

## 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 ชา ติธนานนท์ และสมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ความผิดปกติในด้านต่างๆ ที่พบ ได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์ ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง มีความผิดปกติด้านการรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่มีความจริง เช่น ได้ยินโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่า มีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย พฤติกรรมแปลกๆ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ฉะนั้นอาการของโรคจิตเภทจึงมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

### 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

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

#### 1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors)

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

2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factor) แนวความคิดเกี่ยวกับชีวเคมีในสมอง ที่ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทมีการอธิบายไว้ในหลายสมมุติฐาน 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 บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ 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)** การศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจฐานต่ำ ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานดีจึงทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis)

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

กล่าวโดยสรุปแล้วปัจจุบัน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมาจากหลายๆ ปัจจัย 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 และDisorganization dimension ได้แก่ พฤติกรรมการแสดงออกและคำพูดที่ไม่มีแบบแผน (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2541)

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

อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น ประสาทหลอนทางการได้ยิน (auditory hallucination) อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่นที่ไม่มี ความหมาย 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 บางคนบัสสาวะกลางที่สาธารณะ 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 เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

Asociality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

การดำเนินโรคของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2541)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่าในด้านการทำหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียน การทำงาน เริ่มแย่งลง 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 ส่วนด้านอารมณ์พบว่าจะแสดงอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ 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 หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วยหรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดจาโต้ตอบกัน

2. มีความเสื่อมหรือปัญหาในด้านสังคมและด้านการทำงาน เช่นด้านการทำงาน 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 เฉื่อยชา 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 เห็นจรรยาบอกมือให้สัญญาณเกิดความคิดว่าให้สัญญาณนั้นบอกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของประเทศ

- ประสาทหลอนทางหู พุดวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือพุดคุยโต้ตอบกันเอง เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือประสาทหลอนทางหูอื่นๆ ที่มาจากบางส่วนของร่างกาย

- ความคิดหลงผิดชนิดอื่นๆ เป็นอยู่ยาวนาน อาจเกิดกับอาการหลงผิดซึ่งเป็นชั่วคราว โดยที่ไม่มีอาการทางอารมณ์ที่เด่นชัดหรือความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าอย่างมาก ประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลานานอาจเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน

- ประสาทหลอนอื่นๆ เป็นอยู่ยาวนาน อาจเกิดกับอาการหลงผิดซึ่งเป็นชั่วคราว ไม่มีอาการทางอารมณ์ที่ชัดเจน หรือความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าอย่างมาก ประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลานาน อาจเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน

- มีการแตกแยกหรือสอดแทรกในกระแสความคิด ทำให้เกิดลักษณะความคิดไม่ปะติดปะต่อ ฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) หรือพุดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ (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) อารมณ์ที่อูๆ (Blunt) ไม่มีอารมณ์ตอบสนอง ซึ่งต้องแยกออกจากอารมณ์ซึมเศร้าหรือจากผลข้างเคียงของยารักษาโรค

- มีการเปลี่ยนแปลงมากและนานในเรื่องคุณภาพของบุคคลโดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจ ไม่มีจุดหมาย เกียจคร้าน ปลีกตัวออกจากสังคม หมกมุ่นในตนเอง

**หมายเหตุ** การวินิจฉัยแยกโรคใช้เวลากำหนด 1 เดือน โดยเริ่มนับในระยาะที่มีอาการทางจิตเท่านั้น ไม่นับในระยาะที่มีอาการนำ

นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถวินิจฉัยจำแนกโรคจากโรคจิตอื่นๆ ตามหลักเกณฑ์ของ Blueler ซึ่งได้แบ่งอาการของโรคออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (ไพร์ตัน พฤกษชาติคุณากร, 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 ที่มีปัญหามากหนีไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3- 6 สัปดาห์

1.5.2 การรักษาด้วยยา สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่แล้ว การรักษาด้วยยาจัดว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดีกว่า และสะดวกกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ นอกจากนี้ การรักษาด้วยยายังสามารถลดการอยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยพร้อมสำหรับการรักษาด้านจิตสังคม และยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง ก็ยังคงรับการรักษาด้วยยาต่อไปอีกอย่างน้อย 6 เดือน แต่ขนาดยาลดลง จนกระทั่งอาการคงที่ เพื่อลดอัตราการใช้โรงพยาบาลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 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 หรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามานานด้วยยาจิตเวช แต่อาการไม่ดีขึ้นจนไม่สามารถเพิ่มปริมาณยาได้มากกว่านี้ (จิรพันธ์ ชันแข็ง, 2548) หรือผู้ป่วยที่อาการทางจิตไม่ตอบสนองด้วยการรักษาทางยา อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe depression ด้วย เป็นการรักษาโดยการใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำจำนวนหนึ่งผ่านสมองเพื่อกระตุ้นให้เกิดอาการชักแบบทั้งตัว

1.5.4 การรักษาจิตสังคม 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 นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้ การทำครอบครัวบำบัดหรือความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

3) กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม 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) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นแล้วมักไม่หายขาด การดำเนินโรคพบว่ามีช่วงค่อยเป็นค่อยไปและจะกำเริบเป็นช่วงๆ เมื่อกำเริบบ่อยครั้งก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสื่อมในด้านการทำงานที่ต่างๆ เช่นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสารบกพร่อง มีพฤติกรรมแปลกๆ ซึ่งทำให้นุคคลส่วนใหญ่จะมองผู้ป่วยโรคจิตเภทในภาพลบทำให้เกิดความน่ากลัว 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 ลือบุญธวัชชัย, 2542) จาก การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรักษาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมาก ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน จากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่างๆ ของผู้วิจัยเกี่ยวกับสภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีสภาพปัญหาของการดำเนินชีวิตในขณะที่อาศัยอยู่ในชุมชน ดังนี้



