

การรับรู้ตราบาบของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Perceived Stigma in Patients with Schizophrenia and Caregivers in Songklanagarind Hospital: Cross-Sectional Study

ฐิรวัดณ์ อักรสูต, พ.บ.*, จารูรินทร์ ปีตานูปงศ์, พ.บ.

Thirawat Agrasuta, M.D.*, Jarurin Pitanupong, M.D.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 ประเทศไทย
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla 90110, Thailand.

*E-mail: thirawat_agrasuta@hotmail.com

Songkla Med J 2017;35(1):37-45

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ตราบาบของผู้ป่วยโรคจิตเภท และผู้ดูแล

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลทุกคนที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 – มีนาคม พ.ศ. 2559 โดยใช้แบบสอบถามแบบตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับการรับรู้ตราบาบ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปแบบร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยโรคจิตเภท 171 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 89 ราย (ร้อยละ 52) อายุเฉลี่ย 42.3 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=13.4) ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 15 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=11.4) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 84.2) และไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 38) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (ร้อยละ 68.4) สำหรับผู้ดูแลมีจำนวน 171 คน อายุเฉลี่ย 51.2 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=13.4) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.9) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 86) และเป็นพ่อแม่ของผู้ป่วย (ร้อยละ 40.4) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 12.7 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=9.3) ผลการศึกษาในผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ตราบาบในระดับต่ำ (ร้อยละ 62.0) มีเพียงร้อยละ 1.8 ที่มีการรับรู้ตราบาบในระดับสูง สำหรับผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ตราบาบอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน (ร้อยละ 62.0) โดยมีร้อยละ 0.6 ที่มีการรับรู้ตราบาบในระดับสูง

สรุป: ผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ตราบาบในระดับต่ำ

คำสำคัญ: ตราบาบ, ผู้ดูแล, โรคจิตเภท

ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีงบประมาณ 2558
รับต้นฉบับวันที่ 21 มิถุนายน 2559 รับลงตีพิมพ์วันที่ 25 ตุลาคม 2559

Abstract:

Objective: To study the perceived level of stigma in patients with schizophrenia and caregivers.

Material and Method: This was a cross-sectional study. The researchers collected all data of patients with schizophrenia and caregivers in the psychiatric out-patient unit in Songklanagarind Hospital from May 2015 to March 2016. A self-administered questionnaire was used. Demographics and level of perception of stigma data were analyzed using descriptive statistics and presented in the form of a percentage, mean, and standard deviation.

Results: One hundred seventy-one patients with schizophrenia participated. Eighty-nine patients were female (52.0%); the average age was 42.3 years [standard deviation (S.D.)=13.4]; duration of illness was 15 years (S.D.=11.4). Most patients were Buddhist (84.2%), unemployed (38.0%), paranoid type (68.4%). One hundred seventy-one caregivers participated. The average age was 51.2 years (S.D.=13.4). Most caregivers were female (71.9%), Buddhist (86.0%), a parent of patient (40.4%). Average duration of care was 12.7 years (S.D.=9.3). The study found that the patients perceived a low level of stigma (62.0%). Only 1.8% of patients perceived a high level of stigma. The caregivers also perceived a low level of stigma (62.0%). Only 0.6% of caregivers perceived a high level of stigma.

Conclusion: Most patients with schizophrenia and caregivers perceived a low level of stigma.

Keywords: caregiver, schizophrenia, stigma

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคที่มีความสำคัญ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) จัดโรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง มีระดับความพิการ เป็นอันดับที่ 5 ในเพศชายและอันดับที่ 6 ในเพศหญิง¹ ข้อมูล จาก Centers for Disease Control and Prevention² และ กรมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย³ พบว่าโรคจิตเภทมีความชุก ระหว่างร้อยละ 0.5-1.0 และเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ทำให้อายุขัยลดลง 10 ปี⁴ จากการศึกษาภาระโรคทั่วโลก (global burden of disease) พบว่า โรคจิตเภทมีค่าร้อยละ 1.1 จาก ทุก disability-adjusted life years (DALYs) และร้อยละ 2.8 ของ years lived with disability อีกทั้งยังเป็นสาเหตุ ของ DALYs ในอันดับที่ 8 ในกลุ่มอายุ 15-44 ปี ทั่วโลก⁴

ตราบาป คือ ลักษณะที่คนในสังคมตัดสินบุคคลที่มี พฤติกรรมแตกต่างจากบรรทัดฐานทางสังคม⁵ เนื่องจากผู้ป่วย โรคจิตเภทมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ และอารมณ์³ ทำให้มีแนวโน้มถูกตราบาปและถูกแบ่งแยกกีดกันจากคน

ในสังคม⁵⁻⁹ ในลักษณะ คือ (1) ถูกตีตราทางสังคม (public stigma) เป็นการตีตราจากสังคมว่าผู้ป่วยเป็นคนสกปรก อายากลัว และมือคุด (2) รับรู้ตราบาปต่อตนเอง (self stigma) ผู้ป่วยมีอคติต่อตนเองหรือยอมรับการถูกตีตราจาก สังคมนั้นๆ (3) หลีกเลียงการถูกตีตรา (label avoidance) ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงที่จะไม่ให้ถูกตีตรา⁵

การตีตราบาปทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์¹⁰ รู้สึกตนเอง ไม่มีคุณค่า อับอาย ไม่น่าเชื่อถือ⁵ และขาดโอกาส⁶ ทำให้มีผล ต่อการรักษาและฟื้นฟู¹¹ ในปี พ.ศ. 2552 ที่ทวีปยุโรป¹² และ ในปี พ.ศ. 2557 ที่ประเทศโปแลนด์¹³ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท มีการรับรู้ตราบาปตนเอง (self stigma) ในระดับปานกลางถึงสูง โดยปัจจัยที่สัมพันธ์ คือ เศรษฐฐานะทางสังคม อาการทางจิต ทักษะชีวิตของผู้ป่วย และการรับรู้ตราบาปของผู้ดูแล⁵

ในปี พ.ศ. 2556 ที่ประเทศไนจีเรีย มีการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทคือ ระดับการศึกษาต่ำ ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีรายได้ต่ำ และ ระดับความรุนแรงของโรค¹⁰ โดยการรับรู้ตราบาปของตนเอง

ในระดับสูงนั้นสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี^{10,14} ในปี พ.ศ. 2556 ที่ประเทศอาร์เจนตินา บราซิล ชิลี สเปน สหราชอาณาจักร และเวเนซุเอลา¹⁵ และในปี พ.ศ. 2548¹⁶ และปี พ.ศ. 2552⁵ ที่ประเทศไทย มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วย โดยพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อย จะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed emotion)¹⁷ และมีการศึกษาพบว่า ปัจจัยในการป้องกันการรับรู้ตราบาป คือ การสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ตราบาป กล่าวคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่คิดว่าตนเองแปลกแยกหรือด้อยค่า^{17,18}

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งของภาคใต้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลในพื้นที่ภาคใต้ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้สามารถวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ดีที่สุดต่อไป

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2558 (เลขที่ EC 58-060-03-4)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแล

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภททุก subtype ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง สามี ภรรยา ปู่ย่า ตายาย ลุง ป้า น้า อา ลูก หลาน เป็นต้น

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) แบ่งออกเป็น

1. เกณฑ์สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text revision (DSM-IV-TR) ว่าเป็นโรคจิตเภท

2. เกณฑ์สำหรับผู้ดูแล ได้แก่ บุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือให้ข้อมูลได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้ค่าสัดส่วนการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วย (The proportion of perceived stigma) เท่ากับร้อยละ 50 ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากรกลุ่มเดียวและกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ผู้วิจัยยอมรับได้เท่ากับ 0.07 ซึ่งจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 196 ราย

เครื่องมือที่ใช้

แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและลักษณะความเจ็บป่วย และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยอาชวศรี คำหอม⁵ ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม ให้คะแนนข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 6 ระดับ คือ 5 คะแนน หมายถึง บ่อยมาก 4 คะแนน หมายถึง บ่อยๆ 3 คะแนน หมายถึง บางครั้ง 2 คะแนน หมายถึง นานๆ ครั้ง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เลย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยมีสถานการณ์นั้นเลย

แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ตราบาปของผู้ดูแลโดยอาชวศรี คำหอม⁵ ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม ให้คะแนนข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ คือ 5 คะแนน หมายถึง บ่อยมาก 4 คะแนน หมายถึง บ่อยๆ 3 คะแนน หมายถึง บางครั้ง 2 คะแนน หมายถึง นานๆ ครั้ง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เลย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยมีสถานการณ์นั้นเลย

วิธีเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภททุกรายและผู้ดูแลในขณะที่ยังรอรับการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลา-นครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 - 15 มีนาคม พ.ศ. 2559 โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามแบบตอบเอง และเก็บคืนทันทีหลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลในรูปร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ตราบาปกับลักษณะทางประชากรโดยใช้สถิติ chi-square และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 171 ราย เป็นเพศชาย 82 ราย (ร้อยละ 48.0) เพศหญิง 89 ราย (ร้อยละ 52.0) อายุเฉลี่ย

42.3 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=13.4) อายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วย 27.4 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=11.8) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเฉลี่ย 15 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=11.4) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (ร้อยละ 68.4) และผู้ป่วยคิดว่าญาติให้การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 53.2) ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 171 ราย เป็นเพศชาย 48 ราย (ร้อยละ 28.1) เพศหญิง 123 ราย (ร้อยละ 71.9) อายุเฉลี่ย 51.2 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=13.4) ส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ของผู้ป่วย (ร้อยละ 40.4) และดูแลผู้ป่วยมีระยะเวลาเฉลี่ย 12.7 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=9.3) และคิดว่าดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 56.7) (ตารางที่ 1)

2. การรับรู้ตราบาป

2.1 การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 62.0) รองลงมาคือ ไม่มีการรับรู้ตราบาป (ร้อยละ 24.0) มีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลาง (ร้อยละ 12.2) และมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง (ร้อยละ 1.8)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=171) และผู้ดูแล (n=171)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	
	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล
เพศ		
ชาย	82 (48.0)	48 (28.1)
หญิง	89 (52.0)	123 (71.9)
อายุ (ปี)		
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	42.3±13.4 (18-76)	51.2±13.4 (18-87)
ชนิด subtype ของโรคจิตเภท		
F20.0 Paranoid	117 (68.4)	
อื่นๆ ได้แก่ residual, schizophrenia, unspecified, other schizophrenia	54 (31.6)	
สถานภาพสมรส		
โสด	124 (72.5)	35 (20.5)
สมรส	36 (21.1)	117 (68.4)
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	11 (6.4)	19 (11.1)
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	36 (21.1)	48 (28.1)
มัธยมศึกษา	47 (27.5)	26 (15.2)
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	24 (14.0)	22 (12.9)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	64 (37.4)	75 (43.9)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	
	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล
อาชีพ		
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	16 (9.4)	30 (17.5)
พนักงานบริษัทเอกชน	4 (2.3)	8 (4.7)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	30 (17.5)	54 (31.6)
รับจ้าง	12 (7.0)	12 (7.0)
เกษตรกร/ประมง	32 (18.7)	35 (20.5)
นักเรียน/นักศึกษา	12 (7.0)	3 (1.8)
ไม่ได้ทำงาน/นักบวช/แม่บ้าน/เกษียณ/อื่นๆ	65 (38.0)	29 (17.0)
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีหรือ ≤2,000	71 (41.5)	16 (9.4)
2,001-5,000	30 (17.5)	16 (9.4)
5,001-10,000	30 (17.5)	34 (19.9)
10,001-20,000	22 (12.9)	50 (29.2)
>20,000	18 (10.5)	55 (32.2)
เคยมารักษาตัวในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสงขลานครินทร์		
ไม่เคย	72 (42.1)	
เคย	99 (57.9)	
ถ้าเคยจำนวนครั้งที่มารักษาในหอผู้ป่วย		
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	2.5±2.9 (1-24)	
เคยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคทางกายมาก่อน		
ไม่เคย	130 (76.0)	
เคย	41 (24.0)	
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
พ่อ/แม่		69 (40.4)
พี่น้อง		58 (33.9)
สามี/ภรรยา		19 (11.1)
ลูก		13 (7.6)
อื่นๆ (ได้แก่ ลุง ป้า น้า อา หลาน เพื่อน)		12 (7.0)
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ปี)		
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)		12.7±9.4 (1-50)
ฐานะ/ตำแหน่ง/สถานภาพทางสังคม (เช่น ตำแหน่งการงาน ตำแหน่งทางศาสนา เป็นต้น)		
ไม่มี	162 (94.7)	158 (92.4)
มี	9 (5.3)	13 (7.6)
ผู้ป่วยคิดว่าญาติให้การดูแลอยู่ในระดับใด/ญาติคิดว่าดูแลผู้ป่วยได้ดีในระดับใด		
ดีมาก	59 (34.5)	29 (17.0)
ดี	91 (53.2)	97 (56.7)
ปานกลาง	19 (11.1)	41 (24.0)
น้อย	2 (1.2)	2 (1.2)
ควรปรับปรุง	0 (0.0)	2 (1.2)

ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 62.0) รองลงมา คือ ไม่มีการรับรู้ตราบาป (ร้อยละ 31.6) รับรู้ตราบาปในระดับปานกลาง (ร้อยละ 5.8) และรับรู้ตราบาปในระดับสูง (ร้อยละ 0.6) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=171) และผู้ดูแล (n=171)

การรับรู้ตราบาป	จำนวน (ร้อยละ)	
	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล
ไม่มีการรับรู้ตราบาป	41 (24.0)	54 (31.6)
มีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ	106 (62.0)	106 (62.0)
มีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลาง	21 (12.2)	10 (5.8)
มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง	3 (1.8)	1 (0.6)

2.2 เปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยกับลักษณะทางประชากร

การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างเพศ ศาสนา ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา โรคทางกาย และระยะเวลาที่ป่วย

อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลางถึงสูง ในสัดส่วนมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 58.3 และ 41.7 ตามลำดับ) ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธมีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลางถึงสูง ในสัดส่วนมากกว่าผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามหรือศาสนาอื่น (ร้อยละ 79.2 และร้อยละ 20.8 ตามลำดับ) และผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นเวลา 11-20 ปี มีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลางถึงสูง ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ป่วยเพียง 6-10 ปี และน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 50.0, 20.8 และ 8.3 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

2.3 เปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปของผู้ดูแลกับลักษณะทางประชากร

การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างเพศ ศาสนา ระดับการศึกษา และความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ดูแลเพศชายมีการรับรู้ตราบาประดับปานกลางถึงสูงในสัดส่วนมากกว่าผู้ดูแลเพศหญิง (ร้อยละ 54.5 และ 45.5 ตามลำดับ) ผู้ดูแลที่นับถือศาสนาพุทธมีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลางถึงสูงในสัดส่วนมากกว่าผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลามหรือศาสนาอื่น (ร้อยละ 72.7 และร้อยละ 27.3 ตามลำดับ) และผู้ดูแลที่เป็นพ่อหรือแม่ของผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ดูแลที่เป็นพี่น้องของผู้ป่วย (ร้อยละ 41.5 และร้อยละ 34.0 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

การศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ คือ ร้อยละ 62.0 ในขณะที่รองลงมา คือ ไม่มีการรับรู้ตราบาป คือ ร้อยละ 24.0 ของผู้ป่วย และร้อยละ 31.6 ของผู้ดูแล ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีการรับรู้ตราบาปและมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำมีจำนวนทั้งสิ้น 147 คน คิดเป็นร้อยละ 86.0 จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีการรับรู้ตราบาปและมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ มีจำนวนทั้งสิ้น 160 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.6 ซึ่งอัตราดังกล่าวมีค่าใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ อัตราการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่อยู่ในระดับต่ำนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากการรักษาโรคจิตเวชนั้นมีมุมมองการรักษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเปิดโอกาสให้ครอบครัว โดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องแผนการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นของการรักษา หรือในระยะเฉียบพลันตลอดจนถึงระยะฟื้นฟู นอกจากนี้ในกระบวนการบำบัดเพื่อการฟื้นฟู (rehabilitation) ผู้ป่วยนั้น จะมีการส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มความสามารถ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง จึงทำให้มีระดับการรับรู้ตราบาปที่ต่ำ

ส่วนเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ตราบาปนั้น จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ คือ ปัจจัยระดับการรับรู้ตราบาปที่ต่ำจากผู้ดูแล⁵ การมีระดับการศึกษาที่สูง การประกอบอาชีพ และการมีรายได้ที่สูงของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการรับรู้ตราบาปของผู้ดูแลในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้อง

กับผลการศึกษานี้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา ไนจีเรีย¹⁰ ที่พบว่าการมีปัจจัยพื้นฐานของชีวิตที่สมบูรณ์ ทำให้ในประเทศไทย¹⁹⁻²¹ และการศึกษาในปี พ.ศ. 2556 ที่ประเทศ มีความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้มีระดับการรับรู้ตราบาปต่ำ

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปจำแนกตามการรับรู้ตราบาป

ข้อมูลทั่วไป	การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วย (ร้อยละ)			การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแล (ร้อยละ)		
	ไม่มี	ต่ำ	กลาง-สูง	ไม่มี	ต่ำ	กลาง-สูง
	(n=41)	(n=106)	(n=24)	(n=54)	(n=106)	(n=11)
เพศ						
ชาย	19 (46.3)	53 (50.0)	10 (41.7)	14 (25.9)	28 (26.4)	6 (54.5)
หญิง	22 (53.7)	53 (50.0)	14 (58.3)	40 (74.1)	78 (73.6)	5 (45.5)
ศาสนา						
พุทธ	31 (75.6)	94 (88.7)	19 (79.2)	48 (88.9)	91 (85.8)	8 (72.7)
อิสลาม อื่นๆ (คริสต์/ไม่ได้นับถือศาสนา)	10 (24.4)	12 (11.3)	5 (20.8)	6 (11.1)	15 (14.2)	3 (27.3)
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	11 (26.8)	22 (20.8)	3 (12.5)	10 (18.5)	35 (33.0)	3 (27.3)
มัธยมศึกษา	9 (22.0)	29 (27.3)	9 (37.5)	12 (22.2)	11 (10.4)	3 (27.3)
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	6 (14.6)	15 (14.2)	3 (12.5)	7 (13.0)	14 (13.2)	1 (9.1)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	15 (36.6)	40 (37.7)	9 (37.5)	25 (46.3)	46 (43.4)	4 (36.3)
ภูมิลำเนาที่อยู่จริง						
สงขลา	21 (51.2)	56 (52.8)	15 (62.5)			
อื่นๆ	20 (48.8)	50 (47.2)	9 (37.5)			
เคยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคทางกายมาก่อน						
ไม่เคย	29 (70.7)	81 (76.4)	20 (83.3)			
เคย	12 (29.3)	25 (23.6)	4 (16.7)			
นอกจากโรคจิตเภทแล้ว เคยถูกวินิจฉัยด้วยโรคอื่นๆ ทางจิตเวช						
ไม่มี	24 (58.5)	77 (72.6)	15 (62.5)			
มี	17 (41.5)	29 (27.4)	9 (37.5)			
เคยมารักษาตัวในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสงขลานครินทร์						
ไม่เคย	17 (41.5)	46 (43.4)	9 (37.5)			
เคย	24 (58.5)	60 (56.6)	15 (62.5)			
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)						
0-5	13 (31.7)	22 (20.8)	2 (8.4)			
6-10	10 (24.3)	26 (24.5)	5 (20.8)			
11-20	9 (22.0)	25 (23.6)	12 (50.0)			
>20 ปีขึ้นไป	9 (22.0)	33 (31.1)	5 (20.8)			
ฐานะ/ตำแหน่ง/สถานภาพทางสังคม (เช่น ตำแหน่งการงาน ตำแหน่งทางศาสนา เป็นต้น)						
ไม่มี	40 (97.6)	99 (93.4)	23 (95.8)	49 (90.7)	100 (94.3)	9 (81.8)
มี	1 (2.4)	7 (6.6)	1 (4.2)	5 (9.3)	6 (5.7)	2 (18.2)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วย (ร้อยละ)			การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแล (ร้อยละ)		
	ไม่มี	ต่ำ	กลาง-สูง	ไม่มี	ต่ำ	กลาง-สูง
	(n=41)	(n=106)	(n=24)	(n=54)	(n=106)	(n=11)
ชนิด subtype ของโรคจิตเภท						
F20.0 Paranoid	25 (61.0)	74 (69.8)	18 (75.0)			
อื่นๆ ได้แก่ residual, cchizophrenia, unspecified, other schizophrenia	16 (39.0)	32 (30.2)	6 (25.0)			
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย						
พ่อ/แม่				21 (38.9)	44 (41.5)	4 (36.4)
พี่น้อง				18 (33.3)	36 (34.0)	4 (36.4)
สามี/ภรรยา				7 (13.0)	11 (10.4)	1 (9.1)
ลูก				6 (11.1)	7 (6.6)	0 (0.0)
อื่นๆ (ลุง ป้า น้า อา หลาน เพื่อน)				2 (3.7)	8 (7.5)	2 (18.1)

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือ กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคดี หรือมีพยากรณ์โรคดี อีกทั้งมีผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการเข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม หรือไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ จึงถูกตัดออกไปตั้งแต่ต้น ดังนั้น อคติที่เกิดจากการเลือกตัวอย่าง (selection bias) อาจทำให้มีผลต่อการรับรู้ตราบาปที่น้อยกว่าความเป็นจริงได้

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป คือ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยในที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลครอบคลุมมุมมองการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภททุกระยะของความเจ็บป่วย

