

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) พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบมากที่สุดประมาณครึ่งหนึ่งของโรคจิตเวชทั้งหมด (Bethesda, 1999) และจากสถิติกรมสุขภาพจิตพบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ในทางเศรษฐศาสตร์นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม และสูญเสียมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 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 เรืองตระกูล, 2545)

ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของความคิด และการรับรู้เป็นหลักซึ่งทำให้เสื่อมเสียหน้าที่หลายๆด้าน เช่น การดูแลตนเอง , การประกอบอาชีพ , การเข้าสังคม และมีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว (มานิตและจำลอง , 2542) จึงถูกสังคมมองว่าเป็นบุคคลที่มีอันตรายและน่ากลัว เกิดทัศนคติทางลบต่อบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชและพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ทางลบจากคนรอบข้าง (negative social perception) และคนในสังคมมากที่สุดในบรรดาโรคจิตเวชอื่นๆ อันส่งผลให้เมื่อผู้ป่วยเกิดการรับรู้ทางลบจากสังคมแล้วเกิดความตึงเครียด รู้สึกไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ต้องดิ้นรนต่อสู้กับทัศนคติในทางที่ไม่ดี และลดคุณค่าของตนเองพัฒนากลวิธีในการจัดการกับความรู้สึกทางลบของสังคม จากการศึกษาที่ผู้ป่วยที่ล้มเหลวก็ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้อย่างเพียงพอเป็นสาเหตุทำให้บุคคลรู้สึกถูกทอดทิ้ง (Jilling and Alexus, 1999) ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตผู้ป่วยต้องอยู่อย่างว่าเหว่ ท้อแท้หมดหวัง รู้สึกว่าตนเองมีความผิดมีบาป เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม (เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ และคณะ, 2547) รวมทั้งรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยลดลง ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความหวังในชีวิต (จิราพร จิระสถิตย์, 2542) ปฏิเสธการเข้ารับการรักษาตามเวลาและการมาพบแพทย์ตามนัด ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท (ปวิตร ไชยน้อย, 2546)

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

ในอดีตนั้นการเจ็บป่วยทางกายด้วยโรคต่างๆ เช่น มะเร็ง ลมบ้าหมู เป็นเสมือนตราบาป (stigma) ที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ทางลบของสังคมของคนป่วยด้วยโรคดังกล่าว ส่วนในปัจจุบันอดีตเนื่องจากการเจ็บป่วยทางกายได้ลดลงมาก แต่ความผิดปกติทางจิตได้กลายมาเป็นอดีตที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคมอันยิ่งใหญ่และสำคัญ (Bolton, 2003) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับอคติจากสังคมที่เกิดจากที่สังคมมองว่าเป็นบุคคลที่มีอันตรายและน่ากลัว ไม่สามารถคาดเดาพฤติกรรมที่แสดงออกได้ เด็ดขาด เด็ดขาด (อภิศมัย ศรีรังสรรค์, 2546) และเกิดการแบ่งแยก (Discrimination) หรือถูกกีดกันออกจากชุมชน (Sokratis & Scott, 2004) ถูกรังเกียจเหยียดหยามจากสังคม หวาดกลัว ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ถูกปฏิเสธจากสังคม จำกัดโอกาสในการทำงาน ไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ (Lai, Hong & Chee, อ้างถึงในเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) รวมทั้งผู้ป่วยยังคงถูกเลือกปฏิบัติ เช่น ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาล ผู้ที่ส่งเบี้ยประกันมาตลอดชีวิตไม่มีโอกาสได้ใช้สิทธิเมื่อป่วยด้วยโรคจิตเวช (รัศมดา ทรัพย์ระสี, 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 เคยถูกเหมินหนี หรือถูกหลีกเลียงหลังเปิดเผยว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชและผู้ป่วยส่วนมากพยายามปิดบังข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยไม่ให้ใครรับรู้ และอคติจากสังคมที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของสังคมทางลบ (negative social perception) ต่อผู้ป่วยยังเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้อาการทางจิต เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและทำให้การรักษาล่าช้าออกไป (Byrne, 1999)

ดังนั้นอคติจากสังคมที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของสังคมทางลบต่อผู้ป่วย (negative social perception) จึงทำให้เกิดความไม่กล้าเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมชาย พลอยล้อมแสง และชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล (2547) เรื่องการสำรวจทัศนคติของประชาชน เกี่ยวกับสุขภาพจิต ตราบาป (stigma) และการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการใน สถานบริการสุขภาพจิต พบว่าปัจจัยเพียงปัจจัยเดียว ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ สุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ การมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และ สุขภาพจิตมิใช่เป็นตราบาป และการรับรู้ตราบาปจากสังคมยังส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเห็น คุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียความหวังในชีวิต เกิดภาวะซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล (Sokratis and Scott, 2004) มีภาพลักษณ์ที่ไม่น่าคบหาด้วยทำให้ผู้ป่วยเก็บตัว แยกตนเองออกจากสังคม ไม่อยากขอความช่วยเหลือจากใครไม่ยอมมีชีวิตอยู่ มีความคิดการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (Bhatia, 2002) และสุดท้ายหาทางออกในการแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย (Link & Phelan, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pompili ,Mancineli and Tatarelli (2003) ที่พบว่า การรับรู้ทางลบของสังคมเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายและการป้องกันการฆ่าตัวตายก็คือการลดอคติ ที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของสังคมทางลบนั่นเอง และอคติที่ผู้ป่วยได้รับจากสังคม (negative social perception) และชุมชนยังเป็นอุปสรรคที่ยิ่งใหญ่ที่สุดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอีกด้วย (Sartorious ,1998 อ้างถึงในสมชาย พลอยล้อมแสง และชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล, 2547)

นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชยังได้รับการรับรู้ทางลบของสังคมจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ ภาพยนตร์ นิตยสาร เป็นต้น ซึ่งสื่อมวลชนมีอิทธิพลอย่างมากในการกำหนด แนวคิด หรือทัศนคติของสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวชบ่อยครั้งที่สื่อช่วยส่งเสริมการเกิดการรับรู้ทางลบ ของสังคมขึ้นในผู้ป่วยจิตเวช ด้วยการนำเสนอโรคจิตเวชในแนวทางที่ไม่ถูกต้อง และน่ารังเกียจ ทำให้สาธารณชนหวาดกลัว หรือไม่เห็นใจผู้ที่เป็นโรคเหล่านี้ โดยการพาดหัวข่าวต่างๆ เช่น “ตำรวจตามล่า ฆาตกรโรคจิต” หรือภาพยนตร์ของขวัญที่ผู้ร้าย “หนีออกมาจากสถานกักกันคน บ้า” ประหนึ่งว่าคนที่เป็นโรคจิตเวชทุกคนนั้นก้าวร้าว รุนแรง ทั้งที่การวิจัย พบว่า จริงๆนั้นผู้ป่วยจิต เวชนั้นมีแนวโน้มจะตกเป็นเหยื่อความรุนแรงมากกว่าที่เป็นผู้ก่อเหตุ (อภิสมัย ศรีรังสรรค์, 2546) และส่งผลทำให้เกิดความเชื่อผิดๆ ต่อผู้ป่วยจิตเวช (รัศมดา ครประเสริ, 2546) เช่นเดียวกับการ ศึกษาผลกระทบข่าวความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเภททางเด็กนักเรียนในโรงเรียนเอกชน กรุงเทพมหานคร ต่อผู้ป่วยจิตเภทและญาติ ของ กอบโชค จวงษ์และสมชาย จักรพันธ์ (2549) พบว่าการก่อเหตุรุนแรงที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติในด้านลบ เช่น อาการกำเริบ เกิดตราบาป ซึ่งจากการรับรู้ความรู้สึกเป็นตราบาปส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยใน หลายด้าน เช่น ขัดขวางไม่ให้เข้ารับบริการช่วยเหลือ การฟื้นจากอาการป่วยทางจิตเวชเป็นไปได้ ยากขึ้น กัดกร่อนความมั่นใจในตนเองและทำให้ผู้ป่วยอายไม่เข้าสมาคม กับผู้อื่น กลัวความเข้าใจ

ผิด การเยาะเย้ยและล้อเลียน หางานทำและหาที่อยู่อาศัยยากตลอดจนได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนท้องถิ่นได้ยากขึ้น (รัตนา ครุประสี, 2546) และการรับรู้ของสังคมทางลบยังเป็นวัฏจักรเลวร้ายของผู้ทุกข์ทรมานในการป่วยทางจิต และทำให้เสียประโยชน์ในชีวิตและสังคม แวดล้อมหลายอย่าง 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 แดงด้อมฤทธิ์และคณะ (2547) ซึ่งศึกษาการให้ความหมาย ปัญหา และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับตราบาปจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว เป็นต้น แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งในประเทศและต่างประเทศในสาขาการพยาบาล และจากการศึกษายังพบว่าถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีงานทำและสามารถเข้ากับครอบครัวได้ความรู้สึกกังวลจะลดลง และสมาชิกในครอบครัวจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนก่อนการเจ็บป่วย (Huffane & Clausen, 1975 อ้างถึงใน สุธีรา สุนทรระกูลและมาลี แจ่มพงษ์, 2532) และผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและชุมชนได้อย่างปกติสุข

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

เป็นองค์ความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเหมาะสมกับบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เนื่องจากแนวคิดการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในงานวิจัยนี้จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจและเห็นความสำคัญของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หรือที่เรียกว่าการดูแลแบบองค์รวมนั่นเอง เพราะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทด้วยกระบวนการทางร่างกายและจิตของผู้ป่วยเป็นวิถีทางที่ดีที่สุดที่จะช่วยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีอย่างยาวนาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และยังเป็นการดำเนินงานตามคำขวัญของวันอนามัยโลกหรือ WORLD HEALTH DAY ปี ค.ศ. 2001 ที่มุ่งบริการสุขภาพจิตชุมชน พยายามลดตราบาปที่เกิดจากการรับรู้ทางลบของสังคม และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวช (สมชาย จักรพันธ์, 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 ที่ตนเองประสบทางสไตส์สัมผัสต่างๆ ฐานคติที่สำคัญคือมนุษย์เราจะรู้เรื่องดีในเรื่องที่ตนเองประสบมาก่อน ผ่านการรับรู้และการให้ความหมายในขณะที่มีสติสัมปชัญญะ (นิศา ทูโต, 2545) เมื่อเกิดการรับรู้หรือความรู้สึกต่างๆ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยแยกความคิดหรือประสบการณ์ของผู้วิจัยจนกว่าจะเข้าใจประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (Koch, 1995) จากการที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง การรับรู้ ความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับอคติจากสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวช เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ และบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ผู้ให้

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

คำจำกัดความในการวิจัย

ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้และถ่ายทอดออกมาโดยการบอกเล่าถึงการกระทำของตนเองในการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม ที่สื่อความหมายให้กับผู้วิจัยได้รับรู้ ในลักษณะของความหมายเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและจิตวิญญาณ

การรับรู้ทางลบของสังคม หมายถึง การประเมินของผู้ป่วยเกี่ยวกับปฏิกิริยาของสังคมเกี่ยวกับการถูกกีดกัน ปฏิเสธ ต่ำหนีดเตียน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกน่าอับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง เกิดความรู้สึกไม่ดีและไม่มีคุณค่า

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

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

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