



การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวช

ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, กศ.ม.

เบญจพร ปัญญาวยง, พ.บ.

ชูชาติ วงศ์อนุชิต, พย.ม.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปกับความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยจิตเวช

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน ๒๕๕๗ เครื่องมือประกอบด้วยแบบวัดการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต (ISMI) ฉบับภาษาไทย และแบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของ Rosenberg วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาปภายในใจระหว่างกลุ่มด้วย t-test ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมของการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองด้วย multiple linear regression ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับรู้ตราบาปกับคะแนนความภาคภูมิใจในตนเองด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผล มีผู้ป่วยจำนวน 390 คนจำแนกเป็นโรคจิตเภทมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองสูง ได้แก่ การมีระดับการศึกษาต่ำกว่า การไม่มีงานทำ และการมีประสบการณ์กีดกันจากการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตและประเภทของโรคทางจิตเวช กลุ่มโรคจิตเภท โรคอารมณ์แบบสองขั้วและความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดจะมีการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองมากกว่าโรควิตกกังวล และการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของผู้ป่วยจิตเวชสัมพันธ์ทางลบกับความภาคภูมิใจในตนเอง

สรุป ผู้ป่วยโรคจิตเวชในภาพรวมมีการรับรู้ตราบาปในระดับเล็กน้อย ปัจจัยหกข้อที่มีผลต่อการรับรู้ตราบาปคือ ระดับการศึกษา การมีงานทำ การไม่มีรายได้ของตนเอง การวินิจฉัยโรค และการมีประสบการณ์กีดกันจากการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต 3 ด้าน การรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองสูงจะทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ

คำสำคัญ : ตราบาป ผู้ป่วยจิตเวช

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



Internalized stigma of psychiatric patients

Chusri Kerdpong bunchote, M.Ed.

Benjaporn Punyayong, M.D.

Choochart Wong-Anuchit, M.N.S.

Abstract

Objective To study the level and associated factors of internalized stigma and self-esteem in psychiatric patients.

Materials and methods The sample was the outpatients at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry between October to November, 2014. The instrument consisted of a Thai version of Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) and the Rosenberg Self Esteem Scale. The data was analyzed by using descriptive statistics, t-test, Pearson correlation coefficients, and Multiple linear regression.

Results Among 390 patients, schizophrenia was mainly found together with a minimal level of internalized stigma. Factors correlated with high level of internalized stigma were a lower level of education, unemployment, and discrimination experiences in mental illness. People who have been diagnosed with schizophrenia, affective disorders and substance use disorders had significantly higher level of stigma than people with anxiety disorder. Internalized stigma was negatively associated with self-esteem.

Conclusion The internalized stigma level in psychiatric patients was minimal. There were six associated factors affected internalized stigma as follows: education level, being employed, receiving no income, psychiatric diagnosed, and discrimination experiences in three aspects. High internalized stigma score led to low self-esteem.

Key words : psychiatric patient, stigma

บทนำ

ตราบาป (stigma) คือ สถานะของการสูญเสียโอกาส การแบ่งแยกกีดกัน ส่งผลให้เกิดการมองแบบเหมารวมทางลบ ขัดขวางการฟื้นตัวโดยบั่นทอนทั้งความเป็นบุคคล สถานะทางสังคม เครือข่ายทางสังคมและความภาคภูมิใจ¹⁻³ ตราบาปมี 2 ลักษณะคือตราบาปทางสังคมและตราบาปภายในใจของผู้ป่วย ตราบาปทางสังคมเป็นผลจากความเข้าใจผิดหรือความไม่รู้ของคนในสังคม ทำให้เกิดอคติและการมองแบบเหมารวมทางลบเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต แสดงการไม่ยอมรับ รังเกียจ กีดกัน หวาดกลัว ไม่กล้าพูดคุยกับผู้ป่วยจิตเวช⁴ ตราบาปภายในใจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้และยอมรับปฏิกิริยาของสังคมแล้วหันเหความรู้สึกเหล่านั้นเข้าสู่ตนเอง⁵ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายทัศนคติต่อการรับบริการทางจิตวิทยาและความตั้งใจแสวงหาการรักษา⁶ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้ตราบาป 2 ด้าน คือการถูกตีตราจากความผิดปกติทางจิตและการถูกกีดกันออกจากคนปกติในด้านการหางาน สถานศึกษา การหาบ้านพัก การไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม และการปิดบังอาการจากการทำหน้าที่ในสังคมบกพร่อง⁷

