

ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นางสาวปนิดา อินทรารักษ์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCE OF SELF MANAGEMENT TOWARD NEGATIVE SOCIAL PERCEPTION OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY



Miss Panida Intararuk

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2006

Copyright of Chulalongkorn University

490904

ปนิดา อินทราภักษ์: ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน. (EXPERIENCE OF SELF MANAGEMENT TOWARD NEGATIVE SOCIAL
PERCEPTION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY)

อ. ที่ปรึกษา: รศ. ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, อ.ที่ปรึกษาร่วม: อาจารย์ ดร. รังสิมันต์
สุนทรไชยา, 105 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl เพื่อศึกษา
ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจาก
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีการรับรู้ทางลบของสังคม จำนวน 17 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจง จากนั้นทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) พร้อมทั้งบันทึกเสียงและ
นำเทปบันทึกมาถอดความแบบคำต่อคำและทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหาด้วยวิธีการของ
Colaizzi

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิต
เภทในชุมชน แบ่งเป็นประเด็นหลัก 3 ประเด็น คือ 1) ยอมรับสภาพการเกิดการรับรู้ทางลบของ
สังคม คือ รู้จักปล่อยวางทำให้คนอื่นแสดงความเป็นปกติต่อตน และมีจิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน 2) ทำ
ให้จิตใจเข้มแข็งขึ้น คือ มีแนวทางในการควบคุมอารมณ์ที่ไม่น่าปรารถนา มีกำลังใจในชีวิต มีความ
มั่นใจในตนเอง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ และ 3) มีความสุขกับการที่มีชีวิตเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป คือ
รู้สึกดีที่ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น ฟังพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และสื่อสารกับผู้อื่นได้
ตามปกติ

ผลการศึกษาค้นคว้านี้ ทำให้เข้าใจประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของ
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการศึกษา การปฏิบัติการพยาบาล
และวิจัยทางการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชน

ภาควิชา...การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา...2549..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4877578036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD: EXPERIENCE OF SELF MANAGEMENT / NEGATIVE SOCIAL PERCEPTION / SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

PANIDA INTARARUK: EXPERIENCE OF SELF MANAGEMENT TOWARD NEGATIVE SOCIAL PERCEPTION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY. THESIS ADVISOR: ASSOC.PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAWATCHI, Ph.D., CO-ADVISOR: RANGSIMAN SOONTHONRCHAIYA., Ph.D., 105 pp.

The purpose of this study was to explain the experiences of self management toward negative social perception of schizophrenic patients in community. A qualitative research method utilizing Husserlian phenomenology was applied. A purposive sample included 17 schizophrenic patients who perceived negative social perception. An in-depth interview with tape-recorded and field notes was performed to collect data. Audio tapes of the interviews were transcribed verbatim. Data were analyzed by Colaizzi's method.

Findings revealed that experiences of self management toward negative social perception emerging from the data consisted of three themes : 1) accepting the situation due to negative social perception which included letting go and being peaceful mind, 2) strengthening mind by controlling undesirable emotion, having willpower of life, being self-confident, and living with others, 3) being happy with lives as lay persons which included being enjoy working with others, being satisfied with social activities, and having normal communication with other people.

Finding from this study provided better understanding of the experiences of self management toward negative social perception of schizophrenic patients in community. Enhancement our knowledge generated from this study could further guide to improve nursing education, nursing practices, and nursing research related to self management toward negative social perception.

Field of study Mental Health and Psychiatric Nursing...

Academic year... 2006.....

Student's signature.....

Advisor's signature.....

Co-advisor's signature.....

Panida Intararuk
Oraphun Lueboonthawatchi
Rangsiman Soonthonrchaiya

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์.....	5
1.3 คำถามการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	5
1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	9
2.2 แนวคิดการรับรู้.....	25
2.3 แนวคิดอคติจากสังคม.....	28
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอคติจากสังคม.....	34
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	37
2.6 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
2.7 สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	46
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	45
3.1 ผู้ให้ข้อมูลหลักและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	47
3.2 วิธีการเก็บข้อมูล.....	48
3.3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	50
3.4 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....	53
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
3.6 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	54

	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
4.2 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
5 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	71
รายการอ้างอิง.....	81
ภาคผนวก	89
ภาคผนวก ก.....	89
ภาคผนวก ข.....	97
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	105



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	59
2	แบบบันทึกการถอดความและการใส่รหัสเบื้องต้น.....	99
3	ผู้ให้ข้อมูลส่วนบุคคล.....	101
4	การรวบรวมข้อมูลจากการจดบันทึกข้อมูลสัมภาษณ์	102



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอันดีเยี่ยมของรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และแนะแนวทางการศึกษาอาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งคอยเป็นกำลังใจ เอาใจใส่ และคอยให้คำชี้แนะแนวทางการศึกษาสำเร็จลงด้วยดีด้วยดีวิจยตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาเสมอมา จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยทราบซึ่งถึงความกรุณาและความเอาใจใส่ของทั้งสองท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะและเป็นกำลังใจให้เสมอมา ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะและการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และพร้อมกันนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทั้งศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาวิชาต่างๆ ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีศักยภาพและความสามารถในการทำวิทยานิพนธ์นี้จนสำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบแนวคำถามในการสัมภาษณ์ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแนวคำถามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา-มารดา ที่เป็นกำลังใจที่ยิ่งใหญ่ในชีวิต ขอขอบคุณบุคคลที่เป็นที่รักญาติพี่น้องทุกคนที่ให้ความรัก ความห่วงใย เป็นกำลังใจ และขอบคุณ พี่ เพื่อนนิสิตทุกท่าน รวมทั้งผู้ที่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่าน ที่ร่วมให้กำลังใจ ความช่วยเหลือและสร้างรอยยิ้มให้ผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏรธานีทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีทุกท่านที่ให้ความกรุณา ช่วยเหลือและให้คำแนะนำที่ดีสำหรับผู้วิจัย

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบอบแต่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทุกท่าน ขอให้มีความสุขกายและสุขภาพใจที่แข็งแรงตลอดไป มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทจัดว่าเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยเป็นอันดับหนึ่งและเป็นโรคจิตเวชที่มีความรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มักมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและกำเริบ (relapse) ได้บ่อย (กรมสุขภาพจิต, 2549) สำหรับประเทศไทยจากการวิเคราะห์การให้บริการพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยปี 2544 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 0.16 และในปี 2545 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 60.63 (กรมสุขภาพจิต, 2546) พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุดประมาณครึ่งหนึ่งของโรคจิตเวชทั้งหมด (Bethesda, 1999) และจากสถิติกรมสุขภาพจิตพบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ในทางเศรษฐศาสตร์นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม และสูญเสียมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธ์, 2543 อ้างถึงในเพชร คันธสายบัว, 2548) มีการดำเนินของโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง พบได้ทุกสังคม ทุกวัฒนธรรม ทุกศาสนา ทุกเพศทั้งเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (Jablensky, 1987) สำหรับความชุกของการเกิดโรคในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 0.5 ถึง 1 อัตราการเกิดโรค (incidence rate) ประมาณ 1:10,000 ต่อปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของความคิด และการรับรู้เป็นหลักซึ่งทำให้เสื่อมเสียหน้าที่หลายๆด้าน เช่น การดูแลตนเอง , การประกอบอาชีพ , การเข้าสังคม และมีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว (มานิตและจำลอง , 2542) จึงถูกสังคมมองว่าเป็นบุคคลที่มีอันตรายและน่ากลัว เกิดทัศนคติทางลบต่อบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชและพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ทางลบจากคนรอบข้าง (negative social perception) และคนในสังคมมากที่สุดในการตราโรคจิตเวชอื่นๆ อันส่งผลให้เมื่อผู้ป่วยเกิดการรับรู้ทางลบจากสังคมแล้วเกิดความตึงเครียด รู้สึกไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ต้องดิ้นรนต่อสู้กับทัศนคติในทางที่ไม่ดี และลดคุณค่าของตนเองพัฒนาวิธีการในการจัดการกับความรับรู้ทางลบของสังคม จากการที่ผู้ป่วยที่ล้มเหลวก็ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆได้อย่างเพียงพอเป็นสาเหตุทำให้บุคคลรู้สึกถูกทอดทิ้ง (Jilling and Alexis, 1999) ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตผู้ป่วยต้องอยู่อย่างว่าเหว่ ห้อแค้นหมดหวัง รู้สึกว่าตนเองมีความผิดมีบาปเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม (เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) รวมทั้งรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยลดลง ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความหวังในชีวิต (จิราพร จิระสถิตย์ , 2542) ปฏิเสธการเข้ารับการรักษาตามเวลาและการมาพบแพทย์ตามนัด ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท (ปวีตร ไขยน้อย, 2546)

จากการศึกษาติดตามผลการดำเนินของโรคในผู้ป่วยจิตเภท 5 ปี พบว่าร้อยละ 78 จะมีลักษณะการดำเนินโรคที่ยาวนานเรื้อรังและมีอาการเกิดขึ้นหลายครั้ง หรือเรียกว่า " การกำเริบซ้ำ " (Relapse) ซึ่งทำให้ศักยภาพในการดำรงชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยเสื่อมถอยลง (มาโนช 2544, อ้างถึงในชูลีพร ชูวงศ์ 2546) เมื่ออาการกำเริบและกลับป่วยเป็นซ้ำบ่อยๆ จะทำให้อาการทางจิตรุนแรงด้วย การดูแลก็จะต้องยิ่งยากมากขึ้นตามลำดับ (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2546) ซึ่งทำให้นักวิจัยส่วนใหญ่จะมองผู้ป่วยโรคจิตเภทในภาพลบทำให้เกิดความน่ากลัว น่ารังเกียจ และนำไปสู่การปฏิเสธ ทั้งตัวผู้ป่วยเอง สมาชิกในครอบครัวและสังคม ซึ่งการถูกปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยเกิดการปกปิดอาการไม่บอกผู้อื่น ไม่ยอมรับการรักษา ซึ่งเป็นการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นไม่เหมาะสม แม้มีอาการเพียงเล็กน้อย และอาจนำไปสู่อาการในระดับที่รุนแรงที่เป็นอันตรายต่อทั้งตนเอง ครอบครัว และสังคมหรือชุมชนนั้นได้ (กรมสุขภาพจิต, 2549)

ในอดีตนั้นการเจ็บป่วยทางกายด้วยโรคต่างๆ เช่นมะเร็ง ลมบ้าหมู เป็นเสมือนตราบาป (stigma) ที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ทางลบของสังคมของคนที่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าว ส่วนในปัจจุบันอคติเนื่องจากการเจ็บป่วยทางกายได้ลดลงมาก แต่ความผิดปกติทางจิตได้กลายมาเป็นอคติที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคมอันยิ่งใหญ่อันสำคัญ (Bolton, 2003) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับอคติจากสังคมที่เกิดจากที่สังคมมองว่าเป็นบุคคลที่มีอันตรายและน่ากลัว ไม่สามารถคาดเดาพฤติกรรมที่แสดงออกได้ เดียวดี เดียวร้าย (อภิศมัย ศรีรังสรรค์, 2546) และเกิดการแบ่งแยก (Discrimination) หรือถูกกีดกันออกจากชุมชน (Sokratis & Scott, 2004) ถูกรังเกียจเหยียดหยามจากสังคม หวาดกลัว ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ถูกปฏิเสธจากสังคม จำกัดโอกาสในการทำงาน ไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ (Lai ,Hong & Chee , อ้างถึงในเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) รวมทั้งผู้ป่วยยังคงถูกเลือกปฏิบัติ เช่น ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาล ผู้ที่ส่งเบี้ยประกันมาตลอดชีวิตไม่มีโอกาสได้ใช้สิทธิเมื่อป่วยด้วยโรคจิตเวช (รัชมดา ครประสี, 2546) และจากการศึกษาของ Read and Baker (1996) เรื่องการสำรวจการเกิดอคติจากสังคม (stigma) , ข้อห้าม และการถูกแบ่งแยก โดยประสบการณ์จากผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต พบว่าผู้ป่วยจิตเวชถูกทำร้ายในที่สาธารณะคิดเป็นร้อยละ 47 ถูกไล่ออกจากงาน หรือถูกบังคับให้ลาออกจากงานคิดเป็นร้อยละ 34 และต้องย้ายที่อยู่เพราะถูกรังควานคิดเป็นร้อยละ 26 สอดคล้องกับการศึกษาของ National Alliance for the Mentally Ill (Wahl, 1999) ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยทางจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 60 เคยถูกเมินหนี หรือถูกหลีกเลียงหลังเปิดเผยว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชและผู้ป่วยส่วนมากพยายามปิดบังข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยไม่ให้ใครรับรู้ และอคติจากสังคมที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของสังคมทางลบ (negative social perception) ต่อผู้ป่วยยังเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้อาการทางจิต เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและทำให้การรักษาล่าช้าออกไป (Byrne,1999)

ดังนั้นอคติจากสังคมที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของสังคมทางลบต่อผู้ป่วย (negative social perception) จึงทำให้เกิดความไม่กล้าเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมชาย พลอยล้อมแสง และชรินทร์ ลิมสนธิกุล (2547) เรื่องการสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต ตราบาป (stigma) และการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิต พบว่าปัจจัยเพียงปัจจัยเดียว ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ การมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่เป็นตราบาป และการรับรู้ตราบาปจากสังคมยังส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียความหวังในชีวิต เกิดภาวะซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล (Sokratis and Scott, 2004) มีภาพลักษณ์ที่ไม่น่าคบหาด้วยทำให้ผู้ป่วยเก็บตัว แยกตนเองออกจากสังคม ไม่อยากขอความช่วยเหลือจากใคร ไม่อยากมีชีวิตอยู่ มีความคิดการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (Bhatia, 2002) และสุดท้ายหาทางออกในการแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย (Link & Phelan, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pompili, Mancineli and Tatarelli (2003) ที่พบว่า การรับรู้ทางลบของสังคมเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายและการป้องกันการฆ่าตัวตายก็คือการลดอคติที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของสังคมทางลบนั่นเอง และอคติที่ผู้ป่วยได้รับจากสังคม (negative social perception) และชุมชนยังเป็นอุปสรรคที่ยิ่งใหญ่ที่สุดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอีกด้วย (Sartorius, 1998 อ้างถึงในสมชาย พลอยล้อมแสง และชรินทร์ ลิมสนธิกุล, 2547)

นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชยังได้รับการรับรู้ทางลบของสังคมจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ ภาพยนตร์ นิตยสาร เป็นต้น ซึ่งสื่อมวลชนมีอิทธิพลอย่างมากในการกำหนดแนวคิด หรือทัศนคติของสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวชบ่อยครั้งที่สื่อช่วยส่งเสริมการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคมขึ้นในผู้ป่วยจิตเวช ด้วยการนำเสนอโรคจิตเวชในแนวทางที่ไม่ถูกต้อง และนำรังเกียจ ทำให้สาธารณชนหวาดกลัว หรือไม่เห็นใจผู้ที่เป็นโรคเหล่านี้ โดยการพาดหัวข่าวต่างๆ เช่น "ตำรวจตามล่า ฆาตกรโรคจิต" หรือภาพยนตร์สยองขวัญที่ผู้ร้าย "หนีออกมาจากสถานกักกันคนบ้า" ประหนึ่งว่าคนที่เป็นโรคจิตเวชทุกคนนั้นก้าวร้าว รุนแรง ทั้งที่การวิจัย พบว่า จริงๆนั้นผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีแนวโน้มจะตกเป็นเหยื่อความรุนแรงมากกว่าที่เป็นผู้ก่อเหตุ (อภิสมัย ศรีรังสรรค์, 2546) และส่งผลทำให้เกิดความเชื่อผิดๆ ต่อผู้ป่วยจิตเวช (วัฒนา ครบประสี, 2546) เช่นเดียวกับการศึกษาผลกระทบข่าวความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเภททางเด็กนักเรียนในโรงเรียนเอกชน กรุงเทพมหานคร ต่อผู้ป่วยจิตเภทและญาติ ของ กอบโชค จวงษ์และสมชาย จักรพันธ์ (2549) พบว่าการก่อเหตุรุนแรงที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเภทก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติในด้านลบ เช่น อาการกำเริบ เกิดตราบาป ซึ่งจากการรับรู้ความรู้สึกเป็นตราบาปส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน เช่น ขัดขวางไม่ให้เข้ารับบริการช่วยเหลือ การฟื้นจากอาการป่วยทางจิตเวชเป็นไปได้ยากขึ้น กัดกร่อนความมั่นใจในตนเองและทำให้ผู้ป่วยอายไม่เข้าสมาคม กับผู้อื่น กลัวความเข้าใจ

ผิด การเยาะเย้ยและล้อเลียน หางานทำและหาที่อยู่อาศัยยากตลอดจนได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนท้องถิ่นได้ยากขึ้น (รัศมีดา ครบประสี, 2546) และการรับรู้ของสังคมทางลบยังเป็นวัฏจักรเลวร้ายของผู้ทุกข์ทรมานในการป่วยทางจิต และทำให้เสียประโยชน์ในชีวิตและสังคมแวดล้อมหลายอย่าง เช่น ความยุ่งเหยิงในชีวิตครอบครัว การไม่สามารถทำงานมีอาชีพได้ ซึ่งนำไปสู่วัฏจักรอันเลวร้าย ซึ่งทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่ตกต่ำลง เป็นเหตุให้สภาพทางจิตแย่ลงได้ (กรมสุขภาพจิต, 2549) ปัจจุบันพบว่า คนในชุมชนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นอันตราย จึงพยายามหนีห่าง ไม่เข้าใกล้ ไม่ยอมรับ ไม่ให้เกียรติ ซึ่งเป็นการสร้างการรับรู้ทางลบของสังคม (negative social perception) ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (สุพัฒน์นา สุขสว่างและศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2549) เช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากต่างประเทศและในประเทศพบว่า การรับรู้ทางลบของสังคม (negative social perception) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับประสบการณ์จัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยงานวิจัยนี้ทำการศึกษาว่าผู้ป่วยมีการแสดงออกในลักษณะเกี่ยวกับการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านความนึกคิด และด้านพฤติกรรมอย่างไร เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่จะศึกษาในเรื่องการรับรู้ความหมายผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น อย่างเช่นงานวิจัยของเพ็ญภา แดงด้อมยุทธและคณะ (2547) ซึ่งศึกษาการให้ความหมาย ปัญหา และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับตราบาปจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว เป็นต้น แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งในประเทศและต่างประเทศในสาขาการพยาบาล และจากการศึกษายังพบว่าถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีงานทำและสามารถเข้ากับครอบครัวได้ความรู้สึกกังวลจะลดลง และสมาชิกในครอบครัวจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนก่อนการเจ็บป่วย (Huffane & Clausen, 1975 อ้างถึงใน สุธีรา ชุ่มตระกูลและมาลี แจ่มพงษ์, 2532) และผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและชุมชนได้อย่างปกติสุข

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่ารูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ ความรู้สึกการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่ประสบกับปรากฏการณ์นั้นออกมาได้ตามความเป็นจริง ในลักษณะของการให้ความหมายกับสิ่งที่เกิดขึ้น ที่เป็นประสบการณ์ชีวิตจริงว่าเป็นอย่างไร จึงทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด เพราะเป็นวิธีการที่ให้ความสำคัญแก่คุณค่าของข้อมูลที่เป็นความรู้สึก นึกคิด โดยเฉพาะการให้ความหมายต่อประสบการณ์ต่างๆ รอบตัวรวมทั้งประสบการณ์ชีวิตอย่างเจาะลึกและครอบคลุม (ชาย โพธิ์สิตา, 2549) เพื่อนำมาพัฒนา

เป็นองค์ความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเหมาะสมกับบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เนื่องจากแนวคิดการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในงานวิจัยนี้จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจและเห็นความสำคัญของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หรือที่เรียกว่าการดูแลแบบองค์รวมนั่นเอง เพราะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทด้วยกระบวนการทางร่างกายและจิตของผู้ป่วยเป็นวิถีทางที่ดีที่จะช่วยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีอย่างยาวนาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และยังเป็น การดำเนินงานตามคำขวัญของวันอนามัยโลกหรือ WORLD HEALTH DAY ปี ค.ศ. 2001 ที่มุ่งบริการสุขภาพจิตชุมชน พยายามลดตราบาปที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคม และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวช (สมชาย จักรพันธุ์, 2544) และสอดคล้องตามแนวนโยบายของกรมสุขภาพจิตในเรื่องโครงการลดตราบาป (Destigmatization) และวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างความเสมอภาคทางด้านสุขภาพ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 , 2544) อีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาทำความเข้าใจประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserl Phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แนวคิดของ Husserl หมายถึง วิธีการศึกษาโดยให้บุคคลอธิบายถึงเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆ ที่ตนเองประสบทางผัสสัมผัสต่างๆ ฐานคติที่สำคัญคือมนุษย์เราจะรู้เรื่องดีในเรื่องที่ตนเองประสบมาก่อน ผ่านการรับรู้และการให้ความหมายในขณะที่มีสัมผัสปรัชญา (นิศา ชูโต, 2545) เมื่อเกิดการรับรู้หรือความรู้สึกต่างๆ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยแยกความคิดหรือประสบการณ์ของผู้วิจัยจนกว่าจะเข้าใจประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (Koch, 1995) จากการทำผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง การรับรู้ ความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับอคติจากสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวช เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ และบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ผู้ให้

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ บุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตเวช ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท Schizophrenia (F.20) ที่รับรู้ว่าจะมีการรับรู้ทางลบต่อตนเองและได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน มารับการตรวจรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ณ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ (1) ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแผนกผู้ป่วยนอกที่กลุ่มงานจิตเวชตามนัดแพทย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (2) ผู้ป่วยเคยมีประวัติเป็นผู้ป่วยใน เคยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ในชุมชน (3) สามารถพูดคุย สื่อสาร ได้ตอบรู้เรื่องกับผู้วิจัย (4) ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าจะมีการรับรู้ทางลบต่อการเจ็บป่วยทางจิตของตนเอง (Self - selected) จากการประเมินโดยวิธีการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามของการรับรู้ทางลบของสังคมต่อการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย (5) มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลอย่างสมัครใจ

คำจำกัดความในการวิจัย

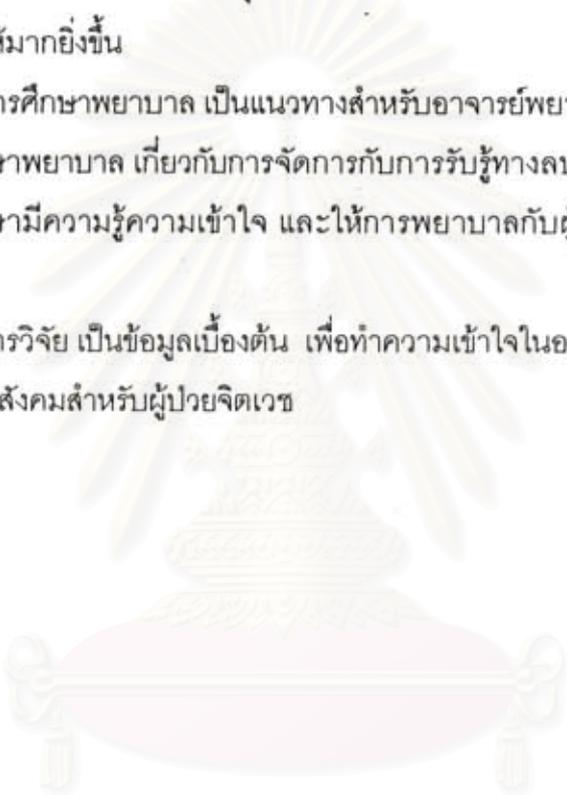
ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้และถ่ายทอดออกมาโดยการบอกเล่าถึงการกระทำของตนเองในการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม ที่สื่อความหมายให้กับผู้วิจัยได้รับรู้ ในลักษณะของความหมายเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและจิตวิญญาณ

การรับรู้ทางลบของสังคม หมายถึง การประเมินของผู้ป่วยเกี่ยวกับปฏิกิริยาของสังคมเกี่ยวกับการถูกกีดกัน ปฏิเสธ ต่ำหนิติเตียน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกน่าอับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง เกิดความรู้สึกไม่ดีและไม่มีคุณค่า

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง บุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท Schizophrenia (F.20) ที่รับรู้ว่าจะมีการรับรู้ทางลบต่อตนเองและได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน มารับการตรวจรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ณ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ในการวางแผนการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเวช และการให้ความรู้ในเรื่องการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ เพื่อลดความรู้สึกไม่ดีจากการรับรู้ทางลบของสังคมที่จะเกิดขึ้น
2. ด้านการบริหารการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาลได้ทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการรับรู้และการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมเกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวช เพื่อใช้เป็นประเด็นในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มากยิ่งขึ้น
3. ด้านการศึกษาพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับอาจารย์พยาบาล ในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจ และให้การพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
4. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลเบื้องต้น เพื่อทำความเข้าใจในองค์ความรู้เรื่องการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเวช



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในปรากฏการณ์นั้นๆ ที่เป็นจริงโดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อน หรือปราศจากอคติที่เกิดจากความคิด ความรู้ที่มีอยู่เดิมของผู้วิจัย สำหรับในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนที่จะทำการวิจัย ทั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงปรากฏการณ์ของการจัดการกับอคติจากสังคม รวมถึงแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการในมุมกว้าง เพื่อที่จะได้ตระหนักและจัดกรอบความคิด (bracketing) ของผู้วิจัยไว้ ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดอคติในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้นเอกสารและงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้ทบทวนเพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษาแบบกว้างๆ จึงประกอบไปด้วย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
- 1.3 ลักษณะอาการและการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 1.4 การวินิจฉัยแยกโรค
- 1.5 การรักษา
- 1.6 ปัญหาการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. แนวคิดการรับรู้

- 2.1 ความหมายการรับรู้
- 2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้
- 2.3 ความสำคัญของการรับรู้

3. แนวคิดอคติจากสังคม

- 3.1 ความหมายของอคติจากสังคม
- 3.2 ประเภทของการเกิดอคติจากสังคม
- 3.3 กระบวนการอคติจากสังคม

3.4 การรับรู้ทางลบของสังคมต่ออคติจากสังคม

4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอคติจากสังคม
5. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ความหมาย

ผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้เป็นหลักร่วมกับ อารมณ์แบบไม่เหมาะสม (Inappropriate) หรือเฉยเมย (Blunted) ความสามารถทางสติปัญญา และสติสัมปชัญญะยังคงอยู่เป็นปกติ แต่ความเสื่อมทางพุทธิปัญญา (Cognition) จะมากขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นโรค รวมทั้งมีความผิดปกติทางพฤติกรรมด้วย โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมองหรือพิษจากยาใดๆ และอาการมักเกิดขึ้นติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน (ธนู ชาติธนานนท์ และสมภพ เรืองตระกูล, 2545) ความผิดปกติในด้านต่างๆ ที่พบ ได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์ ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง มีความผิดปกติด้านการรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่มีความจริง เช่น ได้ยินโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมดุดอง พฤติกรรมแปลกๆ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ฉะนั้นอาการของโรคจิตเภทจึงมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

กล่าวว่า สาเหตุการเกิดโรคจิตเภทเกิดจากหลายปัจจัย ปัจจัยที่รับการยอมรับมี ดังนี้ (Kaplan & Sock, 1995 และ อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors)

1) พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาการเกิดโรคจิตเภท พบว่าญาติของผู้ป่วย มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2541) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม ในกรณีบุคคลมีทั้งบิดา และมารดาป่วยด้วยโรคจิตเภท พบว่ามีความเสี่ยงที่บุคคลนั้นจะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ถึงร้อยละ 40 แต่ถ้ามีบิดา หรือมารดาคนใดคนหนึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภท บุคคลนั้นมีความเสี่ยงจะป่วยเป็นโรคจิตเภทลดลงคือประมาณร้อยละ 12

2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factor) แนวความคิดเกี่ยวกับชีวเคมีในสมอง ที่ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทมีการอธิบายไว้ในหลายสมมติฐาน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาร

สื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) สมมุติฐานเดิมที่ยังเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ สมมุติฐานของสารที่ชื่อว่าโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าในผู้ป่วยจิตเภทมีการผลิตสาร dopamine จำนวนมากในบริเวณต่างๆของสมอง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต สมมุติฐานนี้มีเหตุผลอธิบายมาจากการใช้ยารักษาโรคจิตหรือยากลุ่ม neuroleptic เพื่อไปลดปริมาณสารสื่อประสาทบางตัว ที่ทำให้มีการผลิตสาร dopamine มาก โดยยาจะไปจับกับ dopamine receptor sites ทำให้ไม่สามารถไปกระตุ้นการทำงานของ postsynaptic cell ได้จากการทำงานนี้ จะเป็นการป้องกันไม่ให้ dopamine ไปจับกับ receptor เป็นการไปลดการทำงานของ endogenous dopamine ซึ่งเป็นกลไกการทำงานของยารักษาโรคจิต ส่วนยาที่ไปยับยั้งการจับ dopamine ทำให้มีการผลิตสาร dopamine มากขึ้นเรียกว่า dopaminergic agonists มีผลให้เกิดอาการคล้ายผู้ป่วย schizophrenia มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และอารมณ์แปรปรวน แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับยารักษาโรคจิต (neuroleptic) ซึ่งมีฤทธิ์เป็น antidotes จะช่วยให้อาการทางจิตต่างๆ ลดน้อยลง นอกจากนั้นยังมีข้อสันนิษฐานว่าโรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสาร serotonin กับสาร dopamine มีความผิดปกติ

3) ด้านกายวิภาคของสมอง (neuroanatomy factor) มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 20 - 50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994) โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทมี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบที่มีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle

4) ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้กล่าวถึงพื้นฐานพฤติกรรมของมนุษย์ว่า เกิดมาจากแรงผลักดันภายใน (drive) หลายอย่าง เช่น แรงขับทางเพศ (sexual drive) แรงขับของความก้าวร้าว (aggressive drive) ซึ่งส่วนมากเป็นแรงขับที่ยังไม่ได้ชัดเจน และเป็นแรงผลักดันที่อยู่ในจิตใต้สำนึก (unconscious) ของมนุษย์ทุกคน และเป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Taylor, 1994)

1.2.3 ปัจจัยทางด้านครอบครัว (Family factors) พบว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยๆ มีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expressed - emotion) สูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement)

1.2.4 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social – culture factors) การศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีเศรษฐกิจระดับดีจึงทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis)

1.2.5 Stress – Diathesis Model เป็นปัจจัยร่วมระหว่าง ปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเกิดโรค (Vulnerability) เมื่อถูกเร้าโดยอิทธิพลของความเครียดก็จะทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นได้ เช่น การติดเชื่อ การสูญเสียคนที่รัก หรือคนใกล้ชิด การใช้สารเสพติด เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปแล้วปัจจุบัน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมาจากหลายปัจจัย และแต่ละปัจจัยอาจมีบทบาทในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน คนที่ได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ก็ไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคจิตเภททุกราย ความผิดปกติที่ได้รับทางพันธุกรรมอาจเป็นเพียง predisposing factor โดยมีสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความผิดปกตินั้นแสดงอาการออกมา

1.3 ลักษณะอาการและการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ลักษณะอาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ ดังนี้

1.3.1 กลุ่มอาการทางด้านบวก (positive symptoms) ผู้ป่วยจะแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ คือ psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และ Disorganization dimension ได้แก่ พฤติกรรมการแสดงออกและคำพูดที่ไม่มีแบบแผน (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2541)

อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ หลงผิดว่ามีคนปองร้าย (persecutory delusion) หลงผิดว่ามีคนพูดถึง นินทา (delusion of reference) ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆที่พบบ้าง เช่น หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย (somatic delusion) หลงผิดว่าเป็นผู้มีอำนาจ (grandiose delusion) เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ อาการหลงผิดซึ่งมีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจหรือเป็นไม่ได้เลย (bizarre delusion)

อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น ประสาทหลอนทางการได้ยิน (auditory hallucination) อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่นๆที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนที่พบได้บ้าง

เช่นรู้สึกเหมือนมีแมลงไต่ตามตัว (tactile) หรือ ประสาทหลอนทางกาย (somatic hallucination) อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ ประสาทหลอนทางการได้ยิน (auditory hallucination)

Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดและสนทนาอาการที่แสดงออกนี้ ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น loose association , incoherent speech หรือ tangentiality เป็นต้น

Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนจู่ๆ ก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

1.3.2 ด้านกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptom) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

Avolition ขาดความกระตือรือร้น เชื่อยซาหลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