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษานี้ นับว่าเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการป้องกันและลดตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแล นั่นคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการประกอบอาชีพ ซึ่งก่อให้เกิดรายได้เลี้ยงดูตนเอง และการส่งเสริมให้ญาติมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การลดตราบาปให้กับผู้ป่วยและเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดีต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณนิศานต์ สำอางศรี นักสถิติ คุณอารีนา อับดุลเลาะห์ และคุณเครือวัลย์ จงบรรวิวัฒน์ ผู้ช่วยวิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries [homepage on the Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2014 Nov 5]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/1/11-089284/en/>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Burden of mental illness [homepage on the Internet]. Atlanta: Health & Human Services; 2011 [cited 2014 Nov 5]. Available from: <http://www.cdc.gov/mentalhealth/basics/burden.htm>
3. Thai Civil Rights and Investigative Journalism. Mental health situation [homepage on the Internet]. Chiangmai: Thai Civil Rights and Investigative Journalism; 2014 [cited 2014 Nov 5]. Available from: <http://www.tcijthai.com/tcijthainews/view.php?ids=4147>
4. Rossler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rossler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. Eur Neuropsychopharmacol 2005; 15: 399 – 409.

5. Khumhom A. Perceived stigma of caregivers, life skills of persons with schizophrenia and perceived stigma of persons with schizophrenia. In: The silver jubilee international conference on toward the modern challenges of nursing profession for sufficiency health; 2009 Nov 19–20; S.D. Avenue Hotel, Bangkok, Thailand. Bangkok: P.K.M. Enterprise; 2009; p.5.
6. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28: 143 – 55.
7. Rusch N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Olschewski M, Wilkniss S, et al. A stress–coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophr Res* 2009; 110: 59 – 64.
8. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. London: Clays; 1968.
9. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull* 1999; 25: 467 – 78.
10. Crabb J, Stewart RC, Kokota D, Masson N, Chabunya S, Krishnadas R. Attitude towards mental illness in Malawi: a cross–sectional survey. *BMC Public Health* 2012; 12: 1471–2458.
11. Mosanya TJ, Adelufosi AO, Adebawale OT, Ogunwale A, Adebayo OK. Self–stigma, quality of life and schizophrenia: an outpatient clinic survey in Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* 2013; 60: 377 – 86.
12. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G; GAMIAN–Europe Study Group. Self–stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN–Europe study. *Schizophr Res* 2010; 122: 232 – 8.
13. Switaj P, Chrostek A, Grygiel P, Wciorka J, Anczewska M. Exploring factors associated with the psychosocial impact of stigma among people with schizophrenia or affective disorders. *Community Ment Health J* [serial on the Internet]. 2014 Dec [cited 2015 Feb 23]; 52(3). Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10597-014-9800-1>
14. Vanaleesin S, Chetchaovalit T, Aowchareon P, Chaimongkol C. Emotional problems and coping of psychiatric patients' caregivers of the hospital in Songkhla province. *J Ment Health* 2003; 11: 121 – 31.
15. Saldivia S, Runte–Geidel A, Grandon P, Torres–Gonzalez F, Xavier M, Antonioli C, et al. The Maristan stigma scale: a standardized international measure of the stigma of schizophrenia and other psychoses. *BMC Psychiatry* 2014; 182:1471 – 244.
16. Suksawong S, Swangwongsin S. Stigma in schizophrenic patient study [homepage on the Internet]. Nonthaburi: Srithanya Hospital; 2005 [cited 2004 Nov 5]. Available from: <http://www.dmh.moph.go.th/abstract/details.asp?id=3911>
17. Lotrakul M, Sukanich P, editors. *Ramathibodi essential psychiatry second edition*. Bangkok: Beyond Enterprise; 2005.
18. Mueller B, Nordt C, Lauber C, Ruesch P, Meyer PC, Roessler W. Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: a longitudinal approach. *Soc Sci Med* 2005; 62: 39 – 49.
19. Worasing S, Hengudomsab P, Nabkasorn C. Factors related to perceived stigma among patients with schizophrenia. *Thai Pharm Health Sci J* 2014; 9: 98 – 104.
20. National Statistical Office. *Important result of sociocultural situation study in 2011*. Bangkok: Council of Ministers and Royal Thai Government Gazette; 2012.
21. Kerdpongchote C, Wong–Anuchit C. Internalized stigma of psychiatric patients. *J Ment Health* 2015; 23: 25 – 37.