ผลกระทบทางลบของตราบาปเกิดขึ้นกับครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของชาติที่ต้องสูญเสียไปกับการรักษาหรือแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น ถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ มองตนเองไม่มีค่า รู้สึกเป็นปมด้อย เป็นที่น่ารังเกียจ ถูกกีดกันทางสังคม ถูกจำกัดสิทธิและโอกาสต่างๆ ไม่กล้าหรือไม่อยากไปพบผู้ให้การรักษาซึ่งเป็นการส่งเสริมทำให้เกิดหรือคงไว้ซึ่งวิธีการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้อง⁸⁻¹³ รับการรักษาล่าช้าทำให้อาการรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน¹⁻³

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ตราบาปภายในใจของผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยภายนอก^{8, 10, 13-15} เช่น ทัศนคติของบุคลากรและประชาชนทั่วไป แพทย์ทั่วไป ครอบครัว วิธีการรักษา ตราบาปทางสังคม นโยบาย ระบบประกัน ข้อมูลข่าวสารและสื่อต่างๆ และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยด้านผู้ป่วย มีผลวิเคราะห์การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปภายในใจของผู้ป่วยทางจิตจำนวน 127 การศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับลักษณะทางจิตสังคม ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คุณภาพชีวิต แหล่งสนับสนุนทางสังคม พลังอำนาจทางใจ สมรรถนะแห่งตน และความหวัง สำหรับลักษณะทางจิตเวช มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของอาการทางจิตและ สัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา ไม่พบว่ามีผลสัมพันธ์กับลักษณะทางสังคมและประชากร¹⁶

ปัจจุบันประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องนี้ไม่กว้างขวางโดยเฉพาะตราบาปภายในใจกับปัจจัยด้านผู้ป่วย การศึกษาดังนี้เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปภายในใจของผู้ป่วยจิตเวชและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยคาดหวังการออกแบบกลวิธีส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับการรับรู้ตราบาปภายในใจ

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 พุด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ การรับรู้วันเวลา สถานที่ บุคคลปกติจำนวน 390 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึงพฤศจิกายน ๒๕๕๗

เครื่องมือ ประกอบด้วยส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะทางสังคมและประชากร การเจ็บป่วยทางจิตเวชและประสบการณ์การกีดกันจากการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ตราบาภายในใจตนเองของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต ฉบับภาษาไทย (Internalized Stigma of Mental Illness : ISMI)¹⁸ แปลโดยชูชาติ วงศ์อนุชิต และคณะ โดยแปลเป็นภาษาไทยและแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 คนตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ 0.98 และค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้ออยู่ในช่วง 0.86 ถึง 1 (ติดต่อด้านตัว) วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นได้ 0.89 แบบวัดมีจำนวน 29 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมิณค่า 4 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง และให้คะแนน 1 2 3 4 ตามลำดับ) แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม เป็นการวัดประสบการณ์ส่วนบุคคลในการเป็นสมาชิกของสังคมที่น้อยกว่าสมาชิกอื่นหรือการทำให้เสื่อมเสียอัตลักษณ์ จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการถูกมองแบบเหมารวม เป็นการวัดระดับความเห็นด้วยของผู้ตอบที่มีต่อการมองแบบเหมารวมหรืออคติของสังคมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ เป็นการวัดถึงการได้รับสิ่งคุกคามจากผู้อื่น จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการแยกตนเองออกจากสังคม เป็นการวัดระดับการปฏิเสธการอยู่ร่วมกับผู้อื่น จำนวน 6 ข้อ

