



บทความพิเศษวิชาการ : การลดตราบาปของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต

เบญจพร ปัญญาวยง, พ.บ.

ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, กศ.ม.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาวิธีการลดตราบาปของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต

วัสดุและวิธีการ สืบค้นข้อมูลประเภท นิพนธ์ต้นฉบับ บทความพิเศษวิชาการ จากฐานข้อมูล เช่น Google search, PubMed ระหว่างค.ศ. 2000-2015 โดยกำหนดคำสำคัญ คือ ตราบาป การเจ็บป่วยทางจิตและ intervention และวิทยานิพนธ์จากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์อิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทั้งหมด

ผล วิธีการลดตราบาปที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุขได้รับแนวคิดของ Cook และแบ่งแนวทางเป็น 3 ระดับ คือระดับภายในบุคคลระดับระหว่างบุคคลและระดับโครงสร้าง ระดับภายในบุคคล แบ่งวิธีการ เป็น 2 แนวทาง คือวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับตราบาปกับวิธีการยอมรับตราบาปและการปรับตัวกับการตีตรา/ตราบาปและการมองแบบเหมารวม ระดับระหว่างบุคคลมี 2 กลวิธี คือการให้ความรู้และการพบปะกับผู้ที่มิภาวะเจ็บป่วยทางจิต การให้ความรู้ทั้งแบบตัวต่อตัวหรือกลุ่มย่อย ระดับโครงสร้าง มี 2 วิธี คือการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตและการรณรงค์ลดตราบาป

สรุป แนวทางในการลดตราบาปทั้งสามระดับให้ผลทั้งสองแบบ (ได้ผลและไม่ได้ผล) โดยเฉพาะระดับภายในบุคคล แนวทางเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้พัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ : ตราบาป วิธีการ ภาวะเจ็บป่วยทางจิต



Review article : Stigma reduction strategies of mental illness

Benjaporn Punyayong, M.D.

Chusri Kerdpong bunchote, M.Ed.

Abstract

Objective The study was aimed to review stigma intervention for mental illness.

Materials and methods A systematic review of stigma intervention related to mental illness was conducted. The search included original and review articles from Google search, PubMed from 2000 to 2015 and search terms were stigma, mental illness and intervention. The other search was e-theses of Chiang Mai University all and search term was stigma.

Results A multilevel approach to stigma and public health of Cook's was used as a conceptual framework for this review. Three levels of an ecological system included intrapersonal, interpersonal, and structural level. Two approaches of intrapersonal-level intervention targeted individual with mental illness were cognitive reconstruction of stigma; and stigma acceptance and enhance coping with stigmatized stereotype. Two strategies of interpersonal-level interventions were education and contact-based intervention. Education was conducted both dyadic and small group. In the structural level intervention was to foster environments that improve accessibility of individual diversity with mental illness and stigma reducing campaign.

Conclusion Three levels stigma reducing strategies had contradicting results especially intrapersonal level. All approaches help the organizations who are responsible for stigma reduction develop appropriate de-stigma programs in the future.

Key words : intervention, mental illness, stigma

บทนำ

ในช่วงต้น คำนิยามของตราบาป (stigma) จะหมายถึงคุณลักษณะของบุคคลที่ทำให้เกิดความเลื่อมเลียม (discredit) อย่างมาก เช่น Goffman ให้คำนิยามของตราบาป (stigma) ว่า หมายถึงคุณลักษณะที่ทำให้บุคคลนั้นเลื่อมเลียมชื่อเสียงหรือทำให้ขายหน้า/สูญเสียความน่าเชื่อถือในสังคมอย่างมาก มีคุณลักษณะ 3 อย่าง คือ ความผิดปกติของร่างกาย เช่น ความพิการ ฯลฯ ลักษณะเฉพาะบางประการ เช่น สิว ความหลากหลายทางเพศ และลักษณะที่น่าตำหนิ เช่น การกระทำผิดกฎหมาย การเจ็บป่วยทางจิต ฯลฯ ขณะเดียวกัน Goffman ถือว่าโรงพยาบาลจิตเวช (asylum) เป็นสิ่งที่ต่อต้านการรักษาและทำให้เกิดตราบาป เช่นเดียวกัน Scheff และ Szasz ก็เห็นด้วยกับแนวคิดนี้ว่าการดำเนินงานด้านจิตเวชทำให้เกิดผลลบมากกว่าการเจ็บป่วยทางจิตเอง¹

Jone และคณะ ให้นิยามว่าเป็นคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ต้องปกปิด (เพราะมีลักษณะเด่นชัด สังเกตได้) มีผลรบกวนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีผลต่อความสุนทรีย์ (ไม่มีเสน่ห์ หรือลำบากใจ) เป็นอันตราย (คุกคามหรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่น) และความรับผิดชอบของบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย ฯลฯ ลักษณะเหล่านี้ทำให้คนอื่นตัดสินว่าผิดปกติหรือผิดทำนองคลองธรรม และ Elliott เน้นคุณลักษณะที่เกิดจากการขาดทักษะ/ความสามารถของบุคคลและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้อื่นว่าเป็นอันตรายและไม่สามารถคาดเดาได้ ทำให้ถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่ปกติ² ซึ่งคำนิยามเหล่านี้เป็นการอธิบายอย่างกว้างๆ ถึงคุณลักษณะ ไม่ได้อธิบายในรูปแบบของความสัมพันธ์ของคุณลักษณะ

จากข้อวิพากษ์ข้างต้น Link และ Phelan³ ได้ให้คำนิยามตราบาปว่า เป็นปรากฏการณ์ของการตีตรา (labeling) การมองแบบเหมารวม (stereotype) การแบ่งเขาแบ่งเรา (separate) การสูญเสียสถานะและการกีดกัน ต่อมา Corrigan⁴ ใช้กรอบของการมองแบบเหมารวม อคติ (prejudice) และการกีดกัน (discrimination) ในการแบ่งตราบาป เป็นตราบาปทางสังคม (public stigma) และ ตราบาปภายในใจตนเอง (internalized stigma) หรือ (self-stigma) โดยได้ปรับจากนิยามของ Thornicroft⁵ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ (เข้าใจผิด/ไม่รู้) ทศนคติ (อคติ) และพฤติกรรม (กีดกัน)

ตราบาปทางสังคม เกิดจากความเข้าใจผิดหรือความรู้ของคนในสังคม เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยทางจิตทำให้เกิดอคติและการมองแบบเหมารวมทางลบเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต มีการแบ่งแยกกีดกันและแสดงพฤติกรรมแบบปฏิเสธ/ไม่ยอมรับหรือการหลีกเลี่ยงและการถอยห่าง^{4,5}

