

PERSPECTIVE AND EXPECTATIONS OF THE MENTAL HEALTH CARE SYSTEM RELATED TO PERCEIVED STIGMA IN MALE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: A HAPPY CARE MODEL

*Pasinee Thoin, Ph.D. *, Prakong Napontan, M.N.S. **,
Panurat Srimungkhul, M.N.S. ***, Phatanee Srioad, M.N.S. *****

Abstract

Objective: To study perspectives and expectations of the mental health service system in relation to perceived stigma among male schizophrenic patients: a model of happy care.

Methods: A qualitative study using Martin Heidegger's interpretive phenomenology (Heidegger, 1962). The data collection period was from November 2023 to November 2024, totaling one year. Informants were purposively selected. Key informants were 16 male patients diagnosed with schizophrenia and admitted as inpatients with stable mental health conditions who were willing to participate in this study. The research instrument used was an in-depth interview guideline. Data was collected through in-depth interviews, tape recordings, observations, and field notes. Data was analyzed using Leonard's interpretation method (Leonard, 1989). Data was transcribed verbatim and analyzed for essential content according to the research objectives. The data was validated with key informants and discussed with experts.

Results: Findings on perspectives and expectations of the mental health service system in relation to perceived stigma among male schizophrenic patients. The findings present a model of happy care. The informants shared their perspectives on five areas of accumulated experience: 1) feelings of emotional distress, 2) feelings of low self-worth, 3) desire for the health care system, 4) improvements in service facilities, and 5) happiness.

Conclusion: Perceptions of stigma influence male schizophrenic patients' experiences of accessing and using mental health services. Therefore, service system development should prioritize reducing stigma, improving facilities, and creating services that respond to patients' definitions of happiness. This aims to reduce stigma, increase treatment compliance, promote psychiatric rehabilitation, and restore well-being.

Keywords: perception of stigma, schizophrenia patients, perspective and expectations, mental health care system

**Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute*

***Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital*

****Registered Nurse, Practitioner Level, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital*

*****Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, e-mail: phat.tanee@gmail.com*

Received: 3 March 2025, Revised: 15 February 2026, Accepted: 21 February 2026

มุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทชาย : รูปแบบการดูแลที่มีความสุข

ภาสินี โทอินทร์, ปร.ด.*, ประคอง นาโพชนัน, พย.ม.**,

ภาณุรัตน์ ศรีมงคล, พย.ม.***, พัฒน์ ศรีโอษฐ์, พย.ม.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษามุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทชาย : รูปแบบการดูแลที่มีความสุข

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการศึกษาความของ Martin Heidegger (Heidegger, 1962) ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงพฤศจิกายน 2567 รวม 1 ปี คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยชายที่วินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีอาการทางจิตสงบ มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกเทป สังเกต และบันทึกภาคสนาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการตีความของเลียวนาร์ด (Leonard, 1989) โดยนำข้อมูลที่ได้ออกความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์แก่นสาระตามวัตถุประสงค์การวิจัย นำไปตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และนำข้อมูลที่ตีความได้ไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ

ผลการศึกษา : ข้อค้นพบเกี่ยวกับมุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทชาย : รูปแบบการดูแลที่มีความสุข โดยผู้ให้ข้อมูลร่วมกันสะท้อนมุมมองที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่สัมผัสผ่านการรับรู้มี 5 ประเด็น คือ 1) ความรู้สึกมีปมในใจ 2) ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง 3) ความปรารถนาต่อระบบบริการสุขภาพ 4) การแก้ไขสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการ และ 5) ความสุข

สรุป : การรับรู้ตราบาปมีผลต่อประสบการณ์การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทชาย ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการควรให้ความสำคัญทั้งด้าน การลดการตีตรา การปรับสิ่งอำนวยความสะดวก และการสร้างบริการที่ตอบสนองต่อความหมายของความสุขในมุมมองของผู้ป่วย เพื่อลดความรู้สึกเป็นตราบาปเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และการฟื้นฟูสู่สุขภาวะ

คำสำคัญ : การรับรู้ตราบาป, ผู้ป่วยจิตเภท, มุมมองและความคาดหวัง, ระบบบริการสุขภาพจิต

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

***พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

****ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

e-mail: pasineethoin@bcnkk.ac.th

วันที่รับ: 3 มีนาคม 2568, วันที่แก้ไข: 15 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่ตอบรับ: 21 กุมภาพันธ์ 2569

ความสำคัญของปัญหา

“เราไม่เหมือนคนอื่น และคนอื่นมองพวกเราแปลกประหลาด” เป็นคำพูดสะท้อนที่มีนัยยะสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่รู้สึกว่าเป็นภาระขาดกำลังใจ รู้สึกไม่มีตัวตนในครอบครัวและสังคมขาดพลังอำนาจในการดำเนินชีวิต” จากการสำรวจทั่วโลกพบความชุกของการเกิดโรคจิตเภท 6.2 ต่อประชากร 1,000 คน และพบว่าเพศชายมีความชุกของการเกิดโรคจิตเภทกว่าร้อยละ 76 มากกว่าเพศหญิง (Orrico-Sánchez, et al., 2020) สำหรับประเทศไทยความชุกของการเกิดโรคจิตเภทในคนอายุ 15 - 59 ปี พบความชุก 8.8 ต่อประชากร 1,000 คน อัตราส่วนชายมากกว่าหญิงเล็กน้อย (Phanthunane et al., 2010) ซึ่งโรคจิตเภทถือเป็นโรคทางจิตเวชที่มีลักษณะรุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน (serious mental illness) และเรื้อรัง มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง และทำร้ายคนอื่น การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของผู้ป่วยทุกด้านเสื่อมถอย แม้จะรักษาดีขึ้นแต่ส่วนมากจะมีอาการทางจิตหลงเหลือ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ถึงแม้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาแล้วส่วนใหญ่ยังคงมีอาการหลงเหลือ และมีความบกพร่องในการใช้ชีวิตไม่เหมือนก่อนป่วยร้อยละ 44 (Sher & Kahn, 2019) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำและอายุขัยของผู้ที่อยู่ในกลุ่มโรคจิตเภทลดลงสูงสุดถึง 20 ปี เมื่อเทียบกับอายุขัยเฉลี่ยของประชากรทั่วไป (Hellidin et al., 2024) และผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปภายในตนเองสูง (Gärtner et al., 2022) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับผลกระทบทางลบทั้งใน

การทำหน้าที่ตลอดชีวิตและการถูกตราบาป

มุมมองการรับรู้ตราบาป (perceived stigma) ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะปัจจัยด้านตราบาป (stigma) ทั้งตราบาปตนเอง (self-stigma) และการถูกตราบาปจากสังคม (social stigma) กระทบต่อการเพิ่มความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ซึ่งถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการหายทุเลา (remission) การฟื้นคืนสู่สภาวะ (recovery) ความไม่ร่วมมือในการรักษา (non adherence) และการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ทำให้อาการรุนแรงและยุ่งยากซับซ้อนขึ้น (Gunasekaran et al., 2022) ซึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ เกิดความทุกข์ทรมาน (suffering) กับตราบาปจากการถูกเลือกปฏิบัติ (discrimination) จากสังคมเพื่อน ครอบครัว และถูกทอดทิ้ง สะท้อนให้เห็นว่ามุมมองและความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภทสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต (Carrara & Ventura, 2018) การดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติถูกปฏิเสธจากเพื่อน พี่น้อง เพื่อนบ้าน และผู้จ้างงาน มีผลต่อการรับรู้ของผู้ที่ถูกตีตรา ทำให้รู้สึกอับอายเกลียดตนเอง และประณามตนเองเป็นบุคคลที่ไม่น่าเชื่อถือ สึกอ่อนแอ ขาดความมั่นใจในตนเอง ละอายเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตของตน ไม่อยากไปพบผู้ให้ความช่วยเหลือ นำมาซึ่งความรู้สึกโดดเดี่ยวและทุกข์ทรมานใจ (เสกสั่น เครือคำ และคณะ, 2562) ตราบาปที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกตึงเครียด รู้สึกไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ต้องดิ้นรนต่อสู้กับทัศนคติที่ไม่ดีและลดคุณค่าของ

ตนเอง ผู้ป่วยจะไม่บรรลุความต้องการพื้นฐานในด้านความรัก ความเป็นเจ้าของ การนับถือตนเอง ความปลอดภัย ความมั่นคง และอำนาจ ในแง่ของการเจ็บป่วย トラบาปจะลดความสามารถในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันและระยะยาวเรื้อรัง (ปนิดา พุ่มพุทธร และขวัญตา ภูริวิทย์ธีระ, 2564)

การศึกษามุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย จึงเป็นประเด็นสำคัญและจำเป็น เนื่องจากจะช่วยนำไปสู่การพัฒนา ระบบบริการสุขภาพจิตที่เอื้อต่อความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ดังนั้น จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเชิงคุณภาพด้านมุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทชาย เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเน้นที่ภาพรวมด้านอาการและผลทางคลินิกเป็นหลัก โดยเฉพาะการวิจัยปริมาณ ซึ่งยังขาดการสร้างการเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับมุมมอง ประสบการณ์ และความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภทชายในบริบทประเทศไทย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถออกแบบบริการสุขภาพที่ลดความรู้สึกลดตราบาป เสริมพลังอำนาจ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษามุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทชาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งทำความเข้าใจเกี่ยวกับมุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทชาย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความตามแนวคิดของ Martin Heidegger (Heidegger, 1962) ซึ่งผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการสะท้อนประสบการณ์จากผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์นั้นโดยตรง คือ ผู้ป่วยจิตเภทชายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง สามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้จากข้อค้นพบที่ปรากฏ จนกระทั่งค้นพบแก่นประสบการณ์ที่เป็นประสบการณ์ร่วมกันของผู้ป่วยจิตเภทชาย ตราบาปทางจิตเวชเป็นกระบวนการทางสังคมที่เกิดจากการให้ความหมายเชิงลบต่อบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้บุคคลถูกลดทอนคุณค่า ถูกกีดกัน หรือถูกมองว่าแตกต่างจากบรรทัดฐานของสังคม (Goffman, 1963) การรับรู้ตราบาปดังกล่าวสัมพันธ์กับมุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิต และเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ที่สัมผัสในผู้ป่วยจิตเภทชาย ในขณะเดียวกัน ความสุขเป็นความรู้สึกที่ดีที่สุด การมีชีวิตที่มีความสุขสนุกสนาน และเป็นความปรารถนาของบุคคลที่อยากจะคงความรู้สึกดังกล่าวไว้ให้ยาวนาน (Layard, 2005) การส่งเสริมความสุขในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทชายจึงเป็นเป้าหมายสำคัญที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต ดังนั้น กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้จึงเชื่อมโยงประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทชายกับระบบบริการสุขภาพจิต ผ่านการทำความเข้าใจ

เข้าใจการรับรู้ตราใบ และการส่งเสริมความสุขในตนเอง โดยสังเคราะห์ข้อค้นพบเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่ลดตราใบและส่งเสริมความสุขในตนเองของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความตามแนวคิดของ Martin Heidegger (Heidegger, 1962) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับมุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยจิตเภทชาย ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก มีการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลและได้รับวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป มีอาการทางจิตสงบโดย ค่าคะแนนการประเมินอาการทางจิต (Brief psychotic rating scales: BPRS) ≤ 36 คะแนน (กรมสุขภาพจิต, 2563) 2) สามารถพูดคุยสื่อสารด้วยภาษาไทยรู้เรื่อง 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน เป็นกระบวนการต่อเนื่องจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว โดยผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อไม่พบรูปแบบของข้อมูลใหม่ หรือข้อค้นพบอื่นมาเพิ่มเติม ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบ

สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi - structural interview) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชน ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์มุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิต จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลจิตเวช มุมมองต่อการให้บริการที่ได้รับ ความต้องการและความคาดหวังจากการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช และความต้องการการดูแลที่ทำให้ลดความรู้สึกเป็นตราใบ ตัวอย่างคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก “ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการให้บริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล” ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยได้จากบททวนวรรณกรรม นำประเด็นที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาสร้างแนวคำถามภายใต้การแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพในภาควิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 3 คน นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 2 คน แล้วนำมาปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน

มนุษย์ ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเอง ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง มีการจดบันทึก การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และการบันทึกเสียง ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 60 - 90 นาที/คน/ครั้ง ทำการสัมภาษณ์จนกว่าจะไม่พบข้อสงสัย หรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) โดยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangular) ในประเด็นต่อไปนี้ 1) ที่มาของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่ต่างกัน 2) ตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นหลักที่ได้มาจากผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลาย 3) มีการนำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนได้ตรวจสอบความถูกต้อง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เลขที่ 002/2567 รับรองเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล โดยระบุผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเอกสารคำชี้แจงและพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างละเอียดก่อนเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าใจแล้วจึงลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของเลียวนาร์ด (Leonard's method) (Leonard, 1989) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก คือ 1) ถอดเทปสัมภาษณ์ ฟังและถอดบทสัมภาษณ์จากเทปให้ละเอียดและตรวจสอบข้อมูลหลาย ๆ ครั้ง โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกภาคสนาม และใส่รหัสผู้ให้ข้อมูล โดยอ่านข้อมูลจากการถอดเทปเสียงที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำหลาย ๆ ครั้ง และนำข้อมูลที่ได้มาอ่านทวนซ้ำหลาย ๆ ครั้ง 2) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป การบันทึกภาคสนาม และจากการสังเกตในพื้นที่ มาอ่านทวนซ้ำหลาย ๆ รอบ พยายามสังเกตความหมายของคำบรรยายทุกขั้นตอน ดัดสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องออกให้เหลือเฉพาะแก่น (Core) จากนั้นถอดรหัสข้อความ (Coding) ออกจากบทสนทนาแล้วพิจารณา คำต่าง ๆ นั้นที่แสดงถึงประเด็นย่อย (Categories or Sub themes) 3) จัดหมวดหมู่สรุปรวมประเภทของเรื่องหรือประเด็นย่อยที่มีเนื้อหาเข้ากลุ่มกันและสรุปเป็นประเด็นหลัก (Themes) 4) พิจารณาแต่ละประเด็นและความหมายของคำ การตอบสนองของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละเหตุการณ์ จนเรื่องที่ตอบสนองกลายเป็นแบบอย่าง หรือเป็นเรื่องที่สามารถอธิบายมุมมองและความคาดหวังของสถานการณ์นั้น ๆ ได้ โดยวิเคราะห์ความหมายของคำตอบจากผู้ให้ข้อมูล และพิจารณาความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ระหว่างเก็บข้อมูลสะท้อนความรู้ลึกของผู้ให้ข้อมูลต่อ

มุมมองและความคาดหวังของประสบการณ์ให้เกิดความชัดเจนในแต่ละประเด็น 5) จำแนกข้อมูลตามความหมายที่สามารถอธิบายลักษณะการกระทำในบริบทนั้น ๆ โดยเขียนสรุปสาระสำคัญ (Theme) ทั้งประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่มีความสัมพันธ์กันตามมุมมองและความคาดหวังให้เข้าใจชัดเจนสอดคล้องกับขอบเขตของความหมายหรือธีมนั้น ๆ จากนั้นผู้วิจัยนำประเด็นหลักที่ได้ไปตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และนำข้อมูลที่ตีความได้ไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเภทและปรับแก้เมื่อได้ความชัดเจนและยืนยันความถูกต้องแล้ว

ความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือโดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) คือ การใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน หรือตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่มาจากผู้ให้ข้อมูลหลายคน เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ผลสรุปไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งที่ต่างกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน เช่น ผู้วิจัยสัมภาษณ์พร้อมกับการสังเกตผู้ให้ข้อมูล ปรึกษาทาง สื่อน้ำ และนำข้อมูลผลการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าผลการสัมภาษณ์นั้นถูกต้องหรือไม่ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการตรวจสอบสามเส้า (investigator

triangulation) โดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ต่างคนต่างเก็บข้อมูลในเรื่องเดียวกัน แล้วได้ข้อค้นพบส่วนที่มีความเหมือนกัน 2) การตรวจสอบ และยืนยันเป็นการตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ ตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วน โดยการฟังซ้ำหลาย ๆ รอบ มีการอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล 3) ความสามารถถ่ายย้ายไปใช้ได้ โดยการนำเสนอการบรรยายของประสบการณ์ที่มาก และลึกพอเพื่อนำผลที่ได้ไปอ้างอิงในบริบทที่คล้ายคลึงกัน และ 4) ความวางใจได้ การดำเนินการวิจัย และอธิบายขั้นตอนการวิจัย เพื่อให้สามารถตรวจสอบเส้นทางการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องมุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทชาย : รูปแบบการดูแลที่มีความสุข พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 100) มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 27 - 52 ปี อยู่ในช่วงวัยแรงงานตอนต้น มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 56.3 การศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนต้น (ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาตอนปลาย) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและมีอาชีพหลักคือ เกษตรกรรม ร้อยละ 37.5 เช่น ทำนา ขณะที่บางรายมีอาชีพรอง ได้แก่ รับจ้าง ค้าขาย หรือว่างงาน ส่วนใหญ่รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 1,000 - 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 81.3) ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ (ร้อยละ 100) ความสัมพันธ์กับครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.3 และความสัมพันธ์กับบุคคล

อื่นในชุมชนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 100 ในมิติสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์เจ็บป่วยทางจิตเฉลี่ย 7 - 8 ปี และเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3 - 4 ครั้ง ครอบครัวมีสมาชิกเฉลี่ย 3 - 4 คน โดยมีผู้ดูแลหลักที่ใกล้ชิด เช่น มารดา บิดา ปู่ย่าตายาย หรือคู่สมรส เป็นส่วนใหญ่ (12 ราย) ว่างใจมารดามากที่สุด ด้านจิตใจและสังคม ผู้ป่วยสะท้อนว่าการต้องรับประทานยาตลอดชีวิตทำให้ชีวิตน่าเบื่อ ขาดโอกาสการทำงาน ครอบครัวแตกสลาย และไม่อยากเป็นภาระต่อผู้อื่น นอกจากนั้นยังรับรู้ทัศนคติด้านลบจากสังคม เช่น ถูกหวาดกลัว รังเกียจ ไม่ต้อนรับ หรือถูกมองว่าเป็น “บ้า” และ “ไม่สมประกอบ” ซึ่งตอกย้ำการเผชิญกับ ตราบาปทางสังคม (stigma) จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังสะท้อนถึง ความสุขในอุดมคติ ว่า คือ การได้รับการยอมรับจากครอบครัว เพื่อน และสังคม การมีงานทำเลี้ยงชีพได้ ไม่เป็นภาระใคร การไม่ถูกรังเกียจหรือเหยียดหยาม และการได้ใช้ชีวิตกับคนที่รักและเข้าใจ ซึ่งสะท้อนความหวังต่อการมีคุณค่าและการฟื้นฟูชีวิตอย่างยั่งยืน

ข้อค้นพบเกี่ยวกับมุมมองและความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อระบบบริการสุขภาพที่ได้จากงานวิจัยนี้มี 5 ประเด็นหลัก คือ (1) ความรู้สึกมีปมในใจ (2) ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง (3) ความปรารถนาต่อระบบบริการสุขภาพ (4) การแก้ไขสิ่งอำนวยความสะดวกต่อบริการ และ (5) ความสุข โดยมีรายละเอียดในแต่ละประเด็นดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ความรู้สึกมีปมในใจ ผู้ให้ข้อมูลร่วมกันสะท้อนมุมมองต่อการรู้สึกมี

ตราบาปในใจหรือปมในใจที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่สั่งสมผ่านการรับรู้และจำแนกเป็น 7 ประเด็นรอง คือ รู้สึกเป็นภาระ รู้สึกไร้ความสามารถ รู้สึกต้องพึ่งพาจิตเวชตลอดชีวิต น่าเบื่อ น่าอับอายถูกล้อเลียน รู้สึกไม่ได้รับความไว้วางใจ ครอบครัวไม่ยอมรับ รู้สึกอัดอัดเมื่อต้องถูกแยกห้อง และรู้สึกผิดจากเหตุการณ์เคยทำร้ายร่างกาย จิตใจของคนในครอบครัว ตัวอย่างทำให้สัมภาษณ์ “รู้สึกที่ผมเป็นภาระให้คนอื่นต้องลำบาก เป็นปมในใจให้ต้องรู้สึกไม่ดีที่เป็นภาระ” (ผู้ป่วยรายที่ 2) “ตัวเองคงไม่มีความสามารถมากพอที่จะใช้ชีวิตแบบที่กำลังเป็นปม” (ผู้ป่วยรายที่ 5) “ป่วยเป็นโรคทางจิตก็ต้องกินยาตลอดชีวิตใช้ไหมคำถามมันวนในหัวผมบ่อยๆ เลิกคิดไม่ได้สักที น่าเบื่ออยู่นะ” (ผู้ป่วยรายที่ 1) “เด็กที่บ้านมันล้อ ไปไหนใครก็ล้อ บางครั้งก็ทำใจยอมรับไม่ได้ เกิดอารมณ์แค้นตลอด” (ผู้ป่วยรายที่ 9) “คนในบ้านในครอบครัวเขายังไม่ไว้วางใจผมเลย รู้สึกแบบนั้นจริง ๆ เขาคงไม่ยอมรับคนเป็นบ้า คิดแบบนี้จริง ๆ” (ผู้ป่วยรายที่ 8) “บางทีอยู่ในห้องที่ต้องแยกคนเดียว ก็รู้สึกนะ รู้สึกไม่ดีเราเป็นอะไร” (ผู้ป่วยรายที่ 15) “เราเคยดีพอดีแม้บางทีก็คิดตามหลังรู้สึกไม่ดี รู้สึกผิดกับสถานการณ์นั้น” (ผู้ป่วยรายที่ 12)

ประเด็นหลักที่ 2 ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ผู้ให้ข้อมูลร่วมกันสะท้อนมุมมองต่ออิทธิพลทางคำพูดหรือจากคนรอบข้างที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่สั่งสมผ่านการรับรู้และจำแนกเป็น 2 ประเด็นรอง คือ ถูกล้อเลียนว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช ทำให้อับอาย และคำพูดของคนอื่นทำให้ตนเองเป็นคนที่ไม่มีความค่า ไม่น่าเชื่อถือ ถูกตำหนิ ทำให้รู้สึก

น้อยใจ ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ “ไม่มีอะไรที่อายคนมากกว่าไปกว่าคำพูดของคน คนนั้นก็พูดล้อเลียนคำพูดของเราเป็นบ้า เป็นโรคจิต” (ผู้ป่วยรายที่ 3) “อายคนเหมือนกันที่เป็นแบบนี้ เขาก็ว่ากันนั้นแหละเคยได้ยิน” (ผู้ป่วยรายที่ 7) และ “คำพูดของคนอื่นทำให้กลายเป็นคนไม่มีค่าอะไร ราวกับไม่มีที่ยืนในสังคม” (ผู้ป่วยรายที่ 4)

ประเด็นหลักที่ 3 ความปรารถนาต่อระบบบริการสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลร่วมกันสะท้อนมุมมองต่อความคาดหวังต่อระบบบริการทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่ส่งผ่านการรับรู้และจำแนกเป็น 7 ประเด็นรอง ซึ่งเสี่ยงสะท้อนความปรารถนาที่ได้เป็นความต้องการที่จะการรับยาในโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อลดค่าใช้จ่าย ลดการเดินทาง ต้องการให้มีพื้นที่ออกกำลังกาย เพิ่มช่องทางติดต่อญาติเมื่อคิดถึง ต้องการให้ญาติและชุมชนไม่ใช่คำพูดที่กระทบจิตใจจนเกิดความรู้สึกไม่อยากรักษาต่อเนื่อง ต้องการให้มีร้านค้าสะดวกซื้อ มีแหล่งอำนวยความสะดวกเหมือนการใช้ชีวิตทั่วไป ต้องการให้เพิ่มห้องแยกส่วนตัวสำหรับเก็บเสียงผู้ป่วยที่เสียงดังป้องกันการรบกวนเวลาอนกลางคืน และต้องการให้มีคลินิกเลิกบุหรี่ในหอผู้ป่วย สามารถแบ่งรายละเอียดปลีกย่อยได้ ตามความแตกต่างกันโดยมีรายละเอียด ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“อยากลดค่าใช้จ่าย ย่นระยะทางที่ต้องมาโรงพยาบาล แต่ในใจมั่นใจว่าโรงพยาบาลจิตเวชจะสบายใจมากกว่าที่อื่น แต่ถ้าบริการทุกอย่างของโรงพยาบาลใกล้บ้านเป็นแบบของจิตเวชก็จะมีใจว่าจะดีเหมือนกัน ผมพอใจที่จะอยู่ใกล้บ้าน” (ผู้ป่วย

รายที่ 10)

“อยากให้มีพื้นที่ออกกำลังกายได้อาการนี้หรือสนามไหนก็ได้ ที่จะลงไปใช้เดินเล่น” (ผู้ป่วยรายที่ 9) “น่าจะมีการคุยกันแบบเห็นหน้าเห็นตากเปิดอกไปตอนคิดถึงบ้าน เห็นคนทางบ้านได้ ตอนที่คิดถึงได้ตลอด” (ผู้ป่วยรายที่ 2)

“ตอนอยู่โรงพยาบาลผม โอเคดีแต่พอกลับไปบ้านบรรยากาศคำพูดมันไม่ใช่ คนที่บ้านเคยรู้แบบที่ผมรู้ใหม่ที่ผมเป็นอะไรทำไมเขายังพูดแบบเดิม ผมเครียดนะบางที อยากให้ญาติรู้แบบที่ผมรู้คงจะดี เพื่อเขาจะได้รู้จัก ผมก็ไม่ได้อยากเป็นแบบนี้” (ผู้ป่วยรายที่ 13)

“ของขายขนมขายเหมือนตอนอยู่โรงพยาบาลในอำเภอบ้านผมมีนะ รถลูกชิ้น ขนมกิน ชื่อของที่อยากได้มันน่าจะมีในตึกของเราเวลาอยากกิน” (ผู้ป่วยรายที่ 15)

“คนจี๋ไว้วายร้องกลางคืนมันมีที่อยู่สำหรับเขาไม่ให้ได้ยินเสียงเขาก็ดีนะ บางทีดังกินไป นอนหลับยากจนไม่อยากนอนโรงพยาบาลจนถึงวันนัด อยากให้มีห้องสำหรับเขา มันนอนไม่หลับ” (ผู้ป่วยรายที่ 6)

“อยากเลิกบุหรี่อยากให้มีรูดเดียวเลยรักษาที่นี้จบเลย มีหน่วยเลิกยาสูบจะได้ช่วยไม่ต้องไปหลายที่ มันยุ่งยาก” (ผู้ป่วยรายที่ 12)

