล้า ถ้าไม่กินเหล้าเขาก็ไม่ทำ เขาก็ติดการพนันด้วยตอนนั้น”

“ตอนเขาหนีไปเอาผู้หญิงอื่น แถมยังทิ้งหนี้ที่ไปยืมเงินใครมันก็ตกมาที่บ้านนี้ มาบ้านเลขที่นี้ ธกส. เหมือนจะหมดมันก็ไม่หมด ติดผู้หญิง แล้วก็เล่นไพ่ เล่นบอล กินเหล้า ก็ทำให้ปวดหัว ก็คิดว่าถ้าเขาไม่มาใช้หนี้ลูกกับเมียก็จะได้ใช้ ก็เลยคิดมาก คิดปวดหัว” (ผู้ป่วยหญิง อายุ 52 ปี สถานภาพสมรสหม้าย อาชีพ ทำนา มีบุตร 1 คน)

“ปัญหาครอบครัวเลยคะอันดับแรกอย่างที่พูดมา แพนกินเหล้ามีขี้ เงินไม่เข้าบ้าน มีเงินก็เอาไปใช้จ่ายอย่างอื่น อันนี้คือปัญหาคะ ดูแลครอบครัวไม่เต็มมีส่วนมากก็เจออย่างนั้นแหละคะผู้ชาย” (ผู้ป่วยหญิง อายุ 52 ปี สถานภาพสมรสหม้าย อาชีพทำนา มีบุตร 3 คน)

ความรับผิดชอบต่อครอบครัวไม่มีเวลาหยุด

ผู้ให้ข้อมูลหญิง 9 คนบอกว่าผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย อันเนื่องมาจากความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ในครอบครัวทำให้มีเรื่องต้องคิด แก้ไขปัญหาต่างๆ จัดสรรเงินให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายต่างๆในครอบครัว ทำทุกอย่างเพื่อให้บุตร

และสามีมีกิน อบรมสั่งสอนบุตร เป็นที่ปรึกษาให้กับคนในครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยหญิง อายุ 34 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพทำนา สามีดื่มสุราและมีประวัติรุนแรงกับภรรยา

“ผู้ชายเนาะ พอเมาแล้วนอนเนาะไม่คิดอะไรแล้ว พอสามีเล่นการพนันก็ไม่คิดอะไรแล้ว คือจะเล่นการพนันอย่างเดียว แต่ผู้หญิงคิดนะตื่นขึ้นมาเราจะทำยังไงให้บ้านเราน่าอยู่ ให้เรามีชีวิตที่ดีขึ้น มีเงินมาใช้จ่ายในครอบครัวอะไรอย่างนี้ ผู้ชายไม่คิด ”

“เกิดมาเป็นผู้หญิงมันเลี้ยงไม่ได้ มันต้องรับผิดชอบในด้านผู้หญิง ผู้ชายเขาก็ไม่ยอมรับผิดชอบในด้านผู้หญิง เรื่องครอบครัวเรื่องทำกับข้าวกับน้ำอาหารไม่มี เขาก็ไม่ได้เกี่ยวนะผู้ชาย เราต้องหาให้เขากิน เราเป็นผู้หญิงเราต้องดิ้นรนเรื่องครอบครัว วันนี้อย่างหมด ผงชูรสหมด น้ำปลาหมด อะไรหมดเราต้องหา ผู้ชายเขาไม่สนใจ เรายกกับข้าวมาเขาก็กินเลย เขาไม่ถามเลยว่าพริกเอามาจากไหน น้ำปลาเอามาจากไหน เงินที่ซื้อเอามาจากไหน เขาไม่เคยถาม เงินเขาก็เก็บไว้แต่เราเป็นคนจ่ายในครอบครัว เขาไปทำงานนอกบ้านได้เวลากินข้าว เขากลับมาก็กิน เขาก็ไม่ถามว่าเขาไปเอามาจากไหนมาให้เขากิน” (จากวันคืนข้อมูลให้กับกลุ่มผู้หญิง)

แม้กระทั่งสามีของผู้ป่วยก็มีความคิดเห็นสอดคล้องกับกลุ่มผู้หญิงว่าผู้หญิงมีเรื่องต้องรับผิดชอบหลายอย่างในครอบครัวทำให้เกิดความเครียด ดังคำพูด

“เขาเป็นคนใช้จ่ายทุกสิ่งทุกอย่างในครอบครัว... เขาก็รู้ว่ามันเหลือน้อยเหลือมากเนาะ”

“ผู้ชายหาให้แล้วก็แล้วไป... แต่เขา (ผู้หญิง) บางทีก็ซื้อกับข้าว บางทีก็ถูกไปโรงเรียน ไปนั่นนี่ มันหลายอย่างเป็นคนใช้จ่าย”

