

แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย: กรอบแนวคิดของภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิต
ในคนกลุ่มน้อยทางเพศและเพศภาวะ

MINORITY STRESS MODEL (MSTM): A CONCEPTUAL FRAMEWORK OF
MENTAL HEALTH RISK IN SEXUAL AND GENDER MINORITY
POPULATIONS

ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, พย.ม. (Priyoth Kittiteerasack, MSN) *

Alicia K. Matthews, PhD**

Abstract

Mental health problems are a major cause of disabilities, a risk factor for physical illnesses and the burden of diseases. Notably, mental health problems are often found in sexual and gender minority individuals. Frequently, they receive social discrimination and unfair treatment due to their identities that are diverse from the sexual mainstream inducing a high-risk of mental health problems at several times compared to heterosexual populations. This article's aim focuses on displaying the overview of the Minority Stress Model as a conceptual framework that has been internationally recognized to describe psychological pathways affecting health disparity in minority populations. Since nurses are leaders of health promotion and holistic care, understanding the causes, processes, and contributing factors affecting mental health

status in sexual and gender minority individuals is important to develop nursing research and nursing care systems in the future.

Keywords: LGBT, Minority Stress Model, Mental health risk, Sexual and gender minority

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพ อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคทางกายและการเกิดภาวะโรคซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียและส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง เป็นที่น่าสังเกตว่าปัญหาสุขภาพจิตมักพบในกลุ่มเปราะบางโดยเฉพาะคนกลุ่มน้อยทางเพศ (sexual and gender minority) ที่เป็นผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ (sexual and gender diversity) เนื่องจากอัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างออกไปจากระบบเพศส่วนใหญ่ของสังคม ทำให้บุคคลกลุ่มนี้ถูกแบ่งแยกและได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม

* Corresponding author: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University), E-mail: priyoth_k@hotmail.com

** Professor of The College of Nursing, University of Illinois at Chicago, United States

วันที่รับ (received) 27 มิถุนายน 2560 วันที่แก้ไข (revised) 23 สิงหาคม 2561 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 กันยายน 2561

ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่สูงกว่าบุคคลทั่วไปหลายเท่าตัว บทความนี้จึงต้องการนำเสนอภาพรวมของกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติเพื่อใช้อธิบายการเกิดความเครียดของบุคคลกลุ่มนี้ นั่นคือ แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อยหรือ Minority Stress Model ในฐานะที่พยาบาลเป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลแบบองค์รวม การมีความเข้าใจในสาเหตุกระบวนการ และปัจจัยร่วมที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตในคนกลุ่มน้อยทางเพศจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาการวิจัยและระบบการดูแลทางกายภาพในอนาคต

คำสำคัญ: ผู้มีความหลากหลายทางเพศ แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิต คนกลุ่มน้อยทางเพศ

บทนำ

องค์การอนามัยโลกหรือ World Health Organization (WHO, 2017) ระบุว่าภาวะเจ็บป่วยทางจิตเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ การสูญเสียเป็นปัจจัยร่วมของการเกิดโรคทางกาย และทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น อีกทั้งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะพบภาวะซึมเศร้าในประชากรทั่วโลกมากกว่า 350 ล้านคนอันนำมาซึ่งการเกิดภาระโรคหรือ burden of disease (WHO, 2017) และเป็นเงื่อนไขสำคัญในการทำนายการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Gonda, Fountoulakis, Kaprinis, & Rihmer, 2007) ที่พบสูงถึง 16 คนต่อแสนประชากร (Suicide.org, 2016) นอกจากนี้ยังชักนำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตแก่คนรอบข้างและทำให้สูญเสียทางทรัพยากรมากกว่า 40 ล้าน

ล้านบาทในแต่ละปี (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2017; Kessler, 2012)

สำหรับในประเทศไทยนั้นปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นประเด็นที่สำคัญและน่าเป็นห่วง ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 18.2 ต่อ 100,000 ประชากรในปี 2558 (WHO, 2015) จากสถิติของศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้ากระทรวงสาธารณสุข (2560) พบผู้ที่มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้ามากถึง 14 ล้านคน และพบว่าเกินกว่าครึ่งของจังหวัดในประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราสูงกว่า 6.5 ต่อ 100,000 ประชากร (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยจึงยังคงเป็นประเด็นที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเช่นเดียวกับในหลายประเทศ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2017) รายงานว่าสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงมักสัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดจากกระบวนการทางสังคม เช่น การได้รับตราบาป เพราะการมีคุณลักษณะบางอย่างแตกต่างไปจากมาตรฐานสังคมได้กลายเป็นคุณสมบัติด้านลบที่ถูกประทับไว้กับกลุ่มหรือตัวบุคคลจนกลายเป็นคนกลุ่มน้อยที่มักได้รับอคติจากคนกลุ่มใหญ่ (Goffman, 2009) เช่น ตราบาปในคนกลุ่มน้อยทางเพศ (Sexual and Gender Minority: SGM) อันเกิดจากคุณลักษณะทางเพศที่อยู่นอกกรอบเพศทวิภาคแบบชาย/หญิง (binary) ที่สังคมให้การยอมรับ กลุ่ม SGM จึงมักถูกแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติ (Meyer, 2003) ส่งผลกระทบทั้งทางตรงต่อสภาพจิตใจและยังส่งผลทางอ้อมทำให้แยกตัวจากสิ่งแวดล้อมเพราะ

รับรู้ถึงอัตลักษณ์ของตนว่าเป็นตราบาปที่ไม่ได้รับการยอมรับและถูกรังเกียจ อันเป็นอุปสรรคสำคัญที่กีดขวางการเข้าถึงระบบสุขภาพที่เท่าเทียม (WHO, 2017) ความเครียดทางสังคมจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างรุนแรงในกลุ่ม SGM (Meyer, 2003)

คนกลุ่มน้อยทางเพศ หรือ กลุ่ม SGM คือ ผู้ที่มีรสนิยมทางเพศ (sexual orientation) อัตลักษณ์ทางเพศ (gender identity) และคุณลักษณะทางเพศอื่น ๆ ที่นอกเหนือออกไปจากระบบเพศที่เป็นบรรทัดฐานของสังคม เช่น เลสเบี้ยน เกย์ ไบเซกซวล ทรานส์ และเควีย์ร์ (lesbian, gay, bisexual, transgender, queer: LGBTQ) (ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, จินต์ณาสัก แสงงาม, และ Matthews, 2561) ในต่างประเทศบุคคลเหล่านี้ได้ถูกจำแนกคุณลักษณะออกไปตามมิติด้านเพศที่หลากหลายและผสมผสาน เช่น อัตลักษณ์รสนิยม พฤติกรรม หรือการแสดงออกทางเพศ (ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ และ Matthews, 2560) สำหรับในประเทศไทยนั้น ได้นิยามบุคคลกลุ่มนี้ว่าเพศที่สามแต่ไม่ได้จำแนกมิติด้านเพศเช่นประเทศฟินแลนด์ (Ojanen, 2009) อาจนำมาซึ่งความสับสนเชิงวิชาการอันเป็นอุปสรรคในการพัฒนางานวิจัยในประเทศและอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สังคมยังไม่เปิดใจยอมรับเนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจในคนกลุ่มนี้ อย่างแท้จริงเพราะองค์ความรู้ที่มีอยู่อย่างจำกัด (ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ และ Matthews, 2560) กลุ่ม SGM จึงยังคงได้รับตราบาปและไม่ได้รับความเท่าเทียมทางสังคม (Meyer, 2003)