Asociality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

การดำเนินโรคของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2541)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่าในด้านการทำหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียน การทำงาน เริ่มแยลง ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขภาพอนามัยหรือการแต่งกาย อาจมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมแปลกๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ซึ่งญาติหรือคนใกล้ชิดจะเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

2. ระยะเวลาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากขึ้นส่วนใหญ่มีอาการทางด้านบวก เช่น หลงผิดหวาดระแวง คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย ด้านพฤติกรรม บางรายเก็บตัว ไม่สนใจตนเอง ไม่อาบน้ำหลายวันติดต่อกัน ไม่นอน เดินไปมา ก้าวร้าว หงุดหงิด อุนเฉียว ส่วนด้านอารมณ์พบว่า จะแสดงอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ หูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ทักษะทางสังคมเสื่อมลง มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงาน

3. ระยะเวลาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการหงุดหงิด วิตกกังวล หลงผิด อาการประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ในระยะนี้จะพบลักษณะอาการด้านลบ เช่น พฤติกรรมการทำหน้าที่น้อยลง ไม่สนใจสิ่งอื่น ไม่สามารถรักษาทักษะการติดต่อทางสังคม ระยะนี้จะนานประมาณ 6 เดือน หลังอาการกำเริบหรือบางรายอาจมีอาการนานกว่านี้

ในระยะเวลาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่า ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วยแต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่มีอาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้ง ยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะลดความรุนแรงลงอาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบ (มานิช หล่อตระกูล, 2545)

1.4 การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยแยกโรคจิตเภทในปัจจุบัน มีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2541 และมานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542)

ก. แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภทโดยหลักตาม DSM-IV

1. อาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน

- อาการหลงผิด
- อาการประสาทหลอน
- Disorganized speech
- Grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior
- อาการด้านลบ ได้แก่ flat affect, alogia หรือ avolition

หมายเหตุ แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากเป็น bizarre หรืออาการประสาท หลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วยหรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียง พูดจาโต้ตอบกัน

2. มีความเสื่อมหรือปัญหาในด้านสังคมและด้านการงาน เช่นด้านการงาน ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นหรือด้านสุขอนามัยของตนเอง

3. ระยะเวลามีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีอาการ (Active phase) ตามข้อ 1 อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็นระยะเริ่มมีอาการ หรือระยะหลงเหลืออาการ (residual phase)

นอกจากนี้การวินิจฉัยแยกโรคจิตเภทตาม DSM-IV ยังมีการจำแนกกลุ่มย่อยออกตามลักษณะอาการทางคลินิกออกได้เป็น 5 กลุ่มย่อย ดังนี้

1) Catatonic type เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติเด่นเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวได้แก่ stupor, negativism, rigidity, excitement หรือ posturing

2) Disorganized type ลักษณะสำคัญ คือ ความคิดกระจัดกระจาย ไม่เป็นไปในแนวเดียวกัน แสดงออกออกมาทางคำพูดหรือท่าทาง เช่น incoherence, loosening of association มาก นอกจากนี้การแสดงออกทางอารมณ์จะเรียบเฉย หรือไม่เหมาะสมอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการที่เข้ากันได้กับ catatonic type

3) Paranoid type ลักษณะสำคัญ คือ มีความหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิด หรือหูแว่ว ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการของ catatonic หรือ disorganized type

4) Undifferentiated type เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากันได้กับโรคจิตเภทแต่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้อย่างชัดเจนว่าเป็นชนิดใดใน 3 ชนิดข้างต้น

5) Residual type ผู้ป่วยเคยป่วยมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 ครั้ง ในขณะที่ประเมินไม่พบอาการด้านบวก หรืออาจมีแต่ไม่ใช่อาการเด่น ลักษณะอาการที่มีหลงเหลืออยู่ส่วนใหญ่เป็นอาการด้านลบ เช่น เก็บตัว เชื่อยชา ไม่สนใจตัวเอง เป็นต้น

ข. แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภทโดยยึดหลักตาม ICD-10

ลักษณะของอาการที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการอย่างชัดเจน 1 ข้อ (หรือมากกว่า 2 ข้อถ้ามีอาการไม่ชัดเจน) ในข้อ 1-4 หรืออาการมากกว่า 2 ข้อ ขึ้นไปในข้อ 5-9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ลักษณะของอาการมีดังนี้

- ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Thought echo) ความคิดของตนเองถูกแทรกหรือดึงออกไป (Thought insert or withdrawal) และความคิดของตนเองดึงออกไปจนคนอื่นได้ยิน (Thought broadcasting)

- หลงผิดคิดว่าตนเองถูกอำนาจจากภายนอกควบคุมชักจูง (Delusional of control, influence, or passive) โดยอาจแสดงออกในเรื่องทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิดหรือความรู้สึกสัมผัส (Sensation) หลงผิดในการแปลความของสิ่งเร้า (Delusional perception) เช่น เห็นจระเข้โบกมือให้สัญญาณเกิดความคิดว่าให้สัญญาณนั้นบอกว่าเป็นคนสำคัญของประเทศ

- ประสาทหลอนทางหู พุดวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือพูดคุยโต้ตอบกันเอง เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือประสาทหลอนทางหูอื่นๆ ที่มาจากบางส่วนของร่างกาย

- ความคิดหลงผิดชนิดอื่นๆ เป็นอยู่ยาวนาน อาจเกิดกับอาการหลงผิดซึ่งเป็นชั่วคราว โดยที่ไม่มีอาการทางอารมณ์ที่เด่นชัดหรือความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าอย่างมากประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลานานอาจเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน

- ประสาทหลอนอื่นๆ เป็นอยู่ยาวนาน อาจเกิดกับอาการหลงผิดซึ่งเป็นชั่วคราว ไม่มีอาการทางอารมณ์ที่ชัดเจน หรือความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าอย่างมาก ประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลานาน อาจเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน

- มีการแตกแยกหรือสอดแทรกในกระแสความคิด ทำให้เกิดลักษณะความคิดไม่ปะติดปะต่อ ฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ (Neologisms)

- พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Catatonic behavior) อาจมีลักษณะอาการเคลื่อนไหวอย่างมากแบบคลั่ง (Excitement) จับผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง ผู้ป่วยอาจมีทำนั้นเป็นเวลานาน ผิดปกติ (Waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Stupor) การกระทำต่อต้าน (Negativism) เช่น ให้นั่งผู้ป่วยจะยืน

- Negative symptoms เช่น สีหน้าเฉยเมย (Apathy) พุดน้อย (Paucity of speech) อารมณ์ที่อู้อี้ (Blunt) ไม่มีอารมณ์ตอบสนอง ซึ่งต้องแยกออกจากอารมณ์ซึมเศร้าหรือจากผลข้างเคียงของยารักษาโรค

- มีการเปลี่ยนแปลงมากและนานในเรื่องคุณภาพของบุคคลโดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจ ไม่มีจุดหมาย เกียจคร้าน ปฏิเสธออกจากสังคม หมกมุ่นในตนเอง

หมายเหตุ การวินิจฉัยแยกโรคใช้เวลากำหนด 1 เดือน โดยเริ่มนับในระยะเวลาที่มีอาการทางจิตเท่านั้น ไม่นับในระยะเวลาที่มีอาการนำ

นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถวินิจฉัยจำแนกโรคจากโรคจิตอื่นๆ ตามหลักเกณฑ์ของ Blueler ซึ่งได้แบ่งอาการของโรคออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534)

1. อาการหลัก (Fundamental or primary symptoms) หรือเรียกว่า four A's of blueler มี 4 ลักษณะ

- 1.1 ความผิดปกติของความต่อเนื่อง (association) ของความคิด
- 1.2 ความผิดปกติของอารมณ์การแสดงออก (affect)
- 1.3 หมกมุ่นในจินตนาการโดยไม่สนใจโลกภายนอก (autism)
- 1.4 มีอาการหรือมีความคิดสองจิตสองใจ (ambivalence)
2. อาการร่วม (accessory or secondary symptoms) ซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1 มีอาการประสาทหลอน (hallucination)
 - 2.2 มีอาการหลงผิด (delusions)

1.5 การรักษา

การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมีทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม เนื่องจากสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้าแต่สำหรับวิธีนี้ต้องมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม จะเป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัด เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น โดยลำดับแรกของผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น การรักษาจะเริ่มที่การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จากนั้นจึงจะให้การรักษาทางด้านอื่นๆ ที่กล่าวมาต่อไป

1.5.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในกรณีต่อไปนี้

- 1) มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- 2) มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- 3) เพื่อควบคุมเรื่องยา กรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- 4) มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆ ที่มีปัญหานั้นออกไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.5.2 การรักษาด้วยยา สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่แล้ว การรักษาด้วยยาจัดว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดีกว่า และสะดวกกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ นอกจากนี้ การรักษาด้วยยายังสามารถลดการอยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยพร้อมสำหรับการรักษาด้านจิตสังคม และยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหามาจากการขาดยา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง ก็ยังคงรับการรักษาด้วยยาต่อไปอีกอย่างน้อย 6 เดือน แต่ขนาดยาลดลง จนกระทั่งอาการคงที่ เพื่อลดอัตราการอยู่โรงพยาบาลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการครั้งแรกหลังจากอาการของโรคดีขึ้นแล้วจะให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำครั้งที่ 2 จะให้ยา

ต่อเนื่องในระยะเวลายาว 5 ปี หากมีการป่วยบ่อยครั้งขึ้น ก็จะทำให้ยาต่อเนื่องไปตลอด ซึ่งยาทุกตัวส่วนมากมีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการอยู่ไม่นิ่ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง เดินตัวแข็ง น้ำหนักตัวเพิ่ม เป็นต้น (จุฬาลักษณ์ ชำของ, 2547)

1.5.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาใช้การรักษาให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ส่วนมากมักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดเกิดขึ้น กระทั่งหัน และอาการหลงผิดนั้นมีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยหรือผู้อื่น หรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามานานด้วยยารักษาโรคจิต แต่อาการไม่ดีขึ้นจนไม่สามารถเพิ่มปริมาณยาได้มากกว่านี้ (จิรพันธ์ ชันแข็ง, 2548) หรือผู้ป่วยที่อาการทางจิตไม่ตอบสนองด้วยการรักษาทางยา อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe depression ด้วย เป็นการรักษาโดยการใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำจำนวนหนึ่งผ่านสมองเพื่อกระตุ้นให้เกิดอาการชักแบบทั้งตัว

1.5.4 การรักษาด้านจิตสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเสื่อมเสียอย่างมากในด้านการทำงานและการเข้าสังคม และปัญหาดังกล่าวก็ยังคงอยู่แม้ว่าอาการโรคจิตจะลดลงแล้ว ดังนั้นการรักษาทางจิตสังคมจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท (มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆ ด้าน การรักษาด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

1) จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการรักษาของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นๆ ที่ผู้ป่วยพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาดูว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่ผู้ป่วยมักทนไม่ได้ สามารถทำได้ทั้งเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการ คือ ความเข้าใจ ความรัก และพฤติกรรม

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) ครอบครัวมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้ การทำครอบครัวบำบัดหรือความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

3) กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ผีกหักชะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4) กิจกรรมบำบัด (Activity therapy group) เป็นการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลายๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith et al., 1989 อ้างถึงใน จิรพันธ์ ชันแข็ง, 2548) ชนิดของกลุ่มกิจกรรมบำบัด เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด เป็นต้น

5) นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นแล้วมักไม่หายขาด การดำเนินโรคพบว่าย่อยเป็นค่อยไปและจะกำเริบเป็นช่วงๆ เมื่อกำเริบบ่อยครั้งก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสื่อมในด้านการทำงานที่ต่างๆ เช่นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสารบกพร่อง มีพฤติกรรมแปลกๆ ซึ่งทำให้บุคคลส่วนใหญ่จะมองผู้ป่วยโรคจิตเภทในภาพลบทำให้เกิดความน่ากลัว น่ารังเกียจ และนำไปสู่การปฏิเสธ ทั้งตนเอง บุคคลในครอบครัวและสังคม การถูกปฏิเสธการเจ็บป่วยทำให้เกิดการเก็บงำอาการไม่บอกผู้อื่น ไม่ยอมรับการรักษา แม้มีอาการเพียงเล็กน้อย ซึ่งอาจนำไปสู่อาการในระดับที่รุนแรงที่เป็นอันตรายต่อทั้งตนเอง ครอบครัว และสังคมหรือชุมชนนั้นก็คือปัญหาการเกิดตราบาป (stigma) ที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

1.5 ปัญหาการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของความคิดการรับรู้เป็นหลัก ซึ่งส่งผลทำให้เสื่อมเสียหน้าที่หลายๆ ด้าน เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม และมีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว (มานิตและจำลอง, 2542) ยังมีการดำเนินโรคเป็นแบบรุนแรงและเรื้อรัง ระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนาน ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อตัวเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม ประกอบกับในปัจจุบันนโยบายการรักษาผู้ป่วยทางจิตได้เปลี่ยนแปลงไปเน้นที่การดูแลรักษาในโรงพยาบาลใช้เวลาระยะที่สั้นลง โดยเชื่อว่าการให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้นเป็นการป้องกันการติดโรงพยาบาล และการป่วยเรื้อรัง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2542) จาก การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรักษาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมาก ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน จากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่างๆ ของผู้วิจัยเกี่ยวกับสภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีสภาพปัญหาของการดำเนินชีวิตในขณะที่ยังอาศัยอยู่ในชุมชน ดังนี้

สำหรับปัญหาที่พบขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องดำเนินชีวิตในชุมชนนั้น จากการศึกษาของ (จารุวรรณ ต. สกุล , 2542 อ้างถึงในพรทิพย์ ธรรมวงศ์ , 2541) ที่ได้ศึกษาสาเหตุที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า มีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อม คือ ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ อับอาย เนื่องจากประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งส่งผลให้มีเรื่องขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวและไม่สบายในเรื่องการปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน และผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นผู้ที่ได้รับการพยาบาลจนอาการทุเลา มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้าง (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะเวลาผู้ป่วยมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อถือในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย หรือบางราย มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น และสัมพันธ์กับคำกล่าวที่ว่า หลังจากแพทย์อนุญาตให้กลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถปฏิบัติอาชีพการงานได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ไม่นานก็จะมีอาการป่วยซ้ำต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542 ; Montgomery & Kirkpatrick, 2002; meijel et sl., 2003)

กล่าวโดยสรุปเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบและกลับป่วยเป็นซ้ำบ่อยๆ จะทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทรุนแรงขึ้นด้วย การดูแลก็จะยิ่งยากมากขึ้นตามลำดับ (จันทรชัย เนตรสุวรรณ, 2546) ซึ่งทำให้บุคคลอื่นในชุมชนและสังคม ส่วนใหญ่จะมองผู้ป่วยโรคจิตเภทในภาพลบทำให้เกิดความน่ากลัว น่ารังเกียจ และนำไปสู่การปฏิเสธ ทั้งตัวผู้ป่วยเอง สมาชิกในครอบครัวและสังคม ซึ่งการถูกปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปกปิดอาการไม่บอกผู้อื่น ไม่ยอมรับการรักษา ซึ่งเป็นการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นไม่เหมาะสม แม้มีอาการเพียงเล็กน้อยและอาจนำไปสู่อาการในระดับที่รุนแรงที่เป็นอันตรายต่อทั้งตนเอง ครอบครัว และสังคมหรือชุมชนนั้นได้ (กรมสุขภาพจิต, 2549)

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา (2547) เกี่ยวกับตราบาป : การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวต้องประสบกับปัญหา เมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตก็จะมีทัศนคติทางลบ หวาดกลัวไม่คบหา เมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจหรือไม่ติดต่อไม่ให้เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม ต้องประสบปัญหาในเรื่องของการหาที่พักอาศัย การหางานทำ ไม่มีคนจ้างงาน หรือบางครั้งให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งการศึกษาของ ทิวพร พูเพื่อง (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา ร้อยละ 57.5 ที่ไม่มีงานทำ และร้อยละ 50 ไม่มีรายได้ และสัมพันธ์กับ

การศึกษาของพันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องประสบปัญหาเมื่อบุคคลอื่นรับรู้ว่าเป็นโรคจิต คนทั่วไปพยายามหลีกเลี่ยง ไม่อยากคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้เห็นทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือไว้ใจไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยทางจิตยังคงถูกเลือกปฏิบัติ เช่น ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาล ผู้ที่ส่งเบี้ยประกันมาตลอดชีวิตไม่มีโอกาสได้ใช้สิทธิเมื่อป่วยด้วยโรคจิตเวช (รัศมีดา ครประสี, 2546)

จากการศึกษาของ Read and Baker (1996) เรื่องการสำรวจการเกิดอคติจากสังคม (stigma) , ข้อห้าม และการถูกแบ่งแยก โดยประสบการณ์จากผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต พบว่าผู้ป่วยจิตเวชถูกทำร้ายในที่สาธารณะคิดเป็นร้อยละ 47 ถูกไล่ออกจากงาน หรือถูกบังคับให้ลาออกจากงานคิดเป็นร้อยละ 34 และต้องย้ายที่อยู่เพราะถูกรังควานคิดเป็นร้อยละ 26 สอดคล้องกับการศึกษาของ National Alliance for the Mentally Ill (Wahl, 1999) ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยทางจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 60 เคยถูกเหมินหนี หรือถูกหลีกเลี่ยงหลังเปิดเผยว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชและผู้ป่วยส่วนมากพยายามปิดบังข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยไม่ให้ใครรับรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัฒน์นา สุขสว่างและศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2549) ที่ได้ศึกษาดรามาผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่น่าอาย พยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเองจากบุคคลอื่น การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อตนเอง ทั้งเรื่องของหน้าที่การทำงาน สถานะเศรษฐกิจ ความเชื่อถือของบุคคลอื่นๆ เพื่อนบ้านและคนในชุมชน ไม่อยากคบค้า

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตในชุมชนในปัจจุบันนั้น มีทั้งผู้ป่วยที่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตตามศักยภาพ ดังนั้นสิ่งที่พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญคือ การยอมรับจากสังคมและปัญหาในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การดูแลจัดการกับตนเองในเรื่องของผลกระทบจากปัญหาที่ได้รับในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการขาดการยอมรับจากญาติ บุคคลในชุมชนและสังคม ซึ่งปัจจุบันยังพบว่า คนในชุมชนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นอันตราย จึงพยายามหนีห่าง ไม่เข้าใกล้ ไม่ยอมรับ ไม่ให้เกียรติ ซึ่งเป็นการสร้างตราบาป (stigma) จากการรับรู้ทางลบของสังคมให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทางจิต (สุพัฒน์นา สุขสว่างและศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2549) สัมพันธ์กับการศึกษาของ Schulze & Angermeyer (2003) เรื่องการรับรู้ตราบาปเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ตราบาป (stigma) จากคนรอบข้างและคนในสังคมมากที่สุด ในบรรดาโรคจิตเวชอื่นๆ จึงทำให้เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำรงชีวิต และทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้อาการทางจิต ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและทำให้การรักษาล่าช้า

ออกไป (Byrne,1999) และที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งพบว่าการรับรู้ทางลบของสังคม (negative social perception) ที่ผู้ป่วยจิตได้ร้บจากสังคมและชุมชนยังเป็นอุปสรรคที่ยิ่งใหญ่ที่สุดใน การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอีกเช่นกัน (Sartorius ,1998 อ้างถึงในสมชาย พลอย เลื่อมแสง และชรินทร์ ลัมสนธิกุล, 2547)

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องเมื่อเข้าไปอยู่ในชุมชนเป็นความจำเป็นที่บุคลากรใน ทีมสุขภาพต้องให้ความสำคัญ เพื่อติดตามให้การรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540) โดยมุ่งที่การดูแลที่ต่อเนื่องตลอด ชีวิต สนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวและชุมชน ให้สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมี ความสุข มีสุขภาพดี สอดคล้องกับหลักนโยบายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพในการพึ่งตนเองด้าน สุขภาพของประชาชน ครอบครัว ชุมชน อย่างยั่งยืน

แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความ ต้องการของบุคคล ซึ่งมีลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540)

1) พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็น เบื้องต้น การที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ อย่างเป็นธรรมเต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดย ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข (Conscience)

2) พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการ เจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพกายภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็น สภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจน การพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (Competence) สามารถแก้ปัญหา สุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบายและสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้ ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขในครอบครัวที่อบอุ่นและมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่ เข้มแข็ง พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักตนเองเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิเพื่อให้ตนเองสามารถใช้ ความรู้และประสบการณ์ของตนเองในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วย แก้ปัญหาสุขภาพ (Therapeutic Relationship) การพยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผสมผสาน

ความรู้ ความรู้สึกของตนในขณะนั้น (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

3) พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติพยาบาลอย่างเป็นมีขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ดังนี้

- วินิจฉัยหรือความต้องการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการและองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบคอบ

- กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ

- กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการและครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

- ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่นๆ ที่ตามมา

- ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลจากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผลลัพธ์ที่คาดหวังและพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

- จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งผลลัพธ์ระยะยาว คือการมีสุขภาพดีหรือการดำรงชีวิตหรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

ฉะนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชนของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีความต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นพยาบาลจิตเวช จึงต้องมีการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมและมีแนวคิดดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2542)

- 1) เน้นบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านทั้งในขณะผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ โดยทีมสุขภาพซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพ

- 2) เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพร่วมกัน

- 3) เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

- ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติตัว สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข

- เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือ ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
- มีการบันทึกข้อมูลข่าวสารและมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับ

ผู้ป่วยและครอบครัว

- เป็นการบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

นอกจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมและมีแนวคิดในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองสามารถเผชิญปัญหาปรับตัวอยู่ร่วมกันกับครอบครัว ชุมชน อย่างมีความสุขและต่อเนื่องตลอดชีวิต มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ตามแนวคิดดังที่กล่าวมาแล้วนั้น การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชจะต้องครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายและสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ซึ่งบทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชน 7 บทบาท ดังนี้ (อุบล นิวัติชัย, 2527)

1) บทบาทของผู้บำบัดขั้นต้น (Primary Therapist)

บทบาทของผู้บำบัดขั้นต้น หมายถึง การให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยซึ่งมีอาการที่ไม่รุนแรง และไม่ซับซ้อน หรือเป็นการบำบัดเพื่อการส่งต่อแก่ผู้ที่มีความชำนาญมากกว่า โดยใช้แบบการบำบัดอย่างย่อ (Short term therapy)

2) บทบาทของผู้บริหารเรื่องยา (Drug Administration)

นอกจากจิตแพทย์แล้ว พยาบาลจิตเวช นับได้ว่าเป็นผู้ได้รับการศึกษาอบรมเรื่องยาให้แก่ผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรอื่นในทีมจิตเวช ความจริงงานนี้ไม่ได้ช่วยให้พยาบาลดีขึ้นในแง่วิชาชีพ แต่เท่าที่ผ่านมา จะพบว่าเป็นงานซึ่งพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ให้เวลามากกว่าการพยาบาลอื่นๆ และบางครั้งละเลยการให้การพยาบาลบางชนิดที่พยาบาลควรตัดสินใจทำได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาสงบจิต (Tranquilizer) ให้ผลดีอย่างมากแก่ผู้ป่วยทางจิตเวช และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ดังนั้นในปัจจุบันพยาบาลจิตเวชอาจได้รับมอบหมายให้รับหน้าที่นี้มากกว่าเดิม และอาจเป็นที่ปรึกษาของบุคลากรอื่นที่ยังขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ในเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วยจิตเวช

3) บทบาทนักวิชาการสุขภาพจิต (Mental Health Educator)

พยาบาลจิตเวชถูกจัดให้เป็นผู้รอบรู้เรื่องสุขภาพจิต จึงเป็นผู้ที่จะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้เหล่านั้น แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนทั่วไปในชุมชนด้วยเทคนิคต่างๆ ทางการพยาบาลจิตเวช

4) บทบาทของผู้แทนหน่วยงานสุขภาพจิต (Mental Health Community Worker)

เมื่อองค์กร หน่วยงานในชุมชน มีกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาทางจิตเวช พยาบาลจิตเวชควรให้ความร่วมมือ ประสานประโยชน์ โดยทำหน้าที่เสมือนตัวแทนจากหน่วยบริการสุขภาพจิต

5) บทบาทของผู้บริหารงานสุขภาพจิต (Mental Health Administrator)

พยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีความรู้ความสามารถควรมีบทบาทในระดับของผู้วางแผนและกำหนดนโยบาย โดยมีความสามารถวิเคราะห์ ประเมินปัญหา กำหนดจัดลำดับความสำคัญและวางแผนการแก้ปัญหา จะต้องรู้จักกำหนดการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ที่มีการควบคุมและดำรงไว้ซึ่งบรรยากาศของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

6) บทบาทผู้นิเทศและผู้ให้คำปรึกษา (Supervisor and Consultant)

พยาบาลจิตเวช มีหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือการสนับสนุนระดับประคอง สอน บุคลากรอื่นให้ในงานจิตเวชชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามทิศทางที่มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน ทั้งในรูปแบบการให้คำแนะนำและช่วยปฏิบัติเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ยุ่งยากเกินความสามารถของพยาบาลทั่วไป

7) บทบาทพยาบาลจิตเวชในสถาบัน (Role of Psychiatric Nurse)

พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นพยาบาลจิตเวชในสถาบันอีกบทบาทหนึ่งที่จะต้องรับในบางสถานการณ์ที่พยาบาลจิตเวชจะต้องลงมือปฏิบัติ โดยเฉพาะในปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน

นอกจากนี้สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่สำคัญก็คือ การผสมผสานแนวคิดและหลักการพยาบาลเชิงสังคมและวัฒนธรรมเข้าร่วมกับการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ พยาบาลจิตเวชจึงควรทำความเข้าใจและยึดหลักในการปฏิบัติ ต่อไปนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1. ผู้บริการแต่ละรายมีสังคมและวัฒนธรรมของตน ที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง การดูแลจะต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว
2. วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการที่ให้บริการจะต้องรับรู้ ยอมรับ และดูแลอย่างเหมาะสม
3. การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจ และเอาใจใส่ ผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความร่วมมือของผู้รับบริการ
4. ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับบริการ
5. ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ เข้าใจ โลกทัศน์ของผู้รับบริการ
6. การสังเกต ช่วยให้เห็นใจผู้รับบริการตลอดจนสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสม

7. พยาบาลควรมีความสามารถในการพูดหรือสื่อความภาษาท้องถิ่นได้ จะช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปได้เร็วขึ้น

กล่าวได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสภาวะที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะพยาบาลจิตเวชจะต้องมีทั้งการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเองและจัดการกับอคติจากสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เกิดจากการกลับไปดำรงชีวิตประจำวัน และเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชนให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ดี ลดการกลับเป็นซ้ำ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณค่า ปฏิบัติอาชีพการทำงานได้ (Pelletier, 1997:23 อ้างถึงในอรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2545) เพราะจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าคนในชุมชนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าผู้ป่วย เป็นอันตรายจึงพยายามหนีห่าง ไม่เข้าใกล้ ไม่ยอมรับหรือบางครั้งไม่ให้เกิดริตเป็นการสร้างอคติจากสังคม ดังเช่นการศึกษาของ เพ็ญนาภา แดงด้อมยุทธและคณะ (2547) ที่พบว่า สิ่งที่ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกสะเทือนใจเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนสามารถกลับเข้าไปอยู่ในชุมชนได้ คือ การถูกรังเกียจและถูกซ้ำเติมจากเพื่อนบ้านหรือชุมชน ดังนั้นการให้การดูแลช่วยเหลือหรือการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงต้องคำนึงถึงทัศนคติของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งสำคัญ และถ้าจะให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดกับผู้ป่วยจริงๆ นอกจากการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยของชุมชน นั่นก็คือการจัดการกับการรับรู้อคติจากสังคมที่เกิดขึ้นของตัวผู้ป่วยว่ามีการจัดการอย่างไรและมีความรู้สึกอย่างไรหลังจากประสบกับเหตุการณ์นั้นแล้ว เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติที่แท้จริงในชุมชน

2. แนวคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้

2.1 ความหมายการรับรู้

จากการทบทวนวรรณกรรมในส่วนของความหมายการรับรู้ในการศึกษารั้งนี้ พบว่า มีการกล่าวไว้ในหลายลักษณะแตกต่างกันเกี่ยวกับการรับรู้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Sartian และคณะ (อ้างถึงในฉันทนา กล่อมจิต, 2526) ให้ความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ เป็นกระบวนการตีความหมายของสิ่งเร้า โดยการค้นหาและสร้างความหมายขึ้นมาจากสิ่งเร้า นั้น ซึ่งจะต้องอาศัยประสบการณ์หรือความรู้เดิม และถ้าหากว่าประสบการณ์หรือความรู้เดิมมีความแน่นอนถูกต้องชัดเจน และมีปริมาณมากก็จะทำให้การแปลความหมายต่างๆ ได้สะดวกถูกต้อง นอกจากนี้หากประสบการณ์หรือความรู้เดิมแตกต่างกัน ย่อมจะทำให้คนเรามีการรับรู้ที่แตกต่างกันได้

มาลี สนิทเกษตริณ (2519) ให้ความหมายว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลได้รู้ เรียนรู้สิ่งต่างๆ ซึ่งอยู่รอบตัวเราและในตัวของเราเอง โดยอาศัยประสาทสัมผัส คือ การเห็น การ

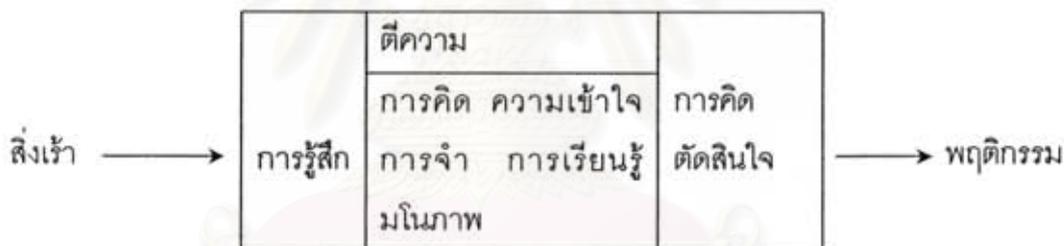
ไต่ถาม การรู้สึก การสัมผัส การลิ้มรส การได้กลิ่น เป็นต้น โดยวิธีการที่สิ่งเร้าจะส่งไปสู่สมอง สมองก็จะเลือกสิ่งที่จะรับรู้และจัดระเบียบหรือหมวดหมู่ของสิ่งที่รับรู้ส่งออกมาสู่ภายนอก

ชม ภูมิภาค (2516) ให้ความหมายว่า การรับรู้เป็นการแปลความหมายจากสิ่งเร้า เป็นกระบวนการหาความหมายของสิ่งเร้า

ลักษณะ สรวิวัฒน์ (2530) ให้ความหมายว่า การรับรู้เป็นการแปลหรือการตีความแห่งการสัมผัสที่ได้รับออกมาเป็นสิ่งเร้าสิ่งใดที่มีความหมายอันเป็นสิ่งที่รู้จักและเข้าใจ

สุชา จันทน์เอม (2531) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การตีความหมายจากการสัมผัสในการรับรู้ นั้นเราไม่เพียงแต่มองเห็นได้ยินหรือได้กลิ่นเท่านั้น แต่เราต้องรับรู้ได้ว่าวัตถุ หรือสิ่งที่เรารับรู้นั้นคืออะไร มีรูปร่างอย่างไร อยู่ทิศทางใด ไกลกว่าเรามากน้อยแค่ไหน เป็นต้น ทั้งหมดนี้เป็น การใส่ความหมายให้กับสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาในการรับสัมผัส และในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า

กฤษณา ศักดิ์ศรี (2530) ให้ความหมายว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวระหว่างความเข้าใจ การคิด การรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ การแสดงพฤติกรรม เขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



กระบวนการภายนอก → กระบวนการภายใน → กระบวนการตอบสนอง
 สิ่งเร้า → การรับรู้ → ปฏิกริยาตอบสนอง

นอกจากนี้ King (1981) ได้ศึกษาและรวบรวมแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับการรับรู้ และสรุปคุณลักษณะของการรับรู้ไว้ 4 ข้อ ดังนี้คือ

1. การรับรู้เป็นเอกภาพ (Universal) King กล่าวว่ามนุษย์ทุกคนสามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิดจนตาย โดยจัดเรียงลำดับจากรูปธรรมและให้ความหมายต่อสิ่งเร้า หลังจากนั้นก็จะเก็บไว้ในความทรงจำของแต่ละบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าเดิมอีกครั้ง มนุษย์ก็จะตั้งประสบการณ์ในอดีตมาช่วยพิจารณา และให้ความหมายแก่สิ่งเร้าเช่นเดียวกับสิ่งที่ผ่านมา ซึ่งก็คือการรับรู้ของบุคคลนั่นเอง

2. การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (Selective and Subjective) ถึงแม้จะเป็นการรับรู้ในเหตุการณ์เดียวกัน แต่เราไม่สามารถสรุปได้ว่าแต่ละบุคคลจะรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกัน เนื่องจากบุคคลย่อมมีภูมิหลัง และประสบการณ์ที่ต่างกัน

3. การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (Active oriented in the present) เนื่องจากข้อมูลที่มี อยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น และทำให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปด้วยเสมอ

4. การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (Transaction) เราสามารถสังเกตถึงการรับรู้ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลมีการแสดงออกระหว่างหลายคนหรือภายในกลุ่ม จึงจะทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่าบุคคลนั้น มีการรับรู้ในสถานการณ์นั้นอย่างไร

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการแปลความหรือตีความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้น โดยอาศัยประสาทสัมผัส คือ การเห็น การได้ยิน การรู้สึก การสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่น โดยวิธีการที่สิ่งเร้าจะถูกส่งไปที่สมอง สมองก็จะเลือกสิ่งที่รับรู้และจัดระเบียบหรือหมวดหมู่ของสิ่งที่จะรับรู้ ส่งออกมาสู่ภายนอก ซึ่งกระบวนการแปลความหรือตีความนี้ต้องอาศัยประสบการณ์และความรู้เดิม ถ้าหากว่าประสบการณ์และความรู้เดิมมีความแน่นอน ถูกต้องชัดเจน และมีปริมาณมาก ก็จะทำให้การแปลความหมายต่างๆ ได้ถูกต้อง หากประสบการณ์และความรู้เดิมแตกต่างกัน ย่อมทำให้คนเรามีการรับรู้ที่แตกต่างกันได้

2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในส่วนของปัจจัยที่ทำให้การรับรู้ของแต่ละคนเป็นแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ลักษณะของสิ่งเร้า ลักษณะของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดการรับรู้ดี เช่น สิ่งเร้าที่มีความเข้ม สิ่งเร้าที่มีการเปลี่ยนแปลง สิ่งเร้าที่มีความแตกต่างจากสิ่งอื่น สิ่งเร้าที่เกิดซ้ำบ่อยๆ

2. ปัจจัยอันเนื่องมาจากบุคคล สามารถแบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ

2.1 ด้านสรีรวิทยา ได้แก่ ความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ของระบบประสาทสัมผัสทั้งห้า และสมองหรือสติปัญญาของบุคคล

2.2 ด้านจิตใจ การรับรู้เป็นสิ่งที่ผู้รับเลือกสรรที่จะสัมผัสเฉพาะที่ต้องการและแปลความหมายให้เข้ากับตนเอง โดยมีอิทธิพลมาจาก อารมณ์ เจตคติ ความต้องการ ความคาดหวัง ความจำ ความรู้เดิม ค่านิยม วัฒนธรรมประเพณี เป็นต้น

2.3 ความสำคัญของการรับรู้

จากการทบทวนวรรณกรรมในส่วนของความสำคัญของการรับรู้ พบว่ามีการกล่าวไว้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับรู้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ การรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้การเรียนรู้ก็จะเกิดขึ้นไม่ได้ สังเกตได้จากกระบวนการดังนี้

สิ่งเร้า → ประสาทสัมผัสกับสิ่งเร้า → ตีความและรู้ความหมาย → รับรู้ → เกิดการเรียนรู้

ในทำนองเดียวกันการเรียนรู้ก็มีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เนื่องจากความรู้ความจำเดิมจะช่วยแปลความหมายใหม่ทราบว่าเป็นอะไร

2. มีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรม คือเมื่อรับรู้แล้วย่อมเกิดความรู้สึกร่วมกับอารมณ์ พัฒนามาเป็นเจตคติ แล้วพฤติกรรมก็ตามมาที่สุด

3. แนวคิดอคติจากสังคม (Stigma)

แนวคิดเกี่ยวกับตราบาป (stigma) นี้ Goffman (1963) เป็นคนแรกที่ได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับตราบาปและได้อธิบายว่าตราบาปในสมัยกรีกว่าหมายถึง เครื่องหมายที่แสดงให้เห็นความผิดปกติของร่างกายและความไม่ดีเกี่ยวกับการประทุพผิตข้อบัญญัติของศาสนา โดยเครื่องหมายนั้นเป็นการประกาศว่าบุคคลผู้นั้นเป็นนักโทษเป็นอาชญากร เป็นคนที่ทรยศต่อชาติ บ้านเมืองเป็นบุคคลที่ไม่น่าคบหาสมาคมด้วยเป็นต้น ต่อมาในสมัยคริสตกาลใช้คำว่าตราบาปใน 2 ลักษณะ ลักษณะแรกเป็นสิ่งที่แสดงถึงความน่ากลัวของร่างกายที่ปรากฏออกมาจากผิวหนังหรือความผิดปกติของร่างกาย ลักษณะที่สองเป็นความผิดจากความเชื่อทางศาสนา ทุกวันนี้คำว่าตราบาป ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในลักษณะของความรู้สึบบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้บุคคลอับอายขายหน้า โดยเฉพาะการเสื่อมเสียชื่อเสียง บุคคลจะให้ความสำคัญมากกว่าลักษณะของความผิดปกติทางด้านร่างกาย ตราบาปเป็นผลมาจากวัฒนธรรมและเป็นสิ่งที่สะท้อนมาจากวัฒนธรรมนั่นเอง ทุกสังคมมีโรคหรืออาการผิดปกติต่างๆ ที่มีตราบาปแตกต่างกันไป ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยทางจิตที่มีพฤติกรรมแสดงออกถึงความรุนแรง ความก้าวร้าวเนื่องจากมีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง (Sadock, J.B., & Sadock, A.J., 2000) ซึ่งลักษณะเช่นนี้จึงถูกมองว่าเป็นบุคคลที่มีอันตรายและน่ากลัว เช่น ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทในสังคมชาวอินเดียในแต่ละวรรณะ แต่ละท้องถิ่นจะมีระดับของการตีตราในผู้ป่วยจิตเภทที่แตกต่างกันซึ่งการปฏิบัติต่อผู้ป่วยก็แตกต่างกันไปตามความเชื่อด้วย การแต่งงานกับผู้ป่วยจิตเภทหรือมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเป็นสิ่งต้องห้ามและไม่ได้รับการยอมรับในสังคม (Tsang, H., Chan, C., & Chan, F., 2001)

นอกจากนี้แนวคิดการตีตรา (stigma) เกิดขึ้นราวปี ค.ศ. 1954-1970 (พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2536 อ้างถึงใน จิราพร จิระสถิตย์, 2542) ในช่วงเวลานั้นได้มีการศึกษาเกี่ยวกับ

อาชญากรรม ความเป็ยเบน การควบคุมทางสังคม นักทฤษฎีได้พยายามที่จะแก้ไข และขยายแนวคิดขึ้นมาใหม่ แนวคิดการตีตราจึงได้เกิดขึ้นและถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง การตีตรามีแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญมาจาก 2 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ทางสังคม (Structural functional theory) เป็นการมองภาพรวมของสังคมอธิบายให้เห็นถึงว่ากลุ่มสังคมต่างๆ จะต้องมึเป้าหมายร่วมกัน สมาชิกแต่ละคนในสังคมนั้นจะปฏิบัติหน้าที่ของตนตามฐานะตำแหน่งทางสังคมที่ตนดำรงอยู่ มีกฎข้อบังคับ ธรรมเนียมประเพณี ที่ต้องปฏิบัติตาม มีค่านิยม (value) ซึ่งหมายถึงพลังจูงใจที่จะทำให้คนหรือกลุ่มสังคมตัดสินใจหรือประเมินว่าใดสิ่งบ้างที่ตนประสงค์หรือไม่ประสงค์ดีหรือเลวค่านิยมนั้นเป็นนามธรรมที่อยู่เหนือกฎข้อบังคับทางสังคม เปรียบเสมือนเป็นมาตรฐานที่เป็นเครื่องชี้วัดถึงพฤติกรรมทางสังคม สิ่งใดบ้างที่พึงประสงค์และควรแก่การยกย่องชมเชย มาตรฐานนี้เป็นที่ยอมรับของบรรดาสมาชิกในสังคม อีกทฤษฎีหนึ่งคือ ทฤษฎีสัญลักษณ์สัมพันธ์ (Symbolic interaction theory) เป็นการมองว่าบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสังคมย่อมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยมีสัญลักษณ์เป็นสื่อ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์สิ่งที่สำคัญอยู่ที่การมีและใช้ความหมายร่วมกัน เช่น ในเรื่องของความเจ็บป่วย การตีตราเป็นเรื่องของการให้ความหมายทางสังคม ต่อลักษณะทางสรีระของผู้ป่วยว่าเป็นภาพพจน์ของร่างกายที่น่ารังเกียจ น่าขยะแขยง

จะเห็นได้ว่าในอดีต การตีตราจะเกี่ยวข้องกับความพิการของร่างกายเพียงอย่างเดียวแต่ปัจจุบันรวมไปถึง ความเสื่อมเสียที่ติดมากับบุคคลที่มีรูปร่างหรือพฤติกรรมบางอย่างเบี่ยงเบนไปจากการยอมรับของสังคม ทำให้แนวการตีตราได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานทางสังคม เพราะความเบี่ยงเบนที่เกิดขึ้นจากการกระทำผิดกฎ (rule) และบรรทัดฐาน (norm) สังคมและกฎหรือบรรทัดนี้เป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมของบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนออกไปจากกฎหรือบรรทัดฐาน ย่อมที่จะถูกตีตรา และในปัจจุบันได้มีการนำมาใช้ทางการแพทย์ โดยนำมาใช้กับบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคที่ทำให้เสียโฉมหรือพิการ มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเบี่ยงเบนไปจากคนส่วนใหญ่ในสังคมและโรคที่เชื่อว่ามีสาเหตุเกี่ยวข้องกับสังคมวัฒนธรรม เช่น โรคเรื้อน โรคเอดส์ เป็นต้น สังคมจะมองว่าสิ่งที่เบี่ยงเบนไปนั้นเป็นสิ่งที่น่าละอาย เป็นการกระทำที่ขาดศีลธรรม-จรรยา เป็นอันตรายต่อสังคม (Goffman, 1963) สังคมเชื่อว่าบุคคลที่ถูกตีตราคือคนที่ไม่มีคุณค่า ไม่มีความเป็นคน ไม่เป็นที่ต้องการ และมีภาพพจน์ที่ไม่ดี (Saylor, 1990) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การตีตราจากสังคม เป็นทัศนคติและปฏิกิริยาของสังคมในทางลบต่อบุคคลที่มีรูปร่างลักษณะหรือพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคม ซึ่งสังคมจะมีปฏิกิริยา หรือแสดงความเกลียดชัง และไม่ยอมรับให้เป็นสมาชิกกลุ่ม อย่างไรก็ตาม การตีตราจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสังคมมีทัศนคติในทางลบต่อบุคคลอย่างสม่าเสมอและรุนแรง และทัศนคตินั้นจะต้องมีผลต่อปฏิกิริยาได้ตอบหรือพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นผลมาจากการรับรู้ด้วย

เมื่อบุคคลรับรู้ต่อการถูกตีตราจะทำให้เกิดความตึงเครียด (tension) รู้สึกว่าตนไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม บุคคลต้องดิ้นรนต่อสู้กับทัศนคติที่ไม่ดี และลดคุณค่าของตนเองลงพัฒนา กลวิธีในการจัดการกับการตีตรา บุคคลที่ล้มเหลวก็ไม่สามารถทำอะไรต่างๆ ได้อย่างเพียงพอเป็น สาเหตุทำให้บุคคลรู้สึกถูกทอดทิ้ง ถอยหนีจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม โกรธแค้นบุคคลอื่น เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับตนเองในด้านลบ รู้สึกไม่มีคุณค่า และ การตีตรายังทำให้บุคคลไม่บรรลุความต้องการพื้นฐานในด้านความรัก ความเป็นเจ้าของ การนับ ถือตนเอง ความปลอดภัย ความมั่นคง และอำนาจ (Jilling and Alexis, 1991) ในแง่ของการ เจ็บป่วย การตีตราจะลดความสามารถในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันและการ ปรับตัวระยะยาวในเรื้อรัง และผลของการรับรู้ต่อการถูกตีตราจากสังคมจะทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงต่อชีวิต 3 ประการคือ 1) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมและหน้าที่ตามปกติ 2) การ เปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคมเกี่ยวกับอาชีพ ชีวิตครอบครัว สันทนาการและกิจกรรมด้านศาสนา 3) การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ (Fabrega and Van Egarens อ้างถึงใน Hopper, 1981)

3.1 ความหมายของอคติจากสังคม (Stigma)

Goffman, 1963 อคติจากสังคม (stigma) หมายถึง ลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลซึ่งส่งผลให้บุคคลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม หรือลักษณะซึ่งทำให้บุคคล เปลี่ยนจากบุคคล "ปกติธรรมดา" เป็นบุคคลที่ไม่บริสุทธิ์ ต่างพร้อย มีรอยมลทินไร้คุณค่า (Goffman, 1963)

Webster (Saylor, 1990) อคติจากสังคม (stigma) หมายถึง เครื่องหมายของความ อดสู (shame) และไม่เชื่อถือ (discredit)

Roget (Saylor, 1990) อคติจากสังคม (stigma) หมายถึง มลทิน (blemish) และ ความเสื่อมเสีย (disrepute)

Ostman & Kjellin (2000) และ Byne (1999) (อ้างถึงใน เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ และ คณะ, 2547) อคติจากสังคม (stigma) หมายถึง เครื่องหมายของความอับอายหรือสิ่งที่ทำให้ เสียชื่อเสียงซึ่งทำให้บุคคลนั้นแตกต่างจากคนอื่น ๆ

Weiss & Ramakrishna (2001) อคติจากสังคม (stigma) หมายถึง กระบวนการทาง สังคมเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ส่วนบุคคลจากการถูกกีดกัน การถูกปฏิเสธ การถูกตำหนิหรือ การถูกลดคุณค่า ซึ่งเป็นมาจากประสบการณ์หรือสาเหตุจากการกระทำที่แตกต่าง การทำตรงกันข้ามจากสังคมหรือจากที่คนอื่นกระทำ

จิราพร จิระสภิตย์ (2542) อคติจากสังคม (stigma) หมายถึง ลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ซึ่งส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนจากบุคคลปกติธรรมดา เป็นบุคคลที่ไม่บริสุทธิ์ ต่างพร้อย มีมลทิน เสื่อมเสีย ไร้คุณค่า น่าอดสู และไม่น่าเชื่อถือ

เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ (2547) อคติจากสังคม (stigma) หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลรับรู้จากกระบวนการทางสังคม และประสบการณ์ จากการถูกกีดกัน ปฏิเสธ ต่ำหนิติเตียน หรือเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่า นำอับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดที่บุคคลแปลความหมายจากการแสดงออกของสังคมในทางลบ

กล่าวโดยสรุป อคติจากสังคม (stigma) หมายถึง การรับรู้ ของผู้ป่วยในการถูกกีดกัน ปฏิเสธ ต่ำหนิติเตียน ทำให้รู้สึกนำอับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง เกิดความรู้สึกไม่ดีและไม่มีคุณค่า โดยแปลความทางความคิดของผู้ป่วยทางจิตจากการแสดงออกของสังคมต่อผู้ป่วยในทางลบ

3.2 ประเภทของการเกิดอคติจากสังคม (stigma)

Goffman (1963 : 4) แบ่งลักษณะของอคติจากสังคม ออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. อคติจากสังคมที่เกิดจากความพิการของร่างกาย เช่น คนแขนขาพิการ คนหูหนวก หรือในโรคเรื้อรังที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและหน้าที่ต่างๆ
2. อคติจากสังคมอันเนื่องมาจากลักษณะของแต่ละบุคคล ได้แก่ คนที่เคยเข้าคุก คนติดยา คนไม่ซื่อสัตย์ คนรักร่วมเพศ การเกิดอคติประเภทนี้จะเกิดขึ้นในบุคคลที่เป็นโรคเอ็ดส์ โรคพิษสุราเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคจิต
3. อคติจากสังคมเกิดอันเนื่องมาจากเชื้อชาติและศาสนา ได้แก่ พวกชนกลุ่มน้อย เป็นต้น

3.3 กระบวนการอคติจากสังคม (The Process of stigmatization)

แนวคิดอคติจากสังคมนี้ ประเด็นสำคัญอยู่ที่ความเบี่ยงเบน ไม่ว่าจะป็นรูปร่างลักษณะ หรือพฤติกรรม เมื่อมีความเบี่ยงเบนเกิดขึ้น ผลก็คือการมีอคติตามมา ได้มีนักทฤษฎี 2 ท่าน อธิบายถึงกระบวนการเกิดอคติจากสังคมที่เกิดขึ้นจากความเบี่ยงเบน ท่านแรกคือ Howard S. Becker (1995) ได้อธิบายว่า กระบวนการเกิดอคติบุคคลจะดูที่ผลของปฏิกิริยาของจากสังคม (Social reaction) กล่าวคือ ถ้าปฏิกิริยาจากสังคมในทางลบต่อบุคคลมีมาก แสดงว่าบุคคลนั้นมีความเบี่ยงเบนและถูกอคติจากสังคม ส่วนนักทฤษฎีอีกท่านหนึ่งคือ Edwin M. Lemert (1995) ได้อธิบายถึงกระบวนการเกิดอคติที่พิจารณาจากเนื้อหาหรือสาเหตุของความเบี่ยงเบน และปฏิกิริยาของสังคมต่อพฤติกรรมดังกล่าว โดย Lemert ได้ อธิบายถึงกระบวนการเกิดอคติ ซึ่งแยกพฤติกรรมเบี่ยงเบนออกเป็น 2 ระดับ (Rubington and Weinberg, 1995)

1. ความเบี่ยงเบนปฐมภูมิ (Primary Deviance) เป็นการกระทำผิดทั่วไป หรือกระทำผิดโดยไม่เจตนา ภายใต้ภาวะการณ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ความรู้สึกนึกคิด โครงสร้างจิตใจของแต่ละบุคคล ปฏิกิริยาของสังคมที่ทำการลงโทษมีเพียงเล็กน้อย ถ้ากระทำผิดซ้ำนี้ก็ได้ก็จะได้รับการให้อภัยและไม่ถูกอคติ

2. ความเบี่ยงเบนทุติยภูมิ (Secondary Deviance) เป็นการกระทำผิดที่เกิดขึ้นบ่อยๆ

หรือมีความเป็ยงเบนมาก สังคมไม่ยอมรับ ปฏิกริยาของสังคมที่ลงโทษจะมีความรุนแรง และมี การเกิดอคติผู้กระทำผิดส่งผลต่อโครงสร้างทางจิตใจ ทัศนคติ ตลอดจนบทบาททางสังคมของ บุคคลนั้นก่อให้เกิดการปรับตัวหรือปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับการเกิดอคติที่สังคมกำหนดให้

3.4 การรับรู้ทางลบของสังคมต่ออคติจากสังคม (stigma)

ตราบาป (stigma) ทุกๆ สังคมมีลักษณะซึ่งเป็นที่ต้องการและไม่ต้องการการตอบสนอง ต่อ stigma มีตั้งแต่เมตตาสงสารจนถึง จับข่า ระหว่างกลางรวมถึงแต่การหลีกเลี่ยง การ เพิกเฉยไม่นำพา ซึ่งบางทีปฏิกริยาตอบสนองอาจเหมือนหรือแตกต่างกันจากในอดีตและปัจจุบัน และหลายๆ สังคม ปฏิกริยาตอบสนองอาจไม่เป็นไปในทางลบอย่างเดียวยังอาจเป็นไปในทางบวก ด้วย เช่น บุคคลแสดงอาการเป็นศัตรู ลงโทษ ไม่เกี่ยวข้อง ในขณะที่เดียวกันก็อาจได้รับการ สนับสนุน ความสงสารเห็นใจ และยกโทษ ตัวอย่างเช่น ปฏิกริยาต่อคนไข้โรคจิต มักมองว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะตกเป็นเหยื่อความรุนแรงมากกว่าที่เป็นผู้ก่อเหตุ เป็นต้น

ปฏิกริยาที่สำคัญของสังคมต่อผู้ป่วยที่มีโรคที่มีตราบาป ได้แก่ การจำกัดความสัมพันธ์ และตัดขาดความสัมพันธ์ทางสังคม ความสัมพันธ์ที่จำกัดนี้ยังรวมไปถึงบุคคลที่สัมพันธ์กับผู้ที่ถูก ตราบาปอันได้แก่เพื่อนที่ใกล้ชิดญาติผู้ป่วย Goffman เรียกว่า "courtesy stigma" ซึ่ง courtesy stigma เป็น stigma ซึ่งสร้างมาจากสังคมไม่ใช่ลักษณะของตัวเอง ซึ่งผู้ที่ใกล้ชิด ผู้ป่วยที่มีตราบาปก็จำเป็นต้องยอมรับตราบาปที่ถูกยัดเยียดให้ (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2542)

กล่าวได้ว่า ทุกสังคมมีโรคหรืออาการผิดปกติที่มีตราบาป ทุกๆ สังคมมีความเชื่อ เกี่ยวกับความหมายทางสังคมของลักษณะหนึ่งลักษณะใดที่มีตราบาปอยู่ด้วย แม้ว่าในหลายๆ สังคมลักษณะบางอย่างนำไปสู่การมีตราบาปคล้ายกัน เช่น โรคที่เป็น "อันตราย" แต่ แนวความคิดที่ว่าอะไรทำให้เกิดตราบาปแตกต่างกันไป ตราบาปเป็นการสร้างทางวัฒนธรรม และเป็นสิ่งที่สะท้อนจากวัฒนธรรม ซึ่งแหล่งกำเนิดของบุคคลเกิดจากการ socialization จาก สื่อต่างๆ ศาสนา ครอบครัว การใช้ภาษาในชีวิตประจำวัน จากปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ใน บางครั้งตราบาปถูกสร้างขึ้นเพื่อพิทักษ์ให้โครงสร้างสังคมให้ดำรงไว้หรือเพื่อกีดขี้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง และจรรโลงไว้ซึ่งความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม อันส่งผลต่อกระบวนการของการเกิดตราบาปกับ บุคคล คนที่มีอำนาจในสังคมสามารถบังคับยัดเยียดบรรทัดฐานค่านิยมและความเชื่อรวมทั้ง ความหมายทางวัฒนธรรมของลักษณะและตราบาปที่ติดมากับลักษณะเหล่านั้นแก่กลุ่มคนซึ่งไร้ อำนาจ ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิต ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ตั้งแต่วินาทีนั้นว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต เป็นตราบาปที่ติดตัวผู้ป่วยไปตลอดชีวิต เปรียบเสมือนแผลเป็นบนใบหน้าที่ไม่สามารถลบเลือนได้ ทำให้คนทั่วไปไม่ยากคบหาสมาคม ไม่ ยากยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วย มองผู้ป่วยในแง่ลบ ตราบาปนี้จึงมีผลกระทบอย่างมากต่อการดำรงชีวิต ของผู้ป่วย ทั้งในด้านชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การหางานทำ การหาที่พักอาศัย

การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย สังคมจะพยายามกีดกันผู้ป่วยออกจากกลุ่มของตนเอง ผลกระทบยังมีต่อครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย จากผลเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยพยายามปกปิดอาการของตน ไม่ยอมรับการรักษา ไม่กล้าพบจิตแพทย์ ก็ยิ่งจะทำให้อาการผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น สังคมก็ยิ่งหวาดกลัวและรังเกียจผู้ป่วยมากขึ้น เป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไป และปัจจุบันความผิดปกติทางจิตได้กลายมาเป็นตราบาปอันยิ่งใหญ่และสำคัญ โดยมีปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้ (พันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549)

1. ตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมแปลกๆ ควบคุมตัวเองไม่ได้ ทำให้คนอื่นตกใจกลัว หรือบางครั้งมีพฤติกรรมและการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เป็นที่น่าขบขันหรือน่ารำคาญ ทำให้คนทั่วไปยากที่จะยอมรับได้

2. ทศนคติของบุคลากร ในโรงพยาบาลจิตเวช ทั้งจิตแพทย์และทีมผู้รักษา ได้เสริมตราบาปที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช ตึกจิตเวชมีลักษณะโครงสร้างตึกเฉพาะไว้สำหรับควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น มีลูกกรงล้อมรอบ มีห้องแยก โดยอ้างว่าเพื่อการรักษาและเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลจะถูกตัดสินสิทธิ์ส่วนตัวต่างๆ นานา และต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของตึก ต้องเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ตามที่กำหนด ซึ่งแตกต่างไปจากชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยต้องทานอาหารตามเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด คือ 08.30, 11.30 และ 16.30 น. ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ไม่มีใครทานอาหารห่างกันเพียง 3-4 ชั่วโมง เช่นนี้ ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร ก็จะถูกประเมินว่าไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น

3. แพทย์ทั่วไป ในโรงเรียนแพทย์ นักศึกษามักจะพบผู้ป่วยจิตเวชที่เรื้อรัง รักษาไม่หาย เมื่อจบเป็นแพทย์ ได้พบผู้ป่วยทั่วไปที่เริ่มมีอาการทางจิต ก็ไม่สามารถวินิจฉัยและรักษาได้ เพราะจากประสบการณ์รู้สึกว่าการป่วยจิตเวชจะต้องมีอาการหนักมีสภาพเสื่อมถอยชัดเจน และจะวินิจฉัยโรคได้ยากขึ้น ถ้าผู้ป่วยเป็นคนมีความรู้หรือมีเศรษฐฐานะดี เพราะรู้สึกว่าคนกลุ่มนี้ไม่น่าจะป่วยได้

4. วิธีการรักษา การรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งเป็นการรักษาที่ได้ผลดีมาก สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายอย่างรุนแรงได้ แต่คนทั่วไปรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์เองมองว่าเป็นเรื่องที่น่ากลัว ป่าเถื่อน และจะใช้เป็นวิธีสุดท้ายในการรักษา หรือการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับไม่ได้ เพราะสังคมจะมองว่าผู้ป่วยทางจิตเป็นที่อ่อนแอ ไม่มีความสามารถ แก้ไขปัญหาด้วยตัวเองไม่ได้ ถ้าผู้ป่วยเข้มแข็งกว่านี้ก็ไม่จำเป็นต้องใช้ยาทางจิตเวชแล้ว

5. ทศนคติในสังคม คนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเวชนั้นอันตราย ก้าวร้าว ทั้งที่ตามความเป็นจริงแล้ว มีผู้ป่วยจิตเวชเพียงคิดเป็นร้อยละ 3 เท่านั้น ที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงได้ แต่จาก

สื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์จะมีภาพยนตร์ที่แสดงถึงอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 77 หรือมีข่าวอาชญากรรมที่กระทำโดยผู้ป่วยจิตเวช จะมีการประโคมข่าวอย่างครึกโครม ทั้ง ๆ ที่ความเป็นจริงมีเพียงจำนวนน้อยมาก เมื่อเทียบกับคดีอาชญากรรมที่เกิดจากการกระทำของคนปกติทั่วไป

6. ครอบครัวยุคใหม่ เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ครอบครัวมักจะรู้สึกผิดคิดว่าตนเองมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยสมควรจะรับผิดชอบต่อการป่วยนี้ แล้วยังถูกเสริมด้วยความเชื่อของบุคลากรทางการแพทย์ยุคก่อนว่า โรคทางจิตเวชนั้นเกิดจากครอบครัวที่มีปัญหาการเลี้ยงดูเด็กไม่เหมาะสม ซึ่งในปัจจุบันเราพยายามเปลี่ยนความเชื่อที่ผิดเหล่านั้น และให้ความรู้ถึงสาเหตุการเกิดโรคทางจิตเวช โรคทางจิตเวชสามารถทำลายครอบครัวได้ การหย่าร้างพบได้บ่อยสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นไปในทางลบและยังมีผลต่อเนื่องถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ครอบครัวต้องรับผิดชอบ

7. การประกัน บริษัทประกันมักจะไม่นับรวมสำหรับโรคทางจิตเวช เนื่องจากเชื่อว่าเป็นโรคที่เรื้อรัง รักษาไม่หาย ทำให้ค่าใช้จ่ายสูง และมีผลกระทบต่อบริษัทระยะยาว แต่เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดหัวใจ การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังแล้ว ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจิตเวชนั้นน้อยกว่ามาก

4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอคติจากสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมในส่วนของการจัดการกับอคติทางสังคมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า มีการกล่าวไว้ในหลายลักษณะแตกต่างกันเกี่ยวกับการจัดการกับอคติจากสังคม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Apple (1980) และ Giroux (1983) กล่าวว่าบุคคลมีแนวโน้มที่จะต่อต้านเปลี่ยนแปลงอุดมการณ์ที่ถูกยึดเหนี่ยวให้แก่เขา บุคคลมีความสามารถที่จะปรับตัวและต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ที่มากระทบต่อตัวเองได้ รวมทั้งปัญหา ทรานาป ซึ่งคนที่มิตรานาปอย่างต่อเนื่องมักต่อสู้กับสถานการณ์ที่ต่ำต้อยของกระบวนการตีตราอันนี้ บุคคลจะพัฒนากลวิธีสำหรับการเผชิญปัญหาทรานาป โดยเฉพาะในกระบวนการของการเสนอตนเองในชีวิตประจำวัน รวมทั้งตั้งแต่ในโรงเรียน ที่ทำงาน ชีวิตในครอบครัวและกิจกรรมทางสังคม (Goffman, 1973 อ้างถึงใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2542)

Schur (1972) กล่าวว่า กระบวนการปรับตัว (coping) เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยที่มีทรานาปที่ปกปิดหรือเปิดเผยและครอบครัวจะต้องกระทำ มีอยู่ 3 ประเภทด้วยกันคือ

- 1) ปิดบังซ่อนเร้นทรานาป
- 2) ทำให้ทรานาปน้อยลง หรือ พยายามทำให้เป็นกลาง

3) เชนิษฐหน้าหรือปฏิเสธรบาบ

1. การจัดการ และปิดบังข้อมูล (Information management) : GOFFMAN (1963) กล่าวว่าผู้มีตราบาบต้องเลือกกระหว่างแสดงหรือไม่แสดง บอกหรือไม่บอก ปลดปล่อยให้เป็นไปหรือไม่ ปลดปล่อยให้เป็นไป โทหกหรือไม่โทหก และในแต่ละกรณีกับใคร อย่างไร เมื่อใด และที่ไหน การศึกษาของ Inhorn เรื่อง Herpe แสดงถึงประเด็นของการเปิดเผยข้อมูลแก่คู่รัก เพื่อน ครอบครัว และความสำคัญของ " การเลือกที่จะเปิดเผย" กลวิธีในการปิดบังข้อมูล มีรูปแบบอยู่ 6 ประเภทด้วยกัน

1.1 กลวิธีหนึ่งเรียกว่า "passing" ซ่อนเร้นตราบาบโดยการควบคุมและปิดบังข้อมูลซึ่งจะเป็นสัญญาณให้ผู้อื่นรู้ถึงความเบี่ยงเบนของเขา เช่น คนปัญญาอ่อนมีความสามารถที่จะ "pass" หรือปิดบังปัญหาในการอ่านและการเขียนโดยการใช้เรื่องของการดื่มจัด หรือลืมนั่นตา เป็นการแก้ตัว

1.2 อีกเทคนิคหนึ่ง – หลีกเลี้ยงที่จะมีสัมพันธภาพ พบปะกับสัญลักษณ์ของตราบาบ เช่น หลีกเลี้ยงที่จะพบคนปัญญาอ่อนด้วยกัน

1.3 การใช้สัญลักษณ์เพื่อป้องกันบุคคลจากการถูกมองว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น เพื่อเป็นการหลีกเลี้ยงการเปิดเผยเรื่อง Homosexuality gay ชายสัญชาติแม็กซิกัน มักหลีกเลี้ยงที่จะพบปะสังคมนักหญิง และมีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้หญิง

1.4 มีชีวิตเป็น 2 รูปแบบ มี 2 โลก 1) โลกของผู้มีตราบาบ และ 2) โลกปกติ (insider and outsider)

1.5 covering บุคคลพยายามประกันว่าตราบาบจะไม่รบกวนในระหว่างการพบปะสังสรรค์กับผู้อื่นๆ

1.6 Information management รวมถึงการเปิดเผยข้อมูล เช่น ในการศึกษาผู้เป็นลมบ้าหมู พบว่าการเปิดเผยโรคให้ผู้อื่นรู้ เป็นการสะท้อนถึงความรู้สึกผิดเท่ากับมีหน้าที่ เป็นการรักษาเพราะเปรียบเทียบเสมือนการ share หรือระบายข้อมูลของตนออกมา