ตราบาปภายในใจของตนเอง เกิดจากการที่ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตรับรู้และตระหนักถึงปฏิกิริยาของสังคม รวมทั้งความรู้ลึกลับทางลบ (ความกังวลล่วงหน้าว่าจะถูกปฏิเสธ) และจากประสบการณ์ของการกีดกันแล้วยอมรับการตีตรา/ตราบาปและการมองแบบเหมารวมทางลบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแล้วหันเหสิ่งเหล่านั้นเข้าสู่ตนเองและเชื่อว่าตนถูกลดคุณค่าในสังคม⁶

อย่างไรก็ตาม นิยามของตราบาปเหล่านี้ยังเน้นที่ระดับบุคคล ไม่ได้เชื่อมโยงกับสุขภาพ แต่ปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับมิติทางสังคมและวัฒนธรรม (เชื้อชาติ ชนชั้นวรรณะ ศาสนา ชนชั้น เพศ ภาวะ) และปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งลักษณะของโรค ต่อมา

นักวิชาการจึงให้ความสนใจเกี่ยวกับสังคม วัฒนธรรม และโครงสร้างทางสังคมที่มีผลต่อการเกิดและการคงอยู่ของตราบาป ที่จะส่งผลต่อประสบการณ์และการแสดงออกของตราบาป ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับโครงสร้าง (structural model) เป็นแนวคิดใหม่เกี่ยวกับสุขภาพระบบบริการสุขภาพและความไม่เท่าเทียมที่มีผลจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม นโยบาย/กฎหมายที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลในการแสดงอาการของโรคและการรักษาที่แตกต่างกัน⁹

Rusch จึงได้เพิ่มเติมว่าตราบาปอาจแสดงออกเป็น 3 แบบ คือตราบาปภายในใจตนเอง ตราบาปทางสังคม และการถูกกีดกันจากโครงสร้างในสังคม (structural discrimination) ที่เกิดจากกฎหมาย ระเบียบการกฎเกณฑ์ของสังคมทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจทำให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเสียเปรียบและเสียโอกาส¹⁰

นอกจากนี้ Corrigan และ Kerr¹¹ ได้กล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ของตราบาปกับระบบนิเวศทางสังคม (social ecology) ใน 3 ระดับ คือ 1. ระดับโครงสร้าง (meso level) เป็นระดับระบบเรียกว่าตราบาปทางโครงสร้าง (structural stigma) โดยที่กฎหมาย นโยบาย ระเบียบการจะจำกัดสิทธิและโอกาสของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต 2. ระดับสังคม (macro level) เรียกว่า ตราบาปทางสังคม และ 3. ระดับบุคคล (micro level) เรียกว่า ตราบาปภายในใจตนเอง

ที่ผ่านมาการศึกษาตราบาปในผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตส่วนมากมักศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคซึมเศร้าและโรคจิตเวชชนิดรุนแรงที่มีความบกพร่องทางสังคมโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาจถูกมองว่าเป็นอันตราย ไร้ความสามารถ

(incompetent) ทำนายไม่ได้ (unpredictable) ต้องรับผิดชอบกับการเจ็บป่วยของตนเองและการทำนายโรคไม่ได้¹²⁻¹⁷ การมองแบบเหมารวมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศแถบเอเชียเป็นความรู้สึกผิดต่อผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยของตนเองมากกว่า การถูกมองว่าเป็นอันตรายและไร้ความสามารถ¹⁴ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้รับการยอมรับทางสังคม และถูกกีดกันออกจากคนปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ รู้สึกเป็นปมด้อย มองตนเองไม่มีค่าความภาคภูมิใจในตนเองลดลงและลดทอนเป้าหมายในชีวิตของตน^{10,18-21} ผู้ป่วยและครอบครัวจะปิดบังอาการไม่ไปขอรับการรักษาหรือรับการรักษาแล้วซ้ำและไม่ต่อเนื่องทำให้อาการรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น (refractory symptoms) จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน^{22,23} นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบต่อการหางาน/รายได้ สถานศึกษา การหาบ้านเช่า และการพักผ่อนหย่อนใจ^{3,24}

ดังนั้นจะเห็นว่า ตราบาปมีผลกระทบอย่างมากต่อทั้งผู้ป่วย และครอบครัว โดยที่ชุมชนและสังคมจะมีอคติและกีดกันผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ทำให้มีอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการและการฟื้นฟูของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ในบทความนี้จะทบทวนเฉพาะเรื่องวิธีการลดตราบาปหรือการตีตรา (stigma intervention)

วัตถุประสงค์และวิธีการ

โดยการสืบค้น นิพนธ์ต้นฉบับ บทฟื้นฟูวิชาการและบทความอื่นจากเว็บไซต์ เช่น Google search, PubMed ตั้งแต่ปี 2000-เดือนมีนาคม 2015 โดยกำหนดคำสำคัญ คือ stigma, mental illness, intervention วิทยานิพนธ์จากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์

อิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทั้งหมดจนถึงปัจจุบัน โดยใช้คำสำคัญ คือ ตราบาป จากการค้นคว้าตามคำสำคัญของบทความภาษาอังกฤษ พบบทความที่เกี่ยวข้อง 6,761 บทความและเกี่ยวกับวิธีการลดตราบาปของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต 58 ฉบับ บทความพหุวิชาการ 9 ฉบับ การศึกษาวิเคราะห์แบบบอสมาน (meta-analysis) 2 ฉบับ ส่วนวิทยานิพนธ์ภาษาไทยมีจำนวน 8 ฉบับ ที่เกี่ยวกับวิธีการลดตราบาปของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตเพียง 2 ฉบับ จากการศึกษาหัวข้อ บทความย่อและบทความที่เกี่ยวข้องได้กรองบทความที่สามารถเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดด้านโครงสร้าง (structural model) ที่เกี่ยวข้องกับตราบาป ในบทความนี้จะใช้แนวคิดของ Cook และคณะ²⁵ ที่อธิบายความเชื่อมโยงตราบาปกับการแพทย์/สาธารณสุข และจะเป็นแนวทางที่มีประโยชน์ในการนำไปใช้ลดการตีตราและการรับรู้ตราบาปในตนเองของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย

ผล

จากบทความที่เกี่ยวข้องกับตราบาป ตามกรอบแนวคิดของ Cook ซึ่งใช้แนวทางหลายระดับ (multilevel approach) ในการแบ่งระดับวิธีการช่วยเหลือ (intervention) เป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับภายในบุคคล (intrapersonal-level) 2) ระดับระหว่างบุคคล (interpersonal-level) 3) และระดับโครงสร้าง (structural level)²⁵ ได้ศึกษาจากนิพนธ์ต้นฉบับ 19 บทความ บทความพหุวิชาการ 3 บทความ และการศึกษาแบบบอสมาน 2 บทความ มีผลการศึกษา ดังนี้ **ระดับภายในบุคคล** กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคคลที่ถูกตีตราหรือผู้ที่มีการรับรู้ตราบาปภายในใจต่อภาวะ

เจ็บป่วยทางจิตโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อปรับเปลี่ยนความรู้คิด (cognition) อารมณ์ ความรู้สึก (affect) และพฤติกรรมการตอบสนอง (behavioral response) ต่อการตีตราและช่วยลดภาวะคุกคามจากการมองแบบเหมารวมทางลบ โดยการปรับความคิด ช่วยปรับกระบวนการปกป้องตนเองจากข้อมูลที่น่ากลัว เพิ่มความสามารถในการปรับตัวกับการตีตราและการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองและยืนยัน/เพิ่มคุณค่าในตนเอง วิธีการลดตราบาป ได้แก่ การให้ความรู้ (education) การให้การปรึกษา/จิตบำบัด และการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม²⁵

ในการลดการรับรู้ตราบาปในใจ Mittal²⁶ สรุปว่า วิธีการลดการรับรู้ตราบาปภายในใจแบ่งเป็น 2 แนวทาง คือ วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อเกี่ยวกับตราบาป/การตีตรา และวิธีการสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมยอมรับตราบาปและการมองแบบเหมารวมโดยไม่ต้องทบทวน หรือท้าทาย แต่เป็นการยอมรับและเพิ่มพูนทักษะการปรับตัวเกี่ยวกับการตีตรา/ตราบาปนั้น ผ่านทางการเสริมสร้างความภาคภูมิใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ และส่งเสริมพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ ด้วยวิธีการต่างๆ

ผลการศึกษาวิธีการลดตราบาปส่วนมากเป็นการศึกษาแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม และศึกษาในโรคจิตเภท โรคซึมเศร้าและโรคจิตเวชชนิดรุนแรง แบ่งเป็น 2 แนวทาง ดังนี้ 1) การปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมและการให้ความรู้ โดยมีเป้าหมายที่ความเชื่อผิดๆ/ความจริงเกี่ยวกับตราบาป การปรับ/ท้าทายความเชื่อเกี่ยวกับตราบาป²⁷⁻²⁹ อาจจะมีการสอนทักษะวิธีการจัดการความเครียดและความภาคภูมิใจในตนเอง ผลการศึกษามีทั้งสองแบบ (ได้

ผลดีและไม่ได้ผล) 2) การยอมรับการตีตรา/ตราบาป แบ่งเป็น 2.1) การให้ความรู้อย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่ามีการให้ความรู้โรคจิต³⁰ ให้ความรู้เฉพาะกลุ่มคนผิวดำที่มีโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล³¹ หรือ การให้การปรึกษาและให้เอกสารแผ่นพับในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเน้นเฉพาะผู้ชาย³² ผลลัพธ์มีทั้งสองอย่าง (ได้ผลและไม่ได้ผล) และ 2.2) หลายวิธีการรวมกัน ส่วนมากเป็นการให้ความรู้เรื่องโรค ตราบาป และผลกระทบการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การถูกกีดกัน การเปิดเผยการเจ็บป่วย³³ การสัมภาษณ์ สร้างแรงจูงใจ การสอนทักษะทางสังคม และการตั้งเป้าหมาย³⁴ การสนับสนุนสมาชิกกลุ่ม การฝึกทักษะการแก้ปัญหา³⁵ การยอมรับตนเอง (self acceptance)³⁶ ความเครียด การจัดการกับความเครียด³⁸ การช่วยเหลือตนเอง การสื่อสารและการให้การปรึกษาแบบประคับประคอง^{39,40} (ตารางที่ 1) ซึ่งการศึกษาพบว่าส่วนมากได้ผลดี โดยเฉพาะโปรแกรมของ Shin และ MacInnes ได้ผลดีมี effect size สูง^{38,28} และโปรแกรมของ Lucksted ได้ผลระดับปานกลาง³⁵

การศึกษาอื่น พบว่าการให้ความรู้อย่างเดียวไม่ใช่วิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดการรับรู้ตราบาปในใจ (perceived stigma หรือ self-stigma) ได้⁴¹ Corrigan และคณะ⁴² ได้เสนอกรอบแนวคิดเรื่องความต่อเนื่องของตราบาป การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และความภาคภูมิใจ โดยการเสริมพลังอำนาจจะเป็นตัวกลาง (mediator) ระหว่างการรับรู้ตราบาปและพฤติกรรมสู่การบรรลุเป้าหมาย ดังนั้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ตั้งประเด็นการเจ็บป่วยทางจิตนั้นทำให้ตนเองเข้มแข็งสามารถมีชีวิตที่ดี มีประโยชน์แก่สังคม ใช้ชีวิตอย่างที่ต้องการและสะดวกใจที่จะไปตามสถานที่ต่างๆ ได้

ซึ่งเป็นคำถามหมวดหนึ่งของการวัดตราบาปในใจตนเอง (เรียกว่า ความต้านทานต่อการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเอง (stigma resistance, SR) และพบว่า SR มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปในใจ และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความภาคภูมิใจ การมีพลังอำนาจ คุณภาพชีวิตและการมีเพื่อนเพียงพอดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการใช้แนวทางการเพิ่ม SR จะสามารถลดการรับรู้ตราบาปในใจและทำให้บุคคลนั้นสามารถฟื้นฟูตนเองได้⁴³

ระดับระหว่างบุคคล กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคคลที่แสดงออกในลักษณะเลือกปฏิบัติแบ่งแยกกีดกันหรือตีตรา โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อลดการตีตรา/ตราบาป วัตถุประสงค์รอง คือ บุคลากรทางการแพทย์มีมุมมองในการยอมรับผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูล มุมมองระหว่างสมาชิกกลุ่มย่อยหรือกับผู้นำกลุ่ม วิธีการลดการตีตรา/ตราบาปมี 2 รูปแบบ ที่สำคัญ คือ การให้ความรู้และการพบปะกับผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตหรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (contact-based intervention) อาจพบปะโดยตรงหรือการใช้วิดีโอทัศน์บอกเล่าสิ่งที่ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตเผชิญอยู่โดยวิทยากรจะเน้นที่ผลกระทบและผลที่ตามมาของตราบาป/การตีตราและอธิบายวิธีการปรับตัว⁴³

