

การรับรู้ตราใบในผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ไม่มีอาการโรคจิต

นรินทร์ ชาติบัญชาชัย* **, พงศ์พิสุทธิ์ พูนสวัสดิ์พงศ์*, นิรมล พัจนสุนทร* **, กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม* **

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**กลุ่มวิจัยสุขภาพสมองและจิตใจ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทกับผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ไม่มีอาการโรคจิต และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้สึกรับตราใบ

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive study) เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทและกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ไม่มีอาการโรคจิต ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2561 - กุมภาพันธ์ 2562 จำนวนกลุ่มละ 30 ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวทั่วไป ร่วมกับแบบวัดการรับรู้ตราใบภายในใจตนเองของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต (ฉบับภาษาไทย) และวิเคราะห์ความแตกต่างค่าการรับรู้ตราใบระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ independent-sample t-test หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการรับรู้ตราใบโดยสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ และวิเคราะห์หาปัจจัยที่สามารถอธิบายความแตกต่างของระดับการรับรู้ตราใบได้โดย multiple logistic regression

ผลการศึกษา คะแนนการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มโรคทางอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ย 2.42 ± 0.29 คะแนน และกลุ่มโรคจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ย 2.39 ± 0.32 คะแนน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.64$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการรับรู้ตราใบในระดับที่ต่ำได้แก่ การมีคู่สมรสในปัจจุบัน ($p = 0.03$) และกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุมากกว่า 40 ปี) ($p = 0.04$) แต่จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพบว่า การมีคู่สมรสในปัจจุบันเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถอธิบายความแตกต่างของระดับการรับรู้ตราใบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$)

สรุป ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างของระดับการรับรู้ตราใบ โดยมีการรับรู้ตราใบที่อยู่ในระดับที่ต่ำ ซึ่งสัมพันธ์กับการมีคู่สมรสในปัจจุบัน และกลุ่มผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อย่างไรก็ตามการมีคู่สมรสในปัจจุบันเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถอธิบายความแตกต่างของระดับการรับรู้ตราใบได้

คำสำคัญ ตราใบ โรคจิตเภท โรคทางอารมณ์

Corresponding author: นรินทร์ ชาติบัญชาชัย

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Email: nararo@kku.ac.th

วันรับ : 21 กุมภาพันธ์ 2565 วันแก้ไข : 23 มิถุนายน 2565 วันตอบรับ : 23 มิถุนายน 2565

Perceived Stigma in Patients with Schizophrenia Spectrum and Mood Disorders without Psychotic Symptoms

Narak Chadbanchachai* **, Phongpisut Poonsawatphong*, Niramorn Patchanasunthorn* **, Kusalaporn Chaiudomsom* **,

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

**Brain and Mental Health Research Group, Khon Kaen University

ABSTRACT

Objective: To compare perceived stigma level between patients with schizophrenic spectrum and mood disorders without psychotic symptoms, and to explore the factors associated with stigma level.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study. The data were collected from July 2018 to February 2019 among 30 patients with schizophrenia and 30 patients with mood disorders without psychotic symptoms. All the patients were interviewed by demographic data record form and Internalized Stigma of mental illness scale (Thai version) then the difference in stigma level was analyzed by independent-sample t-test and the associated factors were analyzed by Chi-square and multiple logistic regression.

Results: The stigma level between both groups was in low level. The stigma level in the mood disorder group was 2.42 ± 0.29 and 2.39 ± 0.32 in the patient with schizophrenia group, which was not statistically significant ($p = 0.64$). The associated factor with low stigma level were living with spouse ($p = 0.03$) and age older than 40 years ($p = 0.04$), multiple logistic regression found that the only significant variable was marital status ($p = 0.04$).

Conclusion: The stigma level between schizophrenia spectrum and mood disorders without psychotic symptoms were not different. Low stigma level was associated with older age and living with spouse, and living with spouse was the only significant factor from the regression model.

Keywords: mood disorders, schizophrenia, stigma

บทนำ

โรคจิตเวชจำนวนหนึ่งเป็นโรคที่เรื้อรัง เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) และโรคทางอารมณ์ (Mood disorders) อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้าถึงบริการสำหรับโรคทางจิตเวชนั้นยังคงค่อนข้างต่ำ โดยอาจมีผู้ป่วยไม่ถึงครึ่งหนึ่งที่เข้าถึงการรักษา ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการก่อให้เกิดช่องว่างการเข้าถึงการรักษา (treatment gap) คือการรับรู้ตราบาป (stigma)¹ การรับรู้ตราบาปในตัวผู้ป่วยเอง และการถูกตีตราจากสังคม สัมพันธ์กับทัศนคติต่อการเข้ารับบริการและการตัดสินใจเข้ารับการรักษา² ประชากรทั่วไปยังมีความเข้าใจผิดต่อสาเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวชโดยส่วนใหญ่มองว่าเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ตึงเครียด หรือเกิดจากลักษณะนิสัยที่ไม่ดีของผู้ป่วยเอง ทั้งนี้อิทธิพลจากครอบครัว สื่อ และการศึกษา ก็มีส่วนในการสร้างทัศนคติเกี่ยวกับมุมมองต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช³ ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นเด็กและวัยรุ่นพบว่าเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่มารับการรักษา ซึ่งหากผู้ปกครองมีความเข้าใจและมีมุมมองที่ดีต่อโรคทางจิตเวชก็จะส่งผลดีในการลดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยกลุ่มนี้⁴ การศึกษาในภูมิภาคเอเชียยังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชมักจะถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ก้าวร้าวและอันตราย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท และโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว⁵ นอกจากนี้การเกิดเหตุอาชญากรรมจากผู้ป่วยจิตเวชเองยังส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเวช และทำให้เกิดวาทกรรมที่แสดงถึงการตีตรากล่าวโทษตามมา⁶ การที่ประชากรส่วนใหญ่มองด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเวชนั้น ส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวช ซึ่งการรับรู้ตราบาปที่สูงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นตัวกลับมามีชีวิตที่ตามเดิมได้น้อยลง⁷ ทำให้เกิดผลกระทบต่อสังคมตามมา เช่น ส่งผลกระทบต่อกำลังการผลิตของประเทศ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียรายได้เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ก็ยังก่อให้เกิดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การรับบริการพื้นฐานในสังคม และทำให้เกิดข้อจำกัดทางสังคมตามมาอีกหลายอย่าง เช่น การหาสถานศึกษา การหางาน การหาที่อยู่อาศัยที่ยากลำบากขึ้น และการไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้ผู้ป่วยอาจต้องพยายามปิดบังอาการของตนเองและนำไปสู่การไม่ได้เข้าถึงการบริการในที่สุด^{8,9}

ดังที่กล่าวมาข้างต้น การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเวชในหลายด้าน และการศึกษาเรื่องการรับรู้ตราบาปในไทยนั้นยังมีไม่มากนัก และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อ

ทั้งตัวผู้ป่วยและสังคมค่อนข้างมาก⁹ การศึกษาก่อนหน้านี้ในไทยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความแตกต่างของการรับรู้ตราบาป ได้แก่ กลุ่มโรคทางจิตเวชของผู้ป่วย โดยพบว่ากรรับรู้ตราบาปของกลุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวล (anxiety disorders) นั้นน้อยกว่าโรคทางจิตเวชกลุ่มที่มีอาการโรคจิต (psychotic symptoms)¹⁰ ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับการรับรู้ตราบาปภายในใจของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทกับผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ที่ไม่มีอาการโรคจิต และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อระดับการรับรู้ตราบาป โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าผลที่ได้จากการศึกษาอาจจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อขยายต่อการพัฒนาการบริการสุขภาพจิต โดยเฉพาะการตระหนักถึงการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยและการดำเนินงานเพื่อลดตราบาป (destigmatization) ได้ต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีและประชากร

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive study) ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2561 - 26 กรกฎาคม 2561 การศึกษานี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE611063 โดยโครงการได้รับการยกเว้นการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร (EKKU-Waiver of Consent)

การศึกษานี้มีเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้ (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรคจิตเภท (Schizophrenia spectrum) รหัส F20 และกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorders) รหัส F31 และโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) รหัส F32 ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่มีอาการโรคจิต (Mood disorders with psychotic features) จากเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 หรือ DSM-5 (2) อายุมากกว่า 18 ปี (3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกดังต่อไปนี้ (1) มีอาการของโรครุนแรง จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนหรือต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (2) มีความพิการของรูปลักษณ์ภายนอกที่ชัดเจน (3) มีการรับรู้ผิดปกติที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการสื่อสาร ทั้งนี้เกณฑ์การคัดออกในผู้ที่มีความพิการของรูปลักษณ์ภายนอกที่ชัดเจนเนื่องจากมีการศึกษาก่อนหน้า¹¹ พบว่าผู้ป่วยที่มีความพิการของรูปลักษณ์ภายนอกที่ชัดเจนอย่าง leprosy นั้น ส่งผลกระทบต่อค่าคะแนนได้มาก

เครื่องมือ

1. แบบวัดการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตฉบับภาษาไทย (Internalized Stigma of Mental Illness Scale - Thai Version) แบบวัดนี้มีทั้งหมด 29 ข้อ โดยแต่ละข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของบุคคลนั้น โดยให้เลือกระดับเป็น Likert scale แบบ 1 – 4 โดย 0 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 4 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคำถามทั้ง 29 ข้อสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม (Alienation) (2) การเห็นด้วยกับความเชื่อแบบเหมารวม/การมีอคติ (Stereotype Endorsement) (3) ประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ (Discrimination Experience) (4) การแยกตนเองออกจากสังคม (Social Withdrawal) (5) ความต้านทานต่อการรับรู้ตราบาป (Stigma Resistance) ซึ่งแบบวัดนี้ถูกแปลออกเป็นหลายภาษา^{11,12} รวมถึงแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยแบบวัดนี้มีค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยที่สูง (content validity = 0.86 – 1, Cronbach alpha for scale reliability = 0.88)¹³
2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีงานทำ การมีรายได้เป็นของตนเอง และบันทึกโรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัย ได้แก่ โรคจิตเภท และโรคทางอารมณ์ที่ไม่มีอาการโรคจิต

ขนาดตัวอย่างในงานวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้การคำนวณความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย (mean) ระหว่างกลุ่มประชากรที่ไม่เกี่ยวข้องกัน (independent sample) เพื่อทดสอบสมมติฐานว่าระดับการรับรู้ตราบาปของประชากร 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สูตรการคำนวณคือ $n = 2\sigma^2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2 / d^2$ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และ power (1-β) ที่ 80% อ้างอิงค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนจาก 2 การศึกษาที่มีค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้ตราบาปของกลุ่มโรคจิตเภทที่ 2.08 และกลุ่มโรคจิตเภทที่ 2.46 โดยความแปรปรวนของระดับการรับรู้ตราบาปคือ 0.47^{14,15} ดังนั้นจึงแทนค่าในสมการได้ดังนี้

$$n = \frac{2(0.47)^2(0.84+1.96)^2}{(2.46+2.08)^2}$$

จากการคำนวณจะได้ = 24.64 และคำนวณโดยเผื่อการ dropout ไว้ที่ 10% จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นกลุ่มละ 30 ราย โดยเป็นจำนวนรวมทั้งหมด 60 ราย สำหรับทั้งการศึกษา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยวิเคราะห์ความแตกต่างค่าการรับรู้ตราบาประหว่างกลุ่มด้วย independent-sample t-test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับการรับรู้ตราบาปโดยใช้ Pearson Chi-Square และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วย multiple logistic regression โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics v.27 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการศึกษา

จากประชากรทั้งหมด 60 ราย เป็นเพศชาย 28 ราย (46.7%) และเพศหญิง 32 ราย (53.3%) โดยมีผู้สมรสในปัจจุบัน 15 ราย (25%) และไม่มีผู้สมรสในปัจจุบัน 45 ราย (75%) ดังตารางที่ 1

พบว่าลักษณะทางสังคมประชากรและการเจ็บป่วยทางจิต พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทเท่ากับที่ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคทางอารมณ์ โดยในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางอารมณ์ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า 20 ราย (ร้อยละ 33.3) ระดับการรับรู้ตราบาปโดยรวมทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.4 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.3)

ความแตกต่างของระดับการรับรู้ตราบาประหว่างกลุ่มอาสาสมัคร ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่มกับระดับการรับรู้ตราบาป

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับการรับรู้ตราบาประหว่างกลุ่มอาสาสมัครที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทและโรคทางอารมณ์ โดยใช้สถิติ independent-sample t-test พบว่าระดับการรับรู้ตราบาปในกลุ่มโรคทางอารมณ์เฉลี่ยอยู่ที่ 2.42 ± 0.29 และระดับการรับรู้ตราบาปของกลุ่มโรคจิตเภทอยู่ที่ 2.39 ± 0.32 โดยระดับการรับรู้ตราบาปในสองกลุ่มโรคนี้ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(58) = 0.47, p = 0.64$)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่มในกลุ่มที่มีระดับการรับรู้ตราบาปต่ำและระดับการรับรู้ตราบาปสูง พบว่าตัวแปรช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.02, df = 1, p = 0.045$) โดยกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายส่วนใหญ่จะมีระดับการรับรู้ตราบาปที่ต่ำ

ตารางที่ 1 ลักษณะทางสังคมประชากรและการเจ็บป่วยทางจิต

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	28 (46.7)
หญิง	32 (53.3)
อายุ	
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 18 - 40ปี)	28 (46.7)
วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุมากกว่า 40 ปี)	32 (53.3)
สถานภาพสมรส	
มีคู่สมรสในปัจจุบัน	15 (25)
ไม่มีคู่สมรสในปัจจุบัน	45 (75)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	26 (43.3)
สูงกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	34 (56.7)
อาชีพ	
ปัจจุบันประกอบอาชีพ	50 (83.3)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เกษียณอายุราชการ	10 (16.7)
รายได้	
น้อยกว่ารายได้ประชาชาติต่อหัว	36 (60)
มากกว่ารายได้ประชาชาติต่อหัว (อ้างอิงรายได้ประชาชาติต่อหัวเท่ากับ 11,230 บาท)	24 (40)
การใช้สารเสพติด	
ใช้	6 (10)
ไม่ใช้	54 (90)
การวินิจฉัยโรค	
โรคจิตเภท	30 (50)
โรคทางอารมณ์	30 (50)
โรคอารมณ์สองขั้ว	10 (16.7)
โรคซึมเศร้า	20 (33.3)

(75%) และตัวแปรสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($\chi^2 = 4.69$, $df=1$, $p=0.03$) โดยกลุ่มที่มีคู่สมรสในปัจจุบันส่วนใหญ่จะมีระดับการรับรู้ตราบาปที่ต่ำ (86.7%) ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาป

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่มกับระดับการรับรู้ตราบาป ได้ทำการเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ และสถานภาพสมรสมาใส่ในสมการ และวิเคราะห์ logistic regression โดยใส่ตัวแปรแบบถอยหลัง (stepwise backward) พบว่าเมื่อใส่ปัจจัย 2 ตัวในสมการ ปัจจัยทั้ง 2 ตัว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการอธิบายระดับการรับรู้ตราบาป แต่เมื่อถอดตัวแปรช่วงอายุออก สถานภาพสมรสจะเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสมการนี้มีค่า $R = 0.157$ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีคู่สมรสในปัจจุบันทำให้เกิดการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

การเปรียบเทียบระดับการรับรู้ตราบาประหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคทางอารมณ์

การศึกษานี้พบว่าระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ก่อนหน้านี้ที่เปรียบเทียบระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคทางอารมณ์ และกลุ่มโรคระบบประสาท ซึ่งสรุปผลว่าไม่พบความแตกต่างกันของระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม¹⁶ และระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับต่ำนั้น เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาอื่นที่ทำในผู้ป่วยทางจิตเวชหลายกลุ่มโรคทั้งในไทย⁹ และในต่างประเทศ¹⁶⁻¹⁸ รวมไปถึงการศึกษาที่ทำการสำรวจระดับการรับรู้ตราบาปเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท^{14,19-22} และเฉพาะผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว²³ ด้วย ทั้งนี้ผลของระดับการรับรู้ตราบาปที่สอดคล้องกันนั้น อาจเป็นผลมาจากเครื่องมือที่ใช้ศึกษาโดยการศึกษาส่วนใหญ่รวมถึงการศึกษานี้ใช้เครื่องมือแบบวัดการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต (Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)) รวมไปถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในด้านอื่นๆ ซึ่งปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้อง ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการระดับของความสามารถในการทำหน้าที่ (functioning level) ศาสนา หรือวัฒนธรรม อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลต่างๆ ข้างต้น จึงอาจต้องมีการศึกษาต่อไปในอนาคต

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่มกับระดับการรับรู้ตราบาป

ตัวแปรเชิงกลุ่ม	ระดับการรับรู้ตราบาป		χ ²	df	P
	ต่ำ (ร้อยละ)	สูง (ร้อยละ)			
เพศหญิง	18 (56.3)	14 (43.8)	1.48	1	0.22
วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย	24 (75)	8 (25)	4.02	1	0.05*
มีคู่สมรสในปัจจุบัน	13 (86.7)	2 (13.3)	4.69	1	0.03*
ปัจจุบันประกอบอาชีพ	32 (64)	18 (36)	0.06	1	0.81
การศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	19 (55.9)	15 (44.1)	1.88	1	0.17
รายได้มากกว่ารายได้ประชาชาติต่อหัว	18 (75)	6 (25)	2.34	1	0.13
ไม่ใช้สารเสพติด	34 (63)	20 (37)	0.03	1	0.89
โรคทางอารมณ์	18 (60)	12 (40)	0.29	1	0.59

*p < 0.05

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายระดับการรับรู้ตราบาป

ปัจจัยทำนาย	β	df	p-value	95%CI
ค่าคงที่	1.426	1	0.141	
สถานภาพสมรส	-1.649	1	0.044	0.39 - 0.95

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้ตราบาป

ในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้ตราบาป ได้แก่ สถานภาพสมรสและช่วงอายุ ดังตารางที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{19,24,25} ที่พบว่าการมีคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ตราบาปที่ต่ำ มีบางการศึกษาที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่ส่งผลต่อระดับการรับรู้ตราบาป²⁵ โดยการที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นภาระจะส่งผลต่อระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยบางการศึกษาไม่พบความเกี่ยวข้องกันระหว่างการมีคู่สมรสและระดับการรับรู้ตราบาป²⁶ โดยอาจเกิดจากที่งานวิจัยดังกล่าวใช้แบบวัดระดับการรับรู้ตราบาปที่ต่างกับแบบวัดที่ใช้ในการศึกษานี้ โดยเป็นแบบวัดที่ชื่อ perceived discrimination and devaluation scale และมีบางการศึกษาที่ระดับช่วงอายุ มีผลต่อระดับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ แต่พบว่าระดับการรับรู้ตราบาปในงานวิจัยอ้างอิงดังกล่าว

มีความสัมพันธ์กับแต่ละช่วงอายุที่หลากหลายแตกต่างกันตามพื้นที่ที่ทำการศึกษา

แม้ว่าจะมีการศึกษาอื่นที่พบว่ายังมีอีกหลายปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้ตราบาป เช่น การมีอาชีพ^{9,17,18,21} มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี¹⁷ และระดับการศึกษา^{8,19,21} แต่จากผลการศึกษาี้กลับไม่พบว่าปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวนั้นส่งผลต่อระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยแต่อย่างใด จากการศึกษาที่ก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่ดีกว่า หรือมีรายได้เป็นของตนเองจะมีการรับรู้ตราบาปที่ต่ำกว่า ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการมีความภาคภูมิใจในตนเอง^{10,27}

อย่างไรก็ตามความแตกต่างในผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้ตราบาปของการศึกษานี้เมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้า อาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ การจำแนกกลุ่มประชากร เช่น การแบ่งช่วงอายุ และการแบ่งระดับการศึกษา ซึ่งมี

ความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา ลักษณะทั่วไปของประชากรในการศึกษานี้ที่มีความแตกต่างจากการศึกษาอื่น เช่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ประกอบอาชีพ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และส่วนใหญ่ไม่มีคู่สมรสในปัจจุบัน รวมไปถึงการเลือกใช้เครื่องมือในการวัดระดับการรับรู้ต่อตราใบ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยบางอย่างที่ไม่ได้เก็บข้อมูลในการศึกษานี้ ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับการรับรู้ตราใบได้ เช่น เขตที่อยู่อาศัย¹⁹ จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน²⁹ และประเภทโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช อาจมีการรับรู้ตราใบที่สูงกว่าผู้ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปได้ ซึ่งอาจเป็นผลจากการได้รับการตีตราโดยชื่อโรงพยาบาลหรือสิ่งที่สามารถบอกได้ว่ามารับการรักษาทางจิตเวช เช่น ข้อมูลบนซองยา เป็นต้น

การศึกษานี้มีจุดแข็งที่เป็นการศึกษาโดยการคำนวณขนาดตัวอย่างจากข้อมูลก่อนหน้า และสามารถเก็บขนาดตัวอย่างได้ครบเพื่อยืนยัน power ของการศึกษา ดังนั้นมีโอกาสน้อยมากที่ผลการศึกษาจะเกิดขึ้นโดยความบังเอิญ และการศึกษานี้ได้เก็บตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราใบที่สมบูรณ์กว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ จึงทำให้โอกาสที่จะมีปัจจัยกวนได้นั้นมีน้อย อย่างไรก็ตามเนื่องจากขนาดตัวอย่างจากการคำนวณนั้นมีจำนวนน้อย และอาจจะเป็นไปได้ที่จะมีปัจจัยกวนอื่นๆที่ยังไม่ได้มีหลักฐานยืนยันจากวรรณกรรม ข้อจำกัดของการศึกษานี้จึงได้แก่การศึกษานี้ไม่สามารถวิเคราะห์ปัจจัยทำนายอื่นๆ ที่อาจส่งผลได้ เช่น ลักษณะทางประชากรศาสตร์อื่นๆ เช่น เขตที่อยู่อาศัย หรือการสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลด้านตัวโรค เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วยหรือความรุนแรงของโรค เป็นต้น อีกทั้งลักษณะทางสังคมประชากรของการศึกษานี้มีเอกลักษณ์ต่างจากงานวิจัยอื่นๆ ซึ่งแตกต่างกับบางการศึกษาก่อนหน้านี้ ทำให้การนำผลของการศึกษานี้ไปใช้ในกลุ่มประชากรที่ต่างกัมนั้น ต้องระมัดระวังและพิจารณาให้ถี่ถ้วนก่อน

การศึกษาระดับรับรู้ตราใบจะทำให้เกิดการตระหนักและให้ความสำคัญเกี่ยวกับระดับการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยโดยเฉพาะในทางคลินิก ซึ่งแพทย์อาจนำไปใช้ประกอบกับการทำความเข้าใจความรู้สึกเป็นตราใบของผู้ป่วยในแต่ละรายได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาเรื่องตราใบในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยนั้น ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอีกในทั้งแง่ของการจัดการ เพื่อลดระดับของตราใบลงในอนาคต ซึ่งจะเป็นการป้องกันความเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้ตราใบต่ำ และ

ลดความเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้ตราใบในระดับสูงในระยะยาว เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่คู่สมรส การทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม^{30,31} หรือการทำจิตบำบัดแบบกลุ่มระยะยาว^{32,33} ซึ่งกระบวนการลดตราใบนั้นสามารถกำหนดเป้าหมายได้หลายระดับ³¹ เช่น ระดับภายในบุคคล คือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสร้างคุณค่าและการสร้างเสริมพลังอำนาจในตนเองได้มากขึ้น ระดับระหว่างบุคคล เช่น การปรับเปลี่ยนมุมมองของคนในสังคมที่มีต่อผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ที่ถูกต้อง รวมไปถึงการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้าง เช่น การกำหนดนโยบาย ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าถึงการบริการได้มากขึ้นในอนาคต

สรุป

การศึกษานี้พบว่า การรับรู้ตราใบของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทและกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ไม่มีอาการโรคจิตอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส และช่วงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med* 2019;17(1):25.
2. Cheang SI, Davis JM. Influences of face, stigma, and psychological symptoms on help-seeking attitudes in Macao. *Psych J* 2014;3(3):222-30.
3. Pitakchinnapong N, Rhein D. Exploration of the causation of stigmatization of mental illness in Thailand. *Human Behavior, Development and Society* 2019;20(2):7-19
4. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res* 2016;243:469-494.
5. Zhang Z, Sun K, Jatchavala C, Koh J, Chia Y, Bose J et al. Overview of stigma against psychiatric illnesses and advancements of anti-stigma activities in six Asian societies. *Int J Environ Res Public Health* 2019;17(1):280.
6. Jatchavala, C. Discourse and stigmatization of psychiatric disorder in Thailand. *J Sociol Anthropol* 2013; 32(2):93-113.
7. Capar M, Kavak F. Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care* 2019;55(1):103-11.
8. Krupchanka D, Kruk N, Sartorius N, Davey S, Winkler P, Murray J. Experience of stigma in the public life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017;52(4):493-501.
9. Phanthunane P, Whiteford H, Vos T, Bertram M. Economic burden of schizophrenia: empirical analyses from a survey in Thailand. *J Ment Health Policy Econ* 2012;15(1):25-32.

10. Kerdpongbunchote C., Punyayong B., Wong-Anuchit C. Internalized stigma of psychiatric patients. *J Ment Health Thai* 2015;23(1):25-37.
11. Boyd JE, Adler EP, Otilingam PG, Peters T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Compr Psychiatry* 2014;55(1):221-31.
12. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003;121(1):31-49.
13. Wong-Anuchit C, Mills AC, Schneider JK, Rujkorakarn D, Kerdpongbunchote C, Panyayong B. Internalized Stigma of Mental Illness Scale - Thai version: Translation and assessment of psychometric properties among psychiatric outpatients in Central Thailand. *Arch Psychiatr Nurs* 2016;30(4):450-6.
14. Vrbova K, Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Marackova M, Holubova M, et al. Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017;13:567-76.
15. Latalova K, Prasko J, Kamaradova D, Ociskova M, Cinculova A, Grambal A, et al. Self-stigma and suicidality in patients with neurotic spectrum disorder - a cross sectional study. *Neuro Endocrinol Lett* 2014;35(6):474-80.
16. Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Vanek J, Slepecky M, Zatkova M, et al. Three diagnostic psychiatric subgroups in comparison to self-stigma, quality of life, disorder severity and coping management cross-sectional outpatient study. *Neuro Endocrinol Lett* 2018;39(4):331-41.
17. Adewuya AO, Owoeye AO, Erinfolami AO, Ola BA. Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* 2011;57(4):418-27.
18. Krajewski C, Burazeri G, Brand H. Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Res* 2013;210(3):1136-46.
19. Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry* 2012;12:239.
20. Sumarsih T, Sawangchareon K. Perceived stigma and coping strategies among schizophrenic patients in selected Indonesian communities. *Journal of Nursing and Health Care* 2016;34:192-201.
21. Agrasuta T, Pitanupong J. Perceived stigma in patients with schizophrenia and caregivers in Songklanagarind Hospital: Cross-sectional study. *Songkla Med J* 2017;35(1):37-45.
22. Hofer A, Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Hoertnagl CM, Kemmler G, et al. Self-stigma versus stigma resistance in schizophrenia: Associations with resilience, premorbid adjustment, and clinical symptoms. *Psychiatry Res* 2019;271:396-401.
23. Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Kemmler G, Sondermann C, Hausmann A, et al. Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: Associations with resilience, internalized stigma, and residual symptoms. *J Affect Disord* 2018;238:399-404.
24. Kamisli S, Dil S, Dastan L, Eni N. [Feeling of Liberty and Internalized Stigma: Comparison of Inpatient and Outpatient Cases Receiving Psychiatric Treatment]. *Turk Psikiyatri Derg* 2016;27(4):251-6.
25. Neupane D, Dhakal S, Thapa S, Bhandari PM, Mishra SR. Caregivers' attitude towards people with mental illness and perceived stigma: A cross-sectional study in a tertiary hospital in Nepal. *PLoS One* 2016;11(6):e0158113.
26. Ta TM, Zieger A, Schomerus G, Cao TD, Dettling M, Do XT, et al. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population based study in urban and rural Hanoi, Vietnam. *Int J Soc Psychiatry* 2016;62(8):685-95.
27. Reta Y, Tesfaye M, Girma E, Dehning S, Adorjan K. Public stigma against people with mental illness in Jimma Town, Southwest Ethiopia. *PLoS One* 2016;11(11):e0163103.
28. Vrbova K, Prasko J, Holubova M, Kamaradova D, Ociskova M, Marackova M, et al. Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:3011-20.
29. Wood L, Byrne R, Enache G, Morrison AP. A brief cognitive therapy intervention for internalised stigma in acute inpatients who experience psychosis: A feasibility randomised controlled trial. *Psychiatry Res* 2018;262:303-10.
30. Punyayong B, Kerpongbunchote C. Stigma reduction strategies of mental illness. *J Ment Health Thai* 2015;23.
31. Mekloi C, Sarakan K, Pumratchayakul U. Group psychotherapy for depression and stigma among family member of committed suicide persons. *J Ment Health Thai* 2015.
32. Vrbova K, Kamaradova D, Latalova K, Ociskova M, Prasko J, Mainerova B, et al. Self-stigma and adherence to medication in patients with psychotic disorders--cross-sectional study. *Neuro Endocrinol Lett* 2014;35(7):645-52.