2. Destigmatization (Goffman, 1963) กลวิธีนี้ตรงข้ามกับวิธีการปิดบังข้อมูล ผู้ที่มีตราบาบจะเปิดเผย เชนิษฐกับปัญหาการตีตราด้วยจุดประสงค์ที่จะลดตราบาบที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่ถูกตีตราต้องพยายามรักษาเอกลักษณ์ในทางบวกหรือปกติ และเอกลักษณ์ในสังคม

Destigmatization กระบวนการซึ่งบุคคลต้องการสลดภาพพจน์ของการเบี่ยงเบนออกและแทนที่ด้วยภาพลักษณ์ในทางบวก กลวิธีต่างๆ มีดังนี้

2.1 พฤติกรรมของปัจเจกบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิเสธต่อผู้อื่นว่าสภาพของเขาเป็นอาการผิดปกติ

ตัวอย่าง

- คนไข้โรคเรื้อน คนไข้ปฏิเสธว่าไม่มีญาติเป็นและเกิดจากการกินของผิด
- คนไข้โรคโปลิโอ คนไข้ในสหรัฐอเมริกาพยายามทำให้เป็นปกติโดยการจำกัดบริเวณของลูกที่เป็นโรค

2.2 ทำให้เป็นปกติธรรมดา Normalization หมายถึงบุคคลที่มีตราบาปปรับตัวต่อสังคม โดยพยายามที่จะลดความแตกต่างจากบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม

2.3 self – help group การรวมตัวกันเป็นกลุ่มที่ design เพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางสังคมและจิตใจของสมาชิก การสร้างใหม่ของเอกลักษณ์ในทางบวก สิ่งที่คุณต้องรู้กับการมีตราบาป และตีความ/เปลี่ยนแปลงประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเสียใหม่ ในลักษณะของความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่ม

3. Illness : Metaphor , Reification and The Making of Social disease (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2542)

การใช้อุปมาอุปมัยสำหรับภาพพจน์ในทางลบต่อการเจ็บป่วยในสังคม ปฏิบัติทางลบต่อการเจ็บป่วยและคนที่ป่วย Illness as metaphor – Susan Sontag ความพยายามที่จะ deal กับความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมของการเจ็บป่วย Sontag เป็นนักเขียนและเป็นผู้ป่วยมะเร็ง เสนอว่าขณะที่อาการและสัญญาณของการเจ็บป่วยมีลักษณะทางชีววิทยา มักจะมีความเป็นจริงอย่างที่ 2 แสดงออกในภาพพจน์ทางวัฒนธรรม อุปมาอุปมัย Hughes and Lock กล่าวว่าอุปมาอุปมัยเป็นตัวแทนของการแสดงออกของมนุษย์ ซึ่งหมายความว่ามีความทุกข์ทรมาน การไร้คุณธรรม และความตาย

อุปมาอุปมัย เปรียบเสมือนหนทางที่มนุษย์แสดงออกซึ่งความหมายของการทนทุกข์ทรมาน การไร้ศีลธรรมและความตาย อุปมาอุปมัยหรือภาพพจน์ทางวัฒนธรรมของโรค เช่น มะเร็ง โรคจิตเภท โรคเอดส์ และโรคเรื้อน หมายถึงความน่าเกลียดน่ากลัว ไร้ศีลธรรม ไร้คุณค่า และการทำลายล้าง มนุษย์มักใช้การเจ็บป่วยเป็นอุปมาอุปมัยในการสะท้อนถึงแง่มุมในทางลบของชีวิตทางสังคม แสดงความรู้สึกสภาพจิตใจ และความรู้สึกนึกคิดออกมาซึ่งมีเช่นนั้นต้องถูกเก็บทุกข้อไว้ ตัวอย่างเช่น เมื่อเราพูดว่า "กระเทยคนนี้เป็นโรคเอดส์" เรากำลังแสดงปฏิบัติต่อการเป็นตัวแทนทางวัฒนธรรมของโรคเอดส์ แสดงถึงภาพโรคทางเพศสัมพันธ์ ปฏิบัติตอบสนองทางวัฒนธรรมและสังคมต่อโรคสร้างการเจ็บป่วยลักษณะที่ 2 เพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วยดั้งเดิม ซึ่งได้แก่ layer ของตราบาป อันได้แก่ การปฏิเสธ ความกลัว และการกีดกัน อันมากับโรคดังกล่าว คนไข้ ได้รับความทรมานเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า โดย concept ของ illness as Metaphor Sontag เสนอแนวคิดที่มีประโยชน์และอำนาจสำหรับนักมานุษยวิทยาเพื่อที่จะอธิบายการสร้างทางวัฒนธรรมของการเจ็บป่วยและผลกระทบของการเจ็บป่วยนั้นๆ ต่อผู้ป่วย

ความรังเกียจกลัวโรค อาจเห็นได้จากตัวอย่างต่างๆ อันได้แก่ การหลีกเลี่ยงที่จะเรียกชื่อโรค การหลีกเลี่ยงที่จะพบปะกับผู้ป่วย ตัวอย่างการศึกษา Zola เกี่ยวกับแนวความคิดของอุปมาอุปมัยในกรนำเสนอกาการพิการ และบุคคลพิการในสื่อมวลชน และผลทางสังคมที่ตามมาต่อบุคคลพิการในเรื่องของทัศนคติในด้านลบ และความลำเอียง ในฐานะที่เป็น activist Sontag เรียกร้องให้มีการถอดถอนอุปมาอุปมัยเกี่ยวกับโรค เธอเรียกร้องให้เราถอดถอนเนื้อหาของสัญลักษณ์ของโรค ความหมายทางวัฒนธรรมถูกเข้าใจในรูปแบบทางชีววิทยา เราต้องเปลี่ยนแปลงการมองโรค ความทนทุกข์ การเจ็บป่วย ความพิการ และความตาย เหมือนกับเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ ซึ่งหมายถึง การเรียกร้อง การต่อต้าน ความคิดแบบอุปมาอุปมัยและการผลิต หรือสร้างใหม่ของปรากฏการณ์ความเป็นจริง

สรุป แนวคิดการจัดการอคติจากสังคมที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคม (negative social perception) เป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับอคติจากสังคมที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคมอย่างเหมาะสม และการปฏิบัติตนได้สอดคล้องลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และสามารถประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย โดยผ่านกระบวนการคิดตัดสินใจด้วยตนเองภายใต้ข้อมูลที่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้สนับสนุน และพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมที่เหมาะสม และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น

5. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) เป็นการวิจัยที่มีรากฐานมาจากปรัชญา (Philosophy) เป็นการหาความหมายของปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งทีบุคคลประสบมาด้วยตนเอง โดยให้ความสำคัญกับธรรมชาติของปรากฏการณ์ทางสังคมและธรรมชาติของมนุษย์นั้นในการแสดงออกทางพฤติกรรมทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและระดับกลุ่ม ในการศึกษาปรากฏการณ์ที่สนใจ นักวิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์บุคคลซึ่งผ่านประสบการณ์นั้นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เป็นการค้นหาความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ว่า มีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549) โดยเชื่อมโยงระหว่างความจริงและการรับรู้ ทฤษฎีและการปฏิบัติ (Streubert and Carpenter, 1995) อีกทั้งความรู้ที่พัฒนาจากการศึกษาปรากฏการณ์วิทยานั้น สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล และนำไปสู่การปฏิบัติกรพยาบาลที่มีคุณภาพ (จอณฉะจง เพ็งจาด, 2546) และบุคคลที่ได้รับการยกย่องให้เป็นบิดาของปรัชญาแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาคือ Husserl

(Streubert and Carpenter, 1995) ซึ่งเป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาคนแรก เชื่อว่ามนุษย์จะรู้ดีในเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์มาก่อน โดยการรับรู้ และเข้าใจความหมายในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์อยู่ ดังนั้นความเข้าใจแนวคิดของความเป็นมนุษย์จึงมีความสำคัญเพราะจะนำไปสู่แนวคิดการเลือกใช้ปรัชญาเป็นระเบียบการวิจัย

5.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา คือ กระบวนการค้นหาความจริง เป็นเรื่องความเข้าใจของแต่ละบุคคลต่อสังคมมนุษย์ด้วยตัวมนุษย์เอง ซึ่งเป็นการแสวงหาข้อมูลเชิงคุณภาพและตีความหมายเพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์นั้นอย่างแท้จริง (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549)

ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้น ตามแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยา การวิจัยคือการตั้งคำถามเกี่ยวกับการเกิดประสบการณ์ชีวิต (Life world) และความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม/โลก (Vanmaner, 1990 อ้างถึงใน จอนณะจง เพ็งจาด, 2546)

Husserl กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง วิธีการศึกษาโดยให้บุคคลอธิบายเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆ ที่ตนเองประสบทางสัมผัสผัสต่างๆ โดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อน เกี่ยวกับความจริงของสิ่งรอบตัว (Objective reality) ของประสบการณ์นั้น (นิศา ชูโต, 2545 และ Holloway & Wheeler, 1996)

ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง ศาสตร์ที่มีจุดประสงค์อธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มีความเฉพาะเจาะจงหรือลักษณะที่ปรากฏของสิ่งใดๆ ในลักษณะประสบการณ์ชีวิต (Live experience) (Streubert and carpenter, 2003)

ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การค้นหาและอธิบายปรากฏการณ์ประสบการณ์ของมนุษย์ตามที่เกิดขึ้นจริง ตามการให้ความหมายของผู้มีประสบการณ์ (Omery, 1983)

Jasper (1994) ปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ได้จากการอธิบายของผู้มีประสบการณ์ในบริบทนั้นเท่านั้น

กล่าวโดยสรุป การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง เป็นการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ที่เป็นจริงที่สุด ตามการรับรู้ของผู้ที่มีประสบการณ์หรือเหตุการณ์นั้นๆ โดยการสืบค้น วิเคราะห์ การให้ความหมายหรือแปลความ และอธิบายประสบการณ์ชีวิตอย่างไม่มีอคติ และปราศจากการคิดล่วงหน้าของผู้ที่ศึกษา

แนวคิดและปรัชญาพื้นฐานปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นทั้งปรัชญาและวิธีการสืบค้นและอธิบายโดยตรงจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด รวมตลอดถึงประสบการณ์ของมนุษย์ ตามสภาพความ

เป็นจริงที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง ทั้งด้านกว้างและลึก (Omery, 1983) Husserl ถือว่าเป็นบุคคลที่ ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิดปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา เป็นนักปรัชญาและนัก คณิตศาสตร์ชาวเยอรมัน มีมุมมองบนพื้นฐาน Cartesian (Koch, 1995) ว่าบุคคลไม่สามารถ แยกร่างกายและจิตออกจากกันได้ (dualism) แต่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จึงศึกษาเพื่อ อธิบายว่าจิตใจกระทำอย่างไร (mental act) สิ่งรอบตัวเป็นอย่างไร (intentional object) และมีความสัมพันธ์อย่างไร (relationship) โดยเน้นการให้ความหมายด้วยตัวเองของบุคคลที่มี ประสบการณ์ต่อสิ่งนั้นๆ (To the things themselves !) (Drew, 1993) แนวคิดปรัชญาของ Husserl ประกอบด้วยหลักการ 4 ด้าน คือ (จอณณะจง เห่งจาด, 2546)

1. ความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นศาสตร์หรือระบบความรู้ ต้องมีความเข้มแข็ง และ ปรัชญาจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็ง และปรัชญาจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความกระจ่างเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานและข้อตกลงเบื้องต้น และ ก่อให้เกิดการเชื่อมโยงของแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลและศาสตร์

2. แนวคิดเกี่ยวกับจุดเริ่มต้นของความรู้ (Philosophic radicalism) Husserl เชื่อว่า ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลประกอบด้วยโครงสร้างที่มีความหมาย ปรัชญาให้แนวคิดในการทำ ความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยใช้ Epistemology เป็นกรอบในการเรียนรู้ โดยเฉพาะวิธีการ แหล่งอ้างอิงและความน่าเชื่อถือ การศึกษาเน้นการเข้าถึงจุดเริ่มต้นหรือแก่น การกันความคิดที่มีก่อนการศึกษา หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การศึกษาที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจ ในปรากฏการณ์หนึ่งๆ ต้องเข้าไปถึงจุดเริ่มต้น หรือแก่นความรู้ของปรากฏการณ์นั้นๆ โดย ปราศจากอคติ ซึ่งก็คือความคิดหรือความรู้ที่มีอยู่เดิม

3. ความเชื่อเกี่ยวกับการมีสิทธิในตนเอง (Autonomy) โดยเชื่อว่าบุคคลต้องมีความ รับผิดชอบในตนเองและต่อสังคมวัฒนธรรมที่ตนเองเป็นสมาชิก

4. การให้ความสำคัญต่อการมีข้อสงสัย (Respect of wonder) บุคคลต้องมีความ ตระหนักถึงการเป็นอยู่ (Being) ของตนเองและของบุคคลอื่น และมุ่งที่จะหาคำตอบ

การศึกษาวิจัยตามแนวคิดของ Husserl จึงมีลักษณะเป็นการพรรณาปรากฏการณ์ (descriptive) โดย Husserl ได้ให้กล่าวถึงคำว่า "ประสบการณ์ (experience)" ว่าต้องเป็นสิ่งที่ เกิดจากความมีสติ (consciousness) (Priest, 2002) และในงานวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา ทางการศึกษาตามแนวคิดของ Husserl มักพบว่าการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีของ Colaizzi (1978) เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้เกิดการเข้าใจและหยั่งถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากการ ทบทวนข้อมูล เกิดการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างลึกซึ้ง

ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้ปรัชญาของ Husserl ประกอบด้วยวิธีการที่สำคัญที่นิยมใช้ 3 วิธี คือ (Streubert and Carpenter, 2003)

1. การพรรณนา (Descriptive phenomenology) เกี่ยวข้องกับการสืบค้นโดยตรง (Direct exploration) การวิเคราะห์ (Analysis) และการบรรยาย (Descriptive) โดยปราศจากการคาดเดาเพื่อให้เกิดการเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเน้นที่ความสมบูรณ์ของข้อมูล (Richness) รายละเอียด (Fullness) และความลึกซึ้ง (Depth) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1.1 การหยั่งรู้ (intuiting) จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยอ่านบททวนข้อมูลที่ได้หลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

1.2 การวิเคราะห์ (Analyzing) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาเพื่อให้เกิดภาพความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเป็นแก่น (Essences)

1.3 การบรรยาย (Describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสาร เพื่อการบรรยายหรือการเปรียบเทียบให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจเรื่องราวที่ต้องการนำเสนอ

2. การสืบค้นแก่นความรู้ (Study of essences) เป็นการสืบค้นข้อมูลแบบเจาะลึกเพื่อนำประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

3. การทอนความคิด (Reductive) กระบวนการที่ผู้วิจัยลดอคติในการศึกษา โดยการจัดกรอบ (bracket) ความคิด ความเชื่อและความรู้ที่มีอยู่ก่อนในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ประสบการณ์เดิมแยกออกจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl สามารถสรุปหลักการที่สำคัญไว้ดังนี้

1. เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Descriptive phenomenology) โดยผู้วิจัยตั้งคำถามการวิจัยที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะศึกษาด้วยวิธีนี้ และความรู้ลึกและประสบการณ์ที่ศึกษาจะเข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของมนุษย์ (Omey, 1983 :55) ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหาวิเคราะห์ และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Participant) โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมินหรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

2. การเลือกผู้ปวยแบบเฉพาะเจาะจง (Purposeful sampling) โดยต้องกำหนดคุณสมบัติ คือมีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยได้ และสมัครใจให้ข้อมูล

3. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือของการศึกษาเชิงประสบการณ์ (Researcher as instrument)

ต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง จึงต้องมีทักษะที่ช่วยให้ข้อมูลระลึกถึงความรู้สึก และเล่าที่เป็นจริง มีรายละเอียดมากที่สุด (depth and richness of the information) (Drew, 1993:346) เช่น การสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสนทนาเชิงแลกเปลี่ยนไม่วิพากษ์วิจารณ์ การสร้างความไว้วางใจและความสนิทสนม การติดต่อสื่อสารและการนัดหมาย เป็นผู้เคารพในสิทธิ และความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ไวต่อความรู้สึก มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความรู้ในเรื่องที่ต้องการศึกษาเป็นอย่างดี เน้นความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนมากกว่ามุ่งควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา (Benoliel, 1988 cited in Streubert and Carpenter, 2003:58) การสัมภาษณ์ควรเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยไม่ชี้หน้าหรืออภิปราย โดยใช้คำถามปลายเปิด คำถามเพื่อความกระจ่าง (clarifying questions) และสังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ควรหยุดการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อยเกินไป ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ กระบวนการสัมภาษณ์ถูกต้องตรงกับผู้วิจัย เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ เป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ (listen attentively) ไม่ถามคำถามในลักษณะชักใช้ แต่ควรเป็นการแลกเปลี่ยน ประสพการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพ จริงใจ และสนใจอย่างแท้จริง (Streubert and Carpenter, 2003)

4. วิธีการเก็บข้อมูล มีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ เมื่อได้ข้อมูลต้องอ่านบทสนทนา ซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ วิเคราะห์องค์ประกอบที่ได้ อาจต้องสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อช่วยขยาย ตรวจสอบ และเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหายไป โดยการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยควรฟัง เทปซ้ำ ทำความเข้าใจ และเตรียมคำถามประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ผู้วิจัยเป็นผู้บอกได้ว่า เมื่อใดที่ข้อมูลเพียงพอ ข้อมูลอิ่มตัวแล้ว (saturation) คือ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญเกิดขึ้น และข้อมูลเริ่มซ้ำ ทั้งนี้จะไม่ใช้ระยะเวลาอันยาวนานเกินไป เพราะข้อมูลอิ่มตัวได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่ง และช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากเวลาผ่านไป มีการเปลี่ยนแปลงภูมิหลัง อายุ สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อประสพการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

5. การจัดการกระทำกับข้อมูล (Data treatment) วิธีที่ดีและควรเลือกใช้ คือเทคนิคการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด บันทึกเทป และถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำ (verbatim transcriptions) ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม และบันทึกความคิด ความรู้สึก ของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูลเพื่อนำมาช่วยวิเคราะห์ข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์มีรูปแบบการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลแตกต่างกัน Van Kaam จะกำหนดประสพการณ์กว้างๆ ทำการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก่อน แล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เลือกประเด็นที่สำคัญในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้นๆ ส่วน Giorgi จะให้ความหมายประสพการณ์ที่ต้องการศึกษา่าง่ายๆ แล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสพการณ์ที่ต้องการศึกษาจึงสัมภาษณ์ และวิธีของ Colaizzi เน้นที่การทำการเก็บ

รวบรวมข้อมูล และอาจใช้การสังเกต การบันทึกภาคสนามร่วมด้วย วิธีของ Colaizzi อาจยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบก่อนและระหว่างเก็บข้อมูล แทนที่จะรอข้อมูลทั้งหมดก่อนไปให้ตรวจโครงสร้างองค์ประกอบเพื่อให้ข้อมูลให้ความเห็น และความมั่นใจของข้อมูลก็ได้ (Omery, 1983) การเลือกใช้วิเคราะห์ข้อมูลแบบใด ขึ้นอยู่กับผู้วิจัยที่คิดว่าวิธีใดเหมาะสมกับปัญหาการวิจัยของตนมากที่สุด ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์อย่างละเอียดเพื่อแยกองค์ประกอบ (essence or element or constituents or common themes) ที่ปรากฏหาความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงขององค์ประกอบกับสิ่งแวดล้อมหรือปรากฏการณ์ โดยต้องศึกษาข้อมูลอย่างลึกซึ้ง (dwelling) จนแน่ใจว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องแน่นอน ผู้วิจัยต้องพักความคิดของตน (brackets it or sets it aside) ไม่คิดว่าตนรู้แล้ว เข้าใจแล้ว แยกจากคำอธิบายของผู้ป่วย จนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น (Knaack, 1984) กระทำโดยอ่านบทสนทนาที่ถอดคำซ้ำๆ ทำการจำแนก และตั้งข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญให้รหัส หรือบันทึกใน index cards แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายผลการศึกษา และนำเสนอโดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล

7. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) ขึ้นอยู่กับคำถามผู้ให้ข้อมูล ความถูกต้องของระเบียบวิจัย และปรับแก้ไขเพิ่มหรือลดตามผู้ให้ข้อมูลบอก (Streubert and Carpenter, 2003) ซึ่งได้มาจาก ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย และการยึดถือว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้จริงในประสบการณ์นั้นมีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับทีม เพื่อป้องกันการจัดกระทำข้อมูล และอยู่บนข้อตกลงพื้นฐานว่าข้อมูลที่ได้มาจากความเป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลจึงเชื่อถือได้ และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (participant validation) (Jasper, 1994) ผู้วิจัยป้องกันการเกิดอคติในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแยกประสบการณ์ อคติ หรือการตัดสินใจล่วงหน้าของตนออกหรือเก็บไว้ ผู้รู้ความหมายของประสบการณ์ที่ดีที่สุด คือผู้ให้ข้อมูล ความเชื่อถือได้ของข้อมูลจะบอกได้ด้วยตัวของข้อมูลที่ปรากฏให้เห็นได้เอง (letting the facts speak for themselves) และการให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัย (Walters, 1995)

8. ผลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่อาจสามารถถ่ายโอนหรือปรับใช้บริบทที่ใกล้เคียง ขึ้นกับความต้องการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มอื่นๆ ของผู้อ่านผลการวิจัยนั้น (Jarper, 1994: 313)

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศิริพร ทองบ่อและคณะ (2542) ได้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ชีวิตของผู้จิตเภท เก็บข้อมูลในผู้ป่วย 6 ราย ญาติใกล้ชิด 10 ราย และเพื่อนบ้านจำนวน 6 ราย

ผลที่ได้ประเด็นหลักที่ค้นพบ คือ 1) ด้านความคิดความรู้สึกต่อตนเอง ผู้ป่วยคิดว่าต้องพึ่งพา ไม่มี ความมั่นใจในตนเองและรู้สึกว่ามียศถาภพด้อยลง 2) ด้านความคิดความรู้สึกของญาติต่อผู้ป่วย ญาติรู้สึกเป็นภาระที่ไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อไรแต่ก็ไม่รังเกียจแม้จะรู้สึกอายและหวาดกลัวอยู่บ้าง 3) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติ พบว่ามีความห่างเหินกันทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ 4) ด้านการพึ่งพาตนเอง ในเรื่องของกิจวัตรประจำวันการดูแลสุขภาพพอนามัยส่วนตัว ผู้ป่วยทำได้ทุก เรื่องแต่จะด้อยลงในแง่คุณภาพ 5) เป้าหมายในชีวิตผู้ป่วยอยากช่วยเหลือตนเองได้มากกว่านี้ แต่ ขณะเดียวกันก็ยังมองไม่เห็นหนทางว่าจะทำได้อย่างไร

สมชาย พลอยเลื่อมแสงและคณะ (2547) ได้ศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยการ สัมภาษณ์ทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต ตราบาป และการบริการสุขภาพจิตต่อการ ตัดสินใจเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิต จากการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน จำนวน 1,500 ราย จาก 5 ส่วนของประเทศไทย ได้แก่ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ผลการสำรวจพบผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 198 คน หรืออัตราการตอบกลับร้อยละ 13.2 โดยประชาชนร้อยละ 40.9 ตัดสินใจเข้ารับบริการ สุขภาพจิตเมื่อประสบปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยสำคัญเพียงปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าใช้ บริการสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ เป็นตราบาป ($p < 0.01$)

สุพัฒน์ สุขสว่างและศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2549) ได้ศึกษาตราบาปผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้การสัมภาษณ์รายบุคคลแบบเจาะลึก (in-depth interview) ร่วมกับการบันทึกเทป ถอด ความจากเทป นำมาวิเคราะห์และสรุปผล เพื่อศึกษาผลกระทบของตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวข้องกับครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ ศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1. ผู้ป่วยจิต เภท 2. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช 3. ผู้ที่อยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วย 4. บุคลากรสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่น่าอาย พยายามปกปิดการเจ็บป่วย ของตนเองจากบุคคลอื่น การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อตนเอง ทั้งเรื่องของหน้าที่การงาน สถานะ เศรษฐกิจ ความเชื่อถือของบุคคลอื่นๆ เพื่อนบ้านและคนในชุมชน ไม่อยากคบค้า ครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวช รู้สึกเสียขวัญจากการที่มีผู้ป่วยในครอบครัว ผู้ที่อยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย หวาดกลัว ไม่คบค้าสมาคม บุคลากรสาธารณสุข รู้สึกว่าผู้ป่วยนำ สงสาร อยากให้การดูแลและช่วยเหลือ แต่ขาดทักษะและความรู้ในเรื่อง อาการ การพยาบาล การ ฟื้นฟูสมรรถภาพ

กอบโชค จวงษ์ และมล. สมชาย จักรพันธ์ (2549) ได้ศึกษาผลกระทบข่าวความรุนแรง ในโรงเรียนเอกชนกรุงเทพมหานคร ต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติ โดยการศึกษาครั้งนี้เป็น งานวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและญาติที่มาใช้บริการ แบบผู้ป่วยนอก ณ

โรงพยาบาลศรีรัษฎา สวนปรุง สวนสราญรมย์และพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า จากแบบสอบถาม ด้านเจตคติสามารถจำแนกเป็น 4 ปัจจัย คือ ผลกระทบของข่าวที่เกิดขึ้นต่ออาการ ความมั่นใจในการรักษา ตราบาป เช่น การถูกแบ่งแยก และการดำเนินชีวิต สรุปว่าการก่อเหตุรุนแรงที่เกิดจากการผู้ป่วยจิตเวชก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติในด้านลบ เช่น อาการกำเริบ เกิดตราบาป

เพ็ญมา แดงด้อมยุทธ และคณะ (2547) ได้ศึกษาการรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว เพื่ออธิบายถึงการให้ความหมาย ปัญหา และผลกระทบที่เกี่ยวกับตราบาปจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว โดยการสัมภาษณ์รายบุคคลแบบเจาะลึก (in-depth interview) ร่วมกับการบันทึกเทป แปลความ ถอดความจากเทป นำมาวิเคราะห์และสรุปผล ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5 ราย และญาติผู้ให้การดูแลจำนวน 5 ราย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทให้ความหมายของตราบาป หมายถึงการถูกรังเกียจจากสังคม เป็นที่น่าอับอาย การไม่ได้รับโอกาส การถูกมองในแง่ลบ การถูกแยกให้อยู่ต่างหากจากกลุ่ม การไม่คบค้าสมาคมหรือให้เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ และพบว่าสิ่งที่ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกสะเทือนใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนสามารถกลับเข้าไปอยู่ในชุมชนได้ คือ การถูกรังเกียจและถูกรังเกียจและถูกซ้ำเติมจากเพื่อนบ้าน

จุฬาลักษณ์ ชำของ (2547) ได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ เพื่อบรรยายการให้ความหมายและประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์รายบุคคลแบบเจาะลึก (in-depth interview) และการบันทึกภาคสนาม ถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi จากผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 10 ราย ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ให้ความหมายการดูแลตนเอง คือการที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น เป็นการดูแลเพื่อให้มีร่างกายแข็งแรง จิตใจสดใส อยู่ร่วมกับครอบครัว สังคมได้อย่างปกติไม่มีอาการกำเริบ ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก 1) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านร่างกาย จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์และการงดสารกระตุ้นประสาท 2) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านจิตใจจำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และผ่อนคลายและการปรับความคิดและจิตใจ 3) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสังคม จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและการปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาและการฝึกจิตให้สงบ

นุสรุ วรภัทรพร (2547) ได้ศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดย

การสัมภาษณ์รายบุคคลแบบเจาะลึก (in-depth interview) และการบันทึกภาคสนาม ถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 10 ราย ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายการจัดการอาการโรคซึมเศร้าว่าเป็นการแก้ไข ปัญหา การบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงการเกิดอาการ ประสบการณ์การจัดการอาการซึมเศร้าแบ่งเป็น ประเด็นหลัก 2 ประเด็น แบ่งเป็นประเด็น 2 ประเด็น คือ 1) การจัดการอาการโดยผู้อื่น โดยการไปพบแพทย์/ไปโรงพยาบาล เพื่อการรับประทานยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรับการปรึกษา 2) การจัดการอาการด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ การไปปฏิบัติ กิจกรรมทางศาสนา การระบายอารมณ์ให้กับคนใกล้ชิด และการควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติ และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Deidre, Bruce and Jo (2006) ได้ศึกษาความแตกต่างของเชื้อชาติที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ ทางลบ (stigma) ในกลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิต ศึกษาโดยวิธีการสำรวจ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,241 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทผิวขาวและกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทผิวดำ ผลการศึกษาพบว่า ความแตกต่างของเชื้อชาติมีผลต่อการเกิดอคติแก่ผู้ป่วยทางจิตเวช โดยกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทผิวขาวมีการรับรู้และเกิดอคติทางลบต่อการเจ็บป่วยทางจิตมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทผิวดำ

Cornelia, Tze Pin Ng and Ee Heok Kua (2005) ได้ศึกษาเปรียบเทียบอคติ (stigma) ของการเจ็บป่วยทางจิตในรพ. ทัวไป และรพ.ทางจิตเวช โดยใช้วิธีการสำรวจแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก รพ. ทางจิตเวช จำนวน 300 ราย และผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก รพ. ทัวไป จำนวน 300 ราย โดยการประเมินจากข้อคำถามเกี่ยวกับอคติทางลบ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย การปฏิเสธจากสังคม การรับรู้ทางสังคม ความละอายใจ และการถูกแบ่งแยกทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท รพ.ทางจิตเวช มีระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภท รพ. ทัวไป ซึ่งในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ในรพ. ทางจิตเวช มีระดับคะแนนสูงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภท รพ. ทัวไป สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก รพ. ทางจิตเวช มีการรับรู้อคติทางลบ จากสังคมในการเจ็บป่วยทางจิตของตนเองสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก รพ. ทัวไป

Sing Lee (2005) ประสบการณ์อคติทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศฮ่องกง เพื่อศึกษาเก็บข้อมูลและเปรียบเทียบประสบการณ์ความรู้สึกเป็นอคติทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกับผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 320 ราย ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 160 ราย ณ แผนกผู้ป่วยนอก ประเทศฮ่องกง เก็บข้อมูลโดยวิธีการทำ Focus group ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 40 และผู้ป่วยเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 15 มีประสบการณ์การรับรู้อคติจากสังคมจากสมาชิกในครอบครัว, เพื่อนและเพื่อนร่วมงาน

Nadia, Fatiha and Soumia (2004) ผลกระทบจากอคติทางสังคมต่อครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศมอริออคโค โดยการสัมภาษณ์จากครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากอคติทางสังคมและถูกแบ่งแยกทางสังคม ซึ่ง 86.7% ครอบครัวมีความเป็นอยู่ที่ลำบากขึ้นเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต และ 72% พบว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับเพิ่มขึ้น ขาดการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และมีคุณภาพชีวิตต่ำลง

Sokratis (2004) อคติ : ความรู้สึกและประสบการณ์ของบุคคลกับการเจ็บป่วยทางจิต เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของอคติทางสังคมกับการเจ็บป่วยทางจิต การที่ต้องได้รับการรักษาทางจิต การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยทางจิต ศึกษาโดยการสัมภาษณ์แบบ Narrative กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทางจิตเวชจำนวน 46 ราย ในประเทศลอนดอน ผลการศึกษาพบว่า อคติทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิตและมีผลกระทบทางลบเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทางจิตเวช

Michael (2002) อคติทางสังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ : ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศจีน โดยวิธีการสัมภาษณ์ ในกลุ่มตัวอย่างครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 952 ราย และผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 608 ราย ที่อาศัยอยู่ในประเทศจีน ตั้งแต่ปีค.ศ. 1990-2000 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 60 จากการสัมภาษณ์ครอบครัวของผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากอคติทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง และผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นจะอยู่ในระดับสูง ถ้าในครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงและถ้าผู้ป่วยมีอาการทางบวกรุนแรง

7. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

พบว่าจะศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช ส่วนใหญ่ยังไม่ครอบคลุมถึง การรับรู้ ความรู้สึก นึกคิด ที่เกี่ยวข้องกับความสำคัญของการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมที่เกิดขึ้นเท่าใดนัก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะศึกษาถึงประสบการณ์หลังการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาการรับรู้ทางลบของสังคมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ทางลบจากคนรอบข้างและคนในสังคมมากที่สุด ในบรรดาโรคจิตเวชอื่นๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในงานวิจัยนี้ จึงควรที่จะต้องทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหลังการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและครอบคลุมในส่วนที่เป็นความสำคัญของการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมที่เกิดขึ้น รวมถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและเกี่ยวข้องกับบริบทของการที่ต้องเจ็บป่วยทางจิตและต้องได้รับการรับรู้ทางลบของสังคม