กลุ่ม SGM จึงเป็นกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงสูงกว่าประชากรทั่วไปหลายเท่าตัว (Haas et al., 2010;

Baams, Grossman, & Russell, 2015; Mustanski & Liu, 2013) และมีสาเหตุที่มีลักษณะเฉพาะอันเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ต้องดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน การแก้ปัญหาในระดับสังคมจึงจะเป็นทางออกที่เหมาะสมในคนกลุ่มนี้ ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ได้ให้ความสำคัญกับกลุ่ม SGM ตั้งแต่ปี 2516 ด้วยการถอนความผิดปกติทางเพศออกจากระบบการวินิจฉัยแยกโรคอันเป็นการยืนยันว่าไม่ใช่สิ่งผิดปกติทางจิต (Spitzer, 1981; Mayes & Horwitz, 2005) จนกระทั่งปัจจุบันที่มีหน่วยงานระดับชาติต่างๆ ได้สนับสนุนและร่วมระดมทุนวิจัยเพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพของบุคคลกลุ่มนี้ทั้งสถาบันสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health: NIH) และอีกหลายองค์กร (Graham et al., 2011; National Institutes of Health LGBT Research Coordinating Committee, 2013) องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพของกลุ่ม SGM จึงถูกพัฒนาอย่างรวดเร็วจนทำให้ภาวะสุขภาพของคนกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น หนึ่งในนั้นคือการพัฒนาแบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย (Minority Stress Model : MSTM) โดยเมเยอร์ (Meyer, 2003) ที่สามารถอธิบายสาเหตุ กระบวนการ และปัจจัยกำกับที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตอันมีรูปแบบเฉพาะได้อย่างครอบคลุม จนได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติและถูกนำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในหลายๆ ประเทศ

สำหรับในประเทศไทย องค์ความรู้ในกลุ่ม SGM มักเน้นในเชิงมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ เป็นส่วนใหญ่ (Ojanen, Ratanashevorn, & Boonkerd, 2016) แต่การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตนั้นกลับมีอยู่อย่างค่อนข้างจำกัด ในจำนวนนี้

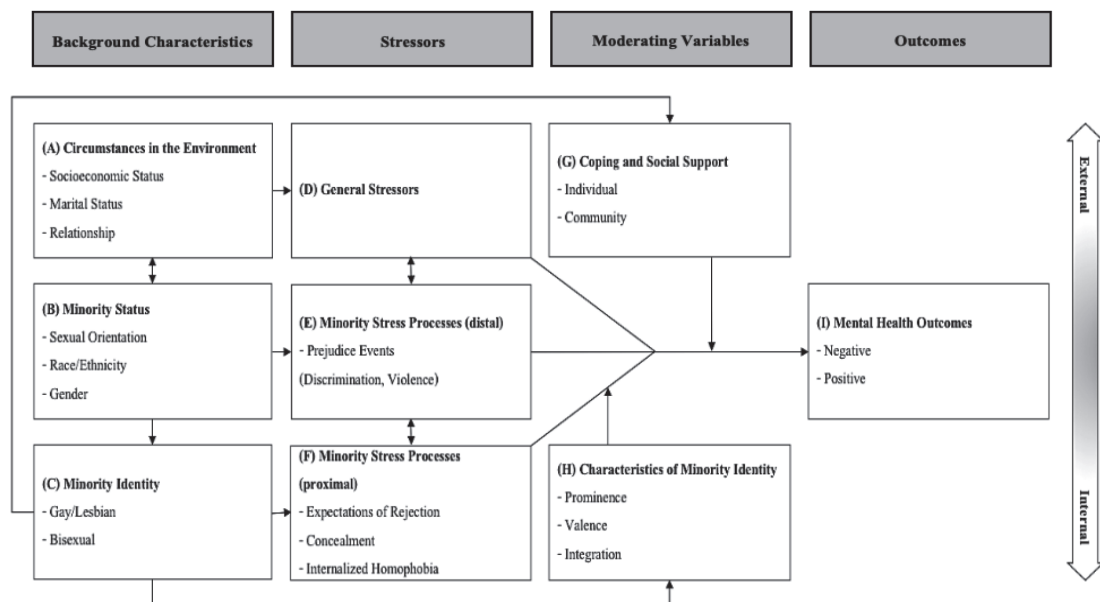
ส่วนมากเป็นการประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าบุคคลกลุ่มนี้มีความเครียดและภาวะซึมเศร้าในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น (พรเทพ แพรขาว, 2556; สุมนทิพย์ บุญเกิด และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2557; Mahidol University, 2014; Sopitarchasak, Kihara, Soe, & Ono-Kihara, 2017; Van Griensven et al., 2004) และมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่สูงเช่นกัน (Yadegarfar, Ho, & Bahramabadian, 2013; Yadegarfar, Meinhold-Bergmann, & Ho, 2014) แต่กลับพบว่าไม่มีการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดในงานวิจัยเหล่านี้ อีกทั้งยังพบประเด็นอันท้าทายในการประเมินคุณลักษณะทางเพศของกลุ่มตัวอย่างอันเกิดจากการนิยามและการแบ่งมิติด้านเพศที่ต่างกันระหว่างสังคมไทยกับประเทศทางฝั่งตะวันตก ซึ่งอาจทำให้เกิดอุปสรรคในการประเมินหรือได้ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับคุณสมบัติที่ต้องการจะวัด จนกลายเป็นข้อจำกัดในการประยุกต์องค์ความรู้จากต่างประเทศมาใช้ ส่งผลให้การศึกษาวิจัยด้าน SGM ในบริบทของประเทศไทยไม่ได้รับการพัฒนาให้เท่าเทียมกับนานาชาติดังที่กล่าวมา (ปรีศ กิตติธีระศักดิ์ และ Matthews, 2560)

ดังนั้น การนำเสนอกรอบแนวคิดเพื่อใช้เป็นแนวทางกำกับการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่ม SGM จึงถือเป็นกุญแจสำคัญในการเริ่มต้นพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลในประเทศไทย บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอภาพรวมของปัจจัยต่าง ๆ ที่ปรากฏในแบบจำลอง

