

การรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท¹
Perceiving Stigma and Discrimination of Patients with Schizophrenia

อมรรัตน์ ศรีภา²
Amornrat Sripa³

Abstract

This survey research used a quantitative method. The objective of this study was to investigate stigma and discrimination against schizophrenic patients. The sample of this study was 30 patients diagnosed with schizophrenia according to ICD-10 Diagnostic Criteria of Schizophrenia. They were the clients to receive inpatient treatment at NakhonPhanomRatchanakarin Psychiatric Hospital. Data were collected through a questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation. Scores were divided into three levels namely: 1.00 - 1.67 refers to never, 1.68 - 2.35 refers to occasionally, and 2.36 - 3.00 refers to frequently/regularly.

The results of studying perceived stigma of schizophrenic patients in three aspects showed that 1) the patients had never perceived stigma of facial /visual expression with total mean score of 1.31, 2) the patients had never perceived stigma of gesture expression with total mean score of 1.07, and 3) the patients occasionally perceived stigma of verbal expression with total mean score of 1.95.

By studying the perceived discrimination in seven aspects, the results showed that 1) the patients had never perceived discrimination in social and family participation with a mean score of 1.29, 2) the patients had never perceived work discrimination with a mean score of 1.07, 3) the patients had never perceived discrimination in education with a mean score of 1, 4) the patients had never perceived discrimination in family institution building with a mean score of 1.12, 5) the patients had never perceived discrimination in accessing and utilizing health services with a mean score of 1.03, 6) the patients had never perceived discrimination in accessing and utilizing public services with a mean score of 1.05, and 7) the patients had never perceived discrimination in justice process with a mean score of 1.50.

The suggestions include that readiness or self-care planning for a long run should be promoted. In the future, the patients may live alone, have nobody to care for. It is important to be ready to cope with perceived stigma and discrimination against patients. Social workers should diagnose problems. When the patients had perceived stigma and discrimination, advices should be provided to help, heal, and reinforce the patients to enhance their self-esteem as well as to heal the patient family member' heart. Home visiting should be promoted before and after discharging the patients with the cooperation of the

¹ บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของสารนิพนธ์ เรื่อง “การรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท”

² นักศึกษาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

³ Master's student, Faculty of Social Administration, Thammasat University, Thailand

E-mail: nam_itim@hotmail.com

community network. Cooperation with a multidisciplinary team should be encouraged in educating the methods of appropriately caring for these patients.

Keywords: Schizophrenic Patients, Stigma, Discrimination

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องการรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาเชิงสำรวจโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาการรับรู้ตราประทับและการถูกเลือกปฏิบัติในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 โดยเป็นผู้ป่วยจิตเภทรายเก่าที่กลับเข้ามาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์รวมทั้งสิ้น 30 ราย เก็บรวบรวมด้วยแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1.00 – 1.67 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับไม่เคยเลยช่วงคะแนน 1.68 – 2.35 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับบางครั้ง ช่วงคะแนน 2.36 – 3.00 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับบ่อยครั้ง/เป็นประจำ

ผลการศึกษาการรับรู้ตราประทับของผู้ป่วยจิตเภทใน 3 ด้าน พบว่า 1) ผู้ป่วยไม่เคยรับรู้ตราประทับด้านการแสดงออกทางสีหน้า/สายตา ค่าเฉลี่ย 1.31 คะแนน 2) ผู้ป่วยไม่เคยรับรู้ตราประทับด้านการแสดงออกทางท่าทางอยู่ ค่าเฉลี่ย 1.07 คะแนน และ 3) ผู้ป่วยรับรู้ตราประทับด้านการแสดงออกทางคำพูดเป็นบางครั้ง ค่าเฉลี่ย 1.95 คะแนน

ผลการศึกษาการรับรู้การเลือกปฏิบัติ ใน 7 ด้าน พบว่า 1) ผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การเลือกปฏิบัติด้านการมีส่วนร่วมในสังคมและครอบครัว ค่าเฉลี่ย 1.29 คะแนน 2) ผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การเลือกปฏิบัติด้านการทำงาน ค่าเฉลี่ย 1.07 คะแนน 3) ผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การเลือกปฏิบัติด้านการศึกษา ค่าเฉลี่ย 1 คะแนน 4) ผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การเลือกปฏิบัติด้านการสร้างสถาบันครอบครัว ค่าเฉลี่ย 1.12 5) ผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การเลือกปฏิบัติด้านการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์บริการสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 1.03 6) ผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การเลือกปฏิบัติด้านการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์บริการสาธารณะ ค่าเฉลี่ย 1.05 7) ผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม ค่าเฉลี่ย 1.50

ข้อเสนอแนะ ควรศึกษาการเตรียมความพร้อม หรือการวางแผนดูแลตนเองในระยะยาวของผู้ป่วย ทั้งเรื่องอนาคต หากผู้ป่วยเหลือแต่ตนเองเพียงลำพัง ไม่ครอบครัวดูแล จะเตรียมการรับมือต่อการรับรู้การเกิดตราประทับและการถูกเลือกปฏิบัติ อย่างไรนักสังคมสงเคราะห์ควรวินิจฉัยปัญหา เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติ ควรรับดำเนินการให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ เยียวยาจิตใจผู้ป่วย และเสริมแรงจิตใจให้ผู้ป่วยให้เห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งอาจรวมถึงการเยียวยาจิตใจครอบครัวของผู้ป่วย การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านก่อนหรือหลังการจำหน่ายร่วมกับเครือข่ายชุมชน การร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการให้ความรู้เรื่องวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในทางที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท, ตราประทับ, การเลือกปฏิบัติ

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบได้มากที่สุด มีความรุนแรงและเรื้อรัง จากข้อมูลสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต 2559 พบความชุกผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศจำนวน 426,679 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 299,568 คน (กรมสุขภาพจิต, 2559) ซึ่งการเจ็บป่วยทางจิตก่อให้เกิดผลกระทบหลายอย่าง ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทั้งในด้านความสามารถในการดำเนินชีวิต การอยู่ร่วมกับผู้อื่น การประกอบอาชีพ การสร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว ผู้ป่วยบางรายที่เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน ขาดแรงจูงใจในการรักษา ไม่เอาใจใส่ต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม จนในที่สุดมีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อภาวะบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมลง เสี่ยงต่อการกำเริบสูง หากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบจนมีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว มักส่งผลกระทบไปถึงการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน ญาติ เพื่อนบ้าน คนในชุมชนอาจเกิดทัศนคติ

ที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย เกิดความเบื่อหน่าย หวาดกลัว ไม่ยอมรับผู้ป่วย ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างกัน เกิดการปฏิเสธ ทอดทิ้ง ไม่ยอมรับผู้ป่วย สร้างตราประทับให้กับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแล ถูกปล่อยปละละเลย จนมีอาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

ปัจจุบัน ถึงแม้ว่าจะมีการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจำนวนมากสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติ แต่ผู้ป่วยยังอาจถูกมองว่าเป็นบุคคลอันตราย น่าหวาดกลัว และพบว่าผู้ที่เป็น โรคจิตเภทจะมีการรับรู้ตราประทับจากบุคคลรอบข้างและสังคมมากที่สุดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้รู้สึกทรมานใจ (Schulze & Angermeyer, 2003) จากการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดความละเอียดเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตของตน มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย (Dickerson, Somerville, Origoni, Ringel, & Parente, 2002) คนไทยบางส่วนมีทัศนคติต่อคนที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ในทางลบทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าไปรักษา ถ้ารักษาแล้วจะถูกประทับตรา ทำให้ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับโรคและโอกาสที่จะหายก็น้อยลง (เครือวัลย์ เทียงธรรม, 2548) เมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วยนานขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้มีความหวังน้อย ประกอบกับความไม่เข้าใจของตัวผู้ป่วยเองและสังคมมีอยู่อย่างจำกัด อาจทำให้ทั้งผู้ป่วย รู้สึกว่าถูกเลือกปฏิบัติ จำกัดสิทธิ์ เป็นเหตุหนึ่งของการไม่ได้รับการรักษาที่ดี (สมรักษ์ ชูวานิชวงศ์ อ้างถึงในบังอร จิตรังษี, 2550) จากความไม่เข้าใจของสังคมและการไม่ยอมรับโรคทางจิตเวช ทำให้เกิดการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเป็นตราประทับทั้งในผู้ป่วยจิตเวชตลอดจนผู้ดูแล

ปฏิกริยาอันหลากหลายที่เกิดขึ้นที่บุคคลในครอบครัว ชุมชน หรือสังคมมีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช ถือเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นในสังคม เพราะเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น ไม่เป็นไปตามบรรทัดฐานของสังคมย่อมเป็นสิ่งที่ต้องถูกประทับตรา จนก่อให้เกิดความแปลกแยกและถูกขับออกจากสังคม เพื่อความปกติยังดำรงไว้ (มธุรส ศิริสถิตกุล, 2550) เมื่อเป็นดังนี้สิ่งที่เรียกว่าตราประทับจึงได้เกิดขึ้น และย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ชุมชน ทั้งในด้านการกีดกันทางสังคม การเลือกปฏิบัติ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมและอาชีพ ในผู้ป่วยจิตเวชบางรายอาจไม่กล้าหรือไม่อยากพบผู้ให้ช่วยเหลือ และท้ายที่สุดผู้ป่วยก็จะทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น (นิธิตา แสงสิงแก้ว, 2549)

ผู้ป่วยเรื้อรังและคนพิการทุกประเภทเป็นกลุ่มเป้าหมายของงานสังคมสงเคราะห์ และการสังคมสงเคราะห์จิตเวช มุ่งเน้นประเด็นทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเวชอันเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการป้องกัน การรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อกลับสู่ครอบครัวและสังคมได้อย่างบูรณาการอีกครั้ง (Community reintegration) ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญสำหรับผู้ป่วยทุกราย และสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนขององค์การอนามัยโลก ซึ่งระบุเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตและส่งเสริมสุขภาพจิตโดยสมาชิกของชุมชนทุกคน (WHO, 2010)

ตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นถึงนัยยะสำคัญของประเด็นเกี่ยวกับตราประทับที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ชุมชน ทั้งในด้านการกีดกันทางสังคม การเลือกปฏิบัติ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมและอาชีพ และเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมชุมชนคือการให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างบูรณาการและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น แม้ว่าตราประทับจะเป็นภาวะที่เกิดจากการที่สังคมมีต่อลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลที่มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไปนำไปสู่ความมีอคติ แยกแยะ เลือกปฏิบัติ ทำให้บุคคลเสื่อมเสียชื่อเสียง และถูกลดทอนคุณค่าจากคนปกติให้กลายเป็นคนที่มีมลทิน กอฟแมน (Goffman, 1963) ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับคืนครอบครัวและชุมชนนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติอย่างไร ซึ่งความรู้ที่จะได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทโดยการปรับเปลี่ยนการรับรู้ที่มีต่อตนเอง ปรับเปลี่ยนการรับรู้ของญาติ ชุมชน และสร้างบทบาทให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันป้องกันการเกิดตราประทับ และแก้ไขปัญหาการรับรู้ตราประทับในผู้ป่วยจิตเภท ได้แนวทางในการพัฒนาระบบการจัดบริการสำหรับ

ผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม และวางนโยบายเพื่อลดตราประทับและการเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท และสร้างเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการประเมินการรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการรับรู้ตราประทับและการถูกเลือกปฏิบัติในผู้ป่วยจิตเภท

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตเนื้อหา

การศึกษานี้มุ่งเน้นการศึกษาการรับรู้ตราประทับในผู้ป่วยจิตเภท และการถูกเลือกปฏิบัติในสังคม ตราประทับทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีปฏิกิริยาทางจิตใจและมีพฤติกรรมจากการถูกสังคมจัดประเภท ประทับตราว่าเป็นคนไม่ปกติ เป็นคนไม่ดี เป็นบุคคลอันตราย ไม่สามารถเป็นไปตามกรอบแนวคิดของผู้อื่นหรือสังคม โดยผู้ป่วยรับรู้ถึงความแตกต่างดังกล่าว

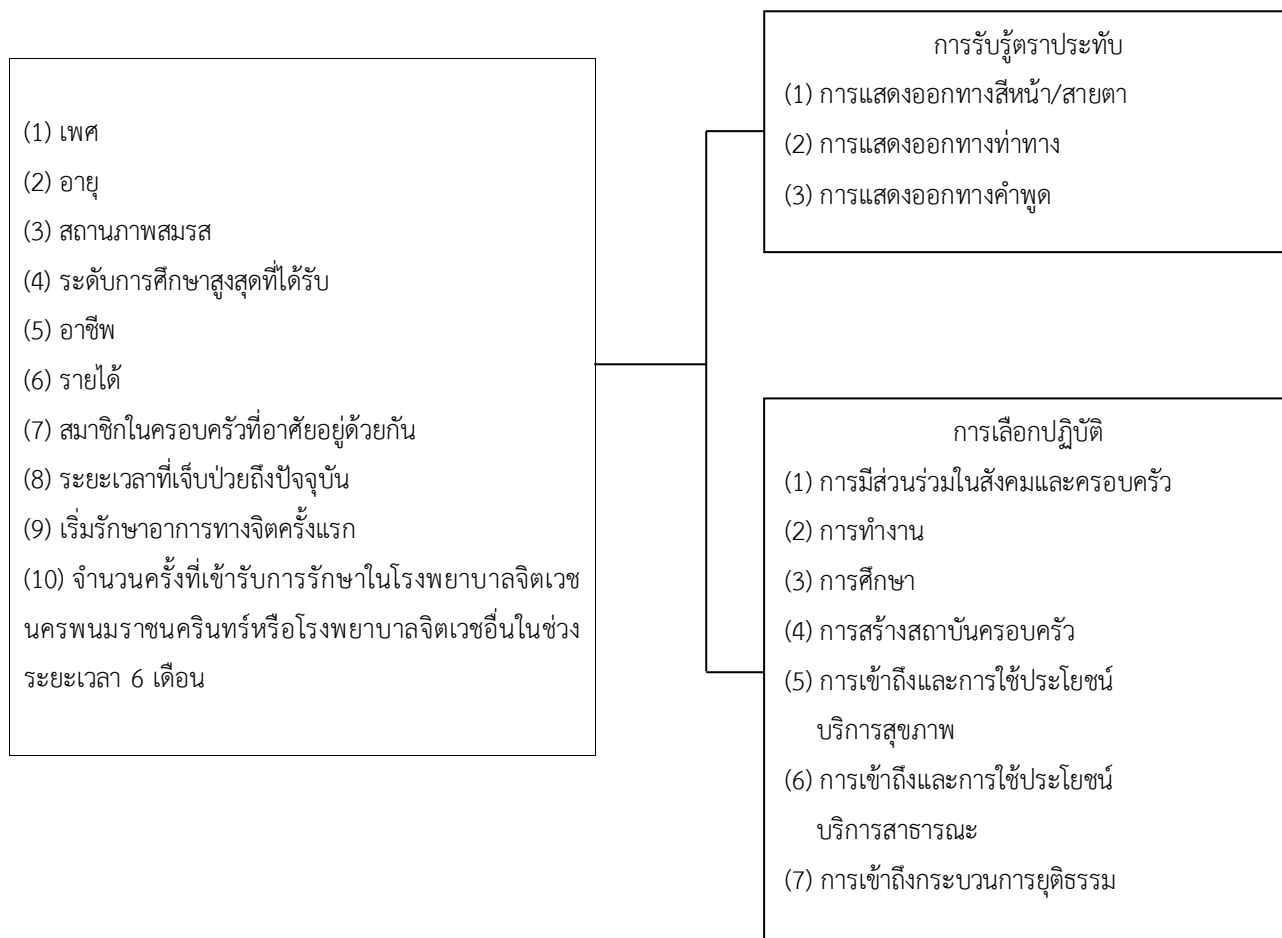
ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