เป็นความผูกพันแม่-ลูก

ปัญหาพฤติกรรมวัยรุ่นค่อนข้างจะเป็นปัญหาที่พบบ่อยในสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้

สารเสพติด การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เนื่องจากผู้หญิงถูกคาดหวังจากสังคมว่ามีหน้าที่อบรมสั่งสอนลูก ทำให้ลูกใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้หญิง เกิดความใกล้ชิดผูกพันมากกว่าพ่อซึ่งเป็นผู้ชาย และการต้องเป็นผู้รับผิดชอบหลักก่อให้เกิดความตึงเครียดสำหรับผู้เป็นแม่ดังคำพูดของผู้ป่วยหญิง อายุ 38 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพทำนา

“ผู้หญิงคิดกังวลเกี่ยวกับลูกมากที่สุดคะ แล้วแม่คนอื่นก็จะเหมือนกันคะ...คนที่ เป็นเบาหวานแขนขาเน่าเขาเสีย เขาก็ตัดทิ้งแต่ลูกนี่สิ จะตัดลูกซักคนมันทำไม่ได้ พี่น้องยังตัดได้แต่ลูกนี่สิจะตัดยังไงตัดยังไงก็ตัดไม่ได้หรอกคะ... ก็รักนะคะคุณหมอ เพราะรักลูก ในใจยังคิดอยู่ว่าพ่อมันยังรักไม่เท่าแม่ พ่อมันตอนกลางคืนนี้นอนหลับสบาย แต่เรานี่นอนไม่ค่อยจะหลับ จะว่าไปผู้ชายมันก็ไม่เหมือนผู้หญิงนะคะ หรือว่ามันเป็นนิสัยของผู้ชายนะคะเราก็ไม่รู้เหมือนกันแบบว่าไม่ค่อยจะสนใจลูกจะไปไหนจะทำอะไร มีแต่เรานี่สิเป็นห่วงว่าไปไหนทำอะไรกลางค่ำกลางคืน...เขา(สามี)บอกว่ารักมากเหมือนกันลูกทั้งคนรักมาก แต่ดูแลแล้วเขาก็ไม่เครียดเท่าเรา แต่พอเวลาเขาตีลูกนะ เรายังเครียดเลยไม่อยากให้ตี ไม่อยากให้อำนาจ เราเป็นแม่คนเดียวเราจะสอนเอง เราก็พูดนะพอมึงไม่ต้องพูดแล้วเดี๋ยวพูดกับลูกมันเอง เนอะ เวลาผู้ชายพูดกับลูกแล้วพอมืออารมณ์ก็ใช้ความรุนแรง ใช้แต่กำลังนะคะก็เลยไม่ค่อยอยากให้พูด อยากให้สอนเท่าไร”

และในวันที่ผู้วิจัยนำการวิเคราะห์ผลไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักฟัง ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนเห็นด้วยว่าการเป็นผู้หญิงที่ต้องรับผิดชอบอบรมเลี้ยงลูกทำให้เครียดและเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่า ดังคำพูด

“ส่วนมากผู้หญิงเป็นแม่ แม่นี้จะรับเรื่องก่อนพ่อไงคะ เพราะว่าหนูมีลูกผู้ชายสองคนแต่ว่าตอนที่ลูกมีปัญหาลูกมีเรื่องอะไร คิดอะไรไม่ออกส่วนมากจะเดิน

เข้ามาหาแม่ก่อน จะมาพูดคุยกับแม่ก่อน ปรีक्षाแม่แล้วแม่ก็จะไปปรึกษาคุณพ่อทีหลัง เราเป็นต้นใหญ่เลยคะ เราก็รับเรื่องมากกว่า มีเรื่องคิดมาก แก้ปัญหาตอนที่ไปข้างนอก มีปัญหาอะไรมันก็เลยเข้ามาหาคุณแม่ก่อน แม่ก็เลยมีบทบาทมากกว่าคุณพ่อไ้คะ”

“ผู้หญิงถูกสอนมาว่าต้องอบรมสั่งสอนลูก ครั้งแรกก็ลูกอ้อมท้องมาแล้วต้องปฏิบัติตัวดีต่อลูกในห้องแล้วถ้ามีสามีก็ต้องทำตัวให้ดี ก็เป็นเพราะผู้หญิงอีกนั่นแหละ ให้ทำตัวดีก็ให้ทำหน้าที่ดีกับลูกกับสามี อบรมสั่งสอนดูแล ถ้ามีสามีก็ดูแลกัน แต่ผู้ชายก็ดูแลอยู่ แต่เขาไม่ดูแลเต็มที่เด้ แล้วก็ลูกก็ไม่เคยไปปรึกษาพ่อ”

“คงจะเป็นเพราะความผูกพันมากกว่าคะ เพราะว่าเราเลี้ยงลูกมาตั้งแต่อยู่ในท้องเนาะจนเขาคคลอดออกมา จนโต จนรู้ว่าอะไรเป็นอะไร แต่คุณพ่อไม่ได้อยู่กับลูก มีแต่คุณแม่อยู่”

“เราผู้หญิงนี่เปรียบเหมือนถึงขยะจะดีหรือชั่วก็ทิ้งลงนี่ละ...ทิ้งลงนี่ละ เก็บไว้นี่ละ เน่าก็ช่างมัน เหม็นก็ช่างมันนะ ตีบ่ชั่ว เออลูกมึงไม่ตี มือนี่ลูกมึงไปตีคนกินเหล้าเมายาตามกวางอยู่พ่น ก็ลงนี่ละ เราก็ไม่ไปพูดให้พ่อเขาฟังเพราะว่าผู้ชายนี่มันแรง ก็คือถ้ามันได้ยินคือฆ่าอย่างเดี๋ยวนะ เราก็กลัวเขาฆ่าลูกเราเราก็ไม่พูดเราก็เก็บไว้ เราก็รอแก้ไขเอาทีหลังค่อยพูดกับลูกไปลูกอย่าทำอย่างงั้นอย่างงี้เด้อ เดียวพ่อได้ยินพ่อจะตีนะเราก็ค่อยพูดเอาเพราะว่าเรารักลูกเรามาก เหมือนกับเรารักมากกว่านะ เราก็ไม่ยอมพูดให้ตัวพ่อเขาได้ยิน พ่อเขาก็ไม่ได้รู้ว่าจะลูกเขาชั่ว แต่ว่าตัวเรารู้พอตายแล้วละ ก็เลยไม่ตีไม่ชกก็ลงมานี่หมัดนั่นละเลยเปรียบเหมือนถึงขยะ”

ในประเด็นนี้ผู้ชายหลายคนก็มีความคิดเห็นตรงกับผู้หญิงว่าผู้หญิงอยู่บ้าน อบรมสั่งสอนลูกเลยทำให้แม่ใกล้ชิดผูกพันกับลูกมากกว่าพ่อ เครียดเรื่องลูกมากกว่า พ่อดังคำพูดจากสนทนากลุ่มสามีผู้ป่วยหญิง

“เพราะว่าเขานี้อยู่ด้วยกันตลอดใจ พวกผู้ชาย มีแต่ออกนอกบ้านไปหาทำงานทำการ อย่างอื่นมันไม่รู้เรื่องกับเขาอะ”

“คิดหนักกว่าผู้ชายอยู่ ผู้ชายตื่นขึ้นก็ไปหาทำงานแล้ว เขาก็อุ้มลูก ลูกอยู่กับเขานั่นละ ลูกเขาก็กินนมแม่นะ ก็เลยผูกพันกว่าเรา”

“การบ้านเขาก็เป็นคนดูแลลูกนั่นนะครับ พวกผู้ชายมันไม่ค่อยได้อบรมสั่งสอนลูกเท่าไรนะครับ ก็มีแต่แม่บ้าน”

ตั้งใจไม่ได้

แม้ว่าจะอยู่ในครอบครัวเดียวกันเผชิญกับปัญหาเหมือนกัน เช่นพฤติกรรมลูก ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว แต่เพศหญิงและเพศชายมีมุมมองต่อปัญหาแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพศชายไม่จมอยู่กับความคิดวนซึ่งถูกมองว่าเป็นคนใจแข็ง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยหญิง อายุ 45 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพทำนา สูญเสียมารดา 5 ปีและบุตรมาเสียชีวิตในปีต่อมา “ผู้ชายจิตใจเขาแข็ง ผู้หญิงเรามีเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ก็ร้องไห้...เพราะผู้หญิงจิตใจมันอ่อน ทำจิตใจไม่ได้เหมือนผู้ชาย ผู้ชายจิตใจเขาแข็งเขารับผิดชอบอะไรก็ได้ เราก็รับผิดชอบได้แต่จิตใจเรามันไม่แข็ง”

ผู้ให้ข้อมูลชายเองก็มีความเห็นสอดคล้องกันว่าผู้ชายมีจิตใจที่เข้มแข็งกว่าตรงกันดังตัวอย่างคำพูดของสามีผู้ป่วยหญิงในการสนทนากลุ่ม

“พูดถึงผู้ชายมันใจแข็งแบบว่ามันจะทำอะไรก็ช่าง ไม่ได้ไปยุ่งเกี่ยว ตายก็ตาย ก็แล้วไปเลย เท่านั้นละ ผมเป็นคนใจอย่างงั้น ถ้าบอกไม่ฟังก็ปล่อยเลย ถ้าจับไปก็เพราะแม่พ่อกับเป็นผู้รับ ผมจะไม่ยุ่งเกี่ยว บอกไม่ฟังจะไม่ยุ่งเกี่ยว ถ้าพอบอกแล้วไม่ฟังความ พอก็ปล่อยเลย”

“ก็รักอยู่ครับ ก็อยากให้มันได้ดีก็สอนมันบอกมัน ตั้งแต่เรียนหนังสือผมก็บอกว่าถ้าเรียนนะอย่าให้มันได้ เป็นกรรมกรเหมือนพ่อ เรียนหนังสือนะเรียนให้มันสูง

ไปเลย มันจะได้นั่งอยู่ในร่ม มันจะไม่ได้ตากแดดเหมือนพ่อ ผมว่าอย่างงี้ บาดนี้ถ้ามันเก็กถ้าไม่พอใจเรียนออกก็ปล่อยไปเลย นี่ละครับผม มันจะกลัวพ่อนะ แม่มันไม่กลัว...ครับ แม่นี้บ่กลัวเลย แม่นี้ขอเงินขออะไรก็ช่าง เข้าไปหาแม่บ๊อบเลย พ่อนี้ไม่กล้าขอ เพราะว่าขอพ่อไม่ให้ ถ้าไม่มีธุระจำเป็นพ่อไม่ให้เลย แต่ว่าถ้าไปเรียนหนังสือ นี่ถ้าว่า ถ้าอาจารย์เพิ่มขึ้นค่าข้าวจะพอ จานละ 15 บาท เออจานละ 15 บาทเอาไปเท่าไรถึงจะพอเอาไป 50 บาท พ่อให้ 50 บาท ถ้าไปเรียนหนังสือ แต่ว่าถ้าขอไปธุระเอาไปซื้อรถเล่นซื้อรถไปเที่ยวนี้ไม่ได้ ต้องเข้าหาแม่บ๊อบ นี่ละข้ออ่อนหลาย ต้องไปได้กับแม่”

ผู้หญิงต้องอยู่ในบ้าน

ทั้งผู้ให้ข้อมูลชายและหญิงมีความเห็นตรงกันว่าจากบรรทัดฐานของสังคมที่ยอมรับว่าการออกนอกบ้านของผู้ชายเป็นเรื่องปกติ ทำให้ผู้ชายบางคนก็มีความเสี่ยงต่อการติดสุรา แต่ผู้หญิงที่ดีควรอยู่บ้าน ทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่า เพราะผู้หญิงจะขาดโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์กับคนนอกบ้าน การอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมๆ ทำให้ไม่มีสิ่งอื่นมาหันเหความสนใจไปได้ ตกอยู่ในวงจรความคิดเดิมๆ ดังตัวอย่างคำพูด ผู้ป่วยหญิง อายุ 40 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพทำนา สามีดื่มสุรา

“เวลาเราเครียดผู้หญิงจะออกนอกบ้านไม่ได้เนาะผู้ชายฉันออกได้นะ ต้องออกต้องไป แต่ผู้หญิงไปไม่ได้เนาะคนอื่นจะว่า สามีจะว่า ลูกจะว่าเป็นแม่ยังงัย ผู้ชายเขาไม่คิดนะ ฉันจะไปดื่มเหล้ากับเพื่อนใครจะว่ายังงัยฉันเป็นผู้ชาย แต่ฉันเป็นผู้หญิงฉันไปไม่ได้ เนี่ยก็แตกต่างมากแล้วคุณหมอ ความคิดผู้ชายกับผู้หญิง”

“สามีก็กลุ้มเรื่องครอบครัวอย่างที่ยายว่ามานี้แหละคะ กลุ้มเรื่องครอบครัวไม่มีเงินไม่มีทองต้องรักษา ลูกหลานอย่างนี้แหละ ยายก็กลุ้มแกก็กลุ้มเหมือนกัน แกกลุ้มแกหันไปหาเหล้า...พอก็เครียด ยายก็...ตื่นขึ้น

มากก็กินเลยแล้วค่อยไปเอาหญ้ามาให้วัว กลับมากก็มากินอีก ก่อนกินข้าวอย่างนี้ ...ความเครียดนี้แหละ แต่ก่อนแกก็ไม่ใช่ แกก็เพิ่งเป็นมาสองสามปีนี่แหละช่วงที่ลูกหลานเสียเงินหมดนี้แหละ เงินก็เริ่มไม่มี แรงก็อ่อนลงเพราะว่าแกแล้วก็เลยเครียด ...แต่ก่อนไม่ค่อยกิน ทำแต่งงาน พอมีหนี้สินเข้ามา ลูกหลานก็รักษาไม่หาย แกก็เลยมาเริ่มกินเหล้า แกก็คงจะหงุดหงิด บางก็ไม่กินข้าว” (ผู้ป่วยหญิง อายุ 62 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพทำนา เลี้ยงหลานที่พิการ มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย สามีดื่มสุรา)