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

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

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา (2547) เกี่ยวกับตราบาป : การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวต้องประสบกับปัญหา เมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตก็จะมีทัศนคติทางลบ หวาดกลัวไม่คบหา เมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจหรือไม่ติดต่อไม่ให้เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม ต้องประสบปัญหาในเรื่องของการหาที่พักอาศัย การหางานทำ ไม่มีเงินจ้างงาน หรือบางครั้งให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งการศึกษาของ ทิวาพร พูเพื่อง (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา ร้อยละ 57.5 ที่ไม่มีงานทำ และร้อยละ 50 ไม่มีรายได้ และสัมพันธ์กับ



การศึกษาของพันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องประสบปัญหาเมื่อบุคคลอื่นรับรู้ว่าเป็นโรคจิต คนทั่วไปพยายามหลีกเลี่ยง ไม่อยากคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้เห็นทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือไว้ใจไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยทางจิตยังคงถูกเลือกปฏิบัติ เช่น ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาล ผู้ที่ส่งเบี้ยประกันมาตลอดชีวิตไม่มีโอกาสได้ใช้สิทธิเมื่อป่วยด้วยโรคจิตเวช (รัศมีดา ครบประสี, 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) ที่ได้ศึกษารายการผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่น่าอาย พยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเองจากบุคคลอื่น การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อตนเอง ทั้งเรื่องของหน้าที่การงาน 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) และที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งพบว่า การรับรู้ทางลบของสังคม (negative social perception) ที่ผู้ป่วยทางจิตได้รับจากสังคมและชุมชนยังเป็นอุปสรรคที่ยิ่งใหญ่ที่สุดใน การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอีกเช่นกัน (Sartorius, 1998 อ้างถึงในสมชาย พลอย เลื่อมแสง และชรินทร์ ลิมสนธิกุล, 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

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวchyึดหลักการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความ 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 สร้างความสบายและสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้ ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขในครอบครัวที่อบอุ่นและมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่ เข้มแข็ง พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักตนเพื่อการดำรงสติ 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

- ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลจากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผลลัพธ์ที่คาดหวังและพิจารณาคูณค่าของผลลัพธ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

- จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งผลลัพธ์ระยะยาว คือการมีสุขภาพดีหรือการดำรงชีวิตหรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

ฉะนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชนของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีความต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นพยาบาลจิตเวช จึงต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมและมีแนวคิดดังนี้ (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2542)

- 1) เน้นบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านทั้งในขณะผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ โดยทีมสุขภาพซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพ

- 2) เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพร่วมกัน

- 3) เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

- ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติตัว สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข

- เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือ ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
- มีการบันทึกข้อมูลข่าวสารและมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

- เป็นการบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

นอกจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมและมีแนวคิดในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองสามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวอยู่ร่วมกันกับครอบครัว ชุมชน อย่างมีความสุขและต่อเนื่องตลอดชีวิต มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ตามแนวคิดดังที่กล่าวมาแล้วนั้น การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชจะต้องครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายและสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ซึ่งบทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชน 7 บทบาท ดังนี้ (อุบล นิวัตติชัย, 2527)

#### 1) บทบาทของผู้บำบัดขั้นต้น (Primary Therapist)

บทบาทของผู้บำบัดขั้นต้น หมายถึง การให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยซึ่งมีอาการที่ไม่รุนแรง และไม่ซับซ้อน หรือเป็นการบำบัดเพื่อการส่งต่อแก่ผู้ที่มีความชำนาญมากกว่า โดยใช้แบบการบำบัดอย่างย่อ (Short term therapy)

#### 2) บทบาทของผู้บริหารเรื่องยา (Drug Administration)

นอกจากจิตแพทย์แล้ว พยาบาลจิตเวช นับได้ว่าเป็นผู้ได้รับการศึกษาอบรมเรื่องยาให้แก่ผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรอื่นในทีมจิตเวช ความจริงงานนี้ไม่ได้ช่วยให้พยาบาลดีขึ้นในแง่วิชาชีพ แต่เท่าที่ผ่านมา จะพบว่าป็นงานซึ่งพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ให้เวลามากกว่าการพยาบาลอื่นๆ และบางครั้งละเลยการให้การพยาบาลบางชนิดที่การพยาบาลควรตัดสินใจทำได้ด้วยตนเอง 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 พยาบาลจิตเวชควรร่วมมือ ประสานประโยชน์ โดยทำหน้าที่เสมือนตัวแทนจากหน่วยบริการสุขภาพจิต

5) บทบาทของผู้บริหารงานสุขภาพจิต (Mental Health Administrator)

พยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีความรู้ความสามารถควรมีบทบาทในระดับของผู้วางแผนและกำหนดนโยบาย โดยมีความสามารถวิเคราะห์ ประเมินปัญหา กำหนดจัดลำดับความสำคัญและวางแผนการแก้ปัญหา จะต้องรู้จักกำหนดการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ที่มีการควบคุมและดำรงไว้ซึ่งบรรยากาศของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

6) บทบาทผู้นิเทศและผู้ให้คำปรึกษา (Supervisor and Consultant)

พยาบาลจิตเวช มีหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือการสนับสนุน ปรึกษา ประคับประคอง สอน บุคลากรอื่นให้ในงานจิตเวชชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามทิศทางที่มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน ทั้งในรูปแบบการให้คำแนะนำและช่วยปฏิบัติเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ยุ่งยากเกินความสามารถของพยาบาลทั่วไป

7) บทบาทพยาบาลจิตเวชในสถาบัน (Role of Psychiatric Nurse)

พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นพยาบาลจิตเวชในสถาบันอีกบทบาทหนึ่งที่อาจจะต้องรับในบางสถานการณ์ที่พยาบาลจิตเวชจะต้องลงมือปฏิบัติ โดยเฉพาะในปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน

นอกจากนี้สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่สำคัญก็คือ การผสมผสานแนวคิดและหลักการพยาบาลเชิงสังคมและวัฒนธรรมเข้าร่วมกับการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ พยาบาลจิตเวชจึงควรทำความเข้าใจและยึดหลักในการปฏิบัติ ต่อไปนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545)

1. ผู้บริการแต่ละรายมีสังคมและวัฒนธรรมของตน ที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง การดูแลจะต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว
2. วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการที่ให้บริการจะต้องรับรู้ ยอมรับ และดูแลอย่างเหมาะสม
3. การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจ และเอาใจใส่ ผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความร่วมมือของผู้รับบริการ
4. ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกบริการ
5. ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับความรู้ เข้าใจ โลกทัศน์ของผู้รับบริการ
6. การสังเกต ช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการตลอดจนสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสม

7. พยาบาลควรมีความสามารถในการพูดหรือสื่อความภาษาท้องถิ่นได้ จะช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปได้เร็วขึ้น

กล่าวได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะพยาบาลจิตเวชจะต้องมีทั้งการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเองและจัดการกับอคติจากสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เกิดจากการกลับไปดำรงชีวิตประจำวัน และเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชนให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ดี ลดการกลับเป็นซ้ำ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณค่า ปฏิบัติอาชีพการงานได้ (Pelletier, 1997:23 อ้างถึงในอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) เพราะจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าคนในชุมชนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าผู้ป่วย เป็นอันตรายจึงพยายามหนีห่าง ไม่เข้าใกล้ ไม่ยอมรับหรือบางครั้งไม่ให้เกียรติเป็นการสร้างอคติจากสังคม ดังเช่นการศึกษาของ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธและคณะ (2547) ที่พบว่า สิ่งที่ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกสะเทือนใจเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนสามารถกลับเข้าไปอยู่ในชุมชนได้ คือ การถูกรังเกียจและถูกซ้ำเติมจากเพื่อนบ้านหรือชุมชน ดังนั้นการให้การดูแลช่วยเหลือหรือการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจึงต้องคำนึงถึงทัศนคติของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งสำคัญ และถ้าจะให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดกับผู้ป่วยจริงๆ นอกจากการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยของชุมชน นั่นก็คือการจัดการกับการรับรู้อคติจากสังคมที่เกิดขึ้นของตัวผู้ป่วยว่ามีการจัดการอย่างไรและมีความรู้สึกอย่างไรหลังจากประสบกับเหตุการณ์นั้นแล้ว เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติที่แท้จริงในชุมชน

## 2. แนวคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้

### 2.1 ความหมายการรับรู้

จากการทบทวนวรรณกรรมในส่วนของความหมายการรับรู้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีการกล่าวไว้ในหลายลักษณะแตกต่างกันเกี่ยวกับการรับรู้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

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

มาลี สนิทเกษตริน (2519) ให้ความหมายว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลได้รู้เรียนรู้สิ่งต่างๆ ซึ่งอยู่รอบตัวเราและในตัวของเราเอง โดยอาศัยประสาทสัมผัส คือ การเห็น การ

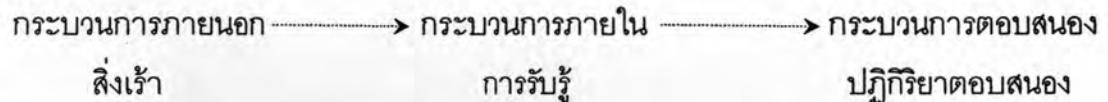
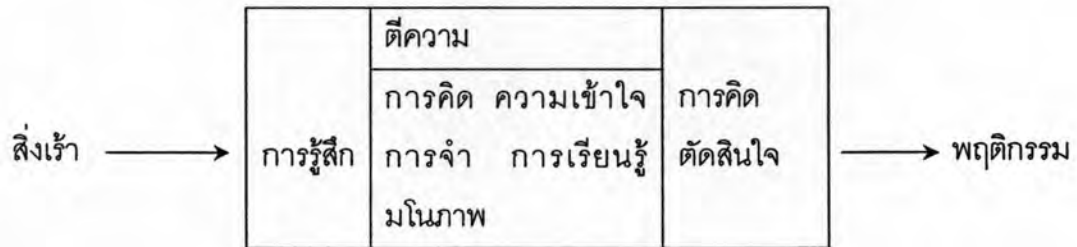
ได้ยิน การรู้สึก การสัมผัส การลิ้มรส การได้กลิ่น เป็นต้น โดยวิธีการที่สิ่งเร้าจะส่งไปสู่สมอง สมองก็จะเลือกสิ่งที่จะรับรู้และจัดระเบียบหรือหมวดหมู่ของสิ่งที่รับรู้ส่งออกมาสู่ภายนอก

ชม ภูมิภาค (2516) ให้ความหมายว่า การรับรู้เป็นการแปลความหมายจากสิ่งเร้า เป็นกระบวนการหาความหมายของสิ่งเร้า