ประเด็นหลักที่ 4 การแก้ไขสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการแก้ไขปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่ส่งผ่านการรับรู้และจำแนกเป็น 3 ประเด็นรอง เพิ่มหน่วยบริการจิตเวชใกล้บ้าน การตอบสนองความต้องการ

เพื่ออำนวยความสะดวกในช่วงที่อยู่วิทยาในโรงพยาบาล และความหลากหลายของสีเส้นเสื้อผ้าสวมใส่ ทั้งนี้สามารถแบ่งรายละเอียดปลีกย่อยได้ตามความแตกต่างกันโดยมีรายละเอียด ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

“อะไรที่ช่วยลดรายจ่าย ลดการเดินทางไกล บริการที่หมอ พยาบาลจัดให้ พอใจหมด เพราะต้องการลดรายจ่ายเพราะเงินก็สำคัญกับผมและครอบครัว” (ผู้ป่วยรายที่ 8)

“บางทีก็ต้องการให้ปรับการจัดระเบียบที่ออกกำลังกาย เดินเล่น คุยโทรศัพท์กับญาติ เป็นแบบที่ต้องการ แต่ก็มีกฎก็จะได้ทำตาม” (ผู้ป่วยรายที่ 4) ทั้งในผู้ป่วยรายที่ 16 ให้คำสัมภาษณ์ว่า “อยากให้มีที่อดบุหรี่ ออกยาสูด บางทีมันหงุดหงิดอยากให้มีแผนกนี้อยู่ที่หอนอนตรงนี้ด้วย” (ผู้ป่วยรายที่ 16) ผู้ป่วยรายที่ 1 ให้คำสัมภาษณ์ว่า “พวกห้องจัดการ ไม่มีเสียงคนร้องควรมีนะ รำคาญนอนไม่ได้เลย” (ผู้ป่วยรายที่ 1) และผู้ป่วยรายที่ 11 ให้คำสัมภาษณ์ว่า “พวกเสื้อผ้าสีสวย ๆ งาม ๆ ขอบนะสดใสนบายตา สีฟ้าสีเหลืองงาม ๆ” (ผู้ป่วยรายที่ 11) “คนที่บ้าน ครอบครัว ช่วยบอกเขาได้ไหม อย่าพูดให้เครียด กดดันกันเกินไป ให้ช่วยพูดดี ๆ ช่วยคุยกับเขาก่อนที่จะกลับบ้าน แก่ใจตรงนี้ได้จะดีมาก มันเกินไปจริง ๆ” (ผู้ป่วยรายที่ 2)

ประเด็นหลักที่ 5 ความสุข ผู้ให้ข้อมูลร่วมกันสะท้อนมุมมองที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่สั่งสมผ่านการรับรู้และจำแนกเป็น 5 ประเด็นรองการไม่ถูกรังเกียจเหยียดหยาม การได้รับการยอมรับจากครอบครัว เพื่อนและสังคม การมีชีวิตที่ดี มีงานทำสามารถเลี้ยงชีพได้ ไม่เป็นภาระคนอื่น ได้ใช้ชีวิต

อยู่กับคนที่รัก และเข้าใจทั้งนี้ในแต่ละด้านยังสามารถแบ่งรายละเอียดปลีกย่อยได้ตามความแตกต่างกันโดยมีรายละเอียด ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

“อย่ารังเกียจกันเลย มันมีแต่ทุกข์ ถ้ามาเหยียดหยามกัน รังเกียจกัน สิ่งเหล่านี้ถ้าไม่เกิดขึ้นจะสุขใจมาก” (ผู้ป่วยรายที่ 3) และคำสัมภาษณ์รายที่ 4 “ความสุขสำหรับผมคือ ไม่ถูกเหยียดหยามให้รู้สึกไม่ดี แค่นี้ก็พอใจ มีความสุข” (ผู้ป่วยรายที่ 4)

“การยอมรับจากครอบครัว เพื่อนในหมู่บ้าน” (ผู้ป่วยรายที่ 15)

“มีชีวิตที่ดีขึ้น มีความสุข” (ผู้ป่วยรายที่ 8) และคำสัมภาษณ์รายที่ 11

“ความสุขคือเรามีชีวิตที่ดี ไม่ต้องมีอะไรให้คิดมาก” (ผู้ป่วยรายที่ 11)

“มีการมีงานทำเลี้ยงตัวเองและลูกเมียได้ไม่เป็นภาระคนอื่น” (ผู้ป่วยรายที่ 13)

“มีบ้าน มีครอบครัวให้ได้อยู่ด้วย เขาจะเข้าใจเรามากที่สุดแค่นี้ก็มีความสุข” (ผู้ป่วยรายที่ 16)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการค้นหามุมมองและความคาดหวังระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยจิตเภทชาย : รูปแบบการดูแลที่มีความสุข มีการให้ความหมายประสบการณ์ชีวิตของตนร่วมกับผู้วิจัยต่อประสบการณ์ชีวิตของตนเองจากความรู้สึกมีปมในใจหรือมีตราใบในใจที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นประสบการณ์ที่สั่งสมผ่านการรับรู้สะท้อนว่า ตนเองรู้สึกเป็นภาระ รู้สึกไร้ความ

สามารถ รู้สึกต้องพึ่งพาอาศัยตลอดชีวิต นำเบื่อนำอับอาย ถูกล้อเลียน รู้สึกไม่ได้รับความไว้วางใจ ครอบครัวไม่ยอมรับ รู้สึกอึดอัดเมื่อต้องถูกแยกห้องและรู้สึกผิดจากเหตุการณ์เคยทำร้ายร่างกายจิตใจของคนในครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิดตราบาป กระบวนการเกิดตราบาปที่เกิดขึ้นจากความเบี่ยงเบน (Howard, 1995) ซึ่งกระบวนการเกิดอคติบุคคลจะดูที่ผลของปฏิกริยาจากสังคม (social reaction) และจากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวชของซูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ และคณะ (2558) อธิบายความรู้สึกที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเฉลี่ย 7 - 8 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช เฉลี่ย 3 - 4 ครั้ง ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องให้ตา ยาย บิดา มารดา ลูก ภรรยา และบุคคลแวดล้อม เป็นผู้ดูแล ซึ่งถ้ามีคะแนนความภูมิใจในตนเองน้อยจะมีคะแนนตราบาปสูงเช่นเดียวกับของศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐานันทนบุตร (2561) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้พึ่งพาในด้านการดูแลของครอบครัว และญาติ มักถูกปฏิเสธการช่วยเหลือเมื่อประสบความลำบาก ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความเท่าเทียมจากการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม เกิดข้อจำกัดในการจ้างงานลดโอกาสในการได้รับงานทำที่ดี ไม่มีรายได้ เป็นภาระของครอบครัว และการที่ผู้ป่วยไม่กล้าคบค้าสมาคม หรือถูกรังเกียจ และมีบุคคลในสังคมรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมและการใช้ชีวิตจึงเกิดความรู้สึกเป็นภาระ รู้สึกไร้ความสามารถ

จากการศึกษาความรู้สึกมีปมในใจหรือ

ตราบาป เกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ เกิดความเครียด รู้สึกไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ต้องดิ้นรนต่อสู้กับทัศนคติในทางลบ รู้สึกล้มเหลว ถูกทอดทิ้ง อันเป็นความยากลำบากที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ถูกตีตราเรื่องความก้าวร้าว ไร้ความสามารถ รู้สึกเป็นตราบาปในตนเอง (Sayed et al., 2021) รู้สึกต้องพึ่งพาอาศัยตลอดชีวิต นำเบื่อนำอับอาย (สุพัตรา จันทร์สุวรรณ และคณะ, 2566) สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยทางจิตที่มีพฤติกรรมแสดงออกถึงความรุนแรง และความก้าวร้าว เนื่องจากมีความผิดปกติทางความคิด และการรับรู้ เป็นโรคที่มีลักษณะเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อน่ายาย ที่ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ถูกล้อเลียนว่าจิตอ่อน เป็นบ้า เป็นโรคประสาท (กนกวรรณ บุญเสริม, 2559) และกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาการกำเริบซ้ำในชุมชน นอกจากนี้ความรู้สึกมีปมในใจหรือตราบาปยังเกิดจากอาการทางจิตพบว่า การเกิดตราบาปยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวและทุกข์ทรมานใจจากไม่ได้รับความไว้วางใจ ครอบครัว สังคมไม่ยอมรับ (เสกสันเทรือคำ และคณะ, 2562) รู้สึกอึดอัดเมื่อต้องถูกแยกห้อง ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลช่วงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอันตรายจากไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการแยกห้องสังเกตอาการ ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกอึดอัด รู้สึกว่าตนเองถูกแยกออกจากสังคม ถูกจำกัดบริเวณ ต้องแยกห้องนอนที่ไม่ใช่ห้องนอนของตนเองปกติ สอดคล้องกับการอธิบายว่า ผู้ป่วยจิตเวชจะรู้สึกถูกแบ่งแยก และรู้สึก

ถูกทอดทิ้ง จากการทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ และอารมณ์ ขาดแรงจูงใจในการต่อสู้กับปัญหา (Gerlinger, et al., 2013) เนื่องจากในขณะที่ผู้ป่วยต้องแยกห้องจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้การถูกแยกห้องรู้สึกเป็นการลดค่าของบุคคลตามความเข้าใจของผู้ป่วย รู้สึกเกิดการลดโอกาสในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติ และมีผลต่อการรับรู้ของผู้ที่ถูกตีตรา ทำให้รู้สึกอับอาย กลียดตนเอง ประณามตนเอง รู้สึกผิดจากเหตุการณ์ที่ทำร้ายร่างกาย จิตใจของคนในครอบครัวรู้สึกตนเองไม่น่าเชื่อถือ ต้องการขอโทษครอบครัว และรู้สึกผิดบาปในใจซ้ำ ๆ (Caqueo-Urizar et al., 2019)

ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง สะท้อนมุมมองต่ออิทธิพลทางคำพูดหรือจากคนรอบข้าง ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนี้เป็นการส่งสมความรู้สึกส่วนบุคคลที่พยายามกดทับไว้ภายในจิตใจในห้วงเวลาหนึ่ง ผ่านการรับรู้และมุมมองกลายเป็นประสบการณ์ชีวิตในทางลบสอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของความนับถือตนเองและการรับรู้การสนับสนุนแวดล้อมกล่าวว่า การล้อเลียน และการถูกปฏิบัติเสียดจากเพื่อน พี่น้อง เพื่อนบ้าน และผู้จ้างงาน มีผลต่อการรับรู้ของผู้ที่ถูกตีตราทำให้รู้สึกอับอาย นำมาซึ่งความรู้สึกโดดเดี่ยวและทุกข์ทรมานใจ มีภาวะซึมเศร้า เกิดความบาปต่อตนเองและการถูกสังคมสร้างตราบาปให้ผู้ป่วยจิตเภทจะลดความสามารถในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง (Jian et al., 2022) ซึ่งการปรับตัวเป็นองค์ประกอบสำคัญ

ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทคืนสู่สภาวะ โดยมีความหวังเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดและความร่วมมือในการรักษา อีกทั้งได้คำพูดของบุคคลแวดล้อมทำให้ผู้ป่วยน้อยใจที่รู้สึกไร้ตัวตน ไม่มีพื้นที่สำหรับตนเอง ไม่น่าเชื่อถือจากการถูกตำหนิ รู้สึกอ่อนแอ ขาดความมั่นใจในตนเอง ละอายเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตของตน ไม่อยากไปพบผู้ให้ความช่วยเหลือ ความรู้สึกที่ตราบาปต่อตนเอง และการถูกตราบาปจากสังคม ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เพิ่มความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกในคุณค่าของตนเองต่ำ เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการหาย ทูเลา การฟื้นคืนสู่สภาวะ ความไม่ร่วมมือในการรักษา และการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากตราบาปส่งผลทุกระยะของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ความรู้สึกด้อยค่าจึงเป็นปัจจัยสำคัญขัดขวางการแสวงหาการรักษาทางด้านจิตเวชของบุคคล ทำให้การเข้าถึงการรักษาล่าช้า ส่งผลให้อาการรุนแรงและยุ่งยากซับซ้อนขึ้น อีกทั้งการศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของการเกิดตราบาปในใจที่ยังคงเป็นปัจจัยก่อความเครียดและความเกิบกตทางอารมณ์ให้เหนียวแน่นสู่การทำร้ายตนเองและหันไปใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทชายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ เสพกัญชา และการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ (Long et al., 2022) จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับคำพูดของคนอื่นทำให้ตนเองเป็นคนที่ไม่มีความค่า ไม่น่าเชื่อถือ ถูกตำหนิ ทำให้รู้สึกน้อยใจ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองจากความรู้สึกในคุณค่าของตนเองต่ำ การหันกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการหาย ทูเลา และความ

ไม่ร่วมมือในการรักษา

ความปรารถนาต่อระบบบริการสุขภาพสะท้อนถึงความปรารถนาต่อความคาดหวังต่อระบบบริการทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นนี้ เป็นประสบการณ์ที่สั่งสมผ่านการรับรู้ในหลายมิติทั้งด้านความสุขสบายของร่างกาย จิตใจ และการตอบสนองทางสังคม ต้องการบริการรับยาจิตเวชในโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาในการเดินทาง แต่เป็นบริการของโรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากมีความเชื่อมั่น มั่นใจ รู้สึกผ่อนคลายในโรงพยาบาลจิตเวชต้องการให้มีพื้นที่ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมส่วนรวมสำหรับผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาล การมีสถานที่สำหรับใช้ทำกิจกรรมนันทนาการ ฝึกทักษะทางสังคม และสุขภาพจิตศึกษาเมื่อร่วมกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีพหุวิสัยทางจิตลดลง ลดการกลับเข้ามารักษาแบบผู้ป่วยใน และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข (พนมพร พุ่มจันทร์, 2564) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะระหว่างผู้ป่วยจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับขณะนอนโรงพยาบาลจะสามารถสร้างความผ่อนคลาย รู้สึกมีคุณค่าและมีความพร้อมในการประกอบอาชีพหลังจำหน่าย (รัศมี ชูคพิมาย, 2565) ต้องการให้ญาติเข้ามาเยี่ยมขณะนอนโรงพยาบาล หรือมีช่องทางติดต่อญาติ เมื่อคิดถึงสามารถติดต่อได้ พุดคุยได้ จากการสะท้อนของผู้ป่วยพบว่าในช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลหลายวัน เฉลี่ย 14 วัน หรือประมาณ 2 สัปดาห์ ต้องห่างจากบ้านและครอบครัวทำให้เกิดความคิดถึงและกังวลใจ

การแก้ไขสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการบริการ

สะท้อนให้เห็นมุมมองต่อการแก้ไขปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่สั่งสมผ่านการรับรู้ จำแนกเป็น 3 ประเด็น 1) ผู้ป่วยต้องการให้เพิ่มบริการสำหรับอำนวยความสะดวกด้านบริการรับยาใกล้บ้านเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของตนเองและครอบครัว 2) เพิ่มปัจจัยพื้นฐานเพื่อตอบสนองความต้องการ 3) ต้องการให้มีคลินิกเลิกละหรือในหอผู้ป่วย จากทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการของอับราฮัม ฮาโรลด์ มาสโลว์ ได้กล่าวไว้ว่า ความต้องการของบุคคลจะเริ่มจากความต้องการระดับต่ำไปสู่ความต้องการระดับสูงกว่า อันเป็นการตอบสนองปัจจัยพื้นฐานและอำนวยความสะดวกตามมุมมองของตนขณะอยู่โรงพยาบาล (อิทธิพนธ์ วรรณิภาภย์, 2566)

ความสุข ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากมีประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิตมาเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ ไร้ความสามารถ และถูกตีตราจากสังคม ซึ่งเป็นปมในใจที่สะสมและมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน อย่างไรก็ตาม ในอีกมุมหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลทุกคนสามารถอธิบาย “ความสุข” ในความเข้าใจของตนเองได้ โดยเน้นไปที่การได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคม การมีงานทำ ไม่เป็นภาระคนอื่น รวมถึงการได้อยู่กับบุคคลที่รักและเข้าใจ หากพิจารณาตามแนวคิด Positive Psychology ความสุข (Happiness) ไม่ได้หมายถึงเพียงการไม่มีโรคหรือความทุกข์ แต่เป็นสภาวะทางจิตใจที่สะท้อนถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความมั่นคงปลอดภัย และการมีความหมายในชีวิต การที่ผู้ป่วยสามารถเลี้ยงชีพตนเองได้ รู้สึกถึงความ

มั่นคง และมีเครือข่ายสังคมที่คอยสนับสนุน ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของความสุขในเชิงบวก (Seligman, 2011) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปนิกา พุ่มพุท และขวัญตา ภูริวิทย์ธระ (2564) ที่พบว่าความสุขของผู้ป่วยสะท้อนถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี การมีงานทำและสามารถเลี้ยงชีพได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระผู้อื่น การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ล้วนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีเสถียรภาพและมีคุณค่าในตนเอง การได้ใช้ชีวิตอยู่กับคนที่รักและเข้าใจ ทำให้เกิดความราบรื่นและลดผลกระทบด้านลบจากการเจ็บป่วย ดังนั้นความสุขจึงสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการพื้นฐานด้าน ความมั่นคงในชีวิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และการได้รับการยอมรับ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจเชิงบวก และยังเป็นแนวทางสำคัญในการออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตที่ตอบสนองทั้งด้านการรักษาและคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูและดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในสังคมได้อย่างยั่งยืน

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทชายมีประสบการณ์การรับรู้ตราบาปจากสังคม ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผิด ความละอาย และการมองตนเองในแง่ลบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับ self-stigma ที่ชี้ให้เห็นว่าการตีตราทางสังคมสามารถกลายเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Corrigan & Watson, 2002) การตีตราเหล่านี้จึงไม่เพียงสร้างผลกระทบต่อสุขภาพจิต แต่ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระและลดทอนคุณค่าในตนเองในด้านความคาดหวัง ผู้ป่วยสะท้อนถึงความ

ต้องการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่สะดวกและลดภาระค่าใช้จ่าย เช่น การรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาและลดโอกาสหยุดรักษากลางคัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่าการเข้าถึงบริการที่ง่ายขึ้นสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นและลดการกลับมารักษาซ้ำ (Read et al., 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกและกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาวะจิต เช่น การมีพื้นที่ออกกำลังกาย กิจกรรมส่วนรวม ร้านค้าสะดวกซื้อ รวมถึงระบบสนับสนุนในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การจัดบริการเลิกบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Positive Psychology ที่เน้นการสร้างความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เพียงผ่านการบรรเทาอาการ แต่ยังรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุน (Seligman, 2011; นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์ และคณะ, 2564) อีกประเด็นสำคัญคือ ความไม่เข้าใจของญาติและชุมชนที่เป็นปัจจัยกีดกันและทำให้อาการกำเริบได้ง่าย ผู้ป่วยจึงสะท้อนความต้องการให้สังคมมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพจิตฐานชุมชน (community-based mental health care) ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสังคมในการสนับสนุนและลดการตีตรา (Davidson, 2005)

โดยสรุป อุปสรรคผลนี้สะท้อนว่าระบบบริการสุขภาพจิตควรมุ่งเน้นการเข้าถึงที่สะดวก ลดภาระทางเศรษฐกิจ จัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะจิต และส่งเสริมความเข้าใจในครอบครัวและชุมชน การพัฒนาบริการจึงควรบูรณาการทั้ง

มิติของความสามารถในการเข้าถึงการคุณภาพชีวิต และการลดการตีตรา เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลที่มีความสุข ซึ่งตอบสนองทั้งความต้องการด้านการรักษาและการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าการรับรู้ตราบาป มีผลต่อประสบการณ์การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทชาย ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการควรให้ความสำคัญทั้งด้าน การลดการตีตรา การปรับสิ่งอำนวยความสะดวกและการสร้างบริการที่ตอบสนองต่อความหมายของความสุขในมุมมองของผู้ป่วย เพื่อลดความรู้สึกเป็นตราบาป เพิ่มความร่วมมือในการรักษา ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และการฟื้นคืนสู่สภาวะความต้องการระบบบริการสุขภาพจิตที่ลดภาระค่าใช้จ่าย เพิ่มความสะดวกในการเข้าถึง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกกับกิจกรรมที่ช่วยลดความซ้ำซากจำเจในระหว่างการนอนโรงพยาบาล เช่น พื้นที่ออกกำลังกาย ร้านค้า และช่องทางสื่อสารกับญาติ ต้องการให้ครอบครัวและชุมชนเข้าใจการรักษามากขึ้นเพื่อลดแรงกดดันและการตีตรา ซึ่งงานวิจัยชี้ว่า (Seiler et al., 2023) ความเบื่อหน่าย (boredom) ส่งผลต่อการฟื้นตัวและระยะเวลาการรักษา การจัดกิจกรรมที่มีความหมายและสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ และต่อ ยอดสู่ความสุขตามแนวคิด Positive Psychology