การศึกษาวิเคราะห์แบบอภิมาน (meta-analysis) เรื่องวิธีการลดตราบาปของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตมีการศึกษาแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม 33 การศึกษา กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต เช่น นักศึกษา วิชาชีพด้านสุขภาพ/สุขภาพจิต นายจ้าง นักกีฬา ฯลฯ รูปแบบการให้ความรู้เป็นการพบหน้าแบบกลุ่ม หรือการใช้อินเทอร์เน็ต หรือการใช้คอมพิวเตอร์แบบศึกษา

ตารางที่ 1 กลวิธีลดตราบาปภายในใจตนเอง รูปแบบการศึกษา ประเภทผู้ป่วย เป้าหมายการทดลองและผลการประเมิน

กลวิธี ผู้วิจัย ปี ประเทศ	การศึกษา รูปแบบ	จำนวน	ตัวอย่าง (คน) ประเภท	เป้าหมาย	แบบประเมิน การรับรู้ ตราบาป	ผลดีขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญ
1. การให้ความรู้และ CBT						
Yanos และคณะ ²⁷ 2009, สหรัฐอเมริกา	RCT	20	39, โรคจิตเภท ผู้ป่วยนอก	การเล่าเรื่อง การปรับความคิด	ISMI	ไม่ใช่
Mac Innes และคณะ ²⁸ 2008, อังกฤษ	RCT	6	20, โรคจิตเวช รุนแรงผู้ป่วยใน	ความเชื่อผิดเกี่ยวกับ ตราบาป, ความเครียด การจัดการ	PDD	ใช่
Knight และคณะ ²⁹ 2006, อังกฤษ	RCT	6	21, โรคจิตเภท ผู้ป่วยใน	ความภาคภูมิใจต่ำ ความเชื่อผิดเกี่ยวกับ ตราบาป, ความจริง	PDD	ไม่ใช่
Lucksted และคณะ ³⁰ 2011, สหรัฐอเมริกา	RCT	9	50, โรคจิตเภท ผู้ป่วยนอก	ความเชื่อผิดเกี่ยวกับ ตราบาป, ความจริง ทักษะทางสังคม/ แก้ปัญหา	ISMI	ใช่
2. การยอมรับตราบาป/การปรับตัว						
2.1 การให้ความรู้อย่างเดียว						
Abo-Mustonen ³¹ 2011, ฟินแลนด์	RCT	8	39, โรคจิตเภท ผู้ต้องขัง	การเจ็บป่วย อาการ ระบาวิตวิทยา	LPSQ	ไม่ใช่
Hammer และคณะ ³² 2010, สหรัฐอเมริกา	RCT	1	1,397, ซึมเศร้า ผู้ป่วยนอก	การเจ็บป่วยและ ระบาวิตวิทยา	SSOSH	ใช่
Alvidrez และคณะ ³³ 2009, สหรัฐอเมริกา	ไม่ใช่	1	42 ซึมเศร้า, วิตกกังวล ผู้ป่วยนอก	การขอรับการรักษ การเข้าถึงบริการ	PDD	ไม่ใช่
2.2 การให้ความรู้และการเสริมสร้างพลัง/การปรับตัว						
Rüsch และคณะ ³⁴ 2014, สวิตเซอร์แลนด์	RCT	3	100, โรคจิตเวช	การเปิดเผยการเจ็บป่วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์	ISMI	ไม่ใช่
Fung และคณะ ³⁵ 2011, ฮองกง	RCT	12	66, โรคจิตเภท ผู้ป่วยนอก	การสู่เป้าหมาย แรง จูงใจ, ทักษะทางสังคม	CSSMI	ใช่
Luoma และคณะ ³⁶ 2008, สหรัฐอเมริกา	RCT	2-3	88, สารเสพติด ในสถานบำบัด	ความเชื่อผิดเกี่ยวกับ การติดการยอมรับ	ISMI, PDD	ใช่
Link และคณะ ³⁷ 2002, สหรัฐอเมริกา	RCT	16	88, โรคจิตเภท คลับเฮาส์	ผลของตราบาป แลกเปลี่ยนประสบการณ์	LPSQ	ใช่
Shin & Luken ³⁸ 2002, สหรัฐอเมริกา	RCT	10	48, โรคจิตเภท ผู้ป่วยนอก	การจัดการภาวะวิกฤติ การสื่อสารการจัดการ ความเครียด	PDD	ใช่
วรธรา ³⁹ 2012, ไทย	RCT	5	40, โรคจิตเภท ผู้ป่วยนอก	การให้การปรึกษา ประคับประคองแบบกลุ่ม	แบบวัดการรับรู้ตราบาป	ใช่
อริญญา ⁴⁰ 2009	RCT	12	15, โรคจิตเภท ผู้ป่วยนอก	การสื่อสาร	แบบวัดการรับรู้ตราบาป	ใช่

*RCT= randomized controlled trial, CBT = cognitive behavior therapy, LPSQ = Link's Perceived Stigma Questionnaire, SSOSH = Self-Stigma of Seeking Help, PDD = Perceived Devaluation and Discrimination, DSS = Depression Stigma Scale, CSSMIS = Chinese Self-Stigma of Mental Illness Scale, ISMI = Internalized Stigma of Mental Illness แบบวัดการรับรู้ตราบาปตามแนวทางของ Wahl (สร้างขึ้นเอง)