และ 5) ด้านความต้านทานต่อการรับรู้ตราบา เป็นการวัดประสบการณ์ของการต้านทานหรือการไม่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 5 ข้อ ค่าต่ำสุด 29 คะแนน ค่าสูงสุด 116 คะแนน การรับรู้ตราบาแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อยที่สุดถึงไม่มีเลย (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00) ระดับเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.01-2.50) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.51-3.00) ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00) ส่วนที่ 3 แบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของ Rosenberg จำนวน 10 ข้อ ที่แปลเป็นภาษาไทยและมีการวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือ¹⁹ และปรับข้อคำถามใหม่โดยทินกรและณัทย วงศ์ปาริณย์²⁰ เป็นมาตราส่วนประเมิณค่า 4 ระดับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 4-1 ตามลำดับ คะแนนรวม ตั้งแต่ 10-40

การวิเคราะห์ข้อมูล การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาภายในใจระหว่างกลุ่มต่างๆ ใช้ t-test หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมของการรับรู้ตราบาภายในใจตนเองของผู้ป่วยจิตเวชด้วย multiple linear regression หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับรู้ตราบาภายในใจกับคะแนนความภาคภูมิใจในตนเองด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ให้ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน ๒๕๕๗ ถึง มกราคม ๒๕๕๘

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 ราย เป็นเพศ หญิงร้อยละ 54 โสดร้อยละ 53.8 อายุ 40-60 ปี ร้อยละ 46.9 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา, อนุปริญญา มากที่สุดร้อยละ 42.3 ไม่ได้ทำงานร้อยละ 55.9 โสด ร้อยละ 53.8 มีแหล่งรายได้เป็นของตนเองร้อยละ 59.0 พักอาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 80.6 ได้รับ

การวินิจฉัยโรคจิตเภทร้อยละ 38.0 โรคอื่นๆ ร้อยละ 35.1 เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ ภาวะปรับตัวผิดปกติ โรค หลงผิด ภาวะนอนไม่หลับที่ไม่ได้เกิดจากสาเหตุทาง กาย ระยะเวลาเจ็บป่วยทางจิตเฉลี่ย 7.2 ปี เคยรับ ไว้ในโรงพยาบาลจำนวน 1-3 ครั้งร้อยละ 86.1 มี ประสบการณ์การถูกกีดกันด้านการยอมรับของสังคม มากที่สุดร้อยละ 29.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางสังคมและประชากร การเจ็บป่วยทางจิตและประสบการณ์การถูกกีดกัน

	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	84 (21.5)
มัธยมศึกษา,อนุปริญญา	165 (42.3)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	141 (36.2)
การมีงานทำ	
ทำงาน	172 (44.1)
ไม่ได้ทำงาน	218 (55.9)
สถานภาพสมรส	
โสด	210 (53.8)
สมรส	129 (33.1)
แยกกันอยู่, หย่า, หม้าย	51 (13.1)
แหล่งรายได้	
มีรายได้เป็นของตนเอง	230 (59.0)
ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง	160 (41.0)
ที่พักอาศัย	
อยู่กับครอบครัว	314 (80.6)
อยู่คนเดียว	38 (9.7)
อาศัยอยู่กับผู้อื่น, อื่นๆ	38 (9.7)
การวินิจฉัยโรค	
โรคจิตเภท	148 (38.0)
โรคอื่นๆ	137 (35.1)
โรคซึมเศร้า	40 (10.3)
โรคอารมณ์สองขั้ว	36 (9.2)
โรควิตกกังวล	16 (4.1)
ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด	13 (3.3)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางสังคมและประชากร การเจ็บป่วยทางจิตและประสบการณ์การถูกกีดกัน (ต่อ)

	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาเจ็บป่วยทางจิต (ปี)	
≤ 5	196 (50.3)
6-10	77 (19.7)
11-20	83 (21.3)
≥21	34 (8.7)
การรับไว้ในโรงพยาบาล	
ไม่เคย	246 (63.1)
เคย	144 (36.9)
1-3 ครั้ง	124
≥ 4 ครั้ง	20
ประสบการณ์การถูกกีดกัน	
การยอมรับของสังคม	116 (29.7)
การปิดบังอาการ	85 (21.8)
การหางานทำ	34 (8.7)
การหาสถานศึกษา	33 (8.5)
การหาบ้านเช่า	23 (5.9)

คะแนนการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเอง

การรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.1 (SD = 0.5) ค่าเฉลี่ยที่มากที่สุดอยู่ในด้านความต้านทานต่อการรับรู้ตราบาป (ค่าเฉลี่ย 2.3, SD = 0.8) ค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือด้านการถูกมองแบบเหมารวม (ค่าเฉลี่ย 1.9, SD = 0.6) ดังตารางที่ 2

การรับรู้ตราบาปปรายข้อ 29 ข้อพบว่า 5 อันดับแรกที่ผู้ป่วยรับรู้ตราบาปมากที่สุดคือ ข้อ 14 (ฉันรู้สึกเป็นปกติเมื่ออยู่ในที่สาธารณะร้อยละ 45.9) ข้อ 24 (การอยู่กับภาวะเจ็บป่วยทางจิตได้ทำให้ฉันแข็งแกร่งร้อยละ 45.1) ข้อ 21 (คนที่ไม่เคยมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตไม่เข้าใจในตัวฉันร้อยละ 44.6) ข้อ 11 (ฉันไม่พูดเรื่องตนเองเพราะไม่อยากเป็นภาระคนอื่นร้อยละ 43.3) และข้อ 2 (ผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงร้อยละ 39.2)

ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับรู้ตราบาปด้านต่างๆ

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างด้านต่างๆ ของคะแนนการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองพบว่า ด้านความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม ด้านการถูกมองแบบเหมารวม ด้านการถูกเลือกปฏิบัติ และด้านการแยกตนเองออกจากสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก (ตารางที่ 3) เช่นถ้าถูกมองแบบเหมารวมก็จะรู้สึกแปลกแยก ($r=0.65$) ถ้ามีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติก็จะรู้สึกแปลกแยกและถูกมองแบบเหมารวม ($r=0.64, 0.71$ ตามลำดับ) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับที่ต่ำมากกับด้านความต้านทานต่อการรับรู้ตราบาป ถ้ามีความต้านทานสูงจะไม่รู้สึกแปลกแยก ไม่แยกตัวออกจากสังคม ($r=-0.14, -0.11$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ระดับและคะแนนการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองในแต่ละด้าน (n = 390)

ตราบาปภายในใจตนเอง	การรับรู้ตราบาป : ร้อยละ				ค่าเฉลี่ย (SD)
	น้อยที่สุดถึงไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มากที่สุด	
ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม	54.6	24.4	13.6	7.4	2.1(0.7)
การถูกมองแบบเหมารวม	63.6	24.1	8.7	3.6	1.9(0.6)
ประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ	61.5	19.0	16.2	3.3	2.0(0.6)
การแยกตนเองออกจากสังคม	53.6	30.3	13.1	3.1	2.0(0.6)
ความต้านทานต่อการรับรู้ตราบาป	43.1	22.3	17.7	16.9	2.3(0.8)
รวม					2.1(0.5)

ตารางที่ 3 Pearson's correlation coefficient (r) ของคะแนนการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองในด้านต่างๆ

ด้าน	แปลกแยก	มองเหมารวม	เลือกปฏิบัติ	การแยกตัว	ความต้านทาน
ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม	1				
การถูกมองแบบเหมารวม	0.65**	1			
ประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ	0.64**	0.71**	1		
การแยกตนเองออกจากสังคม	0.76**	0.71**	0.69**	1	
ความต้านทานต่อการรับรู้ตราบาป	-0.14**	-0.09	-0.16**	-0.11*	1

** p < .01 , * p < .05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเอง

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมการรับรู้ตราบาปกับปัจจัยต่างๆที่ละปัจจัยได้ผลดังตารางที่ 4 ซึ่งพบว่ามี 9 ปัจจัยคือ การศึกษา โดยที่ถ้ามีการศึกษาดำจะมีคะแนนตราบาปสูง การมีงานทำซึ่งคนที่ไม่มืงานจะมีคะแนนตราบาปสูงกว่าคนที่มืงานทำ การไม่มีรายได้ของตัวเองโดยที่คนที่ไม่มีรายได้ของตัวเองจะมีคะแนนตราบาปสูงกว่าคนที่มื