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ

1. ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมความสุขและความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทชาย โดยสนับสนุนการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และลดการรับรู้ตราบาปที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพจิต

2. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อลดความรู้สึกเป็นตราบาป เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

3. ควรจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลให้มีความรู้และความเข้าใจในมุมมองและความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภทชาย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้การดูแลตอบสนองต่อประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดการรับรู้ตราบาปและส่งเสริมความสุขในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองหรือการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อประเมินผลต่อการรับรู้ตราบาป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคุณภาพชีวิต

2. ควรต่อยอดงานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยเชิงปริมาณหรือแบบผสมผสาน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราบาป ความสุข และผลลัพธ์ทางการรักษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่

3. ควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มผู้รับบริการอื่น เช่น ผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิง หรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะติดสารเสพติด เพื่อเปรียบเทียบ

ความแตกต่างและพัฒนาความรู้ในประเด็นรบบาปและความสุขในบริบทที่หลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่นที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ นฤเสริม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 123-138.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถานบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. พรอตเพอร์สพลัส จำกัด.
- ฐศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, เบญจพร ปัญญาขง, และชวชาติ วงศ์อนุชิต. (2558). การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(1), 25-37.
- นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์, ชีระ ลีลานันทกิจ, กฤตณัย แก้วยศ, และพนมพร พุ่มจันทร์. (2564). การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกลางวัน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 15(20), 56-75.
- ปณิดา พุ่มพุทธร, และขวัญดา ภูริวิทย์ธีระ. (2564). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดการรับรู้ตราบาป. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(3), 215-224.
- พนมพร พุ่มจันทร์. (2564). ความสุข: มุมมองการทำงานพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(1), 1-14.

- รัศมี หุดพิมาย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(3), 851-867.
- ศรินรัตน์ จันทพิมพ์, และชนิษฐา นันทบุตร. (2561). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(2), 68-76.
- สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, วรางคณา จำปาเงิน, สุนทรี ชะชาคย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, และเสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์. (2566). ปัญหาและสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุพรรณบุรี*, 6(2), 67-77.
- เสกสัน เกรือคำ, พิชัย เสนา, และกัญญ์จิรา ศรีภา. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระทำผิดวินัยของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางนครปฐม. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 11(2), 117-135.
- อิทธิพนธ์ วนนิธิกาย. (2566). ปรัชญาทางสังคมศาสตร์และการวิเคราะห์ทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการของอับราฮัม ฮาโรลด์ มาสโลว์. *วารสารวิชาการไทยวิจัยและการจัดการ*, 4(3), 57-71.
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Loundon, A., Boucekine, M., Fond, G., & Boyer, L. (2019). The Latin American Version of The Internalized Stigma of Mental Illness Scale. (LA-ISMI): a multicentric validation study from three Latin American countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 175.
- Carrara, B. S., & Ventura, C. A. A. (2018). Self-Stigma, Mentally Ill Persons and Health Services: An Integrative Review of Literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 317-324.
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Davidson, L. (2005) Recovery, Self-Management and the Expert Patient - Changing the culture of mental health from a UK Perspective. *Journal of Mental Health*, 14(1), 25-35.

- Gärtner, L., Asbrock, F., Euteneuer, F., Rief, W., & Salzmann, S. (2022). Self-stigma among people with mental health problems in terms of warmth and competence. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 807140.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal Stigma in Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review of Prevalence Rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Gunasekaran, S., Tan, G. T. H., Shahwan, S., Goh, C. M. J., Ong, W. J., Subramaniam, M. (2022). The Perspectives of Healthcare Professionals in Mental Health Settings on Stigma and Recovery - A Qualitative Inquiry. *BMC Health Services Research*, 22(1), 888.
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time*. Blackwell Publishing.
- Helldin, L., Mohn, C., Olsson-Tall, M., van Dijk-Härd, I., Olsson, A. K. (2024). Extended lifetime expectancy in schizophrenia, role of measurement-based care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 53, 151-157.
- Howard, R. E. (1995). Human Rights and the Search for Community. *Journal of Peace Research*, 32(1), 1-8.
- Jian, C. R., Wang, P. W., Lin, H. C., Huang, M. F., Yeh, Y. C., Liu, T. L., Chen, C. S., Lin, Y. P., Lee, S. Y., Chen, C. H., Wang, Y. C., Chang, Y. P., Chen, Y. L., & Yen, C. F. (2022). Association between Self-Stigma and Suicide Risk in Individuals with Schizophrenia: Moderating Effects of Self-Esteem and Perceived Support from Friends. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15071.
- Layard, R. (2005). *Happiness: Lessons from a new science*. Penguin Press.
- Leonard, V. W. (1989). A Heideggerian Phenomenologic Perspective on The Concept of The Person. *Advances in Nursing Science*, 11(4), 40-55.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications, Inc.
- Long, Y., Tong, X., Awad, M., Xi, S., & Yu, Y. (2022). Violence, Runaway, and Suicide Attempts among People Living with Schizophrenia in China: Prevalence and Correlates. *PeerJ*, 10, e13033
- Orrico-Sánchez, A., López-Lacort, M., Muñoz-Quiles, C., Sanfélix-Gimeno, G., & Díez-Domingo, J. (2020). Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. *BMC Psychiatry*, 20(1), 149.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: Prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8(1), 1-8.
- Seiler, J. P. H., Zerr, K., Rumpel, S., & Tüscher, O. (2023). High state boredom vastly affects psychiatric inpatients and predicts their treatment duration. *Translational Psychiatry*, 13, 350.
- Read, J. R., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B. F. (2017). Multimorbidity and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 221, 36-46.
- Sayed, A. E. H., Hamed, M., Badrey, A. E. A., Ismail, R. F., Osman, Y. A. A., Osman, A. G. M., & Soliman, H. A. M. (2021). Microplastic Distribution, Abundance, and Composition in The Sediments, Water, and Fishes of The Red and Mediterranean Seas, Egypt. *Marine Pollution Bulletin*, 173(Pt A), 112966.
- Seligman, M. E. (2011). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being*. Free Press.
- Sher, L., & Kahn, R. S. (2019). Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(7), 361.