ด้วยตนเอง ผลลัพธ์จะวัดเกี่ยวกับทัศนคติ (ทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับอันตราย ความสามารถ ความรับผิดชอบของผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตและการพยากรณ์โรค) ความรู้สึก (กลัว โกรธ) และ พฤติกรรมที่ตั้งใจ (behavioral intention) เช่น การหลีกเลี่ยงหรือการเลือกปฏิบัติ ฯลฯ หรือการวัดภาพรวม การศึกษานี้กลุ่มเป้าหมายส่วนมากเป็นผู้ที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต มีเพียง 3 โปรแกรมที่กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต และพบว่าโปรแกรมการลดตราบาป มีประสิทธิภาพในการลดตราบาปภายในใจของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตได้ผล ระดับเล็กน้อย และพบว่า กรณีภาวะเจ็บป่วยทางจิตในภาพรวมและกรณีโรคซึมเศร้า โปรแกรมสามารถลดตราบาปได้ระดับปานกลาง กรณีโรคจิต โปรแกรมสามารถลดตราบาปได้ระดับเล็กน้อย การให้ความรู้อย่างเดียวและการให้ความรู้กับการพบปะกับผู้ที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดตราบาป (personal stigma หรือ social distance) ระดับปานกลาง ไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการพบปะกับผู้ที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตอย่างเดียว และพบว่าการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมสำหรับบุคคลทั่วไป ไม่มีประสิทธิภาพในการลดการตีตรา ผลโดยรวมพบว่า ทั้งการให้ความรู้และการพบปะกับผู้ที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต ให้ผลดีในการลดการตีตราทั้งในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม วิธีการพบปะผู้ที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตให้ผลดีกว่าการให้ความรู้สำหรับผู้ใหญ่ แต่ในกลุ่มวัยรุ่นการให้ความรู้ให้ผลดีกว่า และวิธีการให้ความรู้แบบพบหน้าดีกว่าการใช้อินเทอร์เน็ตหรือวิดีโอ⁴¹ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายอื่น คือ สื่อมวลชน ส่วนมากเป็นนักศึกษา พบว่าสามารถลดอคติได้ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่

ผลต่อการเลือกปฏิบัติยังไม่ชัดเจน ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม⁴⁵ และมีการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยการให้ความรู้ พบว่าให้ผลดีเช่นเดียวกัน⁴⁶

การให้ความรู้ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการอธิบายสาเหตุของโรคแบบชีวพันธุศาสตร์ (biogenetic cause) เช่น โรคทางสมอง การติดเชื้อ สมองถูกทำลายหรือกรรมพันธุ์ ฯลฯ และรูปแบบจิตสังคม (psychosocial cause) เช่น ความเครียด/ความกดดันจากการทำงาน ครอบครัวยุทธศาสตร์ การเงิน บาดแผลทางใจ ฯลฯ และแบบอื่นๆ ในนักศึกษาแพทย์กับนักศึกษาจิตวิทยา โดยการให้สื่อแผ่นพับและวิดีโอทัศน์ ทั้งสองรูปแบบมีผลทำให้การมองแบบเหมารวมทางลบลดลง ในขณะที่การอธิบายแบบชีวพันธุศาสตร์ ทำให้การมองแบบเหมารวมเรื่องการเรียนรู้ความสามารถ ทำนายไม่ได้/ความไม่แน่นอน และระยะห่างกับผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตดีขึ้นในนักศึกษาแพทย์ แต่ในนักศึกษาจิตวิทยาพบว่า ไม่ตำหนิผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตแต่ขณะเดียวกันก็ไม่เชื่อว่าโรคจะหาย ขณะที่การอธิบายแบบจิตสังคมพบว่า การมองแบบเหมารวมด้านอันตรายลดลงและระยะห่างกับผู้ป่วยทางจิตดีขึ้นในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ จำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมรูปแบบการให้ความรู้และการอธิบายสาเหตุโรค โดยการผสมผสานระหว่างสองรูปแบบอย่างสมดุล รวมทั้งการทำทนายความ เชื้อแบบผิดๆ⁴⁷ และมีการศึกษาทบทวนการอธิบายสาเหตุโรคว่าเกิดจากชีวพันธุศาสตร์ในประชาชนทั่วไปพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความอดทนต่อการของการเจ็บป่วย ไม่มีรายงานว่าการอธิบายสาเหตุของโรคด้วยวิธีนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยของตนเองและพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทยังถูกปฏิเสธ/กีดกันอย่างมาก ทั้งๆ ที่ได้อธิบายสาเหตุของ

โรคว่าเป็นโรคทางสมอง ลือเคมีในสมองไม่สมดุล และมีส่วนของกรรมพันธุ์¹⁴

นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาวิเคราะห์ 6 องค์ประกอบสำคัญของการพบปะกับผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตที่มีผลต่อการลดตราบาป พบว่า องค์ประกอบที่เน้นเรื่องการฟื้นตัวจากโรค (ความหวัง การฟื้นตัว และความสำเร็จของผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต) กับรูปแบบและช่องทางการพบปะทางสังคมกับผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตที่หลากหลายมีหลายช่องทาง จะทำนายผลทางบวกค่อนข้างสูง ส่วนองค์ประกอบอื่นเช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร หลักฐานเกี่ยวกับความเชื่อผิดๆ ความกระตือรือร้นของผู้สอนและการสอนทักษะ (จะพูดอะไร/ทำอะไรกับผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต) ไม่มีผลต่อการลดตราบาปโดยตรงแต่อาจมีผลทางอ้อม ซึ่งต้องการการวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นเหล่านี้⁴⁸ ขณะที่ความยั่งยืนในการลดระดับการตีตรา/ตราบาปพบว่าการสอนซ้ำ (booster) หรือการสอนหลายครั้งจะได้ผลดีกว่าและการอบรมเชิงปฏิบัติการและการฝึกทักษะจะทำให้เกิดผลระยะยาว เช่น การอบรมแพทย์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเจ้าหน้าที่ด่านหน้า เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ 3 กิจกรรมใน 4 ชั่วโมง ด้วยวิธีการให้ความรู้ในการวินิจฉัยโรคและวิธีการดูแลช่วยเหลือ (วิธีพูด/วิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยรุนแรงและเรื้อรัง) จะช่วยให้แพทย์/เจ้าหน้าที่รู้สึกมั่นใจและสะดวกใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น⁴⁹

ระดับโครงสร้าง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขทางสังคมที่มีผลต่อการเกิดตราบาปหรือการตีตรา แบ่งย่อยเป็น 1) ระดับสถาบัน เพื่อเคารพความหลากหลายของผู้รับบริการและให้เกิดความยุติธรรม (fairness) 2) ระดับสังคมโดยใช้วิธีการต่างๆ เพื่อลด

อุปสรรคต่อการเข้าถึงการศึกษา การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขและการจ้างงาน