รายได้เอง การวินิจฉัยโรคพบว่าผู้ป่วยโรคจิตกังวลมีคะแนนตราบาปต่ำกว่าโรคอื่นๆ ส่วนความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดมีคะแนนตราบาปสูงสุด และการมีประสบการณ์การถูกกีดกันจากการมีภาวะทางจิตในด้านต่างๆ 5 ด้านได้แก่ การหาสถานศึกษาไม่ได้ การหางานไม่ได้ การต้องปิดบังอาการ การหาบ้านเช่าไม่ได้ และการไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งการมีประสบการณ์เช่นนี้จะทำให้มีคะแนนตราบาปสูงกว่าไม่มีประสบการณ์ถูกกีดกัน

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับคะแนนตราบาปรวม: univariable analysis

ปัจจัย	n	ค่าเฉลี่ย (SD)	p
เพศ			
ชาย	177	58.6 (13.1)	0.36
หญิง	213	59.9 (12.8)	
อายุ (ปี)		$r = -0.04$	0.43
การศึกษา			
≤ ประถมศึกษา	84	61.5 (11.3)	<.01
มัธยมศึกษา, อนุปริญญา	165	61.2 (12.0)	
≥ ปริญญาตรี	141	55.8 (14.2)	
การมีงานทำ			
มี	218	57.2 (12.5)	<.01
ไม่มี	172	62.0 (13.0)	
การมีรายได้ของตัวเอง			
มี	230	57.7 (13.3)	<.01
ไม่มี	160	61.6 (12.1)	
การวินิจฉัยโรค			
วิตกกังวล	28	51.5 (9.4)	.05
จิตเภท	185	59.9 (12.1)	
อารมณ์สองขั้ว	44	60.8 (12.1)	
ซึมเศร้า	55	59.2 (15.5)	
ใช้สารเสพติด	15	65.0 (13.1)	
อื่นๆ	63	58.6 (13.6)	
ประสบการณ์การถูกกีดกันในด้านต่างๆ			
การหาสถานศึกษา			
ถูกกีดกัน	33	66.8 (13.3)	<.01
ไม่ถูกกีดกัน	357	58.6 (12.7)	
การหางานทำ			
ถูกกีดกัน	34	69.8 (12.6)	<.01
ไม่ถูกกีดกัน	356	58.3 (12.5)	
การปิดบังอาการ			
ปิดบัง	85	66.5 (12.8)	<.01
ไม่ปิดบัง	305	57.3 (12.3)	
การหาบ้านเช่า			
ถูกกีดกัน	23	67.2 (12.6)	<.01
ไม่ถูกกีดกัน	367	58.8 (12.8)	
การยอมรับของสังคม			
ถูกกีดกัน	116	65.0 (12.4)	<.01
ไม่ถูกกีดกัน	274	56.9 (12.4)	

การหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมการรับรู้ตราบาปกับปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัยพร้อมกันด้วย multiple linear regression โดยมีตัวแปรอิสระ 9 ตัวได้ผลดังตารางที่ 5 ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความ

สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 6 ปัจจัยคือ ระดับการศึกษา การมีงานทำ การวินิจฉัยโรค และการมีประสบการณ์การกีดกันด้านหางาน การปิดบังอาการและการยอมรับของสังคม

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนการรับรู้ตราบาป: multiple linear regression

	b (regression coefficient)	p
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	6.2	<.01
มัธยมศึกษาถึงอนุปริญญา	4.7	<.01
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	-	
การไม่มีงานทำ	3.8	.05
การไม่มีรายได้ของตัวเอง	1.0	0.56
การวินิจฉัยโรค		
โรคจิตกักขัง	-	
โรคจิตเภท	7.4	<.01
โรคอารมณ์สองขั้ว	8.1	<.01
โรคซึมเศร้า	7.9	<.01
ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด	15.1	<.01
โรคอื่นๆ	7.6	<.01
ประสบการณ์การถูกกีดกันจากการมีภาวะทางจิต		
การหาสถานศึกษา	2.9	0.21
การหางาน	6.3	<.01
การปิดบังอาการ	6.8	<.01
การหาบ้านเช่า	1.9	0.51
การยอมรับของสังคม	5.0	<.01