“เขาคงคิดอยู่ค่ะ แต่ว่าเขามีที่ระบายใจคะ เขาออกนอกบ้านเขาก็ไม่ได้คิดมากเขาคุยกับเพื่อนได้ เขาไปเล่นนั่นเล่นนี่กับเพื่อนเขาก็ได้ ผู้หญิงอยู่บ้าน” (จากวันคืนข้อมูลกับกลุ่มผู้หญิง)

“ถ้าเขาเป็น(ซึมเศร้า) เขามีทางแกใจคะ เขาอาจจะไปดื่มเหล้าไปเฮฮากับเพื่อนๆ ก็ได้ มีทางแกใจเครียด เขาจะไม่มานั่งซึมอยู่บ้านเหมือนเรา” (จากวันคืนข้อมูลกับกลุ่มผู้หญิง)

ผู้ชายที่เป็นสามีของผู้หญิงก็มีความคิดเห็นตรงกันว่า การที่ผู้หญิงอยู่บ้านมากกว่าทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่า ดังตัวอย่างคำพูดในวันสนทนากลุ่มกับสามีผู้ป่วย

“มันไม่ค่อยได้ทำงานอยู่บ้านล่ะครับ มันทำงานนอกบ้าน ที่นี้ก็ได้ยุ่งเกี่ยวกับครอบครัว พวกผู้หญิงเขาจะอยู่กับครอบครัวกับอะไรอย่างนี้จะครับ เป็นแบบว่าเป็นคนหมุ่นในครัว ทำงานครัวทำงานบ้านอย่างนี้จะครับ แต่ผู้ชายนี้ถ้าตื่นขึ้นก็ไปทำงานนอกบ้าน แล้วมันไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับเรื่องมาคิดพวกนี้ครับ คิดแต่เรื่องงานข้างหน้า มันก็เลยไม่ได้เป็นครับ”

“เห็นของของเขาที่อยู่บ้าน บางทีก็เสื้อผ้าของลูกที่เสียไป บางทีก็รูปมันเลยทำให้เกิดโรคซึมเศร้า เกิดความคิดมาก และผมทำงานกับเด็ก (เป็นภารโรง)

ก็ดูดำเด็กบ้าง บางทีเด็กก็เล่นด้วยบ้างหยอกเล่นอะไรอย่างงี้” (ลูกเสียชีวิต แต่ผู้หญิงคิดมากกว่าผู้ชาย)

“แตกต่างเพราะไปทำงานนอกบ้านมันก็ได้พบคนเยอะอยู่แต่บ้านมันก็อยู่หนึ่งๆ นอนๆ มันก็เลยซึมๆ เศร้าๆ ไป

ให้ผู้ชายออกไปนอกบ้านครับ คือมันก็ดีอย่าง เพราะว่าเราไม่ได้อยู่ตามลำพังคนเดียว มีเพื่อนคุยบ้าง มันก็เพลินไป เพลิดเพลินไปทำงานด้วยกันเวลาทำงานเขาไปรับจ้างก็ไปด้วยกันก็หยอกล้อกันไปคุยกันไปก็เพลิดเพลินไปจนค่าก็กลับบ้านครับ มันผู้หญิงอยู่ตามลำพังคือที่พูดนี้ที่เอาอันนั้นมาคิด เอาอันนี้มาคิดครับ ถ้ามีงานทำนะพวกที่เป็นแม่บ้านนี่มีถ้าเราทำอะไรเป็นซักอย่างเนี่ยแล้วเราเอามาทำอะไรดี หออะไรมาทำไมต้องไปนั่งคิดนอนคิด มีอะไรก็เอามาทำอะไรให้มันหนักใจ... ก็ทำให้ให้มันเพลิน เราอย่าไปคิด ผมว่าจะเป็นคนนี้”

แม้กระทั่งออกนอกบ้านไปเพื่อไปรับการรักษา ผู้หญิงก็อาจถูกครหาได้อันเนื่องมาจากความเป็นหญิง ดังคำพูดของผู้ป่วยหญิง อายุ 52 ปี สถานภาพสมรสหม้าย อาชีพทำนา มีอาการเครียดเรื้อรังมา 10 กว่าปี

“เราเครียด คิดมาก ไปหาหมอที่คลินิกเอายาคลายเครียด ยานอนหลับ ไปหาหมอที่คลินิกบ่อย ชาวบ้านก็พูดหาว่าไปติดหมอ ไปโรงพยาบาลเข้าออกบ่อยก็อายเขา หมอที่คลินิกว่าเราเครียด เราวัยทอง”

วิจารณ์

แม้ว่าข้อค้นพบจากการศึกษานี้สนับสนุนองค์ความรู้ความรู้อันมีอยู่เดิมว่าการเกิดโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเครียดสะสมเรื้อรัง ปัญหาสัมพันธภาพและการเผชิญเหตุการณ์สำคัญๆ ที่ตึงเครียดในชีวิต²⁰⁻²² แต่หากตั้งคำถามว่าเพราะอะไรความเครียดนี้จึงเกิดขึ้นกับเพศหญิงมากกว่าชาย การอธิบายในมุมมองของเพศภาวะย่อมสามารถช่วยทำให้กระจ่างขึ้นได้ อันจะ

นำไปสู่การหากลวิธีในการป้องกัน หรือการช่วยเหลือที่มีความเฉพาะเจาะจงได้มากขึ้น เมื่อมองในประเด็นของเพศภาวะ ย่อมทำให้มีมุมมองในเชิงลึกถึงประเด็นการกล่อมเกลாதางสังคมที่มีค่านิยมเชิงซ้อน (double standard) เป็นค่านิยมในความไม่เสมอภาคระหว่างเพศ¹⁴ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างหญิงชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงที่เข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงที่อยู่ในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป การศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพทำนา อยู่ในเขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท ถูกกล่อมเกลารวมในเรื่องของผู้ชายเป็นใหญ่ การมีผู้หญิงอื่นเป็นเรื่องธรรมดา การดื่มเหล้าเป็นเรื่องปกติทำให้ผู้ชายหลายคนดื่มจนติดเหล้า นำมาสู่การเกิดความรุนแรงในครอบครัว²³ ผู้หญิงจึงต้องอยู่ในภาวะจำยอมอดทนเผชิญอยู่กับความเครียดเรื้อรัง ซึ่งสถานการณ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาในหลายๆ เรื่องที่ผ่านมา^{9-13,24}

บทบาทหน้าที่ในครัวเรือนของเพศหญิงในการดูแลตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวให้สมาชิกในครอบครัวมีความสุขความสบาย งานนี้เป็นงานที่ต้องกระทำต่อเนื่องหลายชั่วโมง สอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้หญิงอินเดียที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ต้องทำงานตั้งแต่ 6 โมงเช้าถึง 4 ทุ่ม ใช้เวลาทำงานบ้านยาวนานเฉลี่ย 8 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งยังไม่รวมเวลาในการดูแลให้บุตรทำการบ้าน⁹ แต่งานนี้ไม่ได้ถูกให้คุณค่าเมื่อเปรียบเทียบกับงานที่มีรายได้ของผู้ชายที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญต่อครอบครัว¹⁴ โดยเฉพาะหากเป็นครัวเรือนที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจซึ่งพบเป็นจำนวนมากในการศึกษาคั้งนี้ย่อมทำให้ผู้หญิงต้องคิดบริหารแก้ไขปัญหาในทรัพยากรที่จำกัดของครอบครัว การต้องคิดแก้ไขปัญหาแม้ว่าจะถูกมองว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยแต่ต้องคิดตลอดเวลา นำไปสู่การเกิดวงจรความคิดหมกมุ่น (ruminative thought) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ

การเป็นโรคซึมเศร้า²⁵ ดังนั้นการที่ผู้หญิงมีความคิดหมกมุ่นมากกว่าผู้ชายจึงอาจไม่ใช่เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้หญิงใช้บ่อยแต่เป็นเพราะผู้หญิงต้องมีเรื่องให้คิดแก้ไขปัญหาตลอดทั้งวัน หากเข้าใจในแง่มุมนี้ย่อมนำไปสู่การเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยหญิงกลุ่มนี้มากขึ้น

เมื่อผู้หญิงถูกคาดหวังว่าหน้าที่ย่อมรับผิดชอบบุตรเป็นหน้าที่ของเพศหญิง ทำให้หลายคนรู้สึกว่าเป็นความรับผิดชอบของตนที่จะต้องเลี้ยงดูบุตรให้เป็นคนดี ความสำเร็จในบทบาทหน้าที่นี้ และการมีความภาคภูมิใจในตัวเองจึงถูกผูกมัดขึ้นอยู่กับความสำเร็จ การเป็นคนดีของคนอื่น^{10,17,26-27} ไม่ใช่ตัวเองซึ่งก็คือบุตร หากบุตรเป็นคนที่ไม่ประสบความสำเร็จ หรือมีความประพฤติที่เป็นปัญหา ย่อมทำให้ผู้หญิงตำหนิตนเองที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้สมบูรณ์¹⁵ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่พ่อใช้ความรุนแรง หรือไม่เข้ามารับรู้มีส่วนร่วมต่อการมีบทบาทในการอบรมสั่งสอนบุตรในสภาพสังคมที่มีความเสี่ยงต่อเด็กและวัยรุ่นในยุคนี้ ย่อมทำให้ผู้หญิงกลุ่มนี้อยู่ในภาวะเก็บกด มีความกดดัน นำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า หากสังคมมาสนับสนุนว่าการอบรมสั่งสอนเป็นบทบาทหน้าที่ทั้งของพ่อแม่ร่วมกัน ย่อมทำให้ผู้หญิงลดความกดดันลง

เพศหญิงได้รับการกล่อมเกล่าว่าต้องคิดถึงลูกและสามี โดยเฉพาะอย่างยิ่งลูก ทำให้ไม่สามารถตัดใจยอมรับและปล่อยวางกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของลูกได้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้หญิงอินเดียที่เป็นโรคซึมเศร้า⁹ ทำให้ผู้หญิงหลายคนลืมนึกที่จะมาสนใจรักและดูแลตนเอง เอาความทุกข์ของผู้อื่นมาสู่ตนเอง หรือควบคุมชีวิตคนอื่น¹⁰⁻¹² วิธีการที่ช่วยทำให้ผู้หญิงกลุ่มที่เป็นโรคซึมเศร้าและมีอาการดีขึ้น คือให้เวลากับตัวเอง พยายามที่จะไม่ไปรับผิดชอบชีวิตคนอื่น รักตนเองดูแลดูแลตนเอง รักษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและการดูแลผู้อื่น ประเด็นที่สำคัญที่

ผู้หญิงทุกคนพูดถึงคือ ความสามารถในการควบคุมชีวิตตนเอง^{10-11,17} กลุ่มผู้หญิงที่ยังมีอาการซึมเศร้า บอกเล่าว่าเขารู้ว่าต้องพยายามรักษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับการดูแลผู้อื่น แต่เป็นสิ่งที่ยากจะทำได้ เพราะมักจะมีผู้คนที่ไม่สามารถดูแลผู้อื่น หรือไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้อื่นได้¹⁰

คำนิยามที่บอกว่าเพศหญิงต้องอยู่กับบ้านทำให้โอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อยลง เป็นคำนิยามเชิงซ้อนที่ทำให้ผู้ชายมีโอกาสได้รับประโยชน์จากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมนอกบ้าน การมีแหล่งสนับสนุนช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิง²⁸ และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมต่างๆ ช่วยลดอาการซึมเศร้า²⁹

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหากวิเคราะห์ในมุมมองของเพศภาวะในระดับของโครงสร้างทางสังคม การกล่อมเกลாதางสังคมต่อบทบาทหญิงชายที่ไม่เสมอภาคกันมีความเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคซึมเศร้า และจากการศึกษาของศิริพร จิรวัดนกุล และคณะ (มปป.) พบว่าผู้ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพจิตส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศภาวะไม่ถูกต้อง ดังนั้นควรนำมิติเพศภาวะเข้ามาในการกำหนดนโยบายการปฏิบัติงานในการส่งเสริม ป้องกัน และบำบัดโรคซึมเศร้าที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

2. สนับสนุนให้มีการจัดอบรมทีมสุขภาพจิตให้มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ อันจะนำไปสู่การให้การบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

3. ในกระบวนการบำบัดทางจิตสังคมกับผู้ป่วยหญิงซึมเศร้าการส่งเสริมพลังอำนาจในตัวเอง และสนับสนุนให้ผู้หญิงรักษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองดูแลตนเองกับการดูแลผู้อื่นเป็นสิ่งจำเป็น

4. การบำบัดทางจิตสังคมที่เน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม หรือสัมพันธ์ภาพบำบัด การทำความเข้าใจโครงสร้างทางสังคมที่มีผลต่อวิถีการคิด ความคาดหวังต่อบทบาทของเพศหญิง และความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างหญิงชายเข้ามาสู่กระบวนการรักษาจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ต้นเหตุ

5. ผู้ที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายทางสังคมจริงทำให้ความรู้การกล่อมเกลாதางสังคมที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงการคาดหวังต่อบทบาทหญิงชายให้มีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบันที่ทั้งหญิงและชายต้องมีความยืดหยุ่นในบทบาท เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ความทุกข์ใจ ความตึงเครียดในการแสดงบทบาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอบรมเลี้ยงดูบุตร การรับผิดชอบงานบ้าน และให้คุณค่าต่องานทุกงานเท่ากันโดยไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน คำนิยามเชิงซ้อนที่ก่อให้เกิดความไม่เสมอภาคระหว่างเพศควรได้รับการแก้ไข

6. ควรมีการศึกษาผลกระทบต่อการดำรงบทบาทหน้าที่ทางเพศภาวะ และความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียม ในแต่ละกลุ่ม เช่น เพศหญิง ชาย ที่มีอายุ การศึกษา อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน องค์ความรู้ที่ได้จะนำไปสู่การให้บริการที่มีความเฉพาะเพื่อการให้บริการที่มีความเสมอภาคและความเป็นธรรมในด้านสุขภาพ

สรุป

การศึกษานี้พบว่าบทบาททางเพศภาวะมีความเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคซึมเศร้า พฤติกรรมการติดสุรา และหรือมีผู้หญิงอื่นของสามี พฤติกรรมที่มีปัญหาของบุตร ความรับผิดชอบต่อครอบครัวที่ต้องบริหารจัดการภายใต้ภาวะปัญหาทางเศรษฐกิจในครอบครัว และโอกาสการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมนอกบ้านมีน้อย ทำให้

ผู้หญิงมีเรื่องต้องคิดหมกมุ่น ก่อให้เกิดความเครียด เรื่องนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า ดังนั้นการบำบัดโรคซึมเศร้าในผู้หญิงกลุ่มนี้ผู้บำบัดควรมีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้ที่กรุณาเสียสละเวลาบอกละเอียดประสบการณ์ส่วนตัวให้คณะผู้วิจัยได้เรียนรู้ และคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยผ่านกรมสุขภาพจิต

References

1. Department of Mental Health. The 2003 National epidemiology survey on mental health in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2004.
2. Lueboonthavatchai O, Lueboonthavatchai P. Psychosocial treatment for depressive disorder. Bangkok: Thanapress; 2010.
3. Afifi M. Gender differences in mental health. Singapore Med 2007; 48:385-91.
4. World Health Organization. Gender and women's mental health. Geneva; 2005
5. World Health Organization. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva; 2009.
6. Tang TN, Tang CS. Gender role internalization, multiple roles, and Chinese women's mental health. Psychology of Women Quarterly 2001; 25:181-96.
7. Friedrich LS. Gender issues in mental health. Available from: <http://www.minddisorders.com/Flu-Inv/gender-issues-in-mental-health.html>, [Lited15/04/2006]
8. World Health Organization. Gender and women's mental health. Geneva; 2002.
9. 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.
10. Vidler HC. Women making decisions about self-care and recovering from depression. Women's Studies International Forum 2005; 28:289-303.
11. Waite R, Killian P. Perspectives about depression: explanatory models among African-American Women. Psychiatric Nursing 2009; 23:323-33.
12. Gask L, Aseem S, Waquas A, Waheed W. Isolation, feeling 'stuck' and loss of control: understanding persistence of depression in British Pakistani women. J Affect Disord 2010; doi: 10.1016/j.jad.2010.06.023.
13. Niemi ME, Falkenberg T, Nguyen M TT, Nguyen M. TN, Patel V, Faxedid E. The social contexts of depression during motherhood: a study of Explanatory models in Vietnam. J Affect Disord 2010; 124:29-37.
14. Wasikasan W, Hamaprasit S. How does Thai society expect from Thai women? Bangkok: Thammasat University Press; 1998.

15. Phaokuntarakorn W. Depression: experiences of Jomtook-pontook among Issan women. Dissertation for the degree of Philosophy in Nursing. Graduate school Khon Kaen University; 2005.
16. Trivedi JK, Misha M, Kendurkar A. Depression among women in the South-Asian region: The underlying issues. *J Affect Disord* 2007; 102:219-25.
17. 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.
18. 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: Sirithum Press; 2006.
19. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle, RS. King M. (Eds.) *Existential phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University Press; 1978:48-68
20. Arunpongpaisal S. Causes and factors related to depressive disorder. In Kongsuk, T. *Depressive disorder. State of knowledge from literature review*. Ubonratchatane: Sirithum Press; 2007:55-102.
21. KongsukT, Udomratn P, Arunpongpaisal S, Lotakul M, et al. Association between stressful life events and the onset of major depressive disorder episode in patients from five university hospitals in Thailand, 2006. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2008; 51:61-8.
22. Lueboonthavatchaim L, Thavichachart N, Lertmaharit S. Relationship between interpersonal problem areas and depressive disorder in Thai depressed patients : a matched case-control study. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2008; 53:69-80.
23. Sherer P, Wongupparat P. Social dimension of drinking related to family violence. *J Sahasat* 2009; 9:194-222.
24. Rangseekajee P, Patjanasontorn N, Sanun-ua H. The Prevalence of Depressive Disorders Among the Spouses of Patients with Alcohol. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2006; 51:167-77.
25. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science* 2001; 10:173-6.
26. Hammen C. Interpersonal stress and depression in women. *J Affect Disord* 2003; 74:49-57.
27. Crame KM, Gallant MD, Langlois MW. Self-silencing and depression in women and men: Comparative structural equation models. *Personality and Individual Differences* 2005; 39:581-92.

-
28. Hann D, Baker F, Denniston M, Gesme D, Reding D, Flynn T, Kennedy J, Kieltyka L. The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *J Psychosom Res* 2002; 52:279-83.
29. Parikh VS, Segal VZ, Grigoriadis S et al. Canadian network for mood and anxiety treatment (CANMAT) 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-s25.