ในระดับสถาบันการปรับวัฒนธรรมองค์กร เป็นวิธีการอย่างหนึ่งเพื่อให้เกียรติและเคารพความแตกต่าง ไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้มารับบริการใน 3 ส่วน ส่วนแรก สถานบริการและผู้ให้บริการในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตและเพิ่มทางเลือกที่หลากหลายในการรองรับความแตกต่างของผู้รับบริการ ส่วนที่สอง กลุ่มผู้ป่วยที่ถูกตีตรา/เลือกปฏิบัติ ให้สังคมปรับเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติ (ยอมรับผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยปรับค่านิยมในการมาขอรับการรักษาและบริการป้องกันโรค) ส่วนที่สาม คือ การปรับโครงสร้าง กฎเกณฑ์สำคัญ (เช่นกฎหมายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ) ซึ่งการลดตราบาปในส่วนที่หนึ่งและสองนั้น กระทำโดยการให้ความรู้ การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการตีตราผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต การสื่อสารคุณค่าที่หลากหลาย และการกระทำที่ถือว่าการเลือกปฏิบัติ (การตีตราและแบ่งแยกกีดกัน) ในสถานบริการทางการแพทย์ สถาบันการศึกษา องค์กร/บริษัทจ้างงาน และอื่นๆ²¹ วิธีการเหล่านี้จะมีผลต่อประชากรจำนวนมาก ได้แก่

การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้ผ่านสื่อมวลชน เช่น การรณรงค์ในสก็อตแลนด์ โครงการ “see me” เป็นการปรับความเข้าใจผิดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การประเมินผลในสองปีถัดมา ประชาชนเห็นด้วยว่าสาธารณสุขควรได้รับการปกป้องจากผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต ลดลงร้อยละ 17 (จากร้อยละ 32 เป็นร้อยละ 15) เนื่องจากสาธารณสุขเชื่อว่าผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตนั้นอันตราย⁵⁰

ขณะที่ สหราชอาณาจักร ได้ทำการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อลดการตีตราผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต “Time to Change, TTC” โดยคณะทำงานได้แบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่แบ่งแยกกีดกัน อย่างชัดเจน กลุ่มสองคือกลุ่มที่โดยส่วนลึกในใจแล้วเลือกปฏิบัติ กลุ่มที่สาม เป็นกลุ่มที่ไม่ตระหนักว่าตนเองแบ่งแยกกีดกันหรือเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต ในการรณรงค์ครั้งนี้มุ่งเป้าหมายไปที่กลุ่มที่สอง วัย 20-40 ปี วิธีการโดยในปีที่ 1 ใช้ข้อความที่เป็นความเชื่อผิดๆ (myths) และความจริงเกี่ยวกับการแบ่งแยกกีดกัน เพิ่มความรู้เกี่ยวกับตราบาป/การตีตรา ปีที่ 2 เน้นเรื่องทัศนคติให้ตระหนักถึงอคติส่วนตัว เช่น การมองแบบเหมารวมเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทและภาพยนตร์ที่มีมุมมองทางลบอย่างมากกับผู้ป่วยจิตเวช ปีที่ 3 ใช้การรณรงค์ “เริ่มการพูดคุย (Time to talk)” เริ่มสนทนาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สนับสนุนการพบปะทางสังคมระหว่างประชาชนกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต การรณรงค์ผ่านทางสื่อหลายช่องทางรวมทั้งสื่อออนไลน์

การประเมินผลโครงการ TTC เป็นไปอย่างเป็นระบบ ผลการประเมินพบว่า ผู้รับสื่อรณรงค์มีความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยผู้ที่ได้รับสื่อรณรงค์มีความรู้เพิ่มขึ้น มีทัศนคติในทางบวกเกี่ยวกับการมองแบบเหมารวมเรื่องความไม่ปลอดภัย การพบปะทางสังคมกับผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้เกิดการปรับทัศนคติทางบวกและมีพฤติกรรมทางบวก โดยเฉพาะการพบปะทางสังคมกับผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตสามารถใช้เป็นโปรแกรมลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติแบ่งแยกกีดกันผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตได้⁵¹ แต่อย่างไรก็ตาม การตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้แปลว่าจะมีทัศนคติ

หรือพฤติกรรมที่ตั้งใจทางบวกต่อผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตเสมอไป ในการทบทวนวรรณกรรมเรื่องนี้พบว่า การมีความรู้สุขภาพจิตเพิ่มขึ้นไม่ได้หมายความว่าระยะห่างทางสังคมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทลดลง แต่อาจมีระยะห่างเพิ่มขึ้นหรือคงเดิม^{15,52,53}

การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจของ TTC พบว่ากิจกรรมรณรงค์นี้มีประสิทธิภาพและใช้ต้นทุนต่ำในการลดผลกระทบของการตีตราผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต⁵⁴ และผลต่อผู้ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต พบว่า ประสิทธิภาพการถูกแบ่งแยกกีดกันลดลงจากร้อยละ 91 ในปี 2008 เป็นร้อยละ 88 ในปี 2011 คะแนนการเลือกปฏิบัติทางลบ (negative discrimination score) ลดลงจากร้อยละ 40 ในปี 2008 เป็นร้อยละ 28 ในปี 2011⁵⁵

ในระดับสังคมนั้นนโยบายกฎหมายและระเบียบการต่างๆ อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการศึกษา การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขและการจ้างงาน ในเรื่องนี้ได้มีการศึกษา ดังนี้ Hemmens และคณะ⁵⁶ ได้ศึกษากฎหมายของมลรัฐต่างๆ ในสหรัฐอเมริกา ที่เกี่ยวข้องกับการจำกัดสิทธิเสรีภาพของพลเมืองของผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยจิตหรือบุคคลไร้ความสามารถ (ทางจิต) 5 ประการ ได้แก่ การบริการในระบบยุติธรรม (jury service) การลงคะแนนเสียงเลือกตั้ง การเป็นพนักงานของรัฐ การแต่งงานและการดูแลบุตร เปรียบเทียบระหว่างปี 1999 กับปี 1989 พบว่า 10 ปี ผ่านไปกฎหมายยังจำกัดสิทธิของผู้ป่วยจิตเวชในเรื่องการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งและการขอเป็นผู้มีอำนาจปกครองเด็ก (child custody) ต่อมา Corrigan และคณะ⁵⁷ ศึกษากฎหมายเพิ่มเติมปี 2002 เกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพ การคุ้มครอง