ความภาคภูมิใจในตนเอง

ผู้ป่วยมีคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง อยู่ระหว่าง 14 ถึง 40 คะแนนโดยมีค่าเฉลี่ย 29.7 (SD = 5.0) และพบว่าคะแนนความภูมิใจในตัวเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนการรับรู้ตราบาปภายในด้านต่างๆในระดับน้อยถึงปานกลาง กล่าวคือ ถ้ามีคะแนนความภูมิใจในตนเองน้อยจะมีคะแนนตราบาปสูง โดยที่คะแนนความภาคภูมิใจ มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมด้านความรู้สึกลึกแปก แยกจากสังคม ด้านการถูกมองแบบเหมารวม ด้าน ประสิทธิภาพการถูกเลือกปฏิบัติ ด้านการแยกตนเอง ออกจากสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($r = -0.59, -0.47, -0.39$ และ -0.44 ตามลำดับ) และความสัมพันธ์ กับด้านความต้านทานต่อการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับ ต่ำ ($r = -0.24$)

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า การรับรู้ตราบาปภายใน ใจตนเองมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย ใกล้เคียง กับการรับรู้ตราบาปภายในใจของผู้ป่วยจิตเภทของ ประเทศจีน (ค่าเฉลี่ย 2.2)²¹ ออสเตรเลีย (ค่าเฉลี่ย 2.2)²² และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าการศึกษาใน 13 ประเทศ แลยุโรป²³ (ค่าเฉลี่ย 1.8) ซึ่งทั้งสามการศึกษานี้ใช้ แบบวัดการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเอง (ISMI) เช่น เดียวกับการศึกษานี้ แต่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยจิตเวชไม่เจาะจงกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนการศึกษาในประเทศไทยทั้งสามการศึกษานั้น สอดคล้องกับ 2 รายงาน^{15,24} ขัดแย้งกับ 1 รายงาน²⁵ ทั้งสามการศึกษานี้ใช้แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Wahl จำนวน 21 ข้อ โดยวัดการรับรู้การถูกตีตราและการถูกแบ่งแยก

กีดกัน โดยที่การศึกษาของอุบลรัตน์ ลิงหละ²⁵ พบว่าการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับ ปานกลาง และศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างไรก็ดีตาม การศึกษานี้ หากศึกษาเฉพาะในกลุ่ม ผู้ป่วยโรคจิตเภท ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ตราบาปภายใน ใจตนเองยังอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความต้านทานต่อการ รับรู้ตราบาปของผู้ป่วยในประเทศออสเตรเลีย (ค่าเฉลี่ย 2.7) และ 13 ประเทศแถบยุโรป (ค่าเฉลี่ย 2.8) มี ค่าเฉลี่ยสูงกว่าประเทศไทย อาจเนื่องจากการได้รับการ ยอมรับทางสังคมและมีการเข้าถึงบริการมากกว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป ภายในใจตนเองที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีการ รับรู้ตราบาปภายในใจตนเองสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษา สูงนั้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Brockington และคณะ²⁶ แตกต่างจากการศึกษาในประเทศจีนที่ พบว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ใน เขตเมืองและระดับการศึกษาสูงมีทัศนคติทางลบต่อ การเจ็บป่วยโรคจิตเภท²⁷ ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้ ทำงานมีการรับรู้ตราบาปภายในใจสูงกว่าผู้ที่ทำงาน และพบว่าผู้ที่มีประสิทธิภาพการถูกกีดกันจากการ ทำงานจะทำให้มีคะแนนตราบาปภายในใจตนเองสูง กว่าผู้ไม่มีประสิทธิภาพการถูกกีดกันถึง 6.3 คะแนน อาจอธิบายได้ว่า การไม่สามารถทำงานมีอาชีพได้ นำพาไปสู่วัฏจักรอันเลวร้าย ทำให้เกิดความภาค ภูมิใจในตนเองที่ต่ำลง⁹ ซึ่งการรับรู้คุณค่าในตนเองมี ความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปภายในใจ^{1,14,27} หรือ อาจมีสาเหตุจากการถูกจำกัดโอกาสการทำงานทำ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้รับผลกระทบของการเจ็บป่วยในเรื่องของหน้าที่ การงาน¹¹ ขณะเดียวกันพบว่าผู้ที่มีการงานจะมีความ รู้สึกที่ดีที่ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น พึงพอใจกับการเข้า