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคิดในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและครอบคลุมเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่ประสบกับปรากฏการณ์นั้นออกมาได้ตามความเป็นจริง โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant)

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาตามนัดแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ปกติอาศัยอยู่ในชุมชนและมีการรับรู้ที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคม ทั้งนี้เพื่อให้ได้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง จึงต้องมีการสัมภาษณ์จากผู้ที่มีประสบการณ์นั้นโดยตรง สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงที่อยู่ในความสนใจ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามประเด็นที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1) ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มารับบริการตรวจรักษาที่กลุ่มงานจิตเวชตามนัดแพทย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี สามารถพูดคุย สื่อสาร ได้ตอบรู้เรื่อง การได้ยินปกติและเข้าใจภาษาเดียวกันกับผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูลรู้ว่าสังคมมีการรับรู้ทางลบต่อการเจ็บป่วยทางจิตของตนเอง (Self - selected) จากการประเมินโดยวิธีการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามของการรับรู้ทางลบของสังคมต่อการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย (รายละเอียดแนวคำถามอยู่ในภาคผนวก ก) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 26 ราย แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ว่ามีสังคมมีการรับรู้ทางลบต่อตนเองจำนวน 17 ราย ที่ทำให้เกิดความอึดอัดของข้อมูล

2) ผู้ป่วยเคยมีประวัติเป็นผู้ป่วยใน เคยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

3) มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ตามแบบการขอความร่วมมือและคุ้มครองสิทธิการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

สนามการวิจัยที่ทำการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ เป็นกลุ่มงานจิตเวชที่ให้บริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่อยู่ในพื้นที่ของสุราษฎร์ธานี โดยในการสัมภาษณ์ได้ใช้พื้นที่ในส่วนที่เป็นห้องกลุ่มบำบัดและห้องตรวจของกลุ่มงานจิตเวช

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มุ่งศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือและกุญแจที่สำคัญ ในการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ เพราะในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะต้องเข้าไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิด ในสถานการณ์ที่เป็นจริง นอกจากผู้วิจัยจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญแล้ว ยังมีเครื่องมือประกอบอื่นๆ ที่ต้องใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เครื่องบันทึกเสียง

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2.3 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ (Interview Guideline) เกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีลักษณะคำถามเป็นปลายเปิด ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบอกเล่าเรื่องราวหรือประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้ง โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายละเอียดในภาคผนวก)

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลัก โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

3.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัย และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยได้เตรียมตนเองทั้งระยะก่อนและระหว่างดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1.1 การเตรียมความรู้เรื่องระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาลักษณะเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาด้วยตนเองจากการอ่านเอกสาร ตำรา ผลงานการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผลงานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา การลงทะเบียนเข้าเรียนนิสิตปริญญาโท

คุณภาพ 3 หน่วยกิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับการขอ คำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

3.1.2 การเตรียมความรู้ด้านความไวเชิงทฤษฎี ผู้วิจัยศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้องได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอคติจากสังคม ที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน รวมทั้งแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อให้มีความพร้อมใน การตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึก ความคิด ที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ ก่อนการรับฟัง และการแปลความ การให้ความหมายข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อระมัดระวังความคลาดเคลื่อนที่ อาจเกิดขึ้นในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

3.1.3 การวางแผนการวิจัย ผู้วิจัยทำการวางแผนการวิจัยเป็นขั้นตอนตั้งแต่ก่อนเข้า สนามระหว่างการเก็บข้อมูล และหลังจากออกจากสนาม

3.1.4 ผู้วิจัยมีความตระหนักว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญ ต้องเข้าสนาม เพื่อรับข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดอคติจากการคาดเดา หรือมีแนวคิดล่วงหน้า มีความพร้อมในด้านเทคนิคการสัมภาษณ์ โดยการฝึกฝนเทคนิคการ สัมภาษณ์ การเตรียมขั้นตอนการสัมภาษณ์ในแต่ละช่วง ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ให้ข้อมูล การให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงเหตุการณ์ขณะนั้น และปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องด้วยตนเอง (Drew, 1993) และฝึกฝนเป็นผู้กระตือรือร้นในการฟัง (Active listening) การใช้คำถามเพื่อค้นหาข้อมูล (Exploring question) ทักทายการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการให้ความหมาย โดย คำนึงถึงสิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลและจริยธรรมของผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย (Steubert and Carpenter, 1999) ผู้วิจัยให้ความสำคัญและพยายามให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย เคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ ให้เกียรติและยอมรับข้อมูลที่คิดว่าเกิดจากประสบการณ์ที่ ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบจริงๆ

3.1.5 ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดการดำเนินการวิจัยได้แก่ การคุ้มครองสิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล เทคนิคและวิธีการสัมภาษณ์ การให้ความหมายและรหัสข้อมูล การ จัดกลุ่มประเด็นของความหมายและรหัสข้อมูล รวมทั้งการเขียนอธิบายประเด็นอย่างละเอียด

3.1.6 ผู้วิจัยตระหนักอยู่เสมอว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ร่วมวิจัย เนื่องจากต้องการศึกษา ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญและพยายามให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมใน การศึกษา โดยเคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาอย่างเต็มที่ (Knaack, 1984)

3.2 การเตรียมแนวคำถามในการสัมภาษณ์ (Semi - structure interview) แบ่งแนวทางการ สัมภาษณ์ออกเป็น 2 ส่วน คือ

3.2.1 ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการกับอคติจากสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กำหนดวัตถุประสงค์ของข้อคำถามตามปัญหาการวิจัย แล้วเขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเป็นประเด็นกว้างๆ มีความยืดหยุ่นในการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนคำถามและลำดับคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม ตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา หลังจากนั้นนำแนวคำถามปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมเพื่อตรวจสอบแนวคำถามจากนั้นนำไปทดลองกับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับผู้ให้ข้อมูลที่กำหนดไว้ 2 ราย

3.2.2 หลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายแรกแล้ว ผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลซ้ำอีกครั้ง ด้วยการฟังจากเทปบันทึกเสียงเมื่อพบว่ามีข้อมูลที่แล้วยังไม่ชัดเจนหรือมีบางคำถามที่ไม่สามารถสื่อไปยังสิ่งที่ต้องการศึกษาได้ จึงได้ทำการปรับแนวคำถามใหม่ให้เหมาะสมมากขึ้น เพิ่มเติมคำถามที่ยังไม่ครอบคลุม ครบถ้วน รวมทั้งเพิ่มคำถามแบบเจาะลึก ในกรณีที่ต้องการรับทราบข้อมูลเรื่องนั้นมากขึ้นหรือไม่แน่ใจในคำพูดบางคำของผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้เมื่อพบว่ามีข้อความบางคำไม่ชัดเจน ผู้วิจัยทำการจดคำถามหรือบันทึกคำพูดที่ยังไม่เข้าใจไว้เพื่อนำกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อให้เกิดความกระจ่าง หลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์กับผู้ให้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้รับการปรับจากผู้ให้ข้อมูลรายแรก ไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่สอง และนำมาทำการถอดข้อความคำต่อคำ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลรายแรก จากนั้นนำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อทำการปรับแนวคำถามให้เหมาะสมอีกครั้ง จากนั้นนำข้อคำถามที่ได้จากการปรับ ไปปรับการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาอีกครั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชและผู้เชี่ยวชาญทางด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จากนั้นทำการปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำข้อคำถามที่ได้ไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลจริงตามขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึง โรงพยาบาลที่เป็นสนามวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เข้าพบเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช คือ กลุ่มงานจิตเวช เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย

3.3.2 ผู้วิจัยค้นหาผู้ให้ข้อมูล คือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาตามนัดแพทย์ ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยทำการสอบถามกับเจ้าหน้าที่พยาบาล

ที่อยู่ประจำกลุ่มงานจิตเวช ว่ามีผู้ป่วยจิตเภทรายใดบ้างที่มารับการตรวจรักษา จากนั้นจึงติดต่อเข้าพบผู้ป่วยเพื่ออนุญาตขอดูเวชระเบียนของผู้ป่วยจากผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน

3.3.3 ผู้วิจัยเข้าพบ แนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยหลังจากพบว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของการเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือในการเป็นผู้ร่วมวิจัย พร้อมทั้งได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการดำเนินการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลให้ได้รับทราบ เมื่อผู้ป่วยมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงรายละเอียดของการวิจัยให้ทราบอีกครั้ง ซึ่งได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย รวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด หัวข้อที่ต้องการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา การจัดการบันทึกภาคสนามขณะทำการสัมภาษณ์ ระยะเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกวัน เวลา และสถานที่ในการให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความสงบเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้สัมภาษณ์ ความสะดวกในการเดินทาง และความปลอดภัยของผู้วิจัย การรักษาความลับโดยการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

3.3.4 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) เมื่อประเมินได้ว่าผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้ที่เกิดการรับรู้ทางลบของสังคมและเกิดความไว้วางใจพร้อมที่จะให้ข้อมูลเชิงลึกต่อไป แต่ถ้ากรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่มีการรับรู้ที่เกิดการรับรู้ทางลบของสังคมผู้วิจัยก็จะยุติการสนทนา โดยผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบไว้ก่อนการสัมภาษณ์ว่าถ้าคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลไม่ตรงตามเกณฑ์ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ต่อ ถ้ากรณีที่ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้ที่เกิดการรับรู้ทางลบของสังคมผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทป จากนั้นจึงให้เซ็นยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนต่อไป โดยการสัมภาษณ์ต่อ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ที่ห้องกลุ่มบำบัดและห้องตรวจแพทย์ ณ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทุกรายสะดวกที่จะให้สัมภาษณ์ ณ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในวันที่มาตรวจตามนัดแพทย์และยินยอมให้สัมภาษณ์ 1-2 ครั้ง โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 1 ชั่วโมง ซึ่งขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

1) ทำการเก็บข้อมูลส่วนที่ 1 คือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

2) ทำการเก็บข้อมูลส่วนที่ 2 คือการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ถึงประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ พร้อมกับการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ซึ่งในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้ทักษะของการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล มีการปรับข้อ

คำถามในขณะสัมภาษณ์เพื่อความชัดเจนของข้อมูลตามบริบท และสิ่งที่สังเกตได้จากการสัมภาษณ์ เช่น สีหน้า ท่าทาง แววตา อารมณ์และการแสดงออกที่ไม่ใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูล

3) สังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลแสดงอารมณ์ร่วมขณะตอบ

คำถาม หรือบอกเล่าประสบการณ์ เช่น ร้องไห้ สีหน้าท่าทางโกรธ ยิ้มหัวเราะ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล ได้ระบายหรือแสดงถึงความอย่างเต็มที่ โดยรับฟังอย่างตั้งใจแสดงความเห็นใจ และนั่งอยู่เป็นเพื่อนผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึกแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์ในประเด็นต่อไป ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูล 5 ราย (คือ ID 01, ID 08 ,ID 13, ID 14, ID17) ที่แสดงอารมณ์โศกเศร้าออกมาโดยการร้องไห้ เมื่อพูดถึงการเจ็บป่วยทางจิตของตนเองและการรับรู้ทางลบของสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึก บอกเล่าความรู้สึกต่างๆ ออกมาให้มากที่สุด และดำเนินการสัมภาษณ์ต่อไปจนเสร็จสิ้นตามระยะเวลาที่ได้ตกลงร่วมกันกับผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบก่อนการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์โดยตรงเกี่ยวกับงานทางด้านจิตเวชประเมินแล้วว่าการร้องไห้ไม่มีผลต่ออาการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ให้ข้อมูล

4) ผู้วิจัยทำการจดบันทึกภาคสนามในประเด็นที่สำคัญไว้เป็นบางส่วนซึ่งได้ขอ

อนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนที่จะทำการจดบันทึกทุกครั้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงอาการสงสัยหรือกรณีที่ผู้ป่วยจำไม่ได้ว่าผู้วิจัยบอกกล่าวไว้แล้วว่าจะมีการขอจดบันทึกขณะสัมภาษณ์ และพยายามกระทำน้อยที่สุด โดยทำการบันทึกย่อเฉพาะหัวข้อหรือประเด็นที่สำคัญ ประเด็นที่ต้องการเพิ่มเติม พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะทำการศึกษา ความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้วิจัยที่มีต่อปัญหา การแก้ไข และผลที่เกิดขึ้นจากการแก้ไข ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

5) การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยพิจารณาระยะเวลาในการ

สัมภาษณ์แต่ละครั้งตามความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรม ที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ต่อไปของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่เพียงพอ ก่อนจบการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการสนทนาให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทราบอย่างคร่าวๆ จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

6) ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล

เบื้องต้น โดยการถอดข้อความ (transcribe) จากเทปบันทึกเสียงเป็นคำต่อคำ (verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) ด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจนครบถ้วนของข้อมูลโดยเปรียบเทียบกับบทบันทึกเสียงซ้ำ สรุปเป็นประเด็นปัญหาที่พบสำหรับการวิเคราะห์และสรุปเป็นประเด็น จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับคำพูดจากการสัมภาษณ์ให้เหมาะสม สำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

หลังจากที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยจนได้ข้อมูลที่มีความอึดตัว คือ มีแบบแผนข้อมูลซ้ำกัน ไม่มี ประเด็นใหม่ขึ้น ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษา และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมแล้ว มีผู้ให้ข้อมูลที่ทำให้เกิดการอึดตัวของข้อมูลจำนวน 17 ราย ระยะเวลาที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล หรืออยู่ในสนามการวิจัย คือตั้งแต่ต้นเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ถึง ปลายเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550

4. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยให้การพิทักษ์ผู้ให้ข้อมูลตลอดการกระบวนการวิจัย โดยรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล

4.2 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดบอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการ สัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา ระยะเวลาและจำนวนครั้งที่ขอ สัมภาษณ์แต่ละครั้ง การขอให้ตรวจสอบความถูกต้องข้อมูล สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การ รักษาความลับด้วยการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่จะ สามารถเกี่ยวข้องถึงผู้เข้าร่วมวิจัย การนำเสนอข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอภิปรายเผยแพร่ ในลักษณะข้อมูลโดยรวม และเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น

4.3 ขณะทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ที่ไม่สะดวกใจ หรือบอก ยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มี ผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อผู้ให้ข้อมูล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายยินยอมและสะดวกที่จะ ให้สัมภาษณ์จนสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

4.4 ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการคิดทบทวน ก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ

4.5 ให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นยินยอมหรือบันทึกคำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และมีการเก็บใบ เซ็นยินยอม บันทึกคำยินยอมหรือข้อมูลต่างๆ ไว้ในที่ปลอดภัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1978 cite in Streubert and Carpenter, 2003) วิธีนี้เน้นที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้การ สังเกต การบันทึกภาคสนามร่วมด้วย และอาจมีความยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ ก่อนและระหว่างเก็บข้อมูล แทนที่จะรอข้อมูลทั้งหมดก่อนไปให้ตรวจสอบโครงสร้างประกอบ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็น และความมั่นใจของข้อมูลก็ได้ (Omery, 1983 อ้างถึงในจอณผะจง เห่งจาด, 2546) และ Colaizzi มีความเชื่อในปรัชญาการวิจัยตามแบบของ Husserl ซึ่งเป็นแบบ

แผนการวิจัยที่ผู้วิจัยเลือกเป็นแนวทางในการศึกษา มีความสำคัญอยู่ที่ ผู้วิจัยต้องทำใจให้ว่าง โดยตระหนักถึงความรู้เดิมแต่ไม่ได้นำมาร่วมเป็นกรอบแนวคิดและมีอิทธิพลในการวิเคราะห์ข้อมูล หรือการจัดกรอบความคิด (bracketing) ความรู้ที่มีอยู่เดิม ก่อนการดำเนินการวิจัย ซึ่งได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

5.1 ผู้วิจัยอ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลทุกราย แบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา (Transcripts) จากนั้นอ่านบทสนทนาเพื่อทำความเข้าใจจนกระทั่งได้ความรู้สึกและมองเห็นสาระสำคัญของข้อมูล

5.2 อ่านบทสนทนาร่วมกับฟังเทปซ้ำ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นอ่านบทสนทนาซ้ำหลายครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ (Make sense) ร่วมกับบันทึกในภาคสนามเพื่อทบทวนเหตุการณ์และเติมเต็ม (Supply) ข้อมูลที่อาจขาดหายไป

5.3 อ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัด (Line by line) แล้วให้รหัสข้อมูล (Code units of data)

5.4 ดึงข้อความที่สำคัญ (Extracting significant statement) ที่กล่าวซ้ำๆกันออกมา พยายามให้ความหมายที่เป็นไปได้ของแต่ละข้อความสำคัญหรือประโยคนั้นให้ชัดเจนขึ้น (Try to spell out the meaning)

5.5 จัดระบบความหมายของข้อความเป็นกลุ่มประเด็น (Formulated means into cluster of themes) โดยเขียนอธิบายประเด็นเป็นความเรียงอย่างละเอียด

5.6 เขียนบรรยายประเด็นที่ได้เป็นความเรียงให้มีความต่อเนื่อง กลมกลืน เพื่อเห็นถึงประสบการณ์การจัดการกับอคติจากสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมาจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

5.7 กลับไปหาผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 ราย เพื่อให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและตรวจสอบการแปลความหมายของผู้วิจัย แล้วกลับมาแก้ไขตามที่ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ เขียนประเด็นข้อมูลและการแปลความหมายของผู้วิจัย เป็นความเรียงจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อึดอัด

5.8 เขียนสรุปรายงานวิจัย อธิบาย เชื่อมโยงระหว่างข้อมูลที่ได้กับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

6. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลโดยยึดหลักของ Guba & Lincoln (1989 และ Guba & Lincoln 1985 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549) ซึ่งได้กล่าวถึงหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเชื่อถือได้ของข้อมูลไว้ 4 ประการ แต่ละหลักเกณฑ์มีรายละเอียดและมีวิธีการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

6.1 ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility)

6.1.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตัวและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ

6.1.2 วางแผนและดำเนินงานตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวัง และมีขั้นตอน

6.1.3 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกันและลดอคติจากผู้วิจัยตลอดเวลา โดยระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้พยายามจัดกรอบแนวคิด (Bracketing) โดยตระหนักถึงความรู้เดิมแต่ไม่ได้นำมาพร้อมเป็นกรอบแนวคิดและมีอิทธิพลในการวิเคราะห์ข้อมูล เกี่ยวกับการจัดการกับอคติจากสังคมของผู้วิจัยจิตเภท

6.1.4 มีการตรวจสอบการดำเนินการวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งได้แก่อาจารย์ที่ปรึกษา โดยผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เริ่มตั้งแต่ นำข้อมูลที่บันทึกในแบบบันทึกการถอดความ ซึ่งได้มาจากการถอดความคำต่อคำ รวมทั้งการให้รหัสเบื้องต้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบการให้สัมภาษณ์และการให้รหัส แล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป และระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ พร้อมทั้งทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตรวจสอบเป็นระยะ หลังจากที่ข้อมูลอิมตัวนำข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งผลการวิเคราะห์ไปให้อาจารย์ตรวจสอบและปรับปรุงตามคำแนะนำ

6.2 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและอธิบายให้เห็นถึงการวิจัยอย่างมีขั้นตอน นำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนและครอบคลุมทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการทำการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ โดยเฉพาะการให้รหัส การสร้างประเด็นซึ่งได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

6.3 ความสามารถในการถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) งานวิจัยนี้ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่อาจนำผลการวิจัยไปปรับใช้กับกลุ่มที่มีบริบทใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการนำผลการวิจัยไปใช้ของผู้อ่านผลการวิจัย และยังหมายถึงการที่ผู้อ่านผลการวิจัยหรือผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแล้ว เข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเรียกว่า "Audit trail"

6.4 ความสามารถในการยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อ การวิจัยนั้นผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ประการแล้ว ซึ่งประกอบด้วย

6.4.1 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ ทั้งการบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง การถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ

(Verbatim) ข้อมูลการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการอ่านบันทึกการถอดความพร้อมกับการฟังเทปซ้ำ

6.4.2 มีการทำ Field note ในแบบบันทึกภาคสนาม โดยจดบันทึกความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในสนามเป็นรายวัน เพื่อนำมาเตือนความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ ใช้ในการตีความและวิเคราะห์ข้อมูลตามความเป็นจริงที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล

6.4.3 ผู้วิจัยใช้วิธีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล โดยการใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด เมื่อมีความจำเป็นต้องตัดคำพูดบางคำของผู้ให้ข้อมูลไป ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ในการกระทำเพื่อให้มีการสื่อความหมายที่กระชับชัดเจนขึ้น โดยที่ความหมายเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

6.4.4 การสรุปข้อมูลในขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การให้รหัสข้อมูล (Coding) การจัดกลุ่มข้อมูล (Category) การสรุปประเด็น (Theme) ได้รับการทบทวนจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl (Husserlian phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่รับรู้ว่าการรับรู้ทางลบของสังคมต่อตนเอง จำนวน 17 ราย โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากนั้นทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) จนได้ข้อมูลที่มีความอึดอัด และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ตามแบบของ Colaizzi (1987 cited in Streubert & Carpenter, 2003) จากการผลวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ยอมรับการเกิดความรู้สึกไม่ดี มีจิตใจเข้มแข็งขึ้นและมีความสุขกับการที่มีชีวิตเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับขั้น ดังนี้

ในการนำเสนอผลการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ยอมรับสภาพการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคม
2. มีจิตใจเข้มแข็งขึ้น
3. มีความสุขกับการที่มีชีวิตเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป

พื้นที่ในการวิจัย

พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ คือกลุ่มงานจิตเวชที่ให้บริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่อยู่ในพื้นที่ของสุราษฎร์ธานี โดยในการสัมภาษณ์ได้ใช้พื้นที่ในส่วนที่เป็นห้องกลุ่มบำบัดและห้องตรวจของกลุ่มงานจิตเวช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลโดยรวม

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้การเกิดการรับรู้ทางลบของสังคม จำนวน 17 ราย โดยมีอายุระหว่าง 20-52 ปี ซึ่งอายุโดยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 30-40 ปี จำนวน 10 ราย รองลงมา 20-29 ปี จำนวน 5 ราย และ 52 – 53 ปีจำนวน 2 ราย สถานภาพของผู้ให้ข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโสด จำนวน 13 ราย ส่วนอีก 4 ราย มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีระดับ

การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา โดยระดับการศึกษาที่พบสูงสุด คือระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 4 ราย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 3 ราย ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 4 ราย ระดับปริญญาตรี 3 ราย ระดับปวช. 3 ราย การประกอบอาชีพ พบว่าโดยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 6 ราย มีอาชีพค้าขายจำนวน 3 ราย อาชีพทำสวนซึ่งเป็นสวนของตนเองจำนวน 4 ราย และไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 4 ราย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวสูงสุดอยู่ที่ 30,000 บาท/เดือน และต่ำสุดอยู่ที่ไม่มีรายได้ โดยพบว่ารายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 2,000-15,000 บาท/เดือน ซึ่งลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว มีเพียง 3 ครอบครัวเท่านั้นที่เป็นครอบครัวขยาย ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูลจะอยู่ในช่วง 1 - 37 ปี โดยระยะเวลาของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่คือ 2-7 ปี จำนวน 14 ราย ระยะเวลา 12 - 21 ปีจำนวน 3 ราย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1 - 26 ครั้ง และพบว่าอายุที่เริ่มป่วยอยู่ในช่วง 19 - 29 ปี

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลที่มีการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ทางลบของสังคม นั่นก็คือการถูกรังเกียจ ไม่เป็นที่นับถือ ไร้ความไว้วางใจ ถูกมองว่าเป็นตัวตลก เพื่อนที่เคยคบกันมาหนีห่างไม่สังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี รู้สึกแค้น รู้สึกน้อยใจ ห่อเหี่ยวในชีวิต เป็นต้น ซึ่งการรับรู้เหล่านี้เองที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการจัดการกับความรู้สึกที่ไม่ดีที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม ได้แก่ การไม่ได้ตอบปฏิกิริยาจากผู้คนรอบข้าง การทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมที่ทำให้เกิดการผ่อนคลาย เช่น อ่านหนังสือธรรมะ ฟังธรรมะ นั่งสมาธิ เป็นต้น หลังจากนั้นเมื่อมีการจัดการเสร็จสิ้นลงแล้วได้ส่งผลต่อตัวผู้ป่วยอย่างไร โดยผู้ป่วยมีการบอกเล่าเรื่องราวที่เป็นประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม ซึ่งทำให้ทราบถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน และสามารถสรุปได้เป็นประเด็นหลัก 3 ประเด็นหลัก โดยผู้วิจัยได้นำเสนอไว้ในตารางที่ 2 ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ประสพการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน :
ประเด็นหลัก และประเด็นย่อย

ประเด็นที่ 1 ยอมรับสภาพการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคม

- 1.1 รู้จักปล่อยวางทำให้คนอื่นแสดงความเป็นปกติต่อตน
- 1.2 จิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน

ประเด็นที่ 2 มีจิตใจเข้มแข็งขึ้น

- 2.1 มีแนวทางในการควบคุมอารมณ์ที่ไม่น่าปรารถนา
- 2.2 มีกำลังใจในชีวิต
- 2.3 มีความมั่นใจในตนเอง
- 2.4 อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

ประเด็นที่ 3 มีความสุขกับการที่มีชีวิตเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป

- 3.1 รู้สึกดีที่ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น
- 3.2 พึงพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- 3.3 สื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเด็นหลักที่ 1 ยอมรับสภาพการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคม

เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปแตกต่างจากคนปกติในสังคม อย่างเช่น เดินซ้าๆ เดินที่อูๆ เหมือนหุ่นยนต์ พูดไม่ชัด จึงทำให้ผู้คนในสังคมมองว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี เกิดการแบ่งแยกระหว่างผู้ป่วยกับคนอื่นทั่วไป คนในสังคมรังเกียจ ไม่คบค้าสมาคม ไม่ให้ความเชื่อถือกับบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิต มองว่าการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชหรือการเป็นผู้ป่วยจิตเวชเป็นภาพพจน์ที่ไม่ดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้แล้วส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกน้อยใจ เสียใจ ท้อแท้ และรู้สึกแค้นกับการที่ตนเองต้องมาเจ็บป่วย แล้วนำไปสู่การจัดการกับความรู้สึกที่ไม่ดีตามมา

การศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยอมรับสภาพการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยยอมรับกับการที่บุคคลในสังคมมองว่าตนผิดปกติ จากการเจ็บป่วยทางจิต โดยรู้จักการปล่อยวาง และมีจิตใจที่สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นภายหลังการจัดการต่อความรู้สึกไม่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการที่ผู้ป่วยถูกบุคคลในสังคมมองว่าเป็นคนสติไม่ดี ไม่สมประกอบ คนบ้าหรือจากการที่ถูกมองว่าผู้ป่วยเป็นที่น่ารังเกียจ ไม่เป็นที่น่าเชื่อถือ ซึ่งการจัดการเหล่านี้ได้แก่ การทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง ทำให้ผ่อนคลายความรู้สึกไม่ดีจากการรับรู้ทางลบของสังคม ส่งผลให้ผู้อื่นแสดงท่าทีที่เป็นมิตรต่อผู้ป่วยมากขึ้น ผู้อื่นเข้ามาพูดคุยด้วยตามปกติ ดังนั้นการยอมรับกับการรับรู้ทางลบของสังคม จึงน่าจะเป็นจุดหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับรู้การเกิดการรับรู้ทางลบของสังคม สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติ ดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ในรายละเอียดดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 รู้จักปล่อยวางทำให้คนอื่นแสดงความเป็นปกติต่อตน

เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ทางลบของสังคมเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี ความรู้สึกแค้น น้อยใจ เสียใจ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะจัดการกับความรูสึกนั้นโดยผู้ป่วยพยายามเฉยๆ ไม่ได้ตอบในทางที่รุนแรงต่อการรับรู้สิ่งไม่ดีที่เกิดขึ้น ซึ่งการจัดการเหล่านั้นส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดรู้จักปล่อยวาง คือ ยอมรับการที่ผู้ป่วยถูกสังคมมองว่าผิดปกติ ไม่ต้องนำเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจมาคิดมาก และเมื่อการปล่อยวางแล้ว ผู้อื่นในสังคมก็แสดงท่าทางที่เป็นปกติต่อตนเอง เพื่อนก็คบกันเหมือนปกติ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"ตอนแรกรู้สึกเสียใจมาก อยากฆ่าตัวตาย รู้สึกน้อยใจ เสียใจ เมื่อก่อนแล้วเคยไปออกกำลังกาย เดินแอโรบิค ตอนไปคนอื่นดูมีท่าทางรังเกียจเรารับรู้ได้จากการพูดคุยกับเรา ตอนนั้นรู้สึกเสียใจนะ แต่ก็เฉยๆ ไม่ได้ตอบ ปล่อยวางซะ ทำทุกอย่างให้เป็นปกติ ก็คือ เดินให้เป็นปกติ พูดคุยให้เป็นปกติ คุยดีดีกับเขา เดี่ยวเขาก็คุยกับเราเหมือนเดิม"

(ID 03 : L 60 - 63)

“เขาว่าไปโรงพยาบาลโน่นโดนเขาว่าบ้าทั้งนั้น ผมก็รู้แล้วเฉยๆ ไม่พูดโต้ตอบกับเขา แต่เราก็ทำใจให้ดีไม่ต้องคิดมากทำให้สบายที่เขาว่าเรามาว่าบ้า ทำให้สบาย รู้จักปล่อยวางมันก็ดีขึ้นเราไม่ต้องเอามาคิดให้เจ็บหัว(ปวดศีรษะ) ก็กลับบ้านไปในบางผมก็เดินออกมาเลย เขาว่าไปโรงพยาบาลโดนบ้าทั้งนั้น กินยา ผมก็เดินออกมา เขาพูดกันเรื่อย เขาก็พูดหน้าตาเฉย หลังจากนั้นเขาก็ยิ้มยิ้ม(คนที่ว่า) เป็นมิตร” (ID 05: L 70 - 73)

“เพื่อนพูดล้อเล่นพูด ก็เคยมีเพื่อนที่บ้านคอนพูดล้อเล่น ผมก็เฉยๆ ทำไม่รู้ไม่ชี้ ไม่ได้ตอบมันก็ดีขึ้น อย่าเอามาคิดมาก ปล่อยไป ตอนนี้เพื่อนรู้แล้วและไม่ล้อคบกันอยู่ ปกติดี ก็เพื่อนพาไปนั่งข้างนอกไปนั่งข้างนอกกับเพื่อนในบ้านคอน” (ID 06: L 34 - 37)

“คนอื่นรู้ในแง่มุมมองของเขาว่าจะแล(มองว่า) เป็นคนที่ว่าสติไม่ดีอะไรแบบนี้ รู้สึกแยครับ มันก็มีผลรับการป่วยและที่คนอื่นมาว่าเรา ชั้นแรกพยายามลองดูใหม่อีกครั้งผมเคยอ่านหนังสือเล่มหนึ่งเหมือนว่าเรามีแก้วน้ำสكبใบเรายกแก้วนั้นทั้งวันหมายถึงถึงสู่มภาระนั้นทั้งวัน ถ้าถือไม่กี่ปาทีไม่พริบถ้าถือทั้งวันก็อาจจะเจ็บปวดแขนถือเป็นวันมันก็เจ็บไปเท่านั้น วางแก้วลงก็หมายถึงสิ่งวางสิ่งทีรับผิดชอบนั้นไว้ มันทำให้เรารู้จักปล่อยวาง เดี่ยวคนอื่นที่ว่าเราเขาก็จะเหมือนเดิมกับเราเอง” (ID 09 : L 56 - 60)

ประเด็นย่อยที่ 2 จิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน

ภายหลังจากผู้ป่วย จัดการกับความรู้สึกที่ไม่ดี ที่ถูกสังคมรังเกียจ กีดกัน แสดงความเห็นต่าง โดยการเข้าวัด อ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ไหว้พระ ฝึกสมาธิ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อว่า ศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ก่อให้เกิดจิตใจที่สงบ และเกิดสมาธิในจิตใจ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเหล่านี้ ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีจากอคติทางสังคมในใจลดลง และ จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ผมทำสมาธิ เมื่อก่อนมีบ้าง ตอนที่ไม่พอใจ ทำพันๆ ก็รู้สึกเสียใจนะที่มีคนอื่นมาว่าว่าเราสติไม่ดี บ้า บางคนเขาก็มีท่าทางไม่ชอบเรา รับรู้ได้ บางครั้งก็แยเลยเหมือนกัน ความรู้สึก เขาว่าเราก็ช่างเขา ผมฟังธรรมะและทำสมาธิทุกคืนก็ดีขึ้น ผ่อนคลาย ความรู้สึกที่ไม่ดีในใจ อ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ไหว้พระ มันก็ทำให้เพลินเวลาหมดไป ไหว้พระสวดคาถาชินบัญชร ช่วยผ่อนคลาย ช่วยด้านจิตใจสงบ ช่วยทำให้ใจผ่อนคลาย” (ID 10 :L 24-27)

“เขาไม่นับถือกัน เขาว่าฉันเป็นคนบ้าว่า ไปตายที่ไหนก็ไปมันเป็นคนบ้า มันอยู่หลังคา

แดงหลังคาแดง บ้าทั้งนั้น รู้สึกน้อยใจเสียใจกับที่คนอื่นเขาว่า เพราะทั้งๆ ที่เขาเป็นญาติเราเขายังมาว่าอีก เมื่อก่อนอยากตายให้พ้นๆ ก็เลยเข้าวัดช่วยให้เราจิตใจสงบ จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน คิดเสมอว่าคนเราเกิดมาแต่ตัวไม่ได้เอาสมบัติอะไรมาด้วย คิดแบบนี้ก็ดีขึ้น ลดลงคือเราไม่ฟุ้งซ่าน เราไม่คิดฆ่าตัวตาย ไม่คิดทำร้ายใคร" (ID 08 : L 52 - 55)

"เขาบอกว่าเป็นโรคประสาทไม่เต็มร้อย ก็คือสติปัญญา เขาบอกว่าเป็นคนไม่เต็มร้อยคน ไม่เต็มบาท คนรอบๆข้าง เขาบอก เพื่อนร่วมงานเขาพูดกรอกหูอยู่ทุกวันพูดเป็นประจำเลยคะ พูดว่าเราไม่ค่อยสบาย พูดว่าเราเป็นคนบ้า รู้สึกไม่ดี รู้สึกแย่ ก็เลยอาศัยธรรมะ เข้าช่วย ฟังบ้าง อ่านบ้าง ที่บ้านจะมีหนังสือของท่านพุทธทาสภิกขุ อ่านไม่ทุกวันเวลารว่าง รู้สึกว่ามีสมาธิ จิตใจสงบ ทำให้ใจเย็นขึ้น" (ID 14 : L 48 - 52)

ประเด็นหลักที่ 2 จิตใจเข้มแข็งขึ้น

นอกจากนี้การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยยังส่งผลให้เกิดภาวะจิตใจที่เข้มแข็ง หมายถึง ผู้ป่วยมีแนวทางในการควบคุมอารมณ์ที่ไม่น่าปรารถนานั้นก็คือ ไม่เกิดการทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ดีจากการที่ผู้อื่นมองว่าผู้ป่วยเป็นคนบ้า ไม่เต็มร้อย เป็นโรคประสาท และผู้ป่วยยังมีกำลังใจในชีวิตที่จะเริ่มทำงานได้เหมือนเดิมก่อนการเจ็บป่วย ไม่ห่อหุ้มกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นภายหลังการจัดการต่อความรู้สึกไม่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการที่ผู้ป่วยถูกสังคมมองว่าเป็นคนสติไม่ดี ไม่สมประกอบ คนบ้าหรือจากการที่ถูกมองว่าผู้ป่วยเป็นที่น่ารังเกียจ ไม่เป็นที่น่าเชื่อถือ ดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ในรายละเอียดดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 มีแนวทางในการควบคุมอารมณ์ที่ไม่น่าปรารถนา

จากการสัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ทางลบของสังคมเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี ความรู้สึกแย่ โมโห โกรธสะเทือนใจ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะจัดการกับความรู้สึกต่างๆ เหล่านั้นโดยการ เจ็บๆ ไม่ได้ตอบ คุยกับคนอื่นที่คุยแล้วเข้าใจ หรือเบี่ยงเบนคุยเรื่องที่ทำให้สบายใจ พยายามหากิจกรรมต่างทำ อย่างเช่น การออกกำลังกาย วิ่ง ทำสวน ปลูกผัก ทำงานบ้าน ทำกับข้าว ซึ่งการจัดการเหล่านี้ส่งผลทำให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้ไม่เกิดพฤติกรรมที่รุนแรง และผู้อื่นก็พูดคุยกับผู้ป่วยได้อย่างปกติไม่มีท่าทางที่รังเกียจ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"มีบ่อยเหมือนกันที่เขามาล้อเรา(หัวเราะ) ไม่มีอะไรครับ บางครั้งก็รู้สึกน้อยใจเหมือนเรา สติไม่ดี ไม่มีทะเลาะกับเพื่อน ไปหาคนที่คุยแล้วเข้าใจ ไปปรึกษากับคนที่ทำให้เราไม่เครียด คุยดีดี ทำแบบนี้ก็ดีขึ้นไม่ต้องทะเลาะกับใคร ควบคุมตนเองได้ คนอื่นก็คุยกับ

เราอย่างเหมือนเคย อย่างเดิม" (ID 02 : L40 - 42)

"เพื่อนบ้านพูดแบบนั้นรู้สึกสะท้อน โมหะสะท้อนใจครับ เราก็พูดกับเขาดีดี เดินผ่าน แล้วทำไมเขาต้องมาพูดกับเราอย่างนั้น ผมก็เลยอยู่เฉยๆ ตึกว่า เดี่ยวจะมีเรื่องอะไรอย่างนั้น ครับผมก็ไม่ค่อยไปนึกอะไรก็หมายถึงว่าผมต้องทำอะไรสักอย่างเพื่อที่ทำให้เขารู้ว่าผมก็ไม่กลัวเขา ก็คล้ายๆกับมันมีปฏิกิริยาต่อต้านซึ่งกันและกัน คือผมเฉยๆ ทำท่าทางเฉยๆ ไม่ได้ตอบ มันก็จะได้ไม่เกิดเรื่องทะเลาะกัน แล้วผมคิดว่าเราควบคุมตัวเราเองได้ แล้ว คนอื่นก็จะได้ทำตัวเหมือนปกติกับเรา ไม่ว่าจะว่าเราไม่สมประกอบ"(ID 06 : L49- 51)

"เพื่อนไม่รู้ว่าผมกินยาเพราะผมไม่ได้บอกเขาก็เออ ไม่มีความจำเป็นที่ต้องไปบอก เขาเนาะ เพื่อนเป็นคนสวนเป็นชาวบ้านเขาก็ไม่ค่อยสนใจเรื่องนอกบ้านสนใจแต่เรื่องในบ้านเรื่องของเขาเอง ถ้าเขารู้เขาคงหัวเราะเพราะเขาเป็นคนชอบเล่นชอบใช้คำพูดล้อเลียนเป็นเรื่องขบขัน..... ผมก็ไม่อยากให้ใครรู้มาก เขารู้ไปเขาก็จะเอาไปพูด จากอีกคนหนึ่งไปคนหนึ่งว่าเราเป็นโรคจิตเป็นคนบ้า ว่ากันไปเรื่อย คือคนแถวบ้านถ้าไม่ไปรบกวนเขาเขาก็ไม่ทำอะไร บางคนก็เอาไปพูดที่ไม่ดีพูดในทางที่ไม่ดีพูดว่าคนนี่มันไม่ดี มีโรคจิตต้องนำมัดคอต้มเข้าเตาอยู่เรื่อย ผมก็รู้สึกทึ่งน้อยใจ โกรธ บางครั้งก็เบื่อไปเลย ผมก็พยายามหางานทำ ทำสวนบ้าง ทำกับข้าวบ้าง มันเพลินดี จิตใจมันก็เย็นควบคุมตนเองได้ ถ้าไม่อย่างนั้นเดี๋ยวไปทะเลาะกับคนที่พูดว่าเราไม่ดี แล้วถ้าทะเลาะกับเขาแล้วเดี๋ยวเขาไม่คบค้าเรา ควบคุมตนเองได้เพื่อนก็กลับมาคุยเหมือนเดิม ไม่ล้อเราอีก" (ID 07 : L50 - 54)

"ผมก็ใช้จัดการโดย คิดว่าคนอื่นที่ชอบเราก็ก็น้อยยังมีพวกที่เข้าใจอยู่ ครอบครัวยังดี ส่วนใหญ่มีปัญหาไม่ปรึกษาใครก็ปล่อยมันตามปกติ ตามธรรมชาติอะไรที่ไม่ดีก็ปล่อยให้อย่าไปคิดมาก ผมว่าการจัดการก็คือ ใจเย็นเพราะตอนนั้นมันรู้สึกไม่ดีมากๆ ให้อภัยเขา มันก็ดีขึ้นผ่อนคลาย ผมก็ควบคุมตนเองได้อยู่ร่วมกับคนอื่นได้ปกติ ไม่มีเรื่องต้องทะเลาะกันกับคนที่มองเราว่าไม่ดี" (ID 08 : L 102 - 103)

ประเด็นย่อยที่ 2 มีกำลังใจในชีวิต

จากการสัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ทางลบของสังคมเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี ความรู้สึกแค้น น้อยใจ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะจัดการกับความรู้สึกต่างๆ เหล่านั้น โดยการพูดคุยกับเพื่อนที่เข้าใจ การอยู่กับบุคคลที่คอยให้กำลังใจ อย่างเช่นการพูดคุยเรื่องตลกกับแม่ของตนเอง การปรึกษากับคนที่คุยด้วยแล้วเข้าใจให้คำปรึกษาที่ดีได้ อยู่กับครอบครัวที่คอยเข้าใจ ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกไม่ดีจากการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคมนั้นส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในชีวิต มีพลังที่จะต่อสู้ต่อไป ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เพื่อนเขาก็ปกติ เพื่อนมีส่วนให้ดีขึ้น ให้กำลังใจไม่ต้องคิดมาก กับการที่ถูกคนอื่น มองว่าเราไม่ดี มองเราเป็นตัวตลก มีท่าทีรังเกียจ ห่างเหิน ไม่ค่อยพูดกับเรา รู้สึกเสียใจ นะกับสิ่งที่เกิดขึ้นมีเพื่อนที่ดีที่คอยให้กำลังใจเราในใจผมก็ว่าคนเราไม่เป็นมา เป็นมาเป็นได้มันก็ท้อที่ไม่เป็นแล้วมาเป็นบางครั้งรู้สึกเป็นภาระที่ทำงานไม่ได้รับการ เชื้อถือจากเพื่อนๆ มันก็ทำได้แล้วมันก็ต้องกินยา มันก็กินยารู้ว่ากินยาที่หมอบอกให้กิน ไปเรื่อยๆ ผมว่าการกินยากับทำใจไม่คิดมากมันช่วยลดความรู้สึกไม่ดีมันดี มีกำลังใจใน ชีวิต ขึ้นนะ” (ID 05 L: 50-54)

“พยายามคิดถึงแต่สิ่งที่ดีไม่คิดมาก จะได้ไม่เครียด ความรู้สึกไม่ดีจากการที่คนอื่นมองว่า เราไม่ดีมันก็ลดลงเพราะถ้าคิดมากมันไม่ดี มันเหนื่อยใจที่ (เสียงสั่นเครือ) คือเป็นโรคมีแต่ คนมาว่าไม่ดี เขาบอกว่าเราเป็นประสาท เป็นคนโรคจิต ไม่ปกติ ไม่น่าคบด้วย รู้สึกตนเอง ไม่มีค่านะ.....บางครั้งก็พูดคนตลกกับแม่ อะไรกัน แม่ก็เล่นตลกเหมือนกัน คุยกับคนที่เรา รัก เขารักเรา ก็รู้สึกสบายดี โลงดี มันช่วยให้เราทำตัวดี อยู่ร่วมกับคนอื่นได้ คิดแต่สิ่งที่ดี พูดแต่สิ่งที่ดี สิ่งที่น่าทำทำให้หนูอยู่ได้คือพูดคุยกันได้ ปรึกษากันได้กับคนอื่น สามารถอยู่ ได้อย่างปกติ มีกำลังใจในชีวิต” (ID 13 : L 90 - 94)

“เขาบอกว่าเป็นโรคประสาทไม่เต็มร้อย ก็คือสติปัญญา เขาบอกว่าเป็นคนไม่เต็มร้อยคน ไม่เต็มบาท คนรอบๆข้าง เขาบอก เพื่อนร่วมงานเขาพูดรอกหูอยู่ทุกวันพูดเป็นประ จำเลยคะ พูดว่าเราไม่ค่อยสบาย พูดว่าเราเป็นคนบ้า เพราะว่าเราไม่อยู่ในสายตาของ เพื่อนเขา การกระทำต่างๆ เขาเฉยๆ เรา รู้สึกน้อยใจ เสียใจ กับการที่เพื่อนที่แสดง ออกแบบนั้น มีแต่หัวหน้าที่มาทักเข้าใจเรา มองและพูดกับเราเหมือนเดิม หัวหน้าบอก ว่าเป็นอย่างไร ดีใจค่ะที่เราได้คุยกับคนที่เข้าใจเรา เขาก็ยิ้มตอบ มันทำให้เรารู้สึกดีใจ มี พลัง” (ID 14 : 48 51)

ประเด็นย่อยที่ 3 มีความมั่นใจในตนเอง

จากการสัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ทางลบของสังคมเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด ความรู้สึกที่ไม่ดี ความรู้สึกแค้น น้อยใจ เสียใจ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะจัดการกับความรูสึกต่างๆ เหล่านั้นโดยการพยายามทำงานในส่วนที่สามารถทำได้ อย่างเช่น การช่วยเหลือค้าขายกับพี่สาวที่ บ้าน การช่วยเหลือครอบครัวโดยการไปขายของที่ตลาด ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เป็นต้น ซึ่งสิ่งที่ ผู้ป่วยจัดการกับความรูสึกไม่ดีจากการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคมนั้นส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิด ความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"เพื่อนก็ชอบเพื่อนหาว่าเราบ้า เพื่อนหัวเราะเหมือนเราเป็นตัวตลก เพื่อนเขาหาว่าบ้า เพื่อนว่าสติมันไม่ครบมีแต่เพื่อนที่ล้อบางครั้งก็ญาติ บอกว่านายบ้าหรือยัง เขาหยอกเล่น..... เราก็น้อยใจ เสียใจเหมือนกัน วิธีการก็คือพยายามหาอะไรทำสักอย่างเพื่อให้ตัวเองดีขึ้น ที่บ้านค้าขายก็เลยช่วยเหลือที่บ้านโดยช่วยหยิบของให้ลูกค้า ลูกค้าก็จะได้มองว่าเราก็อทำงานได้ มีลูกค้าเคยชมว่าเราดูดีขึ้นเก่งขึ้น ตอนนีंपกติไม่ค่อยมีใครว่าแล้ว ทำให้เรามีความมั่นใจมากขึ้น อยากจะทำงานมากขึ้น" (ID 02 : L 43 - 47)

"คนอื่นไม่สังคมด้วยเราก็สังคมกับคนที่ดีด้วยคือญาติๆ โดยช่วยเหลือเขาหลายอย่าง อย่างเช่น หุงข้าว ซักผ้า ที่เราพอทำได้ ไปทำโน่นทำนี่ ช่วยเหลือเรื่องงาน ไม่คิดอะไรมาก เพราะว่าเรามีปัญหาที่ถูกคนอื่นมองว่าไม่ดี รู้สึกเสียใจ ไม่คิดอะไรมากให้คิดว่าเราทำในส่วนที่ทำได้ ก็ดีขึ้น คิดแบบนี้มันก็ดีขึ้นมีความมั่นใจมากขึ้น ทำงานได้เหมือนเมื่อก่อนคนก็เริ่มมองว่าเราดีขึ้นนะ เขาพูดกับเราปกติขึ้น" (ID 07 : 23 - 25)

"ตอนนี่วิธีจัดการที่ใช้ก็คือทำงานดีกว่า เองงานเป็นหลัก เข้าชมรมแม่บ้าน ดีขึ้นไม่เครียด รู้สึกดีขึ้น ความรู้สึกเสียใจ น้อยใจ ลดลง กับการที่คนอื่นมองว่าเราเป็นบ้า เชื่อถือไม่ได้ แม้แต่พี่สาวยังคิดว่าเราเป็นคนที่เชื่อถือไม่ได้ น้อยใจนะ ก็เลยพยายามทำงานที่ทำได้คือขายของไปซื้อหัวหมูที่ตลาดแล้วเอามาต้ม ทำน้ำจิ้ม เอาไปขาย พอได้ทำมันก็เกิดความมั่นใจมากขึ้นนะ มันทำให้ได้เข้าสังคมด้วย พี่สาวก็จะได้มองเราดีขึ้น เชื่อถือเราบ้าง" (ID 08 : L 60 - 64)

"ลุงที่เคยว่าเราว่าโง่บ้า โง่คนบ้า สติไม่ดี ชอบหยอกล้อเล่น รู้สึกน้อยใจ และก็รู้สึกเสียใจ ด้วยเพราะเป็นญาติกันยังมาว่ากันอีก ไม่รู้จะทำอย่างไรก็ได้แต่เฉยๆ ไม่พูดอะไร พยายามหางานทำ พกงานบ้าน ทำกับข้าว หุงข้าว ซักผ้า ทำที่พอทำได้ พอคิดแบบนี้ทำแบบนี้ ก็ช่วยดีขึ้น โล่งขึ้น สบายใจ ที่สำคัญมันทำให้รู้สึกมั่นใจที่จะทำงานอย่างอื่นต่อไปเพราะอย่างน้อยเราก็เริ่มทำงานบ้านได้แล้ว เลย คิดว่าจะกลับไปทำงานเหมือนเดิมก่อนที่จะป่วย" (ID 17 : L 61- 65)

ประเด็นย่อยที่ 4 อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ทางลบของสังคมเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี ความรู้สึกแค้น รู้สึกน้อยใจ เสียใจ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะจัดการกับความรู้สึกต่างๆ เหล่านั้นโดยการที่ปล่อยใจให้สบาย ไม่คิดมาก พยายามคิดในแง่ดี ต่อความรู้สึกที่ไม่ดีเหล่านั้นที่เกิดขึ้น ซึ่งการจัดการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการคิดในเชิงบวกตามมาภายหลังการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะ

ผู้ป่วยมองเห็นว่าการที่คิดในแง่ดี สามารถทำให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างปกติทั่วไป ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“คนอื่นรู้ในแง่มุมมองของเขาว่าจะแล(มองว่า) เราเป็นคนที่ว่าสติไม่ดีอะไรพวกนี้ ก็มีน้องข้างบ้านเขาก็เป็นติดกาวไปอยู่ที่โรงพยาบาลจิตเวช ตอนนั้นผมก็อาการดีผมก็ให้กำลังน้องว่าอย่าคิดอะไรมาก อย่าเครียดพยายามคิดดีไว้ ชีวิตจะดีเอง ส่วนตัวผมก็มีคนวิจารณ์เราหรือพูดกับเราในแง่ลบ ประมาณ 2-3 % เขาก็พูดหยอกเล่นว่าคนสติไม่ดีอะไรพวกนั้น เป็นเพื่อนกันในลักษณะว่าหยอกกันเล่นมากกว่ามันก็รู้สึกพริบหรือมัน มันก็น้อยใจนะ บางทีก็ท้อแท้ชีวิตเหมือนกัน แต่ถ้าคิดไปมันก็เป็นเหมือนดาบสองคมถ้าเราคิดในแง่ดีมันก็ดี ถ้าเราคิดในแง่ลบมันก็ไม่ดี รู้สึกแบบไหนมันประมาณว่าถ้าเราอ่อนแอจิตสำนึกหรือจิตปรุงแต่งเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาสหมายถึงว่าเราต้องหนักแน่นในใจของเราเอง ดีครับสังคมดีขึ้นได้เป็นอยู่เหมือนชาวบ้านทั่วไป อยู่กับเพื่อนในสังคมได้ มันทำให้ผมมองโลกในแง่ดีมากขึ้น” (ID 09 : L 39 - 45)

“ชาวบ้านเขาบอกว่าบ้า บางทีก็โกรธ บางทีก็น้อยใจ เขาว่าเราบ้าแบบนี้ นิินทา บางทีก็ว่าต่อหน้า เขาว่าหลายอย่าง เขาว่าเป็นบ้าไม่สมประกอบ เดี่ยวนี้มีวิธีจัดการพยายามคิดแต่สิ่งดีๆ อย่าไปคิดมาก พอคิดแบบนี้มันก็ดีขึ้น การคิดในเชิงดี มันก็ช่วยให้เราอยู่กับคนอื่นได้นะ ความรู้สึกที่ไม่ดีมันก็น้อยลง ผมคิดว่าอย่างนั้น” (ID 10 : L 77 - 80)

ประเด็นหลักที่ 3 มีความสุขกับการที่มีชีวิตเหมือนบุคคลทั่วไป

การที่ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้ทางลบของสังคมแล้วจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลภายหลังให้ผู้ป่วยเกิดการมีความสุขกับการที่มีชีวิตเหมือนบุคคลทั่วไป หมายถึง การที่ผู้ป่วยรู้สึกดีที่ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น ฟังพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อย่างเช่น รู้สึกพอใจที่ตนเองสามารถไปร่วมงานบวช งานแต่งงาน งานทำบุญ ได้อย่างปกติ และสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติโดยที่ผู้อื่นไม่มีท่าที่รังเกียจ หรือไม่มีท่าทางที่เหินห่าง คบหาสมาคมกับผู้ป่วยเหมือนเดิม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นภายหลังการจัดการต่อความรู้สึกไม่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการที่ผู้ป่วยถูกสังคมมองว่าเป็นคนสติไม่ดี ไม่สมประกอบ คนบ้าหรือจากการที่ถูกมองว่าผู้ป่วยเป็นที่น่ารังเกียจ ไม่เป็นที่น่าเชื่อถือ ถูกมองเป็นตัวตลก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

ประเด็นย่อยที่ 1 รู้สึกดีที่ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น

จากการสัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ทางลบของสังคมเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี ความรู้สึกแ่ น้อยใจ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะจัดการกับความความรู้สึกต่างๆ เหล่านั้น

โดยการทำให้ชีวิตให้ เป็นปกติ พุดคุยกับผู้อื่นให้เป็นปกติ เดินให้เป็นปกติ ออกกำลังกาย พยายามตั้งใจทำงาน ทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุด พยายามอย่าคิดมากกับความรูสึกที่ไม่ดีที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยจัดการกับความรูสึกไม่ดีจากการเกิดอคตินั้นส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรูสึกดีที่ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ทำตัวให้ปกติจะช่วยผ่อนคลายให้ดีขึ้นกับความรูสึกน้อยใจ อึดอัด ปกติคือ เดินให้เป็นปกติ ออกกำลังกาย ตอนนี้ไม่ได้ไปเดินแอโรบิกแล้วเพราะเมื่อก่อนอยู่ใกล้บ้านเขาย้ายไปแล้ว เดี่ยวนี้ตีแบดกับพี่สาวและลูกค้า เขาก็ปกติดีเพราะเราต้องทำตัวให้ปกติ เดินปกติ พุดปกติต้องพยายามมันจะดีขึ้น วิธีจัดการที่ต้องพยายามช่วยทำให้ดีขึ้นลดความรูสึกที่มันแย่ง รูสึกน้อยใจ เราต้องมีความพยายามในความรูสึกไม่ดีขึ้น เพราะเดี๋ยวนี้คนอื่น ๆ แสดงออกกับเราดีขึ้น เรารู้ดีขึ้นเพราะได้ทำงานร่วมกับคนอื่นได้” (ID 03 : 36 - 40)

“เพื่อนก็ชอบเพื่อนหาว่าเราบ้า เพื่อนหัวเราะเหมือนเราเป็นตัวตลก เพื่อนเขาหาว่าบ้า เพื่อนว่าสติมันไม่ครบ รูสึกน้อยใจ เราก็จะพยายามเรียน เพื่อให้เพื่อนรับเราได้อีก หลังจากนั้นเพื่อนก็สนุกปาร์ตี้กันดี สนุกกันดี เพื่อนก็พุดลดลง แต่บ้างที่เรารู้ตัวเองว่าบ้า มีเพื่อนมาถามเหมือนกันเพื่อนมันจบจากเอเบค ถามว่าครบหรือเปล่านั้นก็คือว่าสติปัญญาครบหรือเปล่า ผมก็ทำปกติ ก็ปกติไม่ได้ตอบ พยายามทำหน้าที่เราให้ดีที่สุดก็คือการเรียน เพื่อนก็ไม่ว่าอะไรทำงานกลุ่มร่วมกันได้ ผมก็รูสึกดีใจที่เขาให้เข้ากลุ่มทำงานด้วย”

(ID 04 : 60 - 65)

“เขาบอกว่าเป็นโรคประสาทไม่เต็มร้อย ไม่สมประกอบ เขาบอกว่าเป็นบ้า รักษาหลังคาแดง(โรงพยาบาลจิตเวช) บ้าทั้งนั้น คนรอบๆข้าง เขาบอก เพื่อนพุดเป็นประจำเลยคะ พุดว่าเราไม่ค่อยสบาย พุดว่าเราเป็นคนบ้า.....เราก็ต้องพยายามทำหน้าที่ของเราให้ดีที่สุด เพื่อนจะได้ว่าอะไรเราไม่ได้ ก็ต้องยอมทนคิดแบบนั้นหลังจากนั้นมันก็เป็นแบบโล่งๆ โล่งหมายถึงว่าเราไม่ต้องเก็บอะไรเข้ามาคิดในสมองของเรา รูสึกดี เพราะ ตอนนี้เราก็กังทำงานร่วมกับคนอื่นได้” (ID 14 : 54-58)

ประเด็นย่อยที่ 2 ฟังพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ทางลบของสังคมเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรูสึกที่ไม่ดี ความรูสึกแย่ง น้อยใจ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะจัดการกับความรูสึกต่างๆ เหล่านั้นโดยการพยายามเข้าสังคม ทำตัวให้เหมือนปกติทั่วไป ถ้ามีผู้อื่นชวนไปงานบวช งานแต่งงาน งานทำบุญ ผู้ป่วยก็จะพยายามที่จะไป ซึ่งถึงแม้เป็นการที่ยากลำบากมากที่จะทำเพราะผู้ป่วยต้องทำตัวเองให้เหมือนปกติทุกอย่าง ทั้งเรื่องการเดิน การพุด ทำท่าทางที่ดูเหมือนหุ่นยนต์ เพื่อที่จะทำให้ตัวเองไม่แตกต่างจากผู้อื่นใน

สังคม ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกไม่ดีจากการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคม นั้นส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"ตอนแรกรู้สึกเสียใจมาก อยากฆ่าตัวตาย รู้สึกน้อยใจ เสียใจ เมื่อก่อนเคยไปงานทำบุญกับพี่สาว ตอนไปคนอื่นก็มีท่าทางรังเกียจ ไม่นั่งใกล้เรา เรารับรู้ได้จากการพูดคุยกับเรา แต่เราก็พยายามนะ พยายามที่จะไปอีกเวลามีใครมาบอกให้ไปร่วมงาน เพราะว่าการที่เราทำได้ ไปได้ มันทำให้เราเกิดความพอใจจากการที่เราได้เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น แต่เราก็ต้องทำทุกอย่างให้ปกติ ก็คือ เดินให้ปกติ พูดคุยให้เป็นปกติ คุยดีดีกับเขา ลำบากนะ แต่ก็พอใจที่จะทำมัน" (ID 04 : L 54 – 57)

"พอมีคนรู้ว่าเราป่วยเขาจะไม่สังคมด้วย เพราะมีไอ้บ้า ไอ้คนบ้า สติไม่ดี ไม่สมประกอบ รู้สึกน้อยใจ เสียใจเหมือนกัน บางทีก็ร้องไห้ น้ำตามันไหลออกมาเลย แต่เราก็ต้องพยายามทำตัวให้ปกติ เข้าสังคม รู้สึกทรมานกับ 1 ปี ที่ผ่านที่เราต้องใช้ความพยายามในการเข้าสังคม ไปงานบวช งานแต่ง เพื่อที่จะทำให้คนอื่นรับเราได้ แต่เรารู้แล้วว่าพอทำได้แล้วมันเกิดความพอใจในชีวิตที่สุด เหมือนที่เขาพูดว่าความพยายามอยู่ที่ไหนความสำเร็จอยู่ที่นั่น" (ID 07 : L 44 – 48)

"มีคนบอกว่าโรงพยาบาล...รักษาเกี่ยวกับโรคจิตเวช ประสาท รู้จากเพื่อนบ้านเพราะเพื่อนบ้านเขารู้ว่าเราป่วย เขาก็ทำท่าทางรังเกียจเรา เดินผ่านเขาเขายังไม่ทักทายเราเลย บางครั้งก็ปิดประตูบ้านหนี รู้สึกน้อยใจ เสียใจนะ ทำไมเขาต้องทำแบบนี้กับเรา แต่เราก็มีความพยายามนะเพราะวันนั้นบ้านเขามีนงานทำบุญเราก็ไปช่วยเขายกของ ช่วยเหลืองานที่ทำได้ เขาก็ยิ้มให้เรา แล้วก็ชวนเราเข้าไปกินข้าวในงาน รู้สึกพอใจที่สุดที่เราเหมือนได้เป็นส่วนหนึ่งในงานเขา เขาไม่ไล่เราให้ออกจากงาน (ยิ้มแยมมีความสุข)" (ID 11 : L 70 – 45)

ประเด็นย่อยที่ 3 สื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ

นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ทางลบของสังคมเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความความรู้สึกที่ไม่ดี ความรู้สึกแค้น น้อยใจ เสียใจ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะจัดการกับความความรู้สึกต่างๆ เหล่านั้นโดยพยายามพูดคุยกับผู้อื่น หากิจกรรมทำร่วมกับผู้อื่น อย่างเช่น การเล่นเกม การวิ่ง การเดิน เพื่อที่ได้ทำให้ผู้อื่นมองว่าตนเองปกติ สามารถพูดคุย ทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนบุคคลอื่น ทั่วไป ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกไม่ดีจากการเกิดการรับรู้ทางลบนั้นส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างปกติ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"เคยมีคนมาว่าหนูเป็นคนบ้า จิกลจจริต ไม่ครบ บางคนก็เดินหนี ไม่คุยกับหนู ตอนนั้นก็
น้อยใจนะ แต่ทำอะไรไม่ได้ ก็เลยพยายามพูดคุยให้เป็นปกติ คุยดีดีกับเขา หรือที่
เรียกว่ายิ้มสู้ละที่.....และพยายามที่จะไปออกกำลังกาย เช่น วิ่ง เดิน และทำให้เป็นปกติ
จะได้เหมือนชาวบ้านทั่วๆ ไป เดินปกติ พูดคุยให้เป็นปกติ เขาจะได้เห็นว่าเขาทำได้นะ
พอหนูทำแบบนี้ก็รู้สึกดีขึ้นนะ เริ่มมีคนมาคุยกับหนู หนูก็คุยกับเขาพยายามที่จะคุยนะ
เขาก็คุยกับหนูรู้เรื่องปกติดี หนูก็ยิ้มเขาก็ยิ้ม" (ID 03 : L 43 - 45)

"ตอนนี้ย้ายไปอยู่ที่ซอยภูธร 8 ไปซื้อบ้านที่โน่นกับน้องสาว แม่ทำงานเป็นกูกอยู่ที่วังได้
รายได้แม่ก็ใช้แต่ของแม่ ผมก็ใช้แต่ของผมตัดผม ก็ไม่ได้ใช้เงิน น้องสาวก็ไม่ทำงานครับ
อยู่บ้านอายุ 35 ปีน้องสาวใช้ตั้งค์แม่ ก็ตัดผมประมาณเกือบหมื่นก็ภูมิใจ ตอนที่ป่วยนี้ก็
มีคนเขามาว่าสติไม่ดี ไม่เต็มบาท บางคนพูดไปหัวเราะไป ไปสมัครงานที่ไหนก็ไม่รับ
รู้สึกเสียใจ รู้สึกเชิงๆ เบื่อๆ เคยอยากจะทำร้ายตนเองเหมือนกัน แต่มาคิดๆ ดู อย่า
ดีกว่า ก็เลยใช้ออกกำลังกาย วิ่ง ช่วยให้เหงื่อ ร่างกายกระฉับกระเฉง ดีขึ้น ก็ทำให้
กระฉับกระเฉง สมอมนันได้พัฒนา คนอื่นที่เคยว่าเราเขาก็ไปออกกำลังกายที่เดียวกัน
พอเขาเห็นเราเขาก็ยิ้มให้ ทักทายด้วย แปลกดี เราก็เลยคุยได้ตอบตอบกับเขา มันก็
เป็นปกติดี" (ID 12 : L 45 - 48)