จากการถูกแบ่งแยกกีดกัน ความเป็นส่วนตัว ของ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตและบุคคลไร้ความสามารถ ทางจิต พบว่า 1 ใน 4 ของกฎหมายให้การคุ้มครอง จากการกีดกัน ครั้งหนึ่งลดการคุ้มครองบางประการ เช่น การจำกัดการครอบครองอาวุธปืนของผู้ป่วยทาง จิตที่กำลังรักษาหรือผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต และมี 2 มลรัฐที่จำกัดสิทธิในการดูแลบุตร (parental right) แต่ก็ไม่นิยามให้ใช้ข้อมูลสภาพจิตใจมาเป็น ข้ออ้างในการขออำนาจปกครองบุตรและครั้งหนึ่ง ได้ขยายความคุ้มครองให้ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต ได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนสุขภาพจิตในระดับ เดียวกับสุขภาพกาย

สำหรับผู้พิการทางจิตของไทยจะได้การ คุ้มครองจากนโยบายและกฎหมาย ได้แก่ รัฐต้อง จัดให้บุคคลดั่งกล่าวมีสิทธิและโอกาสได้รับการศึกษา ขั้นพื้นฐานฟรีระยะเวลาลิบสองปีเป็นพิเศษ⁵⁸ และ ส่งเสริมให้มีการจ้างงานโดยให้นายจ้างหรือเจ้าของ สถานประกอบการรับคนพิการเข้าทำงานในอัตราส่วน คนพิการหนึ่งคนต่อลูกจ้างที่มีไม่คนพิการหนึ่งร้อย คน⁵⁹ และส่งเสริมให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ สะดวกขึ้นโดยใช้สิทธิ ท.74 ในการรับบริการสุขภาพ ในหน่วยบริการของรัฐที่ขึ้นทะเบียนในระบบประกัน สุขภาพถ้วนหน้าโดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ⁶⁰

สรุป

องค์ความรู้วิธีการลดตราบาป/การตีตรา ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต ตามกรอบแนวคิดของ Cook ที่มี 3 ระดับ คือ ระดับภายในบุคคล ระดับ ระหว่างบุคคล และระดับโครงสร้าง โดยที่ระดับ ภายในบุคคล เป็นการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์

ความรู้สึกและพฤติกรรมตอบสนองต่อตราบาป/การ ตีตรา ทำให้ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตตระหนักและ ปรับตัวต่อตราบาป/การตีตราด้วยวิธีการสร้างคุณค่า และการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ผ่านทางการ ให้ความรู้ การปรับความคิดและวิธีการที่หลากหลาย ระดับระหว่างบุคคล เป็นการลดการตีตราและการ เลือกลปฏิบัติของคนในสังคมรวมถึงบุคคลที่เกี่ยวข้อง กับผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตโดยการจัดการกับข้อมูล ด้วยวิธีการให้ความรู้และการพบปะกับผู้ที่มีภาวะเจ็บ ป่วยทางจิต พบว่าวิธีการพบปะกับผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย ทางจิต ดีกว่าการให้ความรู้ และการพบปะแบบ ซึ่งน่าจะดีกว่าการใช้วิธีทัศน์ ระดับโครงสร้าง เป็นการ ปรับสิ่งแวดล้อมทั้งสถานที่และบุคคลให้เอื้อต่อผู้ที่มี ภาวะเจ็บป่วยทางจิตและไม่เกิดการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตสามารถเข้าถึงบริการ มากขึ้นรวมถึงการใช้กฎหมายเพื่อปกป้องสิทธิผู้ที่มี ภาวะเจ็บป่วยทางจิตและการณรงค์เพื่อลดตราบาป/ การตีตราและการทำตัวออกห่าง อย่างไรก็ตาม วิธีการ ลดตราบาป/การตีตราในผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทาง จิต ยังเป็นระยะเริ่มต้นเท่านั้นซึ่งจำเป็นต้องศึกษา เพิ่มเติมทั้งด้านการพัฒนาโปรแกรม การนำไปใช้ และการประเมินผลโปรแกรมการลดตราบาป/การ ตีตราและการวิจัยติดตามผลระยะยาวต่อไปในอนาคต ส่วนในระดับโครงสร้างจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติม เกี่ยวกับการกีดกันที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ที่ มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตทั้งบริการสุขภาพจิตและจิตเวช และบริการสุขภาพกาย ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไข ปัญหาในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในเรื่องการ เข้าถึงบริการของผู้ป่วยเหล่านี้

References

1. Stuart H. The stigmatization of mental illness. *Can J Psychiatry* 2012;57(8):455-6.
2. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Service Research* 2010;10:80 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/80>.
3. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001;27:363-85.
4. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clin Psychol Rev* 2010;30(8):907-22.
5. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry* 2007;190:192-93.
6. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatr* 2005;20(8):529-39.
7. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003;121:31-49.
8. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive Behavioral Practice* 1998;5:201-22.
9. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science Medicine* 2014;103:126-33.
10. Rüsch N, Thornicroft G. Does stigma impair prevention of mental disorders? *Br J Psychiatry* 2014;204:249-51.
11. Corrigan PW, Kerr S, Knudsen L. The stigma of mental illness: explanatory models and method for change. *Applied&Preventive Psychology* 2005;11(3):179-190.
12. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:163-79.
13. Crisp AH, Gelder Mg, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000;177:4-7.
14. Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, Schomerus G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *Br J Psychiatry* 2011;199:367-72.
15. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. A disease like any other? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 2010;167:1321-30.
16. Dietrich S, Bujantugs B, Kenzine D, Matschinger H, Angermeyer MC. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Aust NZJ Psychiatry* 2004;38:348-54.
17. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health* 1999;89:1328-33.
18. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine* 2010;71:2150-61.<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>.
19. 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.
20. Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007;150:71-80.
21. 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(8):875-84.
22. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, MeyersBSI. Stigma as a barrier of recovery: perceived sigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Serv* 2001;52:1615-20.

(เอกสารอ้างอิงที่ 23-60 แสดงในเว็บไซต์ <http://dmhjjournal.go.th>)

References

1. Stuart H. The stigmatization of mental illness. *Can J Psychiatry* 2012;57(8):455-6.
2. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Service Research* 2010;10:80 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/80>.
3. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001;27:363-85.
4. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clin Psychol Rev* 2010;30(8):907-22.
5. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry* 2007;190:192-93.
6. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatr* 2005;20(8):529-39.
7. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003;121:31-49.
8. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive Behavioral Practice* 1998;5:201-22.
9. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science Medicine* 2014;103:126-33.
10. Rüsch N, Thornicroft G. Does stigma impair prevention of mental disorders? *Br J Psychiatry* 2014;204:249-51.
11. Corrigan PW, Kerr S, Knudsen L. The stigma of mental illness: explanatory models and method for change. *Applied&Preventive Psychology* 2005;11(3):179-190.
12. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:163-79.
13. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000;177:4-7.
14. Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, Schomerus G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *Br J Psychiatry* 2011;199:367-72.
15. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. A disease like any other? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 2010;167:1321-30.
16. Dietrich S, Bujantugs B, Kenzine D, Matschinger H, Angermeyer MC. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Aust NZJ Psychiatry* 2004;38:348-54.
17. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health* 1999;89:1328-33.
18. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine* 2010;71:2150-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>.
19. 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.
20. Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007;150:71-80.
21. 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.
22. 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. *Psychiatric Serv* 2001;52:1615-20.

23. Vogel DL, Wade NG, Haake S. Measuring self-stigma associated with seeking psychological help. *J Couns Psychol* 2006;53:325-37.
24. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bull* 1999;25:467-78.
25. Cook JE, Purdie-Vaughns V, Meyer IH, Busch JTA. Intervening within and across levels: a multilevel approach to stigma and public health. *Social Science and Medicine* 2014;103:101-109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.023>.
26. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, Allee E, Corrigan PW. Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of literature. *Psychiatr Serv* 2012;63(10): 974-81.
27. Yanos PT, Roe D, West ML, Smith SM, Lysaker PH. Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: findings from a randomized controlled trial. *Psychol Serv* 2012;9(3):248-58.
28. MacInnes DL, Lewis M. The evaluation of a short group programme to reduce self stigma in people with serious and enduring mental health problems. *J Psychiatr Mental Health Nurs* 2008;15:59-65.
29. Knight MTD, Wykes T, Hayward P. Group treatment of perceived stigma and self esteem in schizophrenia: a waiting list trial of efficacy. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 2006;34:305-18.
30. Aho-Mustonen K, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Ryyänänen OR, Rätty H. Group psychoeducation for long term offender patients with schizophrenia: an exploratory randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011;21:163-76.
31. Hammer JH, Vogel DL. Men's help seeking for depression: the efficacy of a male sensitive brochure about counseling. *Counsel Psychologist* 2010;38:296-313.
32. AlvidrezJSnowden LR, Roa SM, et al. Psychoeducation to address stigma in black adults refer for mental health treatment: a randomized pilot study. *Comm Ment Health J* 2009;45:127-36.
33. Rüschi N, Abbruzzese E, Hagedorn E, Hartenhauer D, Kaufmann I, Curschellas J, et al. Efficacy of coming proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2014;204:391-97.
34. Fung KM, Tsang HW, Cheung WM. Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2011;189:208-14.
35. Lucksted A, Drapalski A, Calmes C, Forbes C, DeForge B, Boyd J. Ending self-stigma: pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2011;58:170-82.
36. Luoma JB, Koklenberg BS, Hayes SC, Bunting K, Rye AK. Reducing self esteem in substance abuse through acceptance and commitment therapy: model, manual development and pilot outcomes. *Addict Res Theory* 2008;16:149-65.
37. Link BG, Struening BL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatr Rehab Skills* 2002;6:201-31.
38. Shin SK, Lukens EP. Effects of psycho-education for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatric Serv* 2002;53:1125-31.
39. Jumpasri W, Dangdomyouth P. The effect of using group supportive psychotherapy on perceived stigma of schizophrenic patients (Master Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University. 2011.
40. Khamphueng A. Effect of the interpersonal communication skills training program on perceived stigma among persons with schizophrenia receiving services at Pichai Hospital, Uttradit province. (Master Thesis). Chiang Mai: Chiang Mai University. 2011
41. Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A, Reid R. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry* 2014;13:161-75.

42. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009;8:75-81.
43. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2011;37(2):316-23.
44. Link BG, Struening EI, Neese-Todd S, et al. On describing and seeking to change the experience of stigma. *Rehabilitation Skills* 2002;6:201-31.
45. Clement S, Lassman F, Barley E, Evans-Lacko S, William P, Yamaguchi S, et al. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma, *Cochrane Database Syst Rev* 2013;23;7:cd009453.doi:10.1002/14651858.cd009453.pub2.
46. Worakul P, Thavichachart N, Lueboonthavatchai P. Effects of psychoeducational program on knowledge and attitude upon schizophrenia of schizophrenic patients’ caregivers. *J Med Asso Thailand* 2007;90:1199-1204.
47. Lincoln TM, Arens E, Berger C, Rief W. Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic Vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2008;34(5):984-94.
48. Knaak S, Modgill G, Patten SB. Key ingredients of Anti-Stigma Programs for Health Care Providers: A data synthesis of evaluative studies. *Can J Psychiatry* 2014;59(10suppl):S19-S26.
49. Stuart H, Chen Shu-Ping, Christie R, Dobson K, Kirsh B, Knaak S, et al. Opening Minds in Canada: targeting change. *Can J Psychiatry* 2014;59(10suppl):S13-S18.
50. Dunion L, Gordon L. Tackling the attitude problem. The achievement to date of Scotland’s “see me” anti-stigma campaign, *Mental Health Today* 2005 March:22-25.
51. Evan-Lacko S, Malcolm E, West K, Rose D, London J, Rüsch, et al. Influence of Time to Change’s social marketing interventions on stigma in England 2009-2011. *Br J Psychiatry* 2013;202(suppl55):s77-s88.
52. Amgermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Mental health literacy and attitude toward people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry* 2009;24:225-32.
53. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systemic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125:440-52.
54. Evan-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G, McCrone P. Economic evaluation of anti-stigma social marketing campaign in England 2009-2011. *Br J Psychiatry* 2013; 202(suppl55):s95-s101.
55. Corker E, Hamilton S, Henderson C, Weeks C, Pinfold V, Rose D, et al. Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011. *Br J Psychiatry* 2013;202(suppl55):s58-s63.
56. Hemmens C, Miller M, Burton VS, Milner S. The consequences of official labels: an examination of the rights lost by the mentally ill and mentally incompetent ten years later. *Community Ment Health J*. 2002;38(2):129-40.
57. Corrigan Pw, Watson AC, Hegman ML, Warpinski S, Gracia G, Slopen N, et al. Structural stigma in state legislation. *Psychiatr Serv* 2005;56:557-63.
58. National Education Act of B.E. 2542, (Amendment Act) B.E. 2553.
59. Person with Disability Empowerment Act, B.E. 2550
60. Right privilege for mentally disable people. Nonthaburi: Srithanya Hospital. B.E. 2557.