ร่วมกิจกรรมทางสังคม มีกำลังใจในชีวิตและมั่นใจในตนเอง²⁸

นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราบาปภายในใจกับการวินิจฉัยโรคและประสบการณ์การกีดกันจากการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตนั้น ยังไม่พบรายงานในประเทศไทยและในต่างประเทศ ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในโรคที่มีอาการทางจิตชนิดรุนแรงเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ฯลฯ แต่การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดและโรคอื่นๆ ทางจิตเวชจะมีการรับรู้ตราบาปภายในใจสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งน่าจะเป็นเพราะผู้ป่วยในกลุ่มโรคจิตเภทไม่มีอาการของโรคจิต ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง และ ไม่ได้กระทำผิดกฎหมาย และมีผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าการรับรู้ตราบาปภายในใจมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการทางจิต¹⁶

การศึกษานี้ พบว่าประสบการณ์การถูกกีดกัน ด้านการปิดบังอาการและการยอมรับของสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Wahl⁷ ที่ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ตราบาปด้านการถูกเลือกปฏิบัติจากการทำบาปหน้าที่ในสังคมบกพร่อง จะถูกแบ่งแยกกีดกันออกจากคนทั่วไปในด้านการหางาน สถานศึกษา หาด้านพัก การไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมและการปิดบังอาการ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Goffman²⁹ ที่กล่าวถึงกระบวนการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีคนรังเกียจกีดกันว่า บุคคลอาจเลือกใช้การปิดบังซ่อนเร้นความเจ็บป่วยเนื่องจากถูกตีตราจากสังคม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยทางจิตชนิดรุนแรงควรได้รับการส่งเสริมด้านจิตใจให้มีพลังเข้มแข็งในการจัดการกับตราบาปภายในใจ

นอกจากนี้ การศึกษานี้พบว่า การรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความภาคภูมิใจในตนเอง นั่นคือผู้ที่มีการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองสูงจะมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ^{16, 22, 30-31} ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้รับอิทธิพลทางลบจากการรับรู้ตราบาปและการมองแบบเหมารวมเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง³² ความภาคภูมิใจในตนเองที่ต่ำของผู้ป่วยจิตเวชจะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้ารับการรักษาความเจ็บป่วยทางจิตและจะมีผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว³¹

ข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการศึกษากับผู้ป่วยจิตเวชทุกโรค ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในช่วงเวลานั้น ซึ่งเป็นสถานบริการเฉพาะทางจิตเวชแห่งหนึ่งเท่านั้น ดังนั้น ข้อจำกัดนี้อาจมีผลต่อการนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่สถานพยาบาลแห่งอื่น

สรุป

การรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างคะแนนการรับรู้ตราบาปทุกด้าน ยกเว้นด้านความต้านทานต่อการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบ ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ตราบาปได้แก่ ระดับการศึกษา การมีงานทำ การไม่มีรายได้ของตัวเอง การวินิจฉัยโรค และการมีประสบการณ์การกีดกันจากการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต 3 ด้านคือ การหางาน