ความเครียดในคนกลุ่มน้อยทางเพศหรือ Minority Stress Model (MSTM) (Meyer, 2003) ซึ่งแบบจำลอง MSTM นี้เป็นแบบจำลองที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติว่าสามารถอธิบายกลไกด้านสุขภาพจิตในกลุ่ม SGM ได้อย่างครอบคลุม โดยผู้เขียนได้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) แบบจำลอง MSTM 2) ตัวอย่างวรรณกรรมที่ประยุกต์ใช้แบบจำลอง MSTM ในระดับนานาชาติ และ 3) แนวทางการศึกษาวิจัยในกลุ่ม SGM เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาลของไทยในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในคนกลุ่มนี้ในอนาคต

1) แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย (Minority Stress Model : MSTM)

แบบจำลอง MSTM (Meyer, 2003) เป็นกรอบแนวคิดเพื่ออธิบายกระบวนการการเกิดความเครียดในกลุ่ม SGM ที่สร้างขึ้นด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) จากงานวิจัยเกี่ยวกับความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่ม SGM โดยมีพื้นฐานมาจากการผสมผสานทฤษฎีทางสังคมวิทยาและจิตวิทยาเพื่อทำความเข้าใจถึงคุณค่าของคนกลุ่มน้อย (minority values) กับคนกลุ่มใหญ่ (dominant values) และความขัดแย้งทางสังคมกับสภาพจิตใจที่เกิดขึ้น ในบทความนี้ผู้เขียนได้แบ่งกลุ่มของตัวแปรในแบบจำลอง MSTM ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือ คุณลักษณะพื้นฐาน ความเครียด ตัวแปรกำกับ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย ดัดแปลงจาก Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations (p. 679) โดย Meyer, 2003 (with permission)

เมเยอร์ (Meyer, 2003) เริ่มอธิบายแบบจำลองด้วยสาเหตุของความเครียดที่เกิดจากปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะพื้นฐานของบุคคล (background characteristics) อันประกอบไปด้วย สถานการณ์จากสิ่งแวดล้อม สถานะของคนกลุ่มน้อย และอัตลักษณ์ของคนกลุ่มน้อย โดย สถานการณ์จากสิ่งแวดล้อม (A) เป็นเหตุการณ์ทางสังคมรูปแบบต่างๆ ที่บุคคลต้องเผชิญในชีวิตประจำวันไม่ว่าจะเป็นปัญหาเศรษฐกิจ ครอบครัวยุทธศาสตร์ภาพ การเจ็บป่วย การงาน หรืออุบัติเหตุที่สามารถพบได้บ่อยและสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน

อย่างไรก็ตาม เมเยอร์ (Meyer, 2003) มองว่าความเครียดในกลุ่ม SGM มักเกิดจากคุณลักษณะบางอย่างของบุคคลที่ต่างจากคนส่วนใหญ่ จึงได้ให้น้ำหนักกับ สถานะของคนกลุ่มน้อย (B) ซึ่ง

เป็นคุณสมบัติอื่นใดก็ตาม เช่น เชื้อชาติ สีผิว หรือรสนิยมทางเพศที่คนส่วนใหญ่มองว่าผิดแปลกจากปทัสถานทางสังคม (Park, 2016) แต่สิ่งนี้กลับไม่มีผลกระทบต่อคนกลุ่มหลัก และมักมองข้ามว่าอคติที่เกิดขึ้นมีอิทธิพลต่อผู้ที่มียุทธศาสตร์ภาพเพียงใด สถานะของคนกลุ่มน้อยจึงมีความสัมพันธ์กับสถานการณ์จากสิ่งแวดล้อมและมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน

การมีสถานะของคนกลุ่มน้อยได้สร้างอัตลักษณ์ของคนกลุ่มน้อย (C) ซึ่งเป็นการรับรู้ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจส่วนลึกของกลุ่ม SGM ว่าตนเองมีสถานะและอัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างจากระบบเพศทวิภาคของสังคมแต่กลับไม่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนตนให้กลมกลืนไปกับคนรอบข้างได้ จึงทำให้รู้สึกว่าคุณลักษณะที่แตกต่างจากคนอื่นเนื่องจากมีอัตลักษณ์ที่ไม่เป็น

ที่ยอมรับ การถูกสังคมนองในแง่ลบย่อมนำไปสู่การมองตนเองในแง่ลบจนกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดได้โดยตรง (Meyer, 1995) ผู้ที่มีอัตลักษณ์ของคนกลุ่มน้อยนั้นหมายรวมถึงกลุ่ม SGM และ LGBTQ หรือผู้ที่ถูกนิยามด้วยคำเฉพาะอื่นๆ ที่ใช้ในบริบทของประเทศไทย (ปรียศ กิตติธีระศักดิ์ และ Matthews, 2560) นอกจากนี้อัตลักษณ์ของคนกลุ่มน้อยยังเป็นปัจจัยที่สร้างคุณลักษณะของอัตลักษณ์คนกลุ่มน้อยและมีอิทธิพลต่อวิธีการเผชิญความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมที่ทำหน้าที่เป็นตัวแปรกำกับ (moderator) ในการเพิ่มหรือลดระดับของความเครียดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในทางอ้อมอีกด้วย

ปัจจัยทั้ง 3 ประการที่กล่าวมานั้นเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด (stressors) ที่มีรูปแบบแตกต่างกัน 3 รูปแบบ ได้แก่ ความเครียดทั่วไปในชีวิตประจำวัน ความเครียดส่วนปลายและความเครียดส่วนต้น (Meyer, 2003) สำหรับ **ความเครียดทั่วไปในชีวิตประจำวัน (D)** คือความไม่สุขสบายที่เกิดจากกระบวนการรับรู้หรือการประเมินของบุคคลต่อสถานการณ์จากสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม จนทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของร่างกายและจิตใจ ระดับของความเครียดจะขึ้นอยู่กับวิธีการตอบสนองที่บุคคลเลือกใช้เพื่อรับมือกับปัญหาหรือสถานการณ์ดังกล่าว (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งความเครียดชนิดนี้สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน

สำหรับความเครียดที่มีรูปแบบเฉพาะในกลุ่ม SGM คือ ความเครียดในคนกลุ่มน้อย (minority stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากการมีสถานะและอัตลักษณ์ที่แตกต่างจากคนทั่วไป

แบ่งเป็นความเครียดส่วนปลายและส่วนต้น โดย **ความเครียดส่วนปลาย (E)** เกิดจากการที่บุคคลได้รับผลกระทบด้านลบโดยตรงจากเหตุการณ์อคติทางสังคม (prejudice event) เนื่องจากมีสถานะของคนกลุ่มน้อย ระดับความเครียดไม่ได้ขึ้นกับการรับรู้ของบุคคลแต่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม (Operario & Fiske, 2001) เช่น คนข้ามเพศหญิงได้ถูกรังแกและถูกทำร้ายเพราะแต่งกายคล้ายเพศตรงข้าม เห็นได้ว่าบุคคลได้รับผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์อคติทางสังคมโดยการถูกล้อเลียนและทำร้าย ดังนั้นอคติทางสังคมจึงเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดในคนกลุ่มน้อย ยิ่งหากผู้นั้นมีสถานะของคนกลุ่มน้อยรวมอยู่หลายประการ เช่น มีสีผิวหรือเชื้อชาติที่แตกต่างมักจะได้รับอคติทางสังคมที่ทำให้เกิดความเครียดรุนแรงขึ้น (Baiocco et al., 2014)

ความเครียดส่วนต้น (F) เป็นความรู้สึกนามธรรมที่เกิดภายในจิตใจที่ได้รับอิทธิพลจากการมีอัตลักษณ์ของคนกลุ่มน้อย เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับเหตุการณ์อคติทางสังคมแล้วพยายามตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น แต่เนื่องจากการมีอัตลักษณ์ทางเพศที่สังคมไม่ยอมรับทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง เหตุการณ์อคติจึงมีอิทธิพลมากพอที่จะส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ถึงแม้จะมีการรับมือกับความเครียดได้ดีเพียงใดก็ตาม ระดับของความเครียดจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้และตีความของบุคคลนั้น (Meyer, 2003) ความเครียดชนิดนี้แบ่งเป็น 1) การคาดหวังจะถูกปฏิเสธ (expectation of rejection) เป็นความกังวลว่าจะได้รับอคติหรือการต่อต้านเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ความคิดนี้เกิดจากตรรกะ

ที่สังคมมอบให้จนทำให้คนกลุ่มน้อยต้องพยายามป้องกันตนเองจากผู้ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับในชีวิตประจำวัน (Park, 2016) เช่น จำกัดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือคบหาสมาคมกับผู้อื่นแบบผิวเผินเนื่องจากมีความหวาดกลัวในการใช้ชีวิต หากคนกลุ่มน้อยมีการรับรู้ถึงตราประทับที่สังคมมีต่อตนเองในระดับสูงเท่าใดบุคคลเหล่านี้ย่อมเพิ่มความระมัดระวังตัวมากขึ้นเท่านั้น ความไม่สอดคล้องระหว่างตัวตนตามการรับรู้ (self-perceptions) กับตัวตนที่ผู้อื่นรับรู้ (others-perceptions) เพราะรู้สึกว่าตนเองไม่ลงรอยกับบุคคลรอบข้างทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมตามมา (Frost, Lehavot, & Meyer, 2015; Lea, Wit, & Reynolds, 2014) ต่อมาคือ 2) การปกปิด (concealment) คือการที่บุคคลพยายามปิดบังอัตลักษณ์ทางเพศโดยการไม่แสดงออกว่าเป็นกลุ่ม SGM เนื่องจากรู้ว่าเป็นสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับ จัดเป็นกลไกป้องกันตนเอง (coping mechanism) เพื่อหลีกเลี่ยงการได้รับตราประทับ ช่วยลดความกังวล และทำให้กลมกลืนกับสิ่งแวดล้อม (Meyer, 2003) คนกลุ่มน้อยส่วนใหญ่จึงปิดบังอัตลักษณ์ของตนด้วยการแสดงกริยาท่าทาง คำพูด หรือพยายามแต่งกายให้สอดคล้องกับเพศกำเนิดภายนอกแต่กลับขัดแย้งกับอัตลักษณ์ในจิตใจของตน การต้องปกปิดตัวตนทำให้เกิดความเครียด อีกทั้งยังส่งผลทางลบต่อสุขภาพจิตเพราะเป็นการเผชิญปัญหาแบบเก็บกด (repression) (Goldbach, Tanner-Smith, Bagwell, & Dunlap, 2014; Michaels, Parent, & Torrey, 2015) และยังเพิ่มข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ขาดเพื่อนที่เข้าใจหรือองค์กรที่ช่วยเหลือ

กลุ่ม SGM (WHO, 2017) และ 3) การเกลียดการเป็นคนรักเพศเดียวกันของตัวเอง (internalized homophobia) โดยปกติคนกลุ่มนี้จะพยายามเปิดเผยอัตลักษณ์เพื่อคงสมดุลระหว่างเพศที่แท้จริงของตนกับเพศทางสังคม แต่การเกลียดตนเองเพราะเป็นคนรักเพศเดียวกันเป็นผลจากความล้มเหลวของกระบวนการเปิดเผยตัวตน (coming out process) จึงรู้สึกโกรธแค้นและชิงชังตนเองที่เกิดมาเป็นกลุ่ม SGM เพราะมีอัตลักษณ์ทางเพศที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น เกย์คนหนึ่งถูกล้อเลียนจากคนรอบข้างเมื่อบอกรักเพื่อนผู้ชายที่ตนแอบชอบ ทักษะคิดเชิงลบจากสังคมที่เกิดขึ้นนำไปสู่การลดคุณค่าและความนับถือตน (Meyer & Dean, 1998) ความเครียดส่วนปลายและส่วนต้นจึงจัดเป็นความเครียดที่พบเฉพาะในกลุ่ม SGM เนื่องจากมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะหรืออัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างจากสังคม

สิ่งที่สำคัญในแบบจำลอง MSTM อีกประการหนึ่งคือ ตัวแปรกำกับ (moderating variables) ที่อยู่คั่นกลางและมีหน้าที่ในการเพิ่มหรือลดระดับของความเครียดต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพจิต แบ่งออกเป็นการเผชิญกับความเครียดและการสนับสนุนทางสังคม และคุณลักษณะของอัตลักษณ์คนกลุ่มน้อย ซึ่งตัวแปรกำกับทั้ง 2 ชนิดต่างก็ได้รับอิทธิพลมาจากการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณลักษณะของบุคคลกลุ่มน้อย สำหรับการเผชิญกับความเครียดและการสนับสนุนทางสังคม (G) เป็นปัจจัยคั่นกลางที่สร้างอิทธิพลรวม (interaction effect) ในการปรับระดับความรุนแรงของความเครียดทั้งหมดต่อภาวะสุขภาพ (Meyer, 2003) สำหรับการเผชิญกับความเครียดนั้นเป็นความสามารถภายในของบุคคลในการ

เลือกวิธีตอบสนองต่อความเครียด ทั้งการต่อสู้ ถอยหนี หรืออื่นๆ การเลือกใช้วิธีที่ต่างกันย่อม ส่งผลต่อการเพิ่มหรือลดระดับความรุนแรงของ ความเครียดที่แตกต่างกัน (Lazarus & Folkman, 1984) เช่นเดียวกับการได้รับความช่วยเหลือจาก แหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ที่จัดว่าเป็นปัจจัย ภายนอกบุคคลก็สามารถช่วยลดระดับความเครียด ได้แต่ในทางกลับกันก็เป็นสาเหตุของความเครียด ได้เช่นกันหากบุคคลไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ เหมาะสม (Meyer, 2003; Miller & Major, 2000) วิธีการเผชิญกับความเครียดและการสนับสนุนทาง สังคมจึงเป็นปัจจัยมีอิทธิพลในการกำหนดทิศทาง และความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต

นอกจากนี้อัตลักษณ์ของคนกลุ่มน้อยยัง สร้าง **คุณลักษณะของอัตลักษณ์คนกลุ่มน้อย (H)** ซึ่งเป็นตัวแปรกำกับที่มีอิทธิพลในการเพิ่มหรือลด ระดับความเครียดส่วนต้นกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่นกัน (Meyer, 2003) แบ่งเป็น 1) ความเด่นชัด (prominence) เป็นอัตลักษณ์ที่เกิดจากการที่บุคคล รับรู้ตนเองอย่างแน่ชัดว่าเป็นกลุ่ม SGM จึงหล่อ หลอมตัวตนตามคุณลักษณะทางเพศนั้นๆ และ แสดงออกอย่างชัดเจน ระดับของการแสดงออก จึงมีอิทธิพลต่อความรุนแรงของความเครียดใน บุคคล (Thoits, 2013) เช่น ดาราที่เปิดเผยรสนิยม ทางเพศว่าเป็นคนรักเพศเดียวกันและแสดง พฤติกรรมที่ตรงข้ามกับเพศกำเนิดอย่างชัดเจน ก็มักจะได้รับอคติทางสังคมที่รุนแรงหากเปิดเผย ตนเองในกลุ่มสังคมที่ยังไม่ให้การยอมรับ แต่อาจ ไม่ได้รับผลกระทบหากเปิดเผยตัวตนในกลุ่มคน ที่มีคุณลักษณะเหมือนกัน (Meyer, 2003) ถัดมา คือ 2) การมีคุณค่า (valence) เป็นอัตลักษณ์ที่เกิด จากการประเมินภาพรวมตัวตนของบุคคลโดย

พิจารณาถึงความรู้สึกและความพึงพอใจต่อการ เป็นกลุ่ม SGM กับปฏิกิริยาที่ได้รับจากสังคม ซึ่ง เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อกระบวนการเปิดเผยตนเอง (Meyer, 2003) เพราะจะทำให้ก้าวข้ามภาวะการ เกือบการเป็นคนรักเพศเดียวกันของตัวเองและ นำมาซึ่งการยอมรับตัวตนที่แท้จริง ระดับของการ ยอมรับที่เกิดขึ้นจะสร้างความรู้สึกเคารพตนเอง และส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตแต่จะส่งผล ทางลบหากบุคคลไม่เห็นคุณค่าและไม่พึงพอใจ ในตัวตนของตนเอง (Kuyper & Fokkema, 2011) และ 3) การผสมผสาน (integration) เป็นอัตลักษณ์ อันซับซ้อนที่เกิดจากการบูรณาการคุณลักษณะ การเป็นกลุ่ม SGM เข้ากับคุณลักษณะทางสังคม เช่น การงาน ครอบครัว ความเชื่อ หรือศาสนา ก็ตาม เพื่อสร้างอัตลักษณ์ที่สมบูรณ์ตามแบบ ที่ตนเองยอมรับ ผู้ที่สามารถหลอมรวมอัตลักษณ์ ที่หลากหลายเข้าด้วยกันได้จะเป็นคนที่รู้สึกพึงพอใจ ในทุกมิติของตัวตนและดำเนินบทบาทในทุก บริบทได้เป็นอย่างดี เช่น พยาบาลที่เป็นที่รักของ เพื่อนๆ คนหนึ่ง อาศัยอยู่ด้วยกับครอบครัวของตน ร่วมกับคู่ชีวิตที่เป็นคนเพศเดียวกัน ทั้งคู่ต่างมี กิจกรรมและใช้ชีวิตคู่เหมือนคู่รักทั่วไป เป็นต้น แต่หากบุคคลไม่สามารถผนวกอัตลักษณ์ที่หลากหลายของตนได้อย่างสมบูรณ์ย่อมทำให้เกิดปัญหา สุขภาพจิตตามมาได้ (Meyer, 2003) ดังนั้นการมี อัตลักษณ์ที่แตกต่างของบุคคลจึงมีอิทธิพลต่อ ทิศทางภาวะสุขภาพจิตในกลุ่ม SGM

ผลลัพธ์ทางสุขภาพจิต (I) คือ ภาวะของ สุขภาพจิตที่เกิดขึ้นหลังจากการที่บุคคลมี ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจ เป็นไปได้ทั้งในทางลบ เช่น ทำให้เกิดปัญหาทาง ด้านสุขภาพจิตไม่ว่าจะเป็นความเครียด ซึมเศร้า

หรือฆ่าตัวตาย หรือทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตสังคม ทั้งการนอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เพิ่มอัตราการใช้สารเสพติด รู้สึกไม่ปลอดภัย สูญเสียสัมพันธภาพและกลัวการเข้าสังคม อย่างไรก็ตามผู้ที่เคยเผชิญกับความเครียดแบบต่างๆ มาก่อนย่อมมีประสบการณ์ในการรับมือที่มีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจึงอาจเป็นไปในทางบวกได้เช่นกันเพราะเป็นการช่วยสร้างอัตลักษณ์ที่เข้มแข็งและเป็นเกราะป้องกันการถูกคุกคาม (Herek, & Garnets, 2007) ทำให้บุคคลเหล่านี้มีการปรับตัวได้ดี มีความพึงพอใจในสัมพันธภาพ เพศสัมพันธ์ และเป็นการเปิดโอกาสในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น (Lefkowitz, & Vasilenko, 2014) ดังนั้นความเครียดที่เกิดขึ้นจึงอาจมีทั้งประโยชน์และโทษต่อภาวะสุขภาพของบุคคล

สรุปได้ว่าแบบจำลอง MSTM สามารถอธิบายกลไกการเกิดความเครียดที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตในกลุ่ม SGM ซึ่ง เมเยอร์ (Meyer, 2003) ได้พัฒนามาจากแนวคิดพื้นฐานที่ว่าความเครียดในคนกลุ่มน้อยนั้นมี 1) รูปแบบเฉพาะ (unique) ที่พบในบุคคลบางกลุ่ม 2) ความเรื้อรัง (chronic) เพราะสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่พบบ่อยในชีวิตประจำวัน และ 3) ความเกี่ยวข้องกับสังคม (socially) เนื่องจากเป็นผลกระทบจากการได้รับตราบาททางสังคมโดยสาเหตุความเครียดตามแบบจำลอง MSTM เริ่มต้นจากปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวกับคุณลักษณะพื้นฐาน (background characteristics)

ที่ต่างชักนำให้เกิดความเครียดที่แตกต่างและไต่ระดับตั้งแต่ความเครียดทั่วไปจนถึงความเครียดในคนกลุ่มน้อย (general and minority stressors) เป็นที่น่าสังเกตว่าสาเหตุและประเภทของความเครียดต่างมีความเกี่ยวเนื่องและเชื่อมโยงกันไปมาแสดงว่าปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิดปัจจัยอื่นๆ ตามมาได้ อย่างไรก็ตามความเครียดที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตในทิศทางหรือรุนแรงระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับตัวแปรกำกับ (moderating variables) นั่นคือ การเผชิญกับความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมและการมีคุณลักษณะของอัตลักษณ์คนกลุ่มน้อยที่อยู่ระหว่างกระบวนการของการเกิดความเครียดนั่นเอง

2) วรรณกรรมที่ประยุกต์ใช้แบบจำลอง MSTM เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการที่แบบจำลอง MSTM เป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายกลไกการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่ม SGM ได้อย่างเฉพาะเจาะจง สอดคล้อง และครอบคลุมทั้งปัจจัยหลัก ปัจจัยร่วม และปัจจัยส่งเสริม จึงได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ผลิตผลงานวิชาการในหลายประเทศในขณะนี้ผู้เขียนต้องการนำเสนอตัวอย่างของงานวิจัยบางส่วนที่ประยุกต์ใช้แบบจำลอง MSTM เพื่อแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของการให้การยอมรับด้านวิชาการในระดับนานาชาติอันสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบทความ โดยงานวิจัยที่ผู้เขียนได้เลือกสรรมานำเสนอ มีดังนี้

ตารางที่ 1 ตัวอย่างวรรณกรรมที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย (MSTM) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในคนกลุ่มน้อยทางเพศ (SGM)

ผู้แต่ง	ประเทศ	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย
Marshall et al. (2008)	อเมริกา	ทบทวนงานวิจัยการใช้สารเสพติดในกลุ่ม SGM วัยรุ่น	งานวิจัยในกลุ่ม SGM วัยรุ่น 18 รายการ	งานวิจัยแบบวิเคราะห์หาคำตอบจากฐานข้อมูล Medline และ PsychInfo	กลุ่ม SGM วัยรุ่นใช้สารเสพติดมากกว่ากลุ่มทั่วไป (odds = 190%) แต่ไม่มีข้อมูลถึงสาเหตุที่ปัจจัยปกป้องและผลระยะยาวโดยพบว่างานส่วนใหญ่ใช้ MSTM
Kuyper & Fokkema (2011)	เนเธอร์แลนด์	ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตตาม MSTM	กลุ่มคนรักเพศเดียวกัน 389 คน	ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีจากฐานข้อมูลสุขภาพทางเพศในเนเธอร์แลนด์	สาเหตุความเครียดตาม MSTM เพิ่มอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่ม SGM โดยเฉพาะกลุ่มรักเพศเดียวกัน ผู้ที่เปิดเผยสถานะทางเพศของตนมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีขึ้น
Burns, Kamen, Lehman, & Beach (2012)	อเมริกา	ศึกษาความวิตกกังวลทางสังคมต่อปัญหาสุขภาพจิตตาม MSTM	นักเรียนและอาจารย์ที่เป็นเกย์อายุ >18 ปี 307 คน	การวิจัยตัดขวางแบบออนไลน์จากฐานข้อมูลในกลุ่ม SGM ทั่วประเทศ	การถูกเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลทางสังคม ผู้ที่มีความรับผิดชอบทางสังคมที่สูงจะมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น แต่อาจจะเป็นปัจจัยปกป้องในบางบริบท
Flood, McLaughlin & Prentice (2013)	ไอร์แลนด์	ศึกษาผลของการอยู่หอพักต่อปัญหาสุขภาพจิตและการใช้แอลกอฮอล์	กลุ่ม SGM ที่เป็นนักศึกษาในหอพัก 92 คน	การวิจัยตัดขวางแบบออนไลน์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตวัยรุ่นตาม MSTM	ไม่พบความแตกต่างทางสุขภาพจิตและการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่ม SGM วัยรุ่นกับกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป แต่กลุ่ม SGM ส่วนใหญ่จะงดให้ข้อมูล

ตารางที่ 1 ตัวอย่างวรรณกรรมที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย (MSTM) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในคนกลุ่มน้อยทางเพศ (SGM) (ต่อ)

ผู้แต่ง	ประเทศ	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย
Baiocco et al. (2014)	สเปนและอิตาลี	ทดสอบความสัมพันธ์ของ MSTM กับความคิดฆ่าตัวตาย	กลุ่มคนรักเพศเดียวกัน 554 คน ในสเปนและอิตาลี	การวิจัยตัดขวางเพื่อทดสอบ MSTM ด้วยการวิเคราะห์เส้นทางการสร้างตัวแปรกำกับ	ประสบการณ์การตกเป็นเหยื่อและ trauma ทำให้เกิดความเครียดของตนเอง ความเชื่อและศาสนา และประสบการณ์การตกเป็นเหยื่อต่อความคิดฆ่าตัวตาย
Goldbach et al. (2014)	-	ทบทวนงานวิจัยการใช้สารเสพติดในกลุ่ม SGM วัยรุ่น	งานวิจัยในกลุ่ม SGM วัยรุ่น 15 รายการ	งานวิจัยแบบวิเคราะห์ห่อภิรมณ์ จาก PsychInfo, PubMed และ EBSCO หลังปี 1990	ปัจจัยเสี่ยงในการใช้สารเสพติด คือการตกเป็นเหยื่อ ขาดการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และการเปิดเผยตนเอง โดยใช้ MSTM เป็นส่วนใหญ่
Lea, Wit, & Reynolds (2014)	ออสเตรเลีย	ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การฆ่าตัวตาย และการใช้สารเสพติด	วัยรุ่นที่ดึงดูดเพศเดียวกัน 572 คน	การวิจัยตัดขวางแบบออนไลน์ที่ใช้ MSTM ในการพยากรณ์ปัจจัยทำนายปัญหาสุขภาพ	การเกลียดการเป็นคนรักเพศเดียวกันของตัวเอง trauma และการถูกทำร้ายมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การได้รับ trauma ยังมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด
Frost et al. (2015)	อเมริกา	ศึกษาผลของความเครียดต่อสุขภาพกายในกลุ่ม SGM	กลุ่ม SGM ในนิวยอร์ก 396 คน (18-59 ปี)	งานวิจัยระยะยาวที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพกายภายใต้ MSTM	ความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพกายในกลุ่ม SGM ที่เคยได้รับประสบการณ์อคติสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับและยังคงอยู่แม้จะมีการปรับเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในภายหลังก็ตาม

ตารางที่ 1 ตัวอย่างวรรณกรรมที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย (MSTM) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในคนกลุ่มน้อยทางเพศ (SGM) (ต่อ)

ผู้แต่ง	ประเทศ	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย
Michaels et al. (2015)	อเมริกา	ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายทางจิตสังคมกับความเครียดฆ่าตัวตาย	ชาวอเมริกันในเมืองหลวงจำนวน 167 คนอายุ >18 ปี	การวิจัยตัดขวางแบบออนไลน์เพื่อศึกษาความคิดฆ่าตัวตายโดยประยุกต์ MSTM	ทราบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การบิดเบือนสถานะทางเพศมีผลกระทบต่อความคิดฆ่าตัวตายโดยมีภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรคันกลาง
Norcini Pala, Hart, & Steca (2015)	อิตาลี	ศึกษาสัมพันธ์ของทราบว่าเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และดัชนีชี้วัดทางชีวภาพ	ใบเชกซาลและเกย์ที่ติดเชื้อ HIV 120 คน	การวิจัยตัดขวางแบบออนไลน์ที่ประยุกต์ MSTM และดัชนีชี้วัดทางชีวภาพ	การเกลียดการเป็นคนรักเพศเดียวกันของตัวเองมีความสัมพันธ์สูงกับภาวะซึมเศร้า ทราบว่ายังมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพในผู้ติดเชื้อ HIV

3) แนวทางการศึกษาวิจัยในคนกลุ่มน้อยทางเพศในประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าการศึกษาในกลุ่ม SGM ยังมีจำนวนจำกัด และมักพบในเชิงมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (Ojanen et al., 2016) ส่วนงานที่แพร่หลายในรูปแบบบทความอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถเข้าถึงได้จากแหล่งข้อมูลออนไลน์ทั่วไปกลับไม่ได้ผ่านกระบวนการพิจารณาพิเคราะห์โดยบรรณาธิการหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ (peer review) หรือไม่ได้รับการพัฒนาด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่ถูกต้อง เป็นที่น่าสังเกตเพิ่มเติมว่าการศึกษาประเด็นทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตยังคงถูกมองข้าม และมีช่องว่างในการวิจัยที่อาจเกิดจากข้อจำกัดในการเลือกใช้กรอบแนวคิดที่เหมาะสม บทความนี้จึงเป็นบทความแรกของไทยที่นำเสนอแบบจำลอง MSTM ที่มีความเฉพาะเจาะจงในการอธิบายปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่ม SGM ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อต่อยอดงานวิจัยในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล ตามแนวทางดังนี้

3.1 การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองคุณลักษณะทางเพศ การปกปิดสถานะทางเพศของตนเองเป็นปัจจัยตั้งต้นของปัญหาสุขภาพจิตที่นำไปสู่ข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือทางสังคม จากแบบจำลอง MSTM จะพบว่าการทราบคุณลักษณะทางเพศของบุคคลเหล่านี้มีความสำคัญในการประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต หากพยาบาลต้องการรวบรวมข้อมูลด้วยการสอบถามโดยตรงก็อาจได้รับข้อมูลที่บิดเบือน อีกทั้งการสังเกตก็ไม่ใช่วิธีที่แม่นยำในการคัดกรองคุณลักษณะภายใน การพัฒนาเครื่องมือที่มีคุณภาพย่อมเป็นวิธีที่

เหมาะสม ในต่างประเทศพบว่ามีแบบประเมินความหลากหลายทางเพศที่สามารถใช้คัดกรองคุณลักษณะทางเพศได้ในกลุ่มประชาชนทั่วไป จึงควรมีการนำมาปรับปรุงและประยุกต์ใช้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

3.2 การพัฒนาแนวทางการฝึกอบรมทักษะการปฏิบัติ (best practice) พยาบาลควรเข้าใจลักษณะพื้นฐานของกลุ่ม SGM เนื่องจากบริบทของคนกลุ่มนี้มีความแตกต่าง และควรมีทักษะด้านการวิจัยที่เหมาะสมสอดคล้องกับกลุ่มประชากร ทั้งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือวิธีการเก็บข้อมูล เป็นต้น ในประเทศไทยมีองค์กรเพื่อกลุ่ม SGM เช่น สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ที่ทำงานเพื่อยกระดับความเท่าเทียมทางสังคมและเป็นแหล่งสนับสนุนด้านวิชาการ การประสานความร่วมมือกับองค์กรเหล่านี้นอกจากจะเป็นการพัฒนาแนวทางการฝึกทักษะการปฏิบัติและการวิจัยแล้วยังทำให้เกิดความร่วมมือกับองค์กรในภาคชุมชนอีกด้วย

3.3 การพัฒนาองค์ความรู้ทางการวิจัยโดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง MSTM ผสมกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายในด้านช่วงวัย ภูมิภาค สถานะทางสังคม ความเชื่อ ศาสนา หรือมุ่งไปที่ประเด็นของการหาภาวะเสี่ยงทางสุขภาพทั้งกายและจิต การศึกษาปัจจัยปกป้องการเปรียบเทียบกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความเครียดระหว่างแบบจำลอง MSTM กับกรอบแนวคิดอื่น การประยุกต์ใช้วิธีการทางสถิติที่หลากหลายเพื่ออธิบายความซับซ้อนของกลไกการเกิดความเครียด รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมที่สอดคล้องกับตัวแปรของแบบจำลอง MSTM เพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้จะเป็นองค์ความรู้พื้นฐาน

ในการช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ต่อองค์กรทางด้านสุขภาพที่อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของนโยบายในระดับประเทศได้

กล่าวโดยสรุป แม้ว่าภาพของการยอมรับกลุ่ม SGM ซึ่งเป็นคนกลุ่มน้อยที่มีความเปราะบางทางสังคมในประเทศไทยมีแนวโน้มดีขึ้นต่างจากในอดีต แต่ก็ยังอาจถูกจำกัดเพียงบางกลุ่มหรือบางพื้นที่ ด้วยคุณลักษณะทางเพศที่ต่างจากคนส่วนใหญ่อาจเป็นตราบาปของกลุ่ม SGM และอาจส่งผลให้เกิดการถูกเลือกปฏิบัติและเชื่อมโยงกับภาพลักษณ์ทางลบ อันเป็นตัวแปรสำคัญของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การพัฒนางานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย (Minority Stress Model: MSTM) น่าจะเอื้ออำนวยให้กับนักวิชาการในการอธิบายกระบวนการของการเกิดความเครียดที่มีรูปแบบเฉพาะเจาะจงและครอบคลุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตในกลุ่ม SGM ผลการวิจัยน่าจะใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการส่งสุขภาพจิตกลุ่ม SGM ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานอัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน [GIS Report] ประจำปี พ.ศ. 2558. สืบค้นเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2560, จาก <http://www.dmh.go.th/report/map/>

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). องค์ความรู้และสาระสำคัญเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า, สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2560, จาก http://www.thaidepression.com/www/who_depress/km_depress.pdf

ปริญญ์ กิตติธีระศักดิ์, จินต์ณาสัก แสงงาม และ Matthews, A. K. (2561). หลักพื้นฐานของการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นในการส่งเสริมสุขภาพทางจิตและจิตสังคมในเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย. *วารสารการพยาบาลศาสตร์*, 36(1), 4-16.

ปริญญ์ กิตติธีระศักดิ์ และ Matthews, A. K. (2560). ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคำนิยามในการศึกษาถึงความหลากหลายทางเพศในคนกลุ่มน้อยทางเพศในประเทศไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(2), 1-15.

พรเทพ แพรขาว. (2556). ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของเกย์ กะเทยไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(2), 95-104.

สุนนทิพย์ บุญเกิด และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2557). ความสุขของภาวะซึมเศร้าการรับรู้ปัญหา และรูปแบบการเผชิญปัญหาของกลุ่มหญิงรักหญิงในภาคตะวันออก เชียงเหนือ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(2), 92-101.

Baams, L., Grossman, H. A., & Russell, T. S. (2015). Minority stress and mechanisms of risk for depression and suicidal ideation among lesbian, gay, and bisexual youth. *Developmental Psychology*, 51(5), 688.

Baiocco, R., Ioverno, S., Cerutti, R., Santamaria, F., Fontanesi, L., Lingiardi, V., et al. (2014). Suicidal ideation in Spanish and Italian lesbian and gay young adults: The role of internalized sexual stigma. *Psicothema*, 26(4), 490-496.

- Burns, M. N., Kamen, C., Lehman, K. A., & Beach, S. R. (2012). Minority stress and attributions for discriminatory events predict social anxiety in gay men. *Cognitive Therapy and Research*, 36(1), 25-35.
- Center for Disease Control and Prevention. (2017). *Suicide: Consequence*. Retrieved February 18, 2017, from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/consequences.html>
- Flood, J., McLaughlin, C., & Prentice, G. (2013). Minority stress, homonegativity, alcohol use and mental health among college gay males. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 17(4), 367-386.
- Frost, D. M., Lehavot, K., & Meyer, I. H. (2015). Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 1-8.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.
- Goldbach, J. T., Tanner-Smith, E. E., Bagwell, M., & Dunlap, S. (2014). Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: a meta-analysis. *Prevention Science*, 15(3), 350-363.
- Gonda, X., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, G., & Rihmer, Z. (2007). Prediction and prevention of suicide in patients with unipolar depression and anxiety. *Annals of General Psychiatry*, 6(1), 23.
- Graham, R., Berkowitz, B., Blum, R., Bockting, W., Bradford, J., de Vries, B., et al. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: Institute of Medicine.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., et al. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10-51.
- Herek, G. M., & Garnets, L. D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 353-375.
- Kessler, R. C. (2012). The costs of depression. *Psychiatric Clinics*, 35(1), 1-14.
- Kuyper, L., & Fokkema, T. (2011). Minority stress and mental health among Dutch LGBs: Examination of differences between sex and sexual orientation. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 222.
- Lazarus, R. S., & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lea T., Wit, J., & Reynolds, R. (2014). Minority stress in lesbian, gay, and bisexual young adults in Australia: Associations with psychological distress, suicidality, and substance use. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1571 - 1578.

- Lefkowitz, E. S., & Vasilenko, S. A. (2014). *Positive and negative outcomes of sexual behaviors: New directions for child and adolescent development*. John Wiley & Sons.
- Mahidol University, Plan International Thailand, and UNESCO Bangkok Office. (2014). *Bullying targeting secondary school students who are or are perceived to be transgender or same-sex attracted: Types, prevalence, impact, motivation and preventive measures in 5 provinces of Thailand*. Mahidol University.
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., et al. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*, 103(4), 546-556.
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.
- Meyer, I. H., & Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. In G. M. Herek (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues* (pp. 160-186). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Michaels, M. S., Parent, M. C., & Torrey, C. L. (2015). A minority stress model for suicidal ideation in gay men. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(1), 23-34.
- Miller, C. T., & Major, B. (2000). Coping with stigma and prejudice. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 243-272). New York: Guilford Press.
- Mustanski, B., & Liu, R. T. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Archives of Sexual Behavior*, 42(3), 437-448.
- National Institutes of Health LGBT Research Coordinating Committee. (2013). *Consideration of the Institute of Medicine (IOM) report on the health of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) individuals*. Washington DC: National Institutes of Health.
- Norcini Pala, A., Hart, R. P., & Steca, P. (2015). Minority stress, depression and HIV-progression biomarkers: an exploratory study on a sample of Italian HIV-positive gay and bisexual men. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19(3), 244-260.

- Ojanen, T. T. (2009). Sexual/gender minorities in Thailand: identities, challenges, and voluntary-sector counseling. *Sexuality Research & Social Policy*, 6(2), 4-34.
- Ojanen, T. T., Ratanashevorn, R., & Boonkerd, S. (2016). Gaps in responses to LGBT issues in Thailand: Mental health research, services, and policies. *Psychology of Sexualities Review*, 7(1), 41-59.
- Operario, D., & Fiske, S. T. (2001). Ethnic identity moderates perceptions of prejudice: judgments of personal versus group discrimination and subtle versus blatant bias. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(5), 550-561.
- Park, A. (2016). *A development agenda for sexual and gender minorities*. Los Angeles: The Williams Institute, University of California Los Angeles, School of Law.
- Sopitarchasak, S., Kihara, M., Soe, K. M., & Ono-Kihara, M. (2017). Disparities in mental well-being between non-minority and sexual minority male youth in Bangkok, Thailand: Quantitative findings from a mixed method study. *Journal of Population and Social Studies*, 25(2), 83-98.
- Spitzer, R. L. (1981). The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: A reformulation of the issues. *American Journal of Psychiatry*, 138(2), 210-215.
- Suicide.org (2016). *International suicide statistics*. Retrieved February 9, 2017, from <http://www.suicide.org/international-suicide-statistics.html>.
- Thoits, P. A. (2013). *Self, identity, stress, and mental health: Handbook of the sociology of mental health*. Netherlands: Springer.
- Van Griensven, F., Kilmarx, P. H., Jeeyapant, S., Manopaiboon, C., Korattana, S., Jenkins, R. A. et al. (2004). The prevalence of bisexual and homosexual orientation and related health risks among adolescents in northern Thailand. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 137-147.
- World Health Organization (2015). *Global Health Observatory (GHO) data*. Retrieved February 20, 2017, from: http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en
- World Health Organization (2017). *Fact sheets*. Retrieved February 19, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/en>.
- Yadegarfar, M., Ho, R., & Bahramabadian, F. (2013). Influences on loneliness, depression, sexual-risk behaviour and suicidal ideation among Thai transgender youth. *Culture, Health & Sexuality*, 15(6), 726-737.
- Yadegarfar, M., Meinhold-Bergmann, M. E., & Ho, R. (2014). Family rejection, social isolation, and loneliness as predictors of negative health outcomes (depression, suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female transgender adolescents. *Journal of LGBT Youth*, 11(4), 347-363.