ลักขณา สรีวัฒน์ (2530) ให้ความหมายว่า การรับรู้เป็นการแปลหรือการตีความแห่งการสัมผัสที่ได้รับออกมาเป็นสิ่งเร้าสิ่งใดที่มีความหมายอันเป็นสิ่งที่ยึดและเข้าใจ

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



นอกจากนี้ King (1981) ได้ศึกษาและรวบรวมแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับการรับรู้ และสรุปคุณลักษณะของการรับรู้ไว้ 4 ข้อ ดังนี้คือ

1. การรับรู้เป็นเอกภาพ (Universal) King กล่าวว่ามนุษย์ทุกคนสามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิดจนตาย โดยจัดเรียงลำดับจากรูปธรรมและให้ความหมายต่อสิ่งเร้า หลังจากนั้นก็จะเก็บไว้ในความทรงจำของแต่ละบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าเดิมอีกครั้ง มนุษย์ก็จะดึงประสบการณ์ในอดีตมาช่วยพิจารณา 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 เนื่องจากความรู้ความจำเดิมจะช่วยแปลความหมายให้ทราบว่าเป็นอะไร

2. มีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรม คือเมื่อรับรู้แล้วย่อมเกิดความรู้สึกและมีอารมณ์ พัฒนามาเป็นเจตคติ แล้วพฤติกรรมก็ตามมาที่สุด

### 3. แนวคิดอคติจากสังคม (Stigma)

แนวคิดเกี่ยวกับตราบาป (stigma) นี้ Goffman (1963) เป็นคนแรกที่ได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับตราบาป และได้อธิบายว่าตราบาปในสมัยกรีกว่าหมายถึง เครื่องหมายที่แสดงให้เห็นความผิดปกติของร่างกายและความไม่ดีเกี่ยวกับการประพฤติผิดข้อบัญญัติของศาสนา โดยเครื่องหมายนั้นเป็นการประกาศว่าบุคคลผู้นั้นเป็นนักโทษเป็นอาชญากร เป็นคนที่ทรยศต่อชาติ บ้านเมืองเป็นบุคคลที่ไม่น่าคบหาสมาคมด้วย เป็นต้น ต่อมาในสมัยคริสตกาลใช้คำว่าตราบาปใน 2 ลักษณะ ลักษณะแรกเป็นสิ่งที่แสดงถึงความน่ากลัวของร่างกายที่ปรากฏออกมาจากผิวหนังหรือความผิดปกติของร่างกาย ลักษณะที่สองเป็นความผิดจากความเชื่อทางศาสนา ทุกวันนี้คำว่าตราบาป ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในลักษณะของความรู้สึกบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้บุคคลอับอายขายหน้า 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 จะต้องมีเป้าหมายร่วมกัน สมาชิกแต่ละคนในสังคมนั้นจะปฏิบัติหน้าที่ของตนตามฐานะตำแหน่งทางสังคมที่ตนดำรงอยู่ มีกฎข้อบังคับ ธรรมเนียมประเพณี ที่ต้องปฏิบัติตาม มีค่านิยม (value) ซึ่งหมายถึงพลังจูงใจที่จะทำให้คนหรือกลุ่มสังคมตัดสินใจหรือประเมินว่าใดสิ่งบ้างที่ตนประสงค์หรือไม่ประสงค์ดีหรือเลวค่านิยมนั้นเป็นนามธรรมที่อยู่เหนือกฎข้อบังคับทางสังคม เปรียบเสมือนเป็นมาตรฐานที่เป็นเครื่องชี้วัดถึงพฤติกรรมทางสังคม สิ่งใดบ้างที่พึงประสงค์และควรแก่การยกย่องชมเชย มาตรฐานนี้เป็นที่ยอมรับของบรรดาสมาชิกในสังคม อีกทฤษฎีหนึ่งคือ ทฤษฎีสัญลักษณ์สัมพันธ์ (Symbolic interaction theory) เป็นการมองว่าบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสังคมย่อมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยมีสัญลักษณ์เป็นสื่อ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์สิ่งที่สำคัญอยู่ที่การมีและใช้ความหมายร่วมกัน เช่น ในเรื่องของความเจ็บป่วย การตีตราเป็นเรื่องของการให้ความหมายทางสังคม ต่อลักษณะทางสรีระของผู้ป่วยว่าเป็นภาพพจน์ของร่างกายที่น่ารังเกียจ น่าขยะแขยง

จะเห็นได้ว่าในอดีต การตีตราจะเกี่ยวข้องกับภาพพจน์ของร่างกายเพียงอย่างเดียวแต่ปัจจุบันรวมไปถึง 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 และทัศนคตินั้นจะต้องมีผลต่อปฏิกิริยาโต้ตอบหรือพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นผลมาจากการรับรู้ด้วย

เมื่อบุคคลรับรู้ต่อการถูกตีตราจะทำให้เกิดความตึงเครียด (tension) รู้สึกว่าตนไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม บุคคลต้องดิ้นรนต่อสู้กับทัศนคติที่ไม่ดี และลดคุณค่าของตนเองลงพัฒนา กลวิธีในการจัดการกับการตีตรา บุคคลที่ล้มเหลวก็ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ 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 เครื่องหมายของความอวดสู (shame) และไม่เชื่อถือ (discredit)

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

Ostman & Kjellin (2000) และ Byne (1999) (อ้างถึงใน เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) อคติจากสังคม (stigma) หมายถึง เครื่องหมายของความอับอายหรือสิ่งที่ทำให้เสียชื่อเสียงซึ่งทำให้บุคคลนั้นแตกต่างจากคนอื่นๆ

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

จิราพร จิระสถิตย์ (2542) อคติจากสังคม (stigma) หมายถึง ลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ซึ่งส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนจากบุคคลปกติธรรมดา เป็นบุคคลที่ไม่บริสุทธิ์ ต่างพร้อย มีมลทิน เสื่อมเสีย ไร้คุณค่า น่าอวดสู และไม่น่าเชื่อถือ



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

กล่าวโดยสรุป อคติจากสังคม (stigma) หมายถึง การรับรู้ ของผู้ป่วยในการถูกกีดกัน ปฏิเสธ ต่ำหนิติเตียน ทำให้รู้สึกน่าอับอาย 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) เป็นการกระทำผิดต่างๆไป หรือกระทำผิดโดยไม่เจตนา ภายใต้ภาวะการณ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ความรู้สึกนึกคิด โครงสร้างจิตใจของแต่ละบุคคล ปฏิกิริยาของสังคมที่ทำการลงโทษมีเพียงเล็กน้อย ถ้ากระทำผิดซ้ำก็จะได้รับการให้อภัยและไม่ถูกอคติ
2. ความเบี่ยงเบนทุติยภูมิ (Secondary Deviance) เป็นการกระทำผิดที่เกิดขึ้นบ่อยๆ



หรือมีความเบี่ยงเบนมาก สังคมไม่ยอมรับ ปฏิกริยาของสังคมที่ลงโทษจะมีความรุนแรง และมีการเกิดอคติผู้กระทำผิดส่งผลต่อโครงสร้างทางจิตใจ ทศนคติ ตลอดจนบทบาททางสังคมของบุคคลนั้นก่อให้เกิดการปรับตัวหรือปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับการเกิดอคติที่สังคมกำหนดให้

### 3.4 การรับรู้ทางลบของสังคมต่ออคติจากสังคม (stigma)

ตราบาป (stigma) ทุกๆ สังคมมีลักษณะซึ่งเป็นที่ต้องการและไม่ต้องการการตอบสนองต่อ stigma มีตั้งแต่เมตตาสงสารจนถึง จับข่า ระหว่างกลางรวมถึงแต่การหลีกเลี่ยง การเพิกเฉยไม่นำพา ซึ่งบางที่ปฏิกริยาตอบสนองอาจเหมือนหรือแตกต่างกันจากในอดีตและปัจจุบัน และหลายๆ สังคม ปฏิกริยาตอบสนองอาจไม่เป็นไปในทางลบอย่างเดียวน่าจะเป็นไปในทางบวกด้วย เช่น บุคคลแสดงอาการเป็นศัตรู ลงโทษ ไม่เกี่ยวข้อง ในขณะที่เดียวกันก็อาจได้รับการสนับสนุน ความสงสารเห็นใจ และยกโทษ ตัวอย่างเช่น ปฏิกริยาต่อคนไข้โรคจิต มักมองว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะตกเป็นเหยื่อความรุนแรงมากกว่าที่เป็นผู้ก่อเหตุ เป็นต้น

ปฏิกริยาที่สำคัญของสังคมต่อผู้ป่วยที่มีโรคที่มีตราบาป ได้แก่ การจำกัดความสัมพันธ์และตัดขาดความสัมพันธ์ทางสังคม ความสัมพันธ์ที่จำกัดนี้ยังรวมไปถึงบุคคลที่สัมพันธ์กับผู้ที่ถูกตราบาปอันได้แก่เพื่อนที่ใกล้ชิด ญาติผู้ป่วย Goffman เรียกว่า "courtesy stigma" ซึ่ง courtesy stigma เป็น stigma ซึ่งสร้างมาจากสังคมไม่ใช่ลักษณะของตัวเอง ซึ่งผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่มีตราบาปก็จำเป็นต้องยอมรับตราบาปที่ถูกยัดเยียดให้ (พิมพิวัลย์ บุญมงคล, 2542)

กล่าวได้ว่า ทุกสังคมมีโรคหรืออาการผิดปกติที่มีตราบาป ทุกๆ สังคมมีความเชื่อเกี่ยวกับความหมายทางสังคมของลักษณะหนึ่งลักษณะใดที่มีตราบาปอยู่ด้วย แม้ว่าในหลายๆ สังคมลักษณะบางอย่างนำไปสู่การมีตราบาปคล้ายกัน เช่น โรคที่เป็น "อันตราย" แต่แนวความคิดที่ว่าอะไรทำให้เกิดตราบาปแตกต่างกันไป ตราบาปเป็นการสร้างทางวัฒนธรรมและเป็นสิ่งที่สะท้อนจากวัฒนธรรม ซึ่งแหล่งกำเนิดของบุคคลเกิดจากการ socialization จากสื่อต่างๆ ศาสนา ครอบครัว การใช้ภาษาในชีวิตประจำวัน จากปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ในบางครั้งตราบาปถูกสร้างขึ้นเพื่อพิทักษ์ให้โครงสร้างสังคมให้ดำรงไว้หรือเพื่อกีดข่มกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งและจรรโลงไว้ซึ่งความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม อันส่งผลต่อกระบวนการของการเกิดตราบาปกับบุคคล คนที่มีอำนาจในสังคมสามารถบังคับยับยั้งบรรทัดฐานค่านิยมและความเชื่อรวมทั้งความหมายทางวัฒนธรรมของลักษณะและตราบาปที่ติดมากับลักษณะเหล่านั้นแก่กลุ่มคนซึ่งไร้อำนาจ ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิต ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ตั้งแต่วินาทีนั้นว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต เป็นตราบาปที่ติดตัวผู้ป่วยไปตลอดชีวิต เปรียบเสมือนแผลเป็นบนใบหน้าที่ไม่สามารถลบเลือนได้ ทำให้คนทั่วไปไม่อยากคบหาสมาคม ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วย มองผู้ป่วยในแง่ลบ ตราบาปนี้จึงมีผลกระทบอย่างมากต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในด้านชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การงานทำ 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. ทักษะชีวิตของบุคคลากร ในโรงพยาบาลจิตเวช ทั้งจิตแพทย์และทีมผู้รักษา ได้เสริมตราบาปที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช ตึกจิตเวชมีลักษณะโครงสร้างตึกเฉพาะไว้สำหรับควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น มีลูกกรงล้อมรอบ มีห้องแยก โดยอ้างว่าเพื่อการรักษาและเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลจะถูกตัดสิทธิ์ส่วนตัวต่างๆ 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 เพราะสังคมจะมองว่าผู้ป่วยทางจิตเป็นที่ยอมรับไม่ได้ ไม่มีความสามารถ แก้ไขปัญหาด้วยตัวเองไม่ได้ ถ้าผู้ป่วยเข้มแข็งกว่านี้ก็ไม่จำเป็นต้องใช้ยาทางจิตเวชแล้ว

5. ทักษะชีวิตในสังคม คนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเวชนั้นอันตราย ก้าวร้าว ทั้งที่ตามความเป็นจริงแล้ว มีผู้ป่วยจิตเวชเพียงคิดเป็นร้อยละ 3 เท่านั้น ที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงได้ แต่จาก

สื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์จะมีภาพยนตร์ที่แสดงถึงอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 77 หรือมีข่าวอาชญากรรมที่กระทำโดยผู้ป่วยจิตเวช จะมีการประโคมข่าวอย่างครึกโครม ทั้ง ๆ ที่ความเป็นจริงมีเพียงจำนวนน้อยมาก เมื่อเทียบกับคดีอาชญากรรมที่เกิดจากการกระทำของคนปกติทั่วไป

6. ครอบครัวยุคใหม่ เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ครอบครัวมักจะมีทัศนคติคิดว่าตนเองมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยสมควรจะรับผิดชอบต่อการป่วยนี้ แล้วยังถูกเสริมด้วยความเชื่อของบุคลากรทางการแพทย์ยุคก่อนว่า โรคทางจิตเวชนั้นเกิดจากครอบครัวที่มีปัญหาการเลี้ยงดูเด็กไม่เหมาะสม ซึ่งในปัจจุบันเราพยายามเปลี่ยนความเชื่อที่ผิดเหล่านั้น และให้ความรู้ถึงสาเหตุการเกิดโรคทางจิตเวช โรคทางจิตเวชสามารถทำลายครอบครัวได้ การหย่าร้างพบได้บ่อยสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นไปในทางลบและยังมีผลต่อเนื่องถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ครอบครัวต้องรับผิดชอบ

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

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอคติจากสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมในส่วนของจัดการกับอคติทางสังคมในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีการกล่าวไว้ในหลายลักษณะแตกต่างกันเกี่ยวกับการจัดการกับอคติจากสังคม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Apple (1980) และ Giroux (1983) กล่าวว่าบุคคลมีแนวโน้มที่จะต่อต้านเปลี่ยนแปลงอุดมการณ์ที่ถูกยึดเหนี่ยวให้แก่เขา บุคคลมีความสามารถที่จะปรับตัวและต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ที่มากกระทบต่อตัวเองได้ รวมทั้งปัญหา ทรานาป ซึ่งคนที่มิตรานาปอย่างต่อเนื่องมักต่อสู้กับสถานภาพต่ำต้อยของกระบวนการตีตราอันนี้ 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) เผชิญหน้าหรือปฏิเสธตราบาป

1. การจัดการ และปิดบังข้อมูล (Information management) : GOFFMAN (1963) กล่าวว่าผู้มีตราบาปต้องเลือกระหว่างแสดงหรือไม่แสดง บอกหรือไม่บอก ปล່อยให้เป็นที่ไปหรือไม่ ปล່อยให้เป็นที่ไป โทกโทกหรือไม่โทก และในแต่ละกรณีกับใคร อย่างไร เมื่อใด และที่ไหน การศึกษาของ Inhorn เรื่อง Herpe แสดงถึงประเด็นของการเปิดเผยข้อมูลแก่คู่รัก เพื่อน ครอบครัว และความสำคัญของ " การเลือกที่จะเปิดเผย" กลวิธีในการปิดบังข้อมูล มีรูปแบบอยู่ 6 ประเภทด้วยกัน

1.1 กลวิธีหนึ่งเรียกว่า "passing" ซ่อนเร้นตราบาปโดยการควบคุมและปิดบังข้อมูลซึ่งจะเป็นสัญญาณให้ผู้อื่นรู้ถึงความเป็ยเบนของเขา เช่น คนปัญญาอ่อนมีความสามารถที่จะ "pass" หรือปิดบังปัญหาในการอ่านและการเขียนโดยการใช้เรื่องของการตีพิมพ์ หรือลืมนั่นตา เป็นการแก้ตัว

1.2 อีกเทคนิคหนึ่ง - หลีกเลียงที่จะมีสัมพันธภาพ พบปะกับสัญลักษณ์ของตราบาป เช่น หลีกเลียงที่จะพบปะคนปัญญาอ่อนด้วยกัน

1.3 การใช้สัญลักษณ์เพื่อป้องกันบุคคลจากการถูกมองว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมเป็ยเบน เช่น เพื่อเป็นการหลีกเลียงการเปิดเผยเรื่อง Homosexuality gay ชายสัญชาติแม็กซิกัน มักหลีกเลียงที่จะพบปะสังคมนักหญิง และมีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้หญิง

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

1.5 covering บุคคลพยายามประกันว่าตราบาปจะไม่รบกวนในระหว่างการพบปะสังสรรค์กับผู้อื่นๆ

1.6 Information management รวมถึงการเปิดเผยข้อมูล เช่น ในการศึกษาผู้เป็นลมบ้าหมู พบว่าการเปิดเผยโรคให้ผู้อื่นรู้ เป็นการสะท้อนถึงความรู้สึกผิดเท่ากับมีหน้าที่ เป็นการรักษาเพราะเปรียบเทียบเสมือนการ share หรือระบายข้อมูลของตนออกมา

2. Destigmatization (Goffman, 1963) กลวิธีนี้ตรงข้ามกับวิธีการปิดบังข้อมูล ผู้ที่มีตราบาปจะเปิดเผย เผชิญกับปัญหาการตีตราด้วยจุดประสงค์ที่จะลดตราบาปที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่ถูกตีตราต้องพยายามรักษาเอกลักษณ์ในทางบวกหรือปกติ และเอกลักษณ์ในสังคม

Destigmatization กระบวนการซึ่งบุคคลต้องการสละภาพพจน์ของการเป็ยเบนออกและแทนที่ด้วยภาพลักษณ์ในทางบวก 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 สิ่งที่คุณต้องสู้กับการมีตราบาป และตีความ/เปลี่ยนแปลงประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเสียใหม่ ในลักษณะของความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่ม

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

การใช้อุปมาอุปมัยสำหรับภาพพจน์ในทางลบต่อการเจ็บป่วยในสังคม ปฏิบัติทางในทางลบต่อการเจ็บป่วยและคนที่ป่วย Illness as metaphor – Susan Sontag ความพยายามที่จะ deal กับความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมของการเจ็บป่วย Sontag เป็นนักเขียนและเป็นผู้ป่วยมะเร็ง เสนอว่าขณะที่อาการและสัญญาณของการเจ็บป่วยมีลักษณะทางชีววิทยา มักจะมีความเป็นจริงอย่าง 2 แสดงออกในภาพพจน์ทางวัฒนธรรม อุปมาอุปมัย Hughes and Lock กล่าวว่าอุปมาอุปมัยเป็นตัวแทนของการแสดงออกของมนุษย์ ซึ่งหมายความว่า เป็นความทุกข์ทรมาน การไร้คุณธรรม และความตาย

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

ความจริงเกี่ยวกับโรค อาจเห็นได้จากตัวอย่างต่างๆ อันได้แก่ การหลีกเลี่ยงที่จะเรียกชื่อโรค การหลีกเลี่ยงที่จะพบปะกับผู้ป่วย ตัวอย่างการศึกษา Zola เกี่ยวกับแนวความคิดของอุปมาอุปมัยในกรนำเสนอการพิการ และบุคคลพิการในสื่อมวลชน และผลทางสังคมที่ตามมาต่อบุคคลพิการในเรื่องของทัศนคติในด้านลบ และความลำเอียง ในฐานะที่เป็น activist Sontag เรียกร้องให้มีการถอดถอนอุปมาอุปมัยเกี่ยวกับโรค เธอเรียกร้องให้เราถอดถอน เนื้อหาของสัญลักษณ์ของโรค 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 อ่วมตานี, 2549) โดยเชื่อมโยงระหว่างความจริงและการรับรู้ ทฤษฎีและการปฏิบัติ (Streubert and Carpenter, 1995) อีกทั้งความรู้ที่พัฒนาจากการศึกษาปรากฏการณ์วิทยานั้น สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล และนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ (จอณณะจง พึ่งจาด, 2546) และบุคคลที่ได้รับการยกย่องให้เป็นบิดาของปรัชญาแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา คือ Husserl

(Streubert and Carpenter, 1995) ซึ่งเป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาคนแรก เชื่อว่ามนุษย์จะรู้ดีในเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์มาก่อน โดยการรับรู้ รู้และเข้าใจความหมายในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์อยู่ ดังนั้นความเข้าใจแนวคิดของความเป็นมนุษย์จึงมีความสำคัญเพราะจะนำไปสู่แนวคิดการเลือกใช้ปรัชญานี้เป็นระเบียบการวิจัย

### 5.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา คือ กระบวนการค้นหาความจริง เป็นเรื่องความเข้าใจของแต่ละบุคคลต่อสังคมมนุษย์ด้วยตัวมนุษย์เอง ซึ่งเป็นการแสวงหาข้อมูลเชิงคุณภาพและตีความหมายเพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์นั้นอย่างแท้จริง (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549)

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

Husserl กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง วิธีการศึกษาโดยให้บุคคลอธิบายเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆ ที่ตนเองประสบทางผัสตสัมผัสต่างๆ 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 เพ็งจาด, 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 ทางการพยาบาลตามแนวคิดของ 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) โดยปราศจากการคาดเดาเพื่อให้เกิดการเข้าใจอย่างต่อแท้ 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) เป็นการสืบค้นข้อมูลแบบเจาะลึกเพื่อนำประเด็นที่พบอยู่ในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

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

กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl สามารถสรุปหลักการที่สำคัญไว้ดังนี้

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

2. การเลือกผู้ช่วยแบบเฉพาะเจาะจง (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 เน้นความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน มากกว่ามุ่งควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา (Benoliel, 1988 cited in Streubert and Carpenter, 2003:58) การสัมภาษณ์ควรเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยไม่ขึ้นหรืออภิปราย โดยใช้คำถามปลายเปิด คำถามเพื่อความกระจ่าง (clarifying questions) และสังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ควรหยุดการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อยเกินไป ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ กระบวนการสัมภาษณ์ถูกต้องตรงกับผู้วิจัย เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ เป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ (listen attentively) ไม่ถามคำถามในลักษณะซ้ำใช้ แต่ควรเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพ จริงใจ และสนใจอย่างแท้จริง (Streubert and Carpenter, 2003)

4. วิธีการเก็บข้อมูล มีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ เมื่อได้ข้อมูลต้องอ่านบทสนทนาซ้ำหลาย 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 ที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

5. การจัดการกระทำกับข้อมูล (Data treatment) วิธีที่ดีและควรเลือกใช้ คือ เทคนิคการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด บันทึกเทป และถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำ (verbatim transcriptions) ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม และบันทึกความคิด ความรู้สึก ของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูลเพื่อนำมาร่วมวิเคราะห์ข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์มีรูปแบบการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลแตกต่างกัน Van Kaam จะกำหนดประสบการณ์กว้างๆ ทำการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก่อน แล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เลือกประเด็นที่สำคัญในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้นๆ ส่วน Giorgi จะให้ความหมายประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาง่ายๆ แล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาจึงสัมภาษณ์ และวิธีของ Colaizzi เน้นที่การทำการเก็บ

รวบรวมข้อมูล และอาจใช้การสังเกต การบันทึกภาคสนามร่วมด้วย วิธีของ Colaizzi อาจยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบก่อนและระหว่างเก็บข้อมูล แทนที่จะรอข้อมูลทั้งหมดก่อนไปให้ตรวจโครงสร้างองค์ประกอบเพื่อให้ข้อมูลให้ความเห็น และความมั่นใจของข้อมูลก็ได้ (Omery, 1983) การเลือกใช้วิเคราะห์ข้อมูลแบบใด ขึ้นอยู่กับผู้วิจัยที่คิดว่าวิธีใดเหมาะสมกับปัญหาการวิจัยของตนมากที่สุด ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์อย่างละเอียด เพื่อแยกองค์ประกอบ (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 และดึงข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญให้รหัส หรือบันทึกใน index cards แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายผลการศึกษา และนำเสนอโดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล

7. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) ขึ้นอยู่กับคำถามผู้ให้ข้อมูล ความถูกต้องของระเบียบวิจัย และปรับแก้ไขเพิ่มหรือลดตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอก (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 ญาติรู้สึกเป็นภาระที่ไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อไรแต่ก็ไม่จริงจังแม้จะรู้สึกอายนและหวาดกลัวอยู่บ้าง 3) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติ พบว่ามีความห่างเหินกันทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ 4) ด้านการพึ่งพาตนเอง ในเรื่องของกิจวัตรประจำวันการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว ผู้ป่วยทำได้ทุก เรื่องแต่จะด้อยลงในแง่คุณภาพ 5) เป้าหมายในชีวิตผู้ป่วยอยากช่วยเหลือตนเองได้มากกว่านี้ แต่ ขณะเดียวกันก็ยังมองไม่เห็นหนทางว่าจะทำได้อย่างไร

สมชาย พลอยล้อมแสงและคณะ (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 รู้สึกว่าผู้ป่วยน่า สงสาร อยากให้การดูแลและช่วยเหลือ แต่ขาดทักษะและความรู้ในเรื่อง อาการ การพยาบาล การ ฟื้นฟูสมรรถภาพ

กอบโชค จวงษ์ และมล. สมชาย จักรพันธุ์ (2549) ได้ศึกษาผลกระทบข่าวความรุนแรง ในโรงเรียนเอกชนกรุงเทพมหานคร ต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติ โดยการศึกษาคั้งนี้เป็น งานวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและญาติที่มาใช้บริการ แบบผู้ป่วยนอก ณ



โรงพยาบาลศรีธัญญา สอนปรุง สอนสราญรมย์และพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า จากแบบสอบถาม ด้านเจตคติสามารถจำแนกเป็น 4 ปัจจัย คือ ผลกระทบของข่าวที่เกิดขึ้นต่ออาการ ความมั่นใจในการรักษา ตราบาป เช่น การถูกแบ่งแยก และการดำเนินชีวิต สรุปว่าการก่อเหตุรุนแรงที่เกิดจากการผู้ป่วยจิตเวชก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติในด้านลบ เช่น อาการกำเริบ เกิดตราบาป

เพ็ญภา 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 การทำงานและหรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและผ่อนคลายและการปรับความคิดและจิตใจ 3) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสังคมจำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและการปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาและการฝึกจิตให้สงบ

นุสรา 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 การไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การระบายอารมณ์ให้กับคนใกล้ชิด และการควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติ และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Deidre, Bruce and Jo (2006) ได้ศึกษาความแตกต่างของเชื้อชาติที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติทางลบ (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 มีระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภท รพ. ทัวไป ซึ่งในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ในรพ. ทางจิตเวช มีระดับคะแนนสูงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภท รพ. ทัวไป สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก รพ. ทางจิตเวช มีการรับรู้อคติทางลบจากสังคมในการเจ็บป่วยทางจิตของตนเองสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภท 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 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ทางลบจากคนรอบข้างและคนในสังคมมากที่สุดในบรรดาโรคจิตเวชอื่นๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในงานวิจัยนี้ จึงควรที่จะต้องทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหลังการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและครอบคลุมในส่วนที่เป็นความสำคัญของการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมที่เกิดขึ้น รวมถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและเกี่ยวข้องกับบริบทของการที่ต้องเจ็บป่วยทางจิตและต้องได้รับการรับรู้ทางลบของสังคม