การปิดบังอาการและการยอมรับของสังคม การรับรู้
ตราบาปภายในใจตนเองสูงจะทำให้ความภาคภูมิใจ
ในตนเองต่ำ การศึกษาวิจัยในอนาคตเพื่อค้นหา
บุคคลกลุ่มเสี่ยงหรือปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการรับรู้
ตราบาปในระดับสูงซึ่งอาจเป็นการศึกษาระยะยาว
หรือการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ และเพื่อ
หาวิธีการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพและเป็นหลักฐาน
เชิงประจักษ์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬาลักษณ์
โกมลตรี ในการวิเคราะห์ข้อมูล นางอุ๋นจิตร कुमारักษ์
ในการรวบรวมข้อมูล นายแพทย์ปทานนท์ ขวัญสนธิ
ในการสืบค้นเอกสารต่างประเทศ

References

1. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am J Sociol* 1987;52:96-112.
2. Perlick DA, Rosenheck RA, Charkin JF, Sirey JA, Salah J, Struening EL, et al. Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiat Serv* 2001;52:1627-32.
3. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Stigma as a barrier of recovery: perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiat Serv* 2001;52:1615-20.
4. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiat* 2005;20:529-39.
5. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol* 2006;25:875-84.
6. Vogel DL, Wade NG, Haake S. Measuring self-stigma associated with seeking psychological help. *J Couns Psychol* 2006;53:325-37.
7. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bull* 1999;25:467-78.
8. Holzingger A, Beck M, Munk I, Weithaas S, Aegermeyer MC. Stigma as perceived by schizophrenics and depressives. *Psychiatr Prax* 2003;30:395-401.
9. Department of Mental Health. National Mental Health Campaign: de-stigmatization. 2007. Retrieved from http://www.correct.go.th/jit/norjournal_03.html. (12 August 2004)
10. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2002;28:143-5.
11. Suksawung S, Sawungsin S. The study on stigma of schizophrenic patients. Proceeding of the 4th International Conference on Mental Health; 2005 July; Bangkok Thailand, p.69-70.
12. Dangdomyouth P, Lurbunthawatchai A, Jitpanya C. Stigma: perception and impact to schizophrenic patients and care givers. *J Psychiat* 2004;18:1-9.
13. Jampasri W. The effect of using group supportive psychotherapy on perceived stigma of schizophrenic patients. [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011.
14. Kittirattanapaiboon P. Stigma and psychiatric disorders. Available from <http://www.dmh.moph.go.th/news/view.asp?id=1001>.
15. Wannachat O. Life skills as perceived by caregivers, social support and perceived stigma among persons with schizophrenia. [master thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2007.
16. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010;71:2150-61.
17. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiat Res* 2003;121:31-49.

18. Wongpakaran T, Wongpakaran N. Confirmatory factors analysis of Rosenberg Self Esteem Scale: a study of Thai student sample. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011;56:59-70.
19. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A comparison of reliability and construct validity between the original and revised versions of the Rosenberg Self Esteem Scale. *Psychiatry Investig* 2012;9:54-8.
20. Lv Y, Wolf A, Wang X. Experienced stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *Gen Hosp Psychiat* 2013;35:83-8.
21. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2011;37:316-23.
22. Brohan E, Gauci D, Sartorius, Thornicroft G, and the GAMIAN-Europe Study group. Self – stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe Study. *J Affect Disord* 2011;129:56-63.
23. Khumhom A. Perceived stigma of caregivers, life skills and perceived stigma of persons with schizophrenia. [master thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University;2009.
24. Singhasene U. Selected factors related to perceived stigma of schizophrenic patients. [master thesis]. Bangkok: Chulalongkon University; 2009.
25. Brockington IF, Hall P, Levings J, Murphy C. The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry* 1993;162:93-9.
26. Weiss MG, Ramakrishna J. Stigma and global health: developing a research agenda. *An International Conference*;2001 Sep 5-7; p.1-16.
27. Indra Rak P. Experience dealing with negative perceptions of society of patients with schizophrenia in community. [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University;2007.
28. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. N.J: Prentice Hall. 1963.
29. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiat Serv* 2001;52:1621-6.
30. Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *Int Psychogeriatr* 2008;20:174-87.
31. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P, Roe D. Associations of multiple domains of self- esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Res* 2008;98:194-200.