



รายงานฉบับสมบูรณ์
ผลของโปรแกรมลดการตีตรา เพื่อเพิ่มการเข้าสู่บริการของผู้มีปัญหาการใช้สุรา
จังหวัดพัทลุง

The Effectiveness of Reduce Stigma Program for
Enhancing Service among Alcohol used Disorder

(รหัสโครงการ 65-10068-28)

โดย

ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ รศ.ดร.จุฑารัตน์ สถิรปัญญา
ชื่อองค์กรรับทุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้รับทุนสนับสนุนโดย
แผนงานศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มีนาคม 2568

รายงานฉบับสมบูรณ์

ผลของโปรแกรมลดการตีตรา เพื่อเพิ่มการเข้าสู่บริการของผู้มีปัญหาการใช้สุรา
จังหวัดพัทลุง

โดย

ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ รศ.ดร.จุฑารัตน์ สติรปัญญา
ชื่อองค์กรรับทุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้รับทุนสนับสนุนโดย

แผนงานศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มีนาคม 2568

Final Report

The Effectiveness of Reduce Stigma Program for Enhancing Service among Alcohol used Disorder

(Contract no 65-10068-028 Project code 65-10068-28)

By

Project manager CHUTARAT SATHIRAPANYA
Faculty of Medicine Prince of Songkla University

This project was supported by
Centre for Alcohol Studies
Faculty of Medicine Prince of Songkla University

March 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา ผลของโปรแกรมลดการติตรา เพื่อเพิ่มการเข้าสู่บริการของผู้มีปัญหาการใช้สุรา จังหวัดพัทลุง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การติตราตนเอง การถูกติตรา จากครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการ ของผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ศึกษาประสบการณ์การติตราตนเอง การถูกติตราจากครอบครัว สังคม และการรับบริการสุขภาพ ของผู้ปัญหาจากการดื่มสุรา เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมลดการติตราเพื่อเพิ่มการเข้าสู่ระบบบริการและการบำบัดของผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา พื้นที่ศึกษา 1 อำเภอ 3 ตำบล ของจังหวัดพัทลุง กลุ่มผู้ปัญหาจากการดื่มสุราในระดับเสี่ยงปานกลาง 31 คน และเสี่ยงสูง 16 คน รวม 47 คน ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพของ รพ.สต. รพช. เครื่องมือเป็นแบบวัดการติตราตนเอง ถูกติตราจากคนในครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสุขภาพ คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น หาค่าความตรงได้ .89 .92 .78 .89

ผลการศึกษา พบสถานการณ์การติตราต่อผู้มีปัญหาการดื่มสุรา การติตราตนเอง ร้อยละ 6.43 ถูกติตราจากคนในครอบครัว ร้อยละ 11.31 ถูกติตราจากคนในชุมชน ร้อยละ 15.17 และเคยถูกติตราจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 8.23 ประสบการณ์การติตรา พบใน 4 รูปแบบ ได้แก่ การติตราตนเอง เป็นความกลัวที่เกิดจากการรับรู้ รู้สึกที่ได้รับจากคนในครอบครัว ทำให้รู้สึกไร้ค่า เป็นคนไม่ดี เป็นคนชั่ว ไม่มีใครยอมรับ รู้สึกแปลกแยก ไม่มีความหมาย ไม่มีที่ยืน ความรู้สึกและมุมมองต่อตนเองดังกล่าวทำให้หลีกเลี่ยง เพิกเฉยต่อการเข้ารับบริการ การติตราจากครอบครัว ครอบครัวของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราติตราผู้ปัญหาจากการดื่มว่า รู้สึกเอือมระอา เหนื่อยใจ มองว่าเป็นตัวปัญหา เป็นภาระ สร้างความรำคาญ และสร้างความอับอายจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปเมื่อดื่มสุรา การติตราจากชุมชน เป็นการรับรู้จากการได้ยินคำพูด หรือสมญานามจากคนในชุมชน การติตราจากบุคลากรสุขภาพ เป็นประสบการณ์ที่ผู้ปัญหาจากการดื่มสุรารับรู้ เมื่อมาใช้บริการทั่วไปในหน่วยบริการสุขภาพ หรือโรงพยาบาล ในหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่ ทั้งในเชิงโครงสร้างที่เป็นที่รู้กันว่าเป็นคลินิกยาเสพติด และมีป้ายชัดเจนว่า คลินิกเลิกสุรา ทำให้รู้สึกกลัว กลัวถูกเหมารวมว่าติดยาเสพติด จะหนักกว่าติดสุรา หรือป้ายเลิกสุราที่ไม่อยากให้มี มีการพัฒนาประสิทธิผลของโปรแกรมลดการติตราเพื่อเพิ่มการเข้าสู่ระบบบริการและการบำบัดของผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การดื่มสุรา อาการของผู้ติดสุรา การบำบัดสุรา ประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และมีส่วนร่วมในโปรแกรมลดการติตรา การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดื่มสุรา อาการของผู้ติดสุรา การคัดกรองระดับความเสี่ยงของการดื่มสุรา และการบำบัดสุรา การเสริมสร้างทักษะสำคัญให้กับครอบครัว ระดมสมอง คำพูด ความคิด นำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย หลังดำเนินการ 6 เดือน พบค่าเฉลี่ยการติตราในทุกด้าน ลดลงในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้ พบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางทุกคนเข้ารับบริการให้การปรึกษาและบำบัดอย่างย่อทุกคน เมื่อติดตามหลักจากดำเนินโปรแกรมได้ 6 เดือน พบว่า สามารถลดระดับความเสี่ยงเป็นระดับเสี่ยงต่ำ ได้ 27 คน (ร้อยละ 87.10) ยังคงดื่มในระดับปานกลาง 4 คน (ร้อยละ 12.90) ผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงระดับสูง 16 คน

ตัดสินใจเข้ารับบริการ 14 คน (ร้อยละ 87.5) โดยเข้ารับบริการที่ รพท. 3 คน รพช. 11 คน แสดงให้เห็นถึง
โปรแกรมการลดการติดยาที่ถูกต้องแบบขึ้นสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการให้กับผู้มีปัญหาจากการติ่มสุรา

Abstracts

This research and development, and mixed quantitative and qualitative study aimed to the outcome of stigma alleviation program (SAP) to facilitate the alcohol addicts' access to the alcoholic drinking control service (ADCS). We studied 1) the magnitude of internal stigma generation by the alcoholic drinkers, and external stigma generation by the family members, community people and healthcare workers (HCWs) 2) the drinkers' experiences of both types of stigma generations 3) development and test the efficacy of SAP. We performed the study in 1 district and 3 subdistricts of Phattalung province in southern Thailand. Forty-seven subjects (31 and 16 of moderate and level drinkers, respectively), calculated by G-Power software, were included for quantitative analysis. Another 12 high level drinkers, 12 family members of drinkers, 5 community leaders, and 7 healthcare staffs of the local three subdistrict health promotion hospitals (SHPHs) and a district hospital (DH) were included for qualitative study. The evaluation tool of stigma generation composed of four subparts was developed by the researcher team which was tested for the content validity index showing IOC of 0.89, 0.92, 0.78, and 0.89, and the reliability by Cronbach alpha test were 0.76, 0.82, 0.90 and 0.79, respectively.

The results showed that internal stigma generation was 6.43%, external stigma generation from family members was 11.3%, community people 15.17%, and HCWs 8.23%. The internal stigma generation was caused by the fear of unaccepted or non-welcome sensation of the family or social members perceived. The feeling of worthlessness and no recognition from the surrounding people which made the drinkers avoid participate social activities including visiting healthcare unit for treating their alcohol addiction. Family members considered the drinkers as the ones who caused various problems, burdens, and shame to the families due to their unwanted behaviors in the society. The community members frequently commented the drinkers as unproductive persons and being unable to withdraw the alcohol drinking at all. When a drinker attended the alcohol abstinence clinic in a hospital which was commonly attached to the illicit drug withdrawal clinic, they perceived of unrelaxed feeling by being fear of misunderstanding of a drug addict person from other community people, and the sign reading 'Alcohol Abstinence Clinic' seemed unfriendly to them that they requested to remove it if possible.

The SAP for the alcohol drinkers strongly emphasized on the process to reduce both internal and external stigma formation to the elevate the attendance rate to the ADCS. We provided the knowledge concerning how alcohol was addict, alcohol addiction symptoms and treatment, especially building up good relationship among drinkers, community people, and HCWs. We demonstrated the cases of drinkers who had unfavorable experiences from stigma generation by showing audiovisual recorded clip. We stimulate brain storming from the participants regarding the understanding the psychological impacts on the drinker and how to react to them properly through wording, behaviors or service manner. At the follow-up evaluation 6 month after the research, the rate of stigma generation in all domains showed significantly reduction ($p<0.001$). Otherwise, the number of drinkers in moderate drinking level lowered to 27 (87.10%). Fourteen of 16 (87.5%) high level drinkers decided to attend the ADCS in the hospitals (3 at the district hospital and 11 at the provincial hospital). In summary, the developed SAP can facilitate to increase the rate of ADCS attendance.

สารบัญ

บทที่	หน้า
1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	6
วัตถุประสงค์ของโครงการ	10
2	
ทบทวนวรรณกรรม	11
กรอบแนวคิดการวิจัย	50
3	
ระเบียบวิธีวิจัย	51
4	
ผลการศึกษา	55
5	
สรุป อภิปรายผล	66

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายในหลายลักษณะ ขึ้นอยู่กับปริมาณและรูปแบบการดื่ม ชนิดของแอลกอฮอล์ ตั้งแต่การดื่มหนักทุกวัน ดื่มจนเมาบ่อยๆ ดื่มจนเกิดปัญหาสุขภาพกาย หรือสุขภาพจิต หรือดื่มจนติดสุรา พฤติกรรมการดื่มดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้ดื่มเอง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม ทำให้เกิดอุบัติเหตุพิการบาดเจ็บ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นเหตุให้สถานพยาบาล ทุกระดับต้องรับภาระการดูแลในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การดื่มสุรายังส่งผลกระทบต่อโรคหลักที่ เจ็บป่วย ทำให้อาการกำเริบรุนแรง หรืออาการแย่ลง และสุรายังเป็นสารเสพติดที่มีผู้นิยมใช้มากที่สุด อีกทั้งการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญลำดับ 4 ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในคนไทย และเป็นอันดับ 1 ในชายไทย เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์มีความเชื่อมโยงกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program) ได้ศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง โดยนำเครื่องมือวัดปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บของประชากร (Disability – adjusted Life Years : DALY) มาใช้ในการวัดสถานะสุขภาพประชากรไทยแบบองค์รวม ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากต่อการกำหนดทิศทางของนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ เนื่องจากมีความครอบคลุมถึงการมีชีวิตอยู่อย่างบกพร่องหรือพิการ และการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทำให้สามารถเปรียบเทียบขนาดของปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญของประชากรได้ในหน่วยเดียวกัน ประเมินการมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการตายและความพิการได้อีกด้วย เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2565 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับแผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรค (Burden of Disease: BOD) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข นำเสนอผลการศึกษา “ภาระโรคและภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย : ชี้นำปัญหาจับตาแนวโน้ม ระบุมาตรการสำคัญลดคนไทยป่วย พิการ และเสียชีวิต” **คณะทำงานศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562** พบว่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คนไทยมีแนวโน้มอายุเพิ่มขึ้น เพศชายจาก 70.5 ปี เป็น 71.7 ปี เพศหญิงจาก 77.3 เป็น 79.4 ปี สาเหตุ 3 อันดับแรกที่ทำให้คนไทยสูญเสียปีสุขภาวะ คือ อุบัติเหตุทางท้องถนน เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 20 ของการสูญเสียทั้งหมด ปัจจุบันกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและอยู่อย่างทุพพลภาพ มากกว่าร้อยละ 60 ยังคงเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดย “ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้คนไทยตายก่อนวัยอันควร อันดับ 1 คือบุหรี่ จากการสูบบุหรี่/ยาสูบ และการได้คว้นบุหรี่ยี่มือสอง อันดับ 2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อันดับ 3 ระดับความดัน

โลหิตสูง เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อันดับ 4 การดื่มแอลกอฮอล์ เชื่อมโยงกับอุบัติเหตุทางถนนจากการดื่มแอลกอฮอล์ ที่จัดเป็นการสูญเสียอันดับ 1 ในเพศชาย อันดับ 5 การบริโภคอาหารที่ไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม ซึ่งหากสามารถลดปัจจัยเสี่ยงทั้ง 5 อันดับแรกลงได้ จะช่วยลดการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร และการอยู่อย่างทุพพลภาพที่เป็นภาระของคนไทยทั้งประเทศต้องแบกรับได้ถึงร้อยละ 8-18 ของการสูญเสียทั้งหมด โดยภาครัฐ ภาคเอกชน ต้องร่วมกันวางแนวทางมาตรการต่างๆ เพื่อลดการสูญเสียปีสุขภาวะ คือ ปีที่มีสุขภาพดีของคนไทย” (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2565)

จากการที่การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรชายในประเทศไทย การลดความเสี่ยงและจำกัดขนาดความรุนแรงของปัญหาในกลุ่มผู้บริโภคและผู้ได้รับผลกระทบจากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แนวทางป้องกันและควบคุมปัญหาดังกล่าวข้างต้นคือการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหา การดื่มสุรา การประเมินและการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง รวมทั้งให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราตามระดับความรุนแรงอย่างเหมาะสม ความจำเป็นของการเพิ่มองค์ความรู้ในการคัดกรอง บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพและการติดตามผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราอย่างเป็นระบบได้มาตรฐานและมีคุณภาพในระบบบริการสาธารณสุข ต้องดำเนินการ

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่เป็นปัญหาเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคว่าเป็นความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) และสมควรได้รับการดูแลช่วยเหลือในคนไทยนั้น จากผลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2564 พบความชุกในปัจจุบันหรือความชุกในช่วง 1 ปี (one year prevalence) ร้อยละ 3.5 คาดการณ์เป็นประชากร 2.7 ล้านคน แต่กลับพบผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเข้ารับบริการตามฐานข้อมูลสุขภาพ 43 แห่งในปีงบประมาณ 2559 เพียง 168,792 คน คิดเป็นอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 6.13 แสดงให้เห็นถึงช่องว่างของการเข้ารับบริการของผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่สูงมาก ทั้งที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงวิธีการค้นหาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและวิธีการช่วยเหลือเพื่อลดอันตรายจากการดื่มที่มีประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าประสิทธิผลชัดเจนทั่วโลก (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา, 2561)

การศึกษาระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษาของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชที่พบบ่อยในประเทศไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเข้ารับบริการ โดยใช้ข้อมูลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งล่าสุด (พ.ศ. 2566) ซึ่งสำรวจในประเทศไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่มีอาการครั้งแรกของโรคจิตเวชจนเข้าสู่การรักษาคือ 10 ปี โดยพบระยะเวลานานที่สุดในโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและโรคกลัวที่ชุมชน ใช้เวลา 18.6 ปี และ 17.8 ปี ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยก่อนเข้าสู่การรักษาสั้นที่สุดพบในผู้ที่มีโรควิตกกังวลไปทั่ว (2.0 ปี) และโรคซึมเศร้า (2.7 ปี) ผู้หญิงเข้ารับรักษาโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย แต่มักจะไม่เข้ารับรักษาหากมีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย การเข้าสู่บริการของผู้ที่มีโรคจิตเวชไม่มีความแตกต่างในแต่ละภูมิภาคของประเทศ ความชุกของโรคจิตเวชที่พบบ่อยร้อยละ 32.3 โดยพบความชุกของความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราสูงสุด ร้อยละ 18.0 ส่วนความชุกในกลุ่มโรควิตกกังวลและกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์พบร้อยละ 3.1 และร้อยละ 1.9 ตามลำดับ ประเมินการ

ได้ว่าประชากรเกือบ 17 ล้านคน เคยมีโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรคในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต เมื่อวิเคราะห์ระยะเวลาก่อนได้รับการรักษา โดยคำนวณความแตกต่างของอายุเฉลี่ยเมื่อกลุ่มตัวอย่างพบผู้รักษาครั้งแรกกับอายุเฉลี่ยเมื่อกลุ่มตัวอย่างเริ่มมีอาการครั้งแรก พบว่าผู้ที่มีโรคจิตเวชที่พบบ่อย มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนเข้าถึงบริการ ครั้งแรกโดยเฉลี่ย 10 ปี โดย PTSD มีระยะเวลาการเข้าถึงบริการเฉลี่ยนานที่สุด 18.6 ปี ในขณะที่ GAD มีระยะเวลาการเข้าถึงบริการสั้นที่สุดเฉลี่ยประมาณ 2 ปี ในกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมใช้สุราและสารเสพติดนั้นพบว่าผู้ที่มีภาวะ ติดสุราจะเข้าพบผู้รักษา 5.2 ปี กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์พบว่าเวลาเฉลี่ยก่อน ได้รับการรักษา คือ 3.2 ปี โดยผู้ที่มีโรคซึมเศร้าจะพบ ผู้รักษาประมาณ 2.7 ปีหลังเริ่มมีอาการ และผู้ที่มีภาวะแมเนียจะมาพบแพทย์หลังเริ่มมีอาการประมาณ 3.4 ปี

ผลจากการดื่มสุราทำให้เกิดการเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol addiction) และเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism) เกิดปัญหาต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย เมื่อบริโภคแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องในปริมาณที่มากจะทำให้เกิดการติด และกลายเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง อัตลักษณ์ของคนติดสุราหรือผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีพื้นฐานมาจากการกระทำของปัจเจกเอง หรือจากอิทธิพลทางโครงสร้างของสังคม ผลักดันให้ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังทั้งตีตราตนเอง และถูกตีตราจากสังคม การตีตราตนเองในผู้ติดแอลกอฮอล์ เป็นความคิดและความรู้สึกที่ว่าตนเองเป็นคนไม่ดีเพราะติดแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นผลจากการถูกตอกย้ำด้วยคำพูด และการปฏิบัติจากผู้อื่น จนทำให้ตนเองคล้อยตาม ยอมรับ และรู้สึกกับตนเองว่าเป็นคนไม่ดี ประเด็นสำคัญต่อปัญหาดังกล่าวคือ ทศนคติของสังคม ชุมชนที่มีผลต่อผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งมีพื้นฐานมาจากตรรกะ และการรังเกียจ เมื่อเกิดการตีตรา จะส่งผลให้เกิดการเลือกปฏิบัติ และการดูเลียด้านสิทธิมนุษยชนกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยวิถีของชุมชน เป็นแหล่งวัฒนธรรม ที่ทำให้เกิดการตีตราแล้วก็นำไปสู่การเลือกปฏิบัติจนเกิดการสร้างรอยมลทินให้กับบุคคล ทำให้ไม่เป็นที่ต้องการหรือถูกสังคมรังเกียจ เสียชื่อเสียง จากการถูกมองโดยคนอื่น การตีตรายังเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการการบำบัดรักษา และการขอความช่วยเหลือ ส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติ โดยการเลือกปฏิบัติดังกล่าวจะเป็นการลด คุณค่าของบุคคล เช่น การเลือกปฏิบัติส่งผลทำให้เกิดการตีตราในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีผลกระทบอย่างถาวร พบว่า ถูกมองว่าเป็นคนต่ำต้อย (ร้อยละ 65.0) ถูกนายจ้างปฏิเสธการจ้างงาน (ร้อยละ 72.0) และปฏิเสธการแต่งงานด้วย (ร้อยละ 62.0) จากการติดตามการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่การถูกตีตราหรือการถูกปฏิเสธไม่ได้ลดลง การศึกษาทัศนคติการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่มีต่อประสิทธิภาพการรักษาและการสนับสนุนด้านนโยบาย พบว่า การมองผู้ป่วยด้านลบของผู้ป่วยยาและสารเสพติด มีมากกว่าผู้ป่วยด้านจิต โดยมีการเลือกปฏิบัติที่ชัดเจน นอกจากนั้นสังคมยังมองคนไข้กลุ่มนี้ไม่ดีด้วย ทำให้ถูกเลือกปฏิบัติในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ส่งผลต่อกระบวนการ รักษาทำให้คนไข้กลับเข้ามาติดซ้ำบ่อย คนไข้เลิกไม่ได้ คนไข้ หน้าเก่าหน้าเดิมเข้ามารับการบำบัดรักษามากขึ้น แล้วเพิ่มกระจ่ายการติดสุราในชุมชนมากขึ้น และยังพบว่าการตีตรา ส่งผลต่อด้านจิตใจอย่างถาวรของผู้ป่วยเหล่านั้นอีกด้วยผู้ป่วยรู้สึกอาย รู้สึกผิด ไม่กล้าแม้แต่จะเข้าไปรับบริการสุขภาพระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และพบปฏิกิริยาที่แสดงออกต่อการเลือกปฏิบัติ เช่น การเดินหนี การแยกตัว ไม่พูดคุยด้วย ส่งผลให้ไม่ได้ดูแลตนเอง และยังมีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบต่อเนื่อง จึงต้องเข้ามารับการดูแลบำบัดรักษาในระบบบริการสุขภาพที่สูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ

ไม่ยินยอมในการเข้ารับการรักษา ซึ่งส่งผลต่อการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยในระยะ ติดตามผลได้ (นรากร สารีแท้ และคณะ トラバપของผู้ป่วยสุรา ศรีนครินทร์เวชสาร 2561; 33(6): 589-94.)

การติตราเกิดได้ทั้งจาก การติตราตนเองของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา ครอบครัว ชุมชนหรือสังคมรอบข้าง และบุคลากรสุขภาพในระบบบริการที่เกี่ยวข้องและดูแลผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา การศึกษาประสบการณ์การติตราตนเองของผู้ติดแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ติดแอลกอฮอล์ให้ความหมายของการติตราตนเองว่า เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเองว่าเป็นคนไม่ดีเพราะติดแอลกอฮอล์ การติตราตนเองเริ่มจากการที่ต้องเผชิญกับปฏิกิริยาต่างๆ จากครอบครัว สังคม แล้วนำปฏิกิริยาที่ได้รับรู้ให้เข้ามามีผลต่อความคิด ความรู้สึกของตน สุดท้ายยอมรับว่าตนเองไม่ดีจริงตามที่คนอื่นว่า

การลดการติตรามีการดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยอื่น โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ติดสารเสพติด การลดการติตราในผู้ติดแอลกอฮอล์หรือมีปัญหาจากการดื่มสุรา ยังมีไม่มากนัก โดยเฉพาะในบริบทสังคมไทย โครงการวิจัยนี้จึงมีแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมลดการติตรามาให้แก่ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา โดยใช้หลักการและแนวคิดในการลดการติตราทั้งจาก ตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และผู้ให้บริการ ในการลดการติตราตนเอง ของผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ใช้หลักการทำความเข้าใจและเรียนรู้การติตราว่าคืออะไร ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการติตรา การเรียนรู้ เผชิญปัญหา และจัดการปัญหาจากการดื่มและการติตรา การลดการติตราจากครอบครัว ชุมชน สังคม ใช้กิจกรรมสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว รับฟัง สะท้อนความรู้สึกของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา สร้างความเข้าใจร่วม เปิดมุมมองใหม่ การฝึกอภิปรายกลุ่มครอบครัวเพื่อสร้างความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และหาวิธีแก้ปัญหา ลดการติตรา การลดการติตราจากชุมชน สังคม โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาจากการดื่ม สาเหตุการดื่ม พัฒนาสื่อที่สร้างความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ผ่านกิจกรรม วัฒนธรรม ประเพณีในชุมชน (เช่น วิดีโอ เรื่องเล่า หนังสือ Tik-tok หรือสื่อพื้นบ้าน ฯลฯ) และร่วมกันช่วยเหลือเพื่อไม่ให้เกิดการติตรา เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราเข้าสู่ระบบบริการ การลดการติตราจากบุคลากรสุขภาพ จากการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ ทั้งการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากร เพื่อลดการติตราและการเลือกปฏิบัติ สร้างความตระหนักรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการรักษาความลับ และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ชุมชน การเสริมสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา โดยคาดหวังผลลัพธ์จากการลดการติตรา การสนับสนุนทางสังคม และเสริมสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง

วัตถุประสงค์ของโครงการ

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมลดการตีตราต่อการเพิ่มการเข้าสู่ระบบบริการ และการบำบัดของผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การตีตราตนเอง การถูกตีตราจากครอบครัว ชุมชนสังคม และผู้ให้บริการ ของผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์การตีตราตนเอง การถูกตีตราจากครอบครัว ชุมชนสังคม และการถูกตีตราจากการรับบริการสุขภาพ ของผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา

การคาดการณ์เกี่ยวกับการถูกตีตรา (anticipated stigma) หมายถึง การที่บุคคลเลือกที่จะไม่กระทำการใดสิ่งหนึ่ง เพื่อคาดหวังการเอาตัวรอด เนื่องจากความกลัวการถูกเลือกปฏิบัติ ในอีกแง่หนึ่ง อาจเป็นรูปแบบหนึ่ง ของการตีตราตัวเองหรือการตีตราผ่านประสบการณ์ของ บุคคลอื่น

การตีตราที่รับรู้หรือรู้สึกรู้ว่าเป็นความปกติ (perceived, felt or normative stigma) หมายถึง การรับรู้ของ บุคคลเกี่ยวกับทัศนคติเชิงลบของสังคมในวง

การตีตราทางอ้อม (vicarious stigma) คือ การตีตรา อันเป็นผลจากเรื่องเล่าที่เป็นประสบการณ์ของผู้อื่น ที่บุคคล ที่มีแนวโน้มว่าจะถูกตีตราได้รับการบอกเล่าหรือได้ยินมา อันส่งผลต่อการตัดสินใจหรือพฤติกรรมบางอย่าง

การตีตราตนเอง (internalized stigma) หมายถึง บุคคลที่ถูกตีตรารับความเชื่อ ทัศนคติ และความรู้สึก ในเชิงลบที่มีต่อกลุ่มบุคคลที่ถูกตีตราและต่อตนเอง การมีประสบการณ์ถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ ได้ดำเนินการทบทวนในขอบเขต ดังนี้

1. การดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาจากการดื่ม ที่ต้องได้รับการบำบัด
2. ความหมายและความสำคัญของการติดยา ผลกระทบ และความเกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาจากการดื่ม ที่ต้องได้รับการบำบัด

แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่นิยมดื่มกันมาก สร้างความสูญเสียทั้งกับตัวผู้ดื่มเอง ครอบครัว และสังคม องค์การอนามัยโลกรายงานจำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 2,000 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 3 ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ประชากรไทยดื่มมากเป็นลำดับที่ 40 ของโลก และดื่มแอลกอฮอล์กลั่น มากเป็นอันดับ 5 ของโลก การดื่มแอลกอฮอล์ระดับติดมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิต ในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ดื่มแอลกอฮอล์ผิดปกติ ถึง 2.7 ล้านคน เป็นผู้ดื่มแบบอันตราย 1.8 ล้านคน และแบบติด 9 แสนคน แต่พบว่าผู้มีปัญหาจากการดื่มเข้ารับบริการ 168,729 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 6.13 โดยเมื่อจำแนกผู้ที่เข้ารับบริการบำบัดรักษา พบว่า อยู่ในกลุ่มวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี ร้อยละ 92.55

ผู้ติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence) หมายถึง ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง ซ้ำแล้วซ้ำอีกเป็นเวลานาน และเพิ่มปริมาณการดื่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ จนเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม ความคิด ความจำ และร่างกาย หากมีการลดหรือหยุดดื่ม จะเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ (Alcohol Withdrawal Syndrome) ผู้ดื่มยังคงดื่มต่อไป แม้รู้ว่าจะเกิดผลเสียกับตนเอง และดื่มจนเสียการทำหน้าที่ของตนเอง โดยส่วนใหญ่ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่ม จะปฏิเสธปัญหาการดื่มของตนเอง มองว่าการดื่มของตนเองไม่ได้เป็นปัญหา มองว่าการดื่มของตนเองมีปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริง หาเหตุผลเข้าข้างตนเอง โทษสิ่งอื่นมากกว่าตนเอง

การดื่มสุรามีความเกี่ยวข้องกับโรคหรือปัญหาสุขภาพ ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่า 200 สาเหตุ ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (GBD 2019 RISK FACTORS COLLABORATORS. GLOBAL BURDEN OF 87 RISK FACTORS IN 204 COUNTRIES AND TERRITORIES, 1990-2019: A SYSTEMATIC ANALYSIS FOR THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2019. LANCET. 2020 OCT 17;396(10258):1223-49. WORLD HEALTH ORGANIZATION. GLOBAL STATUS REPORT ON ALCOHOL AND HEALTH AND TREATMENT OF SUBSTANCE USE DISORDERS [INTERNET]. GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2024. AVAILABLE FROM: [HTTPS://IRIS.WHO.INT/ HANDLE/10665/377960](https://iris.who.int/handle/10665/377960)

จากการวิเคราะห์การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (NONTARAK J, REHM J, ROVIRA P, ASSANANGKORNCHAI S. ALCOHOL-ATTRIBUTABLE DEATHS IN THAI PEOPLE FROM 2015 TO 2021 USING THE COMPARATIVE

RISK ASSESSMENT APPROACH. ALCOHOL, CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH [INTERNET]. [CITED 2024 NOV 18];N/A(N/A). AVAILABLE FROM: [HTTPS://ONLINELIBRARY.WILEY.COM/DOI/ABS/10.1111/ACER.15489](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/acer.15489)) พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 3 อันดับแรก ในผู้ชาย ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน โรคตับแข็ง และอุบัติเหตุ โดยไม่ได้ตั้งใจ ในผู้หญิง ได้แก่ อุบัติเหตุทางท้องถนน โรคตับแข็ง และมะเร็งตับ เห็นได้ชัดเจนว่า การเสียชีวิตส่วนใหญ่ มาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มและระยะเวลาการดื่มที่ใช้เวลาสะสมยาวนาน ถ้าพิจารณาสัดส่วนส่วนการเสียชีวิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า สัดส่วนการเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์สูงสุดในกลุ่มอายุ 20-24 ปี ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง คือ ร้อยละ 33.8 ในผู้ชาย และร้อยละ 14.8 ในผู้หญิงตามลำดับ กลุ่มนี้คือ กลุ่มวัยทำงานตอนต้นที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาและขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ การเสียชีวิตในกลุ่มอายุนี้ ทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพก่อนวัยอันควรเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นปัจจัยที่เราสามารถป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในประชากรไทยได้

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ติดแอลกอฮอล์

ประเภทของผู้ติดแอลกอฮอล์ ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) ผู้ดื่มแบบ อันตราย (harmful drinker) หรือผู้ติดแอลกอฮอล์ (dependence) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อ สุขภาพและอันตรายอื่นๆ มากน้อยต่างกันตามระดับ ความรุนแรงของการดื่มจึงมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มโดยหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่ม โดยการวินิจฉัยการติดแอลกอฮอล์ตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 (The International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision; ICD-10) จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก ได้จัดกลุ่มโรคหรือความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-related disorders) เป็นความผิดปกติที่เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ใน 3 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมกรรมการดื่ม ด้านผลจากการดื่มต่อ สมอง และด้านสุขภาพกายจากการดื่ม โดยผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์อาจมีปัญหาด้านทั้งสามด้านมาก น้อยต่างกันไป โดยจำแนกความผิดปกติเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ดังนี้ (WHO, 2010)

1) กลุ่ม Alcohol Use Disorders เป็นความผิดปกติของพฤติกรรมกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ โดยพิจารณาจากปัญหาการดื่ม และผลต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม โดยก่อให้เกิด ผลเสียหรืออันตรายทั้งต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต ครอบครัว สิ่งแวดล้อม ได้แก่

ผู้ดื่มแบบอันตราย (F 10.1 Alcohol Abuse or Harmful) เนื่องจากการดื่มแบบมีปัญหาทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ โดยไม่จำเป็นต้องติดแอลกอฮอล์ ดังนั้น เกณฑ์วินิจฉัย ICD-10 จึงได้กำหนดให้มี “การดื่มแบบอันตราย” (Harmful drinking) เพื่อให้ ตระหนักถึงอันตรายต่อสุขภาพหรือจากปัญหาอื่นๆ ซึ่งการดื่มแบบอันตราย หมายถึง รูปแบบของการดื่มที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย เช่น ตับถูกทำลายจากการดื่มเรื้อรังหรือทางจิตใจ เช่น มีอาการซึมเศร้าตามหลังการดื่ม หรือทางสังคม เช่น มีปัญหากฎหมาย ขาดเรียน ขาดงาน มีปัญหาสัมพันธภาพ ผู้ดื่มในกลุ่มนี้จะมีประวัติประสบปัญหาทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์เกินเกณฑ์มาตรฐานเป็นประจำมาแล้ว และ/หรือได้รับบาดเจ็บ เกิดความรุนแรง มีปัญหาทาง

กฎหมาย บกพร่องในสมรรถภาพการทำงานหรือเกิดปัญหาสังคมเนื่องมาจากการเมามากๆ เกณฑ์วินิจฉัยการดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) ระบุว่าเป็นรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ซึ่งแสดงออก 1 อาการ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 1) มีการดื่มเป็นประจำจนทำให้ไม่สามารถทำงานสำคัญที่จำเป็น การศึกษา หรืองานบ้านได้ เช่น ขาดงานจากการดื่ม ถูกพักหรือให้ออกจากการศึกษา ละเลยการดูแลบุตรหรืองานบ้าน เป็นต้น 2) มีการดื่มเป็นประจำในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เช่น ขับรถยนต์ หรือใช้เครื่องจักรขณะอยู่ในสภาพไม่พร้อมจากการดื่ม เป็นต้น 3) มีปัญหาทางกฎหมายอันเกิดจากการดื่มอยู่เป็นประจำ เช่น ถูกจับกุม เนื่องจากเมา เป็นต้น 4) ยังดื่มแม้จะก่อให้เกิดหรือกระตุ้นปัญหาทางสังคม หรือปัญหา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขึ้นอยู่ตลอดหรือบ่อยๆ เช่น ทะเลาะกับคู่สมรส หรือการทำร้ายร่างกาย เป็นต้น

ผู้ติดแอลกอฮอล์ (F 10.2 Alcohol dependence) เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดและสมควรได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ จัดอยู่ในรหัส F10.2 ตามเกณฑ์ วินิจฉัย ICD-10 โดยมีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดปัญหาพฤติกรรม สมอง ความจำ และร่างกาย อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดแอลกอฮอล์หากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่า จะเกิดผลเสียตามมา หรือดื่มจนละเลย กิจกรรมอื่นๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบ และมักจะได้รับการตำหนิจากคนอื่นอยู่เสมอ หรือไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวหรือสังคม จนบางครั้งมีปัญหาทางสังคมตามมา

เกณฑ์วินิจจฉัภาวะติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence) ระบุว่าเป็น รูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ซึ่งแสดงออก 3 อาการ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 1) มีการดื้อยา ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้ ก) มีความต้องการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ ข) ได้รับผลจากการดื่มลดลงอย่างมากหากยังคงดื่มเท่าเดิม 2) มีอาการขาด ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้ ก) มีอาการขาดแอลกอฮอล์ (อาการถอนพิษแอลกอฮอล์) ข) การดื่มแอลกอฮอล์ สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดแอลกอฮอล์ได้ 3) มีการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก หรือเป็นเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจ 4) มีความต้องการดื่มอยู่ตลอด หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้ 5) ใช้เวลาอย่างมากเพื่อหาแอลกอฮอล์มาดื่ม หรือในการฟื้นจากการเมา 6) ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงานหรือการหย่อนใจ เนื่องจากการดื่ม 7) คงยังดื่มอยู่ แม้จะทราบว่า มีโอกาสก่อให้เกิดหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือ จิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น เช่น ยังคงดื่มแม้ทราบว่า จะทำให้แผลในกระเพาะอาหารแย่ลง

2) กลุ่ม Alcohol-Induced Disorders เป็นความผิดปกติที่เกิดจากแอลกอฮอล์ที่มีต่อสมอง ท าให้เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมหรือจิตใจตามมา พิจารณาจากอาการที่เป็นผลจาก การดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งกลุ่มอาการที่พบบ่อย ได้แก่

ภาวะเมาสุรา (F10.0 alcohol intoxication) ภายหลังการดื่มแอลกอฮอล์แล้วมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางไม่เหมาะสม การตัดสินใจผิดพลาด เกิดความบกพร่องในอาชีพการงาน และสังคมหลังการดื่มแอลกอฮอล์ และมีอาการแสดงทางร่างกาย เช่น พูดไม่ชัด อ้อแอ้การทรงตัวเสีย เดินเซ เดินสะเปะสะปะ ร่าเริง ตื่นเต้น พูดมาก หรือหงุดหงิด ง่วงซึม ถ้าเมามากอาจถึงหมดสติ ไม่รู้สึกตัวได้ซึ่งในแต่ละคนจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อปริมาณแอลกอฮอล์ ที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับเพศ อายุ ธรรมเนียม น้ำหนักตัว ประวัติ การดื่มแอลกอฮอล์มาก่อน การวินิจฉัย Alcohol intoxication ก) มีการดื่มแอลกอฮอล์ ข) มีอาการพฤติกรรมและจิตใจเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เช่น พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ตัดสินใจไม่ดี หน้าที่การงานและสังคมบกพร่องที่เกิดขึ้นระหว่างดื่มแอลกอฮอล์หรือหลังจากดื่มแอลกอฮอล์ไม่นาน ค) ร่วมกับมีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ พูดไม่ชัด การทรงตัวไม่ดี เดินไม่ตรงทาง Nystagmus ความจำและสมาธิเสีย Stupor หรือ coma อาการดังกล่าวไม่ได้เป็นผลจากโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชอื่น

ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (F10.3 alcohol withdrawal) ในผู้ติดแอลกอฮอล์ เมื่อหยุดหรือลดปริมาณการดื่มลง มีโอกาสที่จะเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ขึ้น ในบางรายอาจมีอาการเพียงเล็กน้อยไม่ต้องรับการรักษาใดๆก็สามารถหายได้เอง บางรายมีอาการรุนแรงจนเกิดภาวะถอนพิษแบบรุนแรง มีอาการเพ้อคลั่ง (delirium) หรือชักได้ อาการขาดสุราจะเริ่มเกิดขึ้น เมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเริ่มลดลง และอาการค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเวลาผ่านไปและระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลงเรื่อยๆ ส่วนใหญ่อาการจะเริ่มเกิดตั้งแต่ 6-24 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย อาจเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย เช่น มือสั่น นอนไม่หลับ จนถึงอาการรุนแรงมีประสาทหลอน หวาดระแวง เพ้อสับสน (delirium) หรือชักได้ อย่างไรก็ตาม การชักประวัติและตรวจร่างกาย จะสามารถทำนายปัจจัยเสี่ยงว่าผู้ใดมีโอกาสเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ในระดับรุนแรงมาน้อยเพียงใด และการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงสามารถป้องกันการเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์แบบรุนแรงได้

การวินิจฉัย Alcohol withdrawal ภายหลังการหยุดหรือลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์หลังจากมีการดื่มหนักอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานแล้ว มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ 1) ความดันสูง ชีพจรเต้นเร็ว มีไข้ หายใจเร็ว มีเหงื่อออก 2) มือสั่น 3) นอนไม่หลับ ผื่นร่าย 4) คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย 5) กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ 6) ประสาทหลอน-หูแว่ว ภาพหลอน เหมือนมีแมลงไต่ 7) วิดกกังวล กลัว 8) ชักทั้งตัว (grandmal seizure)

ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง เพ้อสับสน (F10.4 alcohol withdrawal with delirium) เป็นภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์แบบรุนแรง อาการเกิดต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้รับการรักษา และมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น สั่นมาก เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และกระสับกระส่ายมากขึ้น ร่วมกับมีอาการเพ้อ สับสน หูแว่ว หวาดระแวง โดยอาการมักเริ่มรุนแรงภายใน 2-3 วันหลังหยุดดื่ม และรุนแรงที่สุดในวันที่ 4-5 ส่วนใหญ่อาการมักดีขึ้นภายใน 10 วัน แต่ในบางรายอาจมีอาการนานถึง 4-5 สัปดาห์ได้ภาวะถอนพิษ แอลกอฮอล์แบบรุนแรงนี้ถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ เนื่องจากมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30 โดย ผู้ป่วยมักเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายได้ง่าย จากอาการกระสับกระส่ายและเหงื่อออกอย่างมาก ทำให้

ผู้ป่วยขาดน้ำได้ง่าย และมี electrolyte imbalance ส่งผลให้หัวใจเต้นผิดปกติได้นอกจากนี้ภาวะ ติดเชื้อได้บ่อย เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจ และทางเดินปัสสาวะ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดการสับสนได้ง่ายจึงมีความเสี่ยงกับการเกิด pneumonia ผู้ป่วยมักจะดูเฉื่อยชา ไม่อยู่นิ่ง มักต้องผูกมัด เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพยายาม ฆ่าตัวตายโดยไม่ได้อะไรคิด หรืออาจทำไปเพราะอาการประสาทหลอน หรือหลงผิด ลักษณะสำคัญในการวินิจฉัย คือ มีอาการขาดแอลกอฮอล์รุนแรงร่วมกับอาการ เพ้อสับสน (delirium) โดยผู้ป่วยที่มีอาการ delirium จะมีระดับสติสัมปชัญญะและความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป สับสนการทำงานของสมองที่เกี่ยวกับความคิด ความจำ การรับรู้ เสียไป เช่น สับสนเรื่องเวลา สถานที่ และบุคคล (disorientation) พุดจาสับสน มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอนได้ (visual, tactile or auditory hallucinations) ที่พบบ่อย คือประสาทหลอนทางการสัมผัส (tactile hallucination) อาการผู้ป่วยจะแย่ลงดีขึ้นเป็นพักๆ โดยเฉพาะเวลากลางคืนอาการจะรุนแรงมากขึ้น และสงบลงในช่วงกลางวัน นอกจากนั้นแล้วในกลุ่มนี้ยังมีโรคจิตจากแอลกอฮอล์ (F10.5 alcoholic psychosis) ภาวะความจำเสื่อมจากแอลกอฮอล์ (F10.6 alcohol amnesic syndrome) มีอาการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ปรากฏอยู่นานเกินกว่าระยะเวลาที่สารนั้นออกฤทธิ์อยู่ในร่างกาย (F10.7 residual and late onset alcoholic psychosis disorder) เป็นความผิดปกติอื่นซึ่ง เกี่ยวเนื่องกับการดื่มที่ไม่สามารถเข้ากับหัวข้อใดได้ (F10.8 other mental and behavioral disorders)

3) กลุ่ม Alcohol Related Physical illness โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ อาจเป็นทั้งอาการที่นำมาหรืออาการที่ตรวจพบภายหลังในผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งที่เป็นภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือโรคร่วมทางกาย

1.2 สาเหตุของการติดแอลกอฮอล์

การติดแอลกอฮอล์เกิดจากสาเหตุหลายประการ ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งอธิบายได้อย่างสมบูรณ์

ด้านชีวภาพ

พันธุกรรม การมียีนส์บางชนิดที่เกี่ยวข้องกับการติดแอลกอฮอล์เป็น ปัจจัยเสี่ยงของโรคติดแอลกอฮอล์ (สาวิตรี อัมณวงศ์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2557)

เพศ เพศหญิงมีความเสี่ยงทางพันธุกรรมต่อการมีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าเพศชาย แต่การเผาผลาญและกำจัด แอลกอฮอล์ออกจากร่างกายของเพศหญิงจะทำให้ช้ากว่าเพศชาย ทำให้เพศหญิงเมาเร็วกว่าชายถึงแม้ว่าจะดื่มปริมาณเท่ากัน (Obot & Room, 2005)

อายุ การเริ่มดื่มตั้งแต่อายุยังน้อยเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์ได้ (WHO, 2014)

สารสื่อประสาทในสมอง แอลกอฮอล์ส่งผลให้การทำงานของสารสื่อประสาทในสมองทำงานผิดปกติและเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ เกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal) ทำให้เกิดอาการอยาก (Craving) เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับสารสื่อประสาท Dopamine ในสมอง

ซึ่งอาการอยาก (Craving) สามารถส่งผลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2548) กลไกการเกิดความผิดปกติในการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองที่สำคัญ คือ แอลกอฮอล์ทำให้การทำงานของ glutamate ลดลง เรียกว่า down-regulation ส่งผลให้เพิ่มความทนทานต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ และเพิ่มการยับยั้งการทำหน้าที่ของ gamma-aminobutyric acid เรียกว่า up-regulation ทำให้มีอาการขาดแอลกอฮอล์ หากไม่ได้ดื่มหรือลดการดื่มลง (Johnson, 2004)

ด้านจิตใจ

บุคลิกภาพ เป็นผลมาจากการเลี้ยงดูทำให้มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพบกพร่อง เช่น มีบุคลิกภาพแบบถอยหนีหรือเก็บกด ขาดทักษะในการเผชิญปัญหา ความอดทนต่ำ ความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือสถานการณ์เสี่ยงต่าง ๆ น้อย ไม่พึงพอใจในชีวิต ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยทำให้สิ่งเหล่านี้หายไป เช่น ทำให้รู้สึกกล้าและมั่นใจมากขึ้น เป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดแอลกอฮอล์ นอกจากนี้บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม เช่น ชอบความก้าวร้าวรุนแรง ไม่เกรงใจและไม่เคารพสิทธิของผู้อื่น ไม่รู้สึกผิดในสิ่งที่ตนเองกระทำต่อผู้อื่น เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์เช่นกัน (สายฝน เอกวรารังกูร, 2558)

สภาพจิตใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีสภาพจิตใจอ่อนแอ อารมณ์แปรปรวน ง่าย หุนหันพลันแล่น รับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ตามทฤษฎีจิตพลวัต เชื่อว่าการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำเกิดจากการหยุดชะงักในระยะความสุขทางปาก (oral phase fixation) บุคคลจึงพยายามแสวงหาความพึงพอใจแบบซ้ำๆ เพื่อแก้ไขความขัดแย้งในจิตใจที่บุคคลมีอยู่ จึงมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดต่าง ๆ ได้ง่าย (สายฝน เอกวรารังกูร, 2558)

ความเครียด เหตุการณ์ปัญหาในชีวิตเป็นสิ่งที่คุกคามต่อสภาพจิตใจของผู้ติดแอลกอฮอล์ ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดในการดำเนินชีวิต จนต้องพยายามที่จะหาทางออก เพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความเครียดนั้นไปชั่วคราว ด้วยการดื่มแอลกอฮอล์ โดยคาดหวังผลจากการดื่ม เพื่อให้ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ช่วยให้ลืมสิ่งต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด พบว่า ความเครียดกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความเกี่ยวข้องระหว่างกัน เมื่อร่างกายเกิดความเครียด สมองจะตอบสนองต่อความเครียดในแบบต่าง ๆ เช่น มือเย็น เหงื่อออก หัวใจเต้นแรง ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และรวมถึงการหลั่งสารคอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มักหลั่งเมื่อรู้สึกตื่นเต้นหรือเมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บ โดยหากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาที่มีการหลั่งสารคอร์ติซอลจะส่งผลกระทบกับการทำงานของร่างกาย ร่างกายจะลดการปล่อยสารคอร์ติซอลลง ทำให้ยืดยาวเวลาที่รู้สึกเครียดออกไปอีก ร่างกายสร้างเงื่อนไขของการดื่มแอลกอฮอล์นานขึ้น และกระตุ้นให้อยากดื่มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากร่างกายเกิดการเรียนรู้ (Learning factor) (Childs, Vicini, & De Wit, 2006; Sinha, 2007) เป็นผลในทางบวกซึ่งจะเป็นแรงเสริมให้การดื่มแอลกอฮอล์ นั้นคงอยู่ เมื่อร่างกายมีการรับรู้ถึงความสุขสบายหลังการดื่มแอลกอฮอล์ มีผลต่อการเพิ่มปริมาณการ ดื่มแอลกอฮอล์ขึ้นเรื่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552)

ความรู้สึกผิดและอับอาย (Guilt and Internalized shame) เป็นแกนหลักทางอารมณ์ของการติราตนเองที่มักควบคู่กัน กล่าวคือเป็นความรู้สึกด้านลบของบุคคลที่มีต่อตนเอง สาเหตุมาจากภายในตัวบุคคล เช่น มีบุคลิกที่ชอบตำหนิตัวเอง (self-criticism) ขาดความยืดหยุ่น คาดหวังกับตัวเองสูง (high expectations)

หรือตรงกันข้ามกันคือเป็นคนที่ไม่ค่อยเห็นคุณค่าในตนเอง (low self-esteem) และประกอบกับสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น บุคคลมีประสบการณ์การถูกปฏิเสธ กีดกันและเลือกปฏิบัติจากสังคม เป็นเหตุการณ์ของประสบการณ์ความรู้สึกที่ได้รับการสั่งสมและกดเก็บไว้เป็นระยะเวลานาน โดยบางเหตุการณ์อาจเป็นตัวกระตุ้นให้ความรู้สึกอับอายนั้นทวีความรุนแรงขึ้น เช่น การถูกตำหนิเกี่ยวกับการดื่มหน้าสาธารณชน ทำให้เกิดความรู้สึกแปลกแยก ต่างจากคนอื่น รู้สึกไม่เสมอภาค โทษตัวเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มที่ไม่สามารถควบคุมได้ และรู้สึกว่าจำเป็นต้องปิดบัง หรือเก็บรักษาเรื่องราวความเจ็บป่วยของตนเองที่เกิดจากการติดแอลกอฮอล์ไว้เป็นความลับเพราะกลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม ซึ่งวิธีที่บุคคลมักปฏิบัติเพื่อใช้หลบหลีกความรู้สึกอับอายคือ การใช้ สารเสพติดหรือการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อบดบังความรู้สึกอับอาย (Matthews et al., 2017) ความรู้สึกผิดที่เกิดขึ้นนั้นจะทำให้บุคคลใช้ชีวิตไปอย่างไม่ไยดีตนเอง หรือประชดชีวิต โดยการใช้สารเสพติดหรือการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเป็นการชดเชยความรู้สึกผิดที่เกิดขึ้น (ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล, 2559) ส่งผลให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์หมกมุ่นกับการดื่มและเพิ่มปริมาณการดื่มขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นผู้ติดแอลกอฮอล์ในที่สุด

ขาดทักษะส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ได้แก่ ทักษะสื่อสาร เป็นการสื่อสารทางบวกทำให้เกิดความเข้าใจตนเองและบุคคลอื่น เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง และส่งเสริมให้บุคคลมีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น ทักษะการปฏิเสธเป็นการสื่อสารเพื่อที่จะไม่คล้อยตามไปกับการชักจูงของบุคคลอื่นให้กระทำในสิ่งที่ตนเองไม่เห็นด้วยหรือ ไม่ได้ตั้งใจทำตั้งแต่แรก และ ทักษะการปรับตัว บุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ทางสังคมจะทำให้เกิดความเครียด อาจนำไปสู่การใช้สารเสพติดเพื่อให้ความเครียดลดลง อีกทั้งฤทธิ์ของสารเสพติดส่งผลให้บุคคลเชื่อว่าทำให้ตนเองกล้าแสดงออกมากขึ้น มีกิจกรรมทางสังคมได้ดีขึ้น ช่วยในการปรับตัวเข้ากับบุคคลหรือสถานการณ์ได้ดีขึ้น จึงทำให้มีความสุขพึงพอใจ ประทับใจในฤทธิ์ของการเสติดนั้นๆ (สายฝน เอกวรารกุล, 2558)

กลไกการป้องกันตัวเองเมื่อเผชิญปัญหา (defense mechanisms) บุคคลจะใช้กลไกป้องกันตัวเองเมื่อเกิดแรงขับ ความต้องการ และความรู้สึกขัดแย้งกับสภาพเป็นจริง กลไกการป้องกันตัวเองที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดต่างๆ เช่น การโทษผู้อื่น (Projection) เป็นการตัดสินใจว่าต้นเหตุของการใช้สารเสพติดมาจากบุคคลอื่นซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก การหาข้ออ้าง (rationalization) เป็นการหาเหตุผลต่างๆ มาอธิบายสิ่งที่ตนเองคิด และแสดงออกใน ลักษณะเข้าข้างตนเอง (สายฝน เอกวรารกุล, 2558)

ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม สภาพปัญหาภายในครอบครัว เช่น การมีบุคคลในครอบครัวมีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมแบบอันธพาล ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หรือในวัยเด็กไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร เช่น ถูกทะเลาะ ไม่อบรมสั่งสอน โดนทารุณกรรม หรือแม่ดื่มตอนตั้งครรภ์ มีความขัดแย้งภายในครอบครัว ทำให้บุคคลขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง และอาจจะเลียนแบบ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัว การมีประวัติเคยถูกลงโทษอย่างไม่สมเหตุสมผล การเผชิญกับพฤติกรรมน่าอับอายของบุคคลในครอบครัว ต่อที่สาธารณชนและพฤติกรรมไม่

เหมาะสมหลังดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัว เช่น เม้า ทำลายของ เอะอะอาละวาด โดยสภาพปัญหาที่ได้กล่าวมาล้วนมีความสัมพันธ์กับลักษณะของการดื่ม และการเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ (สาวิตรี อัจฉนาศกรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2557) หรือปัญหาในโรงเรียน ที่ทำงาน ค่านิยมทางสังคมในการใช้สารเสพติด ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม การชักชวนของกลุ่มเพื่อน การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายแอลกอฮอล์ได้ง่ายและแพร่หลาย ตลอดจน การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณาซึ่งมีการจูงใจในรูปแบบต่างๆ ทำให้อยากดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.3 กลไกการติดแอลกอฮอล์

สมองติดยา กลไกที่ทำให้เกิดการติดแอลกอฮอล์ คือ แอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้เกิดการหลั่ง β -endorphin ซึ่งมีผลกระตุ้น μ -receptors บน GABA Ergic neurons บริเวณ VTA ทำให้ยับยั้ง GABAergic transmission นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังไปยับยั้งผลของ glutamate ต่อ GABAergic neurons ทำให้การทำงานของ GABAergic neurons ใน VTA ลดลง จึงเป็นการเพิ่ม firing ของ dopaminergic neurons ส่งผลให้มีการหลั่ง dopamine มากขึ้นแล้วไปจับที่ dopamine receptor ที่บริเวณ nucleus accumbent (NAc) ทำให้ผู้ดื่มเกิดความพึงพอใจต่อการดื่มและเมื่อดื่มแอลกอฮอล์แบบเรื้อรังจะเกิด neuroadaptation และการพึ่งพาแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) เมื่อหยุดดื่มจะเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) ส่งผลให้ glutamate เข้าสู่ GABAergic neurons เพิ่มขึ้นแล้วไปกระตุ้นให้ GABAergic neurons ทำงานมากยิ่งขึ้นด้วย จึงเป็นเหตุให้การหลั่ง 20 dopamine ที่ VTA ลดต่ำลง โดยพบว่าระดับ dopamine ที่ลดต่ำลงนั้น จะลดต่ำกว่าระดับปกติในคนที่ไม่เสพติด ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและอาการอยากอย่างรุนแรงที่เรียกว่า craving ส่งผล ให้ผู้ดื่มส่วนใหญ่หันกลับมาดื่มแอลกอฮอล์ (relapse) อีกซ้ำๆ ซึ่งเมื่อกลับมาดื่มแอลกอฮอล์อีกครั้ง dopaminergic neurons จะไวต่อการกระตุ้นจากแอลกอฮอล์มากขึ้น จากนั้นแอลกอฮอล์จะยับยั้ง การหลั่ง glutamate ทำให้มีการหลั่ง dopamine ไปยังบริเวณ nucleus accumbent meให้ผู้ขาดแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) และพึ่งพาแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) เกิดความสุข ความพึงพอใจที่ได้กลับมาดื่มแอลกอฮอล์อีก พบว่าหลังจากดื่มแอลกอฮอล์จะเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น depression, anxiety ซึ่งเป็นความผิดปกติที่มีความเกี่ยวเนื่องกับ serotonin จากผลการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิด serotonin deficiency โดยพบว่าระดับของ 5-HT และ 5-HT metabolites ในน้ำไขสันหลังลดลง

สาเหตุของโรคสมองติดยา สาเหตุสำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย การเจ็บปวดทางกายและจำเป็นต้องใช้ยาเสพติดหรือยาที่มีส่วนผสมของยาเสพติดเพื่อรักษาอาการ ด้านจิตใจ เช่น การมีบุคลิกภาพผิดปกติ ความอยากทดลอง บุคลิกภาพ อ่อนแอ ถูกชักจูงง่าย ขาดทักษะการเผชิญปัญหา การขาดจุดมุ่งหมายในชีวิต หรือผู้ที่เป็นโรคจิตประสาทต้องใช้ยารักษาอาการทางจิต เพื่อลดความวิตกกังวล คลายเครียด เมื่อใช้บ่อยทำให้เกิดการติดสารเสพติดนั้นๆได้ และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม สาเหตุจากสภาพครอบครัวและสังคม

เช่น ครอบครัวแตกแยก การอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก พฤติกรรมต่อต้านสังคม สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการติด สิ่งเสพติด การแพร่ระบาดของยาเสพติดบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต การโฆษณาสิ่งเสพติด เป็นต้น

อาการของโรคสมองติดยา ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากฤทธิ์ของสารและพฤติกรรมการใช้สาร เช่น ร่างกายทรุดโทรม น้ำหนักลด ใบหน้าหมองคล้ำ ริมฝีปากเขียวช้ำ เหงื่อออกง่ายและมาก กลืนตัวแรง การเคลื่อนไหวของอวัยวะต่างๆ ผิดปกติ เช่น มือสั่น ขาสั่น กัดกราม การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ คือ มีความวิตกกังวลอย่างมาก ซึมเศร้า ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หวาดระแวง ขาดความอดทนอดกลั้น อารมณ์ฉุนเฉียว เปลี่ยนแปลงง่าย มีบุคลิกพึ่งพาผู้อื่น มองโลกในแง่ร้าย ต่อต้านสังคม และ/หรือมีอาการวิกลจริต เช่น ประสาทหลอน หูแว่ว และสูญเสียความจำ เป็นต้น 3) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เช่น ไม่สนใจหรือละเลยการดูแล สุขอนามัยของตนเอง เกียจคร้าน ลักษณะของ ก้าวร้าว แยกตัวจากสังคม เป็นต้น

การกลับดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ

ความหมายการกลับดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ

Lapse (การกลับไปใช้/การกลับไปใช้สารเสพติดในช่วงสั้นๆ) คือ กระบวนการเบื้องต้นของการกลับไปใช้สารเสพติดเดิม ซึ่งมักจะเกิดตามหลังระยะการหยุดเสพ (abstinence) (Marlatt & Donovan, 2005) เป็นการกลับไปใช้ในช่วงสั้นๆปกติจะเกิดแค่ครั้งเดียว ซึ่งสามารถนำไปสู่การติดสารเสพติดได้อีกแต่ก็ไม่ใช้ทุกคน

การกลับเสพซ้ำ (Relapse) คือ การกลับไปมีพฤติกรรมใช้สารเสพติด อีกครั้งในลักษณะและรูปแบบที่เหมือนเดิมก่อนที่จะเลิกหรือหยุดใช้สารเสพติดชนิดนั้น โดยเป็นการเริ่มต้นเข้าสู่วงจรการเสพใหม่อีกครั้ง (White & Ali, 2010) และกลับไปใช้สารเสพติดอีกจนติดใหม่อีกครั้ง แม้ว่าจะสามารถเลิกเสพยาชนิดนั้นได้นานนับสิบปีแล้วก็ตาม (Vaillant, 1988)

จากการทบทวน วรรณกรรมพบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์มีวงจรการดื่ม หยุดดื่ม และการกลับไปเสพซ้ำ เกิดขึ้นซ้ำซากโดยที่ 2 ใน 3 จะกลับไปดื่มภายใน 90 วัน และเกือบทั้งหมดกลับไปดื่มภายใน 1 ปี (Potenza et al., 2011)

ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ การกลับดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำของบุคคลประกอบด้วยปัจจัย เหตุหลายประการทั้งภายใน ได้แก่ ภาวะอารมณ์และจิตใจและทางร่างกาย ส่วนปัจจัยเหตุภายนอก ได้แก่ สภาพแวดล้อมทาง สังคมและสถานการณ์เสี่ยง

ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor) และปัจจัยทางร่างกาย (Physiological factor) ดังนี้ ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor) ความเครียด เป็นสิ่งคุกคามสภาพจิตใจ โดยเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อความอยากดื่มและเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการแสวงหาการดื่มซ้ำๆ เพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์ ความเครียดต่างๆไปชั่วขณะหนึ่ง โดยคาดหวังผลจากการดื่มเพื่อให้ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ ช่วยให้ลืมสิ่ง ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด หลังการดื่มฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นการท างานของสารสื่อประสาทในสมองท าให้ยืดยาวเวลาที่รู้สึกเครียดออกไปอีก เมื่อร่างกายเกิดกระบวนการเรียนรู้และรับรู้ถึง ความสุขสบาย เคลิบเคลิ้ม พึงพอใจจากการดื่มซึ่งเป็นการสร้างเงื่อนไขในการดื่มแอลกอฮอล์ให้ยาวนาน ขึ้นและยัง

กระตุ้นให้อยากดื่มเพิ่มมากขึ้น (Childs et al., 2006; Sinha, 2007) เป็นผลทางบวกซึ่ง เป็นแรงเสริมให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ยังคงการดื่มอยู่ต่อไป (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552)

การคัดกรองความเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์ในระบบบริการ

ในการดำเนินงานการคัดกรอง ตามบริบทของ รพ.สต. ยังเป็นการคัดกรองแบบตั้งรับ ในระบบการทำงานจะดำเนินการคัดกรองพร้อมกับการคัดกรองโรคเรื้อรัง ทำให้คัดกรองได้เฉพาะกลุ่ม 35 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุ 15-34 ปี จะไม่ได้รับการคัดกรอง นอกจากนี้ การคัดกรองในตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อคำถามในการคัดกรอง เป็นการถามดังนี้ 1 = ไม่ดื่ม (ไม่ดื่มในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา) 2 = ดื่มนานๆ ครั้ง (ดื่ม 1-3 วันต่อเดือน หรือ 1-11 วันต่อปี) 3 = ดื่มเป็นครั้งคราว (ดื่ม 1-4 วันต่อสัปดาห์) 4 = ดื่มเป็นประจำ (ดื่ม 5-7 วันต่อสัปดาห์) 9= ไม่ทราบ

ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้แบบคัดกรอง ASSIST-7 เป็นแบบคัดกรองที่ถูกออกแบบสำหรับการคัดกรองในระบบบริการปฐมภูมิคือ รพ.สต. และ รพช. จำนวน 7 ข้อคำถาม และมีการแปลผลตามระดับความเสี่ยง

คำถาม	วิธีปฏิบัติ
ข้อที่ 1 ตลอดชีวิตที่ผ่านมาคุณเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่ (หรือ เคยดื่ม แต่เลิกดื่มตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป)	ถาม “ตลอดชีวิตที่ผ่านมา....คุณเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่” หรือ “เคยดื่ม แต่เลิกดื่มตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป หรือไม่” ตอบ 1. “ไม่เคยดื่มเลย” ให้ยุติการประเมิน ลงรหัส 1B6002. 2. “เคยดื่ม แต่ปัจจุบันเลิกดื่มมาแล้ว 1 ปี” ให้ยุติการ ประเมิน ลงรหัส 1B601 3. “เคยดื่ม” ให้ถามต่อข้อที่ 2
ข้อที่ 2 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาคุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บ่อยเพียงไร	ถาม “ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา ตอบ 1. “ไม่เคย หมายถึง ไม่ดื่มเลยในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แปลผล 0 คะแนน และให้ข้ามไปถามข้อที่ 6 และ 7 2. “ครั้งสองครั้ง หมายถึง ดื่มเพียง 1-2 ครั้งในช่วง สามเดือนที่ผ่านมา” แปลผล 2 คะแนน 3. “ทุกเดือน หมายถึงดื่มเฉลี่ย 1-3 ครั้งต่อเดือนในช่วง สามเดือนที่ผ่านมา” แปลผล 3 คะแนน 4. “ทุกสัปดาห์หมายถึงดื่ม 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วง สามเดือนที่ผ่านมา” แปลผล 4 คะแนน 5. “ทุกวันหรือเกือบทุกวัน หมายถึง ดื่ม 5-7 วันต่อ สัปดาห์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แปลผล 6 คะแนน 6. “ไม่ตอบ” หรือไม่สามารถถามต่อได้ให้ลง ไม่ระบุ รายละเอียด ลงรหัส 1B609
ข้อที่ 3 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกอยากดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมาก บ่อยเพียงไร	ถาม “ความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก” ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา ตอบ 1. “ไม่เคย หมายถึงไม่เคยอยากดื่มเลยในช่วงสามเดือน ที่ผ่านมา” แปลผล 0 คะแนน 2. “ครั้งสองครั้ง หมายถึงอยากดื่ม 1-2 ครั้งในช่วงสาม เดือนที่ผ่านมา” แปลผล 3 คะแนน 3. “ทุกเดือน หมายถึงอยากดื่มเฉลี่ย1-3 ครั้งต่อเดือน ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แปลผล 4 คะแนน 4. “ทุกสัปดาห์หมายถึง อยากดื่ม 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แปลผล 5 คะแนน

	5. “ทุกวันหรือเกือบทุกวัน หมายถึง อยากรู้ 5-7 วัน ต่อสัปดาห์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 6 คะแนน
ข้อที่ 4 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้คุณเกิด ปัญหา สุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงไร	ถาม “การดื่ม ทำให้เกิดปัญหา” ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ตอบ 1. “ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยเกิดปัญหาจากการดื่มเลย ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 0 คะแนน 2. “ครั้งสองครั้ง หมายถึง มีปัญหา 1-2 ครั้งในช่วง สามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 4 คะแนน 3. “ทุกเดือน หมายถึง มีปัญหาเฉลี่ย 1-3 ครั้งต่อเดือน ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 5 คะแนน 4. “ทุกสัปดาห์หมายถึง มีปัญหา 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์ใน ช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 6 คะแนน 5. “ทุกวันหรือเกือบทุกวัน หมายถึง มีปัญหา 5-7 วันต่อ สัปดาห์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 7 คะแนน
ข้อที่ 5 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณไม่สามารถทำกิจกรรม ที่คุณควรจะได้ ตามปกติเนื่องจากคุณดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร	ถาม “การดื่มรบกวนกิจกรรมปกติได้” ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา ตอบ 1. “ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยรบกวนกิจกรรมปกติเลยใน ช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 0 คะแนน 2. “ครั้งสองครั้ง หมายถึง เคยรบกวนกิจกรรมปกติ 1-2 ครั้งในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 5 คะแนน 3. “ทุกเดือน หมายถึง รบกวนกิจกรรมปกติเฉลี่ย 1-3 ครั้งต่อเดือนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 6 คะแนน 4. “ทุกสัปดาห์หมายถึง รบกวนกิจกรรมปกติ 1-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 7 คะแนน 5. “ทุกวันหรือเกือบทุกวัน หมายถึง รบกวนกิจกรรมปกติ 5-7 วันต่อสัปดาห์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 8 คะแนน
ข้อที่ 6 ตลอดชีวิตที่ผ่านมา เพื่อนฝูงญาติหรือคนอื่น เคย แสดงความกังวล หรือตกใจเกี่ยวกับคุณดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคุณ หรือไม่	ถาม “ดื่มจนมีคนอื่นใกล้ชิดแสดงความกังวลหรือตกใจ” ตอบ 1. “ไม่เคยเกิดขึ้นเลยในชีวิต” แผลผล 0 คะแนน 2. “เคยและเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา” แผลผล 6 คะแนน 3. “เคย แต่เกิดขึ้นก่อนหน้า 3 เดือนนี้” แผลผล 3 คะแนน
ข้อที่ 7 ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยพยายามหยุดหรือลด การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ให้น้อยลง แต่ทำไม่สำเร็จ หรือไม่	ถาม “เคยพยายามหยุดหรือลดการดื่ม แต่ทำไม่สำเร็จ” ตอบ 1. “ไม่เคยเกิดขึ้นเลยในชีวิต” แผลผล 0 คะแนน 2. “เคยและเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา” แผลผล 6 คะแนน 3. “เคย แต่เกิดขึ้นก่อนหน้า 3 เดือนนี้” แผลผล 3 คะแนน
สรุปผลคะแนน รวมคะแนนทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 2 ถึง ข้อ 7 คะแนน 0-10 จัดอยู่ในกลุ่มระดับความเสี่ยต่ำ ลงรหัส 1B602 คะแนน 11-26 จัดอยู่ในกลุ่มระดับความเสี่ยปานกลาง ลงรหัส 1B603 คะแนน ตั้งแต่ 27 ขึ้นไป จัดอยู่ในกลุ่มระดับความเสี่ยสูง ลงรหัส 1B604	

ที่มา แพทย์หญิงพันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์เชียงใหม่

ขั้นตอน	วิธีการปฏิบัติ
ขั้นตอนที่ 1 ผู้ที่ไม่เคยดื่ม หรือหยุดดื่มมา 1 ปีขึ้นไป	ยุติการประเมิน แสดงความชื่นชมที่ไม่ 'ดื่ม' หรือ สามารถหยุดดื่มได้ให้ ความรู้ อันตรายจากการดื่ม
ขั้นตอนที่ 2 ผู้ที่มีคะแนน 0-10 คะแนน จัดอยู่ในระดับเสี่ยงต่ำ	การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) ลงรหัส 1B610 1. สะท้อนกลับผลการประเมิน 2. การให้ความรู้อันตรายจากการดื่ม 3. การกำหนดเป้าหมาย 4. ให้คำแนะนำการดื่มลดลง
ขั้นตอนที่ 3 ผู้ที่มีคะแนน 11-26 คะแนน จัดอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง	การปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) ลงรหัส 1B611 1. การให้คำแนะนำแบบสั้น 2. ประเมินแรงจูงใจหรือความพร้อมในการที่จะปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับระดับแรงจูงใจ • ขึ้นเนินเฉยหรือไม่สนใจปัญหา: ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และข้อมูลอันตรายจากการดื่ม • ขึ้นลังเลใจ: ให้ข้อมูล (Information) ปัญหาจากการดื่ม และความ เสี่ยงหากปล่อยไว้ซึ่งน้ำหนักข้อดีและข้อไม่ดี ของการดื่ม/การหยุดดื่ม พูดคุยถึงการเลือกเป้าหมาย (Goal) • ขึ้นตัดสินใจ: พูดคุยถึงทางเลือกเป้าหมาย (Goal) ให้ คำแนะนำ (Advice)และเสริมกำลังใจ (Encouragement) • ขึ้นลงมือกระทำ: ทบทวนให้คำแนะนำ (Advice) และ เสริมกำลังใจ (Encouragement) • ขึ้นกระทำต่อเนื่อง: เสริมกำลังใจ (Encouragement) • ขึ้นย้อนกลับพฤติกรรมเดิม: ให้กำลังใจช่วยให้ตั้งหลักได้ อีกครั้ง 3. ติดตามต่อเนื่อง เพื่อติดตามพฤติกรรมการดื่มในทุกครั้งที่ รับบริการ สุขภาพ แก้ไขปัญหาอุปสรรค กำหนดวิธีการแก้ไขที่ชัดเจน
ขั้นตอนที่ 4 ผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป จัดอยู่ใน ระดับเสี่ยงสูง	ให้การปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) ตามขั้นตอนที่ 3 และส่ง ต่อ (Refer) เพื่อรับการประเมินและบำบัดแบบเข้มข้นโดย ผู้เชี่ยวชาญ ลงรหัส 1B612

ความหมายและความสำคัญของการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

การตีตรา (stigma) หมายถึง การตอบสนองในเชิงลบต่อบุคคลที่แตกต่างกัน ซึ่งหมายถึงอาการแสดงออกที่ชัดเจนหรือพฤติกรรมที่แตกต่างไปหรือเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย หากเกี่ยวกับสภาวะทางสุขภาพเรียกว่า “การตีตราด้านสุขภาพ” การตีตรา คือ ปรากฏการณ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาเพื่อลดความน่าเชื่อถือของบุคคลอื่น เป็นกระบวนการตอบสนองที่ส่งผลต่ออัตลักษณ์และการตีตรอนสิทธิส่วนบุคคล องค์การอนามัยโลกให้คำนิยามการตีตราว่าเป็นสัญลักษณ์ของความอับยศ หรือไม่ได้รับการยอมรับ ส่งผลให้บุคคลถูกปฏิบัติเลือกปฏิบัติ และถูกแยกออกจากการมีส่วนร่วมทางสังคม

กระบวนการตีตรา (Stigmatization) เป็นกระบวนการทางสังคมหรือทัศนคติของสังคม ที่ลดคุณค่าของบุคคล หรือกลุ่มบุคคล โดยเริ่มจากการจำแนกว่ากลุ่มบุคคลดังกล่าวมีความแตกต่างจากคนทั่วไป ลักษณะเฉพาะของบุคคลอาจเป็นเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เพศ อัตลักษณ์ทางเพศ สถานะสุขภาพ การเจ็บป่วย ฯลฯ จากนั้นจะมีกระบวนการความคิดทางสังคมในการเชื่อมโยงคนที่มีลักษณะเหล่านั้นกับสิ่งต่างๆ ด้านลบ และเริ่มมีการแยก “เรา” คือคนส่วนใหญ่ของสังคมออกจาก “เขา” ซึ่งคือกลุ่มบุคคลที่สังคมมีทัศนคติ ตีตรา และมีการลดสถานภาพ ทำให้เกิดการด้อยค่าของคนกลุ่มดังกล่าวในสายตาของสังคม

การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) เป็นผลที่ตามมาจากการตีตรา โดยหมายถึงการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติต่อปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ถูกสังคมตีตรา โดยการกระทำดังกล่าวต้องเป็นการกระทำด้านลบ ที่ส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมหรือไม่เป็นธรรมต่อกลุ่มบุคคลเหล่านั้น การเลือกปฏิบัติมีได้ตั้งแต่เบา เช่น การไม่เข้าใกล้ การนิทา ไปจนถึงหนัก เช่น การไม่รับเข้าเรียนหรือเข้าทำงาน การขับไล่ออกจากชุมชน การทำร้ายร่างกายจนถึงทำให้เกิดการเสียชีวิต เป็นต้น การเลือกปฏิบัติในหลายกรณีถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน และผิดกฎหมาย ผู้ที่ถูกสังคมตีตราจะถูกลดสถานภาพ และถูกด้อยค่าในสายตาของสังคม การตีตราส่งผลให้เกิดการเลือกปฏิบัติ ซึ่งมีได้ตั้งแต่เรื่องเล็กน้อย เช่น นิทา ออกห่าง หลีกหนี ปฏิเสธ ดำหนิ ดูถูก ไปจนถึงการกระทำ ที่รุนแรงขึ้น เช่น ไม่รับเข้าเรียนหรือเข้าทำงาน ยกเลิกการจ้างงาน ขับไล่ออกจากชุมชน ทำร้าย หรือฆ่าให้ตาย ในด้านสุขภาพ ผู้ที่ถูกตีตราและมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติอาจหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษา วินิจฉัยและรับบริการต่างๆ รวมถึงอาจตีตราตนเอง ซึ่งทำให้ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองหรือไม่รับการรักษาอย่าง ต่อเนื่องได้

การตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา หมายถึง ทัศนคติ ความคิด ความเชื่อ ที่มีผลให้เกิดการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลในสังคมอันเนื่องมาจากการปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ นำไปสู่การปฏิบัติที่แสดงถึงการรังเกียจ กีดกัน การแสดงออก ทำให้เกิดการแบ่งแยก และจำกัดพื้นที่ทางสังคม รวมไปถึงการเลือกปฏิบัติในการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

การตีตราและเลือกปฏิบัติผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา เป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งที่ทำให้การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการดื่มสุรายังไม่บรรลุผลสำเร็จ เนื่องจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติส่งผลให้อัตราการตรวจวินิจฉัย เพื่อเข้าสู่การบำบัดสุราล่าช้า ผลการรักษาไม่ดี สาเหตุของการตีตราและเลือก ปฏิบัติเกี่ยวกับสุรา ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาและการติดสุรา การตระหนักรู้และรับรู้ของคนในสังคมว่าการ บำบัด เลิกสุราเป็นโรคร้าย ผู้ดื่มที่มีปัญหา จะก่อพฤติกรรมรุนแรง ทำให้กลัวผู้มีปัญหาจากการดื่ม และ ทัศนคติเชิงลบของสังคมที่ให้ความหมายของผู้มีปัญหาคือว่าเป็นคนไม่ดี เป็นคนมีปัญห เป็นคนไม่ยอม ปรับตัว

มีหลักฐานทางวิชาการจำนวนมากที่ระบุว่า การวิตกกังวลล่วงหน้าว่าจะถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติจากสังคมของผู้ติดสุรา เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ไม่ไปรับบริการที่สถานพยาบาล การศึกษาเกี่ยวกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติผู้มีปัญหาสุราในประเทศไทยค่อนข้างน้อย มีการศึกษาการตีตราในผู้ติดสาร

การตีตราภายในตนเองทำให้ผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา ไม่เข้ารับบริการ การบำบัดรักษาจนอาการทรุดหนัก ผู้ป่วยที่มีการรับรู้เรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยโดยคนในสังคม ผลกระทบจากการถูกตีตราจากครอบครัว ชุมชนและสังคม ยังเป็นอุปสรรค สำคัญในการเข้ารับบริการ [10] (จิราภรณ์ ชูวงศ์ 2562)

แนวคิดเกี่ยวกับการตีตราตนเอง

ความหมายของการตีตราตนเอง Corrigan and Watson (2002) คือ อคติหรือความเชื่อด้านลบที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง และผู้ป่วยเห็นด้วยกับความเชื่อนั้นที่ตนมีต่อตนเอง จนเกิดผลกระทบทางอารมณ์ ด้านลบ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (low self-esteem) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ลดลง (low self-efficacy) จนนำไปสู่พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเชื่อลบนั้น ได้แก่ ไม่สามารถทำงานได้ เป็นต้น Corrigan, Kerr, & Knudsen (2005) ให้ความหมายการตีตราตนเอง คือ กระบวนการที่ บุคคลยอมรับการมองแบบเหมารวมในเชิงลบจากสังคมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต เกิดความคิด คาดการณ์ว่าตนเองจะถูกสังคมปฏิเสธ มีการพิจารณาตนเองว่าเกี่ยวข้องกับการมองแบบเหมารวมในเชิงลบนั้น และเชื่อว่าตนเองเป็นบุคคลด้อยค่าในสังคมนี้ Luoma et al. (2007) การตีตราตนเอง (Self-stigma) คือ ความคิดและความรู้สึกทางลบที่บุคคลที่อยู่ในกลุ่มที่ถูกตีตรามีต่อตนเองและส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่น การหลีกเลี่ยงการรักษา การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม รวมไปถึงการไม่ทำงานทำ เป็นต้น Luoma et al. (2013)

การตีตราจากสังคม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกกลุ่มที่ถูกสังคมตีตรา และเชื่อตามการมองแบบเหมารวมทางด้านลบของ สังคม ก่อให้เกิดการถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกสังคมปฏิเสธ จนเกิดผลกระทบทางพฤติกรรม คือ การหลีกเลี่ยง นำไปสู่การลดลงของความสามารถในการรับรู้คุณค่าการดำเนินชีวิต การตั้งเป้าหมาย รวมไปถึงการดำเนินตามเป้าหมายต่าง ๆ

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการตีตราตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดตราบาป (stigma) เป็นพื้นฐานของแนวคิดตีตรา ตนเอง (self-stigma) ดังนั้นการทำความเข้าใจแนวคิดตีตราตนเอง (self-stigma) ต้องเริ่มต้นจาก การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจแนวคิดตราบาป (stigma) เป็นลำดับแรก (Omori, Mori, & White, 2014) ดังนี้

ตราบาป (Stigma) แนวคิดตราบาป (stigma) ถูกนำไปศึกษาในหลากหลายบริบท มีความซับซ้อนของการให้คำจำกัดความ ประกอบกับเมื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาแนวคิดตราบาปในบริบทของผู้ติดสารเสพติดพบว่ายังคงมีการศึกษาที่จำกัด เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาแนวคิดตราบาปในบริบทของผู้ป่วยทางสุขภาพจิต ดังนั้นการทำความเข้าใจในแนวคิดและความหมายจึงต้องเริ่มจากการศึกษา ธรรมชาติของแนวคิดนี้ในบริบทของผู้ป่วยทางสุขภาพจิต (Kulesza, Larimer et al. 2014)

Goffman (1963) ทำการศึกษาเพื่อเข้าใจแนวคิดตราบาป (stigma) ในเชิงสังคมวิทยาตั้งแต่อดีตกาล เริ่มต้นด้วยสมัยกรีก **ตราบาป** คือ สัญลักษณ์บนร่างกายที่แสดงถึงความชั่วร้ายทางศีลธรรม สัญลักษณ์ดังกล่าว ได้แก่ การตัดอวัยวะบางส่วน หรือการทำให้อวัยวะบางจุดเป็นรอยไหม้ ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความ เป็นทาส อาชญากร หรือผู้ทรยศ โดยสัญลักษณ์ที่แสดงอยู่บน ร่างกายของพวกเขาเหล่านั้น ทำให้พวกเขาถูก ห้ามเข้าร่วมพิธีกรรมต่าง ๆ และให้หลีกเลี่ยงการเข้า ร่วมในพื้นที่สาธารณะ ต่อมาในสมัยคริสตกาล ได้กล่าวถึง ตราบาปใน 2 แง่มุม ได้แก่ **สัญลักษณ์บนร่างกายที่แสดงถึงความมั่งคั่งทางศาสนา และ สัญลักษณ์ของผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกาย** แนวคิดตราบาปที่ปรากฏขึ้นในอดีต Goffman ได้นำมาขยายความเพื่อทำความเข้าใจ แนวคิดนี้ โดยได้อธิบายถึงลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นจริงในสังคม (Actual social identity) กับ ลักษณะส่วนบุคคลที่สังคมกำหนดให้เป็น (Virtual social identity) คือ เมื่อมีบุคคลแปลกใหม่เข้ามาในสังคม บุคคลนั้นจะถูกตั้งลักษณะส่วนบุคคลตามที่สังคมกำหนดให้เป็น (Virtual social identity) แต่เมื่อบุคคลนั้นได้แสดง ลักษณะส่วนบุคคลที่แท้จริงของตนเองออกมา (Actual social identity) และคุณลักษณะดังกล่าวนั้นแตกต่างไปจากสิ่งที่สังคมกำหนด บุคคลนั้นจะไม่ใช่ที่ชื่นชอบ ยิ่งไปกว่านั้นอาจถูกมองว่าเลว อ่อนแอ หรืออันตรายต่อสังคมส่วนใหญ่ ตราบาป เป็นความสัมพันธ์พิเศษระหว่างคุณลักษณะที่ได้รับพิจารณาว่าเป็นคุณลักษณะปกติของบุคคลนั้น ๆ (Attribute) กับคุณลักษณะที่สังคมเหมารวมว่าเป็นคุณลักษณะของบุคคลนั้น (stereotype) Goffman จึงได้สรุปความหมายของ ตราบาป (stigma) ว่า “คุณลักษณะของการทำให้เกิดความเสียหายหรือเสียชื่อเสียงในระดับลึก ซึ่งผลของความเสียหายจะแสดงให้เห็นในรูปแบบของความสัมพันธ์” และแบ่งตราบาป ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ **ตราบาปอันเกิดจากความผิดปกติของร่างกาย** เช่น ความพิการ **ตราบาปอันเกิดจากชาติพันธุ์ ศาสนา และ ตราบาปอันเกิดจากคุณลักษณะที่แสดงถึงความอ่อนแอ ไม่น่าไว้วางใจ ผิดไปจากธรรมชาติ** ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางจิต ติดสุราและสารเสพติด เป็นบุคคลต้องโทษ จำคุก มีความเบี่ยงเบนทางเพศ มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมรุนแรงทางการเมือง รวมถึงการเป็นบุคคลว่างงาน เป็นต้น

Link and Phelan (2001) ทำการศึกษาต่อจาก Goffman ที่ระบุว่า “ตราบาป”(stigma) คือ ความสัมพันธ์พิเศษระหว่างคุณลักษณะที่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นคุณลักษณะโดยปกติของบุคคลนั้น (Attribute) กับคุณลักษณะที่สังคมเหมารวมว่าเป็นคุณลักษณะของบุคคลนั้น (stereotype)” ได้ศึกษาแนวคิดตราบาปต่อ เพื่อที่จะอธิบายรายละเอียดของความสัมพันธ์พิเศษที่ Goffman ได้กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งได้อธิบายว่าตราบาปจะเกิดขึ้นเมื่อองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบต่อไปนี้มาบรรจบกัน ได้แก่

1. สังคมจะมีการจำแนกและตีตรา (label) บุคคลที่มีความแตกต่าง
2. ความแตกต่างที่ทำให้บุคคลถูกตีตรา (label) มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรม ความเชื่อทางด้านลบของสังคม ส่งผลให้บุคคลถูกมองแบบเหมารวมทางด้านลบ (negative stereotypes)
3. เกิดพฤติกรรมทางสังคมที่เรียกว่า “การแบ่งเขาแบ่งเรา”
4. บุคคลที่ถูกตีตราได้รับประสบการณ์ที่ตนเองถูกเลือกปฏิบัติ (discrimination) การสูญเสียสถานะ (status loss) นำไปสู่ผลลัพธ์ทางด้านลบจากความรู้สึกไม่เท่าเทียม

ตราบาป (stigma) ตามแนวคิดนี้ประกอบไปด้วย การตีตรา (labelling) การมองแบบเหมารวม (stereotyping) การแบ่งแยก (separation) การเลือกปฏิบัติ (discrimination) และการสูญเสียสถานะ (status) องค์ประกอบทั้งหมดนี้มีการเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่มีความสำคัญกับบุคคลนั้น ๆ

การตีตรา (Stigma) เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีต่อบุคคลที่มีความแตกต่างไปจากบุคคลอื่น ซึ่งนำไปสู่การมีอคติ การลดคุณค่า การมองในทางลบ การไม่ให้ความสำคัญ และการปฏิบัติที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไปกับบุคคลดังกล่าว เมื่อบุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองถูกคนรอบข้างมองในทางลบและมีปฏิกิริยาในทางลบกับตนเอง เพราะตนเองเป็นบุคคลที่แตกต่างไปจากคนอื่น (perceived stigma) สถานการณ์นั้น เกิดบ่อยๆ จนทำให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อ ยอมรับและคิดแง่ลบกับตนเองว่า ตนเองไม่ดีเท่ากับคนอื่นและแตกต่างจากคนอื่น ท้ายไปจริง ส่งผลให้เกิดความคิดความรู้สึกรังเกียจตัวเองที่เป็นคนไม่ดี ไม่เหมือนคนอื่น (self-stigma) จาก การทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้การตีตราอย่างรุนแรง และจากผลการศึกษาเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี จำนวน 242 คน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 50.4 มีการรับรู้การตีตราในระดับมาก พบการรับรู้การตีตราสูงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ต่ำ ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และการมีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้จากที่สังคมมองว่าสารเสพติดเป็นสิ่งผิดกฎหมายและผู้ที่ติดสารเสพติดนั้นมีการรับรู้และมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองจากการใช้สารเสพติดได้ แต่ผู้ติดสารเสพติดส่วนใหญ่ยังไม่ควบคุมพฤติกรรมของตนเอง จนทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดซ้ำๆ ส่งผลให้เกิดการตีตราทางสังคมที่มากขึ้น งานวิจัยเรื่องการรับรู้การตีตราของผู้เสพสารเสพติด พบว่า การกลับมาเสพซ้ำของผู้ติดสารเสพติดนั้นยังทำให้เกิดการตีตราของคนในสังคม และเกิดทัศนคติทางลบมากขึ้นว่าเป็นคนล้มเหลว จึงเป็นเรื่องยากที่จะลดปัญหาและลดทัศนคติเชิงลบของสังคมเกี่ยวกับการตีตราในกลุ่มผู้ติดสารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบตราบาปทางสังคมของยาเสพติดระหว่างผู้เสพเข้าค่ายบำบัดยาเสพติดกับประชาชนทั่วไปในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าผู้ติดสารเสพติดถูกตีตราจากสังคมไปแล้วว่าเป็น “ช้ายา” เพราะมีการ ใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ โดยมีการตีตราอยู่ในระดับรุนแรงมาก การถูกตีตรานี้ส่งผลให้ผู้ติดสารเสพติด พบปัญหาและอุปสรรคหลายอย่าง ทำให้การรักษาและการบำบัดนั้นยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น และเพราะการกลัวต่อการเปิดเผยตนเองแล้วจะถูกตีตราจากสังคมรอบข้างทำให้ผู้ติดสารเสพติดไม่อยากเข้ารับการรักษา บำบัดรักษา ไม่ร่วมมือในการรักษาและรักษาไม่ครบตามแผนการ

รักษา มีพฤติกรรมการเสพสารเสพติดแบบผิดๆ เช่น พฤติกรรมการใช้เข็มร่วมกัน ส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมามากขึ้นได้ กระบวนการเกิดการติดยาจากการที่สังคมให้ ความหมายอย่างเหมารวมคนกลุ่มหนึ่งว่า แตกต่างไปจาก คนทั่วไป (stereotype) ในที่นี้คือผู้เสพสารเสพติด โดยการเหมารวมความแตกต่างนั้นมี ร่วมกับมุมมองทางลบต่อ คนกลุ่มนี้ว่าทำในสิ่งที่ไม่ดี (สารเสพติดคือ สิ่งไม่ดี ผิดกฎหมาย ผู้ที่ยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด คือ คนไม่ดี) ผู้เสพสารเสพติดจึงเป็นคนไม่ดีทุกคน ซึ่งเรียกได้ว่ามีอคติ (prejudiced) เมื่อต้องมีการกิจกรรมร่วมหรือต้องติดต่อเกี่ยวข้องกับก็อาจมีความคิด ความรู้สึกและการกระทำที่แตกต่าง โดยเลือกปฏิบัติ หรือ แบ่งแยกจากการกระทำปกติกับคนทั่วไป (discrimination) นำไปสู่การทำให้บุคคลเหล่านี้ขาดโอกาส ถูกปบบังคับ หรือถูก กีดกัน ทั้งนี้ แนวคิดการเกิดกระบวนการติดยาตนเอง เป็นการที่บุคคลหนึ่งที่มีภาวะเปราะบางเกิดการรับรู้ การติดยา ที่ส่งผลต่อกันได้ คือ 1) เคยมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการได้รับปฏิกริยา หรือการแสดงออกด้านลบจากผู้อื่นในสังคม 2) มีการรับรู้ต่อปฏิกริยาหรือการแสดงออกด้านลบของคนในสังคม และ 3) มีการคาดการณ์ถึงปฏิกริยาหรือการแสดงออกด้านลบของสังคมที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ บุคคลที่มีการติดยาตนเอง มักจะเกิดอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ ได้แก่ มีความรู้สึกด้านลบเกี่ยวกับตนเอง เช่น รู้สึกตนเองด้อย คุณค่า รู้สึกไม่เป็นที่ยอมรับ รู้สึกผิด จนอาจมีการปรับตัวบางอย่าง เช่น อาจมีพฤติกรรมถดถอยหรืออาจทำตัวให้มีคุณค่าโดดเด่นด้านอื่นหรือต่อต้านสังคม อาจปรับตัวเป็นแบบปกปิดตนเอง หลบหน้าผู้คน แยกตัว หรือปลีกตัวออกจากสังคม เป็นต้น โดยจากการศึกษาเรื่อง การติดยาทำนายความยาวนานของการรักษาในผู้ป่วยเสพสารเสพติด ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการติดยาตนเอง การติดยาจากภายนอกและความอับอาย กับความยาวนานของการรักษาในผู้เสพสารเสพติดจำนวน 103 คน พบว่า ผู้มีระดับการติดยาตนเองสูง จะมีระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานมากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาในกลุ่มผู้เสพติดแอลกอฮอล์ พบว่า ผู้ที่มีการติดยา ตนเองสูงจะทำให้ความสามารถในการปฏิเสธการดื่มลดลง ซึ่งสะท้อนการขาดพลังความสามารถในผู้ที่มีการติดยาตนเองสูง นำไปสู่การเกิดปัญหาการเสพซ้ำและปัญหาแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตอื่นๆ ตามมา ยังไม่พบการศึกษาปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการติดยาตนเองของผู้เสพสารเสพติดมากนัก พบการศึกษาในกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีกลุ่มผู้ติดสารเสพติดเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ดังนี้ 1) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยหากบุคคลคิดและ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่ายิ่งทำให้มีการติดยาตนเองมากขึ้น 2) การเชื่อความสามารถของตนเอง บุคคลที่เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆ ได้ จะมีการติดยาตนเองต่ำ 3) ความวิตกกังวลทางสังคม เป็นความกังวลเกี่ยวกับมุมมองของคนรอบข้างที่มีต่อตนเอง หากบุคคลวิตกกังวลมาก ก็จะมีการติดยาตนเองสูง 4) ความเครียด หากบุคคลมีความเครียดการติดยาตนเองก็จะสูง 5) ความเชื่อทางจิตวิญญาณ เกี่ยวข้องกับความดี สิ่งที่ถูกต้อง บุคคลที่มีความเชื่อทางจิต วิญญาณสูงจึงมีการติดยาตนเองสูง โดยเชื่อว่าตนเองไม่ดีทำผิด และแตกต่างจากคนอื่นจึงเกิดความรู้สึกทางลบกับตนเอง 6) ความรุนแรงของอาการ จากการศึกษาในกลุ่มผู้มีปัญหา สุขภาพจิตพบว่า หากบุคคลมีอาการของโรคที่รุนแรงก็จะมีติดยาตนเองสูง 7) สถานะทางเศรษฐกิจ โดยพบผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีการติดยาตนเองสูง และ 8) เพศ เพศหญิงจะมีการติดยาตนเองสูงกว่าเพศชาย

การรับรู้การถูกตีตรา คือความเชื่อในบุคคลที่มีการรับรู้ ว่า ตนเอง คนรอบข้างที่ตนมีปฏิสัมพันธ์ ด้วย จะมองตนเองในทางลบและมีปฏิกิริยาในทางลบกับตนเอง จนทำให้เกิดความเชื่อว่าการกระทำ และทัศนคติ ของคนในสังคมนั้นแบ่งแยกกีดกันตนเอง เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้การถูกตีตราทำให้คิดว่า ตนเองไม่ดีเท่ากับคน อื่น กลัวการถูกตีตราจากสังคม กลัวการถูกเลือกปฏิบัติ 6 () คนในสังคมยังมีความ เข้าใจผิดต่อสาเหตุของผู้ติดยาเสพติด เช่น คิดว่าเกิดจากลักษณะนิสัยที่ไม่ดีของผู้ป่วยเอง และมีคน ในสังคมบางส่วนที่มองผู้ติดยาเสพติด เป็นบุคคลอันตรายและอาจก่อให้เกิดความรุนแรงต่อบุคคลอื่นได้ ทำให้ไม่ต้องการที่จะเกี่ยวข้องกับผู้ติดยาเสพติด 7,8 ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดยาเสพติดและตีตราว่าผู้ติดยาเสพติดเหล่านั้นเป็นคนไม่ดีเป็นคน อันตราย จะทำให้ ผู้ติดยาเสพติดรู้สึกไร้ค่า รู้สึกแบ่งแยกและนำไปสู่การกีดกันผู้ติดยาเสพติดออกจาก สังคม 9 ซึ่งทำให้เขาเหล่านั้น กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้อีก 10

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตรา

แนวคิดและทฤษฎีการตีตรา หรือทฤษฎีการระบายสีให้แก่ความชั่วร้าย (Dramatization of evil) แฟรงค์ แทนเนนบาม (Frank Tannenbaum) เป็นคนแรกที่ใช้คำว่า การระบายสีให้แก่ความชั่วร้ายเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมอาชญากรรมและ พฤติกรรมเบี่ยงเบน ซึ่งประโยคดังกล่าวนี้ มีความหมายตรงกับ “ทฤษฎีการตีตรา (Label Theory)” แกนของทฤษฎีนี้อยู่ที่ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการตีตราที่ชื่อว่าทางออกของปัญหาการตีตรา คือ จะต้องปฏิเสธการระบายสี ให้แก่ความชั่วเหมือนที่เคยทำมา โดยกระบวนการยุติธรรมจะต้องใช้ความพยายามรณรงค์เรื่องการเลิกระบายสีให้แก่ความชั่วโดยการใส่โปรแกรมการปรับเปลี่ยนในแบบต่าง ๆ ปัญหาความเจ็บป่วยบางปัญหาส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย และบุคคลอื่นๆ ในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการสื่อสารผ่านภาพสะท้อนต่างๆ มีผลต่อการรับรู้ของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยนั้นๆ การจดจำความหมายภาพตัวแทนของบางโรค ที่ยังไม่ได้รับการสื่อสารผ่านการถูกสร้างขึ้นใหม่ เพื่อลบเลือนภาพเก่าที่เป็นผลทางลบ ยังส่งผล ให้ผู้ป่วยนั้นได้รับผลกระทบในมิติด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ที่นับได้ว่าเป็นมิติที่ส่งผลกระทบอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มองว่า เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่น เช่น กรณีโรคเอดส์ การรับรู้ว่าเป็นโรคร้ายแรง ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ทำให้ ทำให้คนในสังคมหวาดกลัวต่อความตาย การถูกมองจากสังคมว่าเป็น ผู้เลวทราม ประพฤติผิดศีลธรรม มีพฤติกรรมส่ำสอน ทางเพศ อันเป็นสาเหตุให้เกิดการตีตราตามมา ทฤษฎีการตีตรา ของโฮเวิร์ด เบคเคอร์ (Howard Saul Becker) นักสังคมวิทยาผู้มีส่วนก่อตั้งทฤษฎีการตีตรา ในปี ค.ศ. 1963 ได้ให้ความเห็นว่า การเบี่ยงเบนไม่เกี่ยวกับคุณภาพของพฤติกรรม แต่เกี่ยวข้องกับผลจากปฏิกิริยาตอบโต้ทางสังคม ดังนั้นเบคเคอร์ จึงจัดกลุ่มความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบโต้ทางสังคม เบคเคอร์ เห็นว่าบุคคลทุกคนในสังคมไม่ว่าในเวลาใดก็อาจถูกตีตราว่าเป็นผู้เบี่ยงเบนได้เบคเคอร์อธิบายว่า กลุ่มทางสังคมเป็นตัวการสำคัญในการสร้างพฤติกรรมเบี่ยงเบน โดยการสร้างกฎเกณฑ์ขึ้นมา เป็นผลทำให้ผู้ที่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์นั้นต้องกลายเป็น ผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน (8) ซึ่งการสื่อสารเพื่อสร้างความหมายภาพตัวแทน จึงถือเป็นความจำเป็นพื้นฐาน ที่ต้องเร่งเสริมสร้างการเรียนรู้ทาง

ความคิดและการ ใช้ภาษาที่มีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ การเข้าใจเรื่องความจำช่วยให้เราสามารถเข้าใจ เกี่ยวกับพฤติกรรมของโรคเอดส์ได้ดีขึ้น โดยการสื่อสารผ่านความหมายภาพตัวแทนของโรคเอดส์ ที่ได้ถูกจัดสร้างขึ้นมาว่า “สภาพร่างกายอันผ่ายผอม ผิวหนังแห้งตึงกระดุก ตามตัวมีบาดแผลเปื่อย เต็มไปด้วยน้ำเลือดและหนองไหลเยิ้ม เบ้าตาลึกโบท้ ผมหงุดร่วงลมหายใจแผ่วเบา นอนบนเตียงเรียงราย ภายในห้องที่เต็มไปด้วยเตียงนอนที่มีเพียงพื้นที่เล็กๆ ไว้สำหรับเป็นทางเดินเท่านั้น” ภาพเหล่านี้สามารถพบเห็นได้โดยทั่วไปและเป็นภาพที่สะเทือนใจ ต่อผู้ที่พบเห็นเป็นอย่างมาก เช่น การนำผู้ป่วยแยกไปไว้ที่วัดพระบาทน้ำพุ เปรียบเสมือนสถานดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต การสื่อสารความหมายภาพตัวแทนของโรคเอดส์ยังคงถูกจัดสร้างให้เป็นภาพที่พบเห็นได้โดยทั่วไปในเกือบทุกแห่ง เพราะในช่วงระยะเวลานั้น เกิดวิกฤติการณ์ระบาดอย่างหนักของโรคเอดส์ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ผู้ป่วยหลายรายไร้ญาติขาดมิตร ที่คอยให้การดูแล บางรายถูกปล่อยทิ้งไว้ในโรงพยาบาล ญาติจะมารับตัวกลับก็ต่อเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว การระบายสีให้แก่ความชั่วเหมือนที่เคยทำมา เช่นเดียวกับผู้ป่วยติดสุรา ที่มีอาการและพฤติกรรมกระทบต่อผู้อื่นและสังคม เช่น ขับรถชนคนตาย ทุบตีผู้อื่น ทำลายข้าวของ ช่มชู้นกระทำชำเรา ก่อความรุนแรงกับผู้อื่น ทฤษฎีการตีตรา ประกอบด้วย หลัก 9 ประการ ได้แก่ 1) พฤติกรรมอาชญากร มีความชั่วร้ายอยู่ภายใน 2) นิยามของพฤติกรรมอาชญากรถูกกำหนดโดยผลประโยชน์ของผู้มีอำนาจในสังคม 3) บุคคลกลายเป็นอาชญากรเพราะกระบวนการตีตรา 4) กระบวนการยุติธรรมจัดกลุ่มอาชญากรและกลุ่มที่ไม่ใช่อาชญากรแตกต่างจากข้อมูลในโลกความจริง 5) ผู้ประกอบอาชญากรรังถูกจับกุมมีเพียงจำนวนน้อย ส่วนผู้ที่ประกอบอาชญากรรม ซึ่งไม่ถูกจับกุมมีจำนวนมาก และมักกระทำผิดมาแล้วไม่น้อยกว่าพวกแรก 6) การที่บุคคลจะถูกจับกุมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของบุคคลนั้น ไม่ใช่ฐานความผิด 7) ความรุนแรงในการลงทัณฑ์ขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของบุคคล เช่นกัน 8) การวินิจฉัยสั่งการของกระบวนการยุติธรรม ขึ้นอยู่กับแบบแผนที่ฝังในความคิดของบุคคลทั่วไป เกี่ยวกับการกระทำความผิด และ 9) เมื่อใดก็ตามที่บุคคลถูกตราหน้าจากสังคมว่าเป็นผู้เปี่ยมเบน บุคคลนั้นจะตกอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถกอบกู้ภาพพจน์ของตนในฐานะพลเมืองดีกลับคืนมา เช่นเดียวกับการระบายสีตีตราผ่านการสื่อสารที่มีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเพราะการมีพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างจากสังคมกระแสหลักและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ทำให้ติดเชื้อ การตีตราเปรียบเสมือนการติดป้าย บอกให้รู้ว่าบุคคลนี้มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ในแง่ลบ ทำให้บุคคลที่ถูกตีตราเปลี่ยนจากบุคคลปกติ ธรรมดา กลายเป็นบุคคลผิดปกติดังคนที่ไม่บริสุทธิ์ ต่างพร้อย มีรอยมลทิน ไร้คุณค่า ที่แตกต่างไปจาก บุคคลอื่นๆ เป็นการตีตราที่ส่งผลให้เกิดการเลือกปฏิบัติ ซึ่งเท่ากับเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนโดยไม่รู้ตัว การสื่อสารผ่านเรื่องของการตีตรา ยังไม่มี การเปลี่ยนแปลงที่เพียงพอ มากกว่า 10 ปี ที่แล้ว การสื่อสารเรื่องเกี่ยวกับเอดส์เป็นเรื่องคู่กัน เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง แต่หากพิจารณาในทัศนะที่กว้างขึ้น ก็ต้องเห็นข้อเท็จจริงที่ว่า มีกลุ่มบุคคลประเภทอื่น ๆ ที่สัมผัสและมีพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ด้วยอีกหลายกลุ่ม ไม่ใช่มีเพียงกลุ่มชายรักชาย (เกย์/Men having Sex with Men: MSM) แล้วก็นำเฉพาะเรื่องบุคคลที่ เป็นกลุ่มชายรักชายไปโยงกับเอดส์ มองว่ากลุ่มชายรักชายมั่ว ส่ำสอน แต่ก็ยัง พุดเรื่องเดิมอย่างนี้ ปัญหาที่เกิดขึ้นเช่นนี้เป็นไปลักษณะเดียวกับการที่บุคคลหรือกลุ่มคนที่สังคมไม่สนใจ ไม่ต้องการรับรู้ถูกมองข้าม ถูกทำให้เป็นคนที่ไม่รู้ค่า

ถูกทำให้มีชีวิตอยู่ตามชายขอบของพื้นที่ต่าง ๆ เช่น พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ พื้นที่สังคม พื้นที่ทางความคิด และถูกปฏิเสธกีดกันแบ่งแยกออกจากสังคมกระแสหลัก ทำให้คนเหล่านี้ขาดโอกาส ขาดความรู้ขาดอำนาจ ในการต่อรองไม่ได้รับความเป็นธรรม ไม่สามารถเข้าถึง ทรัพยากร ไม่สามารถเข้าถึงบริการสวัสดิการต่างๆ ตามสิทธิขั้นพื้นฐานที่ควรจะได้รับแต่กลับถูกมองเป็น ตัวปัญหาเช่น ชาวเขาชนกลุ่มน้อยผู้หญิงขายบริการ คนพิการ กลุ่มคนรักเพศเดียวกันกลุ่มผู้ติดเชื้อ ตัวอย่างของภาษาและวิธีคิดที่มีนัยเชิงอคติในกลุ่ม ของการสื่อสารผ่าน การตีตรา เช่น ผิดปกติผิดเพศ พวกชอบไม้ป่าเดียวกัน เสือใบ ตูดเต็ก ตูดแก่ เก้ง กวาง กระเทยควาย สาวเสียบ ครอบครัว ลูกผิดปกติทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของวงศ์ตระกูล สร้างความอับอาย ขยายหน้าให้กับพ่อแม่ เพราะว่าตนเองเลี้ยงลูกได้ไม่ดี สังคม ชุมชน เช็กชัจัด สำส่อน มักมากในกาม วิปริตทางเพศ ชอบความรุนแรง เสียดชาติเกิด ตัวตลก ตัวประหลาด เบี่ยงเบนทางเพศ พฤติกรรมไม่เหมาะสม ผิดกฎระเบียบ เป็นเด็กก้าวร้าว รุนแรง ครอบครัวแตกแยก ผิดศีลธรรม มีเวรกรรม หรือบาปกรรมที่ต้องชดใช้ ห้ามบวช บุคลากรทางการแพทย์ โรคจิต จิตวิปริต/ผิดปกติเพี้ยน โรคประสาท วิกฤตจิต ป่วย มั่ว ตัวแปรเชื้อ กลุ่มเสี่ยง

วันทนี ธาณธณบูลย์ และ พัทฒณ เจริญนาวิ ศึกษาเรื่อง การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10 (วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 ม.ค. - เม.ษ. 2566) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวข้องกับเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ 985 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 872 คน จากโรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ประเด็นการตีตราและเลือกปฏิบัติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์โดยการนำเข้าระบบเก็บข้อมูลในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Research Electronic Data Capture: REDCap) และวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์อัตราส่วนความเสี่ยง (odds ratio) พบว่า กลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ มีทัศนคติเชิงลบ ร้อยละ 83.39 โดยคิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดความรับผิดชอบ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 54.94 ไม่เห็นด้วยว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ถ้าต้องการ ร้อยละ 51.78 กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ การเจาะเลือด และการทำแผล ร้อยละ 50.66 และรู้สึกลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 35.17 ในด้านพฤติกรรมการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่ามีการป้องกันตัวเองในช่วงการให้บริการเกินความจำเป็น ร้อยละ 57.17 และสังเกตเห็นพฤติกรรมการเลือกปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อ ร้อยละ 26.91 สังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการ ร้อยละ 23.05 ด้านทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อการรับบริการสุขภาพ พบว่า เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 15.02 มีการตีตราตนเอง ร้อยละ 34.86 และพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตัดสินใจไม่ไปโรงพยาบาลเนื่องจากรู้สึกผิด และอายที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 30.04 และ 15.25 เมื่อเปรียบเทียบการตีตราและเลือกปฏิบัติระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพสายวิชาชีพกับสายสนับสนุนพบว่าสายวิชาชีพมีความเต็มใจที่จะให้บริการแก่กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า (OR=0.54; 95%CI 0.36-0.79) และมีความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการต้องสัมผัสเสื้อผ้าของใช้ มากกว่า(OR=1.74; 95%CI 1.24-2.44) แต่การ

ป้องกันตัวเองโดยสวมถุงมือสองชั้นน้อยกว่าผู้ปฏิบัติงานบริการ สุขภาพสายสนับสนุน (OR=2.87; 95%CI 1.90-4.33) เปรียบเทียบประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ เมื่อมารับบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ มากกว่าประชากรกลุ่มทั่วไป (OR=2.08; 95%CI 1.15-3.77) และเมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์การถูกตีตรา และเลือกปฏิบัติระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี 10 ปีขึ้นไปกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่า 10 ปี พบว่า ผู้ติดเชื้อ 10 ปีขึ้นไป เคยถูกเลือกปฏิบัติ มากกว่า (OR=1.79; 95%CI 1.07-3.02) และได้รับคำแนะนำให้งดการมีลูกมากกว่าผู้ติดเชื้อ เอชไอวีน้อยกว่า 10 ปี (OR=1.45; 95%CI 1.07-1.98) ข้อเสนอแนะ สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ควรจัดทำ แนวทางและ จัดบริการที่ช่วยลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในหน่วยงานที่เกิดจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน การพัฒนาศักยภาพ บุคลากรเพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เน้นให้ผู้ให้บริการปลอดภัย เกิด ความเห็นใจ เข้าใจและเต็มใจให้บริการ เคารพสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

อุษา จันทร์กลืน (วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดพิจิตร ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการคลินิกยาต้านไวรัส ณ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร จำ นวน 333 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม ด้านต่างๆ ข้อมูลส่วนบุคคล การเห็นคุณค่าใน ตนเอง การยอมรับของครอบครัว การยอมรับทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และ การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีค่า IOC เท่ากับ .95 ค่าความน่าเชื่อถือ เท่ากับ .90, .85, .76, .80, .87, และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการ เข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึง บริการสุขภาพ ประกอบด้วย การยอมรับ ของครอบครัว การยอมรับทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ สามารถ ร่วมกันทำนายการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ร้อยละ 31.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรพิจารณากำหนดนโยบายสร้างการยอมรับของครอบครัวและสังคม นโยบาย สนับสนุนการจ้างงานแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรวมถึงสร้างภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม

ณัฐวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์ (2562,วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 (2019): มิถุนายน-กันยายน 2562) ศึกษาเรื่องการสื่อสารที่ส่งผลต่อการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ : ภาพตัวแทน และความหมายต่อ คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ พบว่า การสื่อสารผ่านการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อันเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างไปจากสังคมกระแสหลัก โดยการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ทำให้การเปิดเผยผลการติดเชื้อมีสภาพเปรียบเสมือนการตีตบยบนตัวของผู้ติดเชื้อ การตีตบยบโดยการสื่อสาร ผ่านการตีตราเช่นนี้เป็นการสร้างตราบาป เปลี่ยนผู้ติดเชื้อจากบุคคลปกติธรรมดา เป็นบุคคลผิดปกติกการ สื่อสารผ่านการตีตราจึงเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดความรู้สึกที่ฝังแน่น ภายในจิตใจ โดยไม่รู้ตัว เป็นความรู้สึกด้านลบที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและจิตวิญญาณ และอาจนำไปสู่ พฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ การสื่อสารผ่านวาทกรรม หรือบทสนทนา เพื่อสร้างให้เกิดการจดจำความหมาย และภาพตัวแทนของโรคเอดส์ยุคใหม่ ซึ่งภาพตัวแทนของโรคเอดส์ยุคใหม่นี้ ครอบคลุมถึงผู้ป่วยเอดส์รุ่นใหม่ที่

รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องที่ส่งผลแตกต่างระหว่างการแพร่หรือไม่แพร่เชื้อ ผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสเป็นประจำโดยไม่ขาดยาจนตรวจปริมาณไวรัสไม่พบจะไม่มีโอกาสแพร่เชื้อเลย (Undetectable= Untransmittable, U=U) ถึงแม้จะมีเชื้อเอชไอวีในร่างกายก็ตาม ผู้ติดเชื้อสามารถใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป ซึ่งมีคุณค่าและมีความสุขในชีวิตได้เช่นกัน การศึกษานี้ได้ให้ความหมายของการสื่อสารผ่านการตีตรา เป็นกระบวนการทางสังคมที่ลดคุณค่าของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลด้วย การเริ่มจำแนกว่ามีความแตกต่างกัน เชื่อมโยง สัมพันธ์กับผลกระทบเชิงลบ เริ่มแยก “เรา” กับ “เขา” ลดสถานภาพ ทำให้เกิดความด้อยค่าในสายตาของสังคม อันเป็นผลเชื่อมโยงมาสู่การเลือกปฏิบัติที่ปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมหรือไม่เป็นธรรมต่อ ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจากสถานภาพการติดเชื้อ หรือการมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม เพศและเชื้อชาติเพศวิถี เพศสภาพ เป็นต้น การปฏิบัติที่เป็นผลมาจากการสื่อสารผ่าน การตีตรา เช่น นินทา แยกตัวหรือหลีกเลี่ยง ปฏิเสธ คำหึงดูถูก ไม่สนใจ ไม่พูดด้วย ไม่รับฟัง อันส่งผล ต่อการเลือกปฏิบัติเช่น การปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียม ไม่เป็นธรรม ยกเลิกการจ้างงาน ปฏิเสธที่จะให้ การรักษาสุขภาพ ไล่ออกจากบ้าน หรือจากการเป็น สมาชิกหมู่บ้าน/ชุมชน โดยอาจมีการแสดงออกและ รูปแบบของการสื่อสารผ่าน การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเช่น ปฏิเสธการให้บริการ หรือให้บริการที่ด้อยกว่าคนอื่น ตั้งเงื่อนไขการให้บริการ ในรูปแบบต่างๆให้กลับบ้านเร็วกว่าที่ควรตรวจเลือด โดยไม่ได้รับการยินยอมเปิดเผยความลับส่วนตัว พูดและแสดงออกว่ารังเกียจ ปกป้องกันตัวเอง เกินความจำเป็นในงานการให้บริการส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่นโดยไม่มีเหตุผลอันควร บังคับการรักษา ให้รับการรักษาที่ไม่ยินยอม เป็นต้น (คณะทำงานวิชาการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ. การตีตราและเลือกปฏิบัติในประเทศไทย.)

ประสบการณ์ การสื่อสารผ่านการตีตราต่อผู้ติดเชื้อที่ค้นพบ คือ การสื่อสารผ่านการถูกตีตรา และเลือกปฏิบัติจาก กลุ่มอื่น เช่น ถูกปฏิเสธการรักษาพยาบาลให้บริการ เป็นคิวดุร้ายและจัดให้รอนาน ได้รับการดูแลเอาใจใส่น้อยกว่าผู้ป่วยรายอื่น ๆ ถูกละเมิดสิทธิของผู้รับ บริการ สมาชิกในครอบครัวแสดงท่าที่ไม่ยอมรับ เช่น ไม่สนใจ ไม่พูดด้วย หรือพูดจาประชดประชัน พูดจาเหน็บแนม ดุด่า หรือนินทาในสถานศึกษาหรือ ที่ทำงาน เคยถูกปฏิเสธการรับเข้าเรียน หรือถูกให้ออก จากการเรียน เคยถูกปฏิเสธการจ้างงาน หรือถูกให้ (ไล่ออก) ออกจากงาน และการสื่อสารผ่านการตีตรา และเลือกปฏิบัติจากตนเอง เช่น รู้สึกอายที่ตนเอง ติดเชื้อ ฯ กลัวการถูกจ้องมอง นินทาจากเจ้าหน้าที่ รู้สึกผิดที่ติดเชื้อ ฯ กังวลว่าคนอื่นจะรู้สถานภาพ ตนเอง (โสภณ เมฆธน, ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล และจารุณีศิริพันธุ์, 2558) และเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อลดการสื่อสารผ่านการตีตรา และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ ด้วยการ 1) ยอมรับและเข้าใจความหลากหลายทางเพศ ไม่ควรมีอคติต่อกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ การยอมรับจากครอบครัวโรงเรียน ชุมชน สังคม และเจ้าหน้าที่ภาครัฐไม่ให้ตีตราและ เลือกปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับเพศวิถีและเพศสภาพ 2) ลดอคติของผู้ให้บริการทางการแพทย์ต่อกลุ่มต่างๆ ตามเพศวิถีและเพศสภาพ 3) การสร้างความเข้าใจ เรื่องสิทธิต่างๆให้กับคนกลุ่มต่างๆเช่น เรื่องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน โดยเฉพาะสิทธิเสรีภาพ ในการตัดสินใจเกี่ยวกับเพศ บทบาทและความพึงพอใจ ทางเพศ ต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาคและ เท่าเทียมกัน โดยปราศจากความรุนแรงการแบ่งแยก การตีตรา และการเลือกปฏิบัติ 4) การสร้างระบบ การให้บริการที่เป็นมิตรและครบวงจร 5) การปรับปรุง นโยบายและ

ปรับแก้การใช้กฎหมายที่เป็นอุปสรรค ในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ที่ขัดต่อการ ลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และป้องกันการแพร่เชื้อฯ 6) เน้นความร่วมมือจากหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาร่วมกันแก้ไขปัญหา ส่งเสริมการพัฒนาระบบ เครือข่ายทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และ ภาคประชาชน 7) สร้างความเข้าใจและธรรมาภิบาลให้สังคมไทยเห็นถึง ความสำคัญของการตรวจหาเชื้อ ให้ เหมือนกับการ ตรวจเช็คสุขภาพประจำปี 8) การสร้างความต่อเนื่อง

แนวคิดเรื่องการจัดจำความหมาย การสื่อสารผ่านการจัดจำความหมาย (Semantic Memory) ความจำเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ การคิด และการใช้ภาษา มีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ การเข้าใจเรื่องความจำ ช่วยให้เราสามารถเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้บริโภคได้ดียิ่งขึ้น ในวัยเด็กมนุษย์อาจจำความหมายของสิ่งต่าง ๆ ได้ประมาณ 20,000 – 40,000 คำ (Matlin A, 1994) การจัดจำความหมายคือความรู้พื้นฐาน ที่เป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ในโลกที่อยู่ในความทรงจำของมนุษย์โดยเป็นสิ่งที่เกือบจะไม่มีการลืมจากความทรงจำ การจัดจำความหมายนี้เป็น ส่วนหนึ่งของความจำระยะยาวที่ถูกจัดเก็บในสมอง ของผู้บริโภค (พรทิพย์, 2546) โดยมีแนวคิดหนึ่งที่ใช้อธิบายการจัดจำ ความหมายคือแนวคิดเรื่องเครือข่ายความทรงจำนั้น กล่าวถึงข้อมูลหลายๆ เรื่องเกี่ยวกับสิ่ง ๆ หนึ่งถูกจัดเก็บในความทรงจำในรูปแบบของความเชื่อมโยงกันในลักษณะคล้ายตาข่าย และการเชื่อมโยงนี้เกิดเป็นความหมายของสิ่งนั้นขึ้นในความคิด การเข้าใจเรื่องความจำผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคม เป็นกระบวนการที่ยาวนานตลอดชีวิตโดยมีแนวโน้ม ในการที่จะมีความเชื่อค่านิยม มิติในการมองปัญหา ความรู้บรรทัดฐานทางสังคม และพฤติกรรมตามที่ตั้งคมนั้นต้องการซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงหรือถ่ายทอด ความคิดความรู้สึกความต้องการในการนำแนวคิด เรื่องการจัดจำความหมายมาใช้ในการสื่อสารที่เกี่ยวกับ ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการสื่อสารผ่านผู้รับสาร โดย 1) ต้องใช้ข้อมูลทางการแพทย์ที่ถูกต้องแต่ภาษาต้องสั้น/ง่ายกระชับ 2) ต้องสื่อสารด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน เริ่มจากสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง/แนวโน้ม/วิธีการรักษา/การป้องกัน/ผลที่เกิดขึ้น และ 3) ต้องเลือกช่องทางให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย มากที่สุด (Brown L, 2013) ซึ่งการสื่อสารผ่านการจัดจำความหมายของผู้ติดเชื้อในอดีตอาจเกิดขึ้นมาจากการขาดความรู้ เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค แนวทางการรักษา และการดำเนินชีวิตในอนาคตเพื่อให้สอดคล้องกับ โรคที่เป็นอยู่ เป็นต้น การสื่อสารผ่านการจัดจำความหมาย ต่อคุณภาพชีวิตที่มีเหลือของผู้ติดเชื้อด้วยการเสริมสร้าง พลังอำนาจ การเสริมแรงทางบวก และการให้ กำลังใจสามารถลดความรู้สึกในการตีตราและสร้างตราบาปของผู้ติดเชื้อได้ (สุวรรณ, 2556) ผู้ป่วย จะเกิดกำลังใจในการค้นหาสภาพปัญหา ตระหนัก และเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของตน มีการลงมือปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และการคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรม ที่ดีนอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่อง ในการรับประทานยาต้านไวรัสฯ ทั้งนี้การเสริมแรง เป็นระยะ จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากขึ้น การใช้เทคนิคการสื่อสารผ่านการปรับเปลี่ยนแนวคิดและ พฤติกรรม พบว่า กระบวนการนี้จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อ ค้นหาความคิดด้านลบ การตรวจสอบความคิดเชิงลบ ตามความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนแนวคิดต่อปัญหา และค้นหาแนวทางแก้ปัญหา ความรู้สึกใน การตีตรา และสร้างตราบาปได้ด้วยตนเอง แนวคิดนี้ถูก

นำมาใช้กับผู้ติดเชื้อ สามารถลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อ ได้อย่างยาวนาน นอกจากนี้ยังป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ และเพิ่ม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย(19) ตลอดจนการขาดความรู้ นอกจากจะทำให้ผู้ป่วย วิตกกังวลและ หวาดกลัวแล้ว ยังสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน ความท้อแท้ต่อการดำเนินชีวิต และความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจอีกด้วย สิ่งนี้เหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิด ความเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณ ทำให้การดำเนินของโรครุนแรงขึ้น การให้ความรู้ นั้น มีผลการศึกษายืนยันผลที่แน่ชัดว่าต้องกระทำควบคู่ไปกับการให้คำปรึกษา ทั้งนี้ควรให้ความรู้ภายหลังจากที่ผู้ป่วยปรับสภาพจิตใจได้ดีขึ้นแล้ว การให้ความรู้เป็นแกนหลักของการดูแลผู้ติดเชื้อ นอกจากจะช่วยลดความรู้สึกในการตีตราและสร้างตราบาป แล้วยังช่วยเสริมสร้างสมรรถนะผู้ป่วยต่อการปรับตัว การดูแลภาวะสุขภาพของตน โดยเฉพาะด้านการ รับประทานยาต้านไวรัสอันจะส่งผลให้สุขภาพร่างกาย แข็งแรง คุณภาพชีวิตที่ดีและการมีชีวิตยืนยาว ในอนาคตต่อไป จากแนวคิดและทฤษฎีต่างๆข้างต้นสามารถนำมาประมวลเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยน การสื่อสารให้เป็น การสื่อสารผ่านวาทกรรมหรือ บทสนทนาเพื่อสร้างให้เกิดการจดจำความหมายและภาพตัวแทนของโรคเอดส์ ยุคใหม่โดยมีแนวทางดังนี้ การสื่อสารในระดับระหว่างบุคคล (Inter-Personal Level) โดยการใช้กลุ่มเพื่อน หรือ ครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแล นับว่าเป็นแหล่งเสริมสร้างกำลังใจที่ดีสำหรับผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะในรายที่มีการเปิดเผยสภาพตนเองต่อสมาชิกในครอบครัวจะได้รับความรักความเอาใจใส่ตลอดจน การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจเป็นอย่างดี กำลังใจจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อนที่เจ็บป่วยด้วย โรคเดียวกัน จะช่วยลดความรู้สึกในการตีตรา และสร้างตราบาปได้ (Sengupta,2011) นอกจากนี้การดูแลและ การสื่อสารโดยสหสาขาวิชาชีพจะช่วยบรรเทาความรู้สึก มีการตีตรา และสร้างตราบาป ทั้งนี้ความรู้สึก มีการตีตราและการสร้างตราบาปสามารถเกิดขึ้นได้ ในทุกระยะของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการเกิด ภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 'วยให้ผู้ติดเชื้อ มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสการมี สุขภาพกายจิตและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและได้รับ บริการมีความพึงพอใจ(รัชนีกร,2551) การสื่อสารในระดับองค์กรหรือสถาบัน (Organizational /Institutional Level) นโยบาย การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแลเป็นผลให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลคำนึงถึงความเป็นบุคคลและสิทธิของ ผู้ป่วยมากขึ้น มีระบบบริการผู้ติดเชื้อแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว หรือการมีคลินิกพิเศษเฉพาะโรคทำให้ ผู้ติดเชื้อไม่ต้องปะปนกับ ผู้รับบริการรายอื่น (พรนิภา,2556)

การสื่อสารในระดับชุมชน (Community Level) การรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ แก่คนในชุมชนหลายช่องทาง ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น ทำให้คนในชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ฯ มากขึ้น ส่งผลให้ ผู้ติดเชื้อสามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้ดีกว่าในอดีต ช่วยลดความรู้สึกกลัวต่อการถูกเปิดเผยสภาพ การติดเชื้อของตนต่อบุคคลอื่น ชุมชนมีบทบาท สำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อโดยมีส่วนสำคัญที่ช่วยทำให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านความมั่นคงในชีวิต การหาเลี้ยงชีพ การใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การดูแลรักษา อย่างต่อเนื่อง ลดอาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (อรทัย, 2553) การสื่อสารในระดับรัฐบาลหรือโครงสร้าง (Government/Structure Level) กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายและแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพให้สถานบริการ

ทุกแห่ง มีระบบการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรับทราบผล ภายหลังทราบผลเลือด รวมถึงการรักษาและการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับการประทับประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณ มีความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสผู้ป่วยมีสุขภาพกาย และจิต คุณภาพชีวิตที่ดีและพึงพอใจในระบบบริการ (ธีระ, 2554)

ศโรชา บุญยัง (2562) ศึกษาประสบการณ์การตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ การตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งชายและหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน มากกว่า 1 ครั้ง ไม่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย และไม่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการ สัมภาษณ์เชิงลึก แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกเสียง นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ และ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Colaizzi จนข้อมูลอ้อมตัวจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 15 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความหมายของการตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือ ความคิด ความรู้สึกที่มีต่อตนเองว่าเป็นคนไม่ดีเพราะติดเชื้อเอชไอวี การตีตราตนเองเริ่มจากการที่ตนเองต้องเผชิญกับปฏิกิริยาต่างๆ จากครอบครัวและสังคม แล้วนำปฏิกิริยาที่ตนเองได้รับรู้ให้เข้ามามีผลต่อความคิด ความรู้สึกภายในของตนเอง และสุดท้ายยอมรับว่าตนเอง ไม่ดีจริงตามที่คนอื่นว่า สำหรับประสบการณ์การตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้มุมมองจากครอบครัวและสังคม 2) การยอมรับตนเองตามที่สังคมมอง และ 3) ผลกระทบจากการยอมรับ (การตีตราตนเอง) ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์การตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานสำหรับทีมสุขภาพในการพัฒนากระบวนการบำบัดรักษา และวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการตีตราตนเอง อันจะนำไปสู่การป้องกันการกลับตีซ้ำต่อไป

Corrigan and Watson (2002 a, b) ศึกษาแนวคิดตราบาป (stigma) ในมุมมองของผู้ป่วยทางสุขภาพจิต โดยพยายามอธิบายแนวคิดด้านจิตสังคมกับสุขภาพจิต เพื่อขยายความเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดการตีตราตนเอง (internalized stigma) กับปัญหาด้านสุขภาพจิต พบว่า ผู้ป่วยทางสุขภาพจิต ซึ่งรวมไปถึงผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด มักถูกเข้าใจผิดจากสังคม ซึ่งความเข้าใจผิดที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติของการตีตรา ลักษณะความเข้าใจผิดที่พบ ได้แก่ **Fear and Exclusion** ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตมีความน่ากลัว ควรแยกพวกเขาให้ออกไปจากสังคม **Authoritarianism** ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตมักขาดความรับผิดชอบ จำเป็นต้องให้ผู้อื่นตัดสินใจแทน **Benevolence** ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตมีลักษณะคล้ายเด็ก มีความต้องการการดูแลจากผู้อื่น ซึ่ง ความเข้าใจในผิดดังกล่าวข้างต้นพบในผู้ป่วยทางสุขภาพจิต รวมไปถึงผู้ใช้สารเสพติด มากกว่าผู้ป่วยด้านสุขภาพกาย และได้อธิบายผลกระทบของตราบาปไว้ 2 มุมมอง คือ **การตีตราจากสังคม (public stigma)** คือ ปฏิกิริยาของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยทางสุขภาพจิต และ **การตีตราตนเอง (internalized stigma)** คือ อคติ (prejudice) ที่ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตมีต่อตนเอง ผลกระทบของตราบาป

จากทั้งสองมุมมองอธิบายได้ด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การมองแบบเหมารวม (stereotype) อคติ (prejudice) และการเลือกปฏิบัติ (discrimination) ดังนี้

1. การตีตราจากสังคม (public stigma) การมองแบบเหมารวม (stereotype) คือ ความเชื่อด้านลบที่มีต่อกลุ่มคนกลุ่มหนึ่ง อคติ (prejudice) คือ การเห็นด้วยกับความเชื่อด้านลบที่มีต่อกลุ่มคน นั้น ๆ นำไปสู่ผลกระทบทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ความโกรธ ความกลัว การเลือกปฏิบัติ (discrimination) คือ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่ออคติที่มีต่อคนกลุ่มนั้น ได้แก่ การหลีกเลี่ยง ไม่จ้างงานหรือไม่อยู่อาศัยร่วมด้วยและไม่ให้ความช่วยเหลือ

2. การตีตราตนเอง (internalized stigma) การมองแบบเหมารวม (stereotype) คือ ความเชื่อด้านลบที่บุคคลมีต่อ ตนเอง อคติ (prejudice) คือ การเห็นด้วยกับความเชื่อด้านลบที่ตนมีต่อตนเอง เกิดผลกระทบด้านลบทางอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (low self-esteem) การรับรู้ ความสามารถของตนเองลดลง (low self-efficacy) การเลือกปฏิบัติ (discrimination) คือ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่ออคติที่มี ต่อตนเอง ได้แก่ ไม่สามารถไปทำงานได้ เป็นต้น

การตีตราตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดตราบาป พบว่า ตราบาปถูกอธิบายอย่างลึกซึ้งมาก ทั้งในบริบทของประเภท ระดับ รวมถึงความเกี่ยวข้องกันของตราบาปแต่ละประเภท ซึ่ง “การตีตราตนเอง” เป็นองค์ประกอบที่ถูกกล่าวถึงในแต่ละบริบทของตราบาปไว้ เช่น Corrigan, Kerr et al. (2005) อธิบายระดับของการตราบาป ไว้ 3 ระดับ คือ **การตีตราจากสังคม** (social stigma, public stigma, enacted stigma) คือ ปรากฏการณ์ที่กลุ่มคนส่วนใหญ่ในสังคมมีการมองแบบเหมารวมในทางลบต่อกลุ่มที่ถูกตีตรา และแสดงอาการต่อต้านกลุ่มดังกล่าว **การตีตราเชิงโครงสร้าง** (structural, institution stigma) คือ กฎ นโยบาย หรือวิธีปฏิบัติของหน่วยงานที่มีอำนาจในลักษณะที่จำกัดสิทธิของผู้ป่วยทางสุขภาพจิต และ **การตีตราตนเอง** (internalized stigma, self-stigma) คือ กระบวนการที่บุคคลยอมรับการมองแบบเหมารวมในเชิงลบจากสังคมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต เกิดความคิด คาดการณ์ว่าตนเองจะถูกสังคมปฏิเสธ มีการพิจารณาตนเองว่าเกี่ยวข้องกับการมองแบบเหมารวมในเชิงลบนั้น และเชื่อว่าตนเองเป็นบุคคลด้อยค่าในสังคมนั้น Corrigan and Rao (2012) ได้อธิบายกระบวนการตีตราตนเอง โดยอธิบายเชื่อมโยงระหว่างการตีตราจากสังคมนำไปสู่การตีตราตนเอง ในบริบทของผู้ป่วยทางสุขภาพจิต โดยมีกระบวนการ เกี่ยวข้องกับความตระหนัก (Awareness) คือ สังคมมีความเชื่อว่าผู้ป่วยทางสุขภาพจิตเป็นผู้อ่อนแอ Agreement คือ ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตเห็นด้วยกับความเชื่อของสังคมว่า ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตเป็นผู้อ่อนแอ Application คือ ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตนำความเชื่อดังกล่าวมาใช้กับตนเอง “ฉันเป็นผู้ป่วยทางสุขภาพจิต ดังนั้นฉันอ่อนแอ” และ Harm คือ ผลกระทบจากการนำความเชื่อดังกล่าวมาใช้กับตนเอง เกิดเป็นภาวะ “why try effect” Luoma et al. (2007) ศึกษาผลของตราบาปในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด แบ่งตราบาปออกเป็น 3 ประเภท คือ **ประสบการณ์การถูกตีตรา** (Enacted stigma) คือ ประสบการณ์ที่ถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกปฏิเสธ **การรับรู้การถูกตีตรา** (Perceived stigma) คือ บุคคลที่อยู่ในกลุ่มที่ถูกตี ตรารับรู้ทัศนคติที่

สังคมมีต่อกลุ่มของตนเอง การตีตราตนเอง (Self-stigma) คือ ความคิดและความรู้สึกทางลบที่บุคคล ที่อยู่ในกลุ่มที่ถูกตีตรามีต่อตนเอง และส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่น การหลีกเลี่ยงการรักษา การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม รวมไปถึงการไม่หางานทำ Luoma ศึกษาต่อเพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการตีตราตนเองในผู้ติดสารเสพติดโดยเฉพาะ การศึกษาฉบับนี้ได้รายงานผลว่า การตีตราตนเองในผู้ติดสารเสพติดประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ Self-devaluation คือ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณค่าของตนเองอยู่ในกลุ่มที่ถูกตีตรา และมีการประยุดตอคติการมองแบบเหมารวมทางด้านลบ จากสังคมเข้าสู่ตนเอง ส่งผลให้ลดคุณค่าของตนเองลง Fear of Enacted Stigma คือ ความกลัวต่อ การถูกเลือกปฏิบัติ หรือถูกปฏิเสธ Stigma Avoidance คือ ผลกระทบทางพฤติกรรม นั่นคือ การหลีกเลี่ยง ซึ่งมีสาเหตุมาจากสององค์ประกอบแรก และ Values Disengagement คือ ผลกระทบ ทางพฤติกรรมที่กล่าวข้างต้น จะส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการตั้งเป้าหมายและดำเนินการ ตามเป้าหมายนั้น (Luoma, Nobles et al. 2013)

บุณรญา นามแก้ว และ กิตติพร เนาวสุวรรณ ศึกษาประสบการณ์การถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และวิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการตีตราตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล ดำเนินการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) เชิงปริมาณ (Quantitative Research) นำวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) 2 ระยะ คือ ระยะระยะที่ 1 ศึกษาประสบการณ์การตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา 59 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ระยะที่ 2 ศึกษาวิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถลดการตีตราตนเองผู้ให้ข้อมูลคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถลดการตีตราตนเองได้ จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1.ประสบการณ์การถูกตีตราจำแนกได้ 3 ประเด็น คือ 1) การตีตราตัวเอง ขอค้นพบคือ 1.1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 64.7 หลีกเลี่ยงที่จะไปสถานบริการสุขภาพไกลบ้าน เนื่องจากกลัวการถูกเปิดเผยข้อมูลสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตน และ 1.2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอายและกลัวเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจ้องมองหรือนินทาตนเอง 2) การตีตราจากบุคคลรอบข้าง พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เคยแสดงท่าทีรังเกียจร้อยละ 78 และ 3) การถูกตีตราจากผู้ให้บริการสุขภาพขอค้นพบคือ ผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่มักแนะนำว่า “อย่ามีลูกเลย” เพราะติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 30 2. วิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถลดการตีตราตนเองได้เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล มีข้อค้นพบหลักคือ การเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย คือ การเปลี่ยนแปลงความคิดใหม่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเอง และการปรับตัวเข้ากับสังคมการศึกษานี้เป็นประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่จะนำผลวิจัยไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในคลินิกของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถเขาสูระบบได้เร็ว ลดการแพร่กระจายของเชื้อ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร ปที่ 11 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564))

นาวา ผานะวงศ์ ศึกษาผลการใช้โปรแกรมลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2562 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา วิธีการแก้ไขปัญหและนำวิธีการ แก้ไขปัญหาไปใช้ในการลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีการดำเนินการวิจัยดำเนินการในช่วง มีนาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2562 แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 สํารวจข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) โดยการศึกษาสภาพปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการ จำนวน 205 คน และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับบริการในคลินิก ARV โรงพยาบาลอากาศอำนวย จำนวน 124 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Smart Phone หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น วิเคราะห์ ความถี่และร้อยละ ผ่านโปรแกรม Redcap ระยะที่ 2 ศึกษาวิธีการแก้ไขปัญหการตีตราและเลือกปฏิบัติโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการ ในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จำนวน 205 คน ระยะที่ 3 นำไปใช้ในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยนำผลจากกิจกรรมที่ 4-5 ไปปรับปรุงงานสู่การปฏิบัติ ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่าเจ้าหน้าที่มีสัดส่วนผู้ที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการ ให้บริการร้อยละ 61.64 สัดส่วนผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ ร้อยละ 87.86 สัดส่วนการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติ ระหว่างการให้บริการ ร้อยละ 66.14 และสัดส่วนการสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่าง การให้บริการ ร้อยละ 20.51 ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการในคลินิก ARV ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาจากข้อคำถามที่ว่า มี เหตุการณ์ต่อไปนี้ เกิดขึ้นกับท่านเพราะว่าท่านเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (เกิดขึ้นที่สถานบริการสุขภาพ/ โรงพยาบาลใดก็ตาม) พบว่าสัดส่วนการเคยมีประสบการณ์ เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการร้อยละ 22.58 สัดส่วนการเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลเนื่องจากการตีตรา ตนเอง ร้อยละ 37.10 สัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เคยถูกเปิดเผยสถานภาพความลับ ร้อยละ 17.21 สัดส่วนเคย ถูกตีตราและ เลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ร้อยละ 7.56 ผลการศึกษาระยะที่ 2 และระยะที่ 3 พบว่า จากการนำโปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในหน่วยบริการมาใช้ในการอบรมเจ้าหน้าที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าถ้าเหตุการณ์เกิดกับตนเองคงไม่ พังพอใจและรู้สึกด้อยค่า อาจมีผลกระทบต่อผู้ให้บริการ และองค์กรอาจถูกร้องเรียน จึงมีความจำเป็นที่จะต้อง มีแนวทางแก้ไขร่วมกัน จัดให้มีการสื่อสารนโยบายในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติจัดการแก้ไขปัญหที่ ยุ่งยากโดยมีแนวทาง และข้อตกลงร่วมกัน นำเข้าสู่วาระการประชุมของทีมงานคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อลงมติ รับรองออกแนวทางปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการตีตราตนเองจะเห็นได้ว่า การตีตราตนเองเป็น ผลกระทบส่วนหนึ่งของตราบาป โดยเฉพาะตราบาปอันเกิดจากการที่ถูกสังคมตีตรา ซึ่งผู้ติดเชื้อที่มีพฤติกรรม ส่งผลกระทบกับครอบครัว ชุมชน สังคม เช่น เสี่ยงดัง พุดจาหยาบคาย ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น

เป็นคุณลักษณะที่แปลกและไม่ตรงตามค่านิยมของสังคมส่วนใหญ่ ยิ่งเป็นกลุ่มที่ใช้สิ่งผิดกฎหมาย ก็จะถูกตีตรา และแบ่งแยกจากสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่สิ่งผิดกฎหมาย เช่น ผู้ป่วยติดสารเสพติดจะถูกตีตรามากกว่าผู้ป่วยจิตเภท (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000)

รูปแบบและการแสดงออกของการตีตรา

การตีตราตนเอง (Self-stigma) จากการที่ผู้ติดแอลกอฮอล์ต้องรับแรงกดดันจากสังคมที่มักตำหนิผู้ติดแอลกอฮอล์ จนผู้ติดแอลกอฮอล์เกิดการตีตราตนเอง (Self-stigma) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่สังคมคิดและรู้สึกด้านลบกับผู้ติดแอลกอฮอล์ (Social Stigma) โดยมองอย่างเหมารวม (Stereotype) ว่าผู้ติดแอลกอฮอล์แตกต่างจากคนทั่วไป นำไปสู่ความเชื่อที่อคติ (Prejudiced) เช่น ผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นภาระของสังคม มีปัญหาด้านจิตใจ การดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม (Link et al., 1999; Room, 2005) สกปรก/รุงรัง มีประวัติ อาชญากรรม ลักขโมย (Room, 2001) หรือเป็นบุคคลที่ไม่สามารถคาดเดาการได้ เป็นอันตรายมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Schomerus, Holzinger et al., 2010) นำไปสู่การเลือกปฏิบัติหรือแบ่งแยกจากคนทั่วไป (Discrimination) เพราะผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นกลุ่มคนที่ถูก สังคมรังเกียจและปฏิเสธอย่างมาก (Baldwin, Marcus, & De Simone, 2010; Link et al., 1999) หากผู้ติดแอลกอฮอล์รับรู้ปฏิกิริยาทางด้านลบ (Perceived stigma) จากสังคมที่มีต่อตนเองซ้ำๆ จนก่อให้เกิดความรู้สึกผิดและความรู้สึกอับอายขึ้นภายในตนเอง จนนำไปสู่การเกิดการซึมซับและหันเหความคิดและความรู้สึกด้านลบนั้นเข้าหาตนเองนั่นคือ การตีตราตนเอง (Self-stigma) ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดื่ม ทำให้เกิดการกลับดื่มซ้ำ (Matthews, Dwyer, & Snoek, 2017; Schomerus, Corrigan et al., 2011) นอกจากนั้นการขาดแรงจูงใจหรือแรงสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรมการดื่ม ประกอบกับการมีลักษณะบุคลิกภาพที่ บกพร่อง ขาดความมั่นใจ มีภาวะอารมณ์ด้านลบ เช่น คับข้องใจ โกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือการมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น คู่สมรส เพื่อน ผู้ร่วมงาน ฯลฯ มักเกิดการโต้เถียงเป็นอารมณ์ซึ่งกันและกัน เป็นเหตุชักนำให้การควบคุมพฤติกรรมการดื่มล้มเหลว (Marlatt & Donovan, 2005)

2) ปัจจัยด้านร่างกาย (Physiological factor) การหยุดดื่มทันทีทันใด หรือการขาดแอลกอฮอล์จะส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยจะทำให้เกิดอาการแสดงได้หลากหลาย รูปแบบทั้งจากการที่มีการเพิ่มขึ้นของระบบ glutamate และอาการอยาก (craving) จากการติดทางจิตใจ ดังนั้นผู้ติดแอลกอฮอล์จึงมักกลับมาดื่มซ้ำเพื่อลดอาการเหล่านั้น นอกจากนี้การกลับมาดื่มซ้ำยังอาจเกิดจากอีกหลายกลไก เช่น จากความเครียดและการได้รับแอลกอฮอล์ปริมาณน้อยๆ จะไปกระตุ้นให้เกิดการหลั่ง dopamine หรืออาจเกิดจากสิ่งกระตุ้นอื่นๆ เช่น การได้กลิ่นหรือมองเห็นซึ่งจะไปมี ผลกระตุ้นการหลั่ง glutamate และเพิ่ม surface expression ของ glutamate receptors ส่งผล ให้อยากกลับมาดื่มแอลกอฮอล์อีก (อารยา ศุภวัฒน์ และคณะ, 2558) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สภาวะแวดล้อมทางสังคมและการเผชิญ สถานการณ์เสี่ยงเฉพาะบุคคล ดังนี้ 1) สภาวะแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การถูกสังคมตีตรา (Social Stigma) มีผู้ติดแอลกอฮอล์หลายรายใช้ความพยายามอย่างหนักในเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อที่จะกลับมาเป็น “คนดี” แบบที่สังคมคาดหวัง โดยต้องเผชิญกับความ

ทุกข์ทรมานภายหลังจากความพยายามควบคุมพฤติกรรมการดื่มอย่างจริงจัง เพื่อที่ต้องการกลับมาทำหน้าที่และบทบาทที่ดีของตนเองซึ่งเป็นเรื่องที่ยากเนื่องจากผู้ติดแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ต้องใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางสังคมเดิมๆ ที่มีการตีตราผู้ป่วยไปแล้ว ว่าเป็นคนไม่ดี ไม่รับผิดชอบ ไม่รักตัวเอง ภาพเหมารวมเชิงลบดังกล่าวนี้มีส่วนอย่างยิ่งต่อความเป็นไป ได้ในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจที่จะเลิกดื่มของผู้ป่วยกลับต้องล้มเหลวเมื่อรับรู้ว่ตนเองกลายเป็นคนไม่พึงปรารถนาสำหรับคนรอบข้าง ถูกกีดกันและตีตราให้กลายเป็นคนอื่น ถูกเหมารวมว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์ไม่มีทางที่จะเลิกดื่มได้สำเร็จและไม่สามารถก้าวพ้นจากมอดติของสังคมที่มีต่อ ผู้ป่วยได้ ความกดดันเหล่านี้จึงกลายเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาใช้แอลกอฮอล์เป็นที่พึ่งอีกครั้ง (Link et al., 1999; Room, 2005; นวพรรณ สามไพบูลย์ และคณะ, 2553) 2) สถานการณ์เสี่ยงเฉพาะบุคคล ได้แก่ การประกอบอาชีพที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า หรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีตัวกระตุ้น เช่น บริเวณใกล้เคียงสะพานบ้านมีร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพราะแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดไม่ผิดกฎหมาย จึงหาซื้อได้ง่าย อีกทั้งมีสื่อโฆษณามากมายเพื่อจูงใจใน รูปแบบต่างๆ ให้เกิดการอยากลองและอยากดื่มซ้ำ (นวพรรณ สามไพบูลย์ และคณะ, 2553) หรือการ อยู่ในสถานการณ์แรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนหรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยวนกลับไปดื่มอาจเป็นได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรง เช่น เพื่อนที่ดื่มพูดชักชวน ทางอ้อม เช่น เจอเพื่อนกำลังดื่มทำให้ผู้ป่วยเกิดความอยากและกลับไปดื่มซ้ำ (Marlatt & Donovan, 2005) กล่าวโดยสรุป การตีตราตนเอง (Self-stigma) เป็นปัจจัยภายในด้านจิตใจ (Psychological factor) ที่เป็นสาเหตุหลักของการกลับติดซ้ำในผู้ติดแอลกอฮอล์ การที่สังคมคิดและรู้สึกด้านลบกับผู้ติดแอลกอฮอล์ (Social Stigma) เป็นแรงกดดันจากสังคม โดยมองอย่างเหมารวม (Stereotype) และมีความเชื่อที่อคติ (Prejudiced) ว่าผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นตัวยุปัญหาและเป็นภาระของสังคม จนนำไปสู่การเลือกปฏิบัติหรือแบ่งแยกจากคนทั่วไป (Discrimination) หากผู้ติดแอลกอฮอล์รับรู้ปฏิกิริยาทางด้านลบ (Perceived stigma) จากสังคมที่มีต่อตนเองซ้ำๆ จนก่อให้เกิดความรู้สึกผิด (Guilt) และความรู้สึกอับอายขึ้นภายในตนเอง (Shame) ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดการซึมซับ (Internalized) และหันเหความคิด ความรู้สึกด้านลบนั้นเข้าหาตนเอง จนกระทั่งนำไปสู่การตีตรา ตนเองในที่สุด ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ความสามารถในการเลิกดื่ม และเกิด การกลับดื่มซ้ำๆ (Schomerus et al., 2011) อีกทั้งการตีตราตนเองยังเป็นเหตุให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ เข้ารับการรักษาล่าช้า (Keyes et al, 2010) หรือไม่เข้ารับการรักษา เพราะกลัวการถูกตีตรา กลัวการสูญเสียภาพลักษณ์ และกลัวถูกการเลือกปฏิบัติ (Corrigan, 2004) ส่งผลให้มีอาการรุนแรงเรื้อรังและ ซ้ำซ้อนมากขึ้น (Schomerus, 2014) จนต้องใช้เวลารักษาที่ยาวนานและสูญเสียงบประมาณในการ รักษาเป็นจำนวนมาก

นพดล วาณิชถิติ และคณะ (สุทธา สุปัญญา ปทานนท์ ขวัญสนิท นพพร ต้นตริรังสี พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์) ได้ศึกษาระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษาของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชที่พบบ่อยในประเทศไทยและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเข้ารับบริการ โดยใช้ข้อมูลการสำรวจระดับจิตเวชของคนไทยระดับชาติครั้งล่าสุด (พ.ศ. 2556) ซึ่งสำรวจในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปทีอาศัยในครัวเรือนที่ได้รับการสัมภาษณ์

ด้วยแบบสัมภาษณ์ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย เพื่อวิเคราะห์ ระยะเวลาก่อนการเข้าสู่การรักษาของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชของโรคจิตเวชที่พบบ่อย เช่น กลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ และกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติด การวิเคราะห์หาความแตกต่างของระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษาโดยนับจากช่วงที่มีอาการครั้งแรกของโรคจิตเวชแต่ละโรค และความแตกต่างในการเข้าสู่การรักษาระหว่างเพศ อายุ และ ภูมิภาค พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่มีอาการครั้งแรกของโรคจิตเวชจนเข้าสู่การรักษาคือ 10 ปี โดยพบระยะเวลานานที่สุด ในโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและโรคกลัวที่ชุมชน ใช้เวลา 18.6 ปี และ 17.8 ปี ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยก่อนเข้าสู่การรักษาสั้นที่สุดพบในผู้ที่มีโรควิตกกังวลไปทั่ว (2.0 ปี) และโรคซึมเศร้า (2.7 ปี) ผู้หญิงเข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย แต่มักจะไม่เข้ารับรักษาหากมีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย การเข้าสู่บริการของผู้ที่มีโรคจิตเวชไม่มีความแตกต่างในแต่ละภูมิภาคของประเทศ ซึ่งระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษาในผู้ที่มีโรคจิตเวชที่พบบ่อยของประเทศไทยค่อนข้างนาน อาจส่งผลเสียต่อผลลัพธ์การรักษา ซึ่งควรคำนึงถึงการลดระยะเวลาก่อนการได้รับการรักษาในการพัฒนาระบบบริการจิตเวชของประเทศ การวิเคราะห์เพื่อหาระยะเวลาการเข้าสู่บริการของกลุ่มตัวอย่างตามรายโรค ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน อายุเฉลี่ย อายุที่น้อยและมากที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ระบบบริการ การศึกษานี้คัดเลือกข้อมูลของตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์โรคจิตเวชที่พบบ่อย (common mental disorders) คัดเลือกมาเฉพาะกลุ่มโรควิตกกังวล (any anxiety disorders) ได้แก่ โรควิตกกังวลไปทั่ว (generalized anxiety disorder; GAD) โรคแพนิก (panic disorder) โรค กลัวที่ชุมชน (agoraphobia) และโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder; PTSD) กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (any affective disorders) ได้แก่ โรคซึมเศร้า (major depressive episode) และภาวะแมนี/ไฮโปแมนี (manic/hypomanic episode) และกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด (substance use disorders) ได้แก่ ความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย (illicit drug use disorders) ภาวะดื่มสุราแบบอันตราย (alcohol abuse) และภาวะติดสุรา (alcohol dependence) และนำมาวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการเข้าถึงบริการ โดยในขั้นตอนแรกนำมา วิเคราะห์แบบถดถอย (regression analysis) กับเพศ และอายุเพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของอัตราการเข้าสู่บริการ และความสัมพันธ์นี้จะเปลี่ยนแปลงไป หรือไม่อย่างไรหากได้ทำการวิเคราะห์โดยจัดการกับปัจจัยรบกวนทางประชากรศาสตร์ ต่อจากนั้นได้ทำ การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) ระหว่าง ภูมิภาคที่อาศัยและการเข้าสู่บริการ และเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยภายหลังด้วยวิธี Bonferroni เพื่อดูลักษณะความสัมพันธ์ของการแปรปรวน สถิติทั้งหมดถูก วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม STATA 1,413 ผล จากครัวเรือนทั้งหมด 6,360 ครัวเรือนที่ ได้รับการสุ่มเพื่อเป็นตัวแทนของประชากรไทยจากทุก ภูมิภาคและกรุงเทพฯ มีตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การ สุ่ม 4,878 คนคิดเป็นร้อยละ 76.7 โดยมีผู้นิยาม เข้าร่วมโครงการ 4,766 คน คิดเป็นร้อยละ 74.9 และ สัมภาษณ์ครบถ้วนจนสามารถวิเคราะห์ผลได้ 4,727 คน คิดเป็นอัตราตอบรับ (response rate) ร้อยละ 74.3 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์จนครบถ้วนเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่า และมีงาน

ทำมากที่สุด ความชุกตลอดชีพ ของกลุ่มโรคจิตเวชที่พบบ่อยในประชากรไทยและประมาณการจำนวนประชากรในแต่ละโรคของการสำรวจครั้งนี้ในภาพรวมพบว่าความชุกของโรคจิตเวช ที่พบบ่อยถึงร้อยละ 32.3 โดยพบความชุกของความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 18.0 ส่วนความชุกในกลุ่มโรควิตกกังวลและกลุ่มความผิดปกติ ทางอารมณ์พบร้อยละ 3.1 และร้อยละ 1.9 ตามลำดับ ประมาณการได้ว่าประชากรในปีนั้น เกือบ 17 ล้านคน เคยมีโรคจิตเวชใดๆ อย่างน้อยหนึ่งโรคในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต เมื่อวิเคราะห์ระยะเวลา ก่อนได้รับการรักษา โดยคำนวณความแตกต่างของอายุเฉลี่ยเมื่อกลุ่มตัวอย่างพบผู้รักษาครั้งแรกกับอายุเฉลี่ย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเริ่มมีอาการครั้งแรก พบว่าผู้ที่มีโรคจิตเวชที่พบบ่อย มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนเข้าถึง บริการ ครั้งแรกโดยเฉลี่ย 10 ปี โดย PTSD มีระยะเวลาการ เข้าถึงบริการเฉลี่ยนานที่สุด 18.6 ปี ในขณะที่ GAD มีระยะเวลาการเข้าถึงบริการสั้นที่สุดเฉลี่ยประมาณ 2 ปี ในกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมใช้สุราและสาร เสพติดนั้นพบว่าผู้ที่มีภาวะ ดื่มสุราจะเข้าพบผู้รักษา 5.2 ปี กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์พบว่าเวลาเฉลี่ยก่อน ได้รับการรักษา คือ 3.2 ปี โดยผู้ที่มีโรคซึมเศร้าจะพบ ผู้รักษาประมาณ 2.7 ปีหลังเริ่มมีอาการ และผู้ที่มี ภาวะแมเนียจะมาพบแพทย์หลังเริ่มมีอาการประมาณ 3.4 ปี

Jan W de Lind van Wijngaarden กังวล กองแก้ว ฐิตอนันท์ นักป้อ สุภาณี พงษ์ เรืองพันธุ์ และ Kathryn Johnson ได้ศึกษาผลกระทบจากการตีตราตนเอง การถูกตีตราที่สามารถรับรู้ได้ การ ถูกตีตราผ่านประสบการณ์ของผู้อื่นและการถูกตีตราโดยตรง และผลกระทบจากการตีตราต่อพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มบุคคลข้ามเพศในหญิงข้ามเพศ ผลการศึกษาพบว่าผู้ร่วมวิจัยมีประสบการณ์การถูกละเมิด หลากหลายรูปแบบ ทั้งทางวาจา ทางจิตใจ และทางกายภาพ การตีตราตนเอง และการตีตรากันเองภายใน ชุมชนบุคคลข้ามเพศนั้นพบได้มาก เมื่อต้องประสบสถานการณ์การถูกตีตราผู้ร่วมวิจัยมักจะกล่าวโทษ สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่นในสังคม แต่กลับเชื่อว่าวิธีการแก้ไขปัญหาคือการปรับเปลี่ยนการแสดงออก ของหญิงข้ามเพศเองมากกว่า การศึกษานี้พบการตีตราและการเลือกปฏิบัติหลากหลายรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับ เอชไอวี ทั้งในขณะที่เข้ารับบริการด้านเอชไอวี และบริการด้านสุขภาพอื่นๆ กลยุทธ์ในการรับมือการตีตรา และเลือกปฏิบัติในภาคสาธารณสุข ผู้ร่วมการวิจัยมักเลือกใช้การเพิกเฉยเป็นหลัก เนื่องจากรู้สึกจำเป็นต้อง พึ่งพาบริการสุขภาพและบริการทางการแพทย์จากบุคคลที่ตีตราพวกเขา การวิจัยครั้งนี้เสนอว่า บุคคลข้ามเพศ ควรทำความเข้าใจถึงกลไกเชิงโครงสร้าง วัฒนธรรมและสถาบันต่างๆ ในสังคม ที่ส่งผลต่อการปลูกฝัง หนุน เสริมและตอกย้ำการตีตรา ทั้งในระดับอัตบุคคลและระหว่างบุคคล จึงมีความจำเป็นในการขับเคลื่อนเชิง นโยบาย เพื่อเสริมสร้างอิสรภาพทางสังคมให้แก่บุคคลข้ามเพศในสังคมไทย โดยเริ่มจากการปฏิรูปด้าน กฎหมาย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านเอชไอวี พบว่า การตีตราจะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นในกลุ่ม ผู้หญิงข้ามเพศ ที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ แม้ในบริบทของพื้นที่ที่มีความ อดทนอดกลั้นต่อความแตกต่าง หลากหลายและเปิดกว้างอย่างเมืองพัทยา (โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (2563) เรื่องราวแห่งการตีตรา: การศึกษาการตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อ กลุ่มบุคคลข้ามเพศในประเทศไทย ขณะเข้ารับบริการด้านสุขภาพ และบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กรุงเทพฯ โครงการพัฒนาแห่ง สหประชาชาติ)

ตราบาปเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลเกิดเป็นปฏิกิริยาต่อผู้ที่มีความแตกต่างไปจากผู้ที่มีความแตกต่างไปจากผู้อื่น ผู้ที่มีคุณลักษณะปรากฏออกมาขัดกับคุณลักษณะที่สังคมอยากให้ เป็น จะทำให้บุคคลดังกล่าวไม่เป็นที่ยอมรับ ถูกแบ่งแยก กีดกัน ลดโอกาสในการดำเนินชีวิตในสังคม ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ที่ถูกตีตรา ทำให้รู้สึกด้อยค่า น่าอับอาย **ทฤษฎีการประทับตรา (Labelling theory)** labeling theory เป็นหนึ่งในทฤษฎีที่พยายามอธิบายว่าทำไมคนบางคนถึงกลายเป็นคนเลว ยุคโบราณนักโทษที่จะพ้นโทษต้องถูกสักที่หน้าผากหรือส่วนสำคัญของร่างกายเพื่อเป็นสัญลักษณ์แสดงให้คนภายนอกรู้ว่า เขาเคยเป็นนักโทษหรืออาชญากรมาก่อน เพื่อให้คนอื่นระมัดระวังตระหนักถึงภัยที่จะมาถึงตัว นั่นคือการตีตราบาปหรือประทับตราในเชิงกายภาพ ปัจจุบันแม้ไม่มีการประทับตราแบบนี้แต่การประทับตราบาปลงบนจิตใจหรือความรู้สึกของผู้กระทำผิดก็ยังคงมีอยู่ “ทฤษฎีการประทับตรา” เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “ทฤษฎีการกระทำตอบโต้ทางสังคม” (Social reaction theory) มีสาระสำคัญว่า การกระทำใดใดก็ตามที่เป็น “พฤติกรรมเบี่ยงเบน (Deviant behavior)” ไม่ได้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมนั้นโดยตรง แต่เป็นแนวโน้มที่คนส่วนใหญ่มีการประทับตราในเชิงลบให้กับพฤติกรรมนั้นๆ ที่เขาเห็นว่าผิดแผกแตกต่างไปจากบรรทัดฐานที่สังคมคาดหวังหรือต้องการให้เป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนในมุมมองของทฤษฎีนี้เน้นที่ปฏิกิริยาของสังคมที่มีต่อผู้กระทำผิดมากกว่าเนื้อหาสาระของการกระทำนั้นโดยตรง ได้รับการพัฒนาจากแนวคิดของ Howard S. Becker นักสังคมวิทยาชาวชิคาโก ปี 1963 โดยหัวใจหลักของทฤษฎีนี้คือ "การที่คนเราสังคมตีตราว่าเป็นคนเลว ทำให้เกิดการผลักดันให้เป็นคนเลว"

ข้อค้นพบและงานวิจัยหลายงาน สะท้อนถึงความสัมพันธ์ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการเสริมสร้างความรู้สึกรับคุณค่าในตนเอง ว่า สามารถลดตราบาปได้ เช่น Mueller และคณะ ได้ศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ตราบาป พบว่าเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนช่วยเหลือ มีอิทธิพลอย่างมากต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายนการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้ Sibitz และคณะ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการต่อสู้กับการเกิดตราบาป และมีการเกิดตราบาปอยู่ในระดับต่ำ

แนวคิดและทฤษฎีการตีตรา หรือทฤษฎี การระบายสีให้แก่ความชั่วร้าย (Dramatization of evil) แฟรงค์แทนเนนบาม (Frank Tannenbaum) เป็นคนแรกที่ริเริ่มใช้คำว่า การระบายสีให้แก่ ความชั่วร้ายเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมอาชญากรรมและ พฤติกรรมเบี่ยงเบน ซึ่งประโยคดังกล่าวมีความหมายตรงกับ “ทฤษฎีการตีตรา (Label Theory)” แกนของทฤษฎีนี้อยู่ที่ขั้นตอนสุดท้าย ของกระบวนการตีตราแทนเนนบามชี้ว่าทางออกของ ปัญหาการตีตรา คือ เราจะต้องปฏิเสธการระบายสี ให้แก่ความชั่วเหมือนที่เคยทำมา โดยกระบวนการ ยุติธรรม จะต้องใช้ความพยายามรณรงค์เรื่อง การเลิกระบายสีให้แก่ความชั่วโดยการใช้องค์กรการปรับเปลี่ยนแบบต่าง ๆ ในปัจจุบันโรคเอดส์ นับได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ในทุกมิติทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งการสื่อสารผ่านภาพสะท้อนที่ถูกสร้างขึ้นมา เพื่อให้เกิดการจดจำความหมายภาพตัวแทนของ โรคเอดส์ก็ยังไม่ได้รับการสื่อสารผ่านการถูกสร้างขึ้น ใหม่ เพื่อลบเลือนภาพเก่าที่เปลี่ยนแปลงไป จึงส่งผล ให้ผู้ติดเชืวยังคงได้รับผลกระทบจากมิติด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ที่นับได้

ว่าเป็นมิติที่ส่งผลกระทบ อย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มองว่า เป็นโรคร้ายแรงยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ทำให้หวาดกลัวต่อความตายการถูกมองจากสังคมว่าเป็นผู้เลวทราม ประพจน์ผิดศีลธรรม มีพฤติกรรมส่ำสอน ทางเพศ อันเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื่อตามมา ทฤษฎีการติตรา ของโฮเวิร์ด เบคเคอร์ (Howard Saul Becker) นักสังคมวิทยาผู้มีส่วนก่อตั้ง ทฤษฎีการติตรา ในปีค.ศ. 1963 ได้ให้ความเห็นว่า การเปี่ยงเบนไม่ 'เกี่ยวกับคุณภาพของพฤติกรรม แต่เกี่ยวข้องกับผลจากปฏิกิริยาตอบโต้ทางสังคม ดังนั้นเบคเคอร์ จึงจัดกลุ่มความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบทางสังคม เบคเคอร์ เห็นว่าบุคคลทุกคนในสังคมไม่ว่าในเวลาใด ก็อาจถูกติตราว่าเป็นผู้เปี่ยงเบนได้เบคเคอร์อธิบายว่า กลุ่มทางสังคมเป็นตัวการสำคัญในการสร้าง พฤติกรรมเปี่ยงเบน โดยการสร้างกฎเกณฑ์ขึ้นมา เป็นผลทำให้ผู้ที่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์นั้น ต้องกลายเป็น ผู้มีพฤติกรรมเปี่ยงเบน

กัลยาณี จันธิมา ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ วีรพล จันธิมา (2562) ศึกษาสถานการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื่อเอชไอวี และผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อสำรวจและติดตามสถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเอชไอวี หรือเอดส์ ใน 3 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 9 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลปี 2560 และ 2562 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ สุ่มตัวอย่างแบบหลายระดับ จำนวน 648 ราย ในปี 2560 และ 435 ราย ในปี 2562 2) กลุ่มผู้ติดเชื่อเอชไอวีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ สุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล จำนวน 642 ราย ในปี 2560 และ 618 ราย ในปี 2562 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ผลการเปรียบเทียบข้อมูลปี 2560 และ 2562 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพมีการติตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีไม่แตกต่างกัน ความกลัวว่าจะติดเชื่อในขณะดูแลผู้ติดเชื่อเอชไอวีเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 56.0 เป็นร้อยละ 57.8 เคยมีทัศนคติติตราต่อผู้ติดเชื่อเอชไอวีเพิ่มจากร้อยละ 78.6 เป็นร้อยละ 80.0 ด้านผู้ติดเชื่อเอชไอวีเคยหลีกเลี่ยงการไปรับบริการลดลงจากร้อยละ 13.0 เป็นร้อยละ 7.7 การติตราตนเองภายในเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.4 เป็นร้อยละ 50.5 การติตราและเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื่อเอชไอวีในผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2562 สูงกว่าข้อมูลในปี 2560 การที่ผู้ติดเชื่อเอชไอวีไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่เหมาะสม อาจทำให้เสียชีวิตหรือ แพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ ดังนั้น ควรขยายพื้นที่การดำเนินงานพัฒนาองค์ประกอบหลักของการติตราและเลือกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการ สามารถนำไปใช้โดยกลุ่มประชากรหลักเพื่อลดการติตราตนเอง และส่งเสริมสิทธิในการเข้าถึงการป้องกันดูแลรักษาให้มากขึ้น

การติดแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบทั้งปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญหาครอบครัว รวมถึง ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ การเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence) เป็นสาเหตุหลักอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year: DALY) และการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability: YLD) เป็นสาเหตุก่อให้เกิดความรุนแรงภายในครอบครัวและสังคม โดยพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับคดีอาญา เช่น การทำร้ายร่างกาย การชิงทรัพย์ การข่มขืน

หรือทารุณกรรมเด็ก เป็นต้น และหากดื่มเป็นระยะเวลานานก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต (สำนักงานพัฒนา
นโยบายสุขภาพระหว่าง ประเทศ 2556;2557) โดยนำไปสู่การมีโรคจิตเวชร่วมด้วยถึงร้อยละ 68.8 (บุญศิริ
จันศิริมงคล และคณะ, 2556) แอลกอฮอล์เป็นสะพานเชื่อมไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตอื่น (นันทวัช สิริธรรักษ์ และ
คณะ, 2555) และนำไปสู่โรคติดเชื้อมีแรง เช่น วัณโรค โรคเอดส์ เป็นต้น (Lonnroth et al., 2008; Rehm
et al, 2009) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มและการกลับดื่มซ้ำ เนื่องจากแอลกอฮอล์มี
ผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง เกิดกลไกการเสพติดของสมองและจิตใจ ผู้ดื่มจะเกิดความรู้สึก
เคลิบเคลิ้ม พึงพอใจ มีความสุขที่ได้ดื่ม จึงแสวงหาการดื่มซ้ำจนเรื้อรัง หากหยุดดื่มจะเกิดภาวะขาด
แอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกายและเกิดอาการอยากอย่างรุนแรง
(craving) จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้จึงต้องหันกลับมาดื่ม
ซ้ำอีก เพื่อหยุดหรือลดความทุกข์ทรมานจากภาวะขาดแอลกอฮอล์ ประกอบกับความเครียดเนื่องจากต้องรับ
แรงกดดันของสังคมที่มีต่อพฤติกรรมบกพร่องที่เป็นผลมาจากการดื่ม จนกลายเป็นปัญหาและอุปสรรคในการ
ดำเนินชีวิตของผู้ติดแอลกอฮอล์ เกิดเป็นปฏิกิริยาทางลบของสังคมที่มีต่อผู้ติดแอลกอฮอล์ อย่างเหมารวม
(Stereotype) และมือคติ (Prejudice) ว่าแตกต่างไปจากคนทั่วไป พบว่าผู้ติดแอลกอฮอล์ถูกจัดอันดับว่าเป็น
บุคคลที่ “สกปรกและรุนแรง” และ/หรือมีประวัติอาชญากรรมการลักขโมย เป็นบุคคลที่ไม่สามารถคาดเดา
อาการได้ หรือเป็นอันตรายมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Room et al. ; 2001 Schomerus,
Holzinger et al. ; 2010) ในประเทศไทย ก็พบการตีตราผู้ติดแอลกอฮอล์ เช่น การเรียกผู้ติดแอลกอฮอล์ว่า
“ขี้เหล้า” และตีตราเหมารวม (รับรู้มโนทัศน์ทางสังคม) ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นคนขี้เหล้าอยู่ในระดับรุนแรงมาก
(วัชรินทร์ พันธุ์เทศ และ มานพ คณะโต, 2559 ; นรากร สารีแท้ และคณะ ,2561) ตั้งข้อรังเกียจว่าเป็นคนที่
อันตราย ไม่น่าคบ น่ารังเกียจ การตีตราจากสังคมส่งผลกระทบต่อผู้ถูกตีตรา เช่น ทำให้ถูกจำกัดสิทธิและ
โอกาสต่างๆ (Room, 2005) ถูกปฏิเสธการจ้างงาน (นรากร สารีแท้ และคณะ, 2561) เพื่อนบ้านหรือคน
รอบข้างรังเกียจ (เอกอุมา วิเชียรทอง และคณะ, 2550) การตีตราแบ่งได้เป็น ประเภท ได้แก่ การตีตราตนเอง
(Internalized stigma หรือ Self-stigma) คือ การตีตราจากครอบครัว การตีตราจากสังคม และการตีตรา
จากบุคลากรสุขภาพ (Corrigan, 2004; Corrigan, Watson, & Barr, 2006) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผิด
(Guilt) และรู้สึกอับอายเกิดขึ้นภายในตนเอง (Dragisic Labas, 2016; Matthews et al., 2017) ความรู้สึกที่
เกิดขึ้นเป็นภาวะกดดันกดดันคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย จนผู้ป่วยยอมรับสถานการณ์ เห็นด้วยและคล้อยตาม
ว่าตัวเองไม่ดี แตกต่าง ไม่เท่าเทียม จนรังเกียจตนเองและสมควรแล้วที่ตนเองจะต้องยอมรับสิ่งเหล่านี้ การตี
ตราในทุกประเภทเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเข้ารับบริการ หรือเข้ารับการรักษาล่าช้า (Keyes et al,
2010; Schomerus, Corrigan et al., 2011) เพราะกลัวการถูกตีตรา กลัวสูญเสียภาพลักษณ์ กลัวถูกเลือก
ปฏิบัติ (Corrigan, 2004) ส่งผลให้มีอาการรุนแรงเรื้อรังและซับซ้อนมากขึ้น จนต้องใช้เวลารักษาที่ยาวนาน
ส่งผลกระทบต่อครอบครัว เนื่องจากผู้ติดแอลกอฮอล์ถูกมองว่าเป็นภาระ เป็นปัญหาแก่ครอบครัว ครอบครัว
เกิดความกังวล อับอาย เป็นสาเหตุของการเกิดความเครียดในครอบครัว (Marshall, 2013) เกิดความยุ่งยาก
ซับซ้อนในการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์มากขึ้น

สาเหตุที่เป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ความสามารถในควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองทำให้เกิดการกลับดื่มซ้ำ มาจากการที่ผู้ติดแอลกอฮอล์มีการตีตราตนเอง (Matthews, Dwyer, & Snoek, 2017; Schomerus, Corrigan et al., 2011) สอดคล้องกับ การศึกษาของ นวพรรณ สามไพบูลย์ และคณะ (2553) ที่ทำการศึกษผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังกับความเจ็บป่วยของสังคมไทย พบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์หลายรายใช้ความพยายามอย่างหนักในเลิกดื่ม แอลกอฮอล์เพื่อที่จะกลับมาเป็น “คนดี” แบบที่สังคมคาดหวัง โดยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานอย่างหนักจากความพยายามเลิกดื่มอย่างจริงจัง เพื่อต้องการกลับมาทำหน้าที่และบทบาทที่ดีของตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากผู้ติดแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ต้องใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางสังคมเดิมๆ ที่มีการตีตราผู้ป่วยไปแล้วว่า เป็นคนไม่ดี ไม่รับผิดชอบ ไม่รักตัวเอง ภาพเหมารวมเชิงลบดังกล่าว มีส่วนอย่างยิ่งต่อการเข้ารับการรักษา และความเป็นไปได้ในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจที่จะเข้ารับการรักษา หรือจะเลิกดื่มของผู้ป่วยกลับต้องล้มเหลว เมื่อรับรู้ว่าเป็นคนไม่ดีพึงปรารถนาสำหรับคนรอบข้าง ถูกกีดกัน และตีตราให้กลายเป็นคนอื่น ถูกเหมารวมว่าไม่มีทางที่จะเลิกดื่มได้สำเร็จ และไม่สามารถก้าวพ้นจากความอคติของสังคมที่มีต่อตนเองได้ ความกดดันเหล่านี้จึงกลายเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาใช้แอลกอฮอล์เป็นครั้งฟังก่อการ การไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม การดื่มของตนเองได้ ทำให้เกิดการกลับดื่มซ้ำ แม้เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูด้านจิตสังคมจนครบขั้นตอนแล้วก็ยังไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองได้ เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการ ดำเนินชีวิต เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกสังคมตีตราในระดับรุนแรง (วัชรินทร์ พันธุ์เทศ และ มานพ คณะโต, 2559) โดยมีหลักฐานยืนยันสถานการณ์ว่าสังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่ให้การยอมรับ และมองกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์ไปในทางลบ โดยตั้งข้อรังเกียจว่าเป็นคนที่อันตราย ไม่น่าคบ และน่ารังเกียจ (นรากร สารีเหล็ก และคณะ, 2561) ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดการรับรู้การตีตรา จนอาจเกิดการ ตีตราตนเองที่รุนแรงมากตามมา (Matthews, Dwyer, & Snoek, 2017; Schomerus, Corrigan et al., 2011) นามาซึ่งผลกระทบต่างๆ ทั้งต่อตัวผู้ติดแอลกอฮอล์ ครอบครัว และสังคมอย่างมากมาย แต่ทั้งนี้ยังไม่พบข้อมูลการศึกษา หรือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งจัดการ หรือแก้ไขปัญหาที่ เกี่ยวข้องกับการตีตราตนเองในผู้ติดแอลกอฮอล์อย่างครอบคลุม เนื่องจากยังขาดองค์ความรู้ว่าผู้ป่วย ในกลุ่มนี้มีการตีตราตนเองหรือไม่อย่างไร

นอกจากนี้ยังส่งผลต่อปัญหาต่อ ครอบครัวของผู้ติดสุราเช่นกัน เนื่องจากผู้ติดสุรามีพฤติกรรมและอารมณ์แปรปรวน เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด ควบคุมตนเองไม่ได้ ท าลายสิ่งของ และใช้ความรุนแรงในครอบครัว (บุษกร สมบูรณ์, สุนทรี ศรีโกสย, 2565) นอกจากนี้การติดสุรา ยังมีผลปัญหาการคุกคามผู้อื่นในชุมชน (วาริพร ชูศรี, บุตรี โรจน์พงศ์, จุฑามาศ พรหม มนตรี และสร้อยณี อุเสินยาง, 2561) อีกทั้งการติดสุรายังส่งผลให้ผู้ติดสุรากลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลบ่อย โดยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 3.56 ครั้งต่อคนและแบบผู้ป่วยในเฉลี่ย 1.82 ครั้งต่อคนคิดเป็น ต้นทุนตรงเฉลี่ยผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเท่ากับ 52,268.08 บาทต่อคนต่อปี ภาระเศรษฐกิจสาธารณสุขภาพรวมการ รักษาของกรมสุขภาพจิตปีพ.ศ.2561เท่ากับ 31,451.020 ล้านบาท (วัลลดา พุ่มไพศาลชัยและชิตชนก เรือน ก้อน, 2563) ซึ่งสถานการณ์ในการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย เท่ากับร้อยละ 28.0 ซึ่งหมายความว่าประมาณ เกือบ 3 ใน 10 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเคยดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา,2565) และจากผลสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในคนไทย พบผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราผิดปกติ 2.7 ล้านคน แยกเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย 1.8 ล้านคน และดื่มแบบติดแก้แค้นคน (สํานักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 2560) เพื่อให้เกิดการสอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ภาครัฐจึงมีมาตรการ ออกกฎหมายกระทรวง การอนุญาตขายสุรา พ.ศ. 2560 ซึ่งควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน เองและควบคุมการขาย มีการใช้กลยุทธ์การให้ความรู้ และการโน้มน้าว (education and persuasion strategies) ส่วนการบำบัดของผู้ติดสุรา ประเทศไทยมียุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติปีพ.ศ. 2554 2563 ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 3 คือ การลดอันตรายจากการบริโภค ซึ่งเป็นประเด็นมาตรการคัดกรองและบำบัดรักษา (สาวิตรี อัจฉนาศักดิ์กรชัย, อรทัย วลีวงศ์, 2563) จากจำนวนผู้ติดสุราที่มีจำนวนมากและผลกระทบของการติดสุราข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญ ในการดูแลผู้ติดสุรา โดยปัจจุบันการดูแลผู้ติดสุรายังให้ความสำคัญกับการบำบัดทางจิตสังคม เนื่องจากการ รักษาด้วยยาในบริบทของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดจากราคาที่สูง ดังนั้นการบำบัดทางจิตสังคมจึงเป็นการ รักษาหลักในการป้องกันการติดสุรา (ภรภัทร สิมะวงศ์ และคณะ,2564) โดยผลของการบำบัดขึ้นอยู่กับหลาย ปัจจัย เช่น ความรู้และทักษะของผู้ให้บริการ ความรุนแรงในการติดสุรา และปัญหาอื่นที่พบร่วม เช่น โรคทาง จิตเวช โรคทางกาย ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม (พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2554) ในส่วนของการบำบัดผู้ติดสุราไม่สำเร็จ หรือผู้บำบัดติดสุราไปดื่มสุราซ้ำ ๆ ได้แก่ สภาพแวดล้อมและบริบททาง สังคมที่เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสุราได้โดยง่าย เช่น การจำหน่ายสุราอย่างแพร่หลาย วัฒนธรรมการดื่มสุรา ในชุมชนที่ให้ความหมายของการดื่มสุราในทางบวก(สาวิตรี อัจฉนาศักดิ์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2557) การเกิดภาวะสมองติดสุราที่ทำ ำให้ไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้ บุคลิกภาพที่อ่อนไหวง่าย บุคลิกภาพแบบพึ่งพา ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น คิดโทษตัวเอง สูญเสียพลังอำนาจ ขาดความภาคภูมิใจ และขาดแรงจูงใจ และการขาดความสามารถในการควบคุมและจัดการตนเอง (พรทิพย์ คงสตัย, ศิริภรณ์ ชัยศรี, สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2556) นอกจากนี้การ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2559 พบผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราที่เข้ารับบริการสุขภาพ เพียง 168,729 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 6.13 (สํานักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ,2560) และ จากข้อมูลของผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษา ที่สถาบันบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี ปี พ.ศ. 2561-2564 มีจำนวนผู้ติดสุรามารับบำบัดรักษา 1,050 ราย 1,064 ราย 851 ราย และ 562 ราย ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2561-2564) สาเหตุของการเข้าบำบัดรักษาน้อย ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญในการบำบัด ขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาด แรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งการรักษาผู้ติดสุรายังเกิดภาวะขาดสุรา (alcohol withdrawal) หรือเมื่อหยุดดื่มจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและอาการอยากอย่างรุนแรง (craving) ส่งผลให้ผู้ดื่มส่วนใหญ่ หันกลับมาดื่ม สุราอีกครั้ง (relapse) (Clapp P, Bhavé SV, Hoffman PL.,2008) ซึ่งการรักษาผู้ป่วยติดสุรา จึงจ ำเป็นต้องมีการรักษาทั้งในเรื่องสุขภาพกาย สุขภาพใจ และการช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้ติด สุราสามารถเลิกได้ส่วนหนึ่งเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้รับ ขาดการสนับสนุนทางสังคม และมี แรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สุภา อัครจันทร์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์,

ภรภัทร เสงอุตมทรัพย์, 2560) และอีกปัจจัยหนึ่งของการบำบัดรักษาที่ประสบผลสำเร็จ คือ การเข้ารับการรักษาตามแพทย์นัดติดตาม แผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และการพบแพทย์หรือทีมผู้รักษาแบบสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องมีผลช่วยในการปรับพฤติกรรมที่เสี่ยงในการดื่มสุราลดลงได้เป็นอย่างดี (สิทธิพันธ์ ตันจักรวรานนท์, 2564)

ความชุกของผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นต่อผู้หญิงและผลกระทบ Callinan และคนอื่นๆ ได้ทำการศึกษาผลกระทบจากการดื่มของคู่สมรส เป็นการศึกษาใน ระดับนานาชาติ ผลกระทบและการลดลงของคุณภาพชีวิตในผู้หญิงใน 9 ประเทศ ประกอบด้วย ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา ไสแลนด์ ไทย ศรีลังกา อินเดีย ไนจีเรีย เวียดนามและสาธารณรัฐประชาชนลาว จากผู้หญิงที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 7,091 คน พบว่า ผู้หญิงมีการรายงานว่าคู่สมรสดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักจนเป็นอันตราย ร้อยละ 4 ในประเทศไนจีเรีย ถึงร้อยละ 33 ใน ประเทศเวียดนาม การดื่มอย่างหนักของนักดื่มในครัวเรือนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบ จากการดื่มของผู้อื่น นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้หญิงที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสที่มีการดื่มอย่างหนักจนมี ผลกระทบ มีความพึงพอใจในชีวิตที่ลดลง (Callinan et al., 2019) George และ Devi ได้ศึกษาเชิง คุณภาพในประเทศอินเดีย เพื่อทำความเข้าใจในประสบการณ์ชีวิตของผู้หญิงที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ชายที่มีความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์ (AUD) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เพื่อเลือกผู้หญิง ที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ชายที่เป็นโรคผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกบำบัดการเสพติด จำนวน 11 คน พบว่า ผู้หญิงต้องเผชิญกับปัญหานับไม่ถ้วน ทั้งสุขภาพที่ย่ำแย่ ความทุกข์ยาก ทางกาย ความบาดหมางในชีวิตสมรส ความปั่นป่วนทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ตึงเครียด และภาระทางการเงิน (George & Devi, 2022) Greenfield และคนอื่นๆ ได้มีการศึกษาแนวโน้มของ ผลกระทบจากการดื่มของผู้อื่นต่อครอบครัว จากการศึกษาในระดับชาติ 4 ครั้ง โดยการวิเคราะห์ แนวโน้มของผลกระทบในประชากรของประเทศสหรัฐอเมริกาในระยะเวลา 15 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000- 2015 โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จากกลุ่มตัวอย่าง 21,184 คน พบว่า ผลกระทบที่สำคัญคือ ปัญหาครอบครัว/การแต่งงาน ปัญหาทางการเงิน การถูกทำร้ายและการก่อวินาศกรรม ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากปี 2000 ถึงปี 2015 ($P<.001$) และมีผลกระทบที่ตามมา คือ ภาวะซึมเศร้า และ/หรือความวิตกกังวล ซึ่งเกิดจากการดื่มของคู่สมรส/คู่ครอง และ/หรือสมาชิกในครอบครัว การ ค้นพบซ้ำ คือ การดื่มอย่างหนักของเหยื่อมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการได้รับผลกระทบจากการ ดื่มของผู้อื่น (Greenfield et al., 2015) งานวิจัยของ Sundin และคนอื่นๆ ได้ศึกษาความชุกของ ผลกระทบร้ายแรงจากการดื่มของผู้อื่นเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและเพศหญิง เป็นสำรวจแบบ ภาคตัดขวางในประชากรทั่วไปของประเทศสวีเดน จำนวน 15,576 คน พบว่า ความชุกของผลกระทบ ร้ายแรงจากการดื่มของผู้อื่นในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาจากนักดื่มที่รู้จักและไม่รู้จักในผู้หญิง ร้อยละ 4.9 และร้อยละ 1.8 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าผู้ชาย ร้อยละ 1.9 และร้อยละ 1.2 ตามลำดับ การติดสุราเป็น ปัจจัยทำนายผลกระทบจากการดื่มของผู้อื่นสำหรับทั้งสองเพศ แต่ไม่มีความสัมพันธ์ของผลกระทบ ร้ายแรงจากนักดื่มที่รู้จักในเพศชายที่เป็นนักดื่มและผู้ที่ไม่ดื่มอย่างหนัก ขณะที่เพศหญิงที่เป็นนักดื่มและผู้ ที่ดื่มอย่างหนักมีประสบการณ์ของผลกระทบร้ายแรงจากนักดื่มที่รู้จัก ข้อสรุป ผู้หญิงต้องทนทุกข์ ทรมานบ่อยมากขึ้นจากการ

ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น ผู้ชายและผู้หญิงรายงานประสบการณ์ ของผลกระทบร้ายแรงที่แตกต่าง กันจากการดื่มของคนที่รู้จัก (Sundin et al., 2021)

การตีตราผู้ติดสุรา (Alcoholism Stigma) เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในการศึกษาทางสังคมและ จิตวิทยาในหลายทศวรรษที่ผ่านมา การตีตราผู้ติดสุราเป็นกระบวนการที่บุคคลในสังคมมองเห็นผู้ที่ติดสุราว่า เป็นบุคคลที่ด้อยค่า หรือมีปัญหาทางจิตใจและพฤติกรรม ซึ่งมักจะส่งผลต่อความรู้สึกทางด้านตัวตน การ ยอมรับในสังคม และการเข้าถึงการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟู

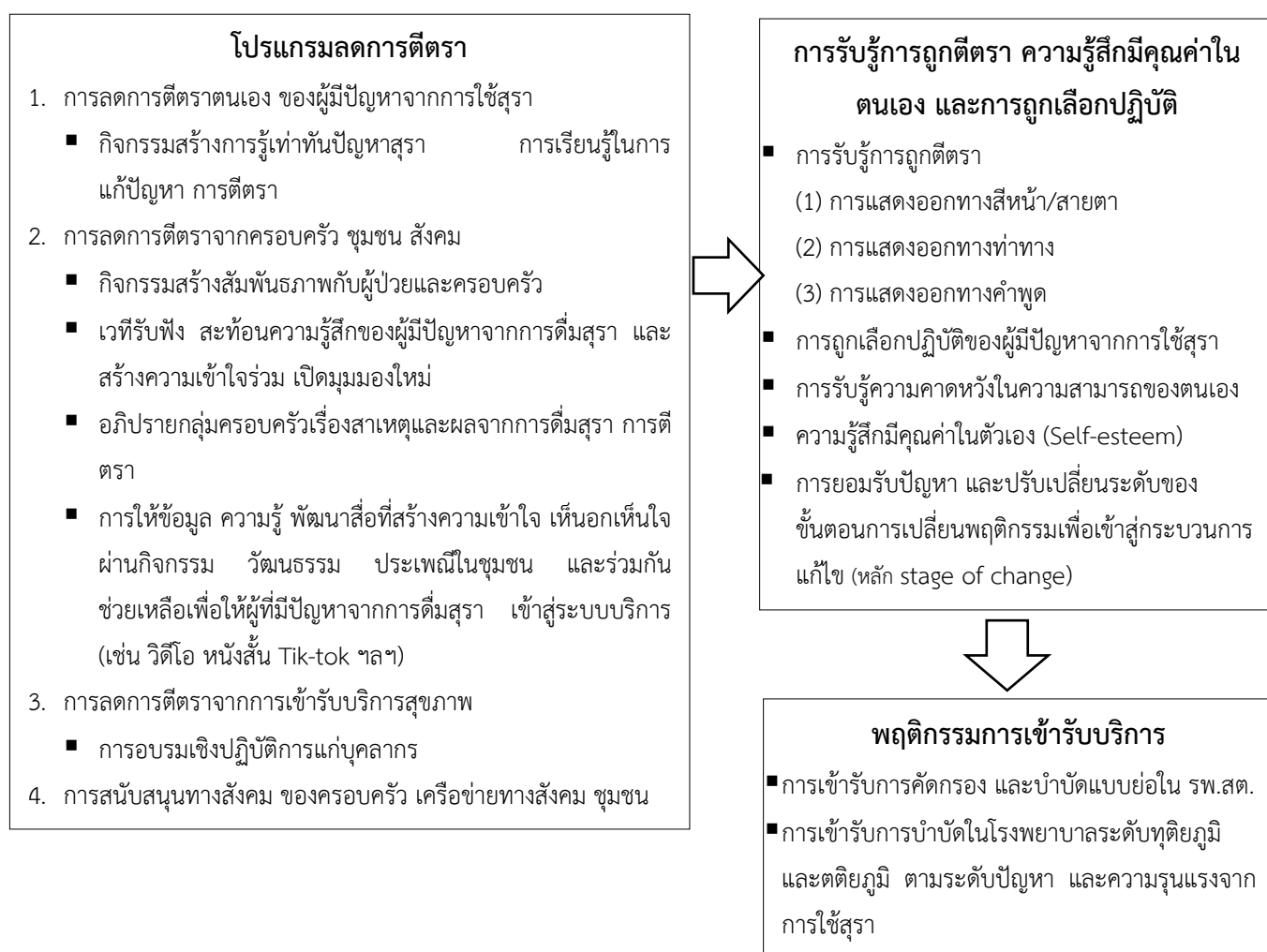
ผลกระทบด้านสุขภาพจิต การดื่มแอลกอฮอล์มากเป็นเวลานานจนกลายเป็น ผู้ติดแอลกอฮอล์ นำไปสู่ การถูกสังคมประณามจากการที่ไม่สามารถหยุดหรือเลิกดื่มได้ ทำให้เกิด ความรู้สึกท้อแท้ ทุกข์ทรมานใจ นำไปสู่การตีตราตนเอง ส่งผลให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์หลีกเลี่ยง การเข้าสังคม เพราะกลัวการถูกตีตราและการเลือก ปฏิบัติ (Corrigan, 2004) รู้สึกอับอายเมื่อต้องเผชิญหน้ากับสังคม (Dragisic Labas, 2016; Matthews et al., 2017) นำไปสู่การหลีกเลี่ยงการบำบัดรักษา ส่งผลให้อาการยิ่งเรื้อรังรุนแรง จนเกิดโรคทางจิตเวชตามมา ได้ อีกทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดร้อยละ 56 และนำไปสู่การมีโรคจิตเวชร่วมด้วยถึงร้อยละ 68.8 (บุญศิริ จันศิริ มงคล และคณะ, 2556) แต่กลับพบผู้ติดแอลกอฮอล์เข้ารับบริการสุขภาพน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 6.6 (พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และคณะ, 2556) 1.5.3 ผลกระทบต่อครอบครัว เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น ตัวการสำคัญที่ทำลายความรัก และสายสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2558) เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งและการกระทำรุนแรงภายในครอบครัว โดยพบ เป็นปัจจัย ที่สัมพันธ์กับการทำร้ายร่างกายของสมาชิกในครอบครัวและการกระทำทารุณกรรมต่อเด็ก (ณัฏฐณิ ชา เลอพิลแบร์ต, 2557) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดหนี้สินของครอบครัวจากความเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากการ ดื่มแอลกอฮอล์ (สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, 2550)

Keyes et al. (2010) ศึกษาการตีตราและการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาแบบสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence Disorders) ตามเกณฑ์ DSM-IV จำนวน 34,653 ราย อายุระหว่าง 20-90 เก็บข้อมูล โดยแบบสอบถาม Perceived Devaluation-Discrimination Scale ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์ที่มีการรับรู้การตีตรา (perceived stigma) ใน ระดับสูงจะเข้ารับการรักษาบำบัดลดลง หรือไม่เข้ารับการรักษา โดยการรับรู้การตีตราในระดับสูงมี ความสัมพันธ์กับเพศชาย รายได้ต่ำ การศึกษาน้อย และเคยสมรสมาก่อน แต่หากผู้ติดแอลกอฮอล์ได้รับการ ดูแลอย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับ ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีการรับรู้การตีตราอยู่ในระดับต่ำ

Schomerus, Corrigan, et al. (2011) ศึกษาการตีตราตนเองในผู้ติดแอลกอฮอล์ ผลที่ตามมาของ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่ม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการบำบัดใน โรงพยาบาลประเทศเยอรมัน 153 ราย เก็บข้อมูลโดย แบบสอบถาม Self-Stigma in Alcohol Dependence Scale (SSAD) ซึ่งพัฒนามาจาก Self-Stigma in Mental Illness Scale (SSMI) ผล การศึกษาพบว่า แบบสอบถาม Self-Stigma in Alcohol Dependence Scale (SSAD) มีความเชื่อมั่นสัม ประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86-0.93 และ

พบว่า การตีตราตนเอง ในผู้ติดแอลกอฮอล์มีความคล้ายคลึงกันกับผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ กล่าวคือ เป็นกระบวนการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน โดยเริ่มจากบุคคลรับรู้ปฏิกิริยาที่สังคมแสดงออกในทางลบกับตน (stereotype awareness: aware) ทำให้รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าไร้ความสามารถ และซึมซับความรู้สึกตีตราเข้าไปในตนเอง เกิดความคิดที่เห็นคล้อยตามกับทัศนคติของสังคม (stereotype agreement: agree) เกิดการรับรู้ตนเองในทางลบจนมีความรู้สึกว่ามันเป็น ตัวตนของตัวเอง (self-concurrence: apply) มองว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่ควรได้รับการยอมรับใน ที่สุดก็รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement: harm) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตราตนเอง ได้แก่ ทัศนคติของผู้ป่วยที่เห็นด้วยกับการถูกเลือกปฏิบัติ อาการซึมเศร้าจากการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาและความรุนแรงของปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยรู้สึกคุณค่าใน ตนเองลดลง (self-esteem decrement: harm) จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดลงด้วย

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยแบ่งเป็น ระยะ ได้แก่

1. ระยะ R1.1 ดำเนินการสำรวจสถานการณ์การดื่มและระดับความเสี่ยงในการดื่ม เลือกลุ่มที่มีระดับความเสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง ตามความสนใจในการเข้าร่วมโครงการระยะ R1.2
2. ระยะ R1.2 ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก
3. ระยะ D1 : พัฒนาโปรแกรมลดการติดยา
4. ระยะ R2.1 : นำโปรแกรมไปใช้
R2.2 : ติดตาม ประเมินผลโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้แบ่งตามระยะของการวิจัย ดังนี้

1. **ระยะศึกษาสถานการณ์การดื่ม** ดำเนินการสำรวจ ขนาดตัวอย่างสำหรับการสำรวจความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชน

วิธีการคำนวณ ใช้การประมาณการจากค่าความชุกการดื่มของประชากรจังหวัดพัทลุง ปี 2560 พบค่าความชุกในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 16.9

(http://data.ptho.moph.go.th/inspec/s_report64/)

ค่า proportion เท่ากับ .169 และใช้ข้อมูลประชากรทั้ง 3 ตำบล ดังนี้ (HDC report ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงข้อมูล ณ 13 มิถุนายน 2566)

1. ตำบล A 9,809 คน
2. ตำบล B 7,410 คน
3. ตำบล C 2,998 คน

รวม 20,217 คน

สูตรคำนวณ กรณีทราบจำนวนตัวอย่างประชากร (Cochran's Method)

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}{d^2(N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}$$

Population size (N) = 20,217

Proportion (P) = .169

Error (d) = 0.05

Alpha (α) = 0.05, Z (0.975) = 1.96

$$= \frac{20,217 \times .169 (1-0.169) 1.96 \times 1.96}{.05 \times .05 (20,217-1) + 0.5 (1.96 \times 1.96)}$$

$$n = \frac{20,217 \times 0.140 \times 3.8416}{50.54 \times 1.9208}$$

= 207.14 ขนาดตัวอย่างสำหรับการสำรวจ ไม่น้อยกว่า 208 คน

2. กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาประสบการณ์การติตรา เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (R_1)
 - 1) ผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในระดับเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูงที่เคยและไม่เคยเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง จำนวน 5-10 ราย หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัวเกี่ยวกับการถูกติตรา ทั้งการติตราตนเอง การถูกติตราจากครอบครัว ชุมชน สังคม ท้องถิ่น สถานบริการ
 - 2) ครอบครัวของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา 5-10 คน หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัวเกี่ยวกับการถูกติตรา ทั้งการติตราตนเอง การถูกติตราจากครอบครัว ชุมชน สังคม สถานบริการ
 - 3) บุคลากรสุขภาพในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ได้แก่ รพ.สต.ในเขตอำเภอเขาชัยสน หรือที่ผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ไปรับบริการ และรพ.เขาชัยสน
 - 4) กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาสถานการณ์การติตรา เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ
3. กลุ่มตัวอย่างเพื่อพัฒนาโปรแกรมลดการติตรา (D_1) ประกอบด้วย คณะผู้วิจัย ผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา บุคลากรสุขภาพจาก รพ.สต. และ รพ.ช. เครือข่ายองค์กรงดเหล้า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เครือข่ายสื่อในชุมชน
4. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมลดการติตรา ได้แก่ ผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา และครอบครัว จำนวนกลุ่มละไม่น้อยกว่า 30 คน (R_2)
5. การประเมินผลการรับรู้การติตรา โดยใช้แบบประเมินการรับรู้การติตรา และการสัมภาษณ์เชิงลึก และนำข้อมูลข้อมูลสะท้อนกลับสู่การพัฒนา ปรับปรุงโปรแกรม (D_2)

ขอบเขตการดำเนินงาน

ในขั้นตอนการศึกษาที่เป็นเชิงคุณภาพ ใช้แนวคิดของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Schwandt, 2001; ชาย โพธิ์สิตา, 2556) แบบปรากฏการณ์วิทยาแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger เป็นปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology or Interpretive Phenomenology) ที่เน้นการตีความหมายของประสบการณ์ของบุคคลเป็นหลัก เชื่อว่าสิ่งที่เป็นอยู่ (being) เวลา (timing) มีความหมายในตนเอง (meaning) ซึ่งสามารถตีความหมายได้ และภาษามี

ความสำคัญมากในการตีความ ซึ่งผู้ศึกษาต้องมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ การพรรณนาและการตีความ (Heidegger, 1962; Husserl, 1965) เพื่อให้เห็นถึงประสบการณ์ชีวิต และเขียนความเข้าใจ นั้นเป็นในลักษณะแบบแผนชีวิต และสะท้อนเป็นเสียงที่มาจากประสบการณ์ของบุคคลตามสภาพที่เป็นอยู่ กระบวนการศึกษา ดำเนินการดังนี้ (Streubert & Carpenter, 1995)

1) เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Descriptive phenomenology) โดยตั้งเป้าหมายที่จะค้นหาวิเคราะห์ และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (participants) โดยปราศจากการวิพากษ์วิจารณ์หรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

2) การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยต้องกำหนดคุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษา กับผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้และสมัครใจให้ข้อมูล

3) ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ (Researcher as instrument) ต้องมีความตระหนักต่อการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง จำเป็นต้องมีทักษะที่ช่วยให้ข้อมูล ระลึกถึงความรู้สึกและเล่าเรื่องที่เป็นจริง จำเป็นต้องมีทักษะที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงความรู้สึกและ เล่าเรื่องที่เป็นจริงมีรายละเอียดมากที่สุด

4) การเก็บข้อมูลมีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ สังเกต การบันทึกภาคสนาม ในการศึกษาเป็นเรื่องนี้มีความละเอียดอ่อนและข้อมูลที่เป็นความลับ จึงใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ในเบื้องต้นและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ และการให้ข้อมูล เป็นวิธีการเข้าถึงข้อมูลด้วยการสนทนาอย่างมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้ข้อมูล เป็นการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (informal interview) คล้ายกับการพูดคุยสนทนา เพื่อดูแนวโน้มของคำตอบที่จะได้จากผู้ให้ ข้อมูลส่วนข้อคำถามอื่นๆ จะเกิดตามมาในระหว่างการสนทนา (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) ใช้คำถามปลายเปิด (open-ended questions) และจะหยุดเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (Saturation)

5) การจัดการกับข้อมูล (data treatment) ในระหว่างการสัมภาษณ์จะขออนุญาตบันทึกเสียงและถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำ (verbatim transcriptions) ในการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องที่สุด โดยก่อนการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจะฟังเทปซ้ำ ทำความเข้าใจและเตรียมคำถามประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

6) การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีของ Colaizzi (1978) ทบทวนข้อมูลที่ได้สะท้อนถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

1. อ่านบทสัมภาษณ์ที่ถอดความแล้วหลายๆครั้ง เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง
2. ทบทวนแต่ละข้อความในทุกหน้าอย่างถ่องแท้เพื่อดูประเด็นสำคัญของเนื้อเรื่อง
3. ทำความเข้าใจนัยสำคัญของเนื้อหา
4. กำหนดความหมายของกลุ่มคำที่เป็นประเด็นหลัก (Organization the formulated meanings into clusters of themes)
5. รวบรวมผลลัพธ์ที่ได้จากปรากฏการณ์ที่ศึกษาและอธิบายหรือบรรยายอย่างถี่ถ้วน

6. อธิบายปรากฏการณ์ที่ยังกำกวมให้มีความชัดเจนเท่าที่จะเป็นไปได้
7. นำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมลดการตีตรา เพื่อเพิ่มการเข้าสู่บริการของผู้มีปัญหาการใช้สุรา จะนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา 3 ข้อ ได้แก่

1. สถานการณ์การตีตราต่อผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
2. ประสบการณ์การตีตราตนเอง
3. การพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมลดการตีตราเพื่อเพิ่มการเข้าสู่ระบบบริการและการบำบัดของผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา

1. สถานการณ์การตีตราต่อผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

1.1 ระดับความเสี่ยงของการดื่ม จากการคัดกรองการดื่มสุราใน 3 ชุมชนของอำเภอเขาชัยสน พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงในระดับต่ำร้อยละ 70.69 ปานกลาง ร้อยละ 25.19 และเสี่ยงในระดับสูง ร้อยละ 4.11 (ตาราง 4.1)

ตารางที่ 4.1 ผลจากการคัดกรองการดื่มสุราใน 3 ชุมชน ของอำเภอเขาชัยสน

ระดับความเสี่ยงการดื่ม	ชุมชน 1		ชุมชน 2		ชุมชน 3		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	113	85.61	80	60.15	82	67.77	275	70.69
ปานกลาง	13	10.00	48	36.09	37	30.58	98	25.19
สูง	6	4.62	4	3.01	6	4.96	16	4.11
รวม	130	100.00	133	100.00	121	100.00	389	100.00

1.2 การถูกตีตรา ในรูปแบบต่างๆ พบการตีตราตนเอง ร้อยละ 6.43 ถูกตีตราจากคนในครอบครัว ร้อยละ 11.31 ถูกตีตราจากคนในชุมชน ร้อยละ 15.17 และเคยถูกตีตราจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 8.23 ในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ พบการตีตราตนเอง ร้อยละ 2.91 เคยถูกตีตราจากคนในครอบครัว ร้อยละ 5.45 เคยถูกตีตราจากคนในชุมชน ร้อยละ 10.18 เคยถูกตีตราจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 4.36 ความรู้สึกถูกตีตราเพิ่มขึ้นในความเสี่ยงระดับปานกลาง พบการตีตราตนเอง ร้อยละ 48.89 เคยถูกตีตราจากคนในครอบครัว ร้อยละ 35.56 เคยถูกตีตราจากคนในชุมชน ร้อยละ 26.98 เคยถูกตีตราจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 12.70 ในความเสี่ยงระดับสูง พบการตีตราตนเอง ร้อยละ 90.91 เคยถูกตีตราจากคนในครอบครัว ร้อยละ 72.73 เคยถูกตีตราจากคนในชุมชน ร้อยละ 90.91 เคยถูกตีตราจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 15.11

ตารางที่ 4.2 การถูกตีตราในรูปแบบต่างๆ ของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในระดับเสี่ยงต่ำ ปานกลาง และสูง

ข้อคำถาม	ระดับความเสี่ยง						รวม	
	ต่ำ (n=275)		ปานกลาง (n=98)		สูง (n=16)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตีตราตนเอง	8	2.91	22	48.89	15	93.75	25	6.43
เคยถูกตีตราจากคนในครอบครัว	15	5.45	16	35.56	13	81.25	44	11.31
เคยถูกตีตราจากคนในชุมชน	28	10.18	17	26.98	14	87.50	59	15.17
เคยถูกตีตราจากบุคลากร	12	4.36	8	12.70	12	75.00	32	8.23

2. ประสบการณ์การถูกตีตราของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา

2.1 การตีตราตนเอง

ประสบการณ์การตีตราตนเองในผู้ติดแอลกอฮอล์ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 11 ราย เพื่อค้นหาประสบการณ์การตีตราตนเองของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงประสบการณ์จริงตามที่ตนเองได้พบจากการมีปัญหาจากการดื่มสุรา ตามการรับรู้ ความเชื่อ ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่มีการตีตราตนเอง ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์การตีตราตนเองว่า เสมือนเป็นบาดแผลใหญ่และลึก ติดอยู่ในความคิด ในหัว ในหัวใจ เห็นเป็นภาพ ที่ไม่เคยมีใครมองเห็น

รับรู้ว่าเป็นคนไม่ดี เกิดจากความรู้สึกกลัวที่เกิดจากการรับรู้ที่ผู้อื่นมีต่อตน และทำให้รู้สึกเจ็บปวดเหมือนเป็นบาดแผลลึก เป็นคนไม่น่าเชื่อถือ เป็นคนไม่มีคุณค่า สร้างความเดือดร้อนให้ผู้อื่น เป็นภาระ เป็นคนไม่น่าเข้าใกล้ ที่เกิดจากคำพูด การแสดงท่าทีทั้งด้วยสายตา ท่าทางของคนอื่นๆ และทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นเช่นคำพูดที่คนอื่นๆ พูด

“ทำไมเป็นคนแบบนี้ บอกก็หนักแล้วว่าให้เลิก ให้เลิก ก็ทำไม่ได้สักที พอเจ็บขึ้นมา ก็ใคร่ที่จะต้องพาไปโรงบาล”

“ไม่มีทางหรอก ถ้าเลิกได้ รับรองให้สินค่อ (ตัดคอ)”

“คงไม่รู้ตัวนะว่า เวลาเมาขึ้นมาแล้วไปสร้างความเดือดร้อนให้เขาไปทั่ว”

“กินเหล้า จนเข้าไปอยู่ในเนื้อ เสื้อผ้าก็สกปรก ใครๆ ก็ไม่อยากเข้าแค้ (เข้าใกล้) สิ้นแต่เด็กเอ๊ยตๆ ลุกๆ หลานๆ หนีเหม็ด”

“เราก็คงเป็นจริงตามที่เขาวาแหลนะ เพราะได้นอนอยู่บ่อยๆ บางคนอาจจะพูดที่เล่นที่จริง แต่คงไม่รู้ว่เราเก้เจ็บ ไม่มีใครอยากได้นอนคำพูดแบบนี้”

“ไม่ค่อยอยากออกไปไหน เพราะเราคงไม่เหมือนเพื่อน กลัว ไปแล้วคงไม่มีใครกล้มานั่งกับเรา อย่าไปดีกว่า ทั้งๆ ที่บางทีก็รู้สึกว่อยากออกไปตรงโน้นตรงนี้”

2.2 การถูกตีตราจากครอบครัว

เป็นการรับรู้ว่ครอบครัวคิดเห็นหรือรู้สึกอย่างไรกับการดื่มของตนเอง โดยสิ่งที่มีความเด่นชัดคือ ครอบครัวเปื้อนเหื้อย เอื้อมระอา เป็นคนน่ารังเกียจ ไร้ค่า ไม่มีความรับผิดชอบ ไม่น่าเคารพ ไม่น่าไว้วางใจ ไม่น่าเชื่อถือ หมดความสามารถ การถูกตีตราจากครอบครัวในผู้มีปัญหาจากการดื่มในระดับเสี่ยงสูงรุนแรงถึงขั้นภรรยาขอเลิก แยกทางกัน เพราะเคยบอกว่า เลิกเหล้ากับเลิกภรรยา เลิกกับภรรยา่ง่ายกว่า

“เขาก็พูดให้เราได้นอน ทำนองว่ เปื้อจ้งหุแล้ว เอาแต่กินเหล้ากินเหล้า งานการไม่พักทำ (ไม่ได้ทำงาน) แถมยังผลาญ เอาเงินไปใส่ขวดเหล้าหมด”

“อย่าไปหวังอะไร เหล้าเข้าปากแล้วก็จบกัน ฝากให้ทำอะไร ไปเอาอะไร ก็ไม่ได้สักสิ่ง”

“ก่อนเขาออกไปจากบ้าน ก็จะเดินตรวจดูว่ล้นชักยับแฉ่แล้วยัง (ลือคฤญแฉ่) คงกลัวว่เราจะไปหยิบเบื้อ เอาไปซื้อเหล้า”

“เมื้อผมเขาก็ไม่ทนหรือทนนะ เขาก็ไปตามทางเขา พาลูกไป คงเพราะคิดว่าอยู่กับเรามีแต่ความมีดมน เขาไปในทางสดีสดีกว่า ก็จริงของเขา ก่อนไปเขาก็ถามหลายทีแล้ว ให้เลือกเหล้ากับเลือกเมื้อ ผมก็บอกเขาตามตรงว่เลิกเหล้ามันยาก ก็เห็นอยู่ว่ไปบ้บัด 2-3 วันแล้วก็ไม่หาย”

“แต่ก่อน ก็ยังให้ผมไปงานแทนคนในบ้าน งานศพ งานบวช ไปนุ่นไปนี่คนเดียวได้ แต่พอเห็นผมดื่มหนัก ก็เริ่มไม่ไว้วางใจ ไม่ค่อยให้ไปไหน คงกลัวว่เราจะเอาเบื้อไปกินเหล้า หรือไปนั่งกับเพื่อนนาน หรือลูกแฉ่รถเครื่อง (ภุญแฉ่มอเตอร์ไซด์) เมื่อก่อนเขาก็เสียบคาร์ถไว้หน้าบ้าน แต่พักหลังไม่เสียบไว้เลย ผมก็ไม่ได้เอาไปไหนหรือพักหลังๆ ก็รู้สึกเพลีย ไปไม่รอดเหมือนกัน” (ID10)

“ลูกๆ ก็คงเบื้อ เอื้อมเรา เวลาเราเมากลับมา ถึงบ้าน ลูกก็จะวิ่งขึ้นบนบ้านเลย คงไม่ค่อยเห็นเราในสภาพเมา หมิน (เหม็น) เสียงดัง”

“กินมากจนคนในบ้านรังเกียจ ไม่อยากสูงสิง หลบหน้า เพราะพอมาแล้วผมชอบเม่ฉาว (เสียงดัง) โวยวาย เมมาแล้วใครก็เอาไม่อยู่ (ไม่มีใครทัดทาน ห้ามได้ ไม่ฟังใคร) ถ้าเขาอยู่ เราก็จะต้องหาเรื่องด่า ว่า ก็เป็นเรื่อง รบ (ทะเลาะ) กัน เมแล้วจะเอาโน่นเอานี้ ขอเงินจนเขาหนีกันหมด” (ID5)

“ญาติพี่น้อง คนในบ้านเขาคงเต็มทน เพราะเวลาผมเมมาแล้วไปหลับอยู่ข้างทาง หลับที่อื่น เจ้าของบ้าน คนที่เห็นก็จะมาบอกที่บ้าน จนหลังๆ คนที่มากบอกก็คงชักรำคาญเหมือนกัน”

“บางทีก็มีคำพูดเหมือนไม่อยากให้มีเราอยู่ แบบว่า ...กินให้ตายๆ ไป จะได้จบได้สิ้น เลิกไม่ได้ ก็ตายตายไป ให้เหล้ามันกินคนไปเลย” (ID3)

2.3 การถูกตีตราจากชุมชน

การตีตราจากชุมชน เป็นการรับรู้จากการได้ยินคำพูด หรือสมญานามจากคนในชุมชน คนในชุมชนมีทั้งทำที่รังเกียจ ไม่อยากพูดคุยด้วย เช่น

“ได้ยินบ่อยจนเริ่มชิน มาแล้วล่าว ไอ้ขี้เมา ไอ้ขี้เหล้า แม้กระทั่งเด็กๆ ในชุมชนก็พูดเป็นเชิงล้อเลียน ทำให้เรารู้สึกน้อยใจ เสียใจ นึกในใจอยู่เหมือนกันว่า ถ้าคนพูดเป็นแบบเรามั่ง เขาจะรู้สึกเสียใจ และเลิกพูดแบบนั้นมัย”

“ทุกวันนี้ เสียงมันก็ยังก้องอยู่ในหัว ได้ยินอยู่ นึกถึงว่ามีคนว่าเราแบบนั้น”

“บางคำพูดก็ทำให้เราคิดนะ แบบว่า เสียชาติเกิด เมเหมือนหมา หนีว่า น่าจะไปให้พ้นๆ”

“นี่แหละตัวปัญหา สร้างความเดือนให้ชุมชน ทำให้ชุมชนเสียชื่อ”

“นึกว่าดื่มจนตายไปแล้ว”

“เวลาเราขอช่วย ก็จะมีการแสดงท่าทีว่ารังเกียจ หรือทำเป็นไม่ได้ยิน ปฏิเสธเวลาขอความช่วยเหลือ ช่วงหลังผมเริ่มไม่มีแรง แพนก็จะใส่แพมเพิร์สให้นอนอยู่ที่บ้าน เขาออกไปทำงาน ผมอยู่บ้านคนเดียว กะว่า ถ้าเป็นอะไรไปก็คงไม่กล้าเรียกเขาหรอกนะ เพราะได้ยินคำพูดว่า เราหาเรื่องเอง กลัวเหมือนกันว่า ถ้าไปเรียกขอความช่วยเหลือ เขาไม่ช่วย มันเจ็บหนักกว่าอีก เจ็บแบบเสียความรู้สึก ยอมทนนอนเจ็บอยู่คนเดียว”

“ผมมีเมียหลายคน ตอนเมียหลวงอยู่ ก็ไม่ค่อยสนใจเขา พอเขาเสีย เมียน้อยก็ไม่สนใจผม ก็จะมีแต่คนสมน้ำหน้า ว่าเราเป็นทั้งคนไม่ดี มีเมียหลายคน และไม่ดีทั้งขึ้นมา เคยได้ยิน มีคนพูด เขาไม่รู้ว่าเราได้ยิน นี่กว่าคนเมาหุติงสา (สงสัยคิดว่าคนเมาหุติง)”

1.4 การถูกตีตราจากบุคลกรสุขภาพ

การตีตราจากบุคลากรสุขภาพ เป็นประสบการณ์ที่ผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรารับรู้ เมื่อมาใช้บริการทั่วไปในหน่วยบริการสุขภาพ หรือโรงพยาบาล ในหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่ ทั้งในเชิงโครงสร้างที่เป็นที่รู้กันว่าเป็นคลินิกยาเสพติด (รวมงานสุขภาพจิต สารเสพติด บุหรี่ สุรา) และมีป้ายชัดเจนว่า คลินิกเลิกสุรา ทำให้รู้สึกกลัว กลัวถูกเหมารวมว่าติดยาเสพติด จะหนักกว่าติดสุรา หรือป้ายเลิกสุราที่ไม่อยากให้มี

“เขาเคยส่งไปที่คลินิกเลิกเหล้า ตอนไปตรวจความดัน ผมก็ไป แต่พอไปถึง ป้ายเขียนว่ายาเสพติด ผมกลับเลย กลัวว่าคนจะคิดว่าเราติดยา แคมตรงคลินิกเป็นทางเดินผ่าน ติดกับที่จอดรถ ถ้าเราไปนั่ง รับรองต้องว่าผมติดยา เพราะคนที่นี่รู้จักกันเกือบหมด”

“เวลามาที่แผนกฉุกเฉิน ตอนลั้มรถ หรือไม่สบาย เจ้าหน้าที่บางคนก็ใช้คำพูดแบบเชิงหยอกล้อ เช่น วันนี้ได้ก็เบิก ก็จอก (แก้ว) แล้วลุง เขาอาจจะไม่คิดอะไร แต่เรารู้สึกบดสี รู้สึกว่าถูกตำหนิ รู้สึกอาย”

“เรามาตรวจตามนัด เจาะเลือด บางที่ยังมีกลิ่นเหล้าอยู่ เสื้อผ้า เนื้อตัวไม่สะอาด เจ้าหน้าที่ก็มองเราอีกแบบ รู้ว่ารังเกียจ ไม่พอใจ บางทีก็ให้ผู้ช่วยวัดความดันให้แทน บาทก็แซบๆ (รีบ) ให้บริการ เพื่อจะได้ไม่ต้องใช้เวลานานกับเรา”

“เจ้าหน้าที่บางคนพูดเสียงดังใส่เรา พูดทำแฉก (ประชดประชัน) คนใช้อื่นที่มาใช้บริการได้ยินกันทั่ว ลางที ก็พูดว่า พร้อหล่าวละลุง (เป็นยังงี้เอ็ง) กินมาหนักหล่าวเหอ เราก็อายเป็นเหมือนกันนะ ก็เลยไม่อยากไปโรงบาลแล้ว กลัวว่าพบเจ้าหน้าที่คนนี้ เดี่ยวเขาก็พูดให้เราหน้าชาอีก”

นอกจากนี้ ในกลุ่มผู้ดื่มที่เคยเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาล และมีอาการถอนพิษสุรา จะมีการจำกัดพฤติกรรม โดยใช้ผ้าผูกมัด ผู้ป่วยและญาติเกิดความกลัว ประกอบกับได้รับการดู ตำหนิ ซ้ำเติม ว่าไปดื่มมา หาเรื่องเอง กลายเป็นภาพจำที่ทำให้ไม่อยากไปโรงพยาบาลอีก

“พ่อแก่แล้ว จะมัดมือ มัดตีนแกอีก ไม่ไปอีกเลย...”

ระยะที่ 2 พัฒนาและนำรูปแบบมาใช้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การดื่มสุรา อาการของผู้ติดสุรา การบำบัดสุรา (ผู้ป่วยและครอบครัว) ประกอบไปด้วย

1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และมีส่วนร่วมในโปรแกรมลดการติดยา โดยในการสร้างสัมพันธภาพ ใช้แนวคิดของกระบวนการกลุ่ม ในระยะเริ่มกลุ่ม (Initiating phase) โดยผู้วิจัย เลือกสถานที่ที่เงียบสงบ เป็นสัดส่วน ผสมผสานการผ่อนคลายด้วยกลิ่นหอม โดยมีการนำสมุนไพรไทยที่มีในพื้นที่ คือ ตะไคร้หอม ผลและใบมะกรูดหอม คล้ายกับ Aro therapy เพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลายและเป็นกันเอง มีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการดำเนินกลุ่ม เพื่อสร้าง สัมพันธภาพที่ดี การรักษา ความลับให้กับผู้ร่วมโครงการ

2) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดื่มสุรา อาการของผู้ติดสุรา การคัดกรองระดับ ความเสี่ยงของการดื่มสุรา และการบำบัดสุรา โดยวิทยากรจากคลินิกเลิกเหล้า โรงพยาบาลเขายายจัน และการประเมินตัวเองซ้ำตาม แบบประเมิน ASSIST-7 ชี้และการให้ความรู้เกี่ยวกับ ผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วย เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มี อาการซึมเศร้า พร้อมทั้งการ แ ล ก เป ลี ย นป ร ะ ส บ ก ร ณ์ ร่วมกันผู้ป่วยรายอื่น ๆ และปิดท้ายกิจกรรมด้วยการร่วม อภิปรายเกี่ยวกับสาเหตุของการ เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพ ติด สารกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่ประเด็น “การติ ดราตนเอง” ซึ่งเป็นปัจจัยที่ต้อง จัดกระทำเพื่อให้ผู้ป่วย เสพติด สารกลุ่มโอปิออยด์มีอาการ ซึมเศร้าลดลง

3) สร้างความเข้าใจให้สมาชิกครอบครัว การสื่อสาร การปฏิบัติ กับผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรากับ ครอบครัว

ครั้งที่ 2 กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับ การมองเห็น รับรู้ และยอมรับการติดยาตนเอง และ แยกความคิด เพื่อลดอิทธิพลของความคิดติดยาตนเอง

สร้างการรับรู้เกี่ยวกับ การมองเห็น รับรู้ และยอมรับการติดยาตนเอง โดยกำหนดประเด็นสำคัญในการสนทนา และจัดกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้ คือ การทำความรู้จักกับการติดยาตนเอง (Self-stigma) โดยกิจกรรม มุ่งเน้นให้ ผู้ป่วยเกิดการยอมรับสาเหตุ สำคัญที่ทำให้เกิดการติดยาตนเอง โดยใช้การวาดภาพ แล้วเล่าเรื่อง (ผู้ป่วยอาจจะกังวลเรื่องภาพ แต่ทีมทำความเข้าใจว่าไม่ต้องกังวลเรื่องความสวยงาม)

หัวข้อภาพ “วันนั้นของฉัน ที่ทำให้ฉันไม่ใช่คนเดิม” ในภาพ เป็นการให้ผู้ป่วยบอก เล่าประสบการณ์ เหตุการณ์ หรือสถานการณ์การถูกติดยา หรือถูกทำให้รู้สึกว่าคุณแตกต่างจากบุคคลทั่วไปเนื่องมาจากการเป็นผู้ติดยา จนนำไปสู่การติดยาตนเอง และ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความคิดติดยาตนเองเหล่านั้น พร้อมทั้งแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ กับผู้ป่วยรายอื่น ๆ เพื่อให้รู้สึกว่าผู้ป่วยไม่ได้มีปัญหายิ่งคนเดียว ผลลัพธ์ของกิจกรรมมองเห็น รับรู้

และยอมรับการตีตรา ตนเอง คือ ผู้ป่วยยอมรับว่าตนมี การตีตราตนเองเกิดขึ้น การตีตราตนเองนั้นเป็นสาเหตุของไม่รับการรักษา บำบัด การจัดการกับการตีตราตนเองจะช่วยให้กล้าเข้าสู่ระบบบำบัดได้

การแยกความคิด เพื่อลดอิทธิพลของความคิดตีตราตนเอง สร้างระยะห่าง จากความคิดตีตราตนเอง โดยกำหนดประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่ม คือ การสร้างระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง ซึ่งเป็นการจัดการ การตีตราตนเองด้วยการใช้ หลักการแยกความคิด เพื่อลด อิทธิพลของความคิดตีตรา ตนเอง ผ่านการใช้เทคนิคการ แยกความคิด โดยให้ผู้ป่วยระบุคำพูดที่มักใช้ตีตราตนเอง จากนั้นให้ฝึกใช้เทคนิคการ แยกความคิดกับความคิดตีตราที่ตนเองระบุ โดยฝึก 2 เทคนิค ได้แก่ 1) การสร้างระยะห่าง จากความคิด (Create a distance) 2) การพูดซ้ำ ๆ (Titchener's repetition) ให้ผู้ป่วย เลือกกกลยุทธ์ที่ตนเองถูกใจ และร่วมสาธิตย้อนกลับ พร้อม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ เกิดขึ้นจากการวิธีทั้งสอง ผลลัพธ์ของกิจกรรมสร้างระยะห่างจากความคิดตีตรา ตนเอง คือ การผู้ป่วยรู้สึกได้ว่า อิทธิพลของความคิดตีตราตนเองลดลงหลังจากที่ได้ลองใช้ เทคนิคการแยกความคิด รับรู้ว่า ความคิดเป็นเพียงสิ่งที่ถูกคิด ไม่ใช่คำอธิบายตัวตนของเขา

ครั้งที่ 3 การฝึกอยู่กับปัจจุบัน และรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ของความคิด ทีมวิจัยกำหนดประเด็นสำคัญใน การสนทนากลุ่ม คือ การ ฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด โดยเริ่มด้วยการที่ผู้ป่วยได้รับการอธิบายถึงความสำคัญของการอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด เชื่อมโยงกับการตีตราตนเอง ผ่านกิจกรรมหลักตาแบบอิสระ เปรียบเทียบกับการหลักตาแบบออกคำสั่ง จากนั้นจึงเป็นการฝึกอยู่กับปัจจุบันด้วยการ ฝึกทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ให้ผู้ป่วยประเมินระดับความสงบ ภายหลังการหลักตาแบบอิสระ และการหลักตาพร้อมกับการทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจหลังจบกิจกรรม ผู้ป่วยได้รับการบ้านให้ไปฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ พร้อมบันทึกคะแนนความสงบ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ความคิดตี ตราตนเอง ขณะที่ฝึก และการใช้เทคนิคสร้าง ระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง ผลลัพธ์ของกิจกรรมการฝึกอยู่ กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการ เปลี่ยนแปลงของความคิด คือผู้ป่วยรู้จักธรรมชาติของความคิด การฝึกอยู่กับปัจจุบัน ผ่านการฝึกทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ช่วยให้รู้เท่าทันความคิดตนเอง เห็นความคิดตีตราตนเอง สามารถ ใช้เทคนิคจัดการได้ ไม่ปล่อยให้ตนเองจมไปกับความคิดตีตราตนเองเหล่านั้น

ครั้งที่ 4 กำหนดเส้นทางชีวิต นำสู่เป้าหมาย และ เดินตามเส้นทางชีวิต ทีมวิจัยกำหนดประเด็นสำคัญในกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้ คือ การกำหนดเส้นทางชีวิต ...นำสู่เป้าหมาย โดย กิจกรรมเริ่มต้นด้วยการที่ผู้ป่วยได้รับการอธิบายเกี่ยวกับความหมาย ความสำคัญของการกำหนดเส้นทางชีวิต การวิเคราะห์ความเจ็บป่วยและผลกระทบจากการดื่มสุรา การประเมินความเสี่ยงหากยังคงดื่ม การวิเคราะห์ข้อดีหากเข้าสู่การบำบัด และการเรียนรู้ ความแตกต่างระหว่าง การ กำหนดเส้นทางชีวิตกับการกำหนดเป้าหมาย จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยลองกำหนดทิศทางชีวิตและเป้าหมายใน 4 ด้าน ได้แก่ ตนเอง ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน

บ้าน ด้านการทำงาน และด้านสุขภาพ พร้อมทั้งให้แลกเปลี่ยนเส้นทางชีวิตและเป้าหมายของตนเองร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เลียนแบบแนวทางดี ๆ ที่ได้รับจากผู้อื่น ผลลัพธ์ของกิจกรรมกำหนดเส้นทางชีวิต... นำสู่เป้าหมาย คือ ผู้ป่วยทราบความต้องการที่แท้จริงในชีวิตของตนเอง เกิดการตั้งเป้าหมายชีวิตที่สอดคล้องกับความต้องการ

กิจกรรมเดินตามเส้นทางชีวิต เป็นการนำเส้นทางชีวิตในด้านที่คิดว่าสำคัญกับตนเองมากที่สุดจากการมากำหนดเป้าหมายระยะยาว เป้าหมายระยะสั้น มีการวางแผนวิธีการปฏิบัติเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายระยะสั้น พร้อม ทั้งมีการคาดการณ์อุปสรรคและระบุวิธีการที่จะใช้รับมือกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว มีการแลกเปลี่ยนแนวทางของ ตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม เกิด เรียนรู้วิธีการปฏิบัติ การรับมือกับอุปสรรค จากเพื่อนสมาชิก กลุ่มคนอื่น ๆ และการประกาศพันธะสัญญาสำหรับความมุ่งมั่นที่จะนำสิ่งที่ได้วางแผนไปปฏิบัติจริง การเข้ารับการบำบัด ผลลัพธ์ของกิจกรรมเดินตาม ทิศทางชีวิต คือ ผู้ป่วยมีแนว ทางการแก้ไขปัญหา และมี ความหวัง และความมุ่งมั่นต่อการดำเนินชีวิตตามทิศทางชีวิตของตนเอง

สร้างความเข้าใจให้สมาชิกครอบครัว การสื่อสาร การปฏิบัติ กับผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรากับครอบครัว

ครั้งที่ 5 (กลุ่มชุมชน) ทำความรู้จักกับปัญหา ผลกระทบ การบำบัดสุรา การติตรา กิจกรรมเล่าเรื่อง เหตุการณ์ ทบทวนวันวาน “เราเคยติตราคนอื่น และเคยถูกติตราหรือไม่” พฤติกรรม คำพูด แบบไหนที่เราไม่อยากจะให้คนอื่นพูดกับเรา พูดแล้วเรารู้สึกด้อยค่า เสียใจ หดกำลังใจ เราเคยทำแบบนี้กับคนในครอบครัว ผู้มีปัญหากจากการใช้สุราหรือไม่ วิธีการเปลี่ยนแปลงการสื่อสารด้วยภาษากาย ภาษาพูด พูดอย่างไร

คู่มือวิดีโอการสัมภาษณ์ผู้มีปัญหาจากการใช้สุราและถูกติตรา

หลังจากนั้น ฝึก Role Play สะท้อนคิด

ครั้งที่ 6 (กลุ่มบุคลากรสุขภาพ) ทำความรู้จักกับปัญหา ผลกระทบ การบำบัดสุรา การติตรา กิจกรรมเล่าเรื่อง เหตุการณ์ ทบทวนวันวาน “เราเคยติตราคนอื่น และเคยถูกติตราหรือไม่” พฤติกรรม คำพูด แบบไหนที่เราไม่อยากจะให้คนอื่นพูดกับเรา พูดแล้วเรารู้สึกด้อยค่า เสียใจ หดกำลังใจ เราเคยทำแบบนี้กับคนในครอบครัว ผู้มีปัญหากจากการใช้สุราหรือไม่ วิธีการเปลี่ยนแปลงการสื่อสารด้วยภาษากาย ภาษาพูด พูดอย่างไร

คู่มือวิดีโอการสัมภาษณ์ผู้มีปัญหาจากการใช้สุราและถูกติตรา

หลังจากนั้น ฝึก Role Play สะท้อนคิด

2.3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ 47 คน พบว่า เป็นผู้ที่มีการดื่มระดับเสี่ยงปานกลาง 31 คน (ร้อยละ 66) และเสี่ยงระดับสูง 16 คน (ร้อยละ 34) เป็นชาย 45 คน (ร้อยละ 95.7) หญิง 2

คน (ร้อยละ 4.3) การศึกษาระดับประถม ร้อยละ 63.8 มัธยม ร้อยละ 29.8 ปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 6.4 อาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บำเหน็จ-บำนาญ ร้อยละ 12.8 รับจ้าง ร้อยละ 23.4 เกษตรกร ร้อยละ 51.0 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 12.8 สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 4.3 สมรส ร้อยละ 80.9 หม้าย หย่า แยก ร้อยละ 14.8

โรคประจำตัว พบว่า พบความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 31.9 รองลงมา คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.3 เบาหวานอย่างเดียว ร้อยละ 12.8 ตับอักเสบ ร้อยละ 12.8 ปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 4.3 อื่นๆ ร้อยละ 4.3 ไม่มี/ไม่เคยตรวจ ร้อยละ 12.8

ตารางที่ 4.3 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม

คุณลักษณะทางประชากร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	45	95.7
	หญิง	2	4.3
อายุ Mean 68.57 SD. 7.043 Min-Max 53-79			
ระดับการศึกษา			
	ประถม	30	63.8
	มัธยม	14	29.8
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	6.4
อาชีพ			
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บำเหน็จ-บำนาญ	6	12.8
	รับจ้าง	11	23.4
	เกษตรกร	24	51.0
	ไม่ได้ทำงาน	6	12.8
สถานภาพสมรส			
	โสด	2	4.3
	สมรส	38	80.9
	หม้าย หย่า แยก	7	14.8
โรคประจำตัว			
	ไม่มี/ไม่เคยตรวจ	4	8.5
	เบาหวาน	6	12.8
	ความดันโลหิตสูง	15	31.9
	เบาหวานและความดันโลหิตสูง	10	21.3

	ตัวอักษร	6	12.8
	ปัญหาสุขภาพจิต	4	8.5
	อื่นๆ	2	4.3
การเข้ารับบริการสุขภาพด้วยโรคหรือปัญหาการติ่มสุรา			
	เคย	25	53.2
	ไม่เคย	22	46.8

ตารางที่ 4.4 จำนวนและ ร้อยละ ของประเภทของการติตรา จำแนกตามระดับการติตรา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ประเภทการติตรา	ก่อนร่วมโปรแกรม						หลังร่วมโปรแกรม					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง		ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ติตราตนเอง	11	23.4	23	48.9	13	27.7	36	76.6	10	21.3	1	2.1
ติตราจากครอบครัว	6	12.8	37	78.7	4	8.5	22	46.8	25	53.2	0	0
ติตราจากคนในชุมชน	7	14.9	40	85.1	0	0	30	63.8	17	36.2	0	0
ติตราจากบุคลากร	36	76.6	10	21.3	1	2.1	44	93.6	3	6.4	0	0

จากตารางที่ 4.4 แสดงให้เห็นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างติตราตนเองในระดับสูงและระดับปานกลางน้อยลงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งใน 4 ประเภทการติตรา ได้แก่ การติตราตนเอง ติตราจากครอบครัว ติตราจากคนในชุมชน และติตราจากบุคลากร

ระดับการรับรู้การติตรา

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการติตราแต่ละประเภท ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังดำเนินโครงการ 6 เดือน

ประเภทของการติตรา		Paired Differences				t	Sig.	
		Mean	SD.	SE. Mean	95% CI			
					Lower			Upper
การติตรารตนเอง	.64043	.41476	.06050	.51865	.76220	10.586	.000**	
ถูกติตราจากครอบครัว	.26596	.24162	.03524	.19501	.33690	7.546	.000**	
ถูกติตราจากชุมชน	.29787	.29154	.04253	.21227	.38347	7.005	.000**	
ถูกติตราจากบุคลากร	.49149	.26196	.03821	.41458	.56840	12.863	.000**	

** P-value <.001

จากตาราง 4.5 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การติตราทั้ง 4 ประเภทยลดลงมากกว่าก่อนดำเนินโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$)

ผลจากการนำโปรแกรمدังกล่าวมาใช้ พบว่า ผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางทุกคนเข้ารับบริการให้การปรึกษาและบำบัดอย่างย่อทุกคน เมื่อติดตามหลักจากดำเนินโปรแกรมได้ 6 เดือน พบว่า สามารถลดระดับความเสี่ยงเป็นระดับเสี่ยงต่ำ ได้ 27 คน (ร้อยละ 87.10) ยังคงดื่มในระดับปานกลาง 4 คน (ร้อยละ 12.90) ผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงระดับสูง 16 คน ตัดสินใจเข้ารับบริการ 14 คน (ร้อยละ 87.5) โดยเข้ารับบริการที่ รพท. 3 คน รพช. 11 คน (อยู่ระหว่างการติดตามผลการบำบัด) แสดงให้เห็นถึงโปรแกรมการลดการติตราที่ถูกออกแบบขึ้นสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการให้กับผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการศึกษา ข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมลดการตีตรา เพื่อเพิ่มการเข้าสู่บริการของผู้มีปัญหาการใช้สุรา เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษาสถานการณ์การตีตราต่อผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ประสิทธิภาพการตีตราตนเอง และ พัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมลดการตีตราเพื่อเพิ่มการเข้าสู่ระบบบริการและการบำบัดของผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ผลจากการศึกษา พบดังนี้

1. สถานการณ์การตีตราต่อผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

1.1 **ระดับความเสี่ยงของการดื่ม** จากการคัดกรองการดื่มสุราใน 3 ชุมชนของอำเภอเขาชัยสน พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงในระดับต่ำร้อยละ 70.69 ปานกลาง ร้อยละ 25.19 และเสี่ยงในระดับสูง ร้อยละ 4.11

1.2 **การถูกตีตรา ในรูปแบบต่างๆ** พบการตีตราตนเอง ร้อยละ 6.43 ถูกตีตราจากคนในครอบครัว ร้อยละ 11.31 ถูกตีตราจากคนในชุมชน ร้อยละ 15.17 และเคยถูกตีตราจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 8.23

ในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ พบการตีตราตนเอง ร้อยละ 2.91 เคยถูกตีตราจากคนในครอบครัว ร้อยละ 5.45 เคยถูกตีตราจากคนในชุมชน ร้อยละ 10.18 เคยถูกตีตราจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 4.36 ความรู้สึกถูกตีตราเพิ่มขึ้นในความเสี่ยงระดับปานกลาง พบการตีตราตนเอง ร้อยละ 48.89 เคยถูกตีตราจากคนในครอบครัว ร้อยละ 35.56 เคยถูกตีตราจากคนในชุมชน ร้อยละ 26.98 เคยถูกตีตราจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 12.70 ในความเสี่ยงระดับสูง พบการตีตราตนเอง ร้อยละ 90.91 เคยถูกตีตราจากคนในครอบครัว ร้อยละ 72.73 เคยถูกตีตราจากคนในชุมชน ร้อยละ 90.91 เคยถูกตีตราจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 15.11

2. ประสิทธิภาพการตีตรา

พบใน 4 รูปแบบ ได้แก่ **การตีตราตนเอง**เป็นความกลัวที่เกิดจากการรับรู้ รู้สึกที่ได้รับจากคนรอบข้างทั้งในครอบครัว ชุมชน และจากการรับบริการสุขภาพ ของผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ความกลัวดังกล่าวทำให้รู้สึกไร้ค่า เป็นคนไม่ดี เป็นคนชั่ว ไม่มีใครยอมรับ รู้สึกแปลกแยก ไม่มีความหมาย ไม่มีที่ยืน ความรู้สึกและมุมมองต่อตนเองดังกล่าวทำให้หลีกเลี่ยง เพิกเฉยต่อการเข้ารับบริการ **การตีตราจากครอบครัว** ครอบครัวของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราตีตราผู้มีปัญหาจากการดื่มว่า รู้สึกเอือมระอา เหนื่อยใจ มองว่าเป็นตัวปัญหา เป็นภาระ สร้างความรำคาญ และสร้างความอับอายจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปเมื่อดื่มสุรา เช่น พูดเสียงดัง เอะอะไว้วาย พูดคำหยาบคาย เอาเรื่องคนในชุมชนมาพูดในที่สาธารณะ มีพฤติกรรมความรู้สึกทางเพศ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีปัญหาอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ปัญหาลูกหลานใช้สารเสพติด ผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราจะถูกตีตราซ้ำว่าเป็นต้นเหตุ เป็นตัวอย่างที่ไม่ดี ที่ทำให้ลูกหลานติดยา ขาดความไว้วางใจจากครอบครัวเกือบทุกด้าน ขาดการได้รับความเคารพนับถือ จากเดิมที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ทั้งการหารายได้และเป็นที่ปรึกษา ด้านอื่นๆ **การตีตราจากชุมชน** เป็นการรับรู้จากการได้ยินคำพูด หรือสมญานามจากคนในชุมชน เช่น “ไอ้ขี้

เมา” “ไอ้ขี้เหล้า” “คนไม่ดี” “เสียชาติเกิด” “เมาเหมือนหมา” “น่าจะไปให้พ้นๆ” “สร้างปัญหา สร้างความเดือนให้ชุมชน ทำให้ชุมชนเสียชื่อเสียง” “นึกว่าดื่มจนตายไปแล้ว” ทั้งคำพูด และการแสดงท่าทีรังเกียจ แม้กระทั่งเด็กๆ ในชุมชนก็พูดเป็นเชิงล้อเลียน ทำให้รู้สึกน้อยใจ เสียใจ การถูกปฏิเสธเมื่อขอความช่วยเหลือ หรือในผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราที่มีภรรยาหลายคน ก็จะถูกตีตราเพิ่ม ว่า ไม่มีอะไรดีเลย เลวร้ายไปทุกเรื่อง เมื่อประสบปัญหาสุขภาพแม้กระทั่งมีอาการรุนแรงที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากชุมชน ก็ไม่กล้าร้องขอ ไม่กล้าขอความช่วยเหลือ ยอมทนนอนเจ็บอยู่คนเดียว **การตีตราจากบุคลากรสุขภาพ** เป็นประสบการณ์ที่ผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรารับรู้ เมื่อมาใช้บริการทั่วไปในหน่วยบริการสุขภาพ หรือโรงพยาบาล ในหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่ ทั้งในเชิงโครงสร้างที่เป็นที่รู้กันว่าเป็นคลินิกยาเสพติด (รวมงานสุขภาพจิต สารเสพติด บุหรี่ สุรา) และมีป้ายชัดเจนว่า คลินิกเลิกสุรา ทำให้รู้สึกกลัว กลัวถูกเหมารวมว่าติดยาเสพติด จะหนักกว่าติดสุรา หรือป้ายเลิกสุราที่ไม่อยากให้มี หรือเมื่อมาที่แผนกฉุกเฉิน เมื่อล้มรถ เกิดพลัดตกหกล้ม หรือไม่สบาย เจ้าหน้าที่อาจใช้คำพูดเชิงหยอกล้อ เช่น “วันนี้ได้ก็เปิก ก็จอก (แก้ว) แล้วลุง” แต่เป็นความรู้สึกว่าถูกตำหนิ รู้สึกอาย ที่ตนยังดื่มอยู่ทั้งๆที่ได้รับคำแนะนำให้เลิกดื่ม หรือเมื่อมารับบริการในโรงพยาบาลที่มีคนไข้มาก การถูกรังเกียจและเลือกปฏิบัติ เช่น สายตาที่ถูกมองไม่เหมือนกับคนไข้คนอื่น เนื่องจากมีกลิ่นตัว กลิ่นเหล้า เสื้อผ้า ร่างกายไม่สะอาด ทำให้เจ้าหน้าที่แสดงสีหน้ารังเกียจ ไม่พอใจ ไม่อยากให้บริการ เช่น ไม่วัดความดันให้ หรือรีบให้บริการ เพื่อจะได้ไม่ต้องใช้เวลาอยู่กับผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา บางคนพูดเสียงดังในทางลบ พูดประชดประชัน คนไข้ที่มารับบริการได้ยินกันทั่ว ทำให้รู้สึกเสียหน้า อาย การถูกตีตราดังกล่าว เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราตัดสินใจไม่เข้ารับบริการ เพราะกลัวถูกตีตราซ้ำแล้วซ้ำเล่า

การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมลดการตีตราเพื่อเพิ่มการเข้าสู่ระบบบริการและการบำบัดของผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การดื่มสุรา อาการของผู้ติดสุรา การบำบัดสุรา ประกอบไปด้วย

1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และมีส่วนร่วมในโปรแกรมลดการตีตรา โดยในการสร้างสัมพันธภาพ ใช้แนวคิดของกระบวนการกลุ่ม ในระยะเริ่มกลุ่ม (Initiating phase) โดยผู้วิจัย เลือกสถานที่ที่เงียบสงบ เป็นสัดส่วน ผสมผสานการผ่อนคลายด้วยกลิ่นหอม โดยมีการนำสมุนไพรไทยที่มีในพื้นที่ คือ ตะไคร้หอม ผลและใบมะกรูดหอม คล้ายกับ Aro therapy เพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลายและเป็นกันเอง มีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการดำเนินกลุ่ม เพื่อสร้าง สัมพันธภาพที่ดี การรักษาความลับให้กับผู้ร่วมโครงการ

2) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดื่มสุรา อาการของผู้ติดสุรา การคัดกรองระดับความเสี่ยงของการดื่มสุรา และการบำบัดสุรา โดยวิทยากรจากคลินิกเลิกเหล้า โรงพยาบาลเขาชัยสน และการประเมินตัวเองซ้ำตาม แบบประเมิน ASSIST-7 ข้และการให้ความรู้เกี่ยวกับ ผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มี อาการซึมเศร้า พร้อมทั้งการ แ ล ก เป ลี ย นปร ะ ส บ ก ร ณ์ ร่วมกันผู้ป่วยรายอื่น ๆ และปิดท้ายกิจกรรมด้วยการร่วม อภิปรายเกี่ยวกับสาเหตุของการ เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติด

สารกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่ประเด็น “การตี ตราตนเอง” ซึ่งเป็นปัจจัยที่ต้อง จัดกระทำเพื่อให้ผู้ป่วย เสพติด สารกลุ่มโอปิออยด์มีอาการ ชีเมสเร้าลดลง

3) การเสริมสร้างทักษะสำคัญให้กับครอบครัว ระดมสมอง คำพูด ความคิด การปฏิบัติที่คนใน ครอบครัวปฏิบัติต่อผู้มีปัญหาจากการติ่มสุรา

3.1 ทักษะการฟัง รับฟังอย่างเข้าใจ ไม่ตัดสิน เพื่อให้ผู้ติ่มสุราปลอดภัยกับคนในครอบครัว (คลิปวิดีโอ คุณเป็นผู้ฟังที่ดีแล้วหรือยัง สมารัตน์) ฝึก Role Play การฟัง

3.2 ทักษะการพูด การช้อยคำที่อ่อนโยนไม่ว่ากล่าวหรือตำหนิ เปิดใจคุยกับผู้ติ่มถึงสาเหตุของ การติ่มเหล่านี้เป็นประจําอย่างตรงไปตรงมา เพื่อสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดีขึ้น

3.3 ดูแลสภาพร่างกายและจิตใจของตัวเองรวมถึงคนในครอบครัว

เพราะอาการที่เกิดขึ้นจากการมีเมามา อาจส่งผลทำให้สภาพแวดล้อมภายในครอบครัวแย่ลง เพราะฉะนั้นหากไม่สามารถรับมือได้ ญาติเองก็ควรได้รับการดูแลสภาพจิตใจและร่างกาย เช่นเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นการปรึกษาจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการรับมือกับความเครียดก็ได้เช่นกัน

ครั้งที่ 2 กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับ การมองเห็น รับรู้ และยอมรับการตีตราตนเอง และ แยกความคิด เพื่อลดอิทธิพลของความคิดตีตราตนเอง

สร้างการรับรู้เกี่ยวกับ การมองเห็น รับรู้ และยอมรับการตีตราตนเอง โดยกำหนดประเด็นสำคัญในการสนทนา และจัดกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้ คือ การทำความรู้จักกับการตีตราตนเอง (Self-stigma) โดยกิจกรรม มุ่งเน้นให้ ผู้ป่วยเกิดการยอมรับสาเหตุ สำคัญที่ทำให้เกิดการตีตราตนเอง โดยใช้การวาดภาพ แล้วเล่าเรื่อง (ผู้ป่วยอาจจะกังวลเรื่องภาพ แต่ทีมทำความเข้าใจว่าไม่ต้องกังวลเรื่องความสวยงาม)

หัวข้อภาพ “วันนั้นของฉัน ที่ทำให้ฉันไม่ใช่คนเดิม” ในภาพ เป็นการให้ผู้ป่วยบอก เล่าประสบการณ์ เหตุการณ์ หรือสถานการณ์การถูกตีตรา หรือถูกทำให้รู้สึกว่าคุณแตกต่างจากบุคคลทั่วไปเนื่องมาจากการเป็นผู้ติ่มสุรา จนนำไปสู่การตีตราตนเอง และ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความคิดตีตราตนเองเหล่านั้น พร้อมทั้งแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ กับผู้ป่วยรายอื่น ๆ เพื่อให้รู้สึกว่าผู้ป่วยไม่ได้มีปัญหายิ่งคนเดียว ผลลัพธ์ของกิจกรรมมองเห็น รับรู้ และยอมรับการตีตรา ตนเอง คือ ผู้ป่วยยอมรับว่าตนมี การตีตราตนเองเกิดขึ้น การตีตราตนเองนั้นเป็นสาเหตุของไม่ รับการรักษา บำบัด การจัดการกับการตีตราตนเองจะช่วยให้กล้าเข้าสู่ระบบบำบัดได้

การแยกความคิด เพื่อลดอิทธิพลของความคิดตีตราตนเอง สร้างระยะห่าง จากความคิดตีตรา ตนเอง โดยกำหนดประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่ม คือ การสร้างระยะห่างจากความคิดตี ตราตนเอง ซึ่งเป็นการจัดการ การตีตราตนเองด้วยการใช้ หลักการแยกความคิด เพื่อลด อิทธิพลของความคิดตีตรา ตนเอง ผ่านการใช้เทคนิคการ แยกความคิด โดยให้ผู้ป่วยระบุคำพูดที่มักใช้ตีตราตนเอง จากนั้นให้ฝึกใช้เทคนิคการ แยกความคิดกับความคิดตีตราที่ตนเองระบุ โดยฝึก 2 เทคนิค ได้แก่ 1) การสร้างระยะห่าง จากความคิด

(Create a distance) 2) การพูดซ้ำ ๆ (Titchener's repetition) ให้ผู้ป่วย เลือกกلماتที่ตนเองถูกใจ และร่วมสาธิตย้อนกลับ พร้อม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ เกิดขึ้นจากการวิธีทั้งสอง ผลลัพธ์ของกิจกรรมสร้างระยะห่างจากความคิดตีตรา ตนเอง คือ การผู้ป่วยรู้สึกได้ว่า อิทธิพลของความคิดตีตราตนเองลดลงหลังจากที่ได้ลองใช้ เทคนิคการแยกความคิด รับรู้ว่า ความคิดเป็นเพียงสิ่งที่ถูกคิด ไม่ใช่คำอธิบายตัวตนของเขา

ครั้งที่ 3 การฝึกอยู่กับปัจจุบัน และรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ของความคิด ทีมวิจัยกำหนดประเด็นสำคัญใน การสนทนากลุ่ม คือ การ ฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด โดยเริ่มด้วยการที่ผู้ป่วยได้รับการอธิบายถึงความสำคัญของการอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด เชื่อมโยงกับการตีตราตนเอง ผ่านกิจกรรมหลับตาแบบอิสระ เปรียบเทียบกับการหลับตาแบบออกคำสั่ง จากนั้นจึงเป็นการฝึกอยู่กับปัจจุบันด้วยการ ฝึกทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ให้ผู้ป่วยประเมินระดับความสงบ ภายหลังการหลับตาแบบอิสระ และการหลับตาร่วมกับการทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจหลังจบกิจกรรม ผู้ป่วยได้รับการบ้านให้ไปฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ พร้อมบันทึกคะแนนความสงบ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ความคิดตี ตราตนเอง ขณะที่ฝึก และการใช้เทคนิคสร้าง ระยะห่างจากความคิดตีตราตนเอง ผลลัพธ์ของกิจกรรมการฝึกอยู่กับปัจจุบันและรู้เท่าทันการ เปลี่ยนแปลงของความคิด คือผู้ป่วยรู้จักธรรมชาติของความคิด การฝึกอยู่กับปัจจุบัน ผ่านการฝึกทำสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ช่วยให้รู้เท่าทันความคิดตนเอง เห็นความคิดตีตราตนเอง สามารถ ใช้เทคนิคจัดการได้ ไม่ปล่อยให้ตนเองจมไปกับความคิดตีตราตนเองเหล่านั้น

ครั้งที่ 4 กำหนดเส้นทางชีวิต นำสู่เป้าหมาย และ เดินตามเส้นทางชีวิต ทีมวิจัยกำหนดประเด็นสำคัญในกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้ คือ การกำหนดเส้นทางชีวิต ...นำสู่เป้าหมาย โดย กิจกรรมเริ่มต้นด้วยการที่ผู้ป่วยได้รับการอธิบายเกี่ยวกับความหมาย ความสำคัญของการกำหนดเส้นทางชีวิต การวิเคราะห์ความเจ็บป่วยและผลกระทบจากการตีตรา การประเมินความเสี่ยงหากยังคงตีตรา การวิเคราะห์ข้อดีหากเข้าสู่การบำบัด และการเรียนรู้ ความแตกต่างระหว่างการ กำหนดเส้นทางชีวิตกับการกำหนดเป้าหมาย จากนั้นให้ผู้ป่วยลองกำหนดทิศทางชีวิตและเป้าหมายใน 4 ด้าน ได้แก่ ตนเอง ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน ด้านการทำงาน และด้านสุขภาพ พร้อมทั้งให้แลกเปลี่ยนเส้นทางชีวิตและเป้าหมายของตนเองร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เลียนแบบแนวทางดี ๆ ที่ได้รับรู้จากผู้อื่น ผลลัพธ์ของกิจกรรมกำหนดเส้นทางชีวิต...นำสู่เป้าหมาย คือ ผู้ป่วยทราบความต้องการที่แท้จริงในชีวิตของตนเอง เกิดการตั้งเป้าหมายชีวิตที่สอดคล้องกับความต้องการ

กิจกรรมเดินตามเส้นทางชีวิต เป็นการนำเส้นทางชีวิตในด้านที่คิดว่าสำคัญกับตนเองมากที่สุดจากการมากำหนดเป้าหมายระยะยาว เป้าหมายระยะสั้น มีการวางแผนวิธีการปฏิบัติเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายระยะสั้น พร้อม ทั้งมีการคาดการณ์อุปสรรคและระบุวิธีการที่จะใช้รับมือกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว มีการแลกเปลี่ยนแนวทางของ ตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม เกิด เรียนรู้วิธีการปฏิบัติ การรับมือกับอุปสรรค จากเพื่อนสมาชิก กลุ่มคนอื่น ๆ และการประกาศพันธะสัญญาสำหรับความมุ่งมั่นที่จะนำสิ่งที่ได้วางแผนไปปฏิบัติจริง

การเข้ารับการบำบัด ผลลัพธ์ของกิจกรรมเดินตาม ทิศทางชีวิต คือ ผู้ป่วยมีแนวทางการแก้ไขปัญหา และมีความหวัง และความมุ่งมั่นต่อการดำเนินชีวิตตามทิศทางชีวิตของตนเอง

ครั้งที่ 5 (กลุ่มผู้นำ ตัวแทนชุมชน) ทำความรู้จักกับปัญหา ผลกระทบ การบำบัดสุรา การตีตรา กิจกรรมเล่าเรื่อง เหตุการณ์ ทบทวนวันวาน “เราเคยตีตราคนอื่น และเคยถูกตีตราหรือไม่” พฤติกรรม คำพูด แบบไหนที่เราไม่อยากจะให้คนอื่นพูดกับเรา พูดแล้วเรารู้สึกด้อยค่า เสียใจ หมดกำลังใจ เราเคยทำแบบนี้กับคนในครอบครัว ผู้มีปัญหามาจากการใช้สุราหรือไม่ วิธีการเปลี่ยนแปลงการสื่อสารด้วยภาษากาย ภาษาพูด พูดอย่างไร

คู่มือวิถีการสัมภาษณ์ผู้มีปัญหาจากการใช้สุราและถูกตีตรา

หลังจากนั้น ฝึก Role Play สะท้อนคิด

ครั้งที่ 6 (กลุ่มบุคลากรสุขภาพ) ทำความรู้จักกับปัญหา ผลกระทบ การบำบัดสุรา การตีตรา กิจกรรมเล่าเรื่อง เหตุการณ์ ทบทวนวันวาน “เราเคยตีตราคนอื่น และเคยถูกตีตราหรือไม่” พฤติกรรม คำพูด แบบไหนที่เราไม่อยากจะให้คนอื่นพูดกับเรา พูดแล้วเรารู้สึกด้อยค่า เสียใจ หมดกำลังใจ เราเคยทำแบบนี้กับคนในครอบครัว ผู้มีปัญหามาจากการใช้สุราหรือไม่ วิธีการเปลี่ยนแปลงการสื่อสารด้วยภาษากาย ภาษาพูด พูดอย่างไร

คู่มือวิถีการสัมภาษณ์ผู้มีปัญหาจากการใช้สุราและถูกตีตรา

หลังจากนั้น ฝึก Role Play สะท้อนคิด

3. ผลจากการนำโปรแกรมมาใช้ พบว่า ผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงระดับสูง 16 คน และเสี่ยงระดับปานกลาง 31 คน ยินดีเข้ารับบริการให้การปรึกษาและบำบัดอย่างย่อทุกคน

เมื่อติดตามหลักจากดำเนินโปรแกรมได้ 6 เดือน พบว่า สามารถลดระดับความเสี่ยงเป็นระดับเสี่ยงต่ำได้ 27 คน (ร้อยละ 87.10) ยังคงดื่มในระดับปานกลาง 4 คน (ร้อยละ 12.90) ผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงระดับสูง 16 คน ตัดสินใจเข้ารับบริการ 14 คน (ร้อยละ 87.5) โดยเข้ารับบริการที่ รพท. 3 คน รพช. 11 คน (อยู่ระหว่างการติดตามผลการบำบัด) แสดงให้เห็นถึงโปรแกรมการลดการตีตราที่ถูกออกแบบขึ้นสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการให้กับผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา

หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างตีตราในระดับสูงและระดับปานกลางน้อยลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งใน 4 ประเภทการตีตรา ได้แก่ การตีตราตนเอง ตีตราจากครอบครัว ตีตราจากคนในชุมชน และตีตราจากบุคลากร ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตีตราทั้ง 4 ประเภทยลดลงมากกว่าก่อนดำเนินโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$)

อภิปรายผลการศึกษา

การพบกลุ่มเสี่ยงในระดับต่ำร้อยละ 70.69 เสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 25.19 และเสี่ยงในระดับสูง ร้อยละ 4.11 สอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือน สำนักงาน

สถิติแห่งชาติ 2564 พบว่าจำนวน 1 ใน 3 ของผู้ดื่มเคย์ตีมนักในครั้งเดียว ซึ่งเพศชายเคย์ตีมนัก ในครั้งเดียว (ร้อยละ 40.0) มากกว่าเพศหญิงเกือบ 2 เท่า (ร้อยละ 21.3) จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 6.99 ล้านคน เป็นนักดื่มประจำ หรือดื่มอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งคิดเป็นความชุกของการดื่มประจำเท่ากับร้อยละ 12.26 (ร้อยละ 23.15 ในประชากรชาย และร้อยละ 2.12 ในประชากรหญิง) เมื่อคิดเป็นจำนวนประชากร จะพบว่า ในปีพ.ศ. 2564 มีนักดื่มประจำ เพศชายอยู่ 6.36 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นกว่า 10 เท่า ของจำนวนนักดื่มประจำเพศหญิงที่มีอยู่ 0.63 ล้านคน ดังนั้น จะเห็นว่า นักดื่มปัจจุบันชาวไทยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.21 ของนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด) จะดื่มเป็นครั้งคราว หรือดื่มน้อยกว่าหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์โดยเมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า นักดื่มเพศหญิง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.39 ของนักดื่มปัจจุบันเพศหญิง) เป็นนักดื่มเป็นครั้งคราว ในขณะที่นักดื่มปัจจุบัน เพศชายประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.15) ดื่มเป็นครั้งคราว และอีกครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.85) ดื่มประจำ ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 5.73 ล้านคนเคย์ตีมนักใน 12 เดือนที่ผ่านมา หรือ คิดเป็นความชุกร้อยละ 10.05 โดยแบ่งเป็นนักดื่มหนักเพศชาย 5.05 ล้านคน (ความชุกร้อยละ 18.38 ในประชากรเพศชายอายุ 15 ปีขึ้นไป) และเพศหญิง 0.68 ล้านคน (ความชุกร้อยละ 2.29) นักดื่มหนัก ส่วนใหญ่ (4.36 ล้านคน) ดื่มหนักเป็นครั้งคราวเท่านั้น (ความถี่ของการดื่มน้อยกว่าหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์) ความชุกของนักดื่มหนักประจำ ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจึงเท่ากับร้อยละ 2.4 เท่านั้น อย่างไรก็ตาม มีนักดื่มปัจจุบันเพศชายถึงร้อยละ 2.81 และเพศหญิงร้อยละ 0.92 ที่ดื่มหนักทุกวันหรือเกือบ ทุกวัน (5-7 วันต่อสัปดาห์) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มวัยประชากรวัยทำงานตอนต้น (อายุ25-44 ปี) มีความชุกของการดื่มหนักสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 13.77 ประชากรที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์ดื่ม (อายุ15-19 ปี) มีความชุกของการดื่ม อย่างหนักต่ำ ที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.88 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจที่ผ่านมา พบว่า ความชุกของนักดื่มหนักโดยรวมจากการสำรวจปี พ.ศ. 2564 ลดลงจากการสำรวจในปีพ.ศ. 2560 เพียงเล็กน้อย (ภาพที่ 1.5.1) แต่ความชุกดังกล่าวลดลงค่อนข้างชัดเจนในประชากรเพศชาย (จากร้อยละ 25.6 และร้อยละ 22.1 ในปีพ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 18.4 ในปีพ.ศ. 2564)

การถูกตีตรา ในรูปแบบต่างๆ พบการตีตราตนเอง ร้อยละ 6.43 ถูกตีตราจากคนในครอบครัว ร้อยละ 11.31 ถูกตีตราจากคนในชุมชน ร้อยละ 15.17 และเคยถูกตีตราจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 8.23 ในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ พบการตีตราตนเอง ร้อยละ 2.91 เคยถูกตีตราจากคนในครอบครัว ร้อยละ 5.45 เคยถูกตีตราจากคนในชุมชน ร้อยละ 10.18 เคยถูกตีตราจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 4.36 ความรู้สึกถูกตีตราเพิ่มขึ้นในความเสี่ยงระดับปานกลาง พบการตีตราตนเอง ร้อยละ 48.89 เคยถูกตีตราจากคนในครอบครัว ร้อยละ 35.56 เคยถูกตีตราจากคนในชุมชน ร้อยละ 26.98 เคยถูกตีตราจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 12.70 ในความเสี่ยงระดับสูง พบการตีตราตนเอง ร้อยละ 90.91 เคยถูกตีตราจากคนในครอบครัว ร้อยละ 72.73 เคยถูกตีตราจากคนในชุมชน ร้อยละ 90.91 เคยถูกตีตราจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 15.11 ข้อค้นพบดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การตีตราในทั้ง 4 รูปแบบ สอดคล้องกับการศึกษาในหลายการศึกษาที่พบว่าปัจจัยการตีตรา เป็นปัจจัยที่ทำให้ผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ และไม่เข้ารับการบำบัด โดยการตีตราตนเอง (Self-stigma)

พบได้ในผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี เช่นการศึกษาของ บุนรภูณามแกว และ กิตติพร เนาวสุวรรณ ที่ศึกษาประสบการณ์การถูกตีตราของผู้ติดเชื่อเอชไอวีและวิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื่อเอชไอวี เพื่อลดการตีตราตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล และพบว่า ประสบการณ์การถูกตีตราของผู้ติดเชื่อเอชไอวี จำแนกได้ 3 ประเด็น คือ

- 1) การตีตราตัวเอง ขอคนพบคือผู้ติดเชื่อเอชไอวีร้อยละ 64.7 หลีกเลียงที่จะไปสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เนื่องจากกลัวการถูกเปิดเผยข้อมูลสถานภาพการติดเชื่อเอชไอวีของตน และผู้ติดเชื่อเอชไอวีอายและกลัวเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจ้องมองหรือนินทาตนเอง พบการตีตราจากบุคคลรอบข้าง คือ สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เคยแสดงท่าทีรังเกียจร้อยละ 78 และการถูกตีตราจากผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่าผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่มักแนะนำว่า “อย่ามีลูกเลย” เพราะติดเชื่อเอชไอวี ร้อยละ 30 สอดคล้องกับการศึกษาของกรมควบคุมโรค ที่ทำการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของรัฐด้านวัณโรคในพื้นที่ฝั่งตะวันออกของประเทศ ผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 12.4 รายงานว่าเคยถูกเลือกปฏิบัติจากผู้ปฏิบัติงานสุขภาพ สำหรับการเลือกปฏิบัติในครอบครัว ผู้ป่วยวัณโรคปอดร้อยละ 45.2 รายงานว่าเคยถูกสมาชิกในครอบครัว ขอให้แยกห้องนอน และร้อยละ 44.1 เคยถูกสมาชิกในครอบครัวขอให้แยกไปรับประทานอาหารคนเดียว ระหว่างป่วยเป็นวัณโรค สำหรับการเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงาน ผู้ป่วยวัณโรคปอดร้อยละ 10.8 เคยถูกย้าย ให้ปฏิบัติงานในแผนกที่ไม่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับลูกค้า ร้อยละ 6.3 เคยถูกใช้ผลเอกเรย์ปอดที่ผิดปกติมาใช้เป็น เงื่อนไขในการไม่รับเข้าทำงาน และร้อยละ 5.8 เคยถูกให้ออกจากงานเนื่องจากป่วยเป็นวัณโรคปอด และอาจอธิบายได้จากการที่ผู้ติดแอลกอฮอล์ต้องรับแรงกดดันจากสังคมที่มักตำหนิผู้ติดแอลกอฮอล์ จนผู้ติดแอลกอฮอล์เกิดการตีตราตนเอง (Self-stigma) การที่สังคมคิดและรู้สึกด้านลบกับผู้ติดแอลกอฮอล์ (Social Stigma) โดยมองอย่างเหมารวม (Stereotype) ว่าผู้ติดแอลกอฮอล์แตกต่างจากคนทั่วไป นำไปสู่ความเชื่อที่อคติ (Prejudiced) เช่น การศึกษาของ Keyes et al. (2010) ที่ศึกษาเรื่องการตีตราและการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาโดยการสำรวจในกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence Disorders) 34,653 ราย อายุระหว่าง 20-90 ปี พบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์ที่มีการรับรู้การตีตรา (perceived stigma) ในระดับสูงจะเข้ารับการบำบัดรักษาลดลง หรือไม่เข้ารับการบำบัดรักษา การรับรู้การตีตราในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับเพศชาย รายได้ต่ำ การศึกษาน้อย และเคยสมรสมาก่อน แต่หากผู้ติดแอลกอฮอล์ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีการรับรู้การตีตราอยู่ในระดับต่ำ การศึกษาของ Schomerus, Corrigan, et al. (2011) เรื่องการตีตราตนเองในผู้ติด แอลกอฮอล์ พบว่าผลที่ตามมาของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่ม ในกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลประเทศเยอรมัน 153 ราย พบว่า การตีตราตนเองในผู้ติดแอลกอฮอล์มีความคล้ายคลึงกันกับผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน เริ่มจากบุคคลรับรู้ปฏิกิริยาที่สังคม แสดงออกในทางลบกับตน ทำให้รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าไว้ ความสามารถ และซึมซับความรู้สึกตีตราเข้าไปในตนเอง เกิดความคิดที่เห็นคล้อยตามกับทัศนคติของสังคม (stereotype agreement: agree) เกิดการรับรู้ตนเองในทางลบจนมีความรู้สึกว่ามันเป็น ตัวตนของตัวเอง (self-concurrence: apply) มองว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่ควรได้รับการยอมรับ ในที่สุดก็รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement: harm) โดย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตราตนเอง ได้แก่ ทศนคติของผู้ป่วยที่เห็นด้วยกับการถูกเลือกปฏิบัติ อาการซึมเศร้า จากการตีตราแอลกอฮอล์ ระยะเวลาและความรุนแรงของปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement: harm) จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิเสธ การดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดลงด้วย ผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นภาระของสังคม มีปัญหาด้านจิตใจ การดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม (Link et al, 1999; Room, 2005) สกปรก มีประวัติอาชญากรรม ลักขโมย (Room, 2001) หรือเป็นบุคคลที่ไม่สามารถคาดเดาอาการได้ เป็นอันตรายมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Schomerus, Holzinger et al., 2010) นำไปสู่การ เลือกปฏิบัติหรือแบ่งแยกจากคนทั่วไป เพราะผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นกลุ่มคนที่ถูก สังคมรังเกียจและปฏิเสธอย่างมาก (Baldwin, Marcus, & De Simone, 2010; Link et al., 1999) หากผู้ติดแอลกอฮอล์รับรู้ปฏิกิริยาทางด้านลบ (Perceived stigma) จากสังคมที่มีต่อตนเองซ้ำๆ จน ก่อให้เกิดความรู้สึกผิดและความรู้สึกอับอายขึ้นภายในตนเอง จนนำไปสู่การเกิดการซึมซับและหันเหความคิดและความรู้สึกด้านลบนั้นเข้าหาตนเองนั่นคือการตีตราตนเอง (Self-stigma) ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การดื่ม ทำให้เกิดการกลับดื่มซ้ำ (Matthews, Dwyer, & Snoek, 2017; Schomerus, Corrigan et al., 2011) นอกจากนั้นการขาดแรงจูงใจหรือแรงสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม การดื่ม ประกอบกับการมีลักษณะบุคลิกภาพที่ บกพร่อง ขาดความมั่นใจ มีภาวะอารมณ์ด้านลบ เช่น คับข้องใจ โกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือการมี ปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น คู่สมรส เพื่อนร่วมงาน ฯลฯ มักเกิดการโต้เถียงเป็นอารมณ์ซึ่ง กันและกัน เป็นเหตุชักนำ ให้การควบคุมพฤติกรรม การดื่ม ล้มเหลว (Marlatt & Donovan, 2005)

ประสบการณ์การตีตราตนเองในผู้ติดแอลกอฮอล์ในประเด็นการรับรู้มุมมองจากครอบครัวและสังคม จากปัญหาหลักที่ผู้ติดแอลกอฮอล์ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม การดื่มได้ ทำให้เกิดการกลับไปดื่มซ้ำ เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากต้องเข้ารับการบำบัดรักษาบ่อยครั้ง อีกทั้งการติดแอลกอฮอล์นำไปสู่การมีภาพลักษณ์และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมาสู่สังคม ภายนอก เช่น ตัวสกปรก มีกลิ่นเหม็น ติดตัว พุดจาหยาบคาย เสียงดังเอะอะโวยวาย เทียบขอเงินผู้อื่น นอนข้างถนน ลักขโมยของ เป็นต้น ทำให้ครอบครัวและสังคมรับรู้ได้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นว่า แตกต่างไปจากคนอื่นทั่วไป ส่งผลให้แสดงปฏิกิริยาต่างๆ ออกมาทั้งสีหน้าท่าทาง สายตา คำพูดและพฤติกรรม เช่น สายตาดูถูกเหยียดหยาม คำพูดตำหนิตำหนิ การแสดงท่าทางรังเกียจหลีกเลี่ยง เป็นต้น จนทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์รับรู้ได้ถึงปฏิกิริยาของครอบครัวและสังคมที่มีต่อตนเอง ผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ดลชัย ฮอร์วัง (2560) ได้ศึกษาสถานการณ์การตีตราทางสังคมของผู้ติดยาเสพติด : กรณีศึกษาผู้รับการบำบัดสารเสพติดโครงการเมทาโดนฐานชุมชน และพบว่า ผู้ติดยาเสพติดเผชิญกับสถานการณ์จริงในการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยการถูกชุมชนเพ่งเล็งด้วยสถานการณ์ที่มีคนมาจ้องจับผิดตรวจสอบว่าทำอะไรอยู่ ร้อยละ 50.7 และการที่เพื่อนไม่มาหาเยี่ยมหรือมาน้อยลงกว่าเดิม ร้อยละ 20.3 ถูกครอบครัวเมินเฉยทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ร้อยละ 20.3 ถูกครอบครัวให้แยกอยู่อย่าง เป็นรูปธรรมด้วยการให้แยกไปนั่งกินข้าวคนเดียวหรือให้ใช้ภาชนะอาหารแยกต่างหากพบเห็นอยู่บ้าง ร้อยละ 9.5 และถูกเลือกปฏิบัติในการรับบริการ โดยถูกปฏิเสธไม่ให้รับบริการหรือเคยได้รับบริการที่ไม่ได้

มาตรฐานจากผู้ให้บริการสุขภาพมีปรากฏให้เห็นเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 2.7 และสอดคล้องกับที่ Erving Goffman (1963) นักสังคมวิทยาชาวอเมริกาผู้ศึกษาแนวคิดการตีตรา ได้อธิบายความหมายของ การตีตรา (stigma) คือ ลักษณะที่บุคคลเสื่อมเสียชื่อเสียงอย่างยิ่ง และลดทอนคนปกติให้มีมลทิน หดคุณค่า โดยการตีตราเป็นความสัมพันธ์ระหว่าง การอ้างเหตุผล (Attribute) กับภาพตายตัว (Stereotype) คือเป็นการประทับตราให้กับบุคคลลักษณะต่างๆ ซึ่งทำให้บุคคลที่มีลักษณะไม่เป็นที่ต้องการหรือมีภาพตายตัวที่สังคมรังเกียจ เช่น ในกรณีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่คนในสังคมอาจจะเคยมีภาพจำผิด ๆ ในการเป็นโรคร้ายแรง มีตุ่มแผลทั่วตัว แพร่เชื้อได้ง่าย ไม่ควรแม้แต่ใช้ชีวิตร่วมกัน เป็นโรคที่มาจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ดี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีความรู้สึกละอายใจที่ติดเชื่อ **ความเชื่อเหล่านี้สร้างความรู้สึกและทัศนคติด้านลบแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี** **ทำการตัดสินและตีป้ายถึง “ความไม่ดี แยกแยก ไม่ควรเข้าใกล้” ให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี นำไปสู่การเลือกปฏิบัติ และกีดกันผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกจากสังคมโดยสิ้นเชิง** แม้ในปัจจุบันความรู้ความเข้าใจในการติดเชื้อเอชไอวีจะมีมากขึ้น ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีลดลง แต่ยังคงมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในสังคม ซึ่งเห็นได้จากผลการสำรวจสถานการณ์ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี “การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (MICS), สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2562” ที่พบอัตราการถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีมากถึงร้อยละ 26.7 ผลการศึกษาสอดคล้องตามแนวคิดของ Goffman (1963) ที่กล่าวว่า การรับรู้การตีตราของบุคคล เกิดจากการถูกแบ่งแยก กีดกันจากบุคคลในสังคม ทำให้บุคคลนั้นถูกลดโอกาสในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติและมีผลต่อการรับรู้ของตนเอง ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกอับอาย เกลียดตนเอง บุคคลที่ถูกตีตราจะรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่แตกต่างจากคนอื่น ทำให้เป็นบุคคลที่ไม่มีความน่าเชื่อถือ ไม่ได้รับการยอมรับ ขาดความมั่นใจในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Schomerus, Corrigan et al. (2011) ที่พบว่า การตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เริ่มจากบุคคลรับรู้ปฏิกิริยาที่สังคมแสดงออกกับตนเองในทางลบ (stereotype awareness: aware) แล้วซึมซับความรู้สึกตีตรานั้นเข้าไปในตนเอง

การถูกตีตราจากครอบครัวและสังคม สะท้อนให้เห็นถึงปฏิกิริยา ต่างๆ ของครอบครัวและสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยครอบครัวและสังคมมักยึดติดกับภาพลักษณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งในบางครั้งสิ่งที่ปรากฏขึ้นอาจไม่เป็นไปตามประสบการณ์ที่มีเสมอไป แต่เกิดจากการนำเอาประสบการณ์ที่ตนเองมี มาคิดคาดเดา และตัดสินผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปโดยอัตโนมัติว่าต้องมีภาพลักษณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ตลอดเวลาและต้องเป็นเหมือนกันทั้งหมด ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่าเป็นคนทรานหน้าตนเองเป็น คนไม่ดี เป็นคนน่ารังเกียจเพราะติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัวรู้สึกเบื่อหน่าย เอือมระอา กับตนเองที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มได้ เป็นสาเหตุนำไปสู่การมีภาพลักษณ์และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซ้ำๆ ส่งผลให้ครอบครัวและสังคมมีท่าทีที่เปลี่ยนแปลงไปกับตนเอง เช่น ไม่สนใจ เหยียด ไม่พูดคุยด้วย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Schomerus, Holzinger, et al. (2010) ที่พบว่าสังคมมองผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นบุคคลที่ไม่น่าไว้วางใจ เพราะไม่สามารถคาดเดาพฤติกรรมได้หรือเป็นอันตรายมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ นรกร สารีแท้ และคณะ (2561) ที่พบว่า

สังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับกลุ่มผู้ติด แอลกอฮอล์และมองไปในทางลบ โดยตั้งข้อรังเกียจว่าเป็นคนที่อันตราย ไม่น่าคบ และน่ารังเกียจ อีกทั้งการติดแอลกอฮอล์ทำให้ตนเองบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของการเป็น พ่อแม่-ลูก-คู่ชีวิต หรือผู้นำครอบครัวที่ดี และบกพร่องในการทำงานหรือสิ่งที่ได้รับมอบหมาย จึงทำให้ครอบครัวและสังคมเกิดความรู้สึกสงสัย ไม่ไว้วางใจ หรือไม่มั่นใจในความสามารถของผู้ติดแอลกอฮอล์ในการทำสิ่งต่างๆ จึงตัดสินตามประสบการณ์ที่ตนเองมีว่าผู้ติดแอลกอฮอล์ต้องเป็นคนล้มเหลว ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์และมักทำสิ่งต่างๆ ไม่สำเร็จ จากความคิด ความรู้สึกดังกล่าวส่งผลให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ถูกลดทอน หรือถูกจำกัดสิทธิและโอกาสต่างๆ เช่น การถูกปฏิเสธการจ้างงาน เป็นต้น จากปฏิกิริยาต่างๆ เหล่านี้จึงทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์รู้สึกว่าตัวเองเป็นคนที่ไม่น่าเชื่อถือในสายตาของครอบครัวและสังคม กลายเป็น อคติ สอดคล้องกับที่ Corrigan (2004) กล่าวว่า อคติ เป็นความ เชื่อของบุคคลอย่างไรเหตุผลบนพื้นฐานความคิดแบบเหมารวม โดยบุคคลจะแสดงออกหรือยึดถือตาม ความคิดเห็นของตนเอง พร้อมกับปฏิเสธที่จะไม่พิจารณาความเป็นไปได้ของความคิดเห็นที่ต่างออกไป การติดแอลกอฮอล์ยังทำให้ตนเองต้องเผชิญกับคำพูด และ/หรือ การแสดงท่าทางดูถูกดูหมิ่น เหยียดหยามจากครอบครัวและสังคมว่าตนเองเป็นคนไร้ความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ โดยเฉพาะการไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองได้จนกลับไปดื่มซ้ำๆ ทำให้มักถูกตำหนิเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มว่าไม่มีความสามารถในการเลิกดื่มได้อย่างแน่นอน บางครั้งถ้อยคำเหล่านั้นหยาบคายรุนแรง กระแทกกระเทือนต่อจิตใจอย่างมากเหมือนกำลังถูกตอกย้ำซ้ำเติมที่ตนเองล้มเหลวในการควบคุมพฤติกรรมการดื่ม สอดคล้องกับองค์ประกอบของการตีตราตนเอง คือ การตำหนิ (Blame) ดังที่ Schomerus (2014) กล่าวว่า การตำหนิเป็นปฏิกิริยาของสังคมที่มีต่อผู้ติดแอลกอฮอล์ว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีความรับผิดชอบ หรือไม่มีความสามารถ และเป็นคนไม่ดีเนื่องจากสภาพของตัวผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Scioli et al. (2015) ที่พบว่า การกลับมาเสพซ้ำของผู้ติดสารเสพติด ยิ่งส่งผลให้ถูกสังคมตีตราและเกิดทัศนคติทางลบมากขึ้นว่าเป็นคนล้มเหลว จากปฏิกิริยาต่างๆ ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นมุมมองของครอบครัวและสังคมที่มีต่อผู้ติดแอลกอฮอล์ตามการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่าการติดแอลกอฮอล์จึงทำให้ตนเองต้องอยู่ท่ามกลางสังคม ที่มองตนเองอย่างอคติไปแล้วว่าเป็นคนไม่ดี ไม่รับผิดชอบ ไม่รักตัวเอง ซึ่งปฏิกิริยาต่างๆ เหล่านี้ มีส่วนอย่างยิ่งต่อความตั้งใจจริงในการเลิกดื่ม กลับต้องล้มเหลว เพราะถูกเหมารวมไปแล้วว่าตนเอง ไม่มีทางที่จะเลิกดื่มได้สำเร็จ จนส่งผลต่อความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทและการทำงาน ความกดดันจากครอบครัวและสังคมเหล่านี้กลายเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาใช้ แอลกอฮอล์เป็นที่พึ่งอีกครั้ง ประเด็นการยอมรับตนเองตามที่สังคมมอง จากการที่ครอบครัวและสังคมแสดงปฏิกิริยาต่างๆออกมา ทั้งสีหน้าท่าทาง สายตา คำพูด และพฤติกรรม ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์รับรู้ได้ถึงปฏิกิริยาของครอบครัวและสังคมที่มีต่อตนเอง ก่อเกิดเป็นความคิดความรู้สึกภายในขึ้นกับตนเอง จนทำให้ตนเองคิดคล้อยตาม เห็นด้วย หรือเชื่อตามสังคม ว่าตนเองเป็นดังเช่นที่สังคมมีปฏิกิริยาแบบนั้นจริง ส่งผลให้เกิดความคิดความรู้สึกที่มีต่อตนเอง โดยจากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นทัศนคติที่ผู้ติดแอลกอฮอล์มีต่อตนเองว่าเป็นคนไม่ดีเพราะ ติดแอลกอฮอล์ ซึ่งความคิดความรู้สึกเหล่านี้เกิดจากการที่ผู้ติดแอลกอฮอล์ตัดสินตนเองตามความ เชื่อของสังคม สอดคล้องกับการศึกษา ของ Keyes et al. (2010) ที่พบว่า

การรับรู้การตีตราในผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการเลิกดื่ม ทำให้เกิดการกลับดื่มซ้ำ และเป็นเหตุให้เข้ารับการรักษาซ้ำ และสอดคล้องกับ Matthews, Dwyer, & Snoek, (2017) กล่าวว่า ความรู้สึกผิดมักเป็นแรงกระตุ้น ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น แต่หากเกิดความล้มเหลว ความรู้สึกผิดที่สั่งสมไว้นั้นก็จะผลักดันให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำอีก จากการที่ผู้ติดแอลกอฮอล์เคยมีประสบการณ์การถูกรบกวนและสังคมแสดงการรังเกียจ ไม่ยอมรับโดยตรง และจากที่เคยรับรู้ประสบการณ์การของผู้ติดแอลกอฮอล์อื่นๆ ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เกิดความรู้สึกกลายในตนเองและกังวลต่อภาพลักษณ์และพฤติกรรมไม่เหมาะสม ร่วมกับการคาดการณ์ไปล่วงหน้าถึงปฏิกิริยาต่างๆ ที่ครอบครัวและสังคมจะแสดงออกกับตนเอง และ คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดีที่ติดแอลกอฮอล์ ทำให้ต้องหลีกเลี่ยงหรือแยกตัวเองออกจาก ครอบครัวและสังคม เพื่อเป็นการป้องกันตนเองไม่ให้เผชิญกับปฏิกิริยาเหล่านั้น สอดคล้องกับการปรับตัวโดยใช้กลไกป้องกันตัวเองแบบถอยหนี (Withdrawal) เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด โดยการหลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่มีอคติต่อตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Matthews, Dwyer, and Snoek (2017) ที่กล่าวว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์จะ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การถูกสังคมตีตรา จึงทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์แยกตัวเองออกจากสังคม เพราะกลัวการถูกตีตราและอับอายอย่างมาก เมื่อต้องเผชิญหน้ากับสังคม ทำให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งทางบวกคือ การอยากเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อแก้ไขภาพลักษณ์ที่ไม่เหมาะสมและกลับมาปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองดั้งเดิม แต่ในทางกลับกันหากผู้ติดแอลกอฮอล์ไม่สามารถก้าวผ่านการตัดสินใจตนเองตามความเชื่อของสังคมได้ จนเกิดความคิดความรู้สึกที่มีต่อตนเองว่าเป็นคนไม่ดีเพราะติดแอลกอฮอล์ ก็จะนำไปสู่การเกิดผลกระทบด้านลบคือ การไม่ควบคุมพฤติกรรมการดื่ม แยกตัวจาก สังคม และเก็บกดความรู้สึก ซึ่งเป็นผลเสียต่อผู้ติดแอลกอฮอล์

การถูกตีตราจากบุคลากรทางสุขภาพ การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพเป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ทำให้การแก้ไขปัญหสุขภาพไม่ประสบความสำเร็จ จากหลักฐานทางวิชาการจำนวนมากที่บ่งชี้ว่า ทศนคติตีตราและเลือกปฏิบัติของคนในสังคม ส่งผลต่อความคิดของบุคคลซึ่งทำให้เมื่อ มีอาการป่วยจากการดื่มสุราก็จะไม่กล้าเข้ารับการตรวจวินิจฉัยทั้งที่มีอาการป่วย เนื่องจากเกรงว่าหากตนเองจะถูกรังเกียจ ถูกดู ว่า ต่ำหนิจากบุคลากรสุขภาพ ถูกเลือกปฏิบัติขณะรับบริการสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา ถูกตีตราจากบุคลากรทางสุขภาพ น้อยกว่าการตีตราตนเอง จากครอบครัว และสังคม ทั้งนี้ การตีตราจากบุคลากรทางสุขภาพ อาจเกิดจาก อคติ หรือการไม่ชอบ ในพฤติกรรมการเป็นผู้ดื่มของผู้ป่วย และเลิกดื่มไม่ได้

การนำโปรแกรมมาใช้เพื่อลดการตีตรา

จากการนำโปรแกรมลดการตีตรามาใช้กับผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา ครอบครัว ผู้นำชุมชน และบุคลากรสุขภาพ โดยการฝึก ทดลองปฏิบัติ และติดตามผลหลังจากการใช้โปรแกรม 6 เดือน พบว่าผู้มีปัญหาจากการดื่มรับรู้ต่อการถูกตีดรณ้อยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมที่ถูกออกแบบ

มาให้เกิดการรับรู้ สร้างความเข้าใจ ผ่านการรับฟัง ทบทวน พฤติกรรม คำพูด การปฏิบัติ และเป็นการตีตรา โดยผู้แสดงอาจจะไม่ได้เจตนา สอดคล้องกับการศึกษาของ นาวา ผานะวงค์ (2562) ที่ได้จัดโปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร โดยการอบรมเจ้าหน้าที่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าถ้าเหตุการณ์เกิดกับตนเองคงไม่พึงพอใจและรู้สึก ด้อยค่า อาจมีผลกระทบต่อผู้ให้บริการ และองค์กร อาจถูกร้องเรียน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมี แนวทางแก้ไขร่วมกัน เพื่อลดการตีตราและเลือก ปฏิบัติ เช่น การชักประวัติผู้ป่วยในที่เปิดเผยและ ใช้วิธีการที่เปิดเผยเสียงดัง ได้มีการปรับปรุงโดยจัด สิ่งแวดล้อมให้มีความกัน และระยะห่างในการพูดคุย ปรับทัศนคติพฤติกรรมบริการ การพูดคุยซักถาม ระมัดระวังเรื่องน้ำเสียง คำพูด และเพิ่มทักษะ การชักประวัติแก่ผู้คัดกรอง การสื่อสารนโยบาย ในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติก็มีความสำคัญ การศึกษาของ สุนิศา สุขตระกูล และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดการตีตราตนเองในผู้เสพสารเสพติด และพบว่า การตีตราตนเองของผู้ เสพสารเสพติดที่ได้รับโปรแกรมลดการตีตราตนเองหลังจบโปรแกรม ทันทีและหลังจบโปรแกรม 1 เดือนต่ำกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การตีตราตนเองของผู้เสพ สารเสพติดที่ได้รับโปรแกรมลดการตีตราตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลังจบโปรแกรม 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรปรับเปลี่ยนการตีตราเชิงสัญลักษณ์ เช่น ป้ายสถานที่ที่มีการระบุว่าเป็นการเลิกเหล้า ช่วยคนติดเหล้า เพราะจะทำให้ ครั้งต่อไปควรมีการศึกษาประสิทธิผลการนำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มประชากรที่มีปัญหาอื่นๆ ที่มีการตีตรา และมีการติดตามประเมินผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องและระยะยาวเพื่อนำไปพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ควรจัดอบรม พัฒนาบุคลากร ครอบคลุมผู้ป่วย ชุมชน ในการลดการตีตรา ของปัญหาสุขภาพอื่นๆ ด้วย
3. การค้นหาการถูกตีตราเชิงรุก และให้การดูแล พาเข้าสู่ระบบบริการ
4. สื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับสังคม ต่อ ประเด็นผลกระทบจากการตีตรา

ข้อจำกัดของงานวิจัย :

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีเพียง 47คน อาจยังไม่สามารถสรุปผลในระดับกว้างได้ ควรมี การศึกษาที่มีขนาดตัวอย่างใหญ่ขึ้น
2. ควรมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Control group) เพื่อให้มั่นใจว่าผลลัพธ์มาจากโปรแกรมลดการตีตราโดยตรง การเลือกพื้นที่ศึกษา

3. การศึกษาเฉพาะจังหวัดพัทลุง ทำให้ผลที่ได้อาจไม่สามารถใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน
4. การวัดผลในระยะยาว งานวิจัยนี้ติดตามผลเพียง 6 เดือน ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอที่จะบ่งชี้ถึงผลกระทบระยะยาวของ โปรแกรม ควรมีการติดตามผลในระยะที่ยาวขึ้น เช่น 1 ปี หรือมากกว่า

เอกสารอ้างอิง

Laramée P, Leonard S, Buchanan-Hughes A, Warnakula S, Daepfen JB, Rehm J. Risk of all-cause mortality in alcohol dependent individuals: a systematic literature review and meta-analysis. *EBio Medicine* 2015; 2: 1394-404. World Health Organization, World Health Organization.

Management of Substance Abuse Unit. Global status report on alcohol and health, 2014. World Health Organization; 2014. Rose ME, Grant JE. Alcohol-induced blackout: phenomenology, biological basis, and gender differences. *Journal of addiction medicine* 2010; 4: 61-73. 593

ศรีนครินทร์เวชสาร 2561; 33(6) Srinagarind Med J 2018; 33(6) The Stigma of Patients with Alcohol Use Disorder with Discrimination ตราบาปของผู้ป่วยติดสุรากับการเลือกปฏิบัติ และสิทธิมนุษยชน
จะเด็จ เขาวนวิไล. ลด ละ เลิกเหล้า = สร้างสุขให้ครอบครัวและ ชุมชน : ถอดประสบการณ์การทำงาน
ชุมชนลด ละ เลิกเหล้า : ลดความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ เพื่อนหญิง; 2553.

Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Simon and Schuster; 2009 Nov 24.

Browne G, Courtney M. Schizophrenia housing and supportive relationships. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2007; 16: 73-80. Barry CL, McGinty EE, Pescosolido BA, Goldman HH. Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatr Serv* 2014; 65: 1269-72.

สกุล ฉะชัยแหลม. การปรับพฤติกรรม การดื่มสุราในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2018; 27: 160-8. 11.

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 12.

Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Bunting K, Rye AK. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addict ResTheory* 2008; 16: 149-65 13.

พัชรพลัย กนกจรรยา,เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมการ บำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการ ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรม การเสพสุราในผู้ เสพติดสุรา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต 2013; 27: 56-68. 594

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. 15.

ไศภณสิริ ยุทธวิสุทธิ, อรัญญา บุญธรรม, มงคลส่อง สว่างธรรม, กมลนิชา อนันต์, ฉันทพร บัว เหลือง, ศรีสกุล ฉะชัยแหลม. การปรับ พฤติกรรมการดื่มสุราในชุมชน.

Journal of Phrapokklao Nursing College 2018; 27: 160-8 17.

ลัดดาวลย์ พิบูลย์ศรี, สุนทรี ศรีโกสย. การพัฒนาศักยภาพ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา. พยาบาลสาร 2558; 42: 132-40. 18.

สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, ดลนภา ไชยสมบัติ, สมศรี ทาทาน. ความรู้และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผู้ป่วยติดสุรา. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2017; 10:78-89

Keusch GT, Wilentz J, Kleinman A. Stigma and global health: developing a research agenda. The Lancet 2006; 367(9509): 525-7. 20.

Keyes KM, Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Link B, Olfson M, Grant BF, Hasin D. Stigma and treatment for alcohol disorders in the United States. American Journal of Epidemiology. 2010; 172: 1364-72.

Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. Alcohol and Alcoholism. 2010; 46(2): 105-12.

Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. Br J Psychiatry 2000; 177: 4-7. 23.

Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH, Slopen N, Medasani K, Phelan S. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. Psychiatr Serv 2005; 56: 544-50. 24. Corrigan PW. Target-specific stigma change: a strategy for impacting mental illness stigma. Psychiatr Rehabil J 2004; 28: 113-21

จะเด็จ เชาวนวิไล. ลด ละ เลิกเหล้า = สร้างสุขให้ครอบครัวและ ชุมชน : ถอดประสบการณ์การทำงานชุมชนลด ละ เลิกเหล้า : ลดความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ เพื่อนหญิง; 2553.

พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มี ปัญหาการดื่มสุรา, 2561

นรากร สารีแท้ และคณะ トラบาปของผู้ป่วยสุรา ศรีนครินทร์เวชสาร 2561; 33(6): 589-94.

Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Simon and Schuster; 2009 Nov 24.

Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, Lynde D, Osher FC, Clark RE, Rickards L. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. Psychiatr serv 2001; 52: 469-76.

Browne G, Courtney M. Schizophrenia housing and supportive relationships. International Journal of Mental Health Nursing. 2007; 16: 73-80.

Barry CL, McGinty EE, Pescosolido BA, Goldman HH. Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatr Serv* 2014; 65: 1269-72.

สกุล เฉียบแหลม. การปรับพฤติกรรม การดื่มสุราในชุมชน. วารสาร วิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี Journal of Phrapokklao Nursing College 2018; 27: 160-8.

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

พัชรารัตน์ กนกจรรยา,เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรม การเสพยาในผู้เสพติดสุรา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต 2013; 27: 56-68.

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.

โสภณสิริ ยุทธวิสุทธิ, อรัญญา บุญธรรม, มงคลสอง สว่างธรรม, กมลนิชา อนันต์, ฉันทพร บัวเหลือง, ศรีสกุล เฉียบแหลม. การปรับ พฤติกรรมการดื่มสุราในชุมชน. Journal of Phrapokklao Nursing College 2018; 27: 160-8

ลัดดาวัลย์ พิบูลย์ศรี, สุนทรี ศรีโกสโย. การพัฒนาศักยภาพ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา. *พยาบาลสาร* 2558; 42: 132-40.

สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, ดลนภา ไชยสมบัติ, สมศรี ทาทาน. ความ รู้และทัศนคติของนักศึกษา พยาบาลต่อ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ ผู้ป่วยติดสุรา. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2017; 10:78-89

Keusch GT, Wilentz J, Kleinman A. Stigma and global health: developing a research agenda. *The Lancet* 2006; 367(9509): 525-7.

Keyes KM, Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Link B, Olfson M, Grant BF, Hasin D. Stigma and treatment for alcohol disorders in the United States. *American Journal of Epidemiology*. 2010; 172: 1364-72.

Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 4-7.

Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH, Slopen N, Medasani K, Phelan S. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 544-50.

Corrigan PW. Target-specific stigma change: a strategy for impacting mental illness stigma. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 28: 113-21

Bernburg, J.G., Krohn, M.D., Rivera, C.J. (2006). Official Labelling, Criminal Embeddedness, and Subsequent Delinquency: A Longitudinal Test of Labelling Theory. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 2006, 43(1), 67-88

Jackson, D.B., Hay, C. (2013). The Conditional Impact of Official Labeling on Subsequent Delinquency: Considering the Attenuating Role of Family Attachment. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 2013, 50(2), 300-322

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย, สมาคมโรคติดเชื้อในเด็ก. แนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2549/2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ สหกรณ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550, หน้า 25-26

นิพนธ์ ดารารุฒิมาประกรณ์. การตีตราชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกระบวนการดำเนินงานแก้ไข ปัญหาเอดส์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555. หน้า 25-27.

คณะทำงานวิชาการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ. การตีตราและเลือกปฏิบัติในประเทศไทย. กองควบคุมโรคเอดส์วันโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กรุงเทพฯและสถาบัน วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.

โสภณ เมฆธน, ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล และจารุณีศิริพันธุ์. ผลสำรวจพบคนไทยยังรังเกียจผู้ติดเชื้อ เอชไอวีเรื้อรังแก้ไข ป้องกัน ตีตรา-เลือกปฏิบัติ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2558. หน้า 55.

ประพันธ์ภานุภาค. การเดินทางของ “พีท คนเลือดบวก” คนจริง 2018 ประกาศติดเอดส์เพื่อ ทางออก. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ วันที่ 6 ต.ค. 2018]. แหล่งข้อมูล: <https://medhubnews.com/ดูบทความ-24765>.

Matlin A. Word pronunciation and comprehension in Alzheimer's disease: The breakdown of semantic knowledge. *Boston, Brain and Language*; 1994, pp. 279.

พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มประคับประคองต่อการเพิ่มความ ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2546. หน้า บทคัดย่อ.

Brown L, Macintyre K, Trujillo L. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: What have we learned? *AIDS Education and Prevention* 2003; 15: 49-69.

Sengupta, S., Banks, B., Jonas, D., Miles, M. S., & Smith, G. C. HIV interventions to reduce HIV/AIDS stigma: A systematic review. *AIDS and behavior*, (2011). 15(6), 1075-1087. DOI: 10.1007/s10461-010-9847-0

รัชนี้กร ไช่หิน. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนที่ติดเชื้อ เอชไอวี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554, หน้า บทคัดย่อ.

พรนิภา หาญละคร, สมใจรัตนมณี, ประกอบ ชันทอง. ผลของกลุ่มบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิ ต่อความซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556; 31: 132-41.

อรทัย ศรีทองธรรม. กระบวนการทุนทางสังคม : นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์; 2553; 50: 101-14.

ธีระ ฤทธิรอด, เจียมจิต แสงสุวรรณ, ภัทระ แสนไชยสุริยา, วงศา เลหาศิริวงศ์, สุวรรณ บุญยะลีพรรณ, ดวงกมล เอกลักษณ์นันท์ และคณะ. การประเมินโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์. วารสารสมาคม พยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554; 29: 63-72.

ประวัติหัวหน้าโครงการ/ผู้ร่วมวิจัย/ที่ปรึกษา

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) นาง จุฑารัตน์ สติธิปัญญา

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs. Chutarat Sathirapanya

ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์ หัวหน้าหน่วยเวชศาสตร์ชุมชน

สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน

สถานที่ติดต่อ (ที่ทำงาน) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สาขาวิชา เวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน

ที่อยู่(หน่วยงาน) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

โทรศัพท์/โทรสาร 074-455-1331

E-mail chutaratster@gmail.com

ที่อยู่(บ้าน) 561 ถนนไทรบุรี ตำบลบ่อยาง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

โทรศัพท์/โทรสาร 074-323132 , 089-145-3761

ประวัติการศึกษา (ปริญญาตรี – เอก; สาขา และสถาบัน)

ระดับการศึกษา	สาขาวิชาที่สำเร็จการศึกษา	จบจากสถาบัน
ปริญญาตรี	พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง	วิทยาลัยพยาบาลสงขลา
ประกาศนียบัตรหลังปริญญา (เฉพาะทาง)	ประกาศนียบัตรวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช	วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา
ปริญญาโท	วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)	มหาวิทยาลัยมหิดล
ปริญญาโท	กศ.ม. การศึกษามหาบัณฑิต	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ปริญญาเอก	สด. (สาธารณสุขศาสตร์)	มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลงานวิจัย

ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติและนานาชาติ

1. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา วสันต์ ศิลปสุวรรณ และ รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาเทคนิค จ.สงขลา พ.ศ. 2536 นำเสนอและตีพิมพ์ในเอกสารประกอบการประชุมสุขศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ.2546 (ทุนมหาวิทยาลัยมหิดล)
2. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา ทศนคติของญาติต่อผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ตีพิมพ์ในวารสารกรมการแพทย์ ปีที่ 22 ฉบับที่ 1, มกราคม 2540, หน้า 12-18 (ทุนหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กรมลาสน์)
3. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา พรชัย สติธิปัญญา. ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาระดับมัธยมศึกษาจังหวัดสงขลา พ.ศ. 2538 ตีพิมพ์ในวารสารสงขลานครินทร์ (ทุนมูลนิธิ ศาตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว)

4. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา เยาวนาถ สุวลักษณ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมงดสูบบุหรี่ในนักศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดสงขลา วารสารกรมการแพทย์ ปีที่ : 23 ฉบับที่ : 12 เลขหน้า : 746-752 ปีพ.ศ. : 2541 นำเสนอในการประชุมบุหรี่หรือสุขภาพ ครั้งที่ 12 โรงแรมเอเชีย พัทยา ชลบุรี 2544. (ทุนสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ)
5. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา. ผลของการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พ.ศ. 2540. (ทุนสภาการพยาบาล)
6. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ทุนสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ) นำเสนอในการประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยทักษิณ ประจำปี 2547 ตีพิมพ์ในสงขลานครินทร์เวชสาร ปีที่ 22 ฉบับที่ 4 ตค.- ธค. 2547
7. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา. อาคม วัดไธสง และ อนันต์ ประศาสนกุล. ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล (ทุนสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ) ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเขต 12.
8. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา วสันต์ ศิลปสุวรรณ และรุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. ประสิทธิผลของการสร้างพลังเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด (ทุนสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ) ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขศาสตร์.ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 :33-49; มกราคม-เมษายน 2545
9. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา ธนวรรณ สุกสี และ พรชัย สติธิปัญญา. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนภาคใต้ประเทศไทย (ทุนสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ).
10. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา บงกช เชี่ยวชาญยนต์. การศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะทางประชากร ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงขายบริการทางเพศที่ให้บริการชาวต่างชาติ จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2535 เสนอในการประชุมระดับชาติครั้งที่ 12
11. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา: ศึกษาเขตอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา วารสารวิชาการเขต 12 ปีที่ 15(3): หน้า ; เดือนกรกฎาคม-กันยายน ปี พ.ศ. 2547
12. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา โสมสิริ เดชรัตน์ และ นวลทอง วีระวานิช. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด วิธีการเผชิญปัญหา กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น : ศึกษาเขตอำเภอเมือง จ.สงขลา นำเสนอในประมวลผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการสารเสพติดในภาคใต้ ครั้งที่ 2, กรกฎาคม 2547. (ทุน ศวส.)
13. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา พรชัย สติธิปัญญา, จามรี ไตรจันทร์ ความชุก ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้าภายหลังโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดพัทลุง: การศึกษาแบบตัดขวาง สงขลานครินทร์เวชสาร ปีที่ : 32 ฉบับที่ : 5 เลขหน้า : 275-282 ปีพ.ศ. : 2557
14. ฌัษสกร คงชีวกุล, สุนทรา กล้าณรงค์, จุฑารัตน์ สติธิปัญญา พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย เทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตสงขลา วารสารอัล-นूर บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี ปีที่ : 9 ฉบับที่ : 16 เลขหน้า : 59-70 ปีพ.ศ. : 2557
15. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา ภูมิปัญญาพื้นบ้านภาคใต้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตแม่และเด็ก วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ปีที่ : 19 ฉบับที่ : 3 เลขหน้า : 81-120 : 2556
16. นัทที ขจรกิตติยา, ซาลิไตรจันทร์, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต และจุฑารัตน์ สติธิปัญญา. (2555). ตัวแปรเชิงสาเหตุและเชิงผลของแรงจูงใจการบริการสาธารณะของพนักงานเทศบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย. วารสารวิทยาการจัดการ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 29(2), 95-109.

17. การสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาสุขภาพชาวเล เกาะพระทอง (ทุนมูลนิธิเวชดุสิต ในพระราชนิพนธ์ของ สมเด็จพระพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ 2553) ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเขต 12
18. Chutarat Sathirapanya, Yasushi Taniguchi. *HIV Infection and Stress Among Woman Sex Workers in Songkhla Southern, Thailand*. The XV International Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology – ISPOG (May 13-16, 2007, Kyoto, Japan)
19. Chutarat Sathirapanya. HIV Prevention Behavior among Occupational student in Southern, Thailand. 10th International Conference of Behavioral Medicine ,Rissho University ,2008. Tokyo, Japan.
20. Pornchai Sathirapanya, Chutarat Sathirapanya. Clinical prognostic factors for treatment outcome in Bell's palsy: a prospective study. Journal Med Assoc Thai. 2008 Aug 91 (2) 1182-8.
21. Pornchai Sathirapanya, Chutarat Sathirapanya, Kitt Limapichat. Tetanus: A Retrospective Study of Clinical Presentations and Outcomes in a Medical Teaching Hospital. J Med Assoc Thai 2009;92(3):315-9.
22. C.R. Sathirapanya, C.M.R. Trichun and P.C. Sathirapanya. Prevalence of stroke, stroke risk factors, post stroke depression and the development of local wisdoms in improving of disability in stroke patients in a province of southern Thailand. 19th World Congress of Neurology, 24-30 October 2009. Journal of the Neurological Sciences Vol. 285 Supplement 1, Pages S157-S158.
23. Chutarat Sathirapanya, The Southern Local Wisdoms for Promoting Child Mental Health INTERNATIONAL CONFERENCE The Inter- University Cooperation Program “Toward Enhancement of Economic, Social, Technological and Environmental Development for Welfare Implications in the Greater Mekong Sub - region and Asia-Pacific” 31 July - 5 August, 2010 Venue: Jogjakarta Plaza Hotel, Yogyakarta, Indonesia
24. Chutarat Sathirapanya. Mental Health among Women Sex Workers. The Inter- University Cooperation Program “Toward Enhancement of Economic, Social, Technological and Environmental Development for Welfare Implications in the Greater Mekong Sub - region and Asia-Pacific” Columbo Sri Lanka .7-12 August.2011
25. Supa Pengpid Karl Peltzer Apa Puckpinyo Sariyamon Tiraphat Somchai Viripromgool Tawatchai Apidechkul Chutarat Sathirapanya Songkramchai Leethongdee Jiraporn Chompikul Aroonsri Mongkolchati. Knowledge, attitudes, and practices about tuberculosis and choice of communication channels in Thailand. J Infect Dev Ctries 2016; 10(7):694-703
26. จุฑารัตน์ สติปัญญา. 2560. "ปัจจัยและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นหญิง ในสถาบัน อาชีวศึกษา กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา". วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 28 (2) : 117-129

27. Thitiworn Choosong, Supeecha Rungruang, Chutarat Sathirapanya and Kittisak Choomalee. 2018. "Validation of an Awareness and Preparedness on a Hearing Conservation Program Questionnaire: A Cross Sectional Study in Thailand". JHSMR, 2018 (32 (6)) : 127-134

28. สุตา วงศ์สวัสดิ์ นริศรา พิงโพธิ์สม ดุษฎี โยเหลา จุฑารัตน์ สติธิปัญญา. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน : การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเชิงวิพากษ์ *Journal of Behavioral Science for Development*, 10 (1),2018 : 191-207.

29. นภาพรณ ตั้งอดุลรัตน์. จิตาภา สุวรรณฤกษ์. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา. อนุกุล โรจนสุขสมบูรณ์. ผลของการออกกำลังกายรูปแบบใหม่ที่บูรณาการร่วมกับรำแม่บทใหญ่ต่อการควบคุมการทรงตัวของผู้สูงอายุ ในชุมชน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วารสารปาริชาติ ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2562, 11-20.

30. ณัฐพัชร์ ทองสุวรรณ จุฑารัตน์ สติธิปัญญา. 2563. "ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา". วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 7 (3) : 58-69

31. Kongkamol C, Padungkul L, Rattanaajarn N, Srisara S, Rangsinobpakhun L, Apiwan K, Sompan J, Prathipsawangwong C, Buathong P, Chann S, Sathirapanya P, Sathirapanya C. Implementation of Triage System and Shortening Patient Journey Time to Prevent COVID-19 Transmission in a University Hospital during a Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2021 Jun 30;18(13):6996. doi: 10.3390/ijerph18136996. PMID: 34208858; PMCID: PMC8297337.

32. นเรศศักดิ์ แก้วห้วย, สุปรียา แก้วสวัสดิ์, เรวดี เพชรศิราสัณห์, และ จุฑารัตน์ สติธิปัญญา. 2022. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากร อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี”. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 16 (1):172-85. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/255503>.

33. Pengpid S, Peltzer K, Sathirapanya C, Thitichai P, Faria de Moura Villela E, Rodrigues Zanuzzi T, de Andrade Bandeira F, Bono SA, Siau CS, Chen WS, Hasan MT, Sessou P, Ditekemena JD, Hosseinipour MC, Dolo H, Wanyenze RK, Nelson Siewe Fodjo J, Colebunders R. [Psychosocial Factors Associated With Adherence to COVID-19 Preventive Measures in Low-Middle- Income Countries, December 2020 to February 2021](https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604398). Int J Public Health. 2022 May 11;67:1604398. doi: 10.3389/ijph.2022.1604398. eCollection 2022.

34. Radaporn Subongkot, Chutarat Sathirapanya, Napakkawat Buathong, Wisarut Srisintorn .2022. “Path Analysis of Factors Influencing Smoking Behavior and Nicotine Dependence Level among Motorcycle Taxi drivers in Songkhla Province”. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 17 (1): 54-65

35. Kongkamol C, Kongkamol P, Phanlamai C, Sathirapanya P, Sathirapanya C. Role of health locus of control in preventing occupational decompression sickness among deep-sea fisherman

divers. Health Psychol Behav Med. 2022 Dec 29;11(1):2156345. doi: 10.1080/21642850.2022.2156345. PMID: 36860422; PMCID: PMC9969968.

36. Kongkamol C, Ingviya T, Chusri S, Surasombatpattana S, Kwanyuang A, Chaichulee S, Sophark I, Seesong C, Sorntavorn T, Detpreechakul T, Phaiboonpornpong P, Krainara K, Sathirapanya P, Sathirapanya C. Integrative Effects between a Bubble and Seal Program and Workers' Compliance to Health Advice on Successful COVID-19 Transmission Control in a Factory in Southern Thailand. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 7;19(24):16391. doi: 10.3390/ijerph192416391. PMID: 36554271; PMCID: PMC9778696.

รางวัล/ผลงานทางวิชาการ

1. โล่รางวัลผู้มีผลงานดีเด่นลำดับ 1 ประเภทรายงานการวิจัย จากการประชุมวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2545
2. The Best Practice Awards ด้านผลงานวิจัย และผลงานทางวิชาการดีเด่น จากการนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมสัมมนาและนิทรรศการวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 7 "Regional Stability through Economic, Social and Environmental Development in the Greater Mekong Sub-region and Asia-Pacific" 7-12 สิงหาคม 2554 ณ University of Kelaniya เมืองโคลอมโบ ประเทศศรีลังกา
3. The Best Practice Awards งานวิจัยรับใช้สังคม “การส่งเสริมพัฒนาการเด็กพื้นที่เกาะ ภาคใต้” ประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ 2562
4. รางวัลยกย่องเชิดชูเกียรติพี่เลี้ยงอาจารย์ใหม่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปี 2564 (โล่เชิดชูเกียรติ) รางวัลแห่งวันสงขลานครินทร์

เอกสาร ตำรา

1. สุขภาพจิต
2. พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา
3. การประเมินและวินิจฉัยสุขภาพชุมชน (ได้รับการสนับสนุนการตีพิมพ์จาก สสส.)
4. เอกสารประชุมวิชาการประจำปี ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2553-2564

เครื่องมือ

ประเด็นการตีตราตนเอง	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ฉันรู้สึกผิดเนื่องจากการดื่มสุรา			
2. ฉันรู้สึกอับอายที่ยังดื่มสุรา			
3. ฉันรู้สึกด้อยกว่าคนอื่นจากการดื่มสุรา			
4. ฉันรู้สึกผิดหวังในตัวเองเพราะการดื่มสุรา			
5. การดื่มสุราเป็นสิ่งที่ทำลายชีวิตของฉัน			

4.1 ท่านได้รับการปฏิบัติจากคนในครอบครัว ในข้อต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

ข้อ	ข้อความ	ไม่เคย	บางครั้ง	เป็นประจำ
1	คนในครอบครัวแสดงสีหน้าไม่พอใจ เมื่อเห็นท่านดื่มสุรา			
2	คนในครอบครัวแสดงท่าทีรังเกียจ เมื่อเห็นท่านดื่มสุรา			
3	คนในครอบครัวดุด่า ว่ากล่าว เมื่อเห็นท่านดื่มสุรา			
4	คนในครอบครัวไม่อยากพูดคุยกับท่าน เมื่อเห็นท่านดื่มสุรา			
5	คนในครอบครัวลดความใกล้ชิด ห่างเหิน เมื่อรู้ว่าท่านดื่มสุรา			
6	ท่านเคยถูกคนในครอบครัวปฏิเสธการช่วยเหลือ ด้วยเหตุผลเกี่ยวกับการดื่มสุราของท่าน			
7	คนในครอบครัวพูดประชดประชันเกี่ยวกับการดื่มของท่าน			
8	คนในครอบครัวตั้งฉายาหรือล้อเลียนเกี่ยวกับการดื่มสุราของท่าน			
9	คนในครอบครัวพูดไม่ดี เมื่อท่านดื่มสุรา			
10	คนในครอบครัวตั้งฉายาหรือล้อเลียนต่อท่าน เมื่อทราบว่าท่านดื่มสุรา			

4.3 คนในชุมชนทราบหรือไม่ว่าท่านดื่มสุรา (ตอบเฉพาะคนที่เคยดื่ม หรือ ยังคงดื่มสุรา)

☐ 1. ทราบ ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่ทราบ (หากตอบข้อนี้ ไม่ต้องตอบข้อ 4.3A)

4.3A ท่านได้รับการปฏิบัติจากคนในชุมชนที่ไม่ดื่มสุรา ในข้อต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

ข้อ	ข้อความ	ไม่เคย	บางครั้ง	เป็นประจำ
1	คนในชุมชนแสดงสีหน้าไม่พอใจ เมื่อเห็นท่านดื่มสุรา			
2	คนในชุมชนแสดงท่าทีรังเกียจ เมื่อเห็นท่านดื่มสุรา			
3	คนในชุมชนดุด่า ว่ากล่าว เมื่อเห็นท่านดื่มสุรา			

4	คนในชุมชนไม่ยากพูดคุยกับท่าน เมื่อเห็นท่านดื่มสุรา			
5	คนในชุมชนลดความใกล้ชิด ท่างเหิน เมื่อรู้ว่าท่านดื่มสุรา			
6	ท่านเคยถูกคนในชุมชนปฏิเสธการช่วยเหลือ ด้วยการให้เหตุผลเกี่ยวกับการดื่มสุราของท่าน			
7	คนในชุมชนพูดประชดประชันเกี่ยวกับการดื่มของท่าน			
8	คนในชุมชนตั้งฉายา หรือล้อเลียนเกี่ยวกับการดื่มสุราของท่าน			
9	คนในชุมชนพูดไม่ดี เมื่อทราบว่าคุณดื่มสุรา			
10	คนในชุมชนลดความไว้วางใจต่อท่าน เมื่อทราบว่าคุณดื่มสุรา			

4.4 บุคลากรสุขภาพทราบหรือไม่ว่าท่านดื่มสุรา (ตอบเฉพาะคนที่เคยดื่ม หรือ ยังคงดื่มสุรา)

☐ 1. ทราบ ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่ทราบ (หากตอบข้อนี้ ไม่ต้องตอบข้อ 4.4A)

4.4A ท่านได้รับการปฏิบัติจาก**บุคลากรสุขภาพ** ในข้อต่อไปนี้อย่างน้อยครั้งเพียงใด

ข้อ	ข้อความ	ไม่เคย	บางครั้ง	เป็นประจำ
1	บุคลากรสุขภาพ แสดงสีหน้าไม่พอใจ เมื่อเห็นท่านดื่มสุรา			
2	บุคลากรสุขภาพ แสดงท่าทีรังเกียจ เมื่อเห็นท่านดื่มสุรา			
3	บุคลากรสุขภาพ ดุด่า ว่ากล่าว เมื่อเห็นท่านดื่มสุรา			
4	บุคลากรสุขภาพ ไม่อยากพูดคุยกับท่าน เมื่อเห็นท่านดื่มสุรา			
5	บุคลากรสุขภาพ ลดความใกล้ชิด ท่างเหิน เมื่อรู้ว่าท่านดื่มสุรา			
6	ท่านเคยถูกบุคลากรสุขภาพ ปฏิเสธการช่วยเหลือ ด้วยการให้เหตุผลเกี่ยวกับการดื่มสุราของท่าน			
7	บุคลากรสุขภาพ พูดประชดประชันเกี่ยวกับการดื่มของท่าน			
8	บุคลากรสุขภาพ ตั้งฉายา หรือล้อเลียนเกี่ยวกับการดื่มสุราของท่าน			
9	บุคลากรสุขภาพ พูดไม่ดี เมื่อทราบว่าคุณดื่มสุรา			
10	บุคลากรสุขภาพ ลดความไว้วางใจต่อท่าน เมื่อทราบว่าคุณดื่มสุรา			

ขอขอบคุณที่ท่านเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามนี้

คณะผู้วิจัย