การศึกษานี้ ผู้ศึกษาเลือกโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ เป็นพื้นที่ในการศึกษา

ขอบเขตด้านประชากร

การศึกษานี้ ผู้ศึกษาเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 ผู้ศึกษาสนใจศึกษาผู้ป่วยจิตเภทรายเก่าที่กลับเข้ามาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โดยผู้ศึกษาจะเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าเกณฑ์การประเมินทั้งหมด 30 ราย (จากข้อมูลสถิติฝ่ายเวชระเบียนรายงานผล พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่ได้รับการจำหน่ายปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนเฉลี่ย 30 คนต่อเดือน) ผ่านการคัดกรองจากแพทย์แล้วว่าอาการสงบและอยู่ในช่วงที่จะเตรียมกลับสู่ครอบครัวและชุมชน โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินด้วยแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) โดยได้คะแนนไม่เกิน 36 คะแนน

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา



ระเบียบวิธีการศึกษา

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ศึกษาจะศึกษาผู้ป่วยจิตเภทรายเก่าที่กลับเข้ามาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทรายเก่าที่กลับเข้ามาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โดยผู้ศึกษาจะเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าเกณฑ์การประเมินทั้งหมด 30 ราย โดยอ้างอิงสถิติฝ่ายเวชระเบียน ซึ่งพบกว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในที่ได้รับการจำหน่ายปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนเฉลี่ย 30 คนต่อเดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่แบบสอบถามซึ่งมีข้อคำถามทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิดบางส่วน โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ตราประทับของผู้ป่วยโรคจิต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยโรคจิตเภท

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social Sciences for Windows) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) คะแนนของการรับรู้ตราประทับของผู้ป่วยโรคจิตเภท และการรับรู้การเลือกปฏิบัติ นำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทรายเก่าที่กลับเข้ามาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์จำนวน 30 ราย เป็นเพศชาย 19 ราย หรือร้อยละ 63.3 และเพศหญิง 11 ราย หรือร้อยละ 36.7 มีอายุมากที่สุดในช่วง 41-50 ปี มีจำนวน 12 ราย หรือร้อยละ 40 มีสถานภาพสมรสมากที่สุดคือ 17 ราย หรือร้อยละ 56.7 มีระดับการศึกษาประถมศึกษาที่มีจำนวนมากที่สุดคือ 16 ราย หรือร้อยละ 53.3 มีอาชีพทำนา/ทำไร่มีจำนวนมากที่สุดคือ 25 ราย หรือร้อยละ 83.3 มีรายได้มากที่สุดในช่วง 5,001-10,000 บาท/เดือนคือ 18 ราย หรือร้อยละ 60 อาศัยอยู่กับคู่สมรสจำนวนมากที่สุดคือ 17 ราย หรือร้อยละ 56.6 ทั้งนี้แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภททั้ง 30 ราย หรือร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยถึงปัจจุบันตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุดคือ 16 ราย หรือร้อยละ 53.3 ผู้ป่วยมีระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาอาการทางจิตครั้งแรกเมื่ออายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุดคือ 17 ราย หรือร้อยละ 56.6 ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์หรือโรงพยาบาลจิตเวชอื่นในช่วงระยะเวลา 6 เดือน มีจำนวนมากที่สุดคือ 24 ราย หรือร้อยละ 80 และผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติคดีทั้ง 30 ราย หรือร้อยละ 100

ส่วนที่ 2 การรับรู้ตราประทับของผู้ป่วยจิตเภท

การรับรู้ตราประทับของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ การแสดงออกทางสีหน้า/สายตาการแสดงออกทางท่าทาง และการแสดงออกทางคำพูด

การแสดงออกทางสีหน้า/สายตา พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 23 ราย หรือร้อยละ 76.7 รับรู้ว่าบุคคลอื่น ไม่เคยแสดงสีหน้ารังเกียจ ผู้ป่วยจำนวน 23 ราย หรือร้อยละ 76.7 รับรู้ว่าบุคคลอื่นไม่เคยแสดงสีหน้ารำคาญ ผู้ป่วยจำนวน 15 ราย หรือร้อยละ 50 รับรู้ว่าบุคคลอื่นไม่เคยแสดงสีหน้าตกใจ ผู้ป่วยจำนวน 25 ราย หรือร้อยละ 83.3 รับรู้ว่าบุคคลอื่นไม่เคยพยายามหลบสายตา ไม่กล้าสบตา เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่าผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การถูกประทับตราโดยการแสดงออกทางสีหน้า/สายตา คิดเป็นร้อยละ 1.32

การแสดงออกทางท่าทาง พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 28 ราย หรือร้อยละ 93.3 รับรู้ว่าบุคคลอื่นไม่เคยแสดงท่าทางเดินหนี/ลุกหนี/พยายามหลีกเลี่ยงที่จะพบเมื่อทราบว่าท่านเป็นผู้ป่วยจิตเภท เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่าผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การถูกประทับตราโดยการแสดงออกทางท่าทาง คิดเป็นร้อยละ 1.07

การแสดงออกทางคำพูด พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 17 ราย หรือร้อยละ 56.67 รับรู้ว่าได้ยินบุคคลอื่นเรียกตนด้วยคำพูดที่ไม่เหมาะสมบ่อยครั้ง/เป็นประจำ ผู้ป่วยจำนวน 19 ราย หรือร้อยละ 63.4 รับรู้ว่าไม่เคยได้ยินบุคคลอื่น ตั้งชื่อเฉพาะ/ฉายาเมื่อทราบว่าตนเป็นผู้ป่วยจิตเภท เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่าผู้ป่วยรับรู้ การถูกประทุษร้ายโดยการแสดงออกทางคำพูดเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.95

ส่วนที่ 3 การรับรู้การเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท

การรับรู้การเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 7 ประเด็น คือ การมีส่วนร่วมในสังคมและครอบครัว การทำงาน การศึกษา การสร้างสถาบันครอบครัว การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์บริการสุขภาพ การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์บริการสาธารณะ การเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม

การมีส่วนร่วมในสังคมและครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 25 ราย หรือร้อยละ 83.3 รับรู้ว่าบุคคลอื่นไม่เคยแสดงท่าทีห่างเหิน เลิกคบหา ผู้ป่วยจำนวน 14 ราย หรือร้อยละ 66.7 รับรู้ว่าไม่เคยถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ผู้ป่วยจำนวน 5 ราย หรือร้อยละ 16.70 เคยไม่ได้รับโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยจำนวน 7 ราย หรือร้อยละ 23.3 ไม่เคยถูกปฏิเสธการช่วยเหลือเมื่อท่านลำบาก ผู้ป่วยจำนวน 15 ราย หรือร้อยละ 50 รับรู้ว่าตนไม่เคยถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ผู้ป่วยจำนวน 29 ราย หรือร้อยละ 96.7 รับรู้ว่าไม่เคยถูกล่าม ชัง โช้ตรวน เพราะเป็นผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจำนวน 29 ราย หรือร้อยละ 96.7 รับรู้ว่าไม่เคยถูกปฏิเสธไม่ให้ใช้สิทธิ์/ถูกละเมิดสิทธิเลือกตั้ง เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่าผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การถูกประทุษร้ายโดยการมีส่วนร่วมในสังคมและครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 1.29

การทำงาน พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 22 ราย หรือร้อยละ 73.3 รับรู้ว่าไม่เคยถูกปฏิเสธไม่ให้ตนสมัครงาน เมื่อทราบว่าตนเป็นผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจำนวน 22 ราย หรือร้อยละ 73.3 รับรู้ว่าไม่เคยถูกปฏิเสธรับเข้าทำงาน เมื่อทราบว่าท่านเป็นผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจำนวน 27 ราย หรือร้อยละ 90 รับรู้ว่าไม่เคยถูกลดตำแหน่งหน้าที่ เมื่อทราบว่าท่านเป็นผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจำนวน 27 ราย หรือร้อยละ 90 รับรู้ว่าไม่เคยถูกไล่ออกจากงานเมื่อทราบว่าท่านเป็นผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจำนวน 27 ราย หรือร้อยละ 90 รับรู้ว่าไม่เคยถูกแยกสัดส่วน แยกพื้นที่การทำงานกับเพื่อนร่วมงาน เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่าผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การถูกเลือกปฏิบัติโดยการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 1.07

การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกภายหลังจบการศึกษา จึงไม่เกี่ยวข้องกับการเคยถูกปฏิเสธไม่ให้ตนสมัครเข้าเรียนหรืออบรม จำนวน 28 ราย หรือร้อยละ 93.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกภายหลังจบการศึกษา จึงไม่เกี่ยวข้องกับการเคยถูกให้แยกสัดส่วน พื้นที่ ให้นั่งห่างไกลจากกลุ่มเพื่อน จำนวน 28 ราย หรือร้อยละ 93.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกภายหลังจบการศึกษา จึงไม่เกี่ยวข้องกับการเคยถูกปฏิเสธ ไม่ให้เข้าร่วมทำกิจกรรมในโรงเรียน แม้ว่าตนจะมีคุณสมบัติที่เหมาะสม จำนวน 28 ราย หรือร้อยละ 93.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกภายหลังจบการศึกษา จึงไม่เกี่ยวข้องกับการเคยถูกปฏิเสธ ไม่คัดเลือกตนเป็นตัวแทนของโรงเรียน แม้ว่าตนจะมีคุณสมบัติที่เหมาะสม จำนวน 28 ราย หรือร้อยละ 93.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกภายหลังจบการศึกษา จึงไม่เกี่ยวข้องกับการเคยถูกไล่ออกจากโรงเรียน จำนวน 28 ราย หรือร้อยละ 93.3 แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยจำนวน 2 ราย หรือร้อยละ 6.67 ไม่เคยรับรู้การเลือกปฏิบัติด้านการศึกษา เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่าผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การถูกเลือกปฏิบัติโดยการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 1.00

การสร้างสถาบันครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 24 ราย หรือร้อยละ 80 รับรู้ว่าตนไม่เคยถูกปฏิเสธที่จะสร้างความสัมพันธ์ เมื่อทราบว่าท่านเป็นผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจำนวน 22 ราย หรือร้อยละ 73.3 รับรู้ว่าตนไม่เคยถูกแฟน/คู่สมรส เลิกคบหา/หย่า/ทอดทิ้ง เมื่อทราบว่าท่านเป็นผู้ป่วยจิตเภท เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่าผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การถูกเลือกปฏิบัติโดยการสร้างสถาบันครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 1.93

การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์บริการสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 30 ราย หรือร้อยละ 100 รับรู้ว่าตนไม่เคยถูกบุคลากรทางสาธารณสุขปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยจำนวน 28 ราย หรือร้อยละ 93.3 รับรู้ว่าตน ไม่เคยถูกบุคลากรทาง

สาธารณสุขให้บริการตนแตกต่างกับผู้ป่วยท่านอื่น เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่าผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การถูกเลือกปฏิบัติโดยการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์บริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 1.12

การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์บริการสาธารณะ พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 28 ราย หรือร้อยละ 93.3 รับรู้ว่าตนไม่เคยถูกบุคคลอื่นกีดกันไม่ให้ใช้บริการขนส่งสาธารณะในชุมชน ผู้ป่วยจำนวน 27 ราย หรือร้อยละ 90 รับรู้ว่าตนไม่เคยถูกบุคคลอื่นปฏิเสธ ไม่ให้ใช้สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์สาธารณะในชุมชน เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่าผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การถูกเลือกปฏิบัติโดยการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์บริการสาธารณะ คิดเป็นร้อยละ 1.03

การเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 28 ราย หรือร้อยละ 93.3 ไม่เกี่ยวข้องหรือก่อนและหลังการเจ็บป่วยทางจิตเภทผู้ป่วยไม่ใช้บริการ/เคยถูกปฏิเสธจากตำรวจหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เมื่อต้องการการฟ้องร้อง ร้องเรียน ในกรณีที่ถูกเอาเปรียบ ถูกกระทำในทางผิดกฎหมายอยู่แล้ว แต่ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจำนวน 1 ราย หรือร้อยละ 3.3 ไม่เคยถูกปฏิเสธจากตำรวจหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เมื่อท่านต้องการฟ้องร้อง ร้องเรียน ในกรณีที่ถูกเอาเปรียบ ถูกกระทำในทางผิดกฎหมาย และมีจำนวน 1 ราย หรือร้อยละ 3.3 ที่เคยถูกปฏิเสธจากตำรวจหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เมื่อท่านต้องการฟ้องร้อง ร้องเรียน ในกรณีที่ถูกเอาเปรียบ ถูกกระทำในทางผิดกฎหมายเป็นบางครั้ง เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่าผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การถูกเลือกปฏิบัติโดยการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม คิดเป็นร้อยละ 1.50

อภิปรายผล

ระดับการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ และรับเข้ารับรักษาอาการทางจิตครั้งแรก จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาอาการทางจิตครั้งแรกเมื่ออายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุดคือ 17 ราย หรือร้อยละ 56.7 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการเกิดโรค โดยพบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) ถึงแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้ารับรักษาอาการทางจิตครั้งแรกภายหลังจากจบการศึกษาระดับสูงสุดแล้ว ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายที่มีการเจ็บป่วยจิตเภทตั้งแต่วัยระหว่างการศึกษาก็ได้รับการศึกษาต่อ โดยมีครอบครัวสนับสนุน ทำให้ผู้ป่วยไม่เคยการรับรู้การถูกเลือกปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พระมหาชาติ ใบทับทิม (2547) พบว่าผู้ป่วยบางรายสามารถประสบความสำเร็จในด้านการศึกษา โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ไม่ละเลยที่มีบุตรป่วยจิตเภท

อาชีพและรายได้ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอาชีพทำนา/ทำไร่มีจำนวนมากที่สุดคือ 25 ราย หรือร้อยละ 83.3 ผู้ป่วยมีรายได้มากที่สุดมากที่สุดในช่วง 5,001-10,000 บาท/เดือน คือ 18 ราย หรือร้อยละ 60 พบว่า ผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การเลือกปฏิบัติด้านการทำนา ผู้ศึกษาคาดว่าผู้ป่วยมีอาชีพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ เกิดความภาคภูมิใจ และไม่รับรู้การถูกเลือกปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พระมหาชาติ ใบทับทิม (2547) พบว่าการที่ผู้ดูแลให้กำลังใจ สนับสนุนผู้ป่วย ยอมรับให้กระทำการสิ่งหนึ่งใดจนสำเร็จ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในสรณะแห่งตน และเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามชนบท ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ทำไร่ มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่เรียบง่าย เอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Razali et al. (2010) ที่พบผู้ป่วยอาศัยชนบทจะมีการรับรู้ตราประทับในระดับต่ำ และหทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี (2554) พบว่าผู้ป่วยที่มีงานทำมีรายได้เป็นของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

สถานภาพสมรส และสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุดคือ 17 ราย หรือร้อยละ 56.7 ซึ่งไม่เคยรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติ ผู้ศึกษาคาดว่าผู้ป่วยอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2548) พบว่าการได้รับการดูแลด้วยความรัก ความผูกพันจากผู้ดูแลที่เป็นญาติใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ไม่รู้สึกว่าตนเองผิดปกติ หรือด้อยค่า น่ารังเกียจ สอดคล้องกับ อรรพรรณ วรรณชาติ (2550) อาชาวศรี คำหอม (2552) และ Razali al. (2010) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับ

สมาชิกในครอบครัว มีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจิตรา วรสิงห์ (2557) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ทำให้รับรู้การถูกเลือกปฏิบัติต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สายใจ พัวพันธ์ (2553) ไม่ว่าจะในฐานะบิดา มารดา หรือ สามี ภรรยา ทำให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย แม้ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีหวังว่าผู้ป่วยจะหายจากการเจ็บป่วย และจากการศึกษาของ นงลักษณ์ วรรัชชานันท์ (2546) อ้างถึงใน สุจิตรา วรสิงห์ (2557) พบว่าผู้ดูแลรู้สึกสงสารมากกว่าที่จะเห็นว่าผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติใกล้ชิด โดยเฉพาะบิดา มารดา ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการเลี้ยงดูผู้ป่วย จิตเภทมาตั้งแต่เกิด ทำให้มีความสนิทสนมและคุ้นเคยกับผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ประกอบกับความผูกพันทางสายโลหิตทำให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีความผูกพัน มีความเอื้ออาทร ห่วงใย และจริงใจต่อกันเป็นพื้นฐาน ทำให้ผู้ดูแลมีความเมตตาต่อผู้ป่วยจิตเภท

การรับรู้ตราประทับ

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยรับรู้การถูกประทับตรา ซึ่งผู้ศึกษาคาดว่าอาจเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป โดยจากการสัมภาษณ์พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยนาน 10 ปี บางรายยาวนานถึง 20 ปี ซึ่งครอบครัวได้ผ่านพ้นช่วงวิกฤตหรือข้ามผ่านระยะการเปลี่ยนแปลงมาแล้ว ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ครอบครัวได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยจากจิตแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพ จนสามารถดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งชุมชนก็เข้าใจการเจ็บป่วย ได้เรียนรู้วิธีการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วยในชุมชนแล้ว ซึ่งผู้ศึกษาสามารถอภิปรายผล ดังนี้

ด้านการแสดงออกทางสีหน้า/สายตา การแสดงออกทางท่าทาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวนส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณค่าคนอื่นไม่เคยแสดงสีหน้ารังเกียจ ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าคนอื่นไม่เคยแสดงท่าทางเดินหนี/หลหนี/พยายามหลีกเลี่ยงที่จะพบ ผู้ศึกษาคาดว่าการที่บุคคลอื่นมีการแสดงออกทางสีหน้า/สายตา และท่าทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วยอาจเป็นเพราะมารยาททางสังคม ที่จะต้องแสดงสีหน้าและท่าทางที่เหมาะสม มีความเกรงใจ แม้จะหวาดกลัวแต่ไม่แสดงออกในทางที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย อีกทั้งความเป็นสังคมชนบทที่มีความใกล้ชิด มีน้ำใจเกื้อกูลกัน ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ชุมชน จากการศึกษานาง นงลักษณ์ วรรัชชานันท์ (2546) อ้างถึงใน สุจิตรา วรสิงห์ (2557) พบว่าผู้ดูแลรู้สึกสงสารมากกว่าที่จะเห็นว่าผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติใกล้ชิด โดยเฉพาะบิดา มารดา ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการเลี้ยงดูผู้ป่วยจิตเภทมาตั้งแต่เกิด ทำให้มีความสนิทสนมและคุ้นเคยกับผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ประกอบกับความผูกพันทางสายโลหิตทำให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีความผูกพัน มีความเอื้ออาทร ห่วงใย และจริงใจต่อกันเป็นพื้นฐาน ทำให้ผู้ดูแลมีความเมตตาต่อผู้ป่วยจิตเภท แต่มีผู้ป่วยบางรายที่รับรู้ว่าคุณค่าคนอื่นแสดงสีหน้ารังเกียจ และแสดงสีหน้ารำคาญ ซึ่งผู้ศึกษาคาดว่าอาจเป็นเพราะอดีตที่ผู้ป่วยเคยอาการทางจิตกำเริบ อาจมีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ สร้างความรำคาญให้กับครอบครัว รวมไปถึงคนในชุมชน จึงทำให้บุคคลอื่นรู้สึกไม่พึงพอใจผู้ป่วยแม้ผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงอาการสงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Angermeyer et al. (2003) อ้างถึงใน วัชรภรณ์ ลือโรสงค์ (2553) ซึ่งพบว่า การตีตราในผู้ป่วยจิตเวชมีผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะการมีภาพตายตัวในเรื่องที่เป็นอันตราย ซึ่งภาพตายตัวดังกล่าวมีผลกระทบอย่างมากต่อปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช และยังเพิ่มระยะห่างทางสังคมต่อบุคคลด้วย

การแสดงออกทางคำพูด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณค่าคนอื่นเรียกทักด้วยคำพูดที่ไม่เหมาะสมในระดับบ่อยครั้ง/เป็นประจำ แต่ไม่เคยได้ยินบุคคลอื่นตั้งชื่อเฉพาะ/ฉายา ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าตนมักจะได้รับคำพูดไพเราะ ไม่ก้าวร้าว หรือใช้คำพูดแฝงในเชิงล้อเลียนผู้ป่วย แต่ในทางตรงกันข้ามมีผู้ป่วยบางรายที่มีการรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติ บุคคลภายนอกที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเวชที่สอดคล้องกันว่า ผู้ป่วยรับรู้การถูกประทับตราที่เกิดขึ้นจากสังคมที่มีต่อตนเอง ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางลบผ่านประสบการณ์ที่เกิดขึ้นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่บุคคลแสดงต่อผู้ป่วยทั้งที่เป็นคำ พุด

และไม่เป็นคำพูด มีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ที่มีความอ่อนไหวต่อความรู้สึกและตีความหมายพฤติกรรมที่บุคคลแสดงต่อตน ได้อย่างรวดเร็วโดยเฉพาะด้านลบ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคับแค้นใจน้อยใจ

การรับรู้การเลือกปฏิบัติ

การมีส่วนร่วมในสังคมและครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไม่เคยรับรู้ว่ามีบุคคลอื่นแสดงท่าทีห่างเหิน เลิกคบหา ไม่เคยถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ไม่เคยถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา หากพิจารณาความเป็นไปได้ว่าอาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป โดยจากการสัมภาษณ์พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยนาน 10 ปี บางรายยาวนานถึง 20 ปี ซึ่งครอบครัวได้ผ่านพ้นช่วงวิกฤตหรือข้ามผ่านระยะการเปลี่ยนแปลงมาแล้ว ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ครอบครัวได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยจากจิตแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพ จนสามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกทั้งชุมชนก็เข้าใจการเจ็บป่วย ได้เรียนรู้วิธีการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วยในชุมชนแล้ว และอาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และอาศัยอยู่กับคู่สมรส มีความผูกพันกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นางลักขณ์ วรรักษนันท์ (2546) อ้างถึงใน สุจิตรา วงสิงห์ (2557) พบว่าผู้ดูแลรู้สึกสงสารมากกว่าที่จะเห็นว่าผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติใกล้ชิด โดยเฉพาะบิดา มารดา ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการเลี้ยงดูผู้ป่วยจิตเภทมาตั้งแต่เกิด ทำให้มีความสนิทสนมและคุ้นเคยกับผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ประกอบกับความผูกพันทางสายโลหิตทำให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีความผูกพัน มีความเอื้ออาทร ห่วงใย และจริงใจต่อกันเป็นพื้นฐาน ทำให้ผู้ดูแลมีความเมตตาต่อผู้ป่วยจิตเภท และอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามชนบท ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ทำไร่ มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่เรียบง่าย เอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Razali et al. (2010) ที่พบผู้ป่วยอาศัยชนบทจะมีการรับรู้การเลือกปฏิบัติในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมรักษ์ ชูวานิชวงศ์ (2553) โดยพบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดูแล มีความเมตตา กรุณา ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำเช่นเดียวกัน รวมถึง พงษ์อรุณ สมบัติรักษ์ (2552) พบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับบิดา มารดา ญาติใกล้ชิด ได้รับการสนับสนุนทั้งด้านความรัก การดูแล เอาใจใส่ ให้การยอมรับ ตลอดจนได้รับการช่วยเหลือ จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้คบหา สังสรรค์กับกลุ่มเพื่อน ชักชวนให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้การถูกเลือกปฏิบัติต่ำ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยถูกล่าม ชัง โขตรวน และไม่เคยถูกปฏิเสธไม่ให้ใช้สิทธิ์/ถูกละเมิดสิทธิเลือกตั้ง ผู้ศึกษาคาดว่าอาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับครอบครัว ได้เป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในครอบครัว ไม่ได้ถูกล่ามชัง หรือจำกัดสิทธิของผู้ป่วยอันมีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่า เกิดการยอมรับ ไม่เลือกปฏิบัติ หรือทำอะไรๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกห่างเหิน กีดกัน จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวังหรือหมดกำลังใจ ทั้งนี้อาจเพราะส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยนาน 10 ปี บางรายยาวนานถึง 20 ปี ซึ่งครอบครัวได้ผ่านพ้นช่วงวิกฤตหรือข้ามผ่านระยะการเปลี่ยนแปลงมาแล้ว ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ครอบครัวได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยจากจิตแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพ จนสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในวิธีการที่เหมาะสม

แต่ทั้งนี้พบว่าแม้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่เกี่ยวข้อง หรือก่อนและหลังการเจ็บป่วยทางจิตเภทผู้ป่วยก็ไม่ได้มีโอกาส/ไม่ชอบแสดงความคิดเห็นอยู่แล้ว แต่ทั้งนี้ในด้านการแสดงความคิดเห็น เช่น การแสดงความคิดเห็นในที่ประชุมหมู่บ้าน หรือการตัดสินใจในงานระดับชุมชน และไม่เกี่ยวข้องหรือก่อนและหลังการเจ็บป่วยทางจิตเภทผู้ป่วยก็ไม่มีเหตุการณ์ที่ต้องช่วยเหลือ/ถูกปฏิเสธการช่วยเหลือเมื่อตนลำบากอยู่แล้ว แต่จากข้อมูลก็พบว่าผู้ป่วยบางรายรับรู้การว่าไม่ได้รับโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และถูกปฏิเสธการช่วยเหลือเป็นบางครั้ง ผู้ศึกษาคาดว่าอาจเนื่องมาจากอดีตที่ผู้ป่วยเคยอาการทางจิตกำเริบ อาจมีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ สร้างความรำคาญให้กับครอบครัวชุมชน จึงทำให้บุคคลอื่นรู้สึกไม่พึงพอใจ หรือแม้ผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงอาการสงบก็ไม่ไว้วางใจ คิดว่าความคิดเห็นผู้ป่วยอาจไม่สมเหตุสมผลอันเนื่องมาจากการป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Angermeyer et al. (2003) อ้างถึงใน วัชรภรณ์ ลือไธสงค์ (2553) ซึ่งพบว่าการตีตราในผู้ป่วยจิตเวชมีผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะการมีภาพตายตัวในเรื่องที่เป็นอันตราย ซึ่งภาพตายตัวดังกล่าวมีผลกระทบอย่างมากต่อปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช และยังเพิ่มระยะห่างทางสังคมต่อบุคคลด้วย

แต่ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายรับรู้ว่าคุณค่าของคนอื่นแสดงท่าทีทางเห็น เลิกคบหา กีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ถูกปฏิเสธการช่วยเหลือเมื่อประสบความลำบาก สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ บุญลือธวัชชัย (2541), สนิทธี อนันท์วัฒน์ (2551), และ King et al. (2007) คือผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่เต็มไปด้วยความทุกข์ ความคิดความรู้สึกและการกระทำมักไม่ค่อยเหมาะสม มีความรู้สึกอ่อนแอ ท้อแท้หมดหวัง มักถูกสังคมมองว่าไร้ความสามารถและตกอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากข้อมูลที่ได้จากการสอบถามสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ (2547) เกิดความรู้สึกในด้านลบต่อตนเองว่า การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่นำความเสื่อมเสียชื่อเสียง มาสู่ตนเองและครอบครัว เมื่อต้องกลับไปอยู่ในชุมชนเพื่อนบ้านและคนในสังคมที่รู้ว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยทางจิตจะรังเกียจ ขำเค็ม ทั้งต่อว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เกิดความสะเทือนใจ ผู้ป่วยพยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนจากบุคคลอื่นเพราะคิดว่าเป็นเรื่องน่าอับอาย ภัทราภรณ์ พุงคำปัน และคณะ (2551) พบว่าผู้ป่วยบางรายรู้สึกผิดและแปลกแยกจากการที่ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ต้องตกอยู่ในสภาพของผู้ป่วยโรคจิต กลัวคนอื่นไม่ยอมรับเมื่อทราบว่าตนเป็นผู้ป่วยจิตเวช กังวลว่าคนอื่นจะกลัว รังเกียจตนเอง รู้สึกอึดอัด เมื่อถูกถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและเมื่อถูกมองว่าแปลกแยกกว่าคนอื่นจะรู้สึกเป็นทุกข์ รุนแรง ไม่สบายใจ นอนไม่หลับผู้ป่วยรับรู้ต่อปฏิกริยาจากญาติ ครอบครัวและเพื่อนบ้านที่ได้ตอบกับการกระทำ หรือพฤติกรรมบางอย่างของตน ซึ่งไม่เป็นที่ยอมรับและไม่สามารถที่จะอดทนต่อไปได้ รวมถึงนอกจากนี้การที่บุคคลต้องเข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลจิตเวชหรือการเป็นผู้ป่วยจิตเวชสังคมมองว่าเป็นภาพพจน์ที่ไม่ดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ได้แล้ว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกน้อยใจ เสียใจ ท้อแท้ รู้สึกแยกกับการที่ตนเองต้องมาเจ็บป่วยและเพื่อนบ้านแสดงอาการรังเกียจ

การทำงาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไม่เคยรับรู้การเลือกปฏิบัติด้านการทำงาน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร โดยได้มีโอกาสช่วยเหลือทำการเกษตรร่วมกับกลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้ศึกษาคาดว่าการที่ผู้ป่วยมีอาชีพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ เกิดความภาคภูมิใจ และไม่รับรู้การถูกเลือกปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พระมหาชาติ ใบทับทิม (2547) พบว่าการที่ผู้ดูแลให้กำลังใจ สนับสนุนผู้ป่วย ยอมรับให้กระทำการสิ่งหนึ่งใดจนสำเร็จ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในสรณะแห่งตน และเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามชนบท ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ทำไร่ มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่เรียบง่าย เอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Razali et al. (2010) ที่พบผู้ป่วยอาศัยชนบทจะมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ และหัตยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี (2554) พบว่าผู้ป่วยที่มีงานทำมีรายได้เป็นของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

การศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้การเลือกปฏิบัติด้านการศึกษาในระดับไม่เกี่ยวข้อง อันเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยจิตเวชครั้งแรกเมื่ออายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และมีระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา ซึ่งการเจ็บป่วยครั้งแรกไม่ได้อยู่ในวัยเรียน ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการเกิดโรค โดยพบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) แต่ก็พบว่าผู้ป่วยบางรายที่มีการเจ็บป่วยจิตเภทตั้งแต่ช่วงกำลังเรียน แต่ก็ได้รับการศึกษาต่อ โดยมีครอบครัวสนับสนุน ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดการรับรู้การถูกเลือกปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พระมหาชาติ ใบทับทิม (2547) พบว่าผู้ป่วยบางรายสามารถประสบความสำเร็จในด้านการศึกษา โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ไม่ละเลยที่มีบุตรป่วยจิตเภท

การสร้างสถาบันครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยรับรู้การเลือกปฏิบัติด้านการสร้างสถาบันครอบครัวใน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส ซึ่งผู้ศึกษาคาดว่าการอยู่ร่วมกัน และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขกับการใช้ชีวิต เกิดการรับรู้การเลือกปฏิบัติต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับ Razali et al. (2010) ที่พบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัว จะช่วยประคับประคองจิตใจผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สมรักษ์ ชูวานิชวงศ์ (2553) โดยพบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดูแล มีความเมตตา กรุณา ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำเช่นเดียวกัน และพงษ์อรุณ สมบัติรักษ์ (2552) พบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับบิดา มารดา

ญาติใกล้ชิด ได้รับการสนับสนุนทั้งด้านความรัก การดูแล เอาใจใส่ ให้การยอมรับ ตลอดจนได้รับการช่วยเหลือ จะทำให้ผู้ป่วยรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และเกิดการรับรู้การเลือกปฏิบัติต่ำ

แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยบางรายที่เคยถูกแฟน/คู่สมรส เลิกคบหา/หย่า/ทอดทิ้ง ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่สามารถกระทำ หรือไม่กระทำในสิ่งที่บุคคลอื่นคาดหวัง ไม่เป็นไปตามบรรทัดฐานของสังคม ไม่เป็นไปตามอัตลักษณ์ทางสังคม ทำให้บุคคลอื่นไม่พอใจที่ผู้ป่วยไม่สามารถเป็นไปตามแบบที่คาดหวังได้ จนอาจเกิดการเลิกคบหา/หย่า/ทอดทิ้งตามมา

การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์บริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยรับรู้การเลือกปฏิบัติด้านการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์บริการสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยได้รับการแนะนำให้ความช่วยเหลือเหลือจากบุคลากรสาธารณสุขเท่าเทียมกับผู้ป่วยรายอื่นอาจเนื่องจากบุคลากรทางสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจต่ออาการเจ็บป่วย สาเหตุ มีวิธีการดูแลช่วยเหลือ และเข้าใจถึงปัจจัยกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ และโรงพยาบาลมีการทำงานอย่างเป็นระบบ และมีขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกัน จึงทำให้ไม่รับรู้การถูกเลือกปฏิบัติ

การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์บริการสาธารณะ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยรับรู้การเลือกปฏิบัติด้านการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์บริการสาธารณะ เช่น ผู้ป่วยได้มีโอกาสใช้ศาลาประชาคม เครื่องออกกำลังกาย รถประจำทาง เป็นต้น ซึ่งคาดว่าเพราะผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนชนบทวิถีชีวิตความเป็นอยู่เรียบง่าย เอื้ออาทรต่อกัน และผู้ป่วยรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้คบหา สังสรรค์กับกลุ่มเพื่อน ชักชวนให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Razali et al. (2010) ที่พบผู้ป่วยอาศัยชนบทจะมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ

การเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกี่ยวข้อง หรือก่อนและหลังการเจ็บป่วยทางจิตเภทผู้ป่วยไม่ใช้บริการ/เคยถูกเลือกปฏิบัติด้านการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม แต่มีผู้ป่วยบางรายที่รับรู้การถูกเลือกปฏิบัติด้านการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่สามารถกระทำ หรือไม่กระทำในสิ่งที่บุคคลอื่นคาดหวัง ไม่เป็นไปตามบรรทัดฐานของสังคม ไม่เป็นไปตาม อัตลักษณ์ทางสังคม ทำให้บุคคลอื่นไม่พอใจที่ผู้ป่วยไม่สามารถเป็นไปตามแบบที่คาดหวังได้ และอาจเนื่องมาจากอดีตที่ผู้ป่วยเคยอาการทางจิตกำเริบ อาจมีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รุนแรงคนในครอบครัว รวมไปถึงคนในชุมชน จึงทำให้บุคคลอื่นรู้สึกไม่พึงพอใจ หรือแม้ผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงอาการสงบก็ไม่ไว้วางใจ ไม่เชื่อในคำพูด คิดว่าความคิดเห็นผู้ป่วยอาจไม่สมเหตุสมผลอันเนื่องมาจากการป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Angermeyer et al. (2003) อ้างถึงใน วัชรารักษ์ ลือไธสงค์ (2553) ซึ่งพบว่า การตีตราในผู้ป่วยจิตเวชมีผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะการมีภาพตายตัวในเรื่องที่เป็นอันตราย ซึ่งภาพตายตัวดังกล่าวมีผลกระทบอย่างมากต่อปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช และยังเพิ่มระยะห่างทางสังคมต่อบุคคลด้วย

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์อาจนำผลการศึกษามาประกอบการทำแผนยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งเชิงรุก และเชิงรับ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) ควรศึกษาการเตรียมความพร้อม หรือการวางแผนในระยะยาวของผู้ป่วย และครอบครัว เช่น ในอนาคตหากผู้ป่วยเหลือแต่ตนเองเพียงลำพัง ไม่ครอบครัวดูแล จะมีแนวทางการดูแลตนเองอย่างไร จะเตรียมการรับมือต่อการรับรู้การเกิดตราประทับและการถูกเลือกปฏิบัติ อย่างไร เป็นต้น

2) ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัว โดยให้ครอบครัวได้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย

3) นักสังคมสงเคราะห์ เน้นย้ำเรื่องการสื่อสาร หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดทางลบ นามแฝงกับผู้ป่วย เพื่อไม่ให้สร้างปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบหรือความรู้สึกทุกขใจ จนเกิดตราประทับและรับรู้การถูกเลือกปฏิบัติ และผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข

4) นักสังคมสงเคราะห์ควรวินิจฉัยปัญหา โดยการใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทุกราย เพื่อค้นหาปัญหาเรื่องการรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มเปราะบางที่เกิดการรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติได้ง่าย

5) เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติ ควรรีบดำเนินการให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ เยียวยาจิตใจผู้ป่วย และเสริมแรงจิตใจให้ผู้ป่วยให้เห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งอาจรวมไปถึงการเยียวยาจิตใจครอบครัวของผู้ป่วยที่อาจได้รับผลกระทบจากการมีผู้ป่วยจิตเภทในบ้าน การเตรียมความพร้อมครอบครัวในการดูแล เยียวยาจิตใจผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน

6) หากผู้ป่วยมีแนวโน้มต่อการรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติสูง ให้ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านก่อนหรือหลังการจำหน่ายร่วมกับเครือข่ายชุมชน เพื่อลดปฏิกิริยาในจิตใจทั้งผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และคนในชุมชน ให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ซึ่งจะช่วยป้องกัน แก้ไขปัญหาการสร้างตราประทับและการเลือกปฏิบัติในจิตใจผู้ป่วย รพ.

7) นักสังคมสงเคราะห์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลควรให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้ความรู้เรื่องวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในทางที่เหมาะสม ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลตนเองไม่ให้มีอาการกำเริบซ้ำ รวมถึงแนวทางการส่งต่อหลังจำหน่ายให้กับครอบครัวของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การเผชิญหน้ากับการถูกแบ่งแยกรังเกียจ. ที่มา <http://www.kumlungjai.com> สืบค้นเมื่อ 2 มีนาคม 2559.
- พงษ์อรุณ สมบัติรักษ์. (2552). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์สังคม-สงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารสังคม. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พระมหาชาติชาย ไบทัตทิมา. (2547). การดำเนินชีวิตในสังคมภายหลังการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารสังคม. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เพ็ญญา แดงอ้อมยุทธ, อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย และพรชนก จิตปัญญา. (2547). ตราบาป: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*.
- ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ และคณะ. (2551). คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท: มุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์รวมาธิบัติ. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- มาลี แจ่มพงษ์, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และบุญชัย นวมงคลวัฒนา. (2551). ทศนคติประชาชนไทยต่อผู้ป่วยทางจิต. *นันทบุรี: วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา*.
- วัชรภรณ์ ลือโสสงศ์. (2553). การตราประทับทางสังคมกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. คณะศิลปศาสตร์. สาขาสังคมศาสตร์และการพัฒนา.
- สุจิตรา วรสิงห์. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุธิสา ดีเพชร. (2556). ผลของการใช้โปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อความรู้สึกตราประทับของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คณะพยาบาลศาสตร์.
- สินธุ์ อนันต์วัฒน์. (2551). การรับรู้ตราประทับและการรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์.

- สมรัก ชูวานิชวงศ์. (2553). การรับรู้ตนเองและเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิต. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*.
- สายใจ พัวพันธ์. (2553). การรับรู้ถึงความเป็นภาระของผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในเขตจังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*.
- สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2548). トラバプในผู้ป่วยจิตเภท. *กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*.
- หทัยรัตน์ ปฏิพันธ์. (2554). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทหญิงเรื่องรังที่มีคุณค่าในตัวเองต่ำ. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- อัจฉรา ศักรากร. (2550). การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา. *วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสังคมสงเคราะห์. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*.
- อาวศรี คำหอม. (2552). การรับรู้ตราประทับของผู้ดูแล ทักษะชีวิต และการรับรู้ตราประทับของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์*.
- อรรณ วรณชาติ. (2550). ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ตราประทับของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity.
- Razali, S. M., Hussein, S., & Ismail, T. (2010). Perceived stigma and self-esteem among patients with schizophrenia. *International Medical Journal*.
- Wahl, O. K., (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478.