"รู้สึกน้อยใจก็มีบ้าง ไม่สบายใจ เพราะเราลำบากอยู่เพื่อนก็ทำตัวออกห่างๆ มีท่าทาง
แปลก ดูเหมือนจะกลัวๆ เรา ไม่ค่อยมาดู พอรู้สึกไม่ดีส่วนใหญ่ก็ใช้วิธีการ เล่นดนตรี
บ้าง ออกกำลังกาย ทำให้เราไม่คิดมาก ไม่หมกมุ่น ก็คือไม่ต้องมัวไปคิดมาก ไม่ใส่ใจ ก็
วาดรูป มันก็ผ่อนคลายความรู้สึกไม่ดีก็ลดลง ดนตรีก็น่าเล่นก็ดาร์ เล่นกับเพื่อนๆ เล่นไม่กี่
คน ก็ทำให้อยู่กับเพื่อนคนอื่นได้ตามปกติ พูดคุยกันได้ตามปกติเหมือนเดิม เพื่อนก็
เห็นว่าเราปกติ ไม่มีท่าทางที่กลัวเราอีก" (ID 16 : L 80 - 85)

"มีคนอื่นพูดว่าเราเป็นคนบ้า ไม่เต็มร้อย สติไม่สมบูรณ์ ก็รู้สึกน้อยใจเหมือนกัน ก็
เลยออกกำลังกาย วิ่ง มันก็ทำให้ ไม่ต้องคิดมาก ทำให้จิตใจดีขึ้น ไม่ต้องมานั่งท้อเสียใจ
กับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง มันก็เลยดีขึ้น เดียวนี้ใครมาบอกงานเราก็ไปทำให้ปกติ คนอื่นก็
จะได้มองเราว่าปกติด้วย เพราะเวลาไปพยายามคุยกับคนอื่นเพื่อจะได้ฝึกให้สื่อสารกับ
คนอื่นได้รู้เรื่อง ไม่ต้องมีใครมาว่าเราอีก พอทำแบบนี้มันก็ดีขึ้น คนอื่นเขาก็เข้ามาคุย
ด้วย" (ID 17 : L 30 - 34)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการนำเสนอประสบการณ์การจัดการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีการรับรู้การเกิดการรับรู้ทางลบของสังคม มีประสบการณ์การจัดการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 ยอมรับสภาพการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคม

- 1.1 รู้จักปล่อยวางทำให้คนอื่นแสดงความเป็นปกติต่อตน
- 1.2 จิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน

ประเด็นที่ 2 มีจิตใจเข้มแข็งขึ้น

- 2.1 มีแนวทางในการควบคุมอารมณ์ที่ไม่น่าปรารถนา
- 2.2 มีกำลังใจในชีวิต
- 2.3 มีความมั่นใจในตนเอง
- 2.4 อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

ประเด็นที่ 3 มีความสุขกับการที่มีชีวิตเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป

- 3.1 รู้สึกดีที่ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น
- 3.2 พึงพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- 3.3 สื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserlian Phenomenology) ซึ่งเป็นการวิจัยเพื่อค้นหาเกี่ยวกับการความรู้สึก ความคิด ของผู้ที่มีประสบการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ว่ามี การรับรู้ทางลบต่อตนเอง ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน เนื่องจากเป็นการวิจัยที่ต้องการได้ข้อมูลที่เป็น ประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ที่อยู่ในสถานการณ์นั้นโดยตรงผู้วิจัยจึงมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ เป็นประสบการณ์ของการรับรู้ทางลบของสังคมและจัดการกับการรับรู้ที่ตรงนั้นโดยตรง มีความยินดี และสมัครใจเป็นผู้ให้ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการบันทึก ภาคสนาม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 17 ราย ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกราย ละ 1-2 ครั้ง ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ตามแบบการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi และนำเสนอ องค์ประกอบของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ในภาพรวม ผลการวิเคราะห์ที่ได้ทำให้เกิด ความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์จัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยได้ผลดังนี้

พบว่าประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก โดยมีประเด็นหลักและประเด็นย่อยดังนี้

ประเด็นที่ 1 ยอมรับสภาพการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคม ได้แก่ รู้จักปล่อยวางทำให้คนอื่นแสดงความเป็นปกติต่อตน จิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน

ประเด็นที่ 2 จิตใจเข้มแข็งขึ้น ได้แก่ มีแนวทางในการควบคุมอารมณ์ที่ไม่น่าปรารถนา มีกำลังใจในชีวิต มีความมั่นใจในตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

ประเด็นที่ 3 มีความสุขกับการที่มีชีวิตเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป ได้แก่ รู้สึกดีที่ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น หวังพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ

การอภิปราย

ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมในครั้งนี้ แสดงถึงผลภายหลังการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนว่าประกอบด้วยการยอมรับสภาพการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคม จิตใจเข้มแข็งขึ้นและมีความสุขกับการที่มีชีวิตเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป

จากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดการรับรู้ทางลบของสังคมแล้วนั้นส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกน้อยใจ เสียใจ รู้สึกแค้น หรือบางครั้งรู้สึกสิ้นหวังต่อแท้ในชีวิต บางคนไม่กล้าที่กลับไปทำงานหรือกลับไปเรียนเพราะคิดว่าถ้ากลับไปจะต้องถูกเพื่อนล้อว่าเรียนไม่ทันเพื่อนหรือไม่กลับไปทำงานก็จะต้องถูกคนอื่นมองว่าเป็นคนไม่มีความสามารถ ขาดความน่าเชื่อถือ มองดูว่าเป็นคนอ่อนแอไร้ความสามารถ ผู้ให้ข้อมูลบางคนก็พูดว่าเพื่อนที่ทำงานเขามองดูว่าเราเหมือนตัวตลกเหมือนหุ่นยนต์บังคับมองดูแล้วไม่เป็นธรรมชาติเหมือนคนปกติทั่วไป บางครั้งเดินไปไหนมาไหนคนอื่นก็มองดูเราแปลกๆ เหมือนกับว่าเราไม่ใช่คนทั้งๆที่เราก็คือคนๆหนึ่งนะ มีแต่คนบอกว่าคุณมันบ้าอย่าไปเชื่อถือ การที่เจ็บป่วยแล้วไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชคนอื่นก็จะพูดว่าไปรักษาที่นั่นมันบ้าทั้งนั้น ผู้ที่ให้ข้อมูลกล่าวว่านี่แหละที่คิดว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีที่ชุมชนหรือสังคมมอบให้กับตนเอง ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามที่จะจัดการกับความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับรู้มาจากสังคมที่คนอื่นพูดหรือแสดงออกมากับตนเองในทางที่ไม่ดี เพื่อที่จัดการแล้วผู้ป่วยจะได้ใช้ชีวิตในสังคมได้เหมือนคนปกติทั่วไป

จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงผลภายหลังจากการที่ผู้ป่วยได้จัดการรับรู้ที่ไม่ดี โดยผู้ป่วยได้บอกเล่าเป็นเรื่องราวว่าผู้ป่วยมีการจัดการด้วยวิธีการอย่างไร ซึ่งพบว่าผลที่เกิดขึ้นนั้นแสดงออกมาในทางบวกทั้งหมดจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลได้บอกเล่าเรื่องราวให้กับผู้วิจัย ซึ่งผลที่ปรากฏมาภายหลังการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมได้แก่ ผู้ป่วยมีการยอมรับสภาพการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคมที่เกิดขึ้นนั้นก็คือผู้ป่วยรู้จักการปล่อยวาง มีจิตใจที่สงบไม่ฟุ้งซ่านและมีความคิดในเชิงบวกมากขึ้นเมื่อต้องประสบกับปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากผู้ป่วยจะยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้แล้ว ผู้ป่วยยังเกิดภาวะจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น โดยทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการควบคุมอารมณ์ที่ไม่น่าปรารถนา มีกำลังใจในชีวิต มีพลังที่จะต่อสู้ต่อไปและมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น รวมทั้งผลจากการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม ยังทำให้ผู้ป่วยมีความสุขกับการที่มีชีวิตเหมือนกับคนทั่วไปในสังคม เกิดความรู้สึกดีที่ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่นและพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้อื่น อย่างเช่น การได้ไปทำบุญ , งานบวช , งานแต่งงาน ซึ่งเป็นสิ่งทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้แล้วภายหลังการจัดการกับการรับรู้ทางลบของ

สังคมยังทำให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติอีกด้วย ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ล้วนเป็นประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในการศึกษาคั้งนี้

ประเด็นที่ 1 ยอมรับสภาพการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคม

ยอมรับสภาพการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคม เป็นผลภายหลังจากการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากที่กล่าวมาแล้วว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้แล้วว่าสังคมหรือคนอื่นๆมองตนเองว่าเป็นคนสติไม่ดี ไม่สมประกอบ มีท่าทางรังเกียจผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกน้อยใจ เสียใจกับคำพูดและพฤติกรรมเหล่านั้นที่คนอื่นแสดงออกมากับตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับความรู้สึกนั้นโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพยายามเฉยๆไม่ได้ตอบ ไม่คิดมาก ทำให้สบายใจปล่อยวางกับความรู้สึกไม่ดีที่เกิดขึ้น ในบางรายทำไม่รู้ไม่ชี้ ปล่อยไปไม่สนใจอย่าเอามาคิดมาก เพื่อนเขาจะว่าอย่างไรก็ไม่ต้องไปสนใจพยายามปล่อยวาง โดยผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า *“ก็เหมือนว่าเรามีแก้วน้ำสักริบเรายกแก้วทั้งวันหมายถึงสูมภาเระนั้นทั้งวัน ถ้าไม่ถือก็ไม่พริอ (ไม่เป็นไร) ถ้าถือทั้งวันก็อาจจะเจ็บปวดแขนถือเป็นวันมันก็เจ็บไปเท่านั้น วางแก้วลงก็เหมือนการวางสิ่งที่รับผิดชอบนั้นไว้ มันทำให้เรารู้สึกปล่อยวาง”* ซึ่งในตรงนี้ก็คือผลที่ปรากฏว่าผู้ป่วยนั้นรู้จักการปล่อยวาง หลังการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม นับว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกไม่ดีจากสังคมโดยพฤติกรรม เฉยๆ ไม่ได้ตอบ ซึ่งส่งผลดีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเพราะจากการที่ผู้ป่วยรับรู้การเกิดการรับรู้ทางลบของสังคมแล้วทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ดี น้อยใจ เสียใจและผู้ป่วยก็จะพยายามจัดการกับสิ่งที่ไม่ดีนั้นจนกระทั่งก่อให้เกิดผลตามมาซึ่งเป็นผลเป็นผลของการกระทำที่ดีมีประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง

จากคำกล่าวที่ว่าเมื่อบุคคลรับรู้ต่อการถูกตีตราที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคม จะทำให้เกิดความตึงเครียด รู้สึกว่าตนไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม บุคคลต้องดิ้นรนต่อสู้กับทัศนคติในทางที่ไม่ดี และลดคุณค่าของตนเองลงพัฒนาทวิวิธีในการจัดการกับการตีตรา บุคคลที่ล้มเหลวก็ไม่สามารถทำอะไรต่างๆได้อย่างเพียงพอเป็นสาเหตุทำให้บุคคลรู้สึกถูกทอดทิ้ง ถอยหนีจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม โกรธแค้นบุคคลอื่นเกิดการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับตนเองในด้านลบ รู้สึกไม่มีคุณค่าและการตีตรายังทำให้บุคคลไม่บรรลุตามความต้องการพื้นฐานในด้านความรัก ความเป็นเจ้าของ การนับถือตนเอง ความปลอดภัย ความมั่นคงและอำนาจ (Jilling and Alexis, 1991) แต่สำหรับในการศึกษาคั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยสามารถที่จะพัฒนาทวิวิธีในการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมได้อย่างเหมาะสมและส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี คือปล่อยวางตามมาอีกด้วย ซึ่งการจัดการที่เหมาะสมในครั้งนี้อาจเกิดขึ้นมาจากระดับการศึกษาของผู้ป่วยเพราะจากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับการศึกษาที่ดีจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับที่

Pender(1987) กล่าวว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง มีความสามารถในการพัฒนาด้านสติปัญญาความมีเหตุผล มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลและมีแหล่งให้ความช่วยเหลือมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ

จิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน ผู้ป่วยที่เกิดจิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน ตามมาจากภายหลังการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมแล้วนั้น พบว่าผู้ให้ข้อมูลจะมีการจัดการโดยการเข้าวัด อ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ไหว้พระ ฟังสมาธิ เพราะผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อว่าเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นการจัดการอีกลักษณะหนึ่งซึ่งช่วยทำให้เกิดสมาธิ มีจิตใจที่สงบ รู้สึกผ่อนคลาย ใจเย็นขึ้น ซึ่งทำให้ความรู้สึกไม่ดีที่เกิดขึ้นลดน้อยลงและเป็นส่วนหนึ่งของการมีจิตใจที่สงบไม่ฟุ้งซ่าน ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า *“รู้สึกน้อยใจเสียใจกับที่คนอื่นเขาว่า...เมื่อก่อนอยากตายให้พ้นๆก็เลยเข้าวัดช่วยให้เราจิตใจสงบ จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน”* สอดคล้องกับ Tongprateep (2000) ที่พบว่าคนไทยมีการใช้ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในการดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดความผาสุก และยังสัมพันธ์กับการศึกษาของ ปิยฉัตร สะอาดเอี่ยม (2545) ที่พบว่าการที่จะให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นั้น การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ดึงความคิดของผู้ป่วยไว้ได้ การยึดถือความเชื่อของศาสนาเองจากทำให้เกิดความสบายใจ เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเมื่อคนมีความคิดได้ และการศึกษาของ จุฬารัตน สุระกุล (2544) พบว่า การหวังพึ่งผลบุญและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้บุคคลมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และมีพลังในการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่คุกคามได้ หรืออาจจะกล่าวได้ว่าเกิดความผาสุกภายหลังการจัดการกับอคติจากสังคมนั่นเอง ซึ่งจากการที่ผู้ให้ข้อมูลนำไปใช้ในการจัดการกับสอดคล้องกับ Schur (1972) กล่าวว่ากระบวนการปรับตัวเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยที่มีตราบาปที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคมปกปิดหรือเปิดเผยและครอบครัวยุที่จะต้องกระทำ มีอยู่ 3 ประเภทด้วยกันคือ 1) ปิดบังซ่อนเร้นตราบาป 2) ทำให้ตราบาปน้อยลง 3) เฉเชิญหน้าหรือปฏิเสธตราบาป ซึ่งผู้ให้ข้อมูลก็ได้พยายามโดยการหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ นั่นก็คือ ศาสนาที่น่าพาให้สามารถลดความรู้สึกที่ไม่ดีจากการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคมหรือการพยายามทำให้น้อยลงการรับรู้ทางลบของสังคม ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดตราบาปน้อยลงนั่นเอง

ประเด็นที่ 2 จิตใจเข้มแข็งขึ้น

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลพบว่าการมีจิตใจเข้มแข็งขึ้น เป็นผลภายหลังการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม ซึ่งคือการที่ผู้ป่วยมีแนวทางในการควบคุมอารมณ์ที่ไม่น่าปรารถนา หมายถึงผู้ป่วยสามารถที่จะควบคุมตนเองได้ไม่ไปทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นเมื่อเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้นจากการที่ถูกผู้อื่นมองว่าเป็นคนบ้า ไม่เต็มร้อย เป็นโรคประสาท ไม่สมประกอบ โดยผู้ป่วยมีการจัดการด้วยวิธีการเฉยๆไม่ได้ตอบ คอยกับคนอื่นที่คุยแล้วเข้าใจหรือเบี่ยงเบนคุยเรื่องที่

ทำให้สบายใจ พยายามหากิจกรรมต่างๆทำ อย่างเช่น การออกกำลังกาย วิ่ง ทำสวน ปลูกผัก ทำงานบ้าน ทำกับข้าว ซึ่งการจัดเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจสามารถควบคุมอารมณ์ไม่ได้ที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคมได้ ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า "มีบ่อยเหมือนกันที่เขา มาล้อเรา บางครั้งรู้สึกน้อยใจเหมือนกันเราสติไม่ดี ไปปรึกษากับคนที่ทำให้เราไม่เครียด คุยดีดี ทำแบบนี้ก็ดีขึ้นไม่ต้องทะเลาะกับใคร ควบคุมตนเองได้ คนอื่นก็คุยกับเราอย่างเหมือนเคย อย่าง เดิม"

ฉะนั้นจากผลการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยแล้วทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้นซึ่งนั่นก็คือการที่ผู้ป่วยมีแนวทางในการควบคุมอารมณ์ที่ไม่น่าปรารถนา ดังเช่นผู้ให้ ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า "เพื่อนบ้านพูดแบบนั้นรู้สึกสะเทือน โมหะสะเทือนใจครับ เราก็พูดกับเขา ดีดี เดินผ่าน แล้วทำไมเขาต้องมาพูดกับเราอย่างนั้น ผมก็เลยอยู่เฉยๆ ดีกว่า เดี่ยวจะมีเรื่องอะไร อย่างนั้น ครับผมก็ไม่ค่อยไปนี่อะไรก็หมายถึงว่าผมต้องทำอะไรสักอย่างเพื่อที่ทำให้เขารู้ว่าผมก็ ไม่กลัวเขา ก็คล้ายๆกับมันมีปฏิกริยาต่อต้านซึ่งกันและกัน คือผมเฉยๆ ทำท่าทางเฉยๆ ไม่ได้ตอบ มันก็จะได้ไม่เกิดเรื่องทะเลาะกัน แล้วผมคิดว่าเราควบคุมตัวเราเองได้แล้ว คนอื่นก็จะได้ทำตัว เหมือนปกติกับเรา ไม่ว่าเราว่าเราไม่สมประกอบ" ซึ่งจากการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม ของผู้ป่วย เป็นไปตามกับการทบทวนวรรณที่กล่าวว่าในแง่ของการเจ็บป่วย การตีตราที่เกิดจาก การรับรู้ทางลบของสังคมจะลดความสามารถในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน และการปรับตัวระยะยาวในเรื่องจริง และผลของการรับรู้ต่อการถูกตีตราจากสังคมจะทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงต่อชีวิต 3 ประการคือ 1) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมและหน้าที่ตามปกติ 2) การ เปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคมเกี่ยวกับอาชีพ ชีวิตครอบครัว สันทนาการและกิจกรรมด้านศาสนา 3) การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ (Fabrega and Van Egarens อ้างถึงใน Hopper, 1981)

มีกำลังใจในชีวิต ผู้ป่วยที่มีกำลังใจในชีวิต ตามมาจากภายหลังการจัดการกับการรับรู้ ทางลบของสังคมแล้วนั้น พบว่าผู้ให้ข้อมูลจะมีการจัดการโดยการ พูดคุยกับเพื่อนที่เข้าใจ การอยู่ กับบุคคลที่คอยให้กำลังใจ ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกไม่ดีจากการเกิดการรับรู้ทางลบของ สังคมนั้นส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในชีวิต มีพลังที่จะต่อสู้ต่อไป ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล "เขาบอกว่าเราเป็นประสาท เป็นคนโรคจิต ไม่ปกติ ไม่น่าคบด้วย รู้สึกตนเองไม่มีค่านะ.....บางครั้ง ก็พูดคนตลกกับแม่ อะไรกัน แม่ก็เส้นตื้นเหมือนกัน คุยกับคนที่เรารัก เขารักเรา ก็รู้สึกสบายดี โลง ดี มันช่วยให้เราทำตัวดี อยู่ร่วมกับคนอื่นได้ คิดแต่สิ่งดีดี พูดแต่สิ่งดีดี สิ่งที่ทำให้อนุอยู่ได้คือ พูดคุยกันได้ ปรึกษากันได้กับคนอื่น สามารถอยู่ได้อย่างปกติ มีกำลังใจในชีวิต" ซึ่งผลการ จัดการที่เหมาะสมเพราะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในชีวิต ลดความรู้สึกต่างๆ ไม่ดีลงได้ พร้อมทั้งจะ ต่อสู้ต่อไปในอนาคต มีชีวิตที่เป็นปกติสุข สามารถอยู่ร่วมในสังคมกับบุคคลอื่นทั่วไปได้ ซึ่ง สนับสนุนของคำกล่าวที่ว่า โรคจิตเวชเป็นโรคที่รักษาได้ เมื่อได้รับการรักษาและการสนับสนุน

จากสังคม ผู้ป่วยก็จะสามารถใช้ชีวิตอิสระในชุมชนได้ (อภิสมัย ศรีรังสรรค์, 2542) เพราะจากการที่สังคมสนับสนุนโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยพยายามพูดคุยกับคนที่เข้าใจด้วย นับว่าเป็นการกระทำที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดผลภายหลังจัดการที่เหมาะสม และสนับสนุนกับคำกล่าวที่ว่า เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สามารถลดตราบาปที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคมเพราะจากกลไกการเกิดตราบาปและการลดตราบาปเริ่มจากความผิดปกติจากการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย จึงทำให้บุคคลอื่นสังเกตเห็นความผิดปกติมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยส่งผลให้เกิดตราบาปผู้ป่วยถูกกีดกันแบ่งแยก ดังนั้นการที่จะลดตราบาปที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้นั้นก็คือการให้ความรู้รณรงค์เชิงสังคม การสนับสนุนด้านสิทธิทางกฎหมาย (อภิสมัย ศรีรังสรรค์, 2542 และ ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, 2549) ฉะนั้นการที่ผู้อื่นพูดคุยกับผู้ป่วยก็คือการสนับสนุนของสังคมนั่นเอง

มีความมั่นใจในตนเอง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ นำไปสู่การมีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมโดยการปล่อยใจให้สบาย ไม่คิดมาก พยายามคิดว่าการรับรู้ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ทำให้เราต้องหนักแน่น คิดในแง่ดี เพราะผู้ป่วยมองว่าการที่คิดในแง่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองและสามารถทำให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติ ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า *“มันก็น้อยใจนะ บางทีก็ท้อแท้ชีวิตเหมือนกัน แต่ถ้าคิดไปมันก็เหมือนดาบสองคม ถ้าเราคิดในแง่ดีมันก็ดี ถ้าเราคิดในแง่ลบมันก็ไม่ดี ... ดีครับ สังคมดีขึ้นได้เป็นอยู่เหมือนชาวบ้านทั่วไป อยู่กับเพื่อนในสังคมได้”* ซึ่งเป็นการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า การรณรงค์การลดตราบาปที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคมต้องคำนึงถึงมุมมองการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสามารถกระทำได้ง่ายกว่ากิจกรรมที่จะกระทำต่อสาธารณชน เช่น มีกิจกรรมต่างๆ ที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกัน เช่น กิจกรรมกระตุ้นการให้หัดคิดในเชิงบวก โดยมีรูปแบบที่ชัดเจนจะช่วยลดอัตราการพึ่งพาของผู้ป่วย เสริมความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเอง (กอบโชค จรุงษ์และสมชาย จักรพันธุ์, 2549)

จากผลการศึกษาในการคิดเชิงบวกจึงเป็นสิ่งที่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยสามารถกระทำได้ด้วยตนเองและสามารถทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ โดยยังไม่ต้องมีบุคคลอื่นมากระตุ้นฝึกคิดเชิงบวกและและสนับสนุนกับคำกล่าวที่ว่า เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สามารถลดตราบาปที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคมเพราะจากกลไกการเกิดตราบาปและการลดตราบาปเริ่มจากความผิดปกติจากการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจึงทำให้บุคคลอื่นสังเกตเห็นความผิดปกติมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยส่งผลให้เกิดตราบาปผู้ป่วยถูกกีดกันแบ่งแยก ดังนั้นการที่จะลดตราบาปที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อีกกลยุทธ์หนึ่งนั่นก็คือการให้ความรู้สร้าง

ทัศนคติเชิงบวก (อภิสมัย ศรีรังสรรค์, 2542 และ ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ian Walker and John Read (2002) พบว่าการพยายามลดความทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับความผิดปกติของตนเองของผู้ป่วยทางจิตส่งผลให้เกิดความคิดเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจิตเวชสามารถมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มองตัวเองดีขึ้น ซึ่งเมื่อคิดเชิงบวกก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในชีวิต และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ไม่มีความคิดท้อแท้หรือสิ้นหวังเพราะผู้ป่วยที่มีความคิดในเชิงลบซึ่งเป็นสิ่งที่ดี เพราะจากการทบทวนวรรณกรรมเมื่อผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยลดลง ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความหวังในชีวิต (จิราพร จิระสถิตย์, 2542) จะมีความคิดการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (Bhatia, 2002) และสุดท้ายหาทางออกในการแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย (Link & Phelan, 2001) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Pompili, Mancineli and Tatarelli (2003) ที่พบว่าการรับรู้ทางลบของสังคมเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายและการป้องกันการฆ่าตัวตายก็คือการลดอคติที่เกิดขึ้นนั่นเอง ฉะนั้นการที่ผู้ป่วยสามารถจัดการจากการรับรู้ทางลบของสังคมได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นการที่สามารถลดสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้และที่สำคัญสามารถลดตราบาปที่เกิดขึ้นต่อไปกับผู้ป่วยจิตเภทได้อีกด้วย

ประเด็นที่ 3 มีความสุขกับการที่มีชีวิตเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป

การมีความสุขกับการที่มีชีวิตเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป เป็นผลภายหลังจากการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากที่กล่าวมาแล้วว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้แล้วว่าสังคมหรือคนอื่นมองตนเองว่าเป็นคนสติไม่ดี ไม่สมประกอบ มีท่าทางรังเกียจผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกน้อยใจ เสียใจกับคำพูดและพฤติกรรมเหล่านั้นที่คนอื่นแสดงออกมากับตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับความรูสึกนั้นโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพยายามทำตัวให้เป็นปกติ พุดคุยปกติ ไปงานสังคมตามปกติ อย่างเช่น งานบวช งานแต่งงาน งานทำบุญ เป็นต้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยจัดการเช่นนี้แล้วมีผลภายหลังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีที่ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น พึงพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยให้ข้อมูลมีความสุขที่สามารถดำเนินชีวิตเช่นเดียวกับบุคคลอื่นในสังคม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล คือ "ทำตัวให้ปกติจะช่วยผ่อนคลายให้ดีขึ้นกับความรู้สึกน้อยใจ อึดอัด ปกติคือ เดินให้เป็นปกติ ออกกำลังกาย เดี่ยวนี้ดีแบดกับพี่สาว และลูกค้า เขาก็ปกติดีเพราะเราต้องทำตัวให้ปกติ เดินปกติ พุดปกติต้องพยายามมันจะดีขึ้น วิธีจัดการที่ต้องพยายามช่วยทำให้ดีขึ้นลดความรู้สึกที่มันแยๆ รู้สึกน้อยใจ เราต้องมีความพยายามในความรู้สึกไม่ดีขึ้น เพราะเดี๋ยวนี้คนอื่น ๆ แสดงออกกับเราดีขึ้น เราก็ดีขึ้นเพราะได้ทำงานร่วมกับคนอื่นได้" ซึ่งสอดคล้องกับบุญพา ณ นคร ศึกษาเรื่องประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดการตีตราในสังคม ผลการวิจัยพบว่า แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นดังนี้ 1) การดูแลตนเองให้หายจากโรค ได้แก่ การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การพักผ่อน และออกกำลังกาย 2) การ

มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว 3) การมีส่วนร่วมในชุมชน และยังสัมพันธ์กับทฤษฎี Destigmatization ของ Goffman (1963) ซึ่งกลวิธีนี้ผู้ที่มีตราบาปจะเปิดเผย เผชิญกับปัญหา การตีตราด้วยจุดประสงค์ที่จะลดตราบาปที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่ถูกตีตราต้องพยายามรักษาเอกลักษณ์ ในทางบวกหรือปกติ และเอกลักษณ์ในสังคม โดยกระบวนการซึ่งบุคคลต้องการสลดภาพพจน์ ของการเบี่ยงเบนออกและแทนที่ด้วยภาพลักษณ์ในทางบวก กลวิธีต่างๆ มีดังนี้ ทำให้เป็นปกติ ธรรมดา Normalization หมายถึง บุคคลที่มีตราบาปที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคมปรับตัว ต่อสังคมโดยพยายามที่จะลดความแตกต่างจากบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม และสนับสนุนกับ การศึกษาของเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ ที่กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ให้การดูแลใน ครอบครัวทำให้ทราบถึงปัญหาที่ได้รับผลกระทบและลักษณะของตราบาปที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ให้การดูแลในครอบครัวที่อยู่ในชนบท ในสังคมตนเอง ลักษณะตามธรรมชาติ ของคนสังคมชนบทจะมีความสนใจเรื่องราวของผู้อื่น มีการเล่าเรื่องราวแบบปากต่อปาก โดย หากพบว่าใครที่มีความผิดปกติ มีเรื่องที่เป็นความน่าอัศจรรย์หรือมีลักษณะที่แตกต่างจากกลุ่ม หรือพวกของตนจะนำมาเล่าบอกต่อๆ กันและเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช คนส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติทางลบต่อบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิต และหวาดกลัวไม่คบหา เมื่อพบ เห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจหรือไม่ติดต่อ ไม่ให้เข้าร่วมในกิจกรรมทาง สังคมของกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยถูกตัดโอกาสในการมีกิจกรรมและการใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมของ ตน ทำให้ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต อยู่อย่างว่าเหว่และรู้สึกว่าคุณเองมีความผิด มีบาป เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม รวมทั้งมองตนเองไร้ค่า ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งผลภายหลังของ การจัดการนี้จึงเป็นสิ่งที่ดีเพราะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความสุขในชีวิต นำไปสู่การอยู่ร่วมในสังคม อย่างปกติสุขและลดความรู้สึกไม่ดีจากการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคมอีกด้วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทราบถึงประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์ภายหลังการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคมที่เกิดขึ้นจากการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม ในมุมมองตามการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นจากการที่รับรู้และต้องจัดการกับสิ่งนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้อาจนำไปเป็นแนวทางในการจัดการรูปแบบการพยาบาล ซึ่งในการศึกษาค้างนี้คือผู้ป่วยจิตเภท เพื่อที่จะสนับสนุนและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั้งอาการเจ็บทางจิตที่เกิดขึ้นและผลที่เกิดตามจากการที่ต้องเจ็บป่วยทางจิตเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

- จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ทางลบของสังคมที่เกิดขึ้นหลังจากกลับเข้าสู่ชุมชนเมื่อผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิต โดยผู้ป่วยบางรายบอกว่าการที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชก็เป็นภาพจนที่ไม่ดีแล้ว ถูกมองว่าเป็นคนสติไม่ดีทั้งนั้น การช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงน่าจะยังมีความจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้าสู่ชุมชนและสนใจในเรื่องของอคติจากสังคมให้เพิ่มมากขึ้นในส่วนของ การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)

- การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ทางลบของสังคมทั้งผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมที่เหมาะสมและถูกวิธี เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการของผู้ป่วยจิตเภท

- การจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีการจัดการที่ดี เพื่อสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุขตามอัตถภาพ

- การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชกับประชาชน ชุมชนหรือสังคมและส่งเสริมทัศนคติในด้านบวกกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้สังคมมีความเข้าใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ลดการเกิดอคติจากสังคมที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคม

- การให้บริการสุขภาพจิตในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมที่ดี ในการให้ความรู้ แก่บุคคลที่มีภาวะเสี่ยงหรือผู้ป่วยจิตเภทที่มีการจัดการอคติจากสังคมที่ไม่ดี

ด้านการศึกษาพยาบาล

- ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับอาจารย์พยาบาล ในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับการรับรู้และการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจ และให้การพยาบาลกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ด้านการบริหารการพยาบาล

- ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับผู้บริหารการพยาบาลได้ทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการรับรู้และการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวช เพื่อใช้เป็นประเด็นในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มากยิ่งขึ้น

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

- ผลการวิจัยครั้งนี้อาจนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานหรือเป็นแนวทางในการวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และนำไปพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการเกี่ยวกับการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทหรือการจัดรูปแบบการบริการ เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งนำไปสู่การลดอคติจากสังคมที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยร่วมกับญาติและชุมชนหรือสังคม และอาจจะสามารถนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีบริบทคล้ายคลึงกับบริบทที่ทำการศึกษาในครั้งนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. 2540 . แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2547. กรอบการวิจัยสุขภาพ(พ.ศ. 2548-2552). พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. ห้างหุ้นส่วนจำกัดอุดมศึกษา.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2547. การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่อง ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2549. เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ. เอกสารประกอบการบรรยายการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, ครั้งที่ 4 , วันที่ 6-8 กรกฎาคม 2549 โรงแรมปรีnceพาเลซ,กรุงเทพมหานคร.
- กอบโชค จวงษ์ และ สมชาย จักรพันธ์. 2549. ผลกระทบข่าวความรุนแรงในโรงเรียนเอกชน กรุงเทพมหานคร ต่อผู้ป่วยจิตเภทและญาติ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 14 (12) : 71-79.
- กังสดาล เขาวัดมณฑล. 2547. การสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาปในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยาก. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สาขาสังคมวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุนท์ชลี เพียรทอง. 2547. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- งามพิศ สัตย์สงวน. 2547. การวิจัยเชิงคุณภาพทางมนุษยวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอนณะจง เพ็งจาด. 2546. ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 15 (2): 1-10.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ . 2545. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราพร จิระสถิตย์. 2542. การรับรู้การถูกตีตราจากสังคม และปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อ

- ความว่าเหวในผู้ติดเชื้อเอช ไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์. 2544. ความเครียดและความเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวันกรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ปีที่ 15 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2544) : 52-65.
- จินตนา ยูนิพันธ์. 2534 . ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง . ทุนวิจัยสนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลกโครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ แผนงานส่งเสริมการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ.
- จินตนา ยูนิพันธ์. 2534. การนำมาในมิติการดูแลตนเองไปใช้ในการส่งเสริมสร้างสุขภาพจิต. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ฉบับที่ 3(1) : 22-42 .
- จิตติมา หุ่นพรพญ. 2547. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิระนันท์ ชันแข็ง. 2548. ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลักษณ์ ชำของ. 2547. ประสบการณ์การดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาย โพธิ์สิตา. 2549. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ดลนภา สว่างไสง . 2549. อุปสรรคในการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตา ชูโต. 2545. การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ : บริษัท แมทส์ปอยท์ จำกัด.
- นุสรุา วรภัทรพร. 2547. ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฝ่ายวิชาการสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย สรุปรการประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย เรื่องการปฏิรูประบบบริการพยาบาล: ทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13 (กรกฎาคม - ธันวาคม

2543): 1-11.

- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2540. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7 . กรุงเทพฯ : เจริญผล.
- บุญวดี เพชรรัตน์. 2539. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. เทมการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นราภุร. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปกรณ์ ศิริผล. 2539. คู่มือนักวิจัย เล่ม 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วิจิตรหัตถการ.
- ปริวัตร ไชยน้อย . 2546. พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาล .วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยฉัตร สะอาดเอี่ยม (2544) ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช และคณะ . 2542. พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช . วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13 กรกฎาคม - ธันวาคม: 45-54.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. 2536. ร่างกาย ความสกปรกและภัยอันตราย ตราบาป โรคเรื้อนและโรคเอดส์. สังคมศาสตร์การแพทย์. 7 (1-2): 6-18.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. 2542. เอกสารประกอบการสอนวิชา มานุษยวิทยาสุขภาพและบริการสาธารณสุข. โครงการสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พันธุ์มา กิตติรัตนไพบูลย์. 2549. จิตเวชศาสตร์ สำหรับประชาชน. หน้า 167-171.
- พิศสมร เดชดวง. 2545. การศึกษาสุขภาพวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. 2544. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. 2548. การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เวช 19 (1) : 1-9.

- เพ็ญมา แดงด้อมยุทธ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและชนกพร จิตปัญญา. 2547. ตราบาป: การ
รับรู้ และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและ ผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต. 18 (1): 1-9.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ. 2539. วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ.
สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. 2534. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิต ศรีสุภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. ภาควิชาจิต
เวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ห้างหุ้นส่วนเชียงใหม่ โรงพิมพ์แสง
ศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2541. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. ห้างหุ้นส่วนชวนพิมพ์
- วิภาวี เผ่ากันทรากกร. 2548. ภาวะซึมเศร้า : ประสบการณ์การจมทุกข์ – พันทุกข์ของผู้หญิง
อีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตนา ครประสี. 2546. เสียงสะท้อนของ ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวช "ผมผิดอะไร...ที่พวกคุณสร้างตรา
บาปให้". วารสารโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. 4 (6): 45-47.
- ศรีสุดา วนาสีสิน. 2546. ปัญหาทางอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 11(3):121-131.
- ศิริพร จิรวัดมณีกุล. 2548. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 . ขอนแก่น:
โรงพิมพ์ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท.
- สารณี ไต่ทอง. 2549. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิต
เภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมคิด พรหมจ้อย. 2545. การเขียนโครงการวิจัย : หลักการและแนวปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3 . นนทบุรี:
จตุพรดีไซด์.
- สมชาย จักรพันธุ์. 2544. การประชุมสุขภาพจิตที่องค์การอนามัยโลก. วารสารสุขภาพจิต
แห่งประเทศไทย. 9 (3): 161-165.

- สมชาย พลอยล้อมแสงและชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล. 2547. การสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับ
สุขภาพจิต ตราบาป และการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในสถาน
บริการสุขภาพจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12 (2) : 71-79.
- สมภพ เรืองตระกูล. 2545. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
มหาวิทยาลัยมหิดล. โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมณฑา บุญชัย . 2545. พฤติกรรมการณ์ตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทใน โครงการการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภางค์ จันทวานิช. 2543. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ . พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทวานิช. 2543. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ . พิมพ์ครั้งที่ 9 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัฒน์ สุขสว่างและศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. 2549. การศึกษาดราบาปในผู้ป่วยจิตเภท. การ
ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, ครั้งที่ 4 , เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ, วันที่ 6-8
กรกฎาคม 2549 โรงแรมปรินทร์พาเลซ , กรุงเทพมหานคร, หน้า 69-70.
- สุธีรา ชุ่นตระกูลและมาลี แจ่มพงษ์. 2532. "อิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อการกลับมารักษาใน
โรงพยาบาล" ของผู้ป่วยจิตเภท : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระ
เจ้าพระยา. รายงานการวิจัย.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. 2545. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ: โรง
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. 2542. กิจกรรมพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารพยาบาลจิต
เวชและสุขภาพจิต. 13: 14-20.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. 2549. การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรง
พิมพ์ธนาเพชร.
- อภิสมัย ศรีรังสรรค์. 2546. โครงการด้วยรักและเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา.
5 (2) มีนาคม – มิถุนายน: 30.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2543. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิ
สภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์. บริษัท ธรรมสาร จำกัด.

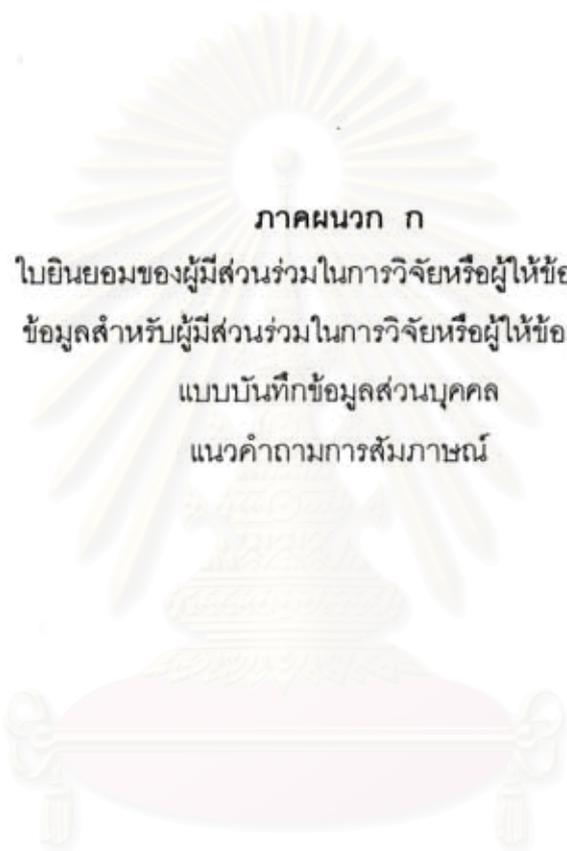
ภาษาอังกฤษ

- Benjamas suksatit. 2004. Stigma Perception And Health Promoting Self – care Ability Of Young Adults With HIV/AIDS. The requirements For The Degree Of Master Of Nursing Science (Adult Nusring). Faculty Of Graduate Studies Mahidol University.
- Berger B.E., Ferrans,C.E.,& Lashley,F.R. 2001. Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. Research Nursing and Health. 24: 518-520.
- Bolton J. 2003. Reducing the stigma of mental illness. Student BMJ. 11(4) : 104-5.
- Comelia Y. I. Chee, Tze Pin Ng, Ee Heok Kue. 2005. Comparing the stigma of mental illness in a general hospital with a state mental hospital; A Singapore study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.40 (8): 648.
- Crisp A.H., Gelder,M.G.,Rix,S.,Meltzer,H.I.,& Rowlands,O.J. 2000. Stigmatization of people with mental illnesses. The British Journal of Psychiatry.177 (1): 4-7.
- Deidre M.A.,Bruce ,G.L., & Jo, C. P. 2006. Racial Differences in Stigmatizing Attitudes Toward People With Mental Illness. Psychiatric Services. 57(6): 857.
- Goffman E. 1963. Stigma: Note on the management of spoiled identity. Erglewood Cliffs.NJ: Prentice-Hall.
- Goffman E. 1959. The Presentation of self in everyday life. City Garden.NY: Doubleday.
- Holloway, I., Wheeler, S. 1996. Qualitative Research for Nurses. Massachusette: Blackwell Science.
- Jablensky A. 1987. Multicultural studies and the nature of schizophrenia: A review. ↓ Roy Soc. Med. 80:162-7.
- Jasper M.A. 1994. Issues in phenomenology for researchers of nursing. Journal of Advanced Nursing. 19: 309-314.
- Jenkins, J.H., Schumache , J.G. 1991. Family burden of schizophrenia and depressive illness. British Journal of psychiatry.
- Jilling C., Alexis L. 1991. The concept of stigma : timely relevant and possibly uncomfortable. Critical Care Nurse, 11(1): 62-64.
- Kathleen M.G.,Yoshibumi N., Helen C., Kumiko Y., Anthony F.J. & Hideyuki N. 2006. Stigma in response to mental disorders a comparison of Australia and Japan.

BMC Psychiatry. 6(21).

- Knaack P. 1984. Phenomenological Research. Western Journal of Nursing Research. 6(1): 107-114.
- Koch T. 1995. Interpretive approaches in nursing research : The influence of Husserl and Heidegger. Journal of Advanced Nursing. 21: 827-836.
- Link B.G., & Phelan, J.C.. 2001. On Stigma and its Public Health Implications. Stigma and Global Health: Developing a research Agenda An International Conference. 5-7 September: 1-6.
- Melinda B. , Molly R. 2005. Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia: implications for mental health. Care management journals. 6 (3) :139-6.
- M.S. Bhatia. Stigma , suicide and religion. 2002 . The British Journal of Psychiatry. 180: 188-189.
- Nakagawa-Kogan, H.. 1996. Using the brain to manage the body in A.B. McBride (Ed.). Psychiatric Mental Health Nursing, Intregrating the behavior and biological Science. Philadephia: W.B. Saunders.
- Nadia K. , Fatiha M. , Soumia B. , Driss M.. 2004. Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. Canadian Journal of Psychiatry. 49 (9): 625-4.
- N. Takei. 2005. Stigmatization of people with schizophrenia in Japan. The British Journal of Psychiatry. 187: 589-590.
- Orem , O.E. 1991. Nursing: Concepts of practice. 4th ed. St Louis: Mosby -Yearbook.
- Omery. 1983. A. Phenomenology: A method for nursing research. Advanced in nursing Science. 49-62.
- Peter Byrne, Senior Lecturer. 2001. Psychiatric stigma . The British Journal of Psychiatry . 178 : 281-284.
- Peri ,T.C. 1995. Promoting Spirituality in persons with acquired immunodeficiency syndrome: A nursing intervention . Holistic nursing practice. 10 (1) : 68-76.
- Priest H. 2002. An Approach to Phenomenological Analysis of Data. Nursing Research. 10 (2): 50-63.
- Reinhard S C. 1994. Living with mental illness : Effect of professional support and personal control on caregiver burden. Research Nursing Health . 17 (2): 79-88.

- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. 2001. Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Scheffler RM, Miller AB. 2002. Demand analysis of mental health service use among ethnic subpopulation. Inquiry 2002 jan. 1;26 (2) 202-15.
- Saylor C.1990. Stigma. Chronic illness impact and intervention. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett publishers, Inc.
- Sokratis D. 2004. Stigma : the felling and experiences of 46 people with mental illness. The British Journal of Psychiatry . 184: 176-181.
- Streubert H.J. & Carpenter , D.R. 2003. Qualitative Research In Nursing. 3rd ed. Philadelphia : Lippicott Willams & Wilkins.
- Taylor M.C. 1994. Essentials of Psychiatric Nursing. 4th ed. St. Louis. Mosby.
- Tungpunkom , P.(2000) . Staying in balance : skill and role development in psychiatric caregiving . Dissertation the University of California San Francisco. SF.CA.
- Walters A.J. 1995. The phenomenological movement : implication for nursing research. Journal of Advanced Nursing. 22: 791-799.
- Watson , J. 1997 . The Theory of Human Caring: retrospective and prospective. Nursing Science Quarterly. 10(1) : 49-52.
- Weiss M.G. & Ramakrishna, J. 2001. Stigma Interventions and Research for International. Stigma and Global Health : Developing a research Agenda An International Conference. 5(7): 1-16.



ภาคผนวก ก

ใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก

ข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

แนวคำถามการสัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent From)

ชื่อโครงการ ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า.....ได้ทราบจากผู้วิจัย ชื่อ น.ส.
ปนิดา อินทรารักษ์ ที่อยู่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี 56/6 ม. 2 ต. มะขามเตี้ย
ถ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ. สุราษฎร์ธานี 84000

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ แนวทางการศึกษาวิจัย
และกิจกรรมที่ต้องเข้าร่วมในการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้ง
ทราบถึงผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นข้าพเจ้าได้ซักถามและมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วม
การศึกษาคั้งนี้เป็นอย่างดี

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ โดยสมัครใจและมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการเข้า
ร่วมการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและทราบว่ากรถอนตัวจากการศึกษาคั้ง
นี้จะไม่ส่งผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับในหน่วยงานแห่งนี้

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า ผู้วิจัยขออนุญาตการดูแลระเบียบของตนเองจาก
เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ณ กลุ่มงานจิตเวชและข้าพเจ้าแล้ว และหากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติ
ใดๆ เกิดขึ้น เนื่องจากการวิจัยคั้งนี้ ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และจะแจ้ง
ผู้ทำการวิจัยทันที

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยการบันทึกลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

.....

วันที่ / เดือน / ปี

ผู้ร่วมวิจัย

.....

วันที่ / เดือน / ปี

(นางสาวปนิดา อินทรารักษ์)

ผู้วิจัยหลัก

.....

(.....)

วันที่ / เดือน / ปี

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. ชื่อผู้วิจัย น.ส. ปนิตา อินทรารักษ์
3. สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
5. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับ ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

5.2 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ซึ่งระบุถึงผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่เข้าร่วมในการวิจัย จะถูกถอดออกเป็นรหัส ใช้เป็นนามสมมติและผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีข้อมูลใดๆ ที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ผู้ให้ข้อมูลได้ เทปการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้ในที่ที่ไม่มีใครสามารถเข้าถึงได้นอกจากผู้วิจัยและจะถูกลบทิ้งหรือทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

6. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัยนี้จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้ารับการตรวจตามนัด ณ กลุ่มงานจิตเวช ในโรงพยาบาล ดังนี้

6.1 ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้ารับการตรวจตามนัด ณ กลุ่มงานจิตเวช ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จะได้รับการติดต่อจากผู้วิจัยเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยและเป็นผู้ให้ข้อมูล

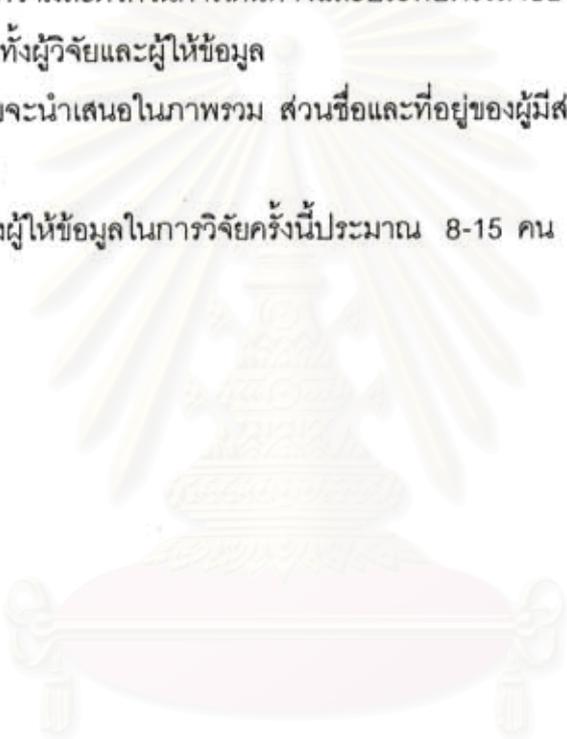
6.2 ผู้วิจัยขออนุญาตการดูแลระเบียบของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ณ กลุ่มงานจิตเวชและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6.3 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือก วัน เวลา สถานที่ในการให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึง ความเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้ข้อมูล ความสะดวกในการเดินทาง และความปลอดภัยของทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย และสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งต่อไป จนกว่าจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งในส่วนรูปแบบของงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยทั่วไปจะใช้จำนวนการสัมภาษณ์ 1-2 ครั้ง และ ใช้เวลา 30 นาที – 1 ชั่วโมง เพื่อตรวจสอบความตรง ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

7. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวปนิตา อินทรารักษ์ ได้

ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่

7. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้ทราบข้อมูลของโครงการขั้นต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และยินยอมจะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว
8. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ประการใด
9. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยจะทำการแจ้งวันนัดเพื่อทำการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลในวันที่ผู้ให้ข้อมูลมาตามนัดแพทย์อยู่แล้ว เพื่อความสะดวกในการเดินทางและประหยัดเวลาของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งคำนึงถึงความปลอดภัยของทั้งผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล
10. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ
11. จำนวนของผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประมาณ 8-15 คน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลข.....

แบบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 วันเดือนปีที่สัมภาษณ์ ครั้งที่...../ว.ด.ป.
 สถานที่สัมภาษณ์.....
 การวินิจฉัยโรค.....
 รับการรักษาที่โรงพยาบาล.....
 บทบาทในครอบครัว (ผู้นำ / สมาชิก).....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี
2. เพศ.....
3. สถานภาพสมรส.....
4. ระดับการศึกษา.....
5. อาชีพ.....
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....
7. ลักษณะครอบครัว.....จำนวนสมาชิก.....คน
8. อายุที่เริ่มป่วย.....ปี
9. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
10. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้งล่าสุด.....

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1. ประเมินการรับรู้ทางลบของสังคมต่อการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย
 - ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างต่อการเจ็บป่วยทางจิตของตนเอง
 - ท่านรับรู้อย่างไรบ้างต่อการเจ็บป่วยทางจิตของตนเอง
 - คนอื่นในชุมชนรู้สึกอย่างไรต่อการเจ็บป่วยทางจิตของท่าน
 - คนอื่นในชุมชนแสดงพฤติกรรม/ผู้อื่นพูด อย่างไรต่อการเจ็บป่วยทางจิตของท่าน
 - ท่านรู้สึกอย่างไรกับพฤติกรรม/คำพูด ที่คนอื่นในชุมชนแสดงออกต่อท่าน
2. คำถามเกริ่นนำ (สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยการใช้คำถามทั่วไป)
 - สอบถามชื่อผู้ป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วยนานเท่าไร อาศัยอยู่กับใคร
 - ขณะนี้สุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของท่านเป็นอย่างไร
 - เมื่อกลับไปอยู่บ้านท่านรู้สึกอย่างไรและในแต่ละวันทำอะไรบ้าง
3. คำถามหลัก
 - เมื่อท่านรับรู้ว่าการเจ็บป่วยทางจิตของตนเองเป็นที่ไม่ยอมรับของคนอื่นในชุมชนแล้วท่านรู้สึกอย่างไร
 - ท่านทำอย่างไร/มีวิธีการจัดการอย่างไรกับความรู้สึกเหล่านั้น
 - วิธีการจัดการดังกล่าวช่วยเหลือท่านอย่างไรบ้าง
 - ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างกับวิธีการจัดการดังกล่าว
 - ท่านมีวิธีการจัดการอย่างอื่นอีกไหม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลสรุปคุณลักษณะของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ทางลบของสังคมต่อการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท จากการสัมภาษณ์มีดังนี้

1. การแสดงออกทางคำพูดและพฤติกรรมโดยผู้อื่นและบุคคลใกล้ชิด

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดให้ความหมายของการรับรู้ทางลบของสังคมว่า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยว่าบุคคลอื่นและบุคคลใกล้ชิดมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง โดยการแสดงออกทางคำพูดและพฤติกรรมต่อผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นคนที่สติไม่ครบ สติไม่ดี ไม่สมประกอบ เป็นที่น่ารังเกียจ ขาดความน่าเชื่อถือใจไว้วางใจ ถูกมองว่าเป็นตัวตลกในสายตาของบุคคลอื่น และมีความแตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ดี น้อยใจ เสียใจ ท้อแท้

1.1 การถูกบุคคลอื่นพูดว่าหรือมองว่าเป็นคนสติไม่ดี

หมายถึง การที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น ทำให้บุคคลอื่นหรือบุคคลภายนอกในสังคมแสดงออกโดยการพูดว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นคนสติไม่ครบ สติไม่ดี ไม่สมประกอบเป็นคนบ้าหรือเป็นโรคประสาทไม่เต็มร้อย นั้นแสดงถึงการที่ผู้ป่วยไม่ปกติเหมือนคนอื่นทั่วไปในเรื่องของสติปัญญา เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการเกิดอคติจากสังคมกับผู้ป่วยหรือผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ดี น้อยใจ เสียใจ ท้อแท้

1.2 บุคคลอื่นหนีห่างไม่สังคม

หมายถึง การที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น แล้วบุคคลอื่นหรือบุคคลภายนอกทราบถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นแสดงออกด้วยท่าทางที่รังเกียจ ปฏิเสธและหนีห่างไม่คบค้าสมาคมกับผู้ป่วยจิตเภท บางครั้งก็มีการปฏิเสธผู้ป่วยโดยการทำร้ายร่างกายอย่างเช่น ใช้นิ้วชี้หรือหวัดฟัน และทักท้วง เป็นต้น เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการรับรู้การเกิดอคติจากสังคมกับผู้ป่วยหรือผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ดี น้อยใจ เสียใจ ท้อแท้

1.3 บุคคลอื่นมองว่าเป็นตัวตลก

หมายถึง เมื่อบุคคลคนหนึ่งเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้นและบุคคลอื่นหรือบุคคลภายนอกทราบถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท หลังจากนั้นบุคคลอื่นแสดงออกโดยการมองว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่ดูว่ามีท่าทางที่ตลกขบขัน และเป็นสิ่งที่ดูแล้วน่าอับอาย จากพฤติกรรมที่แปลกๆ ของผู้ป่วยอย่างเช่น การเดินที่ดูเชื่องช้าของผู้ป่วย การพูดค้อยไม่ชัดเนื่องจากอาการข้างเคียงของการรับประทานยาทางจิตเวช เป็นต้น เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการรับรู้การเกิดอคติจากสังคมกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ดี น้อยใจ เสียใจ ท้อแท้

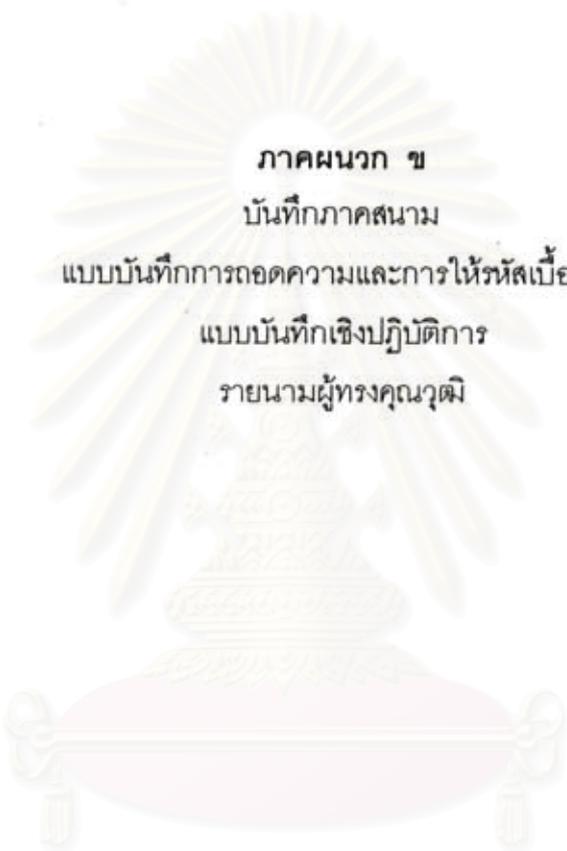
1.4 บุคคลอื่นไม่เชื่อถือไว้วางใจ

หมายถึง การที่บุคคลเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น และบุคคลอื่นหรือบุคคลภายนอกทราบว่าเจ็บป่วยทางจิต หลังจากนั้นจึงเกิดการแสดงออกต่อผู้ป่วยโดยการไม่ไว้วางใจ ไม่เชื่อถือ และไม่นับถือผู้ป่วยจิตเภท อย่างเช่นในเรื่องของคำพูดและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นโดยจะถูกมองว่าเป็นเรื่อง que ผู้ป่วยแกล้งทำไม่เกิดจากการเจ็บป่วยจริงและจากการที่ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชก็ก่อให้เกิดการที่บุคคลอื่นมองว่าเป็นคนที่ไม่น่านับถือเช่นกัน เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการรับรู้การเกิดอคติจากสังคมกับผู้ป่วยหรือผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ดี น้อยใจ เสียใจ ท้อแท้

2. การสังเกตของผู้อื่นเกี่ยวกับลักษณะความผิดปกติของผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดให้ความหมายของอคติจากสังคมว่า เป็นการที่บุคคลอื่นสังเกตว่าผู้ป่วยหรือให้ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ปกติเกิดขึ้นทั้งทางด้านการรับประทานยาที่เป็นประจำทุกวัน , บุคลิกภาพที่ดูเชื่องช้า ที่อๆ เหมือนหุ่นยนต์ , รูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนไปจากเมื่อก่อนผู้ป่วยเคยมีรูปร่างที่ดูดี และความสามารถในการทำงานจากเมื่อก่อนที่ผู้ป่วยสามารถเคยทำงานได้แข็งแรง และอดทนแต่ในปัจจุบันผู้ป่วยสามารถอดทนทำงานได้เพียงระยะสั้นๆ หรือทำงานไม่ได้เลย เป็นสิ่งที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยไม่ปกติแตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคมและสิ่งเหล่านี้เองที่เชื่อมโยงก่อให้เกิดการรับรู้ทางลบของสังคมกับผู้ป่วยหรือผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ดี น้อยใจ เสียใจ ท้อแท้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

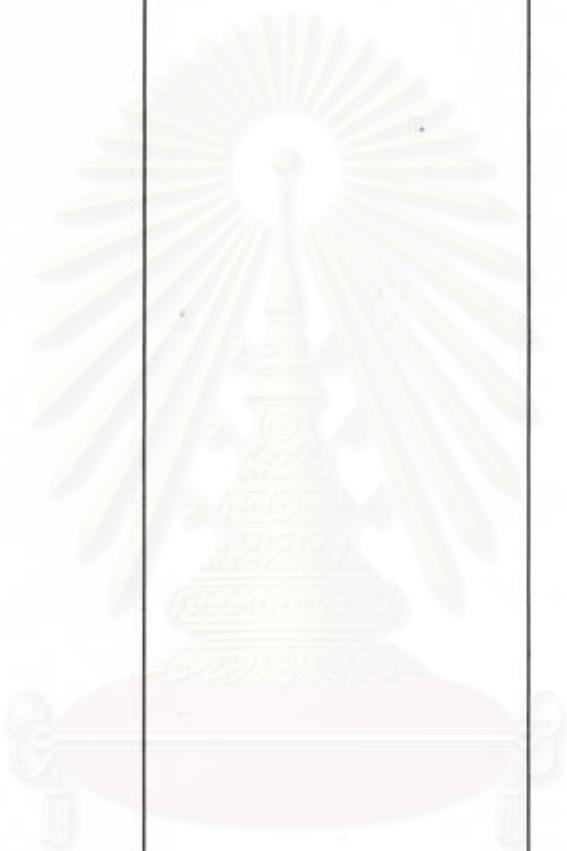


ภาคผนวก ข
บันทึกภาคสนาม
แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น
แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

บรรทัด	ข้อความ	การให้รหัส
	 <p style="font-size: 2em; color: #808080; text-align: center;">สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	

แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../..... เวลา.....น.

การวางแผนเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../..... เวลา.....น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์.....

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่ม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ประเด็นที่ต้องการคำอธิบายเพิ่ม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. อื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ตารางที่ 3 การรวบรวมข้อมูลจากการจัดบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ (field notes)

รายชื่อ	ครั้งที่	วันที่	เวลาสัมภาษณ์	รวมระยะเวลา	สถานที่
1	1	5 ก.พ. 49	เวลา 9.00-10.00 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
	2	26 ก.พ. 49	เวลา 10.30-11.30 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
2	1	5 ก.พ. 49	เวลา 9.00-9.30 น.	30 นาที	- แผนกจิตเวช
	2	26 ก.พ. 49	เวลา 10.00-10.30 น.	30 นาที	- แผนกจิตเวช
3	1	6 ก.พ. 49	เวลา 8.30-9.00 น.	30 นาที	- แผนกจิตเวช
	2	26 ก.พ. 49	เวลา 10.30-11.30 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
4	1	6 ก.พ. 49	เวลา 11.00-11.30 น.	30 นาที	- แผนกจิตเวช
	2	27 ก.พ. 49	เวลา 10.30-11.30 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
5	1	12 ก.พ. 49	เวลา 9.30-10.00 น.	30 นาที	- แผนกจิตเวช
	2	19 มี.ค. 49	เวลา 10.30-11.30 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
6	1	13 ก.พ. 49	เวลา 10.00-11.00 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
	2	19 มี.ค. 49	เวลา 10.30-11.30 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
7	1	14 ก.พ. 49	เวลา 8.30-9.00 น.	30 นาที	- แผนกจิตเวช
	2	14 มี.ค. 49	เวลา 10.30-11.30 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
8	1	20 ก.พ. 49	เวลา 9.00-10.00 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
	2	21 มี.ค. 49	เวลา 11.30-12.00 น.	30 นาที	- แผนกจิตเวช
9	1	22 ก.พ. 49	เวลา 9.00-9.30 น.	30 นาที	- แผนกจิตเวช
	2	29 มี.ค. 49	เวลา 10.30-11.30 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช

รายที่	ครั้งที่	วันที่	เวลาสัมมนา	รวมระยะเวลา	สถานที่
10	1	2 มี.ค. 49	เวลา 9.00-9.45 น.	45 นาที	- แผนกจิตเวช
	2	26 มี.ค. 49	เวลา 10.30-11.00 น.	30 นาที	- แผนกจิตเวช
11	1	2 มี.ค. 49	เวลา 9.00-10.00 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
	2	26 มี.ค. 49	เวลา 10.30-11.30 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
12	1	6 มี.ค. 49	เวลา 8.00-9.00 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
	2	26 มี.ค. 49	เวลา 11.30-12.00 น.	30 นาที	- แผนกจิตเวช
13	1	7 มี.ค. 49	เวลา 9.00-9.45 น.	45 นาที	- แผนกจิตเวช
	2	26 มี.ค. 49	เวลา 10.30-11.30 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
14	1	7 มี.ค. 49	เวลา 9.45 -10.45 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
	2	27 มี.ค. 49	เวลา 10.30-11.30 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
15	1	9 มี.ค. 49	เวลา 9.00-10.00 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
	2	28 มี.ค. 49	เวลา 10.30-11.50 น.	20 นาที	- แผนกจิตเวช
16	1	10 มี.ค. 49	เวลา 8.00-8.45 น.	45 นาที	- แผนกจิตเวช
	2	29 มี.ค. 49	เวลา 10.30-11.30 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
17	1	10 มี.ค. 49	เวลา 9.00-10.00 น.	1 ชั่วโมง	- แผนกจิตเวช
	2	30 มี.ค. 49	เวลา 10.45 -11.15 น.	30 นาที	- แผนกจิตเวช

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ดร.วิภาวี เผ่ากันทรภกร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
4. รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
5. พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวปนิดา อินทรรักษ์ เกิดวันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ.2523 ภูมิลำเนา จังหวัดพิจิตร จบการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร สำเร็จเมื่อปีการศึกษา 2545 หลังจากนั้นเข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 3 ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จนถึงปัจจุบันตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 4 และได้ลาศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ที่คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย