



กระบวนการทำงานของมลทินประทับของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย  
ผู้ดูแล และบุคคลแวดล้อมในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่

โดย

นายชัยพร อุโฆษจันทร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต

ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

กระบวนการทำงานของมลทินประทับของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย  
ผู้ดูแล และบุคคลแวดล้อมในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่

โดย

นายชัยพร อุโฆษจันทร์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต  
ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์  
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
ปีการศึกษา 2558  
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



STIGMATIZATION AMONG POST-DISCHARGED MENTAL ILLNESS  
PATIENTS CARE GIVER AND SIGNIFICANT OTHERS  
IN CHIANGMAI COMMUNITIES

BY

MR. CHAIYAPORN UKOSACHAN



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS  
FOR THE DEGREE OF MASTER OF SOCIAL WORK  
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK  
FACULTY OF SOCIAL ADMINISTRATION  
THAMMASAT UNIVERSITY  
ACADEMIC YEAR 2015  
COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นายชัยพร อุโฆษจันทร์

เรื่อง

กระบวนการทำงานของมลทินประทับของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย  
ผู้ดูแล และบุคคลแวดล้อมในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2559

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



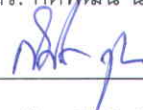
(รองศาสตราจารย์ กิตติยา นรามาศ)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



(รองศาสตราจารย์ ดร. กิติพัฒน์ นนทปัทมคุลย์)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



(ดร. สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์)

คณบดี



(รองศาสตราจารย์ ดร. โกวิท พวงงาม)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	กระบวนการทำงานของมลทินประตัพของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลและบุคคลแวดล้อมในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่
ชื่อผู้เขียน	นายชัยพร อุโฆษจันทร์
ชื่อปริญญา	สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ดร. สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์
ปีการศึกษา	2558

### บทคัดย่อ

งานศึกษาชิ้นนี้มีชื่อว่า กระบวนการทำงานของมลทินประตัพของผู้ป่วยจิตเวช หลังจำหน่าย ผู้ดูแล และบุคคลแวดล้อมในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา กระบวนการทำงานของมลทินประตัพที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย ผู้ดูแล และบุคคลแวดล้อม ซึ่งรวมถึงแง่มุมทางประวัติศาสตร์ของความคิดความเชื่อเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในชุมชนและ เพื่อศึกษาการจัดการกับประตัพที่เกิดขึ้นกับตนเองงานชิ้นนี้เป็นการศึกษาที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัย เชิงคุณภาพโดยมีผู้ร่วมวิจัย 4 คุณลักษณะ ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล/บุคคลแวดล้อม สมาชิกในชุมชน และ ผู้นำชุมชน รวมทั้งสิ้น 5 ชุมชน

งานศึกษาชิ้นนี้ พบว่า กระบวนการทำงานของมลทินประตัพนั้นประกอบไปด้วย องค์ประกอบที่เป็นแนวคิด และการกระทำทางสังคม โดยผู้ศึกษาได้จำแนกการทำงานของ มลทินประตัพออกเป็น 3 ช่วงด้วยกัน คือ 1) มลทินประตัพช่วงก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา (Pre-treatment Phase) 2) มลทินประตัพในช่วงรับการบำบัดรักษา (Treatment Phase) 3) มลทิน ประตัพในช่วงหลังจำหน่าย (Post-discharged Phase) ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตอยู่ใน ครอบครัวและชุมชนของตนเองนอกจากนั้นงานศึกษา พบว่า ผู้ป่วย ผู้ดูแลและบุคคลแวดล้อมเอง ไม่ได้เป็นฝ่ายรับผลจากการมีมลทินประตัพเพียงฝ่ายเดียว พวกเขา/เธอต่างมีวิธีการตอบโต้ ต่อรองกับ มลทินที่พยายาม/เข้ามาประตัพกับตนเอง หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การจัดการกับมลทินประตัพ การจัดการกับมลทินประตัพนั้น หมายถึง การที่บุคคลได้กระทำการบางสิ่งบางอย่างออกไปเพื่อเป็น การตอบโต้ ต่อรอง เพื่อให้ตนเองได้รับผลกระทบจากมลทินประตัพน้อยที่สุดการจัดการกับมลทิน

ประทัพนั่น แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1) การจัดการกับมลทินประทัพบในระดับครอบครัว 2) การจัดการมลทินประทัพบในระดับชุมชน-สังคม 3) การจัดการมลทินประทัพบในระดับสถาบัน 4) คือ การจัดการกับมลทินประทัพบในระดับบุคคล

สำหรับข้อเสนอแนะในการศึกษาเรื่องมลทินประทัพนั่น สามารถสรุปได้ออกเป็น 2 มิติ คือ มิติของเนื้อหาและมิติของวิธีวิทยา

ด้วยเนื้อหาที่เข้าไปข้องเกี่ยวกับทั้งวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ จิตเวชศาสตร์ รวมถึงระบบความคิดความเชื่อของผู้คนในท้องถิ่น ผู้ศึกษาต้องมองสิ่งที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทุก ๆ อย่างในสถานะที่เป็น “ความรู้” ที่มีคุณค่าเท่าเทียมกันนอกจากนั้นยังต้องให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมอย่างมาก จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ของคนผู้คนและสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม ผ่านการวิเคราะห์ความหมายที่ผู้คนให้ต่อสรรพสิ่งตามแนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) แต่ในทางกลับกัน งานศึกษาชิ้นนี้เองก็ไม่พยายามมองในเชิงโครงสร้างเพียงอย่างเดียว หากแต่ได้เปิดช่องการมองผู้คนผู้กระทำการด้วย นอกจากนั้น ด้วยความที่มลทินประทัพบเป็นสิ่งที่มีความยืดหยุ่นอย่างมาก มลทินประทัพบเองไม่ได้ติดตรึงอยู่กับใครคนใดคนหนึ่งตลอดไป ทำให้ต้องให้ความสำคัญกับผู้ดูแลบุคคลแวดล้อมผู้ช่วย

สุดท้าย คือ ข้อเสนอแนะทางทฤษฎีและวิธีวิทยา ผู้ศึกษาจะต้องระมัดระวังการใช้กรอบทฤษฎีในการมอง จะเป็นการดีถ้าผู้ศึกษามองเชิงโครงสร้างและเชิงปัจเจกไปพร้อม ๆ กัน และการศึกษามลทินประทัพนั่นเป็นการศึกษาท้าทายในกระบวนการของการรวบรวมข้อมูล ดังนั้นหากผู้ศึกษาท่านอื่น ๆ เลือกใช้วิธีวิทยาที่เหมาะสมมากไปกว่า การสัมภาษณ์เชิงลึก เช่น การสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมเชื่อว่าจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย และลุ่มลึกมากกว่า ทำให้งานศึกษามีชีวิตและความแกร่งมากกว่างานศึกษาชิ้นนี้

**คำสำคัญ:** สังคมสงเคราะห์จิตเวช, มลทินประทัพบ

Thesis Title	STIGMATIZATION AMONG POST-DISCHARGED MENTAL ILLNESS PATIENTS CARE GIVER AND SIGNIFICANT OTHERS IN CHIANGMAI COMMUNITIES
Author	Mr. Chaiyaporn Ukosachan
Degree	Master of Social Work
Major Field/Faculty/University	Social Administration Social Administration Thammasat University
Thesis Advisor	Associate Professor Kitipat Nontapattamadul, Ph.D.
Thesis Co-Advisor	Sodsai Khumsabanant, Ph.D.
Academic Years	2015

### ABSTRACT

This research was formed under the name ‘The stigmatization among mental illness patients, caregivers and significant others in Chiangmai communities’ Our main purpose is to study the working process of stigma that affected the former psychiatric patients, their guardians or caregivers, and their significant others. The historical aspects of local beliefs about mental illness in their society were also included. For studying the method of managing one’s own stigma, this research paper must be done as Qualitative Research working with 4 categories of co-researcher.

After the process of gathering data, the research discovers that the process of stigma also consisting of beliefs and public behavior as well. The process of stigma could be divided into 3 phases: Pre-treatment phase, Treatment phase, and Post-discharged phase where the patients were discharged from the hospital to live with their family and the community. Moreover, the study shows that the patients, the caregivers and their significant others wouldn’t always be submissive. They will try to find a way to react and compromise with those entire stigmas coming to them, as we called Stigma Management

Stigma management is the way people act to negotiate or to counter with incoming stigma so they could have the least effects possible from it. Stigma management could be distributed into 4 levels: 1) Stigma management in family. 2) Stigma management in community/society. 3) Stigma management in Institute. 4) Personal Stigma management.

The suggestions on this stigma study could be concluded in 2 dimensions: Content dimension, and Methodology dimension.

The researcher has to view every bits of information as the equally valuable 'knowledge.' Furthermore, social environments and culture could not be overlooked for they are noteworthy in the study. This is why researcher needs to thoroughly understand the pattern of relationship between human, social environment and culture via analyzing the way people in community give value to every creation using Symbolic Interaction theory. But in the contrary, the research tried not to focus only on the structure level but leave the gap for observing people as Actor too. Additionally, since stigma could be very flexible, it won't last forever on oneself so the caregivers and significant other also need to be carefully observed.

Lastly, it is the suggestion on theory and methodology. The researcher should be careful when using the theory in the progress of analysis. It would be better if the researcher considers on Structuralism and individualism in the same time. Stigma study is challenging in terms of gathering data. If other researchers could use more appropriated methodology than In-depth Interview, such as Participatory Observation used by anthropologist, it will help to collect more variable and prudential information so it could heed your research to be much more consistent.

**Keywords:** Psychiatric social work, Stigma



## กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาเป็นเพียงเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเท่านั้น ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ แท้จริงแล้วงานชิ้นนี้เกิดขึ้นได้เพราะบุคคลจำนวนมาก ผู้ศึกษาขอกล่าวถึงบุคคลสำคัญ ๆ ทั้งหมด ดังต่อไปนี้

กลุ่มแรกคือช่วงก่อนจะเข้าศึกษาในระดับปริญญาโท ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จิราลักษณ์ จงสถิตย์มัน อาจารย์ที่เป็นมากกว่าอาจารย์ ที่ช่วยให้ผู้ศึกษาค้นพบจุดแข็งของตนเอง ทางด้านวิชาการ รวมทั้งขอบคุณ ผู้อำนวยการและผู้บริหารมูลนิธิในขณะนั้นทุกท่าน ที่รับผมเข้าทำงานในโรงเรียนสังคmsgเคราะห์ ชื่อว่าสหทัย รวมถึง คุณสุพัตรา ภาณุทัต และคุณพัชชา เจริญกลิ่นจันทร์ ที่ฝึกฝนและชี้แนะผมตลอดเวลาที่ร่วมงานกัน

ขอบคุณพี่ปิม พี่เออย และ ดร. วิทย์ มูลนิธิพุทธรักษา ที่ปฏิบัติกับผมด้วยความเคารพ และไม่โกรธผมที่ลาออกจากงานทั้ง ๆ ที่เพิ่งจะมีอายุงานได้ 15 วัน ขอขอบคุณที่ทั้ง 3 คน เข้าใจเป้าหมายสูงสุดในชีวิตผมและผลักดันผมสู่ฝันที่ตั้งไว้

ต่อมาขอขอบคุณอาจารย์คณะสังคmsgเคราะห์ศาสตร์ทุกท่านที่แบ่งปันความรู้ทางสังคmsgเคราะห์ให้ ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์กิตติยา นรามาศ ที่คอยส่งเสริมและชี้แนะผมเสมอมา ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. กิติพัฒน์ นนทปัทมเดชุศล ที่เขียนตำราที่น่าสนใจมากมาย และเป็นตัวแบบของบุคคลทางวิชาการที่สำคัญคนหนึ่งของผม ขอขอบคุณอาจารย์ ดร. สดใส คุ้มทรัพย์อนันต์ ที่เต็มใจเป็นที่ปรึกษาและปฏิบัติกับผมด้วยความเมตตาตลอดระยะเวลาหลายเดือนที่ผ่านมา ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สิริพรรณ ศรีมิชัย ที่เป็นกำลังใจให้ผมในเวลาที่ยากลำบากครั้งหนึ่งในชีวิต รวมถึงคุณสุมาลี ชัยศรีสวัสดิ์ และคุณวรางคณา เผ่าวงศา พยาบาลโรงพยาบาลประจำอำเภอแห่งหนึ่ง ที่ชี้แนะการลงพื้นที่ภาคสนามอย่างเต็มใจ

ผมเคยคิดเสมอว่าว่า นักทฤษฎีต่าง ๆ ของโลกใบนี้ไม่น่าจะเกิดขึ้นมาเพื่อให้ผมต้องนั่งเรียนรู้สิ่งที่พวกเขาคิดและค้นพบ แต่ในวันนี้ต้องขอขอบคุณ เดอร์โคิม์ คาร์ล มาร์กซ์ เออร์วิง กอฟแมน มิเชลฟูโกต์ แอนโธนีกรีเด็นท์ และฮาเบอร์มาส ที่ประดิษฐ์องค์ความรู้สำคัญ ๆ เพื่อให้ผมสามารถเข้าใจโลกนี้ได้รวดเร็ว, หลากหลาย และลึกซึ้งมากขึ้น

บุคคลกลุ่มต่อมา คือ พี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ที่คณะทุก ๆ คน ไม่ว่าจะ เป็น พี่เอมมี พี่น้อย พี่นกน้อย และปุกปิ๊ก เจ้าหน้าที่ของคณะสังคmsgเคราะห์ที่คอยแนะนำ แก้ไขปัญหา และอำนวยความสะดวกให้กับผมตลอด 4 ปีที่ผ่านมา นอกจากนั้นยังมีเพื่อน ๆ สสม. รุ่น 55 โดยบุคคลที่ต้องให้ความดีความชอบมากที่สุดในรุ่น คือ พี่ตึก กับ พี่แจ้ ที่ให้ความช่วยเหลือผมมากมายเหลือเกิน รวมทั้งสหายวิ น้องแป้ง และน้องเพลงที่คอยเป็นกำลังใจ อยู่เคียงข้างกันเสมอมาไม่ว่าจะสุขหรือทุกข์

ก็ไม่เคยจะทิ้งกัน รวมทั้งสหายซิวจากสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่คอยให้คำแนะนำในเรื่องทฤษฎีคลาสสิกต่าง ๆ และขอบคุณตุ๊กตาที่ช่วยเหลือเรื่องการแปลตำราภาษาต่างประเทศให้ผมอย่างเต็มที่

ขอขอบคุณสำนักวิจัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่เล็งเห็นความจำเป็นในเรื่องทุนทรัพย์และความสำคัญของงานวิจัยของผม และได้สนับสนุนทุนการวิจัยให้กับผมเต็มจำนวนตามที่ผมเสนอ

ขอขอบคุณพ่อแม่ ที่ละทิ้งชีวิตสบาย ๆ แบบข้าราชการบำนาญของท่าน และทุ่มเทให้กับลูกคนนี้ได้เรียนจนจบระดับชั้นปริญญาโท ขอขอบคุณมาก ๆ ที่เชื่อในสิ่งที่ลูกคนนี้ตัดสินใจ ขอขอบคุณที่ไม่เคยบังคับให้ลูกคนนี้ต้องเป็นอย่างที่พ่อแม่คาดหวัง แต่ท่านยินดีให้ลูกเป็นในสิ่งที่ลูกอยากเป็นเสมอมา รวมถึงญาติพี่น้องทุกคน ที่สนับสนุนผมอย่างเต็มที่ในเรื่องต่าง ๆ

สุดท้าย คือ กลุ่มคนที่มีผลสำคัญกับผมอย่างมาก นั่นคือ ผู้ร่วมวิจัยทุก ๆ ท่าน งานชิ้นนี้คงไม่เกิดขึ้นหากไม่มีประสบการณ์อันมีคุณค่าของพวกท่าน โดยเฉพาะผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่ยินยอมเปิดใจ ยอมรับให้ผมเข้าไปศึกษาทำความเข้าใจเรื่องราวที่บางครั้งท่านอาจไม่ต้องการบอกใครในโลกนี้ พวกท่านคืออาจารย์อีกคนที่สำคัญอย่างมาก

นายชัยพร อุโฆษจันทร์

(7)

## สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญตาราง	(16)
สารบัญภาพ	(17)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	7
1.3 คำถามการวิจัย	7
1.4 นิยามศัพท์	7
1.5 ขอบเขตของการศึกษา	8
1.5.1 ขอบเขตเนื้อหา	8
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ	9
บทที่ 2 ทบทวนแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
2.1 แนวคิดทฤษฎีกับมลทินประทับ (Stigma) และการตีตรา (Labeling Theory)	11
2.2 แนวคิดวาทกรรมของฟูโกต์ (Michel Foucault)	18
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอัตลักษณ์	23
2.4 แนวคิดสังคมสงเคราะห์แนวต่อต้านการกดขี่ (Anti-Oppressive Work)	26
2.4.1 นิยามของการกดขี่	26
2.4.2 หลักการของสังคมสงเคราะห์แนวต่อต้านการกดขี่	27

	(8)
2.5 ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช	28
2.5.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ	29
2.5.1.1 พันธุกรรม	29
2.5.1.2 ชีวเคมี	29
2.5.2 ปัจจัยด้านจิตใจ	30
2.5.3 ปัจจัยด้านสังคม	30
2.5.3.1 อาการของโรคทางจิตเวช	33
2.5.3.2 ลักษณะอาการทางคลินิก	33
2.5.3.3 การจำแนกกลุ่มย่อย	34
2.5.3.4 วิธีการรักษา	35
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล	39
2.7 งานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับมลทินประทัບ	40
2.7.1 งานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับมลทินประทัບ	40
2.7.2 งานศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับมลทินประทัບ	45
2.7.2.1 แนวคิดการฟื้นตัวของผู้ป่วยของ Joyce M. Shea	45
2.7.2.2 ปฏิบัติการตอบโต้ต่อมลทินของผู้ป่วยจิตเวช	48
(1) การนิยามความเจ็บป่วยขึ้นเสียใหม่	48
(2) ใช้ประโยชน์จากบริบททางสังคมวัฒนธรรม	49
(3) การหลีกเลี่ยงวาทกรรมเดิม ๆ และสร้างวาทกรรมใหม่	50
2.7.2.3 ปฏิสัมพันธ์กับมลทินประทัບในแง่ของความสัมพันธ์ต่าง ๆ	51
(1) ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relations)	51
(2) ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน (Work Relation)	52
(3) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Family Relation)	52
(4) ความสัมพันธ์กับคนรู้จัก/เพื่อนบ้าน (Acquaintance Relations)	53
(5) บทสรุป	54
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	56
3.1 ทฤษฎีรากฐานที่ใช้ในการศึกษา	57
3.2 วิธีวิทยา	65
3.2.1 วิธีการศึกษา	65

3.2.1.1	ศึกษาจากเอกสาร (Documentary Research)	65
3.2.1.2	เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม (Field Research)	67
3.2.2	การกำหนดกลุ่มผู้ร่วมวิจัย (Research Participants)	68
3.2.3	การเลือกพื้นที่สนาม (Field Work)	68
3.2.4	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	70
3.2.4.1	ตัวผู้ศึกษาในฐานะเครื่องมือการวิจัย (Researcher as Research Instrument)	70
3.2.4.2	คำสำคัญ (Key words)	71
3.2.4.3	เครื่องบันทึกเสียง (Voice Recorder)	71
3.2.4.4	สมุดโน้ต	71
3.3	แนวคำถาม (Semi-Structure Question)	71
3.3.1	แนวคำถามที่ 1 สำหรับผู้ป่วย	71
3.3.2	แนวคำถามที่ 2 สำหรับญาติ/สมาชิกในครอบครัว	72
3.3.3	แนวคำถามที่ 3 สำหรับสมาชิกในชุมชน	72
3.3.4	แนวคำถามที่ 4 สำหรับสอบถามผู้นำชุมชน พระหรือผู้อาวุโส	72
3.4	การวิเคราะห์ข้อมูล	72
3.4.1	การให้ความสำคัญกับโลกเชิงประสบการณ์	73
3.4.2	การมองความจริงเชิงซ้อน	73
3.4.3	ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมและการเรียนรู้สัญลักษณ์	73
3.4.4	การเข้าไปสถานการณ์ปฏิสัมพันธ์	73
3.4.5	การมองปฏิสัมพันธ์เป็นกระบวนการ	73
3.5	ปัญหาด้านจริยธรรม	74
3.6	การเปลี่ยนแปลงวิธีวิทยาหลังจากการรวบรวมข้อมูล	76
บทที่ 4 บริบทของพื้นที่ศึกษาและเรื่องราวของผู้ร่วมวิจัย		78
4.1	ภาพรวมบริบทของพื้นที่ศึกษา	78
4.2	ภาพรวมชุมชนและเรื่องราวโดยสรุปของผู้ป่วยและผู้ดูแล	86
4.2.1	ชุมชนที่ 1: ภาพของชุมชน	86
4.2.1.1	ครอบครัวที่ 1: ป้าอร (ผู้ป่วย นามสมมุติ)	87
4.2.1.2	ครอบครัวที่ 2: ลุงสมาน (ผู้ดูแล นามสมมุติ)	92

	(10)
4.2.2 ชุมชนที่ 2: ภาพรวมชุมชน	94
4.2.2.1 ครอบครัวป่าป๋น (ผู้ป่วย นามสมมุติ)	96
4.2.3 ชุมชนที่ 3: ภาพรวมของชุมชน	99
4.2.3.1 ครอบครัวป่าจันทร์เพ็ญ (ผู้ป่วย นามสมมุติ) ป่าจินดา (ผู้ดูแล นามสมมุติ)	101
4.2.4 ชุมชนที่ 4: ภาพรวมชุมชน	104
4.2.4.1 ครอบครัวที่ 1: ครอบครัวของแม่หลวง (ผู้ดูแล นามสมมุติ)	105
4.2.4.2 ครอบครัวที่ 2: ครอบครัวป่าตุ๊ก (ผู้ดูแล นามสมมุติ) และ เอ (ผู้ป่วย นามสมมุติ)	107
4.2.5 ชุมชนที่ 5: ภาพรวมชุมชน	108
4.2.5.1 ครอบครัวที่ 1: ป่ามน (ผู้ดูแล นามสมมุติ) และ พีร์ญ ผู้ป่วย (นามสมมุติ)	109
4.2.5.2 ครอบครัวที่ 2: ลุงสีบสันต์ (ผู้ดูแล นามสมมุติ) และภรรยา (ผู้ป่วย)	110
4.2.5.3 ครอบครัวที่ 3: ป่าแวง (ผู้ป่วย นามสมมุติ)	111
4.3 สรุป	113
4.3.1 ประวัติศาสตร์ของความคิดเกี่ยวกับความผิดปกติของผู้ป่วยในชุมชน	113
4.3.1.1 ช่วงก่อนการถือกำเนิดโรงพยาบาลจิตเวช	113
4.3.1.2 ช่วงหลังการเกิดขึ้นของโรงพยาบาลจิตเวช	114
(1) การเข้าแย่งชิงอำนาจในการอธิบายความผิดปกติทางจิต	114
(2) สร้างการจำแนกแบบใหม่	114
(3) วิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวช	115
(4) สรุปจำนวนผู้ร่วมวิจัยในแต่ละชุมชน	117
บทที่ 5 มลทินประทุษ	129
5.1 ความหมายของมลทินประทุษ	129
5.2 องค์ประกอบของมลทินประทุษ	130
5.3 การทำงานของมลทินประทุษ (Stigmatization)	131
บทที่ 6 มลทินประทุษในช่วงก่อนการบำบัดรักษา	134
6.1 แนวคิดต้นกำเนิดของความเจ็บป่วยทางจิต (Origin of Mental Illness)	134
6.1.1 แนวคิดต้นกำเนิดว่าด้วยการอธิบายด้วยความรู้ทางการแพทย์	135

	(11)
6.1.1.1 ระบบสมอง: การยับยั้งความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในการอธิบายความเจ็บป่วยทางจิต	135
6.1.2 พันธุกรรม: มุมมองว่าด้วยการส่งผ่านความผิดปกติทางจิต	
6.2 ศาสนา (Religion)	142
6.2.1 พุทธศาสนากับมโนทัศน์เรื่องกรรม: การติดกับดักความคิดและตกอยู่ ในสภาวะจำยอม	143
6.2.2 คริสต์ศาสนากับมลทินประทับ	146
6.2.2.1 หลักคำสอนทั่วไปของคริสต์ศาสนา	147
(1) วิธีคิดเรื่องชีวิตหลังความตาย: เมื่อไม่มีเวียนวายตายเกิด คริสต์เตียนจึงไม่มีกรรม	147
(2) วิธีอธิบายสาเหตุของความพิการ: ความพิการคือแผนการของพระเจ้า	147
(3) วิธีคิดเรื่องคุณค่าความเป็นมนุษย์: มุมมองเชิงระบบ	148
6.2.3 การผสมผสานของพุทธ ฟี และคริสต์ศาสนา: การผสมผสานและรวบรวมความเชื่อ	149
6.3 ความเชื่อเรื่องพลังเหนือธรรมชาติ (Super Natural)	151
6.3.1 การผสมผสานของความเชื่อพื้นถิ่นและความเชื่อจากภายนอก: พุทธศาสนา ในฐานะศาสนานำเข้า	151
6.3.2 ฝึกับการกำหนดบรรทัดฐานของชุมชน: การจ้องมองพฤติกรรมของพรพรบุรุษ	151
6.3.3 อำนาจของฝึกับความเจ็บป่วยของผู้คน: ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนใน อำนาจฝึ (ส่วนใหญ่)	152
6.4 การขัดเกลาทางสังคม: ความจริงเชิงซ้อนของสาเหตุการเจ็บป่วย	154
6.4.1 การกล่าวโทษตนเอง (เรื่องราวของป้ามน): การสร้างมลทินประทับให้ตนเอง	154
6.4.2 การกล่าวโทษผู้อื่น (เรื่องราวของป้าตุ๊ก): การสร้างมลทินประทับให้กับคน ในครอบครัว	155
6.5 มลทินประทับกับการตัดสินใจเข้าบำบัดรักษาเฉพาะทาง	157
6.5.1 การจำแนกระดับของความผิดปกติทางจิตผ่านการตั้งชื่อ (Naming)	159
6.5.1.1 ฝึผ้า: สถานะทางสังคมที่ต่ำชั้น	159
6.5.1.2 โรครจิต: ชื่อเรื่องกึ่งมลทิน (Semi Stigma) สถาปนาผ่านโรงพยาบาล	160
6.5.1.3 เพี้ยน: ความผิดปกติที่เบาบางที่สุด	161
6.5.2 ชนชั้นกับโรคทางจิตเวช (Social Class and Mental Illness): ความเจ็บป่วยทางจิต ความล่าช้า และการถูกเหมารวม	164
6.6 สรุป	166

บทที่ 7 มลทินประทับขั้นบำบัดรักษา (Treatment Phase)	169
7.1 สถาบันจิตเวชพื้นที่แห่งความรุนแรง (Violence Area): เสี่ยงสะท้อนจาก ประสบการณ์ของผู้ร่วมวิจัย	169
7.1.1 ความรุนแรงของบุคลากรสาธารณสุขต่อผู้ป่วย: ภาพที่ผู้ป่วยคุ้นเคย	170
7.1.2 ภาพความรุนแรงของสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยใน: ภาพสะท้อนตัวตนของผู้ป่วย	171
7.1.3 ความรุนแรงในการบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT): ประสบการณ์ที่ ผู้ร่วมวิจัยไม่เคยสัมผัส	172
7.2 สถาบันจิตเวชในมิติของการควบคุม: ตามแนวคิดของฟูโกต์	173
7.2.1 การควบคุมทางกายภาพ: การมองข้ามโลกเชิงประสบการณ์ในการจัดการ ผู้ป่วยของผู้ดูแล	173
7.2.2 การควบคุมที่แฝงในคำว่ากระบวนการบำบัดรักษา	174
7.3 สถาบันจิตเวชกับการแบ่งแยก (Dividing)	175
7.3.1 การแบ่งแยกทางสังคม: กระบวนการสู่ความแปลกแยกจากตนเองและชุมชน	175
7.3.2 การแบ่งแยกด้วยความรู้ทางการแพทย์: การมองผู้ป่วยอย่างเป็นภาวะวิสัย	176
7.4 สรุป	178
บทที่ 8 มลทินประทับในช่วงหลังจำหน่าย (Post Discharge Phase)	180
8.1 แนวคิดรายรอบมลทินประทับ	180
8.1.1 แนวคิดภัยอันตราย: ผู้ป่วยจิตเวชคือบุคคลอันตราย	180
8.1.1.1 ภัยอันตรายภายในพื้นที่ครอบครัว: ภาพลักษณ์ที่ลึนไหลกับ ภาพลักษณ์ที่ถูกกักขัง	181
8.1.1.2 ภัยอันตรายในพื้นที่ชุมชนและพื้นที่สาธารณะ: การปรากฏตัว ของตำรวจกับการยืนยันความอันตรายของผู้ป่วย	183
8.1.1.3 การผลิตซ้ำความเป็นภัยอันตรายผ่านการเล่น (Playing): ความย้อนแย้งในจิตไร้สำนึกของผู้คน	185
8.1.2 แนวคิดเรื่องการควบคุม: การมองงานสุขภาพจิตเชิงวิพากษ์	187
8.1.2.1 ความสามารถในการควบคุม: การตั้งคำถามกับผู้ป่วยและผู้ดูแล	187
8.1.2.2 การควบคุมแบบการดูแลปกครอง (Tutulary Complex): ความแนบเนียนของการควบคุม	191



	(13)
8.1.3 แนวคิดความสงสาร: ความต่ำชั้นที่ชอบธรรม	192
8.1.4 อาการที่น่ารังเกียจ (Symptomatology): ภาพลักษณ์พื้นฐานของผู้ป่วยทางจิต	195
8.2 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิตและการมีมลทินประทุบ	195
8.2.1 การลดคุณค่าของผู้ป่วย: การมองคุณค่าบนพื้นฐานของการทำงาน	198
8.2.2 ความยากจน (Poverty)	200
8.2.2.1 ผลกระทบทางเศรษฐกิจ	200
8.2.2.2 ภาวะพึ่งพิง (Dependent)	201
8.2.2.3 อุปสรรคในการรับการบำบัดรักษา	202
8.2.3 ตกเป็นเหยื่อความรุนแรง (Victimization)	203
8.2.4 การกีดกันทางสังคม (Social Exclusion)	205
8.2.4.1 การกีดกันผู้ป่วยในพื้นที่สาธารณะ: บริบทพิธีกรรมทางศาสนา	206
8.2.4.2 การกีดกันในพื้นที่ของครอบครัว	208
(1) การแยกวางรับประทานอาหาร: ความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจของผู้ป่วย	209
(2) การกีดกันในด้านที่อยู่อาศัย: เปียดขับไม่ให้ร่วมชายคาเดียวกัน	209
8.2.5 ความแปลกแยก (Alienation)	210
8.3 สรุป	212
บทที่ 9 การจัดการกับมลทินประทุบ (Stigma Management)	214
9.1 การจัดการมลทินประทุบในระดับครอบครัว	214
9.1.1 การจัดการมลทินประทุบที่เกิดขึ้นจากแนวคิดการขัดเกลาทางสังคม (Socialization): การกล่าวโทษ (Blaming)	214
9.1.2 การจัดการมลทินประทุบที่เกิดขึ้นจากแนวคิดภัยอันตราย: การกักขัง/ลี้หนีของภาพลักษณ์ผู้ป่วย	215
9.2 การจัดการมลทินประทุบในระดับชุมชน-สังคม	215
9.2.1 การหยาบคายวาทกรรมอื่น ๆ เพื่อให้อธิบาย	216
9.2.2 การจัดการมลทินโดยการหลีกเลี่ยงการรับการรักษาในโรงพยาบาล	216
9.2.3 การจัดการมลทินที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดภัยอันตรายกับการปรากฏตัวของตำรวจ	217
9.2.4 การแยกแยะและการเลื่อนไหลของสถานะความผิดทางจิต	217

9.3 การจัดการกับมลทินประทุบในระดับสถาบัน	218
9.3.1 การนำองค์ความรู้จากภายนอกเข้ามาปรับใช้ในครอบครัวของตนเอง: กับการเข้าร่วมกิจกรรมของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช	218
9.3.2 การพัฒนาแนวคิดขึ้นมาด้วยตนเอง: ลูกสมานและป้าจินตากับความพยายาม นำเสนอตัวตนขึ้นมาเสียใหม่	220
9.4 การจัดการกับมลทินประทุบในบุคคล: การดำรงไว้ซึ่งความเจ็บป่วยทางจิต	222
9.4.1 อาชีวะบำบัด/การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม กับความไม่สอดคล้องกับ วิถีชีวิตและการปรับใช้	222
9.4.2 การปรับยาพร้อมกับการเลือกบริโภคสิ่งต้องห้าม: ยาชูกำลังกับความเชื่อ ของป้าปิ่น	224
9.4.3 การลำดับความสำคัญและการเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเองอย่างผสมผสาน: ป้าแหวงกับการจัดวางให้จิตเวชศาสตร์เป็นการรักษาทางเลือก	225
บทที่ 10 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	228
10.1 กระบวนการทำงานของมลทินประทุบที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายและผู้ดูแล รวมถึงมิติทางประวัติศาสตร์ของความคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตของ ผู้ป่วยในชุมชน กลไกการทำงานของมลทินประทุบ	228
10.1.1 มลทินประทุบช่วงก่อนเข้ารับการรักษา (Pre Treatment Phase)	229
10.1.2 มลทินประทุบช่วงเข้ารับการรักษา (Treatment Phase)	230
10.1.3 มลทินประทุบในช่วงหลังจำหน่าย (Post Discharge Phase)	231
10.1.3.1 แนวคิดรายรอบมลทิน	231
10.2 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการมีมลทิน	232
10.3 ประวัติศาสตร์ของความคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต	236
10.3.1 การเกิดขึ้นของโรงพยาบาลจิตเวช: การแบ่งยุคสมัยของความคิดเกี่ยวกับ ผู้ป่วยจิตเวช	236
10.4 การจัดการกับมลทินประทุบ	238
10.5 ข้อค้นพบจากงานศึกษา	239
10.5.1 มลทินประทุบกับตัวตน	239
10.5.2 ความเจ็บป่วยทางจิตกับการรบกวนบรรทัดฐานของสังคม	243
10.5.3 การรบกวนบรรทัดฐานของชุมชน	243

	(15)
10.5.3.1 การรบกวนบรรทัดฐานในพื้นที่ครอบครัว	244
10.5.3.2 การรบกวนบรรทัดฐานในพื้นที่สาธารณะ	244
10.5.3.3 การผลิตซ้ำเรื่องราว (Reproduction)	244
10.5.4 ผู้ป่วยและผู้ดูแลในฐานะผู้กระทำการภายใต้โครงสร้าง	245
10.6 ข้อเสนอแนะ	246
 รายการอ้างอิง	 249
 ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน	254
ภาคผนวก ข เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (สำหรับผู้ป่วย)	255
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (สำหรับญาติ/ผู้ดูแล)	261
 ประวัติผู้เขียน	 266

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
4.1	จำนวนผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด	118
4.2	สรุปเรื่องราวของพื้นที่ศึกษาและผู้ร่วมวิจัยหลัก	120
8.1	รูปแบบการกีดกันทางสังคมในพื้นที่สาธารณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ	206
9.1	วิธีการจัดการกับมลทินประเภทที่ผู้ร่วมวิจัยคิดค้นขึ้นมาด้วยตนเอง	221
10.1	การทำงานของมลทินประเภททั้ง 3 ช่วง	234
10.2	กระบวนการก่อตัวของมลทินประเภท	235
10.3	มโนทัศน์มลทินประเภทที่ตั้งอยู่บนฐานของมโนทัศน์เรื่องตัวตน	242
10.4	แสดงประเด็นเรื่องบรรทัดฐานที่พบในงานศึกษา	243

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	พัฒนาการของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์	11
2.2	ปัจจัยที่มีผลต่ออุบัติการณ์ปัญหาสุขภาพจิต	31
2.3	ปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มชนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์	32
2.4	กระบวนการฟื้นตัวตนของผู้ป่วยจิตเภท (The Process of Self-recovery)	46
6.1	แนวคิดต้นกำเนิด (ศาสนา) ที่มีผลต่อการเกิดมลทินกับผู้ร่วมวิจัย	151
6.2	การเปลี่ยนแปลงสถานะทางการเจ็บป่วยทางจิตผ่านการตั้งชื่อเรียก	161
6.3	การทำงานของแนวคิดต้นกำเนิดต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดมลทินกับบุคคล	167
7.1	ภาพรวมของมลทินประทุที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดรักษา	169
7.2	ภาพรวมเนื้อหาของแนวคิดต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องสัมผัสในช่วงรับการรักษา	179
8.1	แนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย	182
8.2	การทำงานของแนวคิดรายรอบมลทินในช่วงหลังจำหน่าย	197
9.1	ขั้นตอนในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของลุงสีบสันต์และครอบครัวผู้ร่วมวิจัยอื่น ๆ	217

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความสำคัญของปัญหา

สรรพสิ่งจะมีความหมายเป็นเช่นใด ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม ในขณะนั้น และความหมายของสรรพสิ่งมากมายไม่สามารถดำรงอยู่ได้ตลอดไป ซึ่งหากพิจารณาในมุมมองของนักคิด หลังสมัยใหม่ ก็พบว่า เป็นเช่นนั้น เช่นเดียวกับ โรคทางจิตเวช ซึ่งต้องเดินทางผ่านกาลเวลาที่เนิ่นนาน ในสังคมตะวันตก ผู้ป่วยจิตเวชจะถูกจัดการตามระบบของความคิด ความเชื่อในยุคหนึ่ง ๆ อาทิ ท่ามกลางยุคแห่งศาสนจักร ผู้ป่วยจิตเวชยุคดังกล่าว ก็จะถูกให้ความหมายว่าเกี่ยวข้องกับ ความชั่วร้าย แม่มด ปีศาจ ด้วยความคิดเช่นนี้ จึงนำไปสู่วิธีการจัดการรูปแบบที่เฉพาะเจาะจง นั่นคือ การเผาและการถ่วงน้ำ

ยุคสมัยเปลี่ยน ความเชื่อที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชย่อมเปลี่ยนไป ไม่ว่าจะในอดีต โรคทางจิตเวช จะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อใด ๆ ก็ตาม แต่ในปัจจุบันอาการผิดปกติทางจิตใจถูกมองว่ามีสาเหตุมาจาก ระบบชีวของร่างกาย นั่นคือ สมอ่ง แพทย์จึงให้ความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขอย่างเฉพาะเจาะจง การใช้สารเคมี (ยา) เพื่อเข้าไปปรับเปลี่ยนระดับสารเคมีในสมองให้อยู่ในภาวะปกติ เชื่อว่าทำให้อาการทางจิตต่าง ๆ หายไป ดังนั้น ยุคดังกล่าวจึงเรียกได้ว่าเป็นยุคที่ความรู้ของแพทย์ เข้มแข็งมากที่สุด จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1978 ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของวงการสุขภาพจิตในประเทศอิตาลี เมื่อมีการประกาศใช้ Law 180 โดยการเคลื่อนไหวทางสังคมของนายแพทย์ฟรอนโก บาเซเกลีย จิตแพทย์ชาวอิตาลี ส่งผลให้เกิดการปิดโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศภายใต้หลักการที่ว่า

เราต้องไม่ถือว่า อันตรายเป็นเกณฑ์ที่ใช้กำหนดพันธะความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยทางจิต อีกต่อไป ทว่า พันธะความรับผิดชอบควรจะเป็นการมุ่งพิจารณาไปที่ภาวะฉุกเฉินของ การบำบัดรักษา การบังคับให้ผู้ป่วยทางจิตเป็นคนไข้ใน ต้องกระทำในหน่วยงานจิตเวช ของโรงพยาบาลทั่วไปเท่านั้น และสถานดูแล/โรงพยาบาลผู้ป่วยทางจิตควรจะถูกกำจัดออกไป (กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2555)

จะเห็นว่า การปิดโรงพยาบาลจิตเวชซึ่งเกิดขึ้นครั้งแรกในอิตาลี มีผลดีสำหรับผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยจะไม่ถูกกักกันเอาไว้ในโรงพยาบาลจิตเวช ด้วยเพราะความเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่นอีกต่อไป และผลประโยชน์ที่ตามมาอีกประการ คือ ผู้ป่วยจะได้รับโอกาสการฟื้นฟูอย่างเหมาะสม และ ไม่เพียงเฉพาะในอิตาลีเท่านั้น วงการสุขภาพจิตของประเทศต่าง ๆ ในยุโรปก็ได้เดินทางเข้าสู่ การเปลี่ยนแปลงนี้เช่นกัน ดังนั้น จึงเรียกได้ว่า ยุคสมัยนั้น สังคมยุโรปได้ให้ความสนใจกับอิทธิพลทาง

ลของสถาบันขนาดใหญ่รวมถึงโรงพยาบาลทางจิต ซึ่งต่อยก้าอทธิพลทางลบและผลกระทบต่อ การรักษา (ชานนท์ โกมลมาลย์, 2555) เช่นเดียวกับ ในสหรัฐอเมริกาซึ่งเห็นได้ชัดเจนในสมัยของ ประธานาธิบดีวิลเลียม เจเฟอร์สัน คลินตัน ซึ่งดำรงตำแหน่งช่วง ปี ค.ศ. 1993-2001

ทุก ๆ วัน ในทุก ๆ ชุมชนในสหรัฐอเมริกา ผู้คนและครอบครัวของเขาจำนวนนับล้าน เผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต ในความเป็นจริง มากกว่าหนึ่งในห้าของ ชาวอเมริกามีประสบการณ์จากการเจ็บป่วยทางจิตตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าจนถึงจิตเภท ชาวอเมริกาหนึ่งในสี่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต และทุก ๆ คนมีเพื่อนฝูง คนข้างข้าง เพื่อนที่วิทยาลัยเจ็บป่วยทางจิต

ผมยินดีที่จะประกาศว่าหลังจากนี้ไปในปีนี้ ทิปเปอร์ร่วมกับหน่วยแพทย์ทหาร จะเปิดตัวการรณรงค์ครั้งใหม่ที่สำคัญในการต่อสู้กับมลทินและกำจัดความเชื่อปรัมปรา เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ด้วยประกาศการให้บริการสาธารณะแนวใหม่และพันธมิตร ที่แข็งแกร่งในภาคเอกชน เราจะเข้าถึงชาวอเมริกันนับล้าน ๆ ด้วยข้อความที่เรียบง่าย ว่าการเจ็บป่วยทางจิตไม่ได้น่าอาย แต่มลทินและอคติทำให้เราน่าละอาย” (Williams J. Clinton, 1999, อ้างถึงใน Gerhard Peters & John T. Woolley, 1999)

จากเนื้อความที่หยิบยกมานั้น พอจะทำให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับมลทินประทุบ ที่เกิดขึ้นในสังคมอเมริกา ซึ่งเริ่มรณรงค์อย่างจริงจังในสมัยของประธานาธิบดีคลินตัน และจะเห็น ได้ว่า คลินตัน ได้กล่าวถึง ประเด็นมลทินและอคติ เท่ากับว่าใช้วิธีการมองแบบจิตสังคม (Psychosocial) นอกจากนั้นเขาแยกองค์ประกอบที่เคยทับซ้อนกันอย่างออกมา ให้เป็นอาการ เจ็บป่วยทางจิต ซึ่งเป็นเพียงอาการที่สามารถอธิบายได้ด้วยการแพทย์ ส่วนสิ่งที่ส่งผลทางลบต่อผู้คน คือ เรื่องราวต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดเป็นของมลทินประทุบในตัวผู้ป่วย และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง กำจัดมัน

สะท้อนให้เห็นว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงของงานสุขภาพจิตในระดับนโยบายขึ้นในบริบท ของสหรัฐอเมริกา และคลินตัน ต้องการให้คนอเมริกาเห็นความเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องที่ไม่น่า อับอาย เท่ากับมลทินและอคติที่เกิดขึ้น นโยบายเช่นนี้นำไปสู่การเร่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก โรงพยาบาลจิตเวช ลดจำนวนสถาบันทางจิตเวชลง กระจายการรักษาไปสู่โรงพยาบาลท้องถิ่น เช่นเดียวกับที่กำลังเกิดกับงานสุขภาพจิตของสังคมไทย โรงพยาบาลจิตเวชต่าง ๆ พากันยกระดับ ตนเองให้เป็นสถาบันจิตเวชศาสตร์ อาทิ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา (ชื่อเดิม โรงพยาบาล คนเสียจริต) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรกของไทย ก็ได้เปลี่ยนชื่อมาเป็นสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยา เป็นต้น โรงพยาบาลนิติจิตเวช เปลี่ยนมาเป็นสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อ ลดมลทินที่สถาบัน (Institution) เคยสร้างให้กับผู้ป่วย

การเปลี่ยนแปลงของงานสุขภาพจิตโลกที่เกิดขึ้นส่งผลต่องานสุขภาพจิตไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากพิจารณาจะพบว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นไปในลักษณะว่า จากยุคแรกเป็นยุคที่การรักษายังใช้การล่ามขัง การใส่โซ่ตรวน เพื่อให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำอันตรายผู้อื่นได้ (แยกคนป่วยออกจากสังคม/ชุมชน) มาสู่ยุคของการบำบัดรักษาด้วยยา ในยุคนี้การแพทย์เข้ามามีอิทธิพลต่อการรักษาอย่างมาก จึงเกิดเป็นโรงพยาบาลจิตเวชขึ้นตติยภูมิต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลจิตเวชสมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล โรงพยาบาลสวนปรุง สำหรับภาคเหนือ โรงพยาบาลสวนสราญรมณ์ โรงพยาบาลสงขลาราชนครินทร์สำหรับเขตภาคใต้ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น จากนั้นจึงเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน ปรับเปลี่ยนโรงพยาบาลตติยภูมิต่างนี้เป็นสถาบัน เพื่อเน้นงานวิชาการ ยกตัวอย่างเช่น การเกิดขึ้นของศูนย์ความเป็นเลิศทางด้านนิติจิตเวช ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นต้น และสนับสนุนให้โรงพยาบาลทั่วไปมีแผนกจิตเวช ส่งผลให้ทุกโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์จำเป็นจะต้องมีแผนกจิตเวชเป็นของตนเอง เพราะฉะนั้นเท่ากับการลดบทบาทของโรงพยาบาลตติยภูมิต่างนี้ลงไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งเป็นการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ที่ 2 ของกรมสุขภาพจิต คือ การส่งเสริมความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสุขภาพจิต กล่าวคือ นอกจากหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องมียุทธศาสตร์ในการทำงานด้านสุขภาพจิตแล้ว คำว่าภาคีในที่นี้ยังรวมถึงองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำ NGO และทางศาสนา เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2554)

ดังนั้นงานจิตเวชศาสตร์ในฐานะความรู้นำเข้ามาจากโลกตะวันตก เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้เกิดขึ้นในระดับสากล งานสุขภาพจิตของไทยย่อมจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง เพราะฉะนั้น จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงในสองรูปแบบ คือ การเปลี่ยนแปลงในวิธีการรักษา คือ แนวโน้มของการรักษาเยียวยาโรคทางจิตเวชยอมรับวิธีการรักษาอื่น ๆ นอกเหนือจากการรักษาสารเคมี เช่นเดียวกับประเทศตะวันตกและสหรัฐอเมริกา งานสุขภาพจิตของไทยมีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญของงานจิตเวชชุมชนมากขึ้นตามลำดับ ถึงอย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยายังคงเป็นการรักษาหลัก แต่มีการใช้วิธีการบำบัดต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วม และการเปลี่ยนแปลงในเรื่องบทบาทของโรงพยาบาลจิตเวชอย่างที่ได้อธิบายมาแล้วข้างต้น

เพราะฉะนั้น เรากำลังพูดถึงเรื่องเชิงคลินิกที่เป็นผลมาจากโครงสร้าง โครงสร้างที่กำลังเปลี่ยนแปลงย่อมต้องส่งผลต่อการปฏิบัติงานตรงของนักสังคมสงเคราะห์ (Direct Services) เมื่อโครงสร้างพยายามลดบทบาทของโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ลง และมีแนวโน้มจะกระจายบริการทางสุขภาพจิตออกไประดับท้องถิ่นมากขึ้น ผนวกกับแนวคิดการทำงานจิตเวชชุมชนที่กำลังแพร่หลาย เพราะฉะนั้น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยคนหนึ่งจะต้องอยู่ในโรงพยาบาลย่อมสั้นลง โรงพยาบาลจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยในอัตราที่มากขึ้น



การที่ชุมชนหนึ่ง ๆ จะต้องมีส่วนร่วมเป็นผู้ป่วยจิตเวชนั้น ฟังดูเหมือนจะเป็นเรื่องง่าย โดยเฉพาะชุมชนเมือง ที่นักทฤษฎีอาจมองว่า ท่ามกลางความเป็นเมือง ต่างคนต่างอยู่ ดังนั้นปัญหาที่จะเกิดหลังการจำหน่ายจึงอาจน้อย แต่ถ้ามองในมิติของนักปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ และแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับมาสู่ชุมชน นั้นกลับตรงกันข้าม เพราะผู้คนต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพราะฉะนั้นจึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้ป่วยอยู่แต่ในห้องได้ การที่ผู้ป่วยไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมนั้น ไม่ส่งผลดีกับตัวผู้ป่วย หรือการล่ามขังผู้ป่วย ดังเช่น งานศึกษาของ นริศรา ฉัพพรรณรังสี (2525) สะท้อนให้เห็นถึงวิธีการจัดการกับผู้ป่วยในครอบครัว ไม่เพียงแต่เป็นวิธีที่ไม่ช่วยให้อาการทางจิตหายอย่างถาวรแล้ว ยังเป็นการประทุษร้าย การย่ำความอันตรายให้กับผู้ป่วย อีกทั้งผู้คนในชุมชนที่รับรู้เรื่องราวอีกด้วย

ดูเหมือนว่างานศึกษาของผู้ศึกษา มีพื้นที่ระหว่างสองชุดความคิดที่กำลังจะปะทะประสานกัน นั่นคือชุดความคิดที่ได้มาจากโรงพยาบาล และชุดความคิดดั้งเดิมของชุมชน หรือเรียกได้ว่าเป็นการพบกันระหว่างภาคทฤษฎีกับภาคชีวิตจริง เหตุที่ผู้ศึกษากล่าวเช่นนี้เพราะว่า ในกระบวนการทำงานไม่ว่าจะวิชาชีพใด โดยเฉพาะนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งต้องเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพในการทำงานกับผู้ป่วย บทบาทในการบำบัดทางสังคมของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ไม่ว่าจะ เป็นกลุ่มต่าง ๆ หรือแม้กระทั่งเรื่องพื้นฐาน อย่างเช่น สิทธิ การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ทักษะทางสังคม ทุกสิ่งทุกอย่างเหล่านี้ เมื่อถูกมองจากทฤษฎีระบบทั่วไป จะถือว่าเป็นปัจจัยนำเข้าแทบทั้งสิ้น แน่แน่นอนว่าในแต่ละหน่วยงานย่อมมีเครื่องมือ (กลุ่มบำบัด) ที่แตกต่างกัน แล้วแต่ความชำนาญของบุคลากร ไม่ว่าจะกลุ่มบำบัดจะแตกต่างกันอย่างไร ผู้ศึกษาเชื่ออย่างยิ่งว่ามีวัตถุประสงค์ร่วมกัน คือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันครอบครัว และยิ่งกว่านั้นคือชุมชนได้อย่างปกติ ลดอัตราการกลับมา รักษาซ้ำ

ปัจจุบัน บุคลากรทางสุขภาพจิตได้ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ที่ 1 กรมสุขภาพจิต นั่นคือการทำงานในเชิงรุก นั่นคือ การให้ความสำคัญกับการสื่อสารสุขภาพจิตเพื่อให้ชุมชนได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต ทั้งนี้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติเดิมของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนชุมชนได้ อีกทั้งยังเป็นการป้องกัน การเกิดการเจ็บป่วยทางจิต รายใหม่ ๆ เพื่อให้ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก หรือกล่าวโดยสรุป ผู้ศึกษาเห็นว่า ยุทธศาสตร์ที่ 1 นี้ กำลังพยายามทำให้ปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องปกติวิสัย เกิดขึ้นได้ รักษาได้ และลดการประทุษร้ายให้ผู้ป่วยในชุมชน

กระบวนการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชนั้นไม่ได้สิ้นสุดลงเมื่อก้าวออกจากรั้วโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องทานยาอย่างต่อเนื่องไปอีกอย่างน้อย 6 เดือน (มานิช หล่อตระกูล, 2548, น. 133) อาจกล่าวได้ว่า ระหว่างที่รับการรักษาจากสถาบัน/โรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาผ่านการทานยาเป็นหลัก ซึ่งเมื่ออาการทางจิตคงที่แล้ว ผู้ป่วยก็ต้องออกจากสถาบัน/โรงพยาบาลเพื่อ

กลับไปดำเนินชีวิตกับครอบครัวและชุมชนของตนเองต่อไป และก่อนการจำหน่ายนักสังคมสงเคราะห์ และทีมสหวิชาชีพต้องทำการเตรียมทั้งผู้ป่วยในตึก เตรียมครอบครัวให้พร้อมดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านจิตใจ และความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และอาจรวมถึงชุมชนในกรณีที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติ สร้างความรุนแรงในชุมชนของตนเองในอดีต

จากนั้นจึงเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยที่จะต้องปรับตัวอยู่กับสมาชิกในครอบครัว และในระดับ กว้างขึ้น คือ ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องปรับตัวเข้ากับชุมชนให้ได้เช่นกัน ดังนั้น ช่วงเวลาหลังจาก ออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ เพราะจะเป็นพื้นที่ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับมลทินที่ เกิดขึ้นรายรอบตัว ซึ่งถูกสร้างขึ้นจากที่ต่าง ๆ ทั้งสถาบัน (Institution) หรือจากผู้คนในชุมชนเอง เท่ากับว่าผู้ป่วยในชุมชนจะต้องสัมผัสถึงมลทินประเภทที่เกิดขึ้น เพราะฉะนั้น การเข้าไปศึกษาใน สนามจริง จะทำให้ผู้ศึกษาสามารถเข้าใจการทำงานของมลทินประเภทที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วย และหากเราสามารถทำความเข้าใจมลทินประเภทที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ดีแล้ว เท่ากับเป็น การพัฒนาองค์ความรู้เชิงวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การทำจิตสังคมบำบัด (Psychosocial Therapy) เพื่อจัดการกับมลทินประเภทที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ความรู้ทางการแพทย์ ยังไม่สามารถจัดการได้ในปัจจุบัน

นักสังคมสงเคราะห์พึงมองปรากฏการณ์อยู่บนพื้นฐานของความหลากหลายและคุณค่า ของความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกันในทุก ๆ มิติ การปลดเปลื้องตนเอง เมื่อมนุษย์คนหนึ่งต้องก้าวเท้าเข้าสู่สถาบันจิตเวช เขา/เธอย่อมต้องมีการเปลี่ยนแปลงตัวตน ความคิด ความเชื่อ รับเอาระบบคิดใหม่ ๆ ของบุคลากรทางการแพทย์เข้ามาไม่มากก็น้อย รวมถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่นักสังคมสงเคราะห์พยายามมอบให้ ทักษะทางสังคมมากมายที่ผู้ป่วยถูกฝึกฝนตลอดเวลาในรั้ว สถาบันจะทำงานอย่างเข้มข้น มีการตรวจสอบจากวิชาชีพต่าง ๆ ถึงความพร้อมของผู้ป่วย (เน้นด้าน สังคม) ก่อนจำหน่าย

ทว่าเมื่อผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตกับครอบครัว ในชุมชนของตนเอง ผู้ป่วยหรือแม้กระทั่ง ครอบครัวเองจะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเดิม ด้วยเพราะการเข้าไปรักษาอาการทางจิตในสถาบันจิตเวช หรือ เพราะพฤติกรรมร้ายแรงที่ตนเองได้เคยก่อเอาไว้ในอดีตก็ตาม ได้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับ สภาพแวดล้อมของ ตนเองได้อย่างปกติ ในขณะเดียวกัน บุคคลแวดล้อมก็ยังคงสร้างมลทินในรูปแบบ ต่าง ๆ ให้กับตัวผู้ป่วย เสมือนเป็นการแปะป้ายความผิดปกติให้กับผู้ป่วย และป้ายความผิดปกตินี้ มีผลต่อระบบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นำมาซึ่งการจัดระบบ ความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นธรรม กตขี และผลทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนชายขอบของชุมชน ไม่สามารถเข้าถึง ทรัพยากรทางสังคมได้อย่างเท่าเทียม

หากมองว่ามลทินประทับที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้เขา/เธอกลายเป็นบุคคลที่ถูกกดขี่จากคนในชุมชนด้วยวิธีการวางระบบความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชนกับผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ แล้ว สิ่งนี้เรียกได้ว่าเป็นสาระสำคัญของงานสังคมสงเคราะห์อย่างปฏิเสธไม่ได้ดีที่สุด โดยในที่นี้ ผู้ศึกษา หมายถึง กลุ่มแนวคิดสังคมสงเคราะห์กลุ่มหนึ่ง ซึ่งประกอบไปด้วย สังคมสงเคราะห์แนวก้าวหน้า (Radical Social Work) สังคมสงเคราะห์แนววิพากษ์ (Critical Social Work) และสุดท้ายคือสังคมสงเคราะห์แนวต่อต้านการกดขี่ (Anti-Oppressive Social Work)

ถึงแม้ว่าแนวคิดที่กล่าวมานั้นอาจมีรายละเอียดปลีกย่อยที่ต่างกัน แต่ทว่า มีแก่นแกนที่คล้ายกัน ในทัศนะของผู้ศึกษา หากยึดถือแนวคิดสังคมสงเคราะห์แนวการต่อต้านการกดขี่ขั้นต้นเป็นหลักในการทำงานแล้ว มลทินประทับที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชจึงถือได้ว่ามีนัยยะเชิงวิชาชีพ และองค์ความรู้อย่างมาก เพราะหากพิจารณาให้ถี่ถ้วน จะพบว่า การทำงานของมลทินประทับนั้นถึงแม้ว่าจะเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น มีความเฉพาะเจาะจง ไม่ได้มีความเป็นสากล (หมายถึง ทลทินประทับที่เกิดขึ้นยอมทำงานตามเงื่อนไขสังคมวัฒนธรรมเฉพาะ) ว่าเป็นเรื่องเชิงโครงสร้าง นั่นคือโครงสร้างของระบบคิดในชุมชนนั้น ๆ การเข้าไปทำความเข้าใจในเรื่องราวของมลทินประทับ และการตระหนักในมลทินของผู้ป่วยจึงเท่ากับการเข้าไปศึกษาเชิงโครงสร้าง เพื่อมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของระบบคิดในชุมชน และการทำงานกับโครงสร้างนั่นเองสะท้อนให้เห็นว่า มลทินประทับเกี่ยวข้องกับแนวคิดสังคมสงเคราะห์อย่างมากเพียงใด

เรื่องราวที่ผู้ศึกษาสนใจจึงเริ่มต้นขึ้นทันทีที่ผู้ป่วยก้าวเท้าเข้าสู่พื้นที่เดิม ๆ ของเขา/เธอ เสมือนว่าการปลดปล่อยตนเองได้เกิดขึ้นอีกครั้งบนเนื้อตัวและความคิดของผู้ป่วย เป็นการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพจากผู้ป่วยจิตเวช มาสู่วาทพหุหน้าที่เดิมของตนเอง ทว่าในความเป็นจริง ผู้ป่วยไม่สามารถกลับมาทำบทบาทหน้าที่เดิมของตนเองได้ จากประสบการณ์ของผู้ศึกษารู้สึกว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาเป็นเวลานานไม่ว่าอย่างไร ก็ไม่สามารถกลับมาทำบทบาททางสังคมของตนเองได้เหมือนกับก่อนที่ตนเองจะป่วย ครอบครัวและชุมชนก็ยอมรับรู้ตรงจุดนี้เช่นกัน เพราะฉะนั้นจึงเกิดเป็นพื้นที่ของการตอบโต้ทางสัญลักษณ์ไปมาอย่างเข้มข้น ซึ่งมีผู้ส่งข้อความ และสร้างความหมายเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยที่หลากหลาย ทั้งสมาชิกในชุมชน สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้น ทุก ๆ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับมลทินประทับทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่ผู้ศึกษาสนใจ นำไปสู่คำถามการวิจัยสองประเด็นคำถามด้วยกัน นั่นคือ มลทินประทับมีกระบวนการทำงานอย่างไรท่ามกลางบริบททางสังคมปัจจุบันของผู้ป่วยนั้น ๆ และผู้ป่วยมีความตระหนักเกี่ยวกับมลทินประทับที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างไร

## 1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการทำงานของมลทินประทับที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย ผู้ดูแล และบุคคลแวดล้อมในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งรวมถึงแง่มุมทางประวัติศาสตร์ของความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในชุมชน
2. เพื่อศึกษาการจัดการกับประทับที่เกิดขึ้นกับตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย ผู้ดูแล และบุคคลแวดล้อมในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่

## 1.3 คำถามการวิจัย

การศึกษาวิจัยชิ้นนี้ ผู้ศึกษาได้ตั้งปัญหาการวิจัย อันประกอบด้วยคำถามหลักสองข้อ ทั้งนี้ คำถามที่เกิดขึ้นนั้น มีรากฐานความสนใจในการตั้งคำถามมาจากการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ตัวตน จึงถือว่าเป็นอีกหนึ่งงานศึกษาที่แฝงแนวคิดหลังสมัยใหม่อยู่บ้าง นอกจากคำถามหลักสองข้อแล้ว ในแต่ละคำถามหลักยังประกอบไปด้วยคำถามย่อยดังต่อไปนี้

- 1) กระบวนการทำงานของมลทินประทับซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้นเป็นอย่างไร
  - 1.1 รูปแบบ โครงสร้าง และกลไกการทำงานของมลทินที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร
  - 1.2 เรื่องราวเชิงประวัติศาสตร์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิตเวชนั้นมีความเป็นมาอย่างไร
  - 1.3 พลวัตของความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตในชุมชนเป็นอย่างไร
- 2) ผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่มีการจัดการมลทินประทับที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างไร
  - 2.1 ผู้ป่วยจิตเวชและ ผู้ดูแลมีการจัดการในมลทินประทับที่เกิดขึ้นกับตนเอง

## 1.4 นิยามศัพท์

การทำงานของมลทินประทับ หมายถึง ปฏิบัติการทางสังคมที่ส่งผลให้บุคคลเสื่อมเสีย ชื่อเสียง เกิดความอับอาย เป็นการลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์ ถูกกีดกันออกจากสังคมซึ่งผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกแตกต่าง ไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่อาศัยอยู่ และถูกสมาชิกในสังคมปฏิบัติด้วยความแตกต่างจากผู้อื่น ๆ หรือต่างไปจากในอดีตก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง สมาชิกในชุมชนหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่ที่เกิดความเจ็บป่วยทางจิต และถูกวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวช (เฉพาะโรคทางจิตเวช ไม่เกี่ยวข้องกับโรคประสาท) เคยได้รับการรักษาในสถาบันจิตเวชหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต โดยปัจจุบันได้กลับมาอาศัยอยู่กับครอบครัว และไม่ได้กลับเข้าไปรักษาซ้ำ (Re-admit) อีกเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

เรื่องราวเชิงประวัติศาสตร์ชุมชน หมายถึง ความเป็นมาของการเจ็บป่วยทางจิตในชุมชนนั้น ๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ อาจเป็นเรื่องเล่าที่เล่าสืบต่อกันมา ซึ่งกล่าวถึงผู้ป่วยทางจิตในอดีตที่ชุมชนรู้จัก

พลวัตของความคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางความคิด มุมมองของคนในชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของตนเอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงทางบวก หรือลบก็ได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น ต้องอธิบายภายใต้เงื่อนไขของบริบทหนึ่งที่เกิดขึ้น

การจัดการกับมลทินประต๊อบ หมายถึง ปฏิบัติการที่ผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย ผู้ดูแล และบุคคลแวดล้อม กระทำต่อมลทินประต๊อบที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติมากที่สุด

## 1.5 ขอบเขตของการศึกษา

### 1.5.1 ขอบเขตเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาไปที่กระบวนการทำงานของมลทินประต๊อบ ซึ่งกระบวนการทำงานนี้รวมไปถึงการมองมลทินประต๊อบในองค์รวม เสมือนเป็นสิ่งมีชีวิตทางสังคม ที่ต้องมองไปเชิงประวัติศาสตร์ของมลทินที่มีต่อผู้ป่วยในชุมชนนั้น ๆ เพราะฉะนั้นจึงต้องให้ความสำคัญกับการอุบัติขึ้นของมลทินประต๊อบนั้น ๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในรูปแบบของเรื่องเล่า ตำนาน เป็นต้น นอกจากนี้ ยังต้องมองไปที่การเปลี่ยนแปลงจากอดีตสู่ปัจจุบันอีกด้วย จึงเท่ากับเป็นการศึกษาบริบททางสังคมทุก ๆ ส่วนที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมลทินต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

เมื่อกล่าวถึง ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ การศึกษาครั้งนี้พยายามหลีกเลี่ยงการมองอำนาจแบบตายตัว อำนาจที่สถิตอยู่เพียงแห่งเดียว แต่พยายามค้นหาปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากการตอบโต้ไปมาระหว่างอำนาจ การกระทำของอำนาจต่อผู้ป่วยจิตเวช และการสร้างอำนาจตอบโต้วาทกรรมต่างที่ ถูกชุมชน/สังคมผลิตขึ้น ซึ่งเนื้อหาในส่วนนี้จะคาบเกี่ยวอยู่ระหว่างแนวคิดเรื่องอำนาจและการสร้างอัตลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

## 1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา มีดังต่อไปนี้

1. ทำให้ได้รับรู้เบื้องหลังขบวนการนิยามคำว่า “มลทินประทับ” ซึ่งเป็นคำสำคัญทางงานสังคมสงเคราะห์ที่มีความเป็นนามธรรมสูงเพื่อค้นหาการถือกำเนิด การเปลี่ยนแปลง (พัฒนาการ) กลไกการทำงานในรูปธรรมซึ่งเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช อันจะเป็นพื้นฐานความรู้ของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชในอนาคต ที่ในขณะนี้ วิสัยทัศน์ในการทำงาน เน้นไปที่การทำงานชุมชน และการกระจายความชำนาญ องค์กรความรู้ทางจิตเวชไปยังหน่วยงานท้องถิ่น

2. งานศึกษาชิ้นนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาเครื่องมือทางวิชาชีพของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช เนื่องจากสามารถนำไปเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างเครื่องมือ จิตสังคมบำบัด แก่ผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลได้ เพราะงานศึกษาจะสะท้อนให้เห็นถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมลทินประทับทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวช และวิธีการทำงานของส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพราะฉะนั้น จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง หากนักสังคมสงเคราะห์ต้องการจะทำงานสังคมสงเคราะห์คลินิกเพื่อต่อสู้กับมลทินประทับ และสิ่งที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง อาจสามารถพัฒนาเป็นแนวทาง หรือคู่มือในการปรับตัวเข้ากับชุมชน โดยมีพื้นฐาน/ข้อมูลมาจากผู้ป่วยจิตเวชในท้องถิ่น ไม่ใช่จากการลดทอนทฤษฎีมาสู่แนวปฏิบัติ



## บทที่ 2

### ทบทวนแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

วิทยานิพนธ์เรื่อง “กระบวนการทำงานของมลทินประทับของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลและบุคคลแวดล้อมในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่” นั้น ผู้ศึกษาคิดว่าในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ดังกล่าว นั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องย้อนกลับไปทบทวนเนื้อหาทฤษฎีทางสังคมวิทยา และสังคมสงเคราะห์ที่มีความเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อกระบวนการก่อร่างสร้างตัวของมลทินทางสังคมที่ผู้ป่วยจิตเวชต้องเผชิญเมื่อออกจากโรงพยาบาล/สถาบันจิตเวชมาใช้ชีวิตในชุมชน หรือในพื้นที่ ที่ตนเองเคยอยู่และคุ้นเคย ก่อนที่จะเกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจขึ้น

แนวคิดและทฤษฎีที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องของมลทินประทับต่อผู้ป่วยจิตเวชนั้น ประกอบไปด้วยแนวคิดและทฤษฎีอันหลากหลาย ทั้งนี้ผู้ศึกษาแยกแยะออกเป็นแนวคิดหลัก คือ กลุ่มทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มทฤษฎีหลักที่มีพลังในการอธิบาย และนำมาทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ผู้ศึกษาสนใจ อันประกอบไปด้วย ทฤษฎีย่อยหลายทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง นอกจากนั้นแนวคิดยุคหลังทันสมัย (Post Modern) อย่างเช่นแนวคิดของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ซึ่งให้ความสำคัญกับอำนาจ ซึ่งมีลักษณะของการกระจายออกจากศูนย์กลาง และไม่ได้ยึดติดอยู่เฉพาะกลุ่มคน ชนชั้นอย่างที่เวเบอร์ (Max Weber) กล่าวเอาไว้ (อานันท์ กาญจนพันธุ์, 2555) ดังนั้นอำนาจจึงสามารถแสดงตัวตนออกมาในรูปแบบของวาทกรรม (Discourse) ซึ่งแล้วแต่ว่าใคร ได้จะหยิบฉวยมาใช้ และเป็นที่ยอมรับกันอยู่แล้วว่า วาทกรรมความบ้าเป็นหนึ่งในวาทกรรมที่ได้รับการกล่าวถึงในเชิงสังคมวิทยาไม่น้อยไปกว่าวาทกรรมการพัฒนา หรือวาทกรรมความงาม

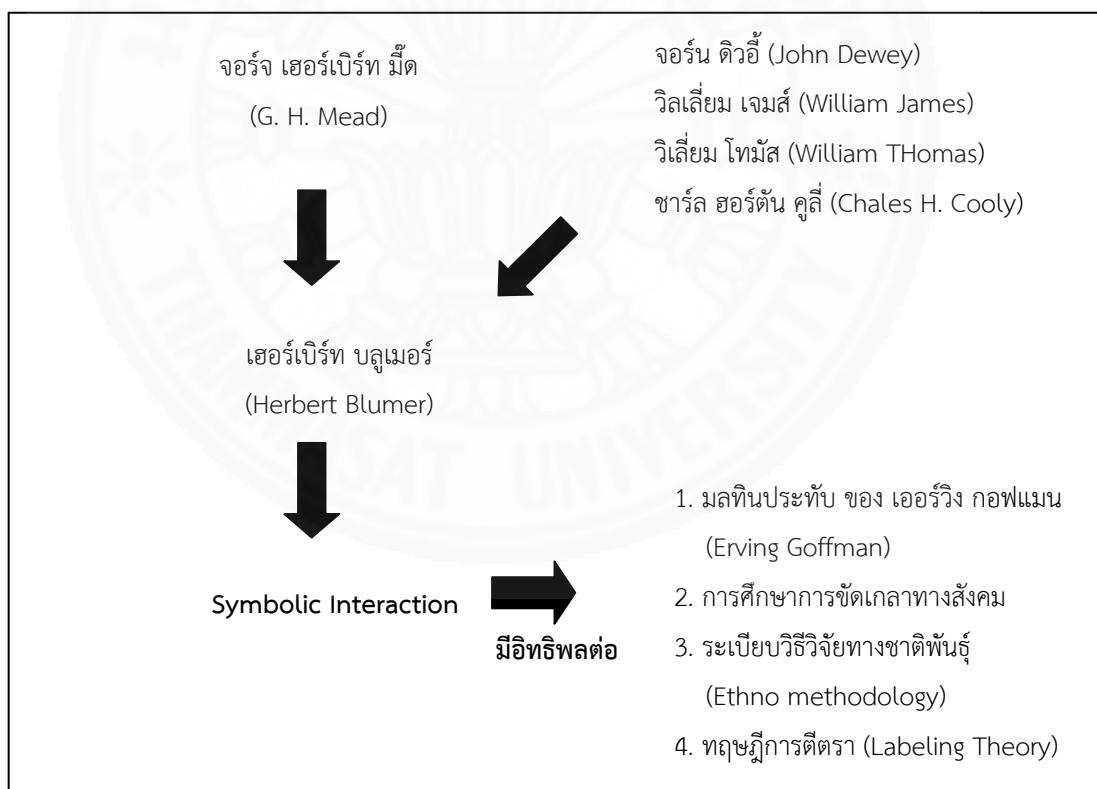
นอกจากแนวคิดและทฤษฎีหลัก 2 ทฤษฎีขั้นต้นแล้ว ผู้ศึกษาเห็นว่า แนวคิดเกี่ยวกับอัตลักษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ยังมีพลังในการอธิบายการศึกษาเช่นกัน ดังนั้นเนื้อหาในบทนี้จะประกอบไปด้วยแนวคิดทฤษฎีและงานศึกษาดังต่อไปนี้

- 2.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับมลทินประทับ (Stigma) และการตีตรา (Labeling Theory)
- 2.2 แนวคิดเรื่องวาทกรรมของฟูโกต์ (Michel Foucault)
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอัตลักษณ์
- 2.4 แนวคิดสังคมสงเคราะห์แนวต่อต้านการกดขี่
- 2.5 ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช
- 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล
- 2.7 งานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับมลทินประทับและการจัดการกับมลทินประทับ

## 2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับมลทินประทับ (Stigma) และการตีตรา (Labeling Theory)

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี ผู้ศึกษาพบว่า มลทินประทับและการตีตรานั้น มีความใกล้เคียงกัน และเป็นคำที่ถูกใช้กันสลับไปมา แท้ที่จริงแล้ว Stigma และ Labeling Theory เป็นคนละแนวคิด ที่มีความใกล้เคียงกัน ทั้งสองแนวคิดถูกจัดอยู่ในกลุ่มทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์

ก่อนที่จะกล่าวถึงเนื้อหาทฤษฎีทั้งสอง ผู้ศึกษาต้องชี้แจงว่า แนวคิดนี้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ที่มุ่งเน้นศึกษาในเรื่องของธรรมชาติของการกระทำระหว่างกัน (Nature of Interaction) ในสังคมมนุษย์เช่นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (ภุทชงค์ กุลชลบุตร, 2528, น. 171) ซึ่งมีนักทฤษฎีที่มีความสำคัญมากมาย อันได้แก่ ชาร์ล ฮอตัน คูลี (Charles H. Cooly) จอร์จ เฮอร์เบิร์ต มีด (G. H. Mead) เฮอร์เบิร์ต บลูเมอร์ (Herbert Blumer) และนักทฤษฎีอีกคนหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่องานศึกษาชิ้นนี้ คือ เออร์วิง กอฟแมน (Erving Goffman) ผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เมื่อกล่าวถึงประเด็นมลทินประทับทางสังคม



ภาพที่ 2.1 พัฒนาการของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์. จาก *แนวความคิดและทฤษฎีทางสังคมวิทยาในยุคเริ่มต้น* (น. 173), โดย ภุทชงค์ กุลชลบุตร, 2528, เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะสังคมศาสตร์.



เออร์วิง กอฟแมน (Erving Goffman: 1922-1982) เกิดที่ประเทศแคนาดา เขาจบปริญญาตรีที่ Toronto ในปี ค.ศ. 1945 จบปริญญาโทและเอกที่มหาวิทยาลัย Chicago ในปี ค.ศ. 1949 และปี ค.ศ. 1953 ต่อมาได้เข้าเป็นอาจารย์ที่มหาวิทยาลัย California ที่ Berkley โดยมีผลงานที่สำคัญคือ The Presentation of Everyday Life, Asylums และ Stigma ซึ่งเป็นเรื่องให้ผู้ศึกษาให้ความสนใจและกำลังจะกล่าวรายละเอียดทฤษฎีในส่วนต่อไป (สุภางค์ จันทวานิช, 2549, น. 130)

ในความจริงแล้ว กอฟแมนไม่ได้กล่าวถึงเรื่องมลทินประทับเพียงอย่างเดียว แต่ทั้งนี้ศึกษาพบว่า มลทินประทับของกอฟแมนนั้น ได้ร้อยเรียงต่อมาจากงานเขียนเรื่องเรือนจำ (Asylums, 1961) โดยงานเขียนนั้น ได้กล่าวถึง การวิเคราะห์ถึงบรรดาที่ถูกกักขังอยู่ในที่ต่าง ๆ ซึ่งในเรียกในความหมายที่เขาในเชิงสังคมวิทยาว่า สถาบัน (Institution) ต่าง ๆ นั่นคือ เรือนจำ โรงพยาบาลจิตเวช ค่ายกักกัน ซึ่งเท่ากับว่าผู้คนในสถาบันเหล่านั้นถูกแยกออกจากสังคมภายนอกอยู่ช่วงเวลาหนึ่ง เพราะฉะนั้นในจุดนี้ กอฟแมนในฐานะนักทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ จึงได้วิเคราะห์ไปถึงการปลดปล่อยตัวตนตามปกติของตนเองลง นั่นคือจากบุคคลทั่วไป ซึ่งอาจสวมบทบาทเป็นพ่อ แม่ พี่น้อง เจ้านาย กล่าวคือ ทุกสิ่งที่เคยประกอบสร้างเป็นตัวของเขา/เธอทิ้งไป แล้วสวมตัวตนที่สถาบันนั้นมอบให้โดยไม่สมัครใจ เช่นกลายเป็นคนไข้จิตเวชเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช หรือจากคนธรรมดากลายเป็นนักโทษ กระบวนการนี้ได้นำคุณค่า ความภูมิใจของบุคคลออกไป จากนั้นจึงเริ่มสร้างตัวตนใหม่ให้กับบุคคลเช่นการโกนผมสำหรับนักโทษ สวมเครื่องแบบ หรือกล่าวโดยสรุป คือ ไม่ว่าในอดีต ผู้คนจะเคยเป็นอย่างไร ท้นที่ที่เข้ามาในสถาบันเหล่านี้ ทุก ๆ คนต้องกลายเป็นแบบเดียวกันทั้งหมด ทรงผมทรงเดียวกัน สวมเครื่องแบบเหมือนกัน หรือแม้กระทั่งมีหมายเลขประจำตัว แทนที่ชื่อเดิมของตนเอง เป็นต้น

ที่กล่าวมาขั้นต้น นั่นคือ วิธีคิด วิเคราะห์ของกอฟแมนในหนังสือเรื่องเรือนจำของเขา และพิจารณาเนื้อหาให้ลึกซึ้งก็จะพบว่า เป็นก้าวที่สำคัญ อันเชื่อมโยงไปสู่ความคิดเรื่องมลทินประทับ (Stigma, 1963) ของเขา

พื้นฐานความคิดของมลทินประทับนั้น มีความเชื่อว่าสังคมเป็นผู้ประกอบสร้างทุก ๆ อย่างขึ้นมา หรือกล่าวอีกนัย คือ สังคมสร้างความหมายของสรรพสิ่งต่าง ๆ รวมถึงการเข้าไปจัดการจำแนกแยะแยะผู้คนออกจากกันให้เป็นหลากหลายประเภท ไม่เท่านั้น ยังกำหนดสร้างความเป็นปกติ (Normal) ให้กับผู้คนในสังคม จัดการให้ผู้คนจำแนกแยะแยะ (Dividing) ยกตัวอย่างเช่น ท้นที่ที่เราพบเห็นบุคคลอื่น ความคิดของเราจะเริ่มจำแนกคนเหล่านั้นท้นที่ เราจะคาดการณ์บุคคลที่เราพบเห็นนั้นเป็นอย่างไร ยิ่งไปกว่านั้น เรายังมองคนอื่น ๆ พร้อมกับการลดคุณค่าของพวกเขาไปพร้อม ๆ กัน เสมือนว่าเขาเหล่านั้นด้อยต่ำกว่าคนอื่น ๆ ในสังคมที่เป็นคนปกติ เช่น คนพิการ หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ป่วยโรคเอดส์ (ซึ่งในเชิงสังคมศาสตร์นั้น การติดเชื้อ HIV เป็นโรคทางสังคมเช่นกัน) และผู้ป่วยโรคจิต การเหมารวม (Stereotype) จากสิ่งที่คนเหล่านั้นมี ไม่ว่าจะเป็ความผิดปกติ

ทางร่างกายที่สังเกตเห็นได้ในคนพิการ หรือลักษณะบางอย่างที่เป็นปมด้อย ก่อให้เกิดเป็นมลทิน ประทับกับบุคคลกลุ่มนั้นโดยไม่คำนึงถึงความสามารถในด้านอื่น ๆ หรือมิติอื่นของเขา/เธอ เช่น การมองว่าคนพิการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่นตลอดเวลา หรือในการมองผู้ติดเชื้อ HIV ว่าเป็นผู้ที่ใช้ยาเสพติด (ซี้ยา) และสำส่อนทางเพศ ทั้งที่ยาเสพติดและเพศสัมพันธ์เป็นเพียงส่วนหนึ่งของสาเหตุของการติดเชื้อ HIV แต่ก็ถูกเหมารวมว่าซี้ยา/สำส่อนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

มลทินประทับที่เกิดขึ้นนั้นอาจเป็นคำที่เชื่อมโยงกับลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล แต่แท้จริงแล้วเป็นความสัมพันธ์ของภาษากับการให้ความหมาย มิใช่ลักษณะนั้น ๆ โดยตรง (รพีพงษ์ กัญยะมี, 2555, น. 13) กล่าวคือ มลทินประทับนั้นไม่ได้มีปฏิบัติการไปกับทุกบริบทของสังคม หรือกับทุก ๆ คน หากแต่เลือกทำงานเฉพาะเจาะจง ในคนบางคนเขาอาจไม่รู้สึกรู้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นมลทิน แต่ในบางในคน กิจกรรมเดียวกัน/ในเงื่อนไขเดียวกัน อาจก่อให้เกิดความรู้สึกว่ากำลังเผชิญกับการมลทินจากสังคมก็เป็นได้ดังตัวอย่างที่กอฟแมนได้เขียนในหนังสือเรื่อง มลทิน (Stigma) ของเขาว่า

. . . บางอาชีพในประเทศอเมริกาทำให้แรงงานที่ไม่ได้จบการศึกษาจากวิทยาลัยที่คาดหวัง (มีชื่อเสียง) ปิดบังความจริงนี้ อย่างไรก็ตาม ในอาชีพอื่น ๆ ทำให้แรงงานที่มีการศึกษาสูงจำนวนน้อยปกปิดเรื่องนี้ ด้วยเกรงว่าจะถูกจัดว่าเป็นผู้ล้มเหลวและผู้ไร้ความชำนาญ . . . ทำนองเดียวกัน หนุ่มชนชั้นกลางอาจไม่รู้สึกผิดที่ถูกจับได้ว่าไปห้องสมุด อาชญากรมีอาชีพกล่าวว่า ผมจำได้ว่า มากกว่า 1 ครั้งก่อนหน้าที่นี่ที่ไปห้องสมุดสาธารณะใกล้ที่ที่ผมอยู่ ผมต้องมองซ้ายมองขวาอยู่สองครั้งก่อนผมจะเดินเข้าไปจริง ๆ เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีใครรู้ว่าผมยืนอยู่แถวนั้นและเห็นผมทำมันลงไป (Erving Goffman, 1963, p. 3)

ข้อความที่ผู้ศึกษาแปลมาจากหนังสือเรื่อง Stigma: Notes of the Management of Spoiled Identity ของกอฟแมน ซึ่งเขาได้ยกตัวอย่างของปฏิบัติการของกระบวนการมลทินประทับซึ่งไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นกับทุกคน เนื่องจากข้อความนั้นถูกแปลมาจากต้นฉบับ แต่มิได้ผ่านการตีความของความหมาย ดังนั้นผู้ศึกษาใคร่ขอตีความความหมายของตัวอย่างดังกล่าว

จากตัวอย่างนั้นสะท้อนให้เห็นกระบวนการประทับมลทินที่เกิดขึ้นกับแรงงานในสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ท่ามกลางแรงงานทั้งหมด ย่อมเป็นธรรมชาติที่แต่ละคนจะเรียนจบจากมหาวิทยาลัยที่ต่างกัน บ้างจบจากมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียง แต่บางคนจบจากมหาวิทยาลัยที่ไม่มีชื่อเสียง แรงงานที่มีได้จบจากสถาบันมีชื่อ ก็จะพยายามเก็บงำเรื่องสถาบันการศึกษาของตนเอาไว้ไม่ป่าวประกาศให้ผู้คนรู้ว่าตนเองจะมีการศึกษาสูงเพียงใดก็ตาม นอกจากนั้น ยังมีการเปรียบเทียบให้เห็นถึงท่าที/ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับพฤติกรรมกรเข้าใช้ห้องสมุด ซึ่งคนทั่วไป (ชนชั้นกลาง) สามารถเดินเข้าไปในห้องสมุดได้โดยไม่รู้สึกว่สิ่งที่ทำนั้นผิดธรรมชาติหรือรู้สึกผิดแปลกอะไร แต่ในทางตรงกัน

ข้ามสำหรับอาชญากรกลับรู้สึกว่าการเข้าห้องสมุดนั้นเป็นเรื่องที่ไม่ปกติสำหรับเขา/เธอ เป็นเรื่องที่ต้องทำอย่างลับ ๆ สำหรับผู้ศึกษา การเข้าห้องสมุดอาจเป็นเรื่องที่ผูกติดกับค่านิยมบางอย่าง หรือความดั่งาม ดังนั้น อาชญากรจึงไม่สมควรเดินเข้าห้องสมุด และการอธิบายปรากฏการณ์เหล่านี้ในเชิงสังคมวิทยา ต้องอธิบายโดยมีฐานคิดจากปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ซึ่งเรียกได้ว่า อาชญากรคนดังกล่าวมีความรู้สึกมีมลทินเกิดขึ้นกับตนเอง เป็นต้น

ตัวอย่างที่ยกขึ้นมานั้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทั่วไป และน่าจะเป็นพื้นฐานของการทำความเข้าใจการทำงานของมลทินประทับ แต่ทั้งนี้กรณีตัวอย่างที่หยิบยกมานั้น เป็นเพียงความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากภายใน เป็นนามธรรม แต่สำหรับหลายกรณีนั้น คนชายขอบต่าง ๆ มีสภาพร่างกายและภาพลักษณ์ที่ผิดแปลกโดยสังเกตได้จากภายนอก เพราะฉะนั้นผู้ศึกษาจึงมีความเห็นว่า ปฏิบัติการของมลทินประทับน่าจะเข้มข้นมากกว่าตัวอย่างที่ยกมาของกอฟแมน

ดังนั้นมลทิน คือ เครื่องหมายแห่งตราบาปหรือความอัปยศที่สังคมตีตราให้แก่บุคคลอันเนื่องมาจากความผิดปกติทางร่างกายหรือมีการพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของสังคม (พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา, 2549, น. 228-229) ฉะนั้นในโลกแห่งปฏิสัมพันธ์ของผู้คนในสังคมบุคคลใดที่มีคุณลักษณะแตกต่างออกไปจากคุณลักษณะที่สังคมคาดหวัง นำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองมีมลทิน ซึ่งชัดเจนในตัวอย่างของกอฟแมนเกี่ยวกับสถาบันการศึกษาของแรงงานในสหรัฐอเมริกา ดังนั้นผู้ที่มีคุณลักษณะของตนเองแตกต่างไปจากคนอื่นจะพยายามปิดบังคุณลักษณะเหล่านั้นเท่าที่จะทำได้ เช่น กลุ่มคนรักร่วมเพศบางส่วนยังคงปิดบังรสนิยมทางเพศของตนเอง หรือแม้แต่คนตีระชะ ล้านไสววิกปกปิดตีระชะ ความรู้สึกมีมลทินนั้นไม่ได้เกิดขึ้นในเชิงส่วนตัว ทว่าเป็นผลของการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (สุภางค์ จันทวานิช, 2551, น. 134)

กอฟแมน ได้จำแนกประเภทของมลทินเอาไว้ทั้งหมดสามประเภท ได้แก่

1. มลทินประทับที่เกิดจากความอัปลักษณะ พิกลพิการทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถเห็นได้จากภายนอก เช่น คนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือผู้ป่วยด้วยโรคทางกายอื่น ๆ ที่ส่งผลให้ร่างกายมีความผิดปกติอย่างชัดเจนเช่นโรคเท้าแสบปม เป็นต้น หรือตุ่มหนองของผู้ติดเชื้อ HIV
2. มลทินแปดเปื้อน อันเป็นคุณลักษณะที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคลหรือประวัติในอดีตที่บุคคลได้เคยใช้ชีวิตอยู่ในสถาบันต่าง ๆ อาทิ เป็นผู้ผิดปกติทางจิตที่อยู่ในโรงพยาบาลโรคจิต ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ศึกษาสนใจ ผู้ติดยาเสพติด คนตกงานเร่ร่อน หรือกลุ่มรักร่วมเพศ (กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2555, น. 170) หรือคำพูดสามัญของผู้คนที่มิต่อนักโทษ เช่น ชักข์ขั้ตาราง (วารุณี ภูริสินสิทธิ์, 2548)
3. มลทินประทับอันเนื่องมาจากจากเป็นชนเผ่า เชื้อชาติ ศาสนาซึ่งจะสามารถพบเห็นได้ เช่น การดูถูกแอฟริกันอเมริกัน หรือการดูถูก เบียดขับชาวเมียนมา ลาว และ ชาวกัมพูชาของคนไทยว่าเป็นคนที่ต่ำกว่า เป็นแรงงานไร้ฝีมือราคาถูก หรือโดยสรุป ผู้ศึกษาเห็นว่า มลทินประเภทนี้

ก่อให้เกิดจากความแตกต่างของกลุ่มวัฒนธรรมย่อยต่าง ๆ ในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มวัฒนธรรมที่พยายามคงวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ดั้งเดิมของตนเองเอาไว้โดยเช่นคนไทยภูเขาต่าง ๆ การสวมเครื่องประดับ การแต่งกายที่พยายามรักษาวัฒนธรรมของตนเองไว้ในพื้นที่ที่ไม่ใช่บริบทของตนเอง เช่นชนเผ่าปกากะญอ การแต่งชุดประจำเผ่า/การพูดภาษาถิ่นของตนเองในพื้นที่ที่ไม่ใช่ของตนเอง พื้นที่ที่คนอื่น ๆ พูดอีกภาษาหนึ่ง เป็นต้น

มลทินประทัพบที่เกิดขึ้นนี้อาจมีระดับของความเข้มข้นที่แตกต่างกันไป ถึงกระนั้นคนทั้งสามประเภท ที่กล่าวไว้ข้างต้น เป็นเสมือนไม่ใช่คน ดังนั้น เรื่องของมลทินประทัพบจึงมีความปกติ (Normal) เข้ามาเกี่ยวข้อง กล่าวคือ คนปกติคือคนที่ไม่มียุทธประทัพบติดตรึงอยู่ ด้วยความคิด เช่นนี้ สังคมย่อมก่อร่างสร้างแบบแผนเชิงอุดมคติที่ค่อนข้างจะตายตัวขึ้นมาเพื่อใช้ในการตอกย้ำความผิดปกติของผู้คนเหล่านั้นกลายเป็นคนชายขอบที่มีมลทินของสังคม นำมาซึ่งการทำให้คนเหล่านั้น สูญเสียความน่าเชื่อถือ (Discredited) ไปถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์

มลทินประทัพบไม่สามารถเกิดขึ้นมาลอย ๆ ได้ และไม่ได้เกิดจากปัจจัยภายในของตัวบุคคลเอง แต่ทว่าเป็นผลพวงจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้คน ผ่านกระบวนการหล่อหลอมทางสังคม (Socialization) โดยในตอนแรกบุคคลที่ถูกประทัพบมลทินจะเรียนรู้การมีพฤติกรรมการกระทำ เช่นคนปกติทั่วไป ต่อมาเมื่อบุคคลนั้นได้เรียนรู้เขา/เธอมีคุณลักษณะบางอย่างที่เป็นมลทิน เช่น ผู้ป่วยจิตเวช เขาหรือเธอก็จะถูกหล่อหลอมให้รับมลทินนั้นไปโดยตลอด และได้รับผลจากการมีมลทินนั้นติดตามไปในชีวิตของตน (กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2555, น. 170)

เมื่อมลทินได้แปดเปื้อนกับบุคคลบุคคลหนึ่งเสียแล้ว เป็นเรื่องธรรมชาติที่บุคคลย่อมต้องปรับตัวที่จำเป็นที่ยอมรับของสังคมหรือชุมชนที่เขา/เธออาศัยอยู่อีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้สามารถผ่านมลทินประทัพบเหล่านั้นไปได้ในลักษณะที่แตกต่างกัน บ้างซ่อนเร้นความลับของตนเองในกรณีที่เป็นความผิดปกติที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอกเช่นการป่วยเป็นโรคเอดส์ แต่สำหรับมลทินอื่น ๆ ที่มาพร้อมกับความพิการของร่างกายเช่นพิการทางการเคลื่อนไหว (ขา) ก็อาจหันมาใช้ขาเทียมเพื่อให้สามารถกลับมาเดินได้คล้ายคลึงกับคนปกติทั่วไปซึ่งไร้มลทิน แต่ถึงกระนั้น สำหรับมลทินประทัพบที่มาจาก การถูกเหมารวมว่า “บ้า/โรคจิต” ซึ่งมักพ่วงมาพร้อมกับความหวาดกลัว เกรงว่าผู้ป่วยจิตเวชจะเป็นอันตรายไปเสียทุกคน ทั้งที่โรคทางจิตเวชนั้นมีอยู่อย่างหลากหลายและไม่ใช่ว่าทุกโรคที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมอันตรายต่อผู้อื่น หากแต่ผู้ป่วยจิตเวชมักจะถูกมองไปในมุมมองของความอันตราย การไร้การควบคุมเสียหมด

ทั้งนี้ ในการจัดการกับมลทินประทัพบของบุคคลยังส่งผลให้เกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายให้กับตัวตนของบุคคล และยังส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลดังนี้ 1) การเป็นคนมีความลับ ต้องคอยปกปิดตลอดเวลา 2) คือ ความวิตกกังวลว่าจะมีคนล่วงรู้ถึงความลับของตนเอง นำไปสู่ ผลกระทบ 3) คือ การไม่มีความรู้สึกไว้วางใจผู้ที่มีมลทินประเภทเดียวกัน และ สุดท้าย คือ ความรู้สึกไม่ซื่อสัตย์

ต่อคนอื่น ๆ ที่ไปหลอกว่าตนเองไม่มีมลทิน เช่นนั้น (กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2555, น. 170) ซึ่งบุคคลที่มีความไม่ซื่อสัตย์ต่อคนอื่น ๆ นี้จะพยายามเคลื่อนย้ายมลทินออกจากตัวเอง ผ่านการเสริมพลังอำนาจ ซึ่งผู้ศึกษาเห็นว่า เป็นสิ่งสำคัญในการที่จะจัดการกับมลทินประทับที่ถูกติดไว้กับความรู้สึกของบุคคลชายขอบต่าง ๆ เพราะมีฉะนั้น การรับเอามลทินที่สังคมสร้างไว้นั้นอาจนำไปสู่ภาวะชะงักงัน ในตัวตนของเขา/เธอ นำไปสู่ความรู้สึกไร้อำนาจที่จะกำหนดชีวิตของตนเอง ดังนั้น การเสริมพลังอำนาจย่อมช่วยให้บุคคลสามารถโต้ตอบหรือนิยามตัวตนของตนเองขึ้นมาใหม่ เพื่อให้ตนเองสามารถกลับสู่ความเป็นปกติ (Normalized) และไร้มลทิน ดังเช่น คนทั่วไป

นอกจากนั้น ยังมีงานศึกษาเกี่ยวกับมลทินประทับที่น่าสนใจของ Patrick W. Corrigan (2000) ได้นำเสนอบทความที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะอาการของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การเกิดขึ้นของมลทินประทับตามแนวคิดของกอฟแมน กล่าวโดยสรุป คือ ไม่ว่าจะมองด้วยกรอบทฤษฎีการตีตรา หรือแนวคิดมลทินประทับ ผู้ป่วยจิตเวชนั้นเป็นเสมือนวัตถุให้ตีตราความไม่ปกติอยู่แล้ว ซึ่งการตีตราความผิดปกตินั้น ๆ มักเกิดคู่กับเหตุปัจจัยบางประการ เช่น ในตะวันตกที่ผู้คนให้คุณค่ากับการทำงาน การหาเลี้ยงตนเอง ดังนั้นเมื่อบุคคลหนึ่งเกิดความเจ็บป่วยส่งผลให้เขาไม่สามารถทำงานหารายได้ตามปกติ ก็เสมือนว่าเป็นคนไม่มีคุณค่า เพราะฉะนั้นจึงเท่ากับว่ามลทินประทับที่เกิดขึ้นในกรณีนี้ เป็นมลทินที่มีความสัมพันธ์กับความคิดความเชื่อของผู้คนในบริบททางวัฒนธรรม

เราอาจจะไม่สามารถสังเกตเห็นความผิดปกติทางจิตใจของผู้ป่วยบางคนได้ หากอาการของโรคนั้นไม่รุนแรง หรือเป็นผู้ป่วยนั้นแสดงอาการทางลบ แต่ผู้ป่วยจำนวนมากแสดงพฤติกรรมที่เราสามารถสังเกตเห็นว่าไม่ปกติอย่างชัดเจน เช่น การพูดคนเดียว การแต่งกายที่ไม่เหมาะสมกับเวลาและสถานที่ เนื้อหาของการพูดเป็นต้น นอกพฤติกรรมดังกล่าวซึ่งเป็นอาการของโรคแล้ว หลังจากการบำบัดรักษา ผู้ป่วยเองก็ยังคงถูกมองด้วยมลทินได้เช่นกันถึงแม้ว่าจะไม่แสดงอาการเจ็บป่วยทางจิตแล้วก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากจะสูญเสียทักษะทางสังคม ทำให้มีความผิดพลาดในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน เหมือนกับที่เห็นได้จากประสบการณ์ฝึกปฏิบัติงานที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ของผู้ศึกษาเอง ผู้ป่วยจิตเวชบางรายจะไม่แสดงอารมณ์ ไม่แสดงการทักทายเช่นการกล่าวสวัสดี มีปัญหาในดูแลรักษาความสะอาดเป็นต้น เพราะฉะนั้นสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกเหล่านี้ก่อให้เกิดมลทินมากยิ่งขึ้น

ต่อมาสุขอนามัย (Hygiene) เป็นปัจจัยที่สำคัญซึ่งก่อให้เกิดมลทินขึ้นกับตัวผู้ป่วยจริงอยู่ที่โรคทางจิตเวชบางโรคทำให้ผู้ป่วยไม่ดูแลรักษาความสะอาด และภาพของผู้ป่วยที่มีผมยาวรุงรัง เนื้อตัวสกปรก เสื้อผ้าขาดหลุดลุ่ยนั้นเป็นภาพตัวแทนของผู้ป่วยทางจิตเวชเลยก็ว่าได้ แต่ในความเป็นจริงแล้ว ถึงแม้อาการเจ็บป่วยจะทุเลาลง ผู้ป่วยก็ยังคงต้องดูแลความสะอาดของร่างกาย



มากกว่าคนปกติ เพราะยาจิตเวชส่งผลให้ผู้ป่วยมีกลิ่นตัวแรง เพราะฉะนั้น จึงแสดงให้เห็นว่า การมีทักษะทางสังคมต่ำ (Poor of Social Skill) นั้นนำไปสู่การเกิดมลทินประทับเช่นกัน

นอกจากมลทินประทับจะเป็นแนวคิดที่มีคุณูปการกับงานศึกษาของผู้ศึกษาแล้ว ทฤษฎีการตีตรา (Label Theory) ยังเป็นอีกหนึ่งทฤษฎีที่ควรค่าให้ความสำคัญอีกหนึ่งในกลุ่มทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ โดยทฤษฎีนี้มีความเชื่อมโยงกับแนวคิด เรื่องความเบี่ยงเบนทางสังคม (Social Deviance) ซึ่งคือ พฤติกรรมใด ๆ ก็ตามที่ไม่ได้เป็นไปตามบรรทัดฐานของสังคมในขณะนั้น ดังนั้น พฤติกรรมเบี่ยงเบนจึงไม่ใช่เรื่องของปัจเจก หรือเกิดขึ้นจากปรากฏการณ์ทางจิตวิทยา หากแต่เป็นเรื่องของการนิยามทางสังคมและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ผู้ที่มีอำนาจจะเป็นผู้กำหนดว่าพฤติกรรมใดคือ พฤติกรรมการเบี่ยงเบนหรือปกติ (วารุณี ภูริสินสิทธิ์, 2548, น. 150) สำหรับนักสังคมวิทยา กลุ่มโครงสร้างนิยม อย่างเช่น เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim, 1858-1917) ซึ่งมองว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้นเป็นเรื่องที่ปกติที่เกิดขึ้นในสังคม และมีตัวสังคมเองเป็นสาเหตุของพฤติกรรมเบี่ยงเบนต่าง ๆ หรือแม้กระทั่งงานศึกษาที่สำคัญของเขา คือ การฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์กับแรงยึดเหนี่ยวทางสังคม ซึ่งเป็นข้อพิสูจน์เบื้องต้นสำหรับผู้ศึกษาเพื่อยืนยันว่า พฤติกรรมเบี่ยงเบนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากผลผลิตของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของคนกับสิ่งแวดล้อม

จากที่กล่าวมาจะพบสิ่งสำคัญที่เชื่อมโยงโลกของโครงสร้างนิยม (Structuralism) เข้ากับโลกหลังสมัยใหม่ (Post Modernism) นั่นคือ โครงสร้างนิยมของเดอร์ไคม์พยายามศึกษาความจริงทางสังคม (Social Facts) ที่เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบรรทัดฐานทางสังคม ด้วยบทกฎหมายกับพฤติกรรมของมนุษย์ว่ามีผลซึ่งกันและกันอย่างไร ซึ่งเมื่อพิจารณา จะพบว่า เมื่อโครงสร้างนิยมพูดถึงกฎหมาย หรือบรรทัดฐาน ส่งผลให้ผู้ศึกษานึกถึงกลุ่มแนวคิดยุคหลังสมัยใหม่ขึ้นมา นั่นคือ เรื่องของการใช้อำนาจผ่านทางตัวบทกฎหมายต่าง เฉพาะเมื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับมลทินประทับที่เป็นผลของการถูกขูดความรู้ เช่น ขูดความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ในการจำแนกแยกแยะประเภทของโรค ความรุนแรงของโรค และการเกิดขึ้นของขูดความรู้ทางสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวช หรือในปัจจุบันเรียกเสียใหม่ว่าสถาบันจิตเวช ซึ่งถ้ามองตามทฤษฎีการตีตราแล้ว ไม่ว่าจะเป็จิตแพทย์หรือสถาบันจิตเวช ล้วนแต่เป็นผู้ตีตรา/แปะป้ายความผิดปกติให้กับผู้คนต่าง ๆ

สิ่งที่นักทฤษฎีตีตราสนใจ คือ การศึกษากระบวนการตีตราที่เกิดขึ้น รวมถึงผลกระทบของการตีตรา โดยมีฐานคิดเชิงปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ว่า เมื่อใดที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งถูกตีตราว่ามีพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับหรือมีความเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของเขา/เธอในทันที โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นบทบาทหน้าที่ที่อาจต้องปรับเปลี่ยนไป อาทิ ในกรณีผู้ป่วยจิตเวช บุคคลอาจมีบทบาทหน้าที่ทั้งในครอบครัว และองค์กรในแบบหนึ่ง คือ สามารถเป็นพ่อหรือเป็นสามีที่ดี เป็นพนักงานที่ดีขององค์กร แต่เมื่อเกิดอาการทางจิตขึ้น เขาผู้นั้นอาจไม่สามารถรักษา

บทบาทดังกล่าวนั้นได้ทั้งจากอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ส่งผลให้การรับรู้ การคิดที่ผิดแปลกไป หรือแม้กระทั่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากข้อกำหนดและกระบวนการในการรักษาที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถาบันจิตเวช ซึ่งเท่ากับว่าทันทีที่เขาเริ่มเจ็บป่วย การเดินเข้าโรงพยาบาลหรือสถาบันจิตเวชเป็นจุดเริ่มต้นของการปลดปล่อยตัวตน และยอมรับเอาตัวตนใหม่ในฐานะผู้เป่ียงเบนเข้ามาในชีวิต เป็นต้น โดยมีความปลอดภัยของส่วนรวมเป็นความคาดหวังของสังคมที่ปฏิบัติการอยู่เบื้องหลัง และมีกฎหมายสุขภาพจิตเป็นสิ่งรับรองอำนาจดังกล่าว

เมื่อกล่าวถึงทฤษฎีการตีตรา เป็นไปไม่ได้ที่จะต้องนึกถึงทฤษฎีเป่ียงเบน (Deviance Theory) และทฤษฎีนี้มีฐานคิดที่คล้ายคลึงกับทฤษฎีตีตราและแนวคิดมลทินประทับของกอฟแมน อยู่บ้าง นั่นคือ โดยเน้นประเด็นศึกษาไปที่การก้าวเข้ามาที่มีอิทธิพลของความรู้ทางการแพทย์ และกำหนดว่าการกระทำใด หรือสิ่งใดเป็นความเป่ียงเบน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสาธารณสุขและจิตแพทย์ ที่ทำงานกับปัญหาพฤติกรรมเป่ียงเบนมาตั้งแต่ยุคต้น ๆ เช่น การรักษาผู้ป่วยทางจิต (เทพินทร์ พัชราณรงค์, 2548) ซึ่งถูกจำแนกด้วยบรรทัดฐานทางการแพทย์ เช่นเดียวกับ อาชญากรที่ถูกจำแนกด้วยบรรทัดฐานของสังคม ฉะนั้น จึงเรียกได้ว่าเหล่านักสาธารณสุขและจิตแพทย์ล้วนเป็นกลไกหนึ่งในการควบคุมทางสังคม ซึ่งในบางครั้งปฏิบัติการควบคุมทางสังคม คือ การแยกผู้เป่ียงเบนออกจากสังคมปกติโดยมีเป้าหมายเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของสังคม

มลทินประทับและการตีตราอาจเป็นเรื่องที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ก็ยังคงแสดงให้เห็นถึงจุดที่ต่างกัน หากจะลองคิดไตร่ตรองสองแนวคิดที่คล้ายกันนี้ให้รอบคอบ จะพบว่า มลทินประทับนั้นมีพื้นที่ปฏิบัติการวนเวียนอยู่กับตัวของบุคคลเสียมากกว่า เป็นความรู้สึกว่ามีมลทิน หรือถูกประทับมลทินต่าง ๆ แต่สำหรับการตีตราแล้ว จะมุ่งเน้นไปที่สิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพิจารณาจากอำนาจของสถาบันต่าง ๆ หรือกฎข้อบังคับ และอีกประการหนึ่ง คือ นักทฤษฎีการตีตราเชื่อว่าแทบจะไม่เกิดการกลับบทบาท (Role Reversal) ซึ่งนั่นเท่ากับว่า ในสายตาของนักทฤษฎีการตีตรา คงเป็นไปได้ยากที่จะนำกระบวนการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) มาใช้ตอบโต้และพยายามย้อนกลับสู่สภาวะปกติวิสัยอย่างเช่นในแนวคิดมลทินประทับของกอฟแมน

## 2.2 แนวคิดวาทกรรมของฟูโกต์ (Michel Foucault)

เมื่อกล่าวถึง การศึกษาที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช จึงเป็นไปไม่ได้ที่จะละเว้นการทบทวนแนวคิดทฤษฎีของนักคิดยุคหลังสมัยใหม่ที่มีชื่อเสียง อย่างเช่น ฟูโกต์ไปได้ เขาได้มอบความคิดที่เต็มไปด้วยด้านที่นักคิดโครงสร้างนิยมไม่นิยมอธิบาย ในงานศึกษาของผู้ศึกษาแนวคิดของเขามีความจำเป็นอย่างมาก และหากย้อนกลับไปแนวคิดมลทินประทับและการตีตรา จะพบว่าแนวคิดของฟูโกต์มีความสอดคล้องราวกับเป็นเรื่องที่ร้อยเรียงกันในมิติของงานศึกษากระบวนการ

เกิดมลทินประทับกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน นั่นคือ การกล่าวถึงอำนาจและปฏิบัติการของอำนาจ ในฐานะวาทกรรม (Discourse) รวมถึงการโต้ตอบของบุคคลต่ออำนาจครอบงำภายใต้ชื่อ วาทกรรม ความบ้า/ผู้ป่วยจิตเวช

ฟูโกต์ คือ นักคิดยุคหลังทันสมัยนิยมคนหนึ่งและมีผลงานทางวิชาการมากมาย รวมทั้งแนวคิดต่าง ๆ ที่มีพลังในการอธิบายสังคมในประเด็นของเพศสภาพ ผู้ป่วยจิตเวช และเรื่องราวของการถูกจองจำ แต่ทั้งนี้ ผู้ศึกษาขอเสนอเฉพาะเนื้อหาที่มีความสำคัญ และมีพลังในการอธิบายงานศึกษาของผู้ศึกษาเท่านั้น

อย่างที่ได้อธิบายไว้ในส่วนต้นของเนื้อความว่า ฟูโกต์เป็นนักคิดที่มอมบวมองในการอธิบายปรากฏการณ์ รวมทั้งวิเคราะห์สังคมไว้อย่างน่าสนใจ และสิ่งที่ผู้ศึกษาคิดว่ามีความน่าสนใจอย่างยิ่ง คือ วิธีการศึกษาอำนาจตามแนวทางของเขา ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า ประการแรก เราไม่ควรสนใจเฉพาะอำนาจที่เป็นระบบหรือแสดงตัวอย่างมีกฎเกณฑ์ ประการที่สอง คือ อย่าคิดว่าการใช้อำนาจเกิดขึ้นอย่างจงใจ รู้สำนึก หรือผ่านการไตร่ตรอง เราควรคิดว่าเขาใช้อำนาจเพราะอะไร เพื่ออะไร และทำอะไร ต่อมาคือ อำนาจไม่ใช่สิ่งที่เกิดจากการครอบงำจากฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด แต่อำนาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยมีการช่วงชิง ผู้ใดจะหยิบใช้อำนาจมาใช้ก็ได้ ดังนั้นอำนาจไม่ได้ยึดติดอยู่กับกลุ่ม หรือชนชั้นใดอย่างแน่นอน อย่างเช่น นักโครงสร้างนิยมกล่าว และประการสุดท้าย อำนาจไม่ได้มีศูนย์กลาง การศึกษาอำนาจน่าจะศึกษาที่ปลายหางของอำนาจ เพื่อดูว่าอำนาจเล็ก ๆ มีการเคลื่อนไหวอย่างไร

ผู้ศึกษาเห็นว่า การศึกษาอำนาจของฟูโกต์นั้น เป็นสิ่งที่น่าสนใจและตรงกับวิธีการศึกษาวิธานิพนธ์ของผู้ศึกษาเป็นอย่างยิ่ง นั่นคือ เมื่อกล่าวถึงงานสุขภาพจิตและบทวิพากษ์วิจารณ์ก็มักจะเน้นการวิพากษ์ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ และผลกระทบของสถาบันซึ่งเป็นต้นตอของการใช้อำนาจที่แสดงตัวอย่างชัดเจน ดังนั้นงานศึกษาของผู้ศึกษาจึงมุ่งไปที่ปลายหางของระบบ ปลายหางที่ถูกอำนาจทางการแพทย์ครอบงำ เพื่อมองหาการเลื่อนไหลของอำนาจ มองหาการตอบโต้ การประดิษฐ์สร้างวาทกรรมของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนว่าเป็นอย่างไร เป็นต้น จากเดิมที่มองแต่อำนาจของความรู้ทางการแพทย์ที่ครอบงำผู้คน อย่างเช่นการเผชิญกับมลทินประทับของผู้ป่วยจิตเวช เพราะถ้าหากมองในมุมของหลังสมัยใหม่ ผู้ป่วยจิตเวชจะไม่ใช่เป็นผู้ถูกจำแนกแยะแยะ หรือเป็นวัตถุของความรู้และการศึกษาเพียงฝ่ายเดียว แต่จะต้องเกิดการปรับเปลี่ยนเป็นองค์ประธานบ้างในบางครั้ง เพื่อโต้ตอบกับมลทินประทับหรือการตีป้ายผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดขึ้นกับตัวเขา/เธออย่างที่ได้กล่าวไปข้างต้นใน

วาทกรรม (Discourse) หมายถึง การผลิตความหมายเกี่ยวกับความจริงในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งรวมไปถึงชุดความรู้ กฎเกณฑ์และข้อบังคับทางสังคม การมีสถาบันทางสังคมและปฏิบัติการทางสังคมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้นั้น (อภิญา เพ็ญฟูสกุล, 2543) และทำหน้าที่ติดตรึงสิ่งที่สร้างขึ้นให้ดำรงอยู่และเป็นที่ยอมรับจนกระทั่งเป็นวาทกรรมหลักของสังคมไป



ทว่าสำหรับฟูโกต์ วาทกรรมไม่ได้เกิดขึ้นในลักษณะของวาทกรรมหลักและวาทกรรมรอง หากแต่เป็นวาทกรรมที่มีความหลากหลายของ ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร (2542) กล่าวไว้ว่า “วาทกรรม คือ ชุดของส่วนเสี้ยวที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อเนื้องกัน แต่ต้องมาอยู่ร่วมกันและอยู่ร่วมกัน มิใช่ในฐานะที่เป็นเอกภาพ แต่ในฐานะที่เป็นชุดวาทกรรมที่มีความแตกต่างหลากหลาย แต่มี ยุทธศาสตร์เฉพาะตัว” วาทกรรมสร้างความหมายให้กับสรรพสิ่งขึ้นมาภายใต้กฎเกณฑ์ที่ชัดเจน ชุดหนึ่ง ซึ่งกฎเกณฑ์นี้เองที่จะกำหนดว่าสิ่งใดควรดำรงอยู่ หรือเปลี่ยนแปลง หรืออาจหายไป นอกจากนั้นแล้ว วาทกรรมหนึ่ง ๆ ยังมีหน้าที่เบียดขับ ปกปิดเอกลักษณ์และความหมายของบางอย่าง เกิดขึ้น ยกตัวอย่างเช่นในอดีต กลุ่มคนข้ามเพศ ต้องประสบปัญหาทั้งจากสังคม ในมิติของศีลธรรม และถูกชุดความรู้ทางจิตเวชศาสตร์จำแนกให้เป็นความผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่ เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขของสังคมแบบหนึ่ง แต่เมื่อเวลาผ่านไปเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และในปัจจุบัน กลุ่มคนข้ามเพศไม่ได้ถูกระบุว่าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจ อีกต่อไปในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามระบบ DSM-IV เพราะฉะนั้นวาทกรรมจึงไม่ใช่สิ่งที่ถูกสร้าง ขึ้นแล้วจะดำรงอยู่ตลอดไป มีเกิดขึ้น ย่อมมีดับไป ตามพื้นฐานความเชื่อของนักคิดกลุ่มหลังสมัยใหม่ นิยม

ดังนั้นอำนาจจึงไม่ได้มาจาก กษัตริย์อย่างเช่นในยุโรปยุคกลาง หรืออำนาจไม่ได้มีตัวตน แสดงที่ชัดเจน เช่น ทหาร ตำรวจ ผู้คุมในเรือนจำ ผู้ช่วยพยาบาลในสถาบันจิตเวชที่ต้องมีร่างกาย ใหญ่โต เพื่อใช้จัดการกับบุคคลที่เข้ามาใช้ชีวิตเสี้ยวหนึ่งหรือทั้งชีวิตในสถานที่แห่งนั้นจนกระทั่ง ถูกเรียกได้ว่า เป็นสถาบันเบ็ดเสร็จเด็ดขาด (Total Institution) อย่างที่ กอฟแมน ได้กล่าวไว้ ทว่าอำนาจกลับแฝงอยู่อย่างแนบเนียนกว่านั้น เปลี่ยนแปลงจากรูปแบบที่ชัดเจน แข็งกร้าว มาเป็น ลักษณะของชุดความรู้ (Knowledge) เฉพาะทางโดยเฉพาะอย่างยิ่งจิตเวชศาสตร์ การจำแนกโรคตาม ระบบ DSM ซึ่งสถาบันจิตเวชในไทยก็ยึดระบบนี้ ในการจำแนกประเภทของอาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ ในปัจจุบัน และวินัย (Discipline) เสียจนกระทั่งผู้คนไม่อาจรู้ตัวได้เลยว่าได้ถูกอำนาจที่หลากหลาย ครอบงำอยู่

เหมือนว่าอำนาจจะเป็นสิ่งที่เลวร้าย และเป็นแง่ลบอยู่เสมอ ๆ เพราะเราเคยชินกับ การมอง ค้นหา และวิเคราะห์อำนาจจากมุมมองที่รุนแรง ก้าวร้าว ควบคุมอยู่เสมอมา แต่ฟูโกต์ พยายามที่จะมองไปที่ความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจกับความรู้ ซึ่งผู้ศึกษาเห็นด้วยกับ จอห์น โฟรว์ (Frow, 1986, อ้างถึงใน ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร, 2549, น. 27) ที่ให้ความสำคัญกับอำนาจที่เกิดจาก ความรู้ทั่วไปในชีวิตประจำวันของผู้คนในสังคม ซึ่งทำให้สามารถมองชุดความรู้ของชาวบ้าน หรือของ บุคคลใดบุคคลหนึ่งให้เป็นวาทกรรมที่จะตอบโต้วาทกรรมต่าง ๆ ที่พยายามกดทับหรือครอบงำตัว บุคคลเอาไว้ นอกจากนั้น ฟูโกต์ ยังให้ความสำคัญกับการมองอำนาจในทางบวก คือ มองอำนาจใน ฐานะผู้ผลิตสร้างความรู้ และความจริงที่ออกมาในรูปแบบของวาทกรรม

เพราะฉะนั้นการนำแนวคิดเรื่องวาทกรรมมาวิเคราะห์งานของผู้ศึกษา จึงออกมาในลักษณะของการพยายามศึกษาถึง กระบวนการ ขั้นตอน รายละเอียดปลีกย่อยที่อยู่ปลายทางของวาทกรรมหนึ่ง หรือในฐานะต้นทางของอีกวาทกรรมหนึ่ง ในการสร้างความหมายให้กับสิ่งต่าง ๆ ว่ามีความเป็นมาอย่างไรมีการต่อสู้เพื่อช่วงชิงการนำ (Hegemony) ในการกำหนดกฎเกณฑ์เรื่องนั้น ๆ เช่น แพทย์ มีอำนาจ มีความชอบธรรมในการพูดถึงการเจ็บป่วยอย่างไร คนในชุมชนมีความชอบธรรมในการมองความเจ็บป่วยของสมาชิกคนหนึ่งอย่างไร และตัวผู้ป่วยเองทำอย่างไร เขาได้สร้างวาทกรรมใด ๆ ตอบโต้ทั้งจิตแพทย์และคนในชุมชนอย่างไร เป็นต้น

นอกจากวาทกรรม ซึ่งจะเป็นเครื่องมือในการศึกษาและวิเคราะห์ที่ดีของผู้ศึกษาแล้ว แนวคิดเกี่ยวกับวินัย (Discipline) และอำนาจชีวะ (Bio power) เป็นอีกสิ่งที่มีความสำคัญและผู้ศึกษาเห็นว่า เป็นสิ่งที่พบเห็นได้ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชซึ่งอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถาบันจิตเวชต่าง ๆ เราต่างรู้กันว่าประวัติศาสตร์ของการก่อตั้งโรงพยาบาลจิตเวชนั้น เป็นเช่นใด ซึ่งหากย้อนกลับไปศึกษา ก็จะพบว่า รูปแบบทั้งหมดนั้นไม่แตกต่างไปจากเรือนจำ สิ่งที่เห็นได้ชัดที่สุดและสะท้อนความเหมือนเรือนจำ คือ ห้ามผู้ป่วยออกจากพื้นที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชจึงเป็นสถานพยาบาลที่มีการควบคุมผู้คนเข้าออกอย่างเข้มงวด เพื่อป้องกันการหลบหนีของผู้ป่วย

การมีรั้วรอบของเขตและการรักษาความปลอดภัยอย่างเข้มงวดนั้นเป็นเพียงส่วนเล็ก ๆ ที่เป็นรูปธรรมของวินัย แต่วินัย ไม่ได้สะท้อนออกมาเพียงแค่การรักษาความปลอดภัยเท่านั้น สำหรับฟูโกต์ วินัยเป็นเทคนิคที่สำคัญที่สุดที่โลกสมัยใหม่ประดิษฐ์คิดค้นขึ้น เพื่อควบคุมร่างกายมนุษย์ (ธีรยุทธ บุญมี, 2551, น. 163)

การสังเกตการณ์ คือ เครื่องมือหนึ่งของการสร้างวินัย ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงอำนาจกับการมองเห็น (Visibility) ซึ่งถูกพัฒนามาจากการสังเกตของค่ายทหาร และเมื่อก้าวถึง กรณีผู้ป่วยจิตเวช การสังเกตการณ์ ถูกนำมาใช้เพื่อสร้างวินัย ไม่ต่างไปจากค่ายทหารและเรือนจำ กล่าวคือ ในปริมาณของสถานพยาบาล ผู้ป่วยจะถูกจับจ้องจากสายตาของผู้ช่วยพยาบาล และกล้องวงจรปิดอยู่ตลอดเวลา หรือแม้จะออกจากสถานพยาบาลกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนของเขา/เธอเองอย่างน้อยที่สุด ผู้ป่วยก็ยังคงต้องพบกับกรจับจ้องจากคนบางส่วนในชุมชนที่มีหน้าที่เฉพาะเจาะจง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน หรืออาจเกิดขึ้นในลักษณะของสายตาทุกคู่ในชุมชนก็ได้

สิ่งต่อมาคือ แนวคิดเรื่องความปกติและการตัดสิ้นความปกติ แนวคิดเรื่องความปกตินั้น อาจมีความคล้ายคลึงกับเนื้อหาที่กล่าวไปในทฤษฎีการตีตรา ซึ่งนักทฤษฎีมักจะทำการศึกษาความปกติและผิดปกติจากเกณฑ์ต่าง ๆ อาทิ กฎหมาย ศีลธรรม และทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทางการแพทย์ แพทย์ได้นำความรู้เกี่ยวกับระบบร่างกายเพื่อใช้แยกแยะ จากนั้นนิยามความปกติและไม่ปกติขึ้นมา ผู้ที่ถูกตัดสิ้น (หรือบางครั้งเป็นคนตัดสิ้นความผิดปกติของตนเองด้วยตนเองจาก

ความรู้ทางการแพทย์ที่ซึ่มลึกอยู่และคิดว่าเป็นความจริง) ก็จะต้องเข้ารับการรักษาความผิดปกตินั้น เช่นเดียวกับ ผู้ป่วยจิตเวช ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับจิตใจ บ้างเป็นเรื่องเล็กน้อย อย่างเช่น PTSD ก็ถูกจัดให้เป็นอาการทางจิตที่ต้องได้รับการเยียวยารักษา ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับโรคกลางที่เกินกว่าเหตุ กลายเป็นความผิดปกติทางจิตเป็นต้น ในวิชาชีพสังคมสงเคราะห์มักไม่นำความปกติหรือความผิดปกติ มาใช้ในการทำงานกับผู้ให้บริการเท่าใดนัก นักสังคมสงเคราะห์อาจมีคำถามในใจถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้ให้บริการ แต่ก็ไม่เคยแปะป้าย (Labeling) ว่าเขา/เธอผิดปกติด้านความสามารถ ในการแก้ไขปัญหา (Coping Problem) ในทางตรงกันข้าม นักจิตวิทยาจะมีใช้เครื่องมือทางจิตวิทยาคลินิก เพื่อเจาะจงค้นหาความผิดปกติทางความคิด การทำแบบทดสอบต่าง ๆ เพื่อจำแนกคุณสมบัติของมนุษย์ออกเป็นหลายด้าน เป็นต้น

ฟูโกต์ มองว่าการตัดสินความปกติและไม่ปกตินั้นเป็นการลงโทษอย่างหนึ่ง ใช้ในการควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์เพื่อให้เป็นไปตามที่ตั้งที่ผู้ใช้อำนาจคาดหวังให้เกิด การลงโทษเห็นได้ทั่วไป ตั้งแต่รูปแบบของทฤษฎีการเรียนรู้ต่าง ๆ นักจิตวิทยา การลงโทษเป็นเครื่องมือที่ถูกใช้อย่างแพร่หลาย ทุกพื้นที่ของสังคมเริ่มตั้งแต่ในครอบครัว โรงเรียน ที่ทำงาน ฟูโกต์ สรุปว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดของการลงโทษไม่ใช่การกดขี่กวาดล้างพฤติกรรมนั้น ๆ ออกไปเหมือนที่นักจิตวิทยาการเรียนรู้คิด แต่อยู่ที่ การดูการ “เบี่ยงเบน” จาก “เกณฑ์ปกติ” เป็นสำคัญ (ธีรยุทธ บุญมี, 2551, น. 166)

เครื่องมือสุดท้ายของการสร้างวินัยคือการตรวจสอบ ผ่านการสำรวจ/การมอง เพื่อประเมินความปกติ (Normalizing Gaze) รวมกันเป็นศาสตร์ของมนุษย์ (Human Science) การตรวจสอบเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ชวนให้นึกถึงกระบวนการของแพทย์และวิชาชีพอื่น ๆ ทำก่อนที่ จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล วิชาชีพทุกวิชาชีพจะต้องมีการแบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วย ของตนเอง เพื่อพิจารณาจำหน่าย หรือต้องฟื้นฟูต่อไป ซึ่งหากมองในมุมของฟูโกต์ การจำหน่าย หมายถึงผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติ สามารถใช้ชีวิตภายนอกโรงพยาบาลได้ เป็นต้น

ผู้ศึกษาเห็นว่า เครื่องมือทั้ง 3 ของการสร้างวินัยนั้น ไม่จำเป็นต้องเกิดเรียงลำดับเหมือน พัฒนาการ กล่าวคือไม่จำเป็นต้องเริ่มจากขั้นแรกไปยังขั้นต่อไปและสิ้นสุดลงอย่างสมบูรณ์ใน ความเป็นจริงขั้นตอนบางขั้นตอนสามารถสลับกันได้ และย้อนกลับมาปฏิบัติซ้ำอีก หรือเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันก็เป็นได้ ยกตัวอย่างเช่น การจับจองผู้ป่วยจิตเวชอาจมองว่าเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นอันดับแรกเมื่อเข้ามาในโรงพยาบาล แต่ในความเป็นจริงแล้ว สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอาจเป็นการถูกตัดสินเกี่ยวกับความปกติและไม่ปกติก็เป็นได้ ซึ่งอาจเกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยเดินเข้ามาในบริเวณอาคารผู้ป่วยนอก หรือตั้งแต่ที่บุคลากรทางจิตเวชพบเห็นผู้ป่วย ชุดความรู้ของบุคลากรอาจได้จำแนกลักษณะ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยตั้งแต่ครั้งแรกที่เห็น เป็นต้น นอกจากนั้นเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแน่นอนว่าย่อมต้องผ่านขั้นตอนการตรวจสอบ การประเมินมาแล้ว ทว่าขั้นตอนการสร้างวินัยยังไม่สิ้นสุดแค่นั้น เพราะตามขั้นตอนการปฏิบัติงาน นักวิชาชีพยังต้องติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เช่น

ติดตามพฤติกรรมมารับประทานยา (วินัยในการทานยา) และการดูแลรักษาความสะอาดของตนเอง ทุกสิ่งล้วนแล้วเป็นการสร้างวินัยทั้งสิ้น

อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจ คือ อำนาจชีวะ (Bio-Power) ซึ่งหมายถึงอำนาจที่ทำงานในระดับจุลภาค หรือในระดับที่คนเรควบคุมตนเอง ซึ่งฟูโกต์เปรียบเสมือนการตัดเศียรกษัตริย์ออกไป แปลว่าอำนาจไม่ได้อยู่กับคนใดคนหนึ่ง (อานันท์ กาญจนพันธุ์, 2555, น. 132) ดังนั้นอำนาจจึงทำงานอยู่ในเนื้อตัวของเราเอง ทำให้เราคิด บงการชีวิตของเรา เช่น ยอมรับว่าเรา คือ นักเรียน เพราะฉะนั้นภายใต้เงื่อนไขของสังคมวัฒนธรรมของไทย นักเรียนจะไม่สามารถโต้เถียงครูได้ เนื่องจากทั้งสองฝ่ายมีอำนาจไม่เท่ากัน อยู่คนละสถานะ ยอมรับว่าเป็นคนคุก ยอมรับว่าตนเองป่วยทางจิต เป็นต้น จึงกลายเป็น “ร่างกายใต้บงการ”

ผู้ศึกษาเห็นว่าอำนาจชีวะ แม้ว่าอำนาจนั้นจะกระทำกับเราผ่านเทคนิคต่าง ๆ ของอำนาจที่กระทำต่อร่างกาย ผู้ป่วยบางรายยินดีฟังคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัด และเชื่อว่าหนทางเดียวที่จะหายป่วยคือรับการตรวจและรักษาจากแพทย์ หรือในอีกตัวอย่างคลาสสิก คือ เรื่องความงาม ทั้งในหญิงและชาย ที่จะมีอำนาจชีวะคอยกำหนดพฤติกรรมมารกิน การแต่งกาย ว่าทำอย่างไรจึงจะสวย เป็นต้น จนบางครั้งส่งผลให้ทั้งชายและหญิงยินดีที่จะรับการศัลยกรรมความงามเพียงเพื่อให้ตนเองดูดี สุดท้ายอำนาจชีวะนั้นส่งผลให้แต่ละส่วนของร่างกายตกอยู่ภายใต้การครอบงำ การชี้นำของความรู้

ต้องยอมรับว่า ทันทีที่ทำความเข้าใจเรื่องของวินัยและอำนาจชีวะ จะให้ความรู้สึกเหมือนกับว่าเป็นสิ่งที่เลวร้าย และร่างกายเป็นผู้ถูกกระทำ การที่มีมุมมองต่อแนวคิดเช่นนี้อาจนำไปสู่การติดกับดักทางความคิด ทั้งที่จริงแล้ว เราควรมองเรื่องอำนาจในมุมมองของความสัมพันธ์ การต่อรอง การสร้างสรรค์ เพราะเนื้อตัวของผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้ศึกษาสนใจอาจไม่จำเป็นต้องเต็มไปด้วยอำนาจทางการแพทย์ เนื้อตัวของผู้ป่วยอาจถูกขับเคลื่อนโดยอำนาจที่หลากหลายมากกว่านั้นก็เป็นได้ ดังนั้น งานศึกษาเกี่ยวกับอำนาจจึงไม่ควรหยุดอธิบายเพียงแค่วิวของสถาบัน แต่ต้องก้าวออกไปสู่ชีวิตจริงของผู้ป่วยจิตเวชด้วย จึงจะเป็นการศึกษาอำนาจจากส่วนปลายสุดของอำนาจไม่ใช่จากศูนย์กลางของอำนาจ (ซึ่งฟูโกต์ปฏิเสธเรื่องศูนย์กลางอำนาจ) อย่างที่ฟูโกต์ กล่าวเอาไว้

### 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอัตลักษณ์

เป็นแนวคิดที่ถูกร้อยเรียงมาจากส่วนสำคัญของกลุ่มทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ แนวคิดรากฐานของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นั้น เกิดขึ้นจากการให้ความสนใจเรื่องของตัวเอง “Self” เห็นได้จากแนวคิดเกี่ยวกับอัตตาของมีด ซึ่งพัฒนามาต่อยอดมาจาก วิลเลียม เจมส์ (William James) ว่าอัตตาของมนุษย์ประกอบด้วย “The I” ซึ่งหมายถึง ตัวตนในฐานะของผู้รับรู้ หรือฐานะของตัวเอง

ที่คอยตอบสนองต่อทัศนคติของผู้อื่น และ “The Me” คือ ชุดของการรับรู้ที่เรารับมาจากบุคคลอื่น ตัวตนของเราจึงเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างสององค์ประกอบนี้

ผู้ศึกษาต้องการชี้ให้เห็นว่า แนวคิดเกี่ยวกับอัตลักษณ์เกี่ยวข้องกับกระบวนการประทับมลทินผู้ป่วยจิตเวชอย่างไร ลากทบทวนทฤษฎีของกอฟแมนอย่างถี่ถ้วนแล้ว จะพบว่า กอฟแมนได้กล่าวถึง การปลดเปลื้องตัวตน (Stripping Process) ของผู้คนในสถาบันต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยทางจิต เมื่อเขา/เธอต้องเข้าสู่ร่มเงาของชุดความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ ย่อมต้องผ่านกระบวนการปลดเปลื้องตัวตน (ผู้ศึกษาเห็นว่า มีสิ่งที่น่าสนใจ คือ การปลดเปลื้องตัวตนนี้ สามารถพิจารณาควบคู่กับการเปลี่ยนผ่านของสถานภาพทางต่าง ๆ ได้ เช่น จากฆราวาสเป็นภิกษุ) จากสิ่งที่เคยเป็นมาสู่การเป็นผู้ป่วยทางจิต และเมื่อได้รับการบำบัดรักษา เขา/เธอก็ต้องก้าวออกจากร่มเงาจิตเวชศาสตร์ ถอดชุดผู้ป่วยสีสันต่าง ๆ ออกไป เพื่อกลับสู่ชุมชนที่เคยอาศัยอยู่แต่เดิม แต่ตัวตนที่ถูกปลดเปลื้องไปนั้น จะสามารถกลับมาเป็นเช่นเดิมได้หรือไม่อย่างไร หรืออีกอย่าง คือ เขา/เธอจะจัดการกับอัตลักษณ์ของตนเองอย่างไร นั่นคือ ความสำคัญของแนวคิดอัตลักษณ์ ที่จะเข้ามาเกี่ยวข้อง และเป็นฐานในการมองปรากฏการณ์ในครั้งนี้

สังคมศาสตร์ให้ความสำคัญกับคำว่าอัตลักษณ์ (Identity) เนื่องจากว่าเป็นสิ่งที่เชื่อมต่อระหว่างปริมณฑลระหว่างปัจเจก (Individual) และ สังคม (Social Aspect) (อัฐมา โภคาพานิชวงษ์, 2549, น. 10) หรือการปฏิสัมพันธ์ระหว่าง I และ Me อย่างที่ได้กล่าวข้างต้นนั่นเอง

สิ่งที่มีความสำคัญในการสร้างตำแหน่งแห่งที่ของอัตลักษณ์ (Identity Position) คือ เครื่องหมายหรือจุดที่บ่งบอกความแตกต่าง (Marking of Difference) โดยเครื่องหมายความแตกต่างนั้นเป็นพื้นฐานของวัฒนธรรมและถูกผลิตซ้ำผ่านระบบสัญลักษณ์ กล่าวคือ อัตลักษณ์ถูกสร้างขึ้นผ่านเครื่องหมายของความแตกต่าง ซึ่งเครื่องหมายของความแตกต่างนี้ดำรงอยู่ในกลไกหลักเชิงระบบเชิงสัญลักษณ์ของการแสดงภาพตัวตนและรูปแบบของการกีดกันทางสังคม (อัฐมา โภคาพานิชวงษ์, 2549, น. 11)

ฟูโกต์เป็นนักคิดคนหนึ่ง ที่ได้กล่าวถึง อัตลักษณ์ ซึ่งสำหรับเขาแล้ว การมองอัตลักษณ์ คือ การมองไปที่ความสำคัญระหว่างบุคคลและสังคม หากมองในแนวคิดยุคโครงสร้างนิยม มนุษย์ก็เท่ากับถูกครอบงำจากโครงสร้างที่สังคมสร้างขึ้น แต่สำหรับฟูโกต์ ด้านหนึ่งบุคคลก็มีความพยายามที่จะกำหนดตัวเองขึ้นมาส่วนอีกด้านหนึ่งก็ตกอยู่ภายใต้ผลผลิตของวาทกรรมหรือโครงสร้างที่ควบคุมตัวมนุษย์ด้วยกัน ซึ่งเมื่อเห็นดังนี้ ทำให้นึกถึงนักคิดโครงสร้างนิยมคนหนึ่ง คือ เลวี สโตรสส์ (Claude Levi-Strauss) นั่นคือ การวิเคราะห์แบบคู่ตรงข้าม (Binary Opposition) อาทิ การแบ่งระหว่างธรรมชาติและวัฒนธรรมและเมื่อสิ่งที่เกิดขึ้นไม่สามารถจัดให้เป็นคู่ตรงข้ามได้ สิ่งนั้นจะถูกตีตป้ายให้กลายเป็นความแปลกประหลาดไป (ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร, 2554, น. 51) ถึงฟูโกต์จะมอง



อัตลักษณ์ของคนเป็นคู่ตรงข้าม เช่นเดียวกับ เลวี สโตรสส์ กระนั้นเอง เขากลับมองในฐานะสองสิ่งที่ต้องขัดแย้ง นั่นคือ มีการตอรอง ต่อสู้ และที่สำคัญ คือ คู่ตรงข้ามของฟูโกต์นั้น สามารถอยู่ร่วมกันได้

การศึกษาคนชายขอบนั้น ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับประเด็นตัวตนของผู้ถูกศึกษา ซึ่งถือเป็นปัญหาวิกฤตการณ์ทางวัฒนธรรมที่เชื่อมโยงกับภาวะความเป็นสังคมสมัยใหม่ เช่น ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV สะท้อนว่า อัตลักษณ์ของคนชายขอบมีนัยของการต่อสู้ตลอดเวลา ในลักษณะที่ไม่แสดงตัวตนในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งอย่างสมำเสมอ และพยายามหาพื้นที่ที่สามเพื่อแสดงการต่อต้านอำนาจในชีวิตประจำวัน ไม่ยอมตกอยู่ในพื้นที่ที่สังคมกำหนด (อัฐมา โกคาพานิชวงษ์, 2549, น. 12)

ผู้ป่วยจิตเวช ก็เช่นเดียวกัน เขา/เธอถูกกำหนดและกำกับเครื่องหมายความแตกต่างและถูกเสนอภาพตัวแทนว่าเป็นคนบ้า วาทกรรม หรือโครงสร้างที่สังคมกำหนดให้เหล่านี้ได้เป็นตัวกำหนดอัตลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเวชไปในตัว ซึ่งเหมือนกันแนวคิดเรื่องปั่นความคิดให้เป็นวัตถุ (Subjection) บุคคลที่ถูกตัดสินว่าเป็นโรคจิตต้องตกเป็นทาสของความหมายนั้น ยาวนานกว่าระยะเวลาที่เขา/เธออยู่ในรั้วของสถาบันจิตเวช ดังนั้น จึงเป็นที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยจิตเวชมีการตอบโต้กลับวาทกรรมเหล่านั้นอย่างไร หรือกล่าวคือ ความขัดแย้งระหว่างโครงสร้างที่ครอบงำและตัวตนของผู้ป่วยจิตเวชมีความขัดแย้งในรูปแบบใด เพื่อที่จะปลดปล่อยตัวตนออกจากภาพลักษณ์ที่ถูกแช่แข็งในฐานะของ “คนบ้า” สู่ตัวตนในแบบที่พวกเขา/เธอต้องการนำเสนอ

นอกจากฟูโกต์แล้ว ผู้ศึกษาเห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของ สจ๊วต ฮอลล์ (Stuart Hall) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ Articulated ขึ้นมาแทนคำว่าผู้กระทำ (Agency) ซึ่ง Articulated นี้มีความหมายสองนัย คือ หนึ่งคือตัวตนที่ปรากฏในคำบอกเล่า หรือตัวตนที่ปรากฏในวาทกรรมที่ถูกนำเสนอออกมา และสอง คือ การเชื่อมต่อของส่วนต่าง ๆ นั้นสะท้อนให้เห็นว่าตัวตนเป็นเพียงชิ้นส่วนในลักษณะหนึ่ง เมื่อบริบทเปลี่ยนไป อาจมีการเชื่อมต่อของตัวตนที่เปลี่ยนรูปแบบไป หรือกล่าวได้ว่าตัวตนของบุคคลนั้นสามารถเปลี่ยนไปได้ตามบริบทที่เขา/เธอเข้าไปสัมผัส

ดังนั้นจากข้อความข้างต้น จึงกล่าวได้ว่าบุคคลสามารถเป็นผู้กำหนดสถานการณ์ได้ แต่ต้องเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นผลพวงที่การกระทำนั้นตอบสนองหรือโต้ตอบกับการกระทำอีกหลากหลายในสถานการณ์ต่าง ๆ หรือกล่าวโดยสรุปว่า บุคคลนั้น ๆ เป็นผลรวมของวาทกรรมหลากหลายชุดที่อาจจะขัดแย้งหรือว่าส่งเสริมซึ่งกันและกันก็เป็นได้ เพราะฉะนั้นการที่ผู้ป่วยจิตเวชเข้าไปรักษาในสถาบันจิตเวชก็เป็นไปได้ว่าเขา/เธอได้นำระบบคิดชุดหนึ่งซึ่งเป็นผลมาจากหลากหลายวาทกรรมของชีวิตปกติเข้ามาในรั้วสถาบันด้วย และแน่นอนว่า ต้องเกิดการแลกเปลี่ยน ขัดแย้งตอบโต้กันของวาทกรรมอีกมากมายที่ประกอบขึ้นเป็นบุคคลต่าง ๆ ในสถาบันนั้น ทั้งเพื่อนผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาชีฟต่าง ๆ เท่ากับว่าในรั้วสถาบันจิตเวชเป็นสนามของการมีปฏิสัมพันธ์ของวาทกรรม และผู้ป่วยก็ย่อมมีวิธีการเลือกแสดงออก เลือกรับเอาวาทกรรมอื่น ๆ เข้ามาในตัวของตนเอง เพราะฉะนั้น เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่าย ชุดของวาทกรรมต่าง ๆ ที่ติดเนื้อตัวของเขา/เธอออกมานั้น

ย่อมมีสัดส่วนของแต่ละคนไม่เท่ากัน ซึ่งทำให้อนุมานได้ว่า ทราบาบ “ผู้ป่วยโรคจิต” ย่อมติดไปกับบุคคลไม่เท่ากัน มากบ้าง น้อยบ้าง นำไปสู่การตอบโต้วาทกรรมนั้น ๆ ในระดับขอความเข้มข้นที่ต่างกันไป

## 2.4 แนวคิดสังคมสงเคราะห์แนวต่อต้านการกดขี่ (Anti-Oppressive Work)

ถึงแม้ว่าทฤษฎีหลักที่จะถูกใช้ในการวิเคราะห์ หรือทฤษฎีที่เป็นกรอบในการพิจารณาปรากฏการณ์ของผู้ศึกษาจะเป็นทฤษฎีทางสังคมวิทยาและจิตวิทยา อย่างไรก็ตาม ในเมื่อวิทยานิพนธ์เล่มนี้ยังศึกษาภายใต้กรอบของสังคมสงเคราะห์ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกล่าวถึงแนวคิดและทฤษฎีทางสังคมสงเคราะห์ และตัวผู้ศึกษามีความเห็นว่ แนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์การศึกษา คือ สังคมสงเคราะห์แนวก้าวหน้า (Radical Social Work) และสังคมสงเคราะห์แนวต่อต้านการกดขี่ (Anti-Oppressive Work)

สังคมสงเคราะห์แนวการต่อต้านการกดขี่ มีลักษณะบางประการที่คล้ายคลึงกับสังคมสงเคราะห์แนวก้าวหน้าและสังคมสงเคราะห์เชิงวิพากษ์ (Critical Social Work) นั่นคือ มีรากฐานแนวคิดมาจากแนวคิดของ มาร์กซ์ ซึ่งมีวิธีการศึกษาแบบวิพากษ์วิธี กล่าวคือ แนวคิดกลุ่มนี้จะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานตรง โดยมุ่งเปลี่ยนแปลงที่โครงสร้างสังคม จึงถูกเรียกอีกอย่างว่าการสังคมสงเคราะห์แนวโครงสร้าง

คำว่าสังคมสงเคราะห์แนวโครงสร้างนั้น ไม่ได้มีความหมายถึง โครงสร้าง-การหน้าที่นิยม ซึ่งเชื่อในความเป็นระบบของสังคม ทว่ากลับเป็นแนวคิดที่พยายามชี้ให้เห็นว่า ระบบ และโครงสร้างของสังคมนั้นเอารัดเอาเปรียบและกดขี่ผู้คนอย่างไร โดยคำว่ากดขี่นั้น มีความหมายที่กว้างกว่าการกดขี่ในมิติของชนชั้นและเศรษฐกิจ หากแต่รวมไปถึงการกดขี่ในทุกรูปแบบ ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์ที่ยึดถึงแนวคิดกลุ่มนี้จะเชื่อว่า แทนที่บุคคลจะเป็นฝ่ายถูกกำหนดโดยโครงสร้างสังคม ประชาชนผู้ใช้บริการแม้เพียงคนเดียวก็สามารถเปลี่ยนแปลงและสร้างโครงสร้างสังคมใหม่ที่เป็นของตนได้ (กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2553, น. 59)

### 2.4.1 นิยามของการกดขี่

คลิฟฟอร์ด (Clifford, 1995, p. 65, อ้างถึงใน จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, 2551) กล่าวว่า การกดขี่เป็นการประเมินสถานะของบุคคลอย่างชัดเจน ซึ่งได้สร้างการจำแนกทางสังคมอันเนื่องมาจากเชื้อชาติ ชนชั้น เพศภาวะ ความพิการ รสนิยมทางเพศให้กลายมาเป็นโครงสร้างสังคมในวงกว้าง และกลายมาเป็นทั้งประเด็นส่วนตัวและองค์กร การกดขี่ยังรวมถึงการอำนาจและการใช้

อำนาจในทางที่ผิด ส่งผลต่อบุคคลและองค์กร โดยมีการแสดงพฤติกรรมการใช้อำนาจแบบปิดบังหรือโจ่งแจ้ง หรือไม่ก็แสดงทางอ้อมว่าเหยียดผิว เหยียดชนชั้น รังเกียจคนพิการ

นอกจากนั้น ลีน่า โดมินเนลลี (Dominelli, 2002, อ้างถึงใน จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, 2551) ยังเห็นว่าการกดขี่ไม่ได้มีเพียงมิติเดียวเท่านั้น การกดขี่คือการใช้อำนาจของบุคคลหรือหลายคนที่มีต่อบุคคลอื่น หรือที่เรียกว่าการกดขี่ระหว่างบุคคล ทั้งนี้การกดขี่ย่อมมีความซับซ้อน มีองค์ประกอบหลายระดับ การกดขี่ถือเป็นการผลิตสร้างทางสังคม (Social Constructed) ผ่านทางการกระทำและพฤติกรรมที่ผู้อื่นมีต่อกันโดยมีการผลิตซ้ำการกดขี่ทั้งในชีวิตประจำวันและในแบบแผนประจำของชีวิต

หากน่านิยามของการกดขี่ที่ผู้ศึกษานำเสนอไปเปรียบเทียบกับแนวคิดเกี่ยวกับมลทินประทับ จะทำให้พบว่า การกดขี่และมลทินประทับนั้นมีลักษณะบางประการที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจุดนี้ผู้ศึกษามีความเห็นว่า มลทินประทับที่เกิดขึ้น คือ ลักษณะหนึ่งของการกดขี่ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพราะฉะนั้นถ้าหากผู้ศึกษามองมลทินประทับที่เกิดขึ้นให้เป็นการกดขี่ทางสังคมก็น่าจะทำให้สามารถพิจารณาในมิติของโครงสร้างสังคมที่ก่อให้เกิดการกดขี่ต่อผู้ป่วยจิตเวชผ่านมลทินประทับซึ่งก็ย่อมกระทำผ่านการกระทำทางสังคมบางรูปแบบเป็นต้น

#### 2.4.2 หลักการของสังคมสงเคราะห์แนวต่อต้านการกดขี่

สังคมสงเคราะห์แนวต่อต้านการกดขี่ประกอบไปด้วยหลักการต่าง ๆ อาทิ การตระหนักและให้คุณค่ากับความต่างทางสังคม การให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงเรื่องส่วนบุคคลกับเรื่องทางการเมือง อย่างไรก็ตาม ผู้ศึกษาเห็นว่าหลักการที่มีความสำคัญและสอดคล้องกับวิทยานิพนธ์ คือ การคำนึงถึงประวัติชีวิตและพื้นที่ของผู้คน

การคำนึงถึงประวัติชีวิตและพื้นที่ของผู้คนนั้น คือการให้ความสำคัญกับประสบการณ์ชีวิตและเหตุการณ์ต่าง ๆ ของผู้คนที่ศึกษา ซึ่งทุก ๆ เหตุการณ์ย่อมเกิดขึ้นในบริบทหนึ่ง ๆ เพราะฉะนั้นการปรับใช้แนวคิดนี้ในการศึกษาจึงต้องค้นหาปัญหาที่ผู้คนพบเจอมีพัฒนาการมาในประวัติศาสตร์แบบไหนและในสภาพภูมิศาสตร์อย่างไร เช่นผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดเชียงใหม่ ถึงแม้จะอยู่ในจังหวัดเดียวกับ พุดภาษา “เมือง” เหมือนกัน ทว่าในแต่ละพื้นที่ย่อมมีประวัติความเป็นมาที่ต่างกัน มีเรื่องราว และมีชุดคำอธิบายรวมถึงความคิดต่อผู้ป่วยจิตเวชต่าง ๆ กันไป

นอกจากหลักการที่ได้นำเสนอจะมีความสำคัญและสามารถปรับใช้กับการศึกษาขึ้นนี้อย่างดีแล้ว แนวคิดนี้ยังได้ให้ความสำคัญกับอัตลักษณ์ (Identity) ของผู้คน ด้วยฐานความคิดว่าอัตลักษณ์เป็นสิ่งที่บอกความต่างของผู้คน เพราะฉะนั้นจึงถูกใช้ให้เป็นฐานของการกดขี่อยู่เสมอ เพราะฉะนั้นผู้ศึกษาจะต้องทำความเข้าใจกับการผลิตสร้างอัตลักษณ์ และเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างที่ไม่เป็นธรรมกับอัตลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงมิติของการตอบโต้ต่อการกดขี่ (มลทิน) ซึ่งอาจเกิดขึ้นผ่านการสร้างวาทกรรม ตามแนวคิดหลังโครงสร้างนิยมของฟูโกต์



สุดท้าย คือ การให้ความสำคัญกับการกตัญญูในทุกมิติ ในเมื่อแนวคิดนี้เกี่ยวข้องกับแนวคิดแนวก้าวหน้า เพราะฉะนั้น เท่ากับว่าผู้ศึกษาต้องให้ความสำคัญกับโครงสร้างของสังคมซึ่งมีผลต่อการกตัญญู (มลทิน) คำนี้ถึงถึงการกตัญญูที่มาพร้อมกับปัญหาการเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งในคำว่าทรัพยากรเอง ก็มีความหมายที่หลากหลาย อาจเป็นทรัพยากรทางการเมือง เช่น กองทุนในชุมชน สิทธิคนพิการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยพึงได้รับ นโยบายของท้องถิ่นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช ก็สะท้อนให้เห็นถึงการกตัญญูที่เกิดขึ้นเช่นกัน และนอกจากจะให้ความสำคัญกับโครงสร้างแล้ว แนวคิดนี้ไม่ได้ละเลยการให้ความสำคัญในระดับบุคคล นักสังคมสงเคราะห์แนวต่อต้านการกตัญญูยังต้องค้นหาการเอาเปรียบที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล เช่น การพิจารณาการวางรูปแบบความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวหรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับคนในชุมชน เป็นต้น

## 2.5 ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช

กลุ่มเป้าหมายของการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีอาการทุเลาลงแล้ว ซึ่งผู้ศึกษามุ่งความสนใจ ประเด็นของกระบวนการเกิดมลทินประทับในผู้ป่วยซึ่งเคยเข้ารับการรักษาในสถาบันต่าง ๆ ซึ่งแน่นอนว่า ต้องได้รับการเยียวยารักษาด้วยยาและกลุ่มจิตสังคมบำบัด (Psychosocial Therapy) มาในระดับหนึ่ง เพราะฉะนั้น ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาดำเนินชีวิตกับครอบครัวของตนเองได้ และประเด็นการสร้างวาท/ปฏิบัติการกรรมตอบโต้วาทกรรมที่ได้รับจากการเข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวช

โรคทางจิตเวชนั้นโรคที่มีความหมายกว้างอย่างมาก เนื่องจากตัวโรคทางจิตเวชนั้นยังประกอบไปด้วยกลุ่มโรคที่มีความหลากหลาย มีความเฉพาะเจาะจงลงไปอย่างมาก แต่ทั้งนี้ผู้ศึกษาเสนอว่า สามารถอธิบายความหมายของโรคทางจิตเวชได้ คือ เป็นโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตใจอารมณ์ โดยมักจะมีอาการที่มักพบเห็นได้ในทุก ๆ กลุ่มของโรค คือ อาการหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ทั้งนี้ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชนั้น จะไม่สามารถรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง กล่าวคือ ผู้ป่วยหลุดออกจากโลกแห่งความเป็นจริง (Out of reality) ส่งผลให้โรคจิตเวชมีความแตกต่างจากโรคประสาท ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้มีความคิดที่ผิดไปจากความเป็นจริง

ปัจจัยที่ได้รับการพิสูจน์ว่าเป็นสาเหตุของโรคทางจิตเวช มีดังต่อไปนี้ (ปราโมทย์ สุขนิษฐ์,

## 2.5.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

### 2.5.1.1 พันธุกรรม

ปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่ค้ำกับความรู้สึกรู้สึกของคนทั่วไปเกี่ยวกับอาการทางจิตเวช ที่น่าจะเป็นผลจากการเลี้ยงดู หรือความเครียดจากปัญหาชีวิตต่าง ๆ โรคทางจิตเวชที่ปัจจุบัน พบว่า พันธุกรรมมีบทบาทในการเกิดโรคอย่างมากก็คือ Mood disorders, Schizophrenia, Alcohol abuse และ Alzheimer's Disease แม้ว่าจะยังไม่สามารถ พบว่า DNA ที่ผิดปกติขึ้นอยู่กับที่ใด หรือมีวิธีการถ่ายทอดอย่างไร

วิธีการศึกษาทางพันธุกรรมมี 3 ลักษณะ คือ

1. การศึกษาการเกิดโรคในสมาชิกครอบครัวเดียวกัน (family Study) ว่า มีอุบัติการณ์สูงกว่าสมาชิกของครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยหรือไม่ วิธีการนี้มีจุดอ่อนที่ สมาชิกเหล่านี้ ยังได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูเดียวกัน ไม่อาจกล่าวได้ว่า การเป็นโรคเกิดจากการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้เต็มที่

2. การศึกษาการเกิดโรคในแฝดเหมือน (Identical Twin) ซึ่งถือว่ามีสารพันธุกรรมใกล้เคียงกันที่สุด เปรียบเทียบกับการเกิดโรคในแฝดไม่เหมือน (Fraternal Twin) ว่า มีอุบัติการณ์โรคสูงกว่าหรือไม่ เป็นการยืนยันที่น่าเชื่อถือกว่าการศึกษาแบบแรก แต่ยังคงมีจุดอ่อนเดียวกัน

3. การศึกษาในบุตรหรือพี่น้องของผู้ป่วยที่ถูกแยกกันเลี้ยงดูโดยครอบครัวบุญธรรม (Adoption Study) ว่ายังคงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงใกล้เคียงกับการอยู่ในครอบครัวเดิม หรือสูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างไร เป็นการตัดปัจจัยที่ว่า สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูของครอบครัวเดิม เป็นผลต่อการเกิดโรคออกไป แต่ก็ยังคงมีข้อด้อยคือ สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูของครอบครัวใหม่นั้น ๆ จะวัดอย่างไรว่า ต่างไปจากสภาพในครอบครัวเดิม

### 2.5.1.2 ชีวเคมี

เป็นการสะท้อนความเชื่อในวงการแพทย์ที่ว่า การทำงานของสมองทำให้เกิดพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์ มิใช่เพียง “จิตใจ” ซึ่งเสมือนนามธรรม มีการศึกษาสมองทั้งในแง่กายวิภาค (Neuroanatomy) สรีระวิทยา (Neurophysiology) และชีวเคมี (Neurobiochemistry) โดยเฉพาะในแง่สุดท้าย ได้รับการศึกษาและพิสูจน์จนได้คำตอบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระดับสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) และ Receptors ต่าง ๆ กับ การเกิดโรค หรืออาการทางจิตเวชอย่างมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา

วิธีการศึกษาภาวะชีวเคมีในสมองทำได้ทั้งการตรวจสมองหลังผู้ป่วยเสียชีวิต หรือตรวจสารเคมีจากน้ำไขสันหลัง เลือดหรือปัสสาวะ ตลอดจนการใช้เทคนิคทางรังสีวิทยา หรือกัมมันตภาพรังสี ตรวจในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิต แล้วมาหาความสัมพันธ์กับอาการที่พบ ในบางครั้ง

ความรู้ในด้านนี้ได้มาจากการให้ยาที่มีผลกับสารสื่อประสาทกับผู้ป่วยแล้วสังเกตผลการรักษา เช่น การพบว่ายาน Neuroleptics สามารถรักษาโรคจิตได้โดยออกฤทธิ์ปิดกั้น Dopamine System จึงทำให้คิดว่า Dopamine Activity ที่ผิดปกติน่าจะเป็นสาเหตุของโรคดังกล่าว เป็นต้น

สิ่งที่น่าสังเกตเกี่ยวกับการศึกษาเหล่านี้ คือ ระดับสารสื่อประสาทที่เปลี่ยนแปลงไป อาจเป็นผลติดตามของโรค ไม่ใช่เหตุของโรค หรืออาจเป็นผลของการรักษาวิธีต่าง ๆ รวมทั้งยา ข้อจำกัดทางห้องปฏิบัติการ ทำให้สามารถวัดได้เพียงระดับสารหรือ Metabolites ของสารนั้น โดยมีได้วัดระดับที่เซลล์สมองโดยตรง นอกจากนี้ การศึกษาหลังผู้ป่วยเสียชีวิต อาจไม่ได้ระดับสารเคมีที่แน่นอนเนื่องจากการเสื่อมสลายของสารต่าง ๆ ไปบ้างแล้ว

### 2.5.2 ปัจจัยด้านจิตใจ

มีผู้พยายามตั้งทฤษฎีมาอธิบายปรากฏการณ์ทางจิตใจ ทั้งในด้านความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมมากมาย ถึงแม้ไม่มีหลักการใดที่ใช้อธิบายและพิสูจน์ได้กับทุกปรากฏการณ์ แต่ก็ช่วยให้เรามีแนวทางในการเข้าใจ และรักษาโรคทางจิตเวชได้ดียิ่งขึ้น ทฤษฎีหลัก ๆ ได้แก่

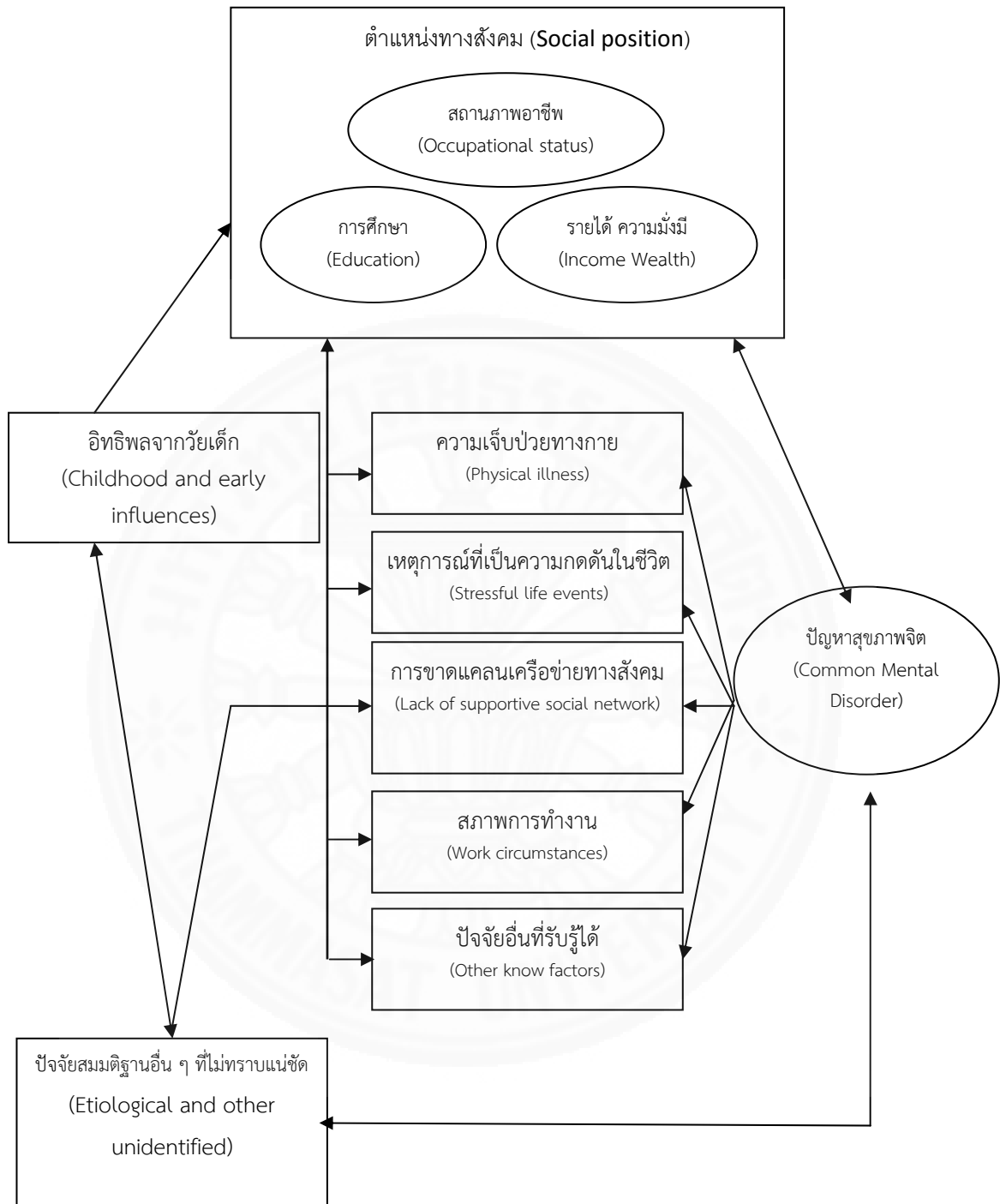
- 1) Learning Theory
- 2) Cognitive Theory
- 3) Psychoanalytic Theory
- 4) Personality Theory

### 2.5.3 ปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อมนับเป็นปัจจัยที่คนทั่วไปให้ความสนใจ และกล่าวโทษว่าเป็นต้นเหตุของการป่วยทางจิตบ่อยครั้งที่สุด เช่น กล่าวว่า การอยู่ในระดับสังคมที่ต่ำ ฐานะยากจน จะเป็นเหตุให้เป็นโรค Schizophrenia มากกว่าคนที่อยู่ในระดับความเป็นอยู่ที่ดีกว่า ซึ่งจากการศึกษาที่เป็นระบบแล้ว ไม่อาจพิสูจน์ได้ อย่างไรก็ตาม พบว่า ปัจจัยทางสังคมนี้มีผลอย่างมากในฐานะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่แล้ว ซึ่งความเสี่ยงของแต่ละบุคคลอาจเป็นผลจากทั้งด้านพันธุกรรมหรือจากการเลี้ยงดูก็ได้

โดยทั่วไป ปัจจัยทางสังคมที่จิตแพทย์ให้ความสำคัญมากที่สุดทั้งในด้านผู้ก่อปัญหา สร้างความแข็งแกร่ง หรือการรักษา ก็คือ ครอบครัว

ด้วยเพราะวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ จึงจำเป็นต้องให้ความสนใจเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านสังคมเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นบริบทของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์โดยตรง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเสนอเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยของความผิดปกติทางจิตดังนี้



ภาพที่ 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่ออุบัติการณ์ปัญหาสุขภาพจิต. จาก การวิจัยเชิงคุณภาพในสวัสดิการสังคม: แนวคิดและวิธีวิจัย (น. 3). โดย Meltzer et al., อ้างถึงใน กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2555, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จากภาพที่ 2.2 จะพบว่า นักระบาดวิทยาได้ให้ความสำคัญกับความเจ็บป่วยทางกาย (Physical Illness) เหตุการณ์ที่เป็นความกดดันในชีวิต (Stressful Life Events) การขาดแคลนเครือข่ายทางสังคม (Lack of Supportive Social Network) และ สภาพการทำงาน (Work Circumstances) โดยจะเห็นว่าไม่ได้ให้ความสำคัญกับการมองเชิงโครงสร้าง ชนชั้นทางสังคม หรือแม้กระทั่งเรื่องมลพิษที่กระทบมากเสียเท่าใด แต่จะให้ความสำคัญกับปัจจัยเชิงจิตสังคม ซึ่งถือว่าสอดคล้องกับทฤษฎีสังคมสงเคราะห์ยุคแรกเริ่ม ซึ่งผู้ศึกษาเห็นว่าสมควรตั้งคำถามถึงความสอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพปัญหาในบริบทปัจจุบัน

ดังนั้นการมองปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจึงเป็นเรื่องที่ใหญ่กว่าการมองเชิงจิตสังคม การมองว่าสุขภาพจิตเป็นเรื่องของปัจเจกและแก้ไขปัญหาในทางคลินิกเท่านั้น แต่ปัญหาสุขภาพจิตยังเกิดมาจากความยากจน ซึ่งเป็นประเด็นที่ถูกกละเลย นอกจากนั้นยังมีประเด็นอายุชาติพันธุ์ เพศภาวะ หรือในนักระบาดวิทยาบางท่าน อาจกล่าวถึง การตกเป็นเหยื่อ (Victimization) และการถูกเลือกปฏิบัติก็ถือว่าเป็นสาเหตุของอุบัติการณ์ของสุขภาพจิตได้เช่นกัน ดังตัวอย่างในภาพที่ 2.1

1. การไม่มีคนทำงานเต็มเวลาอยู่ในครัวเรือน
2. การว่างงาน
3. มาตรฐานการดำรงชีพต่ำ
4. ปัญหาความยากลำบากทางการเงิน
5. การย้ายถิ่นเมื่ออายุต่ำกว่า 11 ปี
6. กลุ่มผู้สูงอายุ
7. พ่อแม่เลี้ยงลูกโดยลำพัง
8. การตกเป็นเหยื่อ
9. การถูกโจมตีทำร้ายโดยบุคคล
10. การเลือกปฏิบัติทางชาติพันธุ์
11. การมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลความสงบเรียบร้อยในชุมชน
12. การเลือกปฏิบัติเรื่องที่อยู่อาศัยและการมีงานทำ

ภาพที่ 2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มชนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์. จาก การวิจัยเชิงคุณภาพ ในสวัสดิการสังคม: แนวคิดและวิธีวิจัย (น. 4), โดย Meltzer et al., อ้างถึงใน กิติพัฒน์ นนทปัทมดุษฎี, 2555, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

### 2.5.3.1 อาการของโรคทางจิตเวช

เนื่องจากโรคทางจิตเวชมีความหลากหลายอย่างมาก และแต่ละโรคก็มีอาการที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ผู้ศึกษาจึงขอเสนออาการวิทยาของโรคจิตเภท ซึ่งข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่า ในปี พ.ศ. 2555-2556 นั้น โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษา มากที่สุด และยังเป็นโรคที่สถาบัน/โรงพยาบาลต่าง ๆ จำหน่ายผู้ป่วยออกมากที่สุดเช่นกัน

### 2.5.3.2 ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มอาการหลัก คือ Psychotic Dimension, Disorganized Dimension, และ Negative Dimension บางคนจัดรวม Psychotic Dimension และ Disorganized Dimension อยู่ในกลุ่มอาการด้านบวก (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

1. Psychotic Dimension ได้แก่อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน อาการหลงผิดนั้นเป็นอาการที่สามารถพบได้บ่อย โดยอาการหลงผิดนั้นอาจจำแนกให้เป็นความผิดปกติทางเนื้อหาความคิด นั่นคือ ผู้ป่วยมีความเชื่อที่ผิดไปจากความเป็นจริง (Out of Reality) ซึ่งเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมเช่นกันคือ เชื่อในสิ่งที่ผู้อื่นในวัฒนธรรมเดียวกันไม่เชื่อเช่นนั้นด้วย และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ไม่ว่าจะชักจูงอย่างไรก็ตาม โดยอาการหลงผิดที่พบได้บ่อยคือหลงผิดว่าตนเองถูกปองร้าย (Delusion of Persecution) โดยผู้ป่วยจะเชื่อว่ามีบุคคลหรือองค์กร อำนาจลึกลับ บางอย่างกำลังจะมาทำร้าย จากประสบการณ์การสัมภาษณ์ผู้ต้องขังป่วยจิตเภทของผู้ศึกษาที่เรือนพิเศษจำแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผู้ศึกษาเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีความคิดว่ามีคนจ้องจะทำร้ายตนเองตลอดเวลา บางรายถึงขั้นตัดแปลงช้อนทานอาหารให้เป็นอาวุธ สำหรับการป้องกันตัว เป็นต้น

นอกจากความหวาดระแวงจะมีคนมาทำร้ายตนเองแล้ว อาการหลงผิดที่พบได้บ่อยอีกประการคือการหลงผิดคิดว่าความคิดของตนเองถูกกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าตนคิดอะไร (Thought Broadcasting) ซึ่งผู้ป่วยจะเกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่ตนเองได้ทำนั้น มีผู้สังเกตเห็นทั้งหมด ทุกสิ่งที่ตนคิดนั้น ผู้อื่นรับรู้ไปพร้อมกับตนเอง ซึ่งอาการเช่นนี้ ต่างไปจากการเดาใจ

อาการชนิดสุดท้ายที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิต คือ “หูแว่ว” ซึ่งอาจออกมาในลักษณะของการได้ยินเสียงบางอย่างของบุคคลที่ไม่ได้มีตัวตนอยู่ในขณะนั้นได้พูดคุยกับผู้ป่วยหรือสั่งให้ผู้ป่วยกระทำการบางอย่าง หรือการได้ยินเสียงอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจริงเช่นเสียงปิดเปิดประตู นอกจากนั้น ผู้ศึกษาใคร่ขอยกตัวอย่างอาการหลงผิดของผู้ใช้บริการจากประสบการณ์ตรงของผู้ศึกษาขณะที่ฝึกภาคปฏิบัติที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ นั่นคือ อาการหลงผิดว่าโลกถูกทำลาย กล่าวคือผู้ป่วยรายนี้มีความคิดว่าโลกกำลังถูกคุกคามจากมนุษย์ต่างดาว เพราะฉะนั้นเขาจึงต้องสวม

บพบาทพิทักษ์โลก ด้วยการต่อสู้กับมนุษย์ต่างดาว จึงนำไปสู่เหตุการณ์จรัลโดยสารประจำทางที่อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิเมื่อปลายปี พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมา (ชัยพร อุโฆษจันทร์, 2556)

2. Disorganization Dimension ประกอบด้วย สองอาการย่อย คือ ความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว (Disturbance in Movement) และความผิดปกติทางการพูด (Disturbance in Speech) โดยอาการผิดปกติทางการเคลื่อนไหวนั้นประกอบไปด้วยหลายอาการย่อย ยกตัวอย่าง เช่น อาการสั่น อาการนั่งไม่ติดที่ อาการเคลื่อนไหวช้า ซึ่งความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว นั้นอาจเรียกรวม ๆ ว่า Catatonia ซึ่งจะ เป็นอาการการเคลื่อนไหวมากขึ้นหรือลดลงก็ได้เป็นต้น

ตัวอย่างของอาการ Catatonia ที่ผู้ศึกษามีประสบการณ์ คือ อาการสั่น ซึ่งจะพบได้ในผู้ป่วยสุรา กล่าวคือ ขณะที่ผู้ป่วยนั่งให้สัมภาษณ์ จะพบว่า มือหรือขาของผู้ป่วยจะสั่นอยู่ตลอดเวลา เป็นต้น ส่วนอีกอาการหนึ่ง คือ อาการ Waxy Flexibility คือ ผู้ป่วยจะนั่งตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า ซึ่งในกรณีของผู้ศึกษาพบ นั่นคือ การเคลื่อนไหวคล้ายหุ่นยนต์ นั่นคือ สามารถเคลื่อนไหวได้เฉพาะข้อต่อ เช่น หัวเข่า ข้อมือ เป็นต้น (ชัยพร อุโฆษจันทร์, 2556)

ต่อมา คือ ความผิดปกติในลักษณะของการพูด เช่น การพูดซ้ำ พูดไม่เป็นลักษณะทางสังคม (พิมพ์ในลำคอ กระซิบกระซาบกับตนเอง โดยไม่มีสิ่งกระตุ้น) หรืออาจพูดมากหรือพูดเร็ว เนื้อหาของคำพูดสับสน กล่าวโดยสรุป คือ การพูดที่ผิดปกตินั้นสะท้อนให้เห็นถึงความผิดปกติอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นนั่นคือ ความผิดปกติของรูปแบบในการคิดและเนื้อหาความคิด

3. Negative Dimension คือ ภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมีเช่นในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้จัดเป็นอาการทางลบ ได้แก่ การพูดน้อย (Alogia) การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงอย่างมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา (Flat Affect) ขาดความกระตือรือร้น (Avolition)

### 2.5.3.3 การจำแนกกลุ่มย่อย

ปัจจุบันงานสุขภาพจิตได้จัดการจำแนกกลุ่มย่อยของโรคตาม DSM-IV ได้ 5 กลุ่มย่อย ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

1. Catatonic Type เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวอย่าง ที่ผู้ศึกษาได้ยกตัวอย่างไปแล้ว

2. Disorganized Type คือ มีความคิดกระจัดกระจายไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีพฤติกรรมเรื่อยเปื่อย วุ่นวาย การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์

3. Paranoid Type หรือเรียกอีกอย่างว่าชนิดหวาดระแวง โดยผู้ป่วยจะมีความหมกมุ่นกับอาการหลงผิด หูแว่ว กลัวคนจะมาทำร้ายตนเอง เป็นต้น

4. Undifferentiated Type เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถจัดจำแนกได้ชัดเจน แต่มีอาการหลายอย่างเข้ากับอาการของโรคจิตเภททั้ง 3 กลุ่มขั้นต้น



5. Residual Type คือ ชนิดที่ผู้ป่วยเคยมีอาการป่วยกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 ครั้ง ในขณะที่ประเมินไม่พบอาการทางบวก หรืออาจมีแต่ทว่าไม่เด่น ลักษณะอาการที่เหลืออยู่ส่วนใหญ่จะเป็นอาการทางลบหรือเรียกอีกอย่างว่า In Partial Remission

#### 2.5.3.4 วิธีการรักษา

วิธีการรักษาโรคจิตเภทนั้นมียาอยู่มากมาย แต่ในกรณีนี้ ผู้ศึกษาเสนอเพียงวิธีการรักษากระแสหลัก นั่นคือ การเอาความรู้ของจิตเวชศาสตร์มาใช้ในการอธิบาย แต่หากได้ทบทวนถึงปัจจัยในการเกิดโรคจิตเภทแล้ว จะพบว่า ปัจจุบันนี้ จิตเวชศาสตร์ให้ความเชื่อมั่นกับแนวคิดเรื่องสารเคมีในสมองที่ผิดปกติไป เพราะฉะนั้นจึงส่งผลให้การรักษาที่เป็นหัวใจของการรักษาโรคจิตเภทจึงเป็นการรักษาด้วยยา เพื่อให้ยาเข้าไปปรับกลไกการทำงานของสมอง อันจะส่งผลให้สารเคมีต่าง ๆ มีระดับที่สมดุล อาการทางจิตของผู้ป่วยจะอยู่ในสภาวะปกติ

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับตัวผู้ป่วยไว้ในสถาบันหรือโรงพยาบาลนั้น เป็นทางเลือกหนึ่งเพื่อช่วยลดภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัวของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมักจะละเลยการรับประทานยาเมื่อออกจากโรงพยาบาลหรือสถานจิตเวช อันส่งผลให้อาการทางจิตกลับมากำเริบอีกครั้งหนึ่ง โดยการรักษาดูแลด้วยยานั้นถูกจำแนกออกเป็น 3 ช่วง คือ

ช่วงแรก ระยะเวลาอาการ (Acute Phase) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาการสงบโดยเร็วที่สุด โดยเฉพาะอาการทางบวก ซึ่งส่งผลให้อาการของผู้ป่วยดูดีขึ้นมากตั้งแต่ระยะแรก เป็นผลมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (Sedating Effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการทางจิตนั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ระยะคู่มืออาการนี้ เรียกได้ว่าเริ่มขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาล/สถานจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางบวกชัดเจน เจ้าหน้าที่จะเข้ามาดูแลอย่างรวดเร็วโดยการมัดผู้ป่วยกับเก้าอี้แบบพิเศษ หรือมัดติดกับเตียง เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น จากนั้นจึงให้ยาเพื่อให้อาการสงบลงเป็นต้น

ต่อมาคือระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization Phase) กระบวนการของขั้นนี้จะเกิดขึ้นในตึกผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะได้รับยาจิตเวชอย่างต่อเนื่องตามแต่อาการของผู้ป่วยเอง ซึ่งผู้ป่วยอาจต้องกินยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน ในระยะนี้เอง ปัญหาที่พบบ่อยคือผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการกินยา

ระยะสุดท้ายคือระยะคงที่ (Maintenance Phase) เป็นระยะที่อาการของผู้ป่วยดีขึ้นแล้ว แต่ทั้งนี้ยังต้องได้รับยาต่อไปอีกจนกว่าจะไม่มีอาการทางจิตแสดงออกมาอีกอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งเป็นไปได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยมักจะขาดการกินยาอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ก็มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และคาเฟอีน ซึ่งส่งผลต่อฤทธิ์การรักษาของยาจิตเวช อีกประการหนึ่ง คือ



การรับประทานยาบางตัวจะมีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อตัวที่แรงกว่าปกติ ทำให้ต้องดูแลความสะอาดของร่างกายมากขึ้น

การรักษาวิธีต่อมาคือการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) เป็นการรักษาที่ไม่ตีเท่าการรักษาด้วยยา ซึ่งจะใช้เฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองจากการรักษาด้วยยา จึงต้องใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยการทำให้ ECT สัปดาห์ละ 3 วัน จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) โดยการรักษาด้วยไฟฟ้านั้น จะต้องผ่านการยินยอมจากผู้ป่วยเสียก่อน หรือในกรณีฉุกเฉิน เร่งด่วน ก็จะต้องผ่านความเห็นชอบอย่างเป็นทางการเป็นเอกฉันท์จากคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาเท่านั้น เพราะสิ่งนี้เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ (ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2554)

วิธีการรักษาอย่างสุดท้าย คือ การรักษาด้านจิตสังคม ซึ่งถือว่าเป็นส่วนที่สำคัญในการรักษา เนื่องจากอาการเจ็บป่วยมักก่อให้เกิดปัญหากับคนรอบข้าง ถึงแม้อาการจะดีขึ้นมากแล้วแต่ว่าปัญหาทางสังคมยังคงมีอยู่ ผู้ป่วยโรคจิตเวชมักจะสูญเสียทักษะทางสังคมพื้นฐานไป การมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ทั้งคนในครอบครัว การจัดการปัญหาที่จะเกิดขึ้น แน่ใจว่าไม่มีสมาชิกคนใดมีเวลาว่างดูแล จัดการทุกอย่างให้ผู้ป่วย ดังนั้น การรักษาทางจิตสังคมจึงเข้ามาตอบโจทย์ตรงจุดนี้ โดยจิตสังคมบำบัดที่ถูกกล่าวถึงในหนังสือจิตเวชศาสตร์รามาธิบดีของ มาโนช หล่อตระกูล คือ จิตบำบัด อันได้แก่ จิตบำบัดแบบประคับประคอง การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว กลุ่มบำบัด และนิเวศน์บำบัด แต่ทั้งนี้จิตสังคมบำบัด ที่กล่าวมา จะคับแคบไปเล็กน้อย ไม่สามารถทำให้เห็นพื้นที่ของงานสังคมสงเคราะห์ที่ถือได้ว่าเป็นวิชาชีพหลักของงานสุขภาพจิต ดังนั้นผู้ศึกษาจึงขอเพิ่มเติมวิธีการบำบัดต่าง ๆ ต่อไปนี้

วิธีการบำบัดต่าง ๆ ขึ้นต้นนั้น เป็นเพียงกรอบใหญ่ ๆ ของการให้บริการกับผู้ป่วย ทั้งนี้งานสุขภาพจิตในสถาบันต่าง ๆ ย่อมหยิบวิธีการบำบัดที่ต่างกันไปประยุกต์ใช้ ซึ่งในการบำบัดนี้ยังสามารถแยกย่อยไปตามวิชาชีพต่าง ๆ ได้อีก เช่น นักสังคมสงเคราะห์ก็จะมีแนวทางการบำบัดที่ต่างไปจากนักจิตวิทยาและนักกิจกรรมบำบัด ทั้งในแง่ของหลักคิด และวิถีกระบวนการบำบัด

วันทนี วาสิกะสิน (2555) ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อทราบว่าบุคคลที่มีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง มักจะมีความต้องการพูดคุยหรือเล่าปัญหาของตนเองให้บุคคลใดบุคคลหนึ่ง และการทำจิตบำบัดนั้นกระทำได้โดยบุคคลหลายวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก และนักจิตบำบัดอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์

การทำจิตบำบัดถือเป็นเครื่องมือหนึ่งของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช โดยจิตบำบัดนั้นมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ผู้ใช้บริการเข้าใจในเรื่องปัญหาและพฤติกรรมของตนเอง และพร้อมที่จะ

ปรับปรุงแก้ไขตนเองเพื่อลดปัญหาต่าง ๆ ที่เคยเกิดขึ้นลง และจิตบำบัดสามารถแบ่งได้ออกเป็น จิตบำบัดรายบุคคลและจิตบำบัดรายกลุ่ม

จิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy) นั้นเป็นการบำบัดแบบตัวต่อตัวระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด โดยผู้ให้การบำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถเผชิญหน้า (Confront) กับปัญหานั้น ๆ และสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้ โดยผู้ให้การบำบัดจะต้องมีความรู้พื้นฐานทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดเป็นอย่างดี จิตพลวัตซึ่งจะมีฐานทฤษฎีมาจากจิตวิเคราะห์ หรือกลุ่มที่มีฐานคิดจากมนุษยนิยมอย่าง แอดเลอร์ (Adler) และ เกสตัลท์ (Gestalt) เป็นต้น โดยการบำบัดรายบุคคลนี้ยังสามารถแบ่งตามระยะเวลา คือ ระยะสั้นและระยะยาวได้อีกด้วย

จิตบำบัดรายบุคคลระยะสั้น (Brief Psychotherapy) คือการให้การบำบัดในระยะเวลาวิกฤต เพื่อให้ผู้รับการบำบัดพ้นจากสภาวะวิกฤตไปให้ได้โดยใช้ระยะเวลาบำบัด 6-10 ครั้ง (วันทนี วาสิกะสิน, 2555) เช่นเมื่อคู่สมรสเสียชีวิต การหย่าร้าง หรือในกรณีภัยพิบัติต่าง ๆ เป็นต้น ส่วนจิตบำบัดระยะยาวจะใช้รักษาผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีอาการเรื้อรังหรือกลับมาเป็นซ้ำซ้อน เพื่อสร้างความรู้สึกมีคุณค่า (เสริมพลัง) เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมให้ได้มากที่สุด เช่นคู่สมรสบำบัด ครอบครัวบำบัด เป็นต้น

นอกจากการทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่มแล้ว นักสังคมสงเคราะห์ยังสามารถจัดทำกลุ่มบำบัดขึ้นมาได้ วันทนี วาสิกะสิน กล่าวไว้ว่า หลักของกลุ่มบำบัดและจิตบำบัดนั้น คล้ายคลึงกันคือ ทำให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจตนเองมากขึ้น ความรักก่อให้เกิดความรู้สึกดีต่อกัน ทำให้มีความอดทนและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และสุดท้ายคือ ปรับพฤติกรรมของผู้รับการบำบัดเพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมได้ด้วยดี

สำหรับความแตกต่างระหว่างการทำจิตบำบัดและกลุ่มบำบัด หรือกลุ่มจิตสังคมบำบัด ผู้ศึกษาขอชี้แจงว่า จิตบำบัด คือ การทำงานโดยมีผู้ให้การบำบัดเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการบำบัด เพราะฉะนั้นผู้ให้การบำบัดจะยึดทฤษฎีจากนั้น บทบาทของผู้บำบัดจะเปรียบเสมือนเครื่องมือสะท้อนตนเองของผู้รับการบำบัด ส่งผลให้บรรยากาศในการบำบัดเสมือนว่าผู้รับการบำบัดกำลังพูดกับตนเอง ค้นหาคำตอบด้วยตนเองจากภายในความคิดและประสบการณ์ของตัวเอง/เธอเอง

ในอีกทิศทางหนึ่ง กลุ่มบำบัด ซึ่งในที่นี้ขออธิบายเฉพาะกลุ่มจิตสังคมบำบัด เครื่องมือสำคัญของการบำบัดชนิดนี้ คือ ตัวของสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง นักสังคมสงเคราะห์ (ผู้ให้การบำบัด) มีหน้าที่ช่วยให้กลุ่มดำรงไปถึงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และอาจมีหน้าที่เชื่อมโยงประเด็นควบคุมทิศทางของกระบวนการกลุ่มมากกว่าจะเป็นเครื่องมือหลักอย่างเช่นการทำจิตบำบัดหรือแม้กระทั่งในการให้คำปรึกษา (Counseling)

กระบวนการกลุ่ม คือ สิ่งที่สำคัญในการทำกลุ่มจิตสังคมบำบัด และผู้ศึกษาเห็นว่า ฐานคิดของการทำกลุ่มจิตสังคมบำบัดคือการใช้ตัวผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง และให้ความเคารพในความคิด ประสบการณ์ของแต่ละคน เพราะในการแก้ไขปัญหามบางอย่าง สมาชิกบางคนอาจไม่เคยประสบปัญหามาก่อนในชีวิต และผู้ให้คำปรึกษาก็อาจไม่มีความรู้และประสบการณ์ เช่นกัน ดังนั้น การแลกเปลี่ยน การเสนอความเห็นของสมาชิกกลุ่มที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ใกล้เคียงกันย่อมมีคุณค่า และสามารถทำให้สมาชิกกลุ่มผู้มีปัญหาอมรับได้มากกว่าผู้บำบัดเป็นคนบอก สอน ในฐานะคนนอก

นอกจากนั้น กรองจิตต์ เมืองวุฒิ (2537) ได้กล่าวถึง การฟื้นฟูหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพว่า เป็นวิธีการหนึ่งของการรักษาอาการทางจิต โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นหมายถึง กระบวนการที่จะช่วงรักษาความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อย่างที่ทราบผู้ป่วยทางจิตนั้น เมื่อมีอาการป่วย จะทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิต ทักษะสังคม (Social Skills) ลดลง เพราะฉะนั้นจึงต้องมีวิธีการที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพเหล่านี้กลับคืนมา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และลดภาระของสมาชิกในครอบครัว

การฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งแต่ละระยะ ก็จะมีวิชาชีพที่รับผิดชอบต่างกันออกไป อันได้แก่

ระยะในโรงพยาบาลหรือในสถาบันต่าง ๆ ในระยะนี้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้า อาการทุเลาแล้ว จนกระทั่งเตรียมจำหน่าย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น การฟื้นฟูทักษะทางสังคม อย่างเช่นโครงการร้านปันน้ำใจของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งจะให้ผู้ป่วยที่อาการทุเลาเข้าโครงการขายสินค้า เพื่อฝึกทักษะทางสังคมต่าง ๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับลูกค้า ซึ่งก็คือ บุคคลากรและญาติผู้ป่วยด้วยกัน ศิลปกรรมบำบัด ดนตรีบำบัด นอกจากนี้ยังมีงานอาชีพบำบัด ยกตัวอย่างเช่น การฝึกงานไม้ โดยให้ผู้ป่วยที่ทำงานไม้ง่าย ๆ เช่น ใช้กะดาชทรายขัดไม้ให้เป็นรูปทรงต่าง ๆ โดยงานแต่ละงานจะแบ่งตามความสามารถของผู้ป่วย แล้วแต่ว่าผู้ป่วยจะสามารถทำงานที่ซับซ้อนมากเพียงใด

เมื่อออกจากโรงพยาบาลหรือสถาบันแล้ว กรองจิตต์ เมืองวุฒิ (2537) ยังได้กล่าวถึงบ้านกึ่งวิถี (Half Way House) สถานที่สำหรับเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับสู่ชุมชนอย่างปกติ เพื่อให้พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และอาชีพ งานในบ้านกึ่งวิถีคืองานอุตสาหกรรมบำบัด เกษตรบำบัด และสุดท้ายคือระยะในชุมชน ซึ่งเป็นระยะติดตามดูแล สอนให้ผู้ป่วยใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ให้อุบัติใช้ทรัพยากรในพื้นที่ บุคคลในท้องถิ่นให้มากที่สุด

## 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

ในวันที่ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาสถาบันจิตเวชจนอาการทางจิตคงที่ ผู้ป่วยจะต้องกลับสู่ชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ ซึ่งการกลับสู่ชุมชนนั้น ถือเป็นขั้นหนึ่งของการบำบัดรักษาที่เรียกว่า การฟื้นฟู เพราะฉะนั้นคนในครอบครัวจึงจำเป็นต้องดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่让她/เธอกลับมามีอาการทางจิตซ้ำอีกครั้ง

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถอยู่เพียงลำพังได้ เพราะฉะนั้นการมีผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างมาก สำหรับคำว่าผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลหมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีประเด็นที่ต้องพิจารณาคือ หนึ่ง เป็นญาติหรือบุคคลในทันที ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องหรือแม่แต่บุคคลสำคัญในชีวิต ประการที่สองคือ ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่มีสภาวะการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาทางการแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการดูแล ช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, อ้างถึงใน ธนยศ เทียนศรี, 2554, น. 11) เพราะฉะนั้นจะเห็นว่า ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องการทำงานยารักษาอาการทางจิต เพราะหากผู้ป่วยขาดยา ก็จะมีโอกาสที่อาการทางจิตจะกำเริบอีกครั้ง

ทั้งนี้ ธนยศ เทียนศรี (2554) ได้กล่าวถึง ประเภทของผู้ดูแลที่สามารถจัดออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) และ ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) โดยผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากที่สุด และผู้ดูแลรอง หมายถึง ผู้ที่ให้ความดูแลผู้ป่วยในบางส่วน หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลัก

จากความหมายของผู้ดูแลและการจัดประเภทของผู้ดูแลนั้นสะท้อนให้ผู้ที่ศึกษาเห็นความหมายบางอย่างที่ซ่อนอยู่ นั่นคือ ผู้ดูแลต้องทุ่มเทเวลาให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะฉะนั้นจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับสภาพปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ ผลกระทบทางด้านจิตใจ, ผลกระทบทางด้านร่างกาย และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, อ้างถึงใน ลิธิฎฐูโต, 2553, น. 24) แต่สำหรับตัวผู้ศึกษาเองมีความเห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตอาจต้องเผชิญกับปัญหาทางจิตใจ, เศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก โดยเฉพาะประเด็นเศรษฐกิจและสังคมนั้นอาจเป็นพื้นฐานของความรู้สึกมีมลทินประทับกับตนเองเช่นกัน

## 2.7 งานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับมลทินประตัม

ผู้ศึกษาขอเสนองานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับมลทินประตัมออกเป็น งานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับมลทินประตัม และงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับมลทินประตัมดังต่อไปนี้

### 2.7.1 งานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับมลทินประตัม

งานวิจัยชิ้นแรกเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับตราบาปทางสังคมของ วัชรภรณ์ ลือไธสงค์ (2541) (ความหมายใกล้เคียงกับ Stigma ผู้ศึกษาใช้คำว่ามลทินประตัมตาม กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุรงค์) เป็นงานเกี่ยวกับการศึกษาตราบาปของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นที่ทราบดีว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ซึ่งอาการทางจิตมักนำไปผูกโยงกับความเชื่อและวัฒนธรรมต่าง ๆ อย่างเช่น ในงานศึกษาของ อัฐมา โภคาพานิชวงษ์ (2549)

จากงานศึกษาของ วัชรภรณ์ ลือไธสงค์ ซึ่งได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของมลทินประตัมไว้มากมาย ซึ่งเป็นมลทินประตัมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชเอง พบว่าพฤติกรรม/หน้าตาของมลทินประตัมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นจะมาจาก 2 ทิศทาง ทิศทางแรก คือมาจากคนในครอบครัวของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยมักถูกทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง ถูกแยกออกจากครอบครัวใหญ่ และสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการเบียดขับทางสังคมในครอบครัว นั้นคือ ช่วงเวลาในการรับประทานอาหาร กล่าวคือ งานศึกษาชิ้นนี้สะท้อนให้เห็นถึงการที่ผู้ป่วยถูกแยกออกจากช่วงเวลาอาหารเสมือนไม่ได้เป็นคนในครอบครัวเป็นต้น นอกจากการเบียดขับในวงอาหารแล้ว สิ่ง que ผู้ป่วยต้องเผชิญคือ ความหวาดระแวงของสมาชิกที่มีต่อตนเอง เช่น ถูกจับตามองเวลาที่ผู้ป่วยเข้าใกล้เด็ก ๆ เนื่องจากความห่วงใว้ผู้ป่วยอาจทำอันตรายกับเด็กในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีประวัติการทำร้ายร่างกายสมาชิกในครอบครัวมาก่อน

นอกจากความรู้สึกไม่ปลอดภัยที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วยแล้ว พฤติกรรมทางลบที่แสดงออกต่อผู้ป่วยนั้นยังสามารถเห็นได้จากคนในครอบครัว โดยเฉพาะคำว่า “ผีบ้า” ซึ่งเป็นคำพูดที่ทำร้ายจิตใจของผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งเป็นอย่างมาก และหากคิดว่าการมอบคำว่า “ผีบ้า” ให้กับผู้ป่วยคือ สิ่ง que เลวร้ายที่สุดแล้ว ผู้ศึกษาต้องขอชี้แจงว่า นี่คื สิ่งพื้นฐานที่ผู้ป่วยเผชิญ มากไปกว่านั้น ผู้ป่วยบางรายอาจถูกขังไว้ในห้อง ไม่ให้ออกไปไหน เพราะเกรงว่าจะไปทำอันตรายผู้อื่น ดังเช่นคำกล่าวของผู้ป่วยหญิงรายหนึ่ง

“เราแค่กลัวคนจะมาฆ่า แต่หาว่าเราบ้า ขังเราไว้เหมือนเปิดเหมือนไก่ แยกกินข้าว ห้ามออกนอกห้อง ถ้าออกมาจะถูกทุบตี ไม่มีอิสระ ไม่ได้ใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป” (วัชรภรณ์ ลือไธสงค์, 2541)

ข้อความข้างต้นสะท้อนให้เห็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยจิตเวชต้องเผชิญ เต็มไปด้วย ความรุนแรงในครอบครัวที่ผู้ป่วยกลับกลายเป็นผู้ถูกระงับตัวเอง ถูกขังให้อยู่ในห้อง ถูกทุบตีจากคน ในครอบครัว และสิ่งที่สำคัญที่สุด นั่นคือ แนวคิดว่าด้วยความปกติ/ไม่ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี การตีตราโดยตรง ซึ่งในที่นี้ผู้ป่วยสะท้อนออกมาเองว่า ตนเองไม่สามารถใช้ชีวิตปกติเหมือนคนทั่วไปได้ นั้นชวนให้คิดเหลือเกินว่า แนวคิดว่าด้วยความปกติ (Normal) นั้น ไม่ได้เกิดในมุมมองของบุคคลภายนอก มองผู้ป่วยว่าไม่ปกติ แต่เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเอง (ผู้ป่วย) ไม่ปกติ และถวิลหาชีวิตที่ปกติซึ่งเท่ากับว่า การเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นนั้น ส่งผลกระทบไม่เพียงมลทินต่าง ๆ ที่รับเข้ามาในเนื้อตัว/ตัวตน แต่กระทบไปยังทุก ๆ มิติของชีวิต ลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย อย่างแท้จริง

กรณีศึกษาในงานของ วรารัตน์ ทั้งห้าคนต่างนิยามความคิดของตนเองว่า เขา/ เธอรู้สึกว่าในบางมุมตนเองไร้คุณค่า ถึงแม้ว่าในความคิด (เดิม) ของตนเองจะคิดว่าตนเองพอจะทำงาน ได้ ช่วยเหลืองานเล็ก ๆ น้อย ๆ ในบ้าน แต่คนในบ้านยังคงมองว่าตนเองไม่ทำงาน ไม่รับผิดชอบ ไม่มี วินัย ซึ่งเท่ากับว่าสมาชิกในครอบครัวนำบทบาทหน้าที่ (การทำงาน) มาใช้วัดคุณค่าของผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนั้น การต่อว่า ต่ำทอนในที่สาธารณะเช่นตลาด ยังเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองอับอาย เพราะเสมือนการผลิตซ้ำความไม่ปกติให้สังคมภายนอกรับรู้

จากภายในพื้นที่ของครอบครัว ออกสู่พื้นที่สาธารณะ ผู้ป่วยส่วนมากได้รับการปฏิบัติที่ไม่ดีจากคนในชุมชน คำว่าไม่ดีนี้ ผู้ป่วยได้ขยายความว่าหมายถึงการไม่ได้รับการต้อนรับ ไม่มีใครพูดด้วย ถึงแม้ผู้ป่วยจะพยายามสนทนากับผู้คนอื่น ๆ แต่ก็ไม่ได้รับการตอบกลับใด ๆ ถูกแบ่งแยกออกจากการรับประทานอาหารเช่นเดียวกับที่ครอบครัวปฏิบัติต่อเขา/เธอ และ พฤติกรรมความรุนแรงต่าง ๆ เช่น ถูกสาदन้ใสเมื่อเดินผ่านหน้าบ้านชาวบ้านที่ไม่ชอบตนเอง หรือ ถูกไล่ให้ไปตายเสียเป็นต้น สิ่งที่น่าสนใจในประเด็นนี้ คือ ผู้ป่วยรายหนึ่ง ไม่คิดอะไรกับคำพูดเหล่านั้น เพราะตัวเขาเองก็เป็นเช่นนั้นจริง ๆ

“ตัวผมเองก็เป็นเช่นนั้นจริง ๆ” คำพูดนี้ทำให้ผู้ศึกษาสนใจเป็นอย่างมาก เพราะ เป็นผลของกระบวนการปลดเปลื้องตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดขึ้นนอกสถาบัน และหากผู้ศึกษา สามารถค้นหากระบวนการที่ก่อให้เกิดคำพูดเช่นนั้นได้ ก็จะช่วยทำให้เข้าใจถึงวิธีการก่อตัวของมลทิน ประทับที่เกิดขึ้น และความรู้นี้จะถูกนำไปใช้ในการพัฒนาเครื่องมือการบำบัดของนักสังคมสงเคราะห์ จิตเวชได้เป็นอย่างดี

งานของ วรารัตน์ ลือไสรงค์ (2541) ยังมีเนื้อหาที่สะท้อนถึงการนิยามตนเองของ ผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งในผู้ป่วยบางราย เขา/เธอพยายามใช้พื้นที่สาธารณะในการต่อสู้เพื่อนิยามตนเองให้ หลุดพ้นจากมลทินต่าง ๆ ที่คนรอบข้างสร้างให้ การช่วยเหลืองานสังคมเป็นหนทางหนึ่งที่ผู้ป่วยมักจะ เลือกทำ โดยเฉพาะงานบุญต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะเข้าไปช่วยด้วยแรงงานของตนเอง หรือในผู้ป่วยบางราย



ก็อาจจะนิยามตนเองขึ้นมาโดยให้ความสำคัญเฉพาะคนในครอบครัว รวมทั้งการปฏิเสธสิ่งๆ ที่ชุมชนสร้างให้อาติการยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยจริง แต่จะไม่เป็นไปตลอดชีวิตเป็นต้น

ในทำนองเดียวกัน งานศึกษาเกี่ยวกับมลทินประทับของ ผ่องศรี ดวงแก้ว (2553) ได้ให้ข้อสรุปที่ใกล้เคียงกับงานศึกษาที่ได้พบทวนมาข้างต้น ทว่ามีรายละเอียดเพิ่มเติมเข้ามา ซึ่งช่วยให้เห็นลำดับการก่อร่างสร้างตัวของมลทินที่เกิดขึ้น ตั้งแต่อย่างก้าวแรกที่เข้ามาในสถาบันจิตเวช ทันทีที่บุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคจิตโรคใดโรคหนึ่ง เขา/เธอจะรู้สึกอาย และต้องการจะปกปิดโรคที่ได้รับวินิจฉัยนั้นเอาไว้ในทันที นั่นเป็นกรณีที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาด้วยตนเอง (Walk In) นอกจากนั้น มลทินประทับยังเกิดขึ้นอย่างรุนแรงมากขึ้นหากว่าบุคคลที่มีอาการทางจิตกำเริบถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจใส่กุญแจมือหรือญาติจับมัดมือไฟหลังมา ก็จะมีสร้างความรู้สึกอายให้กับบุคคลนั้น ๆ เป็นอย่างมาก

มลทินประทับไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะตัวผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วยก็มิได้เป็นผู้สร้างมลทินประทับแก่ผู้ป่วยเพียงทิศทางเดียว งานชิ้นนี้ได้ขยายให้เห็นปฏิสัมพันธ์ของมลทินที่ญาติเป็นได้ ทั้งผู้ผลิตสร้างและผู้ถูกประทับมลทิน เช่นกัน ญาติ ๆ และบุคคลใกล้ชิดจะรู้สึกอายเพื่อนบ้านและคนในชุมชน ก่อให้เกิดความรู้สึกเอือมระอาและมองผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัวตนเอง ถ้าคิดในมุมนี้ จะพบว่า มลทินประทับที่เกิดขึ้นกับญาติและผู้ดูแลได้ทำให้ตัวญาติเองเริ่มวางแผนความสัมพันธ์ในครอบครัวเสียใหม่ เป็นการจัดการกับความสัมพันธ์ที่ก่อความรู้สึกห่างเหิน ไม่สนใจ และการใช้ความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ ต่อผู้ป่วย ผู้ศึกษาขอเรียกสิ่งที่เกิดขึ้นนี้ว่า ผู้ป่วยถูกทำให้เป็นอื่น (The Other) ในพื้นที่ของครอบครัวตนเอง นอกจากนั้นชุมชนก็ยังมอบความเป็น “บุคคลอันตรายและน่ากลัว” ให้กับผู้ป่วย ซึ่งกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยที่จะต้องมาต่อชุมชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

งานวิจัยชิ้นสุดท้ายที่ผู้ศึกษาจะหยิบยกมานำเสนอในประเด็นการปรับประทับมลทินคืองานเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ HIV ของ รพีพงษ์ กันยะมี (2555) ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกที่น่าสนใจเป็นอย่างมากถึงแม้จะไม่ได้ศึกษามลทินประทับในกลุ่มเป้าหมายเดียวกันกับตัวผู้ศึกษาเองก็ตาม

รพีพงษ์ ได้จำแนกเรื่องกำเนิดและการทำงานของมลทินไว้ได้อย่างน่าสนใจ ซึ่งในที่นี้ผู้ศึกษาเสนอเฉพาะหัวข้อที่ รพีพงษ์ ได้สังเคราะห์ออกมาจากการศึกษาเท่านั้น อันได้แก่ มลทินประทับที่เกิดจากอำนาจทางการแพทย์ การปฏิบัติคล้อยตามกันของคนในชุมชน การกล่าวหาหลังความเชื่อเรื่องบาปบุญ, และมลทินที่เกิดจากการฝ่าฝืนอัตลักษณ์ที่ถูกกำหนด

เป็นที่รับรู้กันอยู่ดีอยู่แล้วหากว่าท่านมีความสนใจเกี่ยวกับการทำงานกับผู้คนชายขอบ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช HIV หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม และหากพบทวนแนวคิดหลังสมัยใหม่เรื่องอำนาจของฟูโกต์ ก็จะทำให้เข้าใจถึงอำนาจทางการแพทย์ในรูปแบบของวาทกรรมที่เข้ามามี

อิทธิพลกับผู้ป่วยโรคทางจิตเวช สอดคล้องกับงานศึกษาก่อนหน้าที่ได้ระบุว่า จุดเริ่มต้นของมลทินนั้นเกิดขึ้นตั้งแต่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคใดก็ตาม ในรายนามของโรคใน DSM-IV

เมื่อกล่าวถึง มลทินที่มาจากอำนาจทางการแพทย์แล้ว จึงจำเป็นต้องอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเชื่อมโยงของระบบคุณค่าทางสังคม (Social value) และพฤติกรรมของบุคคลงานศึกษาของ รพีพงษ์ กัญยเมธี (2555) ระบุว่า การเจ็บป่วยด้วยโรค HIV นั้นถูกนำไปผูกโยงกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย ซึ่งขัดแย้งกับความเชื่อเรื่องผัวเดียวเมียเดียวของสังคมไทย อันนำไปผูกโยงเข้ากับศีลธรรมของบริบทสังคมนั้น ๆ เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่สังคมให้คุณค่าทางลบอย่างการใช้สารเสพติด ในส่วนต้นของเนื้อความผู้ศึกษา ได้ระบุว่า ในปีงบประมาณ 2555 ผู้ป่วยโรคจิตเภทคือผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุด นอกจากนั้น จำนวนผู้ป่วยที่รองลงมา คือ ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทอันเนื่องมาจากการเสพยาเสพติดออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, 2555)

จากระบบมหภาค อย่างเช่น อำนาจของชุดความรู้ทางการแพทย์ต่อไป ผู้ศึกษาขอเสนอในระดับจุลภาค คือ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในชุมชน

ชุมชนเองเป็นสถานที่ผลิตซ้ำมลทินประเภทต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย HIV ผ่านการเล่าเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับความอันตรายของผู้ป่วย เป็นการเล่าเรื่องประกอบเหตุผลที่เน้นความน่าเชื่อถือ อันตราย และเน้นคำพูดว่า “นี่คือ ความจริง” เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น (ถูกกล่าวหาว่าเป็น) นอกจากนั้น ยังประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย ๆ อย่าง น้ำเสียงที่ใช้พูดคุยกับผู้ป่วย รวมถึงการคว่ำบาตร นั่นคือ ไม่ติดต่อ ไม่ยุ่งเกี่ยว ตัดขาดผู้ป่วยออกจากกิจกรรมในชุมชนอย่างเช่นในงานศึกษาที่กล่าวไว้ข้างต้น ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีความพยายามเข้าไปช่วยเหลืองานบุญ แต่ก็จะถูกกั้นไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมย่อยบางอย่างเช่น การกีดกันออกจากวงรับประทานอาหาร

สุดท้าย คือ มลทินประเภทที่เกิดจากการฝ่าฝืนอัตลักษณ์ที่กำหนดของผู้ป่วย HIV พฤติกรรมทางเพศเป็นสิ่งที่ถูกนำมากล่าวถึงอีกครั้ง ในมุมมองที่ต่างจากวาทกรรมในขั้นต้น พฤติกรรมทางเพศในที่นี้ หมายถึง สังคมได้ให้ความคาดหวัง กล่าวคือ ผู้ป่วย HIV ไม่ควรจะมีเพศสัมพันธ์อีกต่อไป ทั้ง ๆ ที่การมีเพศสัมพันธ์เป็นแรงขับพื้นฐานของมนุษย์ ผู้ป่วย HIV ยังสามารถมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนต่อไปได้ หากสวมถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่ และอีกสิ่งหนึ่งที่สอดคล้องกับผู้ป่วยจิตเวชก็คือ ความคาดหวังต่อบทบาทของผู้ป่วย HIV เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวของเขา/เธอ มักเอือมระอาไปกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่ช่วยทำงานหาเงิน ไม่ทำงานบ้าน ไม่มีวินัย นอกจากครอบครัวแล้ว จากประสบการณ์ของผู้ศึกษาเอง บุคลากรสุขภาพจิตเองก็เป็นหนึ่งในผู้ตัดสินพฤติกรรมดี/ไม่ดีของผู้ป่วยเช่นกัน เห็นได้ชัดจากความคาดหวังต่อความรับผิดชอบในการทานยาของผู้ป่วย ต้องกินให้สม่ำเสมอ ห้ามขาดยา สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวของ ฟูก์ดท์ ที่กล่าวว่า การทำงานของวินัย (อำนาจ) ที่ดีต้องมีการตรวจสอบ เป็นต้น



สำหรับงานวิจัยต่างประเทศ ในปี ค.ศ. 2002 Charmaine C. Williams และ April A. Collins ได้ทำการศึกษาเรื่อง The Social Construction of Disability in Schizophrenia หลังจากตัวผู้ศึกษาทบทวนงานของ Williams และ Collins ผู้ศึกษาพบประเด็นที่น่าสนใจซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดขึ้นของมลทินประทับในผู้ป่วยจิตเวช ในหัวข้อ The Construction of Disconnection “It Made Me Feel Alienated from All My Friend” นั่นคือ การความเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นกับบุคคล ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างตัวผู้ป่วยบุคคลใกล้ชิดนั้นคือเพื่อนและครอบครัว ในที่นี้ Williams และ Collins ไม่ได้นำเสนอผลงานในมุมมองของการประกอบสร้างตัวตน หรือวิธีการจัดการกับความสัมพันธ์ หากแต่นำเสนอสถานการณ์ที่ผู้ป่วยสะท้อนออกมา โดยสิ่งที่สะท้อนออกมานั้นเรียกได้ว่า เป็นปฏิบัติการของมลทินประทับที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยคนหนึ่งได้อธิบายประสบการณ์ที่ทำให้ตัดขาดความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Disconnection) กับบุคคลแวดล้อม โดยผู้ป่วยคนดังกล่าวอธิบายว่า

“ไม่มีใครให้ความมั่นใจในตัวฉัน พวกเขาเอาแต่ถามคำถามฉัน แล้วก็บอกว่าฉันเป็นแค่ผู้ป่วย” (Williams & Collins, 2002, p. 302)

เมื่อมองจากมุมมองของผู้ป่วย ในบางกรณีบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุดกลับเป็นผู้ที่สร้างความรู้สึกของการมีมลทินประทับให้กับผู้ป่วย ให้กลายเป็นคนแปลกแยก (Alienate) ในครอบครัว เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยไม่ยอมรับความเจ็บป่วย ไม่ได้รับการรักษา เพราะฉะนั้นเมื่อครอบครัวให้ข้อมูลความเจ็บป่วยแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยซึ่งไม่ได้เห็นความเจ็บป่วยของตนเอง จะเกิดความรู้สึกว่าครอบครัวให้ข้อมูลความเจ็บป่วยที่เกินจริงไปมาก เสมือนว่าไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวเป็นต้น ในทางตรงกันข้าม การตัดขาดความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Disconnection) และการสร้างความแปลกแยกให้กับผู้ป่วยนั้นก็ยังเกิดขึ้นได้ในกรณีตรงกันข้าม กล่าวคือเกิดจากความไม่พอใจที่ผู้ป่วยทานยาจิตเวชอย่างต่อเนื่อง เพราะยาที่ทานมีส่วนในการตีตราว่าเป็นโรคจิตเภท ครอบครัวจึงต้องการให้ผู้ป่วยหยุดทานยา ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยเองเห็นความสำคัญของการทานยา รับรู้ว่าอาจเจ็บป่วยอีกครั้งถ้าขาดยา

ผู้ป่วยรายหนึ่งถึงกับบอกว่า การเจ็บป่วยทางจิตนั้นเหมือนทำให้ตนเองถูกแยกออกจากส่วนที่เหลือของโลก (The Experience of Mental Illness Separate them from the Rest of the World) หรือในภาษาไทยคือการเจ็บป่วยทางจิตทำให้สูญเสียทุกอย่างบนโลกใบนี้ เหตุที่กล่าวเช่นนั้น เพราะว่าผู้ป่วยบางคนต้องสูญเสียเพื่อน การตัดความสัมพันธ์ทางสังคมถูกกระทำผ่านการเน้นย้ำความแตกต่างของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่นการย้ำความผู้ป่วยนั้นแตกต่างจากคน ๆ เดิมในอดีตอย่างไร

จากงานของ Williams และ Collins นอกจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนของผู้ป่วยแล้ว ยังพบว่าคนในชุมชนเองก็มีบทบาทในตัดความสัมพันธ์ทางสังคม (Disconnection) โดยการข่มขู่ผู้ป่วย และหาเรื่อง

“บางครั้ง คนในชุมชนก็ส่งเสริมการไม่คบค้าสมาคมจากสิ่งที่พวกเขาปฏิบัติ ฉันทกำลังพูดถึงชายคนหนึ่งที่ยกตำราวจมาจับฉันทัน คนนั้นเป็นคนมีท่าทางไม่เป็นมิตรซึ่งอยู่ตามตึกประมาณจะทำให้ฉันทันเป็นเป้าหมายของการหาเรื่อง” (Williams & Collins, 2002, p. 303)

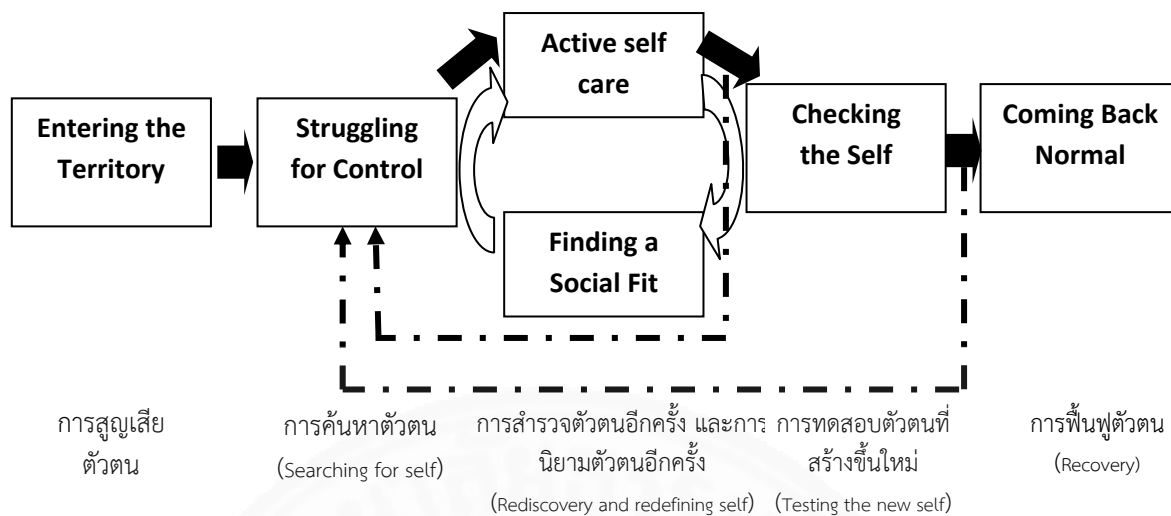
ประเด็นสุดท้าย คือ การลดคุณค่าของบุคคล (Devaluation) โดยสถาบัน (Institution) และสังคม (Society) นั้น มีวิธีการลดคุณค่าของคนหลากหลายวิธี เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชนั้นดูด้อยค่าลงไป บุคลากรทางสุขภาพจิตบางคนนั้น เลือกรักษาเฉพาะผู้ป่วยบางคน และการเลือกนั้นมีข้อกังขาอยู่ว่า ผ่านการคัดกรองที่ละเอียดถี่ถ้วนแล้วหรือไม่ ในที่นี้ผู้ป่วยจิตเวชคนหนึ่งกล่าวว่า “They Just want to Somewhere where they Could Throw their Weight Around” (Williams & Collins, 2002, p. 304) นั้นหมายความว่า ในมุมมองของผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพจิตผู้ที่มีหน้าที่คัดกรองนั้นเพียงแค่ต้องการอยู่ในที่ ๆ พวกเขาจะสามารถอวดแข่งกับคนอื่นได้ มีอำนาจในการตัดสินว่าใครป่วยหรือไม่ป่วย และเมื่อวิเคราะห์หลังไปแล้ว ผู้ศึกษาเห็นว่า ผู้ป่วยกำลังสะท้อนความเห็นที่ลึกซึ้ง ในแง่ที่ว่า ในขณะที่ผู้ที่ถูกตัดสินว่าป่วยนั้นถูกลดคุณค่าลง ในทางกลับกันผู้คัดกรองกลับเกิดความรู้สึกว่าตนเองเหนือกว่า นอกจากนั้น มุมมองของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชซึ่งอยู่ในสถานะคนพิการ เมื่อเขา/เธอมีความประสงค์จะใช้บริการทางการแพทย์ตามสิทธิ์ที่พึงได้รับ กลับถูกบุคลากรสาธารณสุขมองว่า พวกเขา/เธอจะลี้ภัยเข้ามาโกง หากินกับระบบสุขภาพ เป็นต้น

โดยสรุป งานของ Williams และ Collins สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติการของมลทินประทับในผู้ป่วยจิตเวช และผู้สร้างมลทินต่าง ๆ ก็คือ บุคคลแวดล้อมของผู้ป่วยเอง ประหนึ่งว่ามลทินประทับเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น ไม่มีตัวตน ทว่าผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ และส่งผลกระทบต่อชีวิตทางสังคมของผู้ป่วยไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง

## 2.7.2 งานศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับมลทินประทับ

### 2.7.2.1 แนวคิดการฟื้นตัวของผู้ป่วยของ Joyce M. Shea

งานวิจัยของ Joyce M. Shea ใช้ชื่อว่า Coming Back Normal: The process of Self-Recovery in Those with Schizophrenia และเธอได้นำเสนอสิ่งที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่งนั่นคือ ทฤษฎีของการฟื้นตัวของผู้ป่วย (Theory of Self-Recovery) ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ตามแผนภาพดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2.4 กระบวนการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภท (The Process of Self-recovery). from “Coming back to normal: the process of self-recovery in those with schizophrenia,” (p. 46), By Joyce M. Shea, 2010, *Journal of the American psychiatric nurse association*, pp. 45-49. Retrieved April 3, 2014. From <http://jap.sagepub.com/content/16/1/43>.

แผนภาพที่ 2.4 ของ Shea น่าสนใจเป็นอย่างมาก นั้นเพราะง่ายต่อการทำความเข้าใจ สำหรับ Shea แล้ว กระบวนการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภทถูกแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน และในบางขั้นตอน สามารถย้อนกลับไปได้

ผู้ป่วยจิตเภทจะต้องผ่านขั้นที่หนึ่งนั่นคือขั้นที่เริ่มมีอาการทางจิตเกิดขึ้น นั่นคือผู้ป่วยกำลังเข้าสู่พื้นที่ของความผิดปกติทางจิต เริ่มมีอาการพื้นฐานของโรคจิตต่าง ๆ เกิดขึ้น ในขั้นนี้เอง ผู้ป่วยจะเริ่มสูญเสียทักษะต่าง ๆ ของตนเอง อาทิ ความสามารถในการดูแลตัวเอง การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลแวดล้อม และเป้าหมายในชีวิตหายไป จากนั้น ผู้ป่วยจะเริ่มเข้าสู่ขั้นที่ 2 ซึ่งในขั้นนี้ผู้ป่วยจะต้องต่อสู้กับอาการวิหยาที่เกิดขึ้น เพื่อควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้ได้ ขั้นนี้สามารถเห็นได้ชัดในประเด็นสุขอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งในขั้นนี้เป็นพื้นที่ในการต่อสู้แย่งชิงการควบคุมตนเอง ดังสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทคนหนึ่ง กล่าวว่า

“ฉันอยากอาบน้ำทุกวัน ฉันเหนื่อยอย่างมากและรู้สึกเหมือนต้องบังคับตัวเองให้ทำเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ทุกอย่าง มันคือความพยายามอย่างหนักและบางครั้งฉันไม่อาบน้ำ ฉันรู้ว่าต้องอาบน้ำ ฉันจะรู้สึกแย่และฉันก็ไม่ได้อาบน้ำ” (Shea, 2010, p. 46)

เราสามารถเห็นถึงถ้อยคำที่บ่งบอกถึงความพยายามในการต่อสู้กับตนเองของผู้ป่วยในการอาบน้ำ ซึ่งอาจดูเป็นเรื่องปกติทั่วไป ทว่าเป็นเรื่องสำคัญอย่างมากในกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์และอาชีพบำบัดที่คาดหวังให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่าง

สม่ำเสมอ การต่อสู้ที่เกิดขึ้นนั้นจะสร้างความสับสนและบอยครั้งที่ความเฉื่อยชา (Inertia) ที่เกิดขึ้นนั้นมีอำนาจต่อผู้ป่วยอย่างมากในทุก ๆ อย่างก้าวของชีวิต ส่งผลต่อความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้คนรวมถึงการสูญเสียบทบาททางสังคมของตนเองไป มากไปกว่านั้นผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวกลัวเนื่องจากรู้ว่าสิ่งที่เป็นอยู่นั้นยากที่รักษา

กระบวนการในขั้นต่อมา คือ ขั้นของการดูแลตนเอง (Active Self Care) ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องเอาชนะสิ่งที่ตนเองต่อสู้ให้ได้ ต้องเอาชนะความเฉื่อยชาที่เกิดขึ้นในตนเอง เพราะการดูแลสุขอนามัย รวมถึงภาพลักษณ์ของตนเอง คือสิ่งที่จะทำให้กลับมาเป็นปกติ (Normal) ซึ่งถ้าไม่สามารถผ่านพจนานุกรมนี้ได้ ก็เท่ากับว่าผู้ป่วยจะย้อนกลับมาในขั้น การดิ้นรนเพื่อควบคุมตนเอง (Struggling for Control)

นอกจากนั้น ผู้ป่วยต้องเรียนรู้หนทางการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลแวดล้อมให้ได้ ผู้ป่วยบางคนอาจสามารถสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นได้มากมายซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จ แต่ในทางกลับกันที่ผู้ป่วยบางคนยังคงมีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพ ทำให้เขา/เธอมีเพื่อนน้อย หรืออาจไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพได้เลยก็เป็นได้ สิ่งที่ผู้ศึกษาเห็นว่ามีความสำคัญคือการสร้างสัมพันธภาพว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีการสร้างสัมพันธภาพอย่างไร มีวิธีคิด เทคนิค และกระบวนการปฏิบัติอย่างไร สำหรับงานศึกษาของ Shea เธอยกตัวอย่างบทสัมภาษณ์ของบุคคลหนึ่งที่กล่าวถึงผู้ป่วย ผู้ศึกษาเห็นว่า ผู้ป่วยบางคนสามารถนำเอาเรื่องราวการสูญเสียของตนเองที่มีความเหมือนกับผู้อื่นมาใช้สร้างสัมพันธภาพ สร้างอัตลักษณ์ใหม่ของตนเองขึ้นมาด้วยเรื่องราวประสบการณ์ของตนเอง

“ฉันสูญเสียลูกชายและลูกสาว . . . และเธอ(ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยซึ่งคือผู้ป่วยจิตเภท) ก็สูญเสียสามี คุณรู้ว่าเราทั้งสองต่างช่วยเหลือซึ่งกันและกันและมันได้ผล . . . ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว เราต่างมีชีวิตขึ้น ๆ ลง ๆ และเมื่อบางอย่างผิดพลาด ฉันจะโทรหาเธอ . . . และถ้ามีอะไรผิดพลาดเกิดขึ้นกับเธอ เธอก็จะโทรหาฉันเช่นกัน” (Shea, 2010, p. 47)

การดูแลตนเอง และเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ผู้ศึกษามองว่า สะท้อนให้เห็นถึงการประกอบสร้างตัวตนของผู้ป่วยที่เริ่มเป็นรูปเป็นร่าง อย่างน้อยที่สุด เขา/เธอสามารถสร้างภาพลักษณ์ภายนอกให้เป็นที่ยอมรับของสังคม และการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นก็แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยแน่ใจแล้วว่าตนเองคือใคร เท่ากับว่าการตอบโต้ของ The I และ The Me ของผู้ป่วยเริ่มเกิดขึ้นอย่างสอดคล้องกับความเป็นจริง

ขั้นต่อไป คือ การตรวจสอบตัวตนของตนเอง (Checking the Self out) ผู้ศึกษามีความเห็นว่า ขั้นนี้จะเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจะต้องตระหนักในมลทินของตนเองเสียก่อน จึงพยายามที่จะสร้างตัวตนขึ้นมาใหม่ จากงานของ Shea ได้ข้อสรุปของว่า ในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยจะเริ่มทดสอบตัวตน (The I) ที่กำลังเผยออกมาของตนเองให้บุคคลแวดล้อมเห็นเช่นคนในครอบครัว เป็นต้น

จากนั้นจึงนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุงตามที่คนอื่น ๆ มองตนเอง (The Me) ในทางกลับกันกับผู้ที่ไม่สามารถผ่านขั้นนี้ไปได้ พวกเขาและเธอจะมีรู้สึกอ่อนไหวกับสิ่งที่คนอื่นมองตนเองหรือแสดงออกต่อตัวตนที่ตนเองพยายามสร้าง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีวิธีคิดในลักษณะนี้รู้สึกทางลบ และตอกย้ำตนเองด้วยคำพูดของบุคคลอื่นก็เป็นได้ ผู้ป่วยที่มีวิธีคิดในลักษณะนี้ นอกจากจะไม่สามารถพัฒนาไปถึงขั้นกลับสู่ความปกติ (Back to Normal) แล้ว ยังอาจต้องย้อนกลับไปในขั้น การตื่นรนเพื่อควบคุมตนเอง

สุดท้าย คือ การกลับคืนสู่ความเป็นปกติ (Coming Back Normal) ความปกติของผู้ป่วยนั้นถูกนิยามและให้ความสำคัญที่แตกต่างกันไป บางคนให้ความสำคัญที่การหายไปอาการหูแว่ว ในผู้ป่วยบางคนให้ความสำคัญกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังจากการที่อาการดีขึ้น โดยเปรียบเทียบกับความรู้สึกในขณะที่ถูกวินิจฉัยว่าเจ็บป่วย ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำหน้าที่ของตนเองได้ มีเป้าหมายในชีวิต และสามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของขั้นตอนที่จะต้องปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตนวางเอาไว้ของตนเองได้ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถพัฒนาการรับรู้แห่งตน (Self Awareness) โดยสมบูรณ์ นั่นคือการกลับมาสู่ภาวะความเป็นปกติ

ดั่งนั้นงานวิจัยของ Shea จึงเป็นการนำเสนอภาพรวมของกระบวนการฟื้นฟูตัวตนของผู้จิตเภทโดย Shea ได้สังเคราะห์ออกมาเป็นทฤษฎีการฟื้นฟูตัวตน (Theory of Self-Recovery) และในกระบวนการทั้งหมดของการฟื้นฟูตัวตนนั้น สะท้อนให้เห็นถึงวิธีการที่ผู้ป่วยได้นำมาใช้เพื่อประกอบสร้างชิ้นส่วนต่าง ๆ ของตัวตนที่เคยสูญเสียไปในขณะที่เกิดความเจ็บป่วย ยกตัวอย่างเช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นซึ่งผู้ป่วยรู้จักนำส่วนที่ตนเองมีคล้ายคลึงกับผู้อื่นในการสนทนาและเริ่มความสัมพันธ์ที่ดี นำไปสู่การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หรือแสดงให้เห็นถึงกระบวนการคิดของผู้ป่วยเอง ซึ่งเลือกที่จะปรับปรุงตนเองเมื่อรับรู้การตอบสนองของพฤติกรรมของตนเองที่แสดงออกไปแทนที่จะรับเอาสิ่งที่ผู้อื่นสะท้อนในแง่ลบเข้ามาเป็นความจริงของตนเอง

### 2.7.2.2 ปฏิบัติการตอบโต้ต่อมลทินของผู้ป่วยจิตเวช

หากนำแนวคิดการฟื้นฟูตัวตนของ Shea เป็นหลักในการมองการจัดการกับมลทินประทับแล้ว ผู้ศึกษาเห็นว่างานที่สอดคล้องกับ กระบวนการฟื้นฟูตัวตนของ Shea คือ งานศึกษาของเรื่อง การดำรงอยู่ทางสังคมของผู้ป่วยทางจิตในท้องถิ่นอีสานของ อัฐมา โภคาพานิชวงษ์ (2549) ได้กล่าวถึงประเด็นเกี่ยวกับการตอบโต้ของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชนเอาไว้ อย่างน่าสนใจต่อไปนี้

(1) **การนิยามความเจ็บป่วยขึ้นเสียใหม่** ซึ่งเท่ากับเป็นการหยาบยืมเอาอำนาจของการแพทย์สมัยใหม่ ที่อาจคุ้นเคยในมิติทางลบ กดขี่ สร้างความไม่เท่าเทียม และเป็นหนึ่งในกระบวนการแรกเริ่มของมลทินที่ติดตัวผู้ป่วยไปตลอดชีวิต แต่ทั้งนี้ เราต้องเข้าใจว่า ความเจ็บป่วยทางจิตเป็นสิ่งที่มิพวัตเช่นเดียวกับเรื่องอื่น ๆ ยกตัวอย่างเช่นในภาคเหนือ ก่อนที่ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์จะแพร่หลายอย่างเช่นปัจจุบัน ผู้คนเชื่อว่าเป็นเรื่องของอำนาจเหนือธรรมชาติ (ผีทำ) หรืออำนาจอัน



ผิดธรรมชาติ (ไสยศาสตร์) ซึ่งเป็นความเชื่อที่มีมาตั้งแต่อดีตจนกระทั่งปัจจุบัน (กรองจิตต์ เมืองวุฒิ, 2537)

ในสังคมที่ผู้คนมีความชื่นชมในการอธิบายแบบวิทยาศาสตร์ก็จะมองว่า ความผิดปกติทางจิตเป็นนั่นเกิดจากสารเคมีในสมอง ซึ่งอาจเกิดจากพันธุกรรม การใช้สารเสพติด หรือ สถานการณ์ที่ตึงเครียด รวมไปถึงความยากจน เป็นคนชายของต่าง ๆ ซึ่งก็มองหมายมลทินในลักษณะ หนึ่งเอาไว้ แต่ในสังคมที่ยังมีความเชื่อเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ เรื่องผี เรื่องคุณไสย สิ่งเหล่านี้ได้ มอบมลทินประทับอีกแบบหนึ่งให้กับคนในชุมชนชนบท เช่นเดียวกัน เท่ากับว่าเกิดการแย่งชิงพื้นที่ การอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตขึ้นมาในชุมชนชนบท

เป็นที่แน่นอนว่าผู้ป่วยและญาติในชนบท ไม่เข้าใจการอธิบายสาเหตุของ โรคจิตเวช ผู้ศึกษาเห็นด้วยว่า เป็นการยากที่จะเข้าใจว่า Mesolimbic และ Mesocortical Tract นั้น คืออะไรหรืออะไร คือ โดปามีน ทว่าในความไม่เข้าใจนั่นเอง การที่แพทย์สมัยใหม่บอกว่า สิ่งที่เกิดขึ้น เป็น “โรค” และคำว่า “โรค” นั้นเป็นสิ่งที่มีความเป็นรูปธรรม จับต้องได้มากกว่าอำนาจเหนือ ธรรมชาติที่ตนเองเคยเข้าใจ เพราะฉะนั้นผู้ป่วยและญาติจึงรู้สึกว่ หากอธิบายการเจ็บป่วยว่า เป็นโรคแล้ว เท่ากับว่าสามารถควบคุมมันได้ กล่าวคือ สามารถรักษาและเยียวยาได้ จึงเกิดเป็น การเปลี่ยนแปลงและนิยามตนเองขึ้นมาใหม่โดยใช้วาทกรรมทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติอาจขอให้ ชุมชนเรียกผู้ป่วยว่า “ผู้ป่วยจิตเวช” แทนคำว่า “ผีบ้า” เพราะฟังสบายกว่า

ถึงแม้ว่าจะมีการอธิบายตนเองเสียใหม่ จากผีบ้าเป็นผู้ป่วยจิตเวช กระนั้นการยอมรับอำนาจการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาแทนความเชื่อดั้งเดิมของชุมชนก็ยังคงพิจารณา ว่าเป็นปฏิสัมพันธ์เช่นเดียวกัน ผลของการเลือกชุดความรู้แพทย์สมัยใหม่มานิยามตนเองของผู้ป่วย คือ ชุมชนก็ได้ใช้สิ่งเดียวกันเข้ามาจัดการ ควบคุม และสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจเสียใหม่ให้ผู้ป่วยตกอยู่ ในสภาวะชายขอบอีกครั้ง การจัดการความสัมพันธ์เชิงอำนาจใหม่ที่ว่าคือ ชุมชนได้กำหนดว่าสิ่งใดที่ ผู้ป่วยจะทำได้หรือทำไม่ได้ โดยการชู่ว่าจะจับส่งโรงพยาบาล หรือการย่วยผู้ป่วยให้เขา/เธอก้าวผ่าน เส้นบาง ๆ ที่ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อตัดสินว่าผู้ป่วยจะเป็นอันตรายหรือไม่ขึ้นมา เป็นต้น

**(2) ใช้ประโยชน์จากบริบททางสังคมวัฒนธรรม** ผู้ป่วยแต่ละคนมีพื้นที่ทาง สังคมที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับระดับของความเจ็บป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยจะถูกจำแนกประเภท (Categorization) ซึ่งจะส่งผลต่อการจัดลำดับชั้นที่แตกต่างกัน (Hierarchy) ยกตัวอย่าง เช่น คน จิตไม่ดี ผู้ป่วยจิตเวช เป็นประสาท บ้า และอผีบ้า ตามระดับความรุนแรง ดังนั้นในชุมชนจึงมีทั้งผู้ป่วย จิตเวชขั้นต่ำสุดที่ถูกเรียกว่าอผีบ้า และผู้ป่วยจิตเวชขั้นนี้ ตัวอย่างเช่น ในกรณีของครูหรือพระสงฆ์ ที่ป่วย จะถูกเรียกว่าจิตไม่ดี และนอกจากจะพบว่า ชุมชนได้แบ่งลำดับชั้นของผู้ป่วยแล้ว ยังพบว่า ชุมชนมีรูปแบบของการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ต่างกันออกไปตามอาการของผู้ป่วย ยกตัวอย่าง เช่น หาก ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตกำเริบ หรือในกรณีที่อาการทางจิตนั้น ๆ ไม่ได้เป็นการรบกวนชุมชน ผู้ป่วย

ก็จะสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ แต่ถ้าอาการกำเริบ ก็จะถูกแยกออกจากชุมชน โดยการนำตัวส่งสถาน บันจิตเวชต่าง ๆ ในจุดนี้ ผู้ศึกษามีความเห็นว่ายิ่งผู้ป่วยถูกส่งเข้ารับการบำบัดบ่อยครั้งเท่าใด ก็ยิ่ง เท่ากับเป็นการประทุษร้ายจิตใจให้ชัดเจนมากขึ้นเท่านั้น มาถึงตอนนี้ ไม่ว่าจะนิยามอาการของตนเองว่า อะไร ก็ไม่อาจต่อรองกับมลทินที่ชุมชนจะมอบให้ได้อีกต่อไป ผู้ป่วยยอมถูกชุมชนจับจองมากขึ้น เท่านั้น เพราะเกรงกลัวว่าจะเป็นอันตรายต่อชุมชน สร้างความรู้สึกที่ไม่ต่างอะไรจากนักโทษในเรือนจำ เพราะฉะนั้นจะเห็นว่า แม้ในผู้ป่วยจิตเวชก็ยังมีลำดับชั้น สะท้อนให้เห็น ถึงความไม่เท่าเทียมกันในชุมชน และเป็นข้อสังเกตของผู้ศึกษาว่า ลำดับชั้นที่กล่าวมานั้น สามารถ เปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ เพราะงานศึกษาของธรรมาเสนอให้เห็นว่า มีการใช้พื้นที่และพิธีกรรมทาง ศาสนาในการเยียวยาตนเองของผู้ป่วยจิตเวช เช่น การบวช ถึงแม้ว่าตามหลักของพระพุทธศาสนา จะห้ามผู้วิกลจริตบวชเป็นภิกษุ แต่การบวชในลักษณะดังกล่าวก็เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในชุมชน

หากจะมองว่าการนำตนเองเข้าไปในพื้นที่ทางศาสนา เป็นวิธีการใน การต่อรองหนึ่ง เป็นการใช้พื้นที่ทางศาสนาในสร้างความหมายใหม่ให้กับตนเอง พื้นที่ทางศาสนาเป็น เสมือนพื้นที่ที่ได้รับการยกเว้นจากมลทิน แต่สำหรับผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ ที่ไม่ได้เลือกวิธีการต่อรองเช่นนี้ ก็ยังต้องต่อสู้กับมลทินที่ถูกสร้างขึ้นจากชุมชนอย่างต่อเนื่องผ่านการจัดจำแนกประเภท และ การกำหนดเส้นบาง ๆ ที่จะคอยจับจองและตัดสินพฤติกรรมว่าปลอดภัยหรืออันตราย ของตนเอง ต่อไปไม่จบไม่สิ้น

### (3) การหลีกเลี่ยงวาทกรรมเดิม ๆ และสร้างวาทกรรมใหม่

ข้อค้นพบจากกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่าง (ผู้ป่วย HIV) ซึ่งน่าสนใจ ก็คือ ผู้ป่วย HIV ต้องดำเนินตามกรอบความคาดหวังของความประพฤติในชุมชน จากงานของ รพีพงษ์ กันยะมี (2555) ผู้ศึกษาสรุปได้ว่า ปัจจุบันเริ่มมีการผลิตวาทกรรมที่หลีกเลี่ยงการผูกโยง HIV เข้ากับ ศีลธรรมจรรยา แต่หันไปสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการใช้ยาด้วยความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น เช่นความคาดหวังให้ผู้ป่วยต้องขยันทำมาหากิน เพราะว่า HIV เป็นโรคที่ต้องทานยาตลอดชีวิตและ งดใช้ยาไปกับสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์เช่น เหล้า ซึ่งหากพิจารณาดูแล้ว แทบจะไม่ต่างอะไรจากที่ผู้ศึกษา เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติงานกับหน่วยงานสุขภาพจิตแต่อย่างใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับตัวเจ้าหน้าที่ที่ ทำงานร่วมกับผู้ใช้บริการ(ผู้ป่วยจิตเวช) ยา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ครอบครัวบางครั้งต้องการให้ผู้ป่วยทำงาน ช่วยงานบ้าน หรือแม้แต่ช่วยเหลืองาน ชุมชน เป็นต้น

เสมือนว่า ความเป็นปกติจะเป็นหนทางที่คนชายขอบบางส่วนต้องการ เป็นหนทางสู่การได้รับการยอมรับในชุมชน จากงานศึกษาของ จุฑารัตน์ อภิวัฒน์ธรรกุล (2546) โดยหนึ่งในวิธีการตอบโต้ต่อมลทินประทุษ คือ การปฏิบัติตนให้อยู่ในกรอบของสังคมไทย ไม่ประพฤติ นอกกรอบนอกทาง เพราะพวกเขาคิดว่าคนตาบอดมักถูกตำหนิและเพ่งเล็งมากกว่าคนทั่วไป แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น



หญิงตาบอดในงานศึกษาของ จูซาร์ตัน แสดงให้เห็นถึงวิธีการที่พวกเขาใช้เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับคนตาบอดด้วยกัน ด้วยการพัฒนาตนเองอยู่เสมอเพื่อช่วยเหลือคนตาบอดคนอื่น ๆ โดยการหาประสบการณ์ชีวิตให้กับตนเอง เช่นการเข้าอบรม และสิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ การมีงานทำ

### 2.7.2.3 ปฏิสัมพันธ์กับมลทินประทับในเงื่อนไขความสัมพันธ์ต่าง ๆ

งานศึกษาเรื่อง Awareness of Stigma Among Person with Schizophrenia ของ Janis Hunter Jenkins and Elizabeth A Carpenter-Song (2009) ได้กล่าวถึงการปฏิสัมพันธ์ที่ตัวผู้ป่วยจิตเวชมีกับมลทินประทับ ได้แก่

#### (1) ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relations)

ในที่นี้ คือ ผู้ป่วยจะตระหนักถึงมลทินประทับที่ก่อตัวขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับคนแปลกหน้าในที่สาธารณะ ไม่ว่าจะเป็นห้างสรรพสินค้า ท้องถนน รถประจำทาง สวนสาธารณะ ร้านกาแฟ หรือแม้กระทั่งสำนักงานสวัสดิการสังคมต่าง ๆ (Welfare Offices) ผู้ป่วยตระหนักถึงมลทินที่เกิดขึ้นได้จากการสังเกตจากภาษาพูดและท่าทางที่แสดงให้เห็นว่าตนเองเป็นผู้ป่วยทางจิต (Mental Illness) คนประหลาด (Strange) บุคคลน่ากลัว (Frightening) หรือพวกที่มีสติปัญญาและความสามารถทางสังคมน้อย (Lesser of intellectual and Social Capacity)

หญิงชาวอเมริกันคนหนึ่งซึ่งเจ็บป่วยทางจิตมาเป็นเวลา 21 ปี พยายามที่จะปิดบังความเจ็บป่วยของเธอและไม่ยอมเปิดเผยให้กับผู้อื่นทราบนอกจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อสนิท ได้กล่าวว่า

ผู้ป่วย:

“ทุกคนที่ฉันรู้จักเช่นญาติและเพื่อนสนิทจะรู้ว่าฉันมีความเจ็บป่วย แต่สำหรับคนอื่นที่ฉันไม่รู้จักจะไม่ทราบถึงความเจ็บป่วยของฉัน . . . เวลาที่ฉันไปสำนักงานสวัสดิการสังคม ซึ่งมีผู้หญิงคนหนึ่งที่นี่จะรู้ว่าฉันมีความเจ็บป่วยทางจิต บางครั้งฉันรู้สึกเหมือนมองฉันในทิศทางที่เปลี่ยนไป ฉันก็แค่อยากจะเดินไปในทิศทางที่ถูกต้อง ถูกวิธี โดยไม่ให้คนอื่นรู้ว่าฉันมีบางอย่างที่ผิดปกติ”

ผู้วิจัย: “อะไร คือ วิธีที่คุณบอกว่าเหมาะสม”

ผู้ป่วย:

“เอาหละผู้ป่วยคนอื่น แค่เดินเข้ามาแล้วบอกว่า คุณรู้ไหมว่าฉันป่วย ฉันมีปัญหา แต่สำหรับตัวฉันเอง ฉันต้องการจะปิดบังมันเอาไว้ ฉันไม่ต้องการให้คนอื่นรับรู้มันอย่างแจ่มชัด เพราะว่าคนบางคนสามารถสร้างความเจ็บปวดให้กับฉันได้ อืม . . . พวกเขาอาจจะพูดว่า เกิดอะไรขึ้นกับคุณ? คุณก็รู้ว่าคุณพวกนั้นเป็นอย่างไร พวกเขาก็แค่ล้อเล่นสนุก ๆ” (Jenkins & Carpenter-Song, 2009, p. 523)

## (2) ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน (Work Relation)

ผลการศึกษาของ Janis และ Elizabeth พบว่า ร้อยละ 36 ของกลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักถึงมลทินประตักที่เกิดขึ้นในบริบทของสถานที่ทำงาน ที่เพื่อนร่วมงานจะมองผู้ป่วยว่าเป็นศัตรู (Hostile) หรือมีความเกรงกลัว (Fearful) ต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยมักได้รับการแสดงพฤติกรรมความหยาบคายและไม่เชื่อถือจากเพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้างาน

ตัวอย่างหนึ่งที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างมลทินประตักและอาการทางจิตของผู้ป่วยแอฟริกัน-อเมริกัน อายุ 39 ปี ผู้ซึ่งทำงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เริ่มเกิดรู้สึกไม่สะดวกสบาย (Uncomfortable) ในที่ทำงานเพราะเขาต้องกินยารักษาโรคจิต นำไปสู่การหยุดทานยาเอง แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นทั้งผลของการทานยา และเมื่อผู้อื่นรับรู้ความเจ็บป่วยของเขา

“ตอนที่ผมทำงานที่โรงพยาบาล ผมหยุดกินยาประมาณสองสัปดาห์ เพราะว่าผมรู้สึกไม่ดีที่จะต้องกินยา มันทำให้ดูเหมือนผมเป็นผู้ป่วยจิตเภท อิม . . . แทนที่จะให้ความรู้ตัวผมหรือให้ความรู้คนอื่น ๆ เกี่ยวกับโรคจิตเภท ผมเลือกการหยุดกินยา ซึ่งมันแย่มาก ผมต้องเข้าพบหัวหน้างานและเขาให้ผมพักงานชั่วคราว และเมื่อผมกลับมาทำงาน พวกเขาก็ยังจ่ายเงินผมเหมือนเดิม และตอนนี้พวกเขาเข้าใจแล้วว่าผมเจ็บป่วยทางจิต ในวันที่ผมกลับมา ผมแทบไม่รู้ว่าจะต้องทำอย่างไร หรือต้องบอกพวกเขาอย่างไรว่าเกิดอะไรขึ้น มันยากมากสำหรับผม” (Jenkins & Carpenter-Song, 2009, p. 524)

## (3) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Family Relation)

ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิตเวชอยู่นั้น จะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับงานศึกษาของ วัชรภรณ์ ลือโรสงค์ นั่นคือมีการกีดกัน) จากสมาชิกคนอื่น ๆ ของครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวจะพยายามใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อกีดกันให้ผู้ป่วยออกไปจากที่ ๆ เขาอยู่ หรือพยายามทำให้ผู้ป่วยเป็นแพะรับบาปของครอบครัว

ผู้ป่วยคนหนึ่งอธิบายให้เห็นว่า

“ไม่ว่าพวกเขา (สมาชิกในครอบครัว) จะอยู่ใกล้กับฉันหรือไม่ พวกเขาจะพูดถึงฉันตลอดเวลา ชื่อฉันแทบจะอยู่ในทุก ๆ ประโยคที่พวกเขาพูดออกมา และฉันยังรู้ว่าจะทำไมพวกเขาไม่อยากจะอยู่ใกล้ ๆ ฉันก็เพราะว่ามันทำให้พวกเขามองเห็นบางอย่างในตัวพวกเขาเอง เห็นบางอย่างที่รบกวนจิตใจของพวกเขา . . . นี่แหละครอบครัวฉัน มันก็แค่กลไกการป้องกันตัว” (Jenkins & Carpenter-Song, 2009, p. 524)

จากคำกล่าวของผู้ป่วยถึงสามารถสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยรู้และเข้าใจ สิ่งที่ครอบครัวแสดงออก ผู้ป่วยเข้าใจกลไกการทำงานของจิตใจสมาชิกคนอื่น ๆ ที่ย่อมเกิดจากการปะทะกันระหว่างหน้าที่ความรับผิดชอบ กล่าวคือ สมาชิกเองก็ตระหนักผู้ป่วยเป็นคนในครอบครัวของตน แต่ทั้งนี้ อีกฝั่งหนึ่งของจิตใจก็พยายามจะหลีกเลี่ยง กีดกันผู้ป่วยอย่างสุดความสามารถ

ตัวอย่างของการแสดงออกถึงการกีดกันผู้ป่วยจิตเวชออกจากกิจกรรมการมีส่วนร่วมกับสมาชิกในครอบครัวจากคำกล่าวของ หญิงชาวอเมริกันวัย 41 ปี

“ฉันรู้สึกจริง ๆ นะว่าพ่อกับแม่อับอายที่ฉันป่วยด้วยเหตุผลบางประการ . . . มันเป็นแค่ความรู้สึก . . . คุณรู้ใช่ไหม? พวกเขาไม่รู้หรือว่าฉันเปลี่ยนไปเยอะแค่ไหนจากคนที่ฉันเคยเป็น ฉันดูเหมือนคล้ายกับสิ่งที่พวกเขาอยากให้เป็น พวกเขาไม่รู้หรือว่าฉันเจ็บปวด เมื่อพวกเขาออกไปเที่ยวข้างนอก . . . โดยไม่บอกฉันซักคำ” (Jenkins & Carpenter-Song, 2009, p. 524)

#### (4) ความสัมพันธ์กับคนรู้จัก/เพื่อนบ้าน (Acquaintance Relations)

ผู้ป่วยจะมีปฏิบัติการทางสังคมที่คล้ายคลึงกับในบริบทของที่สาธารณะ ซึ่งได้กล่าวไปแล้วในส่วนต้น กล่าวคือ ผู้ป่วยบางคนไม่ได้ปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านอย่างสิ้นเชิง พวกเขา/เธอยังคงทักทายกับเพื่อนบ้าน เพียงแต่อาจจะไม่พูดถึงเรื่องส่วนตัวอะไรมากนัก ผู้ป่วยอาจเลือกพูดเฉพาะเรื่องทั่วไปเช่นสภาพดินฟ้าอากาศ เพื่อที่คนอื่นจะได้ไม่ผิดสังเกต และทราบว่าเขา/เธอป่วยทางจิต ซึ่งในเวลาที่พวกเขา/เธอรู้ ผู้ป่วยทราบว่าพวกเขาจะต้องลดความสำคัญ (Downgrade) กับเธอลง หรืออาจจะไม่ใส่ใจเขา/เธออีก ซึ่งสิ่งนี้คือ มลทินที่เกิดขึ้นและมันทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด

จากที่บททวนงานของ Janis และ Elizabeth จะพบว่า ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้มลทินประทับได้ในหลากหลายบริบทของสังคม ซึ่งในรายงานการวิจัยของ Janis และ Elizabeth ได้กล่าวถึงบริบทที่หลากหลายกว่านี้ เช่น มลทินประทับที่เกิดขึ้นระหว่างเพื่อน หรือแม้กระทั่งมลทินประทับที่เกิดกับการออกเดท (Dating) ซึ่งสะท้อนให้ทราบว่า ผู้ป่วยทางจิตมีความตระหนักถึงมลทินที่เกิดขึ้น และอาจเข้าใจถึงปัจจัยแวดล้อม ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดมลทินนั้น ๆ กับตนเอง หรือแม้กระทั่ง การพยายามทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใด ผู้อื่นถึงสร้างมลทินให้กับตนเอง

สุดท้าย คือ งานศึกษาของ Bart Hansen (2014) ได้ศึกษาเกี่ยวกับมลทินประทับในผู้ป่วยจิตเวชชื่อว่า Stigma in Patient with Schizophrenia Receiving Community Mental Health Care: A Review of Qualitative Studies เขาได้กล่าวถึง ประเด็นการตระหนักถึงมลทินประทับที่น่าสนใจอยู่ประเด็นหนึ่ง ผู้ศึกษาเห็นว่าสามารถอธิบายให้ทราบถึงมลทินประทับที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพ (Stigma in the Health Care System) ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกว่

แพทย์ที่ทำการรักษาปฏิบัติกับตนอย่างไม่ให้เกียรติ นอกจากนั้น ผู้ป่วยยังคิดว่าตนเองไม่ได้รับรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น และวิธีการรักษาเท่าที่ควร ซึ่งสามารถวิเคราะห์ให้เห็นว่า นอกจากผู้ป่วยจะเข้าใจถึงมลทินที่เกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยยังตระหนักไปถึงสิทธิในรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง

นอกจากมลทินที่เกิดจากระบบสุขภาพแล้ว บาร์ท ได้กล่าวถึง มลทินประเภทที่ถูกผลิตขึ้นจากสื่อโฆษณา ซึ่งผู้ศึกษาสรุปได้ว่า สื่อมักจะสร้างภาพลักษณ์ให้ผู้ป่วยจิตเวชดูน่ากลัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรายงานของตำรวจ ซึ่งถือว่าเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเกิดมลทินและแบ่งแยก (Discrimination) ของผู้ป่วย ซึ่งในประเด็นนี้ ผู้ป่วยบางคนได้สะท้อนให้บาร์ท ทราบว่า ตัวผู้ป่วยเองคิดว่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้นนั้น เป็นอันตรายกับตนผู้ป่วยเองมากกว่าที่จะเป็นอันตรายกับผู้อื่น

### (5) บทสรุป

มลทินประเภทถือว่าเป็นประเด็นใหญ่ของงานสังคมสงเคราะห์ และด้วยความหมายของมันเองที่ไม่ได้ถูกกำกับเอาไว้ตายตัว แต่สามารถเปลี่ยนแปลงไปตามกลุ่มเป้าหมายที่มันเข้าไปประทับ ซึ่งในที่นี้ คือ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแล และบุคคลแวดล้อม เพราะฉะนั้นจึงเห็นได้ว่าแนวคิดที่ต้องให้ความสำคัญ เรียกได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของเรื่องราวทั้งหมด นอกจากความผิดปกติทางจิตและก็คือเรื่องของตัวตน (ในที่นี้ใช้แนวคิดอัตลักษณ์) เพราะความเจ็บป่วยทางจิตทำให้บุคคลต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับหน้าที่ (Function) ที่ตนเองเคยเป็น การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาจึงเกี่ยวข้องกัน ตัวตนที่เปลี่ยนไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และแนวคิดเรื่องตัวตนนี้เองจะยิ่งเข้มข้นมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับมาสู่ครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยย่อมไม่ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนหรืออาจรวมไปถึงคนในครอบครัวด้วย จุดนี้ แนวคิดของฟูโกต์ เรื่องวาทกรรมจะเข้ามามีบทบาทในการช่วยให้ผู้ศึกษามองเห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจในรูปแบบหลังสมัยใหม่ ที่ถูกสร้างขึ้นผ่าน “วาทกรรม” ซึ่งคาดหวังว่าในงานศึกษาชิ้นนี้จะพบวาทกรรมที่หลากหลาย ไม่ได้มีทิศทางเดียว ดังนั้นเมื่อนำแนวคิดของฟูโกต์มาอธิบาย งานศึกษาชิ้นนี้จะสามารถแสดงให้เห็นถึงการหยิบฉวยวาทกรรมต่าง ๆ ของผู้ร่วมวิจัยอย่างน่าสนใจ ยกตัวอย่างเช่น วาทกรรมทางการแพทย์อาจไม่ได้ถูกใช้โดยบุคลากรทางสุขภาพจิตเสมอไป เพราะอาจถูกญาติผู้ป่วยหยิบมาใช้อธิบายความเจ็บป่วยของคนในครอบครัวเพื่อช่วยลดมลทินประทับที่เผชิญอยู่ก็เป็นได้

ถึงแม้ว่างานศึกษาชิ้นนี้จะเน้นไปที่การทำงานของมลทินประทับเป็นสำคัญ แน่แน่นอนว่าไปไม่ถึงขั้นตอนของกระบวนการสร้างตัวตนใหม่ (Self Recovery) แต่ก็ให้ความสำคัญกับประเด็นการจัดการกับมลทินประทับที่เกิดขึ้น จุดนี้เองทำให้แนวคิดเกี่ยวกับตัวตนและวาทกรรมเข้ามามีบทบาท เรียกได้ว่าเป็นแนวคิดที่อยู่เบื้องหลังการวิเคราะห์ทั้งหมดที่ว่าได้ เพราะสำหรับผู้ศึกษาแล้ว การจัดการกับมลทินประทับนั้นมีความคล้ายคลึงกับแนวคิดเรื่องตัวตน

อย่างมาก เรียกได้ว่าเป็นเรื่องเดียวกันก็ว่าได้ เพราะการจัดการกับมลทินในมิติหนึ่งก็คือการกำหนดตัวตนของตนเองขึ้นมา อยู่ที่ว่าผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติจะรับเอามลทิน หรือผลักมลทินให้ออกไปจากตนเองได้มากแค่ไหน แล้วมีการดึงเอาความรู้ชุดใดมาอธิบายเพื่อสู้กับมลทินนั้น ๆ ซึ่งทั้งหมดทั้งมวลที่กล่าวมานี้ มีความสัมพันธ์กับแนวคิดสังคมสงเคราะห์แนวต่อต้านการกดขี่ เนื่องจากเป็นงานศึกษาที่พยายามจะปลดแอก ผ่านการแยกแยะให้รู้จักมลทินประทับที่ฝังแน่นอยู่ในระบบคิดของผู้คน



### บทที่ 3

#### ระเบียบวิธีวิจัย

วิทยานิพนธ์เรื่อง “กระบวนการทำงานของมลทินประทับ (Stigmatization) และความตระหนักในมลทินประทับของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายและบุคคลแวดล้อมในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่” เมื่อกล่าวถึง มลทินประทับ จะให้ความรู้สึกว่าเป็นเพียงแนวคิดหนึ่งของกลุ่มแนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ซึ่งเป็นทฤษฎีรากฐาน ซึ่งจะกล่าวในส่วนต่อไป มลทินประทับจึงมีลักษณะเป็นแง่ ๆ ที่ถูกหยิบยกไปอธิบายปรากฏการณ์หลากหลาย ผนวกกับผู้ที่ศึกษาพยายามมองหากการศึกษาที่ก้าวไกลไปกว่าการมองแบบโครงสร้างนิยม ก้าวสู่การมองในทัศนะของนักคิดหลังสมัยใหม่ หรือในอีกมุมหนึ่ง คือ การมองในมุมของพุทธศาสนา ที่มุ่งเน้นการเกิดขึ้น ดำรงอยู่ และดับไป เพราะฉะนั้นเมื่อนำแนวคิดเช่นนี้เป็นหลักในการศึกษามลทินประทับ ก็จึงออกมาในรูปแบบของกระบวนการทำงานของมลทิน หรือถ้าจะให้อธิบายให้ลึกลงไป คือ การศึกษาการดำเนินชีวิตของมลทินประทับที่เกิดขึ้น ดำรงอยู่ และดับไปเช่นไร

หากผู้ศึกษาจะเฝ้าศึกษาชีวิตของมลทินประทับที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชเพียงฝ่ายเดียว ก็เท่ากับว่าผู้ศึกษาละเลยความสำคัญของผู้ป่วยในฐานะองค์ประธานตามแนวคิดหลังสมัยใหม่ เพราะฉะนั้น การศึกษาของผู้ศึกษาจึงต้องศึกษาปฏิบัติการตอบโต้ของผู้ป่วย กล่าวโดยสรุป คือ การดูปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวผู้ป่วยในฐานะประธาน (Subject) กับมลทินประทับว่ามีลักษณะเช่นใด เป็นอย่างไร สิ่งนี้เป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ซึ่งจะเป็นการเชื่อมโยงระหว่างปรากฏการณ์ในสนามและการออกแบบโครงสร้างของเครื่องมือในการบำบัดทางจิตสังคมของนักสังคมจิตเวชได้อย่างเหมาะสม เหตุที่ผู้ศึกษากล่าวเช่นนี้ เพราะว่า บทบาทที่สำคัญของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช นอกจากการสืบค้นข้อมูลการประเมินทางสังคมของผู้ป่วยแล้ว นักสังคมสงเคราะห์จิตเวชต้องมีหน้าที่บำบัดผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูทักษะทางสังคมเป็นเครื่องมือหลักของนักสังคมสงเคราะห์ ทว่าการออกแบบเครื่องมือมักจะเป็นการออกแบบที่มาจากทฤษฎีเสียมากกว่า เป็นการแปลงทฤษฎีออกมาเป็นกิจกรรมโดยความรู้ส่วนมากเป็นความรู้นำเข้าจากต่างประเทศ ไม่ใช่ความรู้ที่เกิดจากการศึกษาในพื้นที่สังคมและวัฒนธรรมที่แท้จริง เพราะฉะนั้นปัจจัยนำเข้าของกลุ่มจิตสังคมจึงอาจไม่ใช่ทั้งหมดที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงของผู้ป่วยในชุมชน และการศึกษาเช่นนี้จะช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการสร้างเครื่องมือทางคลินิกของวิชาชีพตนเองที่มีความเหมาะสมกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิม และเอื้อให้มองเห็นภาพรวมของกระบวนการศึกษา ผู้ศึกษาจึงขอเสนอส่วนประกอบต่าง ๆ ของงานศึกษาดังต่อไปนี้



### 3.1 ทฤษฎีรากฐานที่ใช้ในการศึกษา

เมื่อกล่าวถึง ทฤษฎีรากฐานที่จะใช้ในการศึกษา (Patton, 1990, อ้างถึงใน กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2554) แนวคิดทฤษฎีรากฐานของวิธีวิจัยเชิงคุณภาพนั้นประกอบไปด้วย แนวคิดชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) ปรัชญาการณวิทยา (Phenomenology) แนวคิดการสืบค้นด้วยตนเอง (Heuristic Inquiry) ชาติพันธุ์วิทยา (Ethno methodology) ปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม (Symbolic Interaction) จิตนิเวศวิทยา (Ecological Psychology) ทฤษฎีระบบ (A Systems Perspective and Systems Theory) ทฤษฎีไร้ระบบ (Chaos Theory: Nonlinear Dynamics) ศาสตร์แห่งการตีความ (Hermeneutics) และสุดท้าย แนวคิดการอิงจุดยืนของนักวิจัย (Orientation Qualitative Inquiry)

ผู้ศึกษาเห็นว่า ปัจจัยที่มีส่วนในการเลือกใช้ทฤษฎีใดมากเป็นทฤษฎีรากฐานนั้นมาจากความเกี่ยวข้องของตัวปรากฏการณ์นั้นว่าจะเหมาะสมกับทฤษฎีใด นอกจากนั้นก็จะเป็นมุมมองของผู้ศึกษาที่มีต่อปรากฏการณ์นั้น ๆ และการศึกษาไม่ได้จำกัดว่าต้องใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งหรือว่ามี การระบุทฤษฎีรากฐานไว้อย่างเบ็ดเสร็จกับงานศึกษาประเภทหนึ่งโดยเฉพาะ งานศึกษาแต่ละงานอาจจะสามารถใส่แนวคิดทฤษฎีรากฐานในการนำร่องได้มากกว่า 1 ทฤษฎี

ผู้ศึกษาเลือกใช้ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากการทบทวนแนวคิดในบทที่ 2 แต่ถึงกระนั้น ผู้ศึกษาเองก็ยังรู้สึกถึงความมีตัวตนของศาสตร์แห่งการตีความในงานศึกษาเช่นกัน เพราะการเข้าไปศึกษากับมนุษย์ในสังคมในประเด็นการต่อรองต่อต้านมลทินประทับที่ทำงานอยู่รายรอบเนื้อตัว (หรือแม้กระทั่งเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของตัวตน) ของผู้ป่วย เพราะฉะนั้นสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกนึกคิด (แท้จริงแล้วทุก ๆ คนที่เกี่ยวข้องในการสร้างมลทิน) ก็ต้องยอมรับว่าเกิดจากการตีความของบุคคลนั้น ๆ ก่อนที่จะออกมาเป็น ความคิด พฤติกรรม จนถึงปฏิบัติการต่าง ๆ ที่สุดท้ายผู้ศึกษาจะจัดให้เป็นการต่อต้าน ยอมรับ ชัดขึ้น ต่อรอง ฯลฯ หรือแม้กระทั่งความคิดที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองก็ล้วนแล้วแต่เป็นการตีความทั้งสิ้น และผู้ศึกษามีหน้าที่พยายามเข้าใจและถ่ายทอดในสิ่งที่ผู้ป่วยคิด รู้สึก ซึ่งเมื่อกล่าวถึงจุดนี้ ทำให้ผู้ศึกษาหวงคิดถึงประสบการณ์ชีวิตของตนเองที่มีต่อเพื่อนผู้เรียนจบจากสาขาวรรณคดีอังกฤษ เพราะหน้าที่ของเธอ คือ การตีความความหมายของคำในวรรณกรรมท่ามกลางเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมของยุคนั้น ๆ เพราะฉะนั้นนักแปลวรรณกรรมจะต้องเลือกคำที่นอกจากจะทำให้เข้าใจความหมายต้นฉบับแล้ว ยังต้องสะท้อนบริบทของสังคมตามที่คุณเขียนต้องการจะสื่อ เช่นเดียวกับที่ กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์ (2554) กล่าวถึง วิธีในการตีความพระคัมภีร์ของ ฟรีดริช ชลายนเออร์มาเคอร์ (Friedrich Schleiermacher ค.ศ. 1769 -1834) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความโดดเด่นอย่างมาก การตีความของเขาถูกแบ่งออกเป็นสองระดับคือ ระดับไวยากรณ์ และระดับจิตวิทยา เป็นการตีความที่ให้ความสำคัญกับเบื้องหลังและสภาพจิตใจของผู้แต่ง แน่นนอนว่ารวมถึง



การมองบริบททางสังคม โดยการทำความเข้าใจระบบทั้งหมด และพยายามคิดในสิ่งที่ผู้แต่งคิด จากนั้นจึงถ่ายทอดออกมาให้ใกล้เคียงกับเจตนารมณ์ดั้งเดิมของผู้แต่งให้ได้มากที่สุด

จากที่กล่าวเกี่ยวกับศาสตร์แห่งการตีความมานั้น จะเห็นว่าศาสตร์แห่งการตีความให้คุณค่ากับผู้แต่งวรรณกรรม หรือสำหรับในที่นี้ คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่จะเป็นเจ้าของเรื่องราวชีวิตของตัวเอง ผู้ศึกษาสามารถนำเอามุมมองเหล่านี้ไปใช้ในการทำความเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเวชเผชิญ และอธิบายมันออกมา โดยข้อความที่ได้นั้นจะต้องเจือปนความคิดของผู้วิจัยให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างมาก แต่ถึงอย่างไรก็ตาม เมื่อนำมาเทียบเคียงกับทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์แล้วศาสตร์แห่งการตีความ ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงกระบวนการ เช่น การตีความจะช่วยบอกว่าคุณป่วยนิยามตนเองว่าอย่างไร แต่ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงขั้นตอน กระบวนการ ที่ก่อร่างสร้างตัวเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยคนนั้น ๆ เป็นต้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงขอใช้ศาสตร์แห่งการตีความในฐานะส่วนหนึ่งของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทั้งหมดที่จะเกิดขึ้น

ปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์มีฐานะเป็นแนวคิดทางจิตวิทยาสังคมแขนงหนึ่ง คำว่า “Symbolic Interactionism” เกิดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1937 โดยเฮร์เบิร์ต บลูมเมอร์ (Herbert Blumer) เขามีชีวิตอยู่ระหว่างปี ค.ศ. 1900-1987 และนอกจากบลูมเมอร์แล้ว นักคิดที่มีอิทธิพลทางความคิดของเขา ก็คือ จอร์จ เฮร์เบิร์ต มีด (G. H. Mead) ซึ่งเป็นนักสังคมวิทยาสำนักชิคาโก (Chicago School) อย่างไรก็ตาม ผู้ศึกษาได้อธิบายแนวคิดย่อย ๆ ซึ่งมีความสำคัญในการศึกษาเอาไว้แล้วในบทที่ 2 ดังนั้นในส่วนนี้ จึงจะนำเสนอภาพรวมของความคิด การมองโลกแบบนักปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ และการนำมาประยุกต์ใช้ในจิตวิทยา

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์เป็นทฤษฎีที่เกิดขึ้นในช่วงปลาย ค.ศ.1800 ซึ่งในขณะนั้นเอง เหล่าบรรดานักสังคมวิทยาในยุโรปได้ให้ความสนใจไปที่การมองเชิงโครงสร้าง ไม่ได้เน้นที่การมองในระดับความสัมพันธ์ของปัจเจก ยกตัวอย่างนักทฤษฎีแนวโครงสร้างที่มีชื่อเสียงอันอาทิ ออกัสต์ คองท์ (August Comte: 1798-1857) ที่มีแยกสังคมออกเป็น สังคมสถิต (Social Statics) และสังคมพลวัต (Social Dynamics) และนอกจากคองท์ ในยุคดังกล่าว ยังมีนักสังคมวิทยาที่มุ่งเน้นศึกษาและอธิบายเชิงโครงสร้างเช่น เฮร์เบิร์ต สเปนเซอร์ (Herbert Spencer) เอมีล เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim) แมกซ์ เวเบอร์ (Max Weber) และ จอร์จ ซิมเมล (Georg Simmel) โดยผู้ศึกษาเห็นว่า มีการเปลี่ยนแปลงของวิธีการคิด และเนื้อในทฤษฎีของนักคิดแต่ละคนทีละเล็กละน้อย จากการมองเชิงโครงสร้างใหญ่ ๆ เริ่มลดระดับลงมาที่การศึกษาในประเด็นการกระทำทางสังคม (Type of Social Actions) อย่างเช่นของ เวเบอร์ และการกล่าวถึง ความสัมพันธ์ของคน (Individual) กับ สังคม (Society) ของซิมเมล

จะเห็นว่า ท่ามกลางยุคเริ่มต้นของศาสตร์ทางสังคม เริ่มมีความสนใจเกี่ยวกับประเด็นของปัจเจกและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น โดยเฉพาะที่มหาวิทยาลัยชิคาโก

สหรัฐอเมริกา ซึ่งในขณะนั้นเป็นช่วงเวลาในเมืองชิคาโกกำลังเติบโตกลายเป็นนครขนาดใหญ่ ทำให้ชิคาโกกลายเป็นพื้นที่ศึกษาของนักสังคมวิทยาจำนวนมาก การเติบโตทางเศรษฐกิจ การเกิดขึ้นของโรงงานอุตสาหกรรม บริบททางสังคมในขณะนั้นได้ก่อให้เกิดความต้องการศึกษาความรู้ทางสังคมเป็นอย่างมาก บ้างศึกษาเรื่องพัฒนาการของเด็ก บ้างศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับบุคลิกภาพเป็นต้น แม้กระทั่งต้นกำเนิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์อย่างมีตนเองก็ตามก็ยังเข้าไปมีกิจกรรมร่วมกับ Settlement House (กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2554) ซึ่งเป็น การเคลื่อนไหวทางสังคม (Social movement) ที่เริ่มต้นในช่วง ค.ศ. 1880 และเข้มข้นที่สุดในช่วง ปี 1920

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์เป็นทฤษฎีที่เกิดจากการผนวกรวมจากหลากหลายทฤษฎี โดยเริ่มจากอุดมคติแนวโรแมนติก (Romantic Idealism) ลัทธิปฏิบัตินิยม (Pragmatism) มุมมองทางจิตวิทยาสังคมที่พัฒนามาจากงานของ เจมส์ ดับเบิลยู. บาลด์วิน (James W. Baldwin) จอห์น ดิวอี้ (John Dewey) นักสังคมวิทยา เช่น ดับเบิลยู. ไอ. ธอมัส (W. I. Thomas) และชาร์ล ฮอร์ตตัน คูลีย์ (Charles Horton Cooley) และนักจิตวิทยาอย่างเช่นวิลเลียม เจมส์ (William James) ซึ่งนักคิดเหล่านี้มีส่วนในยุคแรก ๆ ของการพัฒนาทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2554, น. 154)

อย่างที่กล่าวไว้ว่า ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์เป็นการผสมผสานทฤษฎีต่าง ๆ เอาไว้อย่างมากมาย แต่ทั้งนี้ก็ใช่ว่าการต้นกำเนิดที่หลากหลายจะทำให้ไร้ซึ่งหลักการที่ชัดเจน และถึงแม้ว่าส่วนหนึ่งในการวางรากฐานจะมาจากนักจิตวิทยา แต่หลักการของทฤษฎีนี้กลับต่อต้านทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ของพวกวัตสัน (Watsonian behaviorism) หรือพวกที่เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์นั้นเกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า และพฤติกรรมสามารถปั้นได้ด้วยการวางเงื่อนไข

ในทางตรงกันข้าม นักทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์กลับมองว่ามนุษย์มีความเป็น “สัตว์ทางสังคม” (Social Beings) ที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มนุษย์มีความแตกต่างจากสัตว์ การตอบสนองของมนุษย์ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างง่ายดาย แต่เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน หากมองในมุมมอง วิลเลียม เจมส์ การตีความสัญลักษณ์ (รวมทั้งภาษา) ของมนุษย์เป็นสิ่งที่ต้องอาศัยประสบการณ์ในอดีต และอาจเป็นประสบการณ์ที่มากกว่าหนึ่งประสบการณ์ และเนื่องจากว่าปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดเวลา จึงเรียกได้ว่ามนุษย์เป็นผู้กำหนดสร้าง ความหมายของสิ่งต่าง ๆ ขึ้นมาโดยมีการตีความเป็นเครื่องมือ

อีกสิ่งหนึ่งที่มนุษย์มีความแตกต่างจากสัตว์ คือ มนุษย์มีกระบวนการคิด ซึ่งความสามารถในการคิดนั้นจะต้องกระทำผ่านสัญลักษณ์ที่เรียกว่า “ภาษา” หากปราศจากภาษา มนุษย์ก็ไม่สามารถคิดได้ และจากที่ผู้ศึกษาทราบเกี่ยวกับแนวคิดหลังสมัยใหม่นิยม ที่ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์โครงสร้างภาษา พวกหลังสมัยใหม่นิยมถึงกับกล่าวว่า ความสามารถในการคิดของมนุษย์มีทำได้เพียง

แต่ที่ภาษาสามารถพาไปถึง เป็นต้น หากแต่ว่าสัตว์ ไม่สามารถคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ แยกแยะได้เท่า

ด้วยความสามารถในการคิด การรับรู้การมีตัวตนของมนุษย์ นักทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์จึงกล่าวถึง “อัตมโนทัศน์” (Self-concept) กล่าวคือมนุษย์สามารถสร้างและพัฒนาอัตมโนทัศน์ขึ้นมาได้ เนื่องจากมนุษย์สามารถมองเห็นตนเอง จึงสามารถประเมินการกระทำ รวมทั้งอารมณ์ความรู้สึกของตนเองและเปลี่ยนมันอย่างรู้สำนึก ในที่นี้ กิติพัฒน์ นนทปัทมดลย์ (2554) กล่าวเอาไว้ว่า การสะท้อนและการประเมินที่มุ่งสร้างอัตมโนทัศน์ของผู้คน จะมีผลทำให้บุคคลสามารถมีประสบการณ์ต่อตนเองทั้งในด้านที่เป็นประธาน (Subject) และกรรม (Object)

อัตมโนทัศน์ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นมาลอย ๆ หรือติดตัวเรามาตั้งแต่กำเนิด แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ในชีวิตของมนุษย์และการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) ตัวอย่างพื้นฐานที่สุดที่ผู้ศึกษามักจะยกตัวอย่างเมื่อต้องการทำความเข้าใจการเกิดขึ้นของอัตมโนทัศน์คือกระบวนการในการแต่งกายของมนุษย์ กล่าวคือ เราจะเป็นผู้กระทำเมื่อเราคิดว่าเราอยากจะเลือกเสื้อผ้าหนึ่งขึ้นมาที่เรา รู้สึกชอบ และอยากจะใส่มัน เราต้องการให้ผู้อื่นเห็นตัวเราในชุดนี้ แบบนี้ แต่ทว่าในขณะที่ไล่เลี่ยกัน ความคิดอีกความคิดหนึ่งที่มาจกสังคม อันได้แก่ความคาดหวังของคนอื่น ๆ ก็จะพยายามบอกกับตัวเราเองว่า น่าจะเป็นชุดนี้ ชุดนี้น่าจะเหมาะกับที่ที่เราจะไป บุคคลที่เราจะเจอมากกว่า ซึ่งนั่นเท่ากับว่าเรากำลังเป็นผู้ถูกกระทำ จึงกล่าวได้ว่า เราจึงเป็นทั้งผู้กระทำและผู้ถูกกระทำตลอดเวลา เป็นต้น

เพราะฉะนั้น ในมุมมองของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ แนวคิดเรื่องอัตมโนทัศน์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญและควรให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่ง และสิ่งนี้ได้นำไปสู่การศึกษาสิ่งที่ไกลออกไป นั่นคือการขัดเกลาทางสังคม และมองการขัดเกลาอย่างเป็นกระบวนการ ซึ่งต้องมีการยอมรับ ต่อต้าน การดัดแปลง เปลี่ยนแปลงที่หลากหลาย กว่ามนุษย์คนหนึ่งจะพัฒนาอัตมโนทัศน์จนเป็นเขาและเธอในทุกวันนี้

กิติพัฒน์ นนทปัทมดลย์ (2554, น. 156) ได้กล่าวถึง หลักการสำคัญของปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ว่าประกอบด้วย 7 หลักการ คือ

1. มนุษย์ไม่เหมือนสัตว์โลกที่ต่ำกว่า ตรงที่มนุษย์มีความสามารถในการคิด
2. ความสามารถในการคิดนั้นได้รับการปรับขัดดัดแปลงจากปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
3. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม บุคคลได้เรียนรู้ความหมายและสัญลักษณ์ ที่ทำให้บุคคลฝึกฝนความสามารถในการคิดที่เป็นฉบับเฉพาะของตนเอง
4. ในขณะเดียวกัน ความหมายและสัญลักษณ์ก็ทำให้บุคคลได้ดำเนินการกระทำและปฏิสัมพันธ์ไปได้ในแบบฉบับที่เป็นเฉพาะของตน
5. บุคคลมีความสามารถที่จะปรับปรุงและดัดแปลงความหมายของสัญลักษณ์ที่ตนใช้ในการดำเนินการกระทำและปฏิสัมพันธ์ โดยเป็นไปตามพื้นฐานการตีความหมายสถานการณ์ของตน

6. การที่บุคคลสามารถสร้างหรือปรับปรุงตัดแปลงและสร้างทางเลือกของตนเองได้ ส่วนหนึ่งมาจากการที่เขา/เธอสามารถที่จะสร้างปฏิสัมพันธ์ด้วยตนเอง อันทำให้สามารถตรวจสอบชุดของการกระทำทางเลือกต่าง ๆ ที่เป็นไปได้ การประเมินการได้หรือเสียประโยชน์จากทางเลือกแต่ละทางและเลือกเอาทางเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง

#### 7. แบบแผนการดำเนินการกระทำและปฏิสัมพันธ์ทำให้เกิดกลุ่มทางสังคมขึ้น

ผู้ศึกษาเห็นว่า หลักการทั้ง 7 ข้อขั้นต้นนั้นค่อนข้างครอบคลุมอยู่แล้ว แต่ทั้งนี้เนื่องจาก คำว่า “หลักการ” นั้นหมายความว่า เป็นสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ จนกระทั่งสังเคราะห์ออกมาเป็น หลักการดังกล่าว เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนมากขึ้น ผู้ศึกษาจึงจะขออธิบายเพิ่มเติมในหลักการข้อที่ 6 ซึ่ง ดูจะซับซ้อนกว่าข้ออื่น ๆ หลักการข้อที่ 6 นั้น อธิบายได้จากตัวอย่างการสนทนาของบุคคล กล่าวคือ บุคคลแต่ละบุคคลย่อมมีอัตมโนทัศน์ที่ตนเองพัฒนาจากประสบการณ์ของตนเอง จนกระทั่งมีแบบฉบับเฉพาะตัว (Originally) ของตนเอง แต่เมื่อบุคคลต้องสนทนา หรือพบเจอ (ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เกิดขึ้นได้โดยแม้ไม่ต้องสนทนา เพียงการรับรู้ผ่านอายตนะทั้ง 6 ก็สามารถนำไปสู่กระบวนการดังกล่าวได้) เราจะทำการประเมินทันทีว่า คนที่เราเจอนั้นเป็นใคร โดยการตีความจากสถานที่ที่พบเจอ การแต่งกาย ท่าทาง วิธีการพูดของเขา/เธอคนนั้น เช่น เมื่อผู้ใช้บริการ (ป่วยจิตเวชหรือญาติ) เขาไปในสถาบันจิตเวชใดก็ตาม เมื่อพบกับหญิงวัยกลางคน แต่งกายด้วยชุดสุภาพและสวมเสื้อกาวน์ (เสื้อสีขาวที่แพทย์ เภสัชกรสวมใส่) ผู้ใช้บริการก็จะตีความว่า หญิงคนดังกล่าวคงเป็น จิตแพทย์ เพราะฉะนั้น ผู้ใช้บริการอาจจะยกมือไหว้ทันที หรืออาจจะแสดงท่าทีนอบน้อม นอกจากนั้น ระหว่างการสนทนา บุคคลย่อมจะประเมินคู่สนทนาของตนเองอยู่เสมอ และนำสิ่งที่ประเมินได้นั้นมาปรับปรุง ปรับเปลี่ยนวิธีการพูด การแสดงออกของตนเอง เกิดเป็นความคาดหวัง คาดเดาว่า คู่สนทนาต้องการจะฟังอะไร ชอบอะไร ผ่านการสังเกตสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่คู่สนทนา แสดงออกเช่น น้ำเสียง น้ำตา การถอนหายใจ เป็นต้น บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกไป เป็นกระบวนการที่ตอบโต้กันอย่างไม่สิ้นสุด จนกระทั่งจากกัน และกลายเป็นแบบแผนของปฏิสัมพันธ์ ที่ผู้ใช้บริการจะกระทำเมื่อต้องกลับมาเจอกับจิตแพทย์หญิงวัยกลางคน คนดังกล่าวในการนัด ครั้งต่อไป ซึ่งสิ่งที่กล่าวมานี้ เป็นกระบวนการตอบโต้กันของ The Me and The I ตามที่มีดีพูดเอาไว้ เพราะฉะนั้น อัตมโนทัศน์จึงเกิดจากการผสมผสานซึ่งเป็นขั้นตอนที่สลับซับซ้อนและต่อเนื่องอย่างมาก

จากที่กล่าวมานั้น ทำให้เห็นภาพรวมได้ว่า ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์มีรากฐาน ความคิดอย่างไร และนักปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์มองโลกเช่นใด นอกจากนั้น ผู้ศึกษายังเห็นว่าหาก ทบทวนนักทฤษฎีในกลุ่มนี้ให้ถี่ถ้วน จะพบความเชื่อมโยงระหว่างปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์และแนวคิด หลังสมัยใหม่ นั่นคือการศึกษาเกี่ยวกับอัตตาของมนุษย์ หรือแม้กระทั่งเรื่องของการทำงานของมลทิน (ในรูปหนึ่งของอำนาจ) ก็เช่นเดียวกัน เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นผ่านการกระทำทางสังคม มีกระบวนการ ซึ่งแน่นอนว่าสามารถอธิบายได้โดยปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ แต่ขณะเดียวกัน ก็เป็นเรื่องที่น่าสนใจว่า

กระบวนการประทับมตินั้น ๆ จะถูกมองด้วยสายตาแบบไหน สายตาโครงสร้างนิยมที่อาจจะยึดมั่น ถิ่นมั่นว่ามตินที่เกิดขึ้น มีต้นตอมาจากสถาบันจิตเวช หรือจะมองในสายตาของนักคิดหลังสมัยใหม่ ที่เชื่อว่าไม่มีศูนย์กลางของอำนาจที่แน่นอน หากศูนย์กลางของอำนาจจะเปลี่ยนไปตลอดเวลาตาม ความคิดเกี่ยวกับศูนย์กลางนั้น ๆ ตามที่ ธีรยุทธ บุญมี (2554) กล่าวถึง แนวคิดของ ฌาคส์ แดร์ริดา (Jacques Derrida) เอาไว้

นอกเหนือจากการนำเสนอภาพรวมและหลักสำคัญของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งเป็นรากฐานของการศึกษาแล้ว ผู้ศึกษาเห็นว่าควรมีการกล่าวไปถึงการทำปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ไป ประยุกต์ในวิธีวิทยา ซึ่ง กิติพัฒน์ นนทปัทมดลย์ ได้กล่าวเอาไว้ที่น่าสนใจและเห็นภาพในหนังสือ การวิจัยเชิงคุณภาพในสวัสดิการสังคม: แนวคิดและการวิจัย

หลักการแรกที่มีความสำคัญอย่างมาก และเป็นจุดยืนหลักของแนวคิดนี้ คือ การให้ความสำคัญกับโลกเชิงประสบการณ์ (Respecting the Empirical World) ในที่นี้หมายถึง ทิศทางของการศึกษา บางครั้งผู้ศึกษาอาจใช้ทฤษฎี ซึ่งเป็นสิ่งที่ค่อนข้างจะแน่ชัดในช่วงเวลาหนึ่งเข้าไปทำความเข้าใจ เพื่อตรวจสอบว่าผลที่ได้เป็นอย่างไร ตรงกับทฤษฎีหรือไม่ ประหนึ่งว่าชีวิตมนุษย์สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีที่ถูกค้นพบมากมาย ยกตัวอย่างเช่นทฤษฎีทางจิตวิทยาคลาสสิกบางทฤษฎี แต่ไม่ใช่สำหรับปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ถึงแม้ว่าจะมีข้อขึ้นต้นว่าเป็นทฤษฎีใหญ่ทฤษฎีหนึ่ง ทฤษฎีนี้กลับพยายามแสวงหาข้อค้นพบใหม่ ๆ หรืออาจจะเดิม ๆ ในระดับที่เรียกว่า ระดับติดดิน (Grounded) (กิติพัฒน์ นนทปัทมดลย์, 2554, น. 81) เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของบุคคล เป็นค้นหา “กระบวนการ” ซึ่งในคำว่ากระบวนการนี้เอง จะส่งผลงานศึกษา มีความเฉพาะตัว (Uniqueness) ซึ่งข้อค้นพบนั้น อาจจะเป็นข้อค้นพบที่ใกล้เคียงกับงานศึกษาชิ้นที่ผ่านมาหรืออาจเป็นข้อค้นพบใหม่ก็เป็นได้ จากนั้นอยู่ที่ว่าผู้ศึกษาจะทำอย่างไรกับข้อค้นพบที่ได้ จะสังเคราะห์ออกมาในรูปแบบใด ไม่แน่ว่าอาจเกิดเป็นชุดความรู้ใหม่ ๆ เพื่อเป็นรากฐานในการสร้างเครื่องมือเชิงวิชาชีพต่อไปก็เป็นได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นก็สังคมสังเคราะห์พึงตระหนักว่า ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานั้น ตั้งอยู่ในการเปลี่ยนแปลงเสมอ

ในที่นี้ ผู้ศึกษาขอยกตัวอย่างที่ กิติพัฒน์ ได้กล่าวไว้ คือ “ครูและนักเรียนดำเนินกระบวนการสร้างความหมายอย่างไร” หรือถ้าให้เปลี่ยนเป็นข้อคำถามที่สอดคล้องกับงานของผู้ศึกษาก็จะเป็น “ผู้ป่วยดำเนินกระบวนการนิยามความหมายของตนเองอย่างไร” เป็นต้น เมื่อเป็นเช่นนี้ การศึกษาก็จะไม่เป็นเพียงการค้นหาว่าผู้ป่วยให้ความหมายกับตนเองว่าอย่างไร ถ้าเป็นเช่นนี้ ไม่ว่าผู้ศึกษาจะอธิบายการนิยามตนเองของผู้ป่วยยืดยาวเพียงใด อาจเรียกไม่ได้ว่างานศึกษา เช่นนี้ มีรากฐานมาจากปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ นำจะมีฐานมาจากศาสตร์แห่งการตีความเสียมากกว่า เพราะไม่ได้สะท้อนเลยว่า ความหมายนั้น ๆ เกิดมาได้อย่างไร เพราะขึ้นชื่อว่าปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ความหมายใด ๆ จะเกิดต้องมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 2 สิ่งขึ้นไป อาจเป็นผู้ป่วยกับใครบางคน (ที่มี



ตัวตน) หรือแม้แต่ความคิดกับความคิด ในลักษณะของอำนาจที่แฝงมาในสัญลักษณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของผู้ป่วยเองเป็นต้น

หลักประการที่สองคือ การมองความเป็นจริงเชิงซ้อน (Layers of Reality) นอกจากชีวิตทางสังคมจะมีความสลับซับซ้อนและหลากหลายอย่างมากแล้ว เสมือนความหลากหลายใน 2 มิติ ทว่าปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ให้ความหมายลงไปถึงความลึกซึ้งของความหมายอีกด้วย ในเมื่อเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้กำหนดสร้างความหมาย ความจริงของตนเองที่มีความหลากหลาย แล้วแต่ว่าจะอยู่ในบริบทใด ความจริงที่ถูกสร้างขึ้นมายังทับซ้อนกันหลายชั้นอีกด้วย กล่าวคือ ภายใต้ความจริงชุดหนึ่งที่บุคคลให้ความหมาย ย่อมมีความจริงอีกชั้นหนึ่งซ้อนอยู่ และในที่นี้ผู้ศึกษาเห็นว่า ความจริงแต่ละชั้นนั้น ยิ่งลึกลงไป ยิ่งเป็นความจริงที่มีคุณสมบัติเรียบง่าย ผู้ศึกษาไม่อาจทำตัวเป็นผู้รู้ได้ในจุดนี้ แต่อยากตั้งข้อสังเกตเอาไว้ว่า ความจริงที่ลึกที่สุด คือ ความจริงที่เรียบง่ายที่สุด และอาจจะใกล้เคียงกับทฤษฎีใหญ่ที่ถูกค้นพบเอาไว้โดยนักสังคมวิทยาและจิตวิทยาเสียด้วยซ้ำ จึงเกิดคำถามขึ้นว่า แล้วเช่นนี้จะค้นหาความจริงที่ทับซ้อนกันหลายชั้นที่คำตอบสุดท้ายคาดเดาได้จากทฤษฎีไปเพื่ออะไร ผู้ศึกษาจึงขอเสนอว่า เราควรตั้งคำถามกลับว่า ทำไมความจริงง่าย ๆ จึงถูกทำให้ซับซ้อนโดยบุคคลผู้นั้น และเขาทำไปเพื่ออะไรน่าจะเหมาะสมและเป็นประโยชน์มากกว่า

หากต้องการศึกษาชีวิต โดยเฉพาะเมื่อต้องเห็นกระบวนการที่บุคคลให้ความหมายต่อสิ่งต่าง ๆ และการตอบสนองต่อสิ่งที่เขาให้ความหมายได้อย่างถ่องแท้ นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ศึกษาจะต้องพยายามเข้าไปยืนในจุดที่บุคคล ๆ นั้นยืนอยู่ เพื่อจะให้เข้าใจในสิ่งที่เขาเป็น สิ่งที่เขาคิด เพราะคนเราไม่ได้ตอบสนองต่อความจริงเชิงปรนัย ไม่เช่นนั้นทุก ๆ คนย่อมตอบสนองต่อสิ่งเดียวกันที่คล้ายกัน แต่คนเราตอบสนอง (ในที่นี้ขอผินใจใช้คำว่าสิ่งเร้า) ไปตามความหมายที่บุคคลให้ต่อสิ่งเร้าต่างหาก เพราะฉะนั้น จึงมีความแตกต่างกัน และการที่ผู้ศึกษาจะสามารถรับรู้ได้ในสิ่งที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยจิตเวชหรือคนในครอบครัวรับรู้ได้นั้น ต้องนำตัวเข้าไปใกล้ชิดกับเขา/เธอให้มากที่สุด เพราะปฏิสัมพันธ์ที่ผู้วิจัยเห็นจะได้เป็นปฏิสัมพันธ์จริงที่เคยเกิดขึ้น ไม่ใช่ปฏิสัมพันธ์ที่ถูกปรับเปลี่ยนเพราะมีตัวผู้วิจัยเข้าไปปรากฏในสนาม จุดนี้เป็นความท้าทายสำหรับตัวผู้ศึกษาเป็นอย่างมาก เพราะฉะนั้น ระยะห่างทางสังคมวิทยา (Sociology Distance) จึงเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง

สิ่งต่อมา คือ ผู้ศึกษาต้องให้ความสำคัญต่อวัฒนธรรม (Appreciating the Culture) เนื่องจากผู้ศึกษาต้องเข้าไปทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น เท่ากับว่าสนามที่ลงไปศึกษานั้นเต็มไปด้วยความหมาย ทุก ๆ ที่ของบรรยากาศเต็มไปด้วยความหมายที่ถูกเข้ารหัส เป็นที่รู้กันดีว่า ความหมายสามารถอยู่ในรูปของภาษา ซึ่งภาษาก็มีหลากหลายภาษาหลายสำเนียงคำบางคำยากที่จะเข้าใจและอาจจะไม่มีระบุไว้ในภาษาที่ผู้วิจัยเข้าใจ เช่นตัวอย่างของ จิราลักษณ์ จงสถิตมัน (2551) มักกล่าวถึงศัพท์คำว่า “ซิด” ของคนเมือง (คนภาคเหนือ) ซึ่งคนไทยภาคอื่นจะไม่เข้าใจ หรือในภาษาไทย เรามีคำเรียกของสีขาวเพียงไม่กี่คำ แต่พวกเอสก็ไม่มีคำเรียกสีขาวกว่า 30 คำ ซึ่งคนไทยไม่มีทางเข้าใจ

(ธีรยุทธ บุญมี, 2554, น. 22) นอกจากนั้นความหมายอาจถูกเข้ารหัสไว้ในท่าทาง น้ำเสียง สายตา เป็นรหัสที่ซับซ้อนซึ่งผู้ที่เติบโตมาในวัฒนธรรมนั้น ๆ จึงจะสามารถถอดรหัสและเข้าใจความหมายที่ถูกส่งมาได้ เพราะฉะนั้นจึงน่ากังวลว่า ความหมายที่ผู้ศึกษาถอดได้ และฟังดูเป็นเหตุเป็นผล อาจจะเป็นเหตุผลที่เกิดจากการถอดรหัสที่ผิดพลาดก็เป็นได้ คำถามต่อมาคือ ผิดพลาดเพราะอะไร ถอดรหัสผิดหรือว่าเป็นความตั้งใจของผู้ส่งสารให้ผู้ศึกษาถอดรหัสนั้นผิด เพื่อซ่อนความจริงชั้นต่อไปเอาไว้ เป็นต้น

กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์ (2554) กล่าวว่า ดังนั้นผู้ศึกษาต้อง “ล้างตัวให้สะอาด” (Wash Clean) คือ การล้างกรอบทางวัฒนธรรมส่วนตัวของผู้วิจัยออกให้หมดหรือให้เจือจาง เพื่อให้ไม่ให้ชุดความรู้ ระบบคุณค่าของตัวเองเข้าไปทำให้การถอดรหัสของสัญลักษณ์ผิดพลาด

ประการต่อมา คือ การเรียนรู้สัญลักษณ์ (Learning the Symbols) จะกล่าวไปแล้ว การมองโลกแบบนักปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์มีความคล้ายคลึงกับการมองโลกของนักสัญศาสตร์ อย่างเช่น โซซูร์ (Saussure 1857-1913) ในประเด็นเบื้องต้น ผู้ศึกษาจะทำความเข้าใจความหมายที่เกิดขึ้นในปฏิสัมพันธ์ท่ามกลางบริบทต่าง ๆ ของชีวิตบุคคล ดังนั้นการเรียนรู้ภาษาท้องถิ่น เรียนรู้วัฒนธรรมท้องถิ่น เพราะฉะนั้นการเรียนรู้ไปถึงประวัติศาสตร์ชุมชนจึงมีความสำคัญ เพราะจะทำให้เข้าใจความเป็นมาของวัฒนธรรม หรือถ้าจะให้เห็นภาพก็คงเปรียบได้กับงานสังคมสงเคราะห์ชุมชน ที่นักสังคมสงเคราะห์ต้องทำแผนที่เดินดิน พยายาม ศึกษาประวัติของชุมชนเพื่อให้เข้าใจพัฒนาการของการเมืองในชุมชนนั้น ๆ เช่นเดียวกัน การที่เรารู้ที่มาที่ไปของวัฒนธรรมท้องถิ่นจะทำให้ผู้ศึกษาสามารถยืนอยู่ถูกที่ถูกเวลา นอกจากนั้น วัฒนธรรมท้องถิ่น อาจเรียกว่า เป็นรหัสลับที่ยืดยาวสิ่งหนึ่งที่แฝงไปด้วยข้อความมากมาย ซึ่งยากต่อการเข้าไปทำความเข้าใจของผู้ที่ไม่รู้วิธีถอดมันอย่างเช่นผู้วิจัยที่เป็นคนนอก

จากที่กล่าวมา ทำให้สามารถเข้าใจถึงความสำคัญของการทำความเข้าใจความหมาย (สัญลักษณ์) ซึ่งย่อมขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของพื้นที่นั้น ๆ และในเมื่อผู้วิจัยต้องการเข้าไปศึกษาปฏิสัมพันธ์ จึงจำเป็นต้องเข้าไปในสถานการณ์ปฏิสัมพันธ์ (Situating the interaction) นั้น ๆ ผู้วิจัยต้องเข้าไปบริบทของปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ต้องไม่ลืมว่าอัตตาของบุคคลสามารถเลื่อนไหล เปลี่ยนแปลงไปได้ตามพื้นที่ และเวลา เช่นนอกครัวเรือนจิตเวชผู้ป่วยจิตเวชอาจต้องปฏิบัติตัวอย่างหนึ่ง เขา/เธออาจต้องเรียกนักศึกษาปริญญาโทฝึกงานอย่างตัวผู้ศึกษาว่าหมอ (เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในครัวเรือนจิตเวชเจ้าหน้าที่ส่วนมากถูกเรียกว่าหมอ) ต้องทำตามกฎระเบียบ ทั้งที่ในชีวิตจริงเขา/เธออาจเป็นผู้ค้ายาเสพติดที่วัยรุ่นในชุมชนหวาดกลัวและให้การนับถือ เป็นต้น

การเข้าใจความเลื่อนไหลของอัตตานั้น ชวนให้นึกถึงทฤษฎีใหญ่อย่างแนวคิด เรื่องสังคมพลวัตของคองท์ (Auguste Comte, 1798-1857, อ้างถึงใน ฤทชงค์ กุณชลบุตร, 2528) ที่กล่าวว่า



ต้องมองสังคมว่ามีวิวัฒนาการ มีความก้าวหน้า ถึงแม้คงที่จะอธิบายวิวัฒนาการของความรู้ แต่เราในฐานะผู้ศึกษาก็สามารถมองอดีตของมนุษย์ว่าต้องมีวิวัฒนาการได้ เช่นกัน

ดังนั้น อดีตจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ควรละเลยเมื่อมองในฐานะนักปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ การเข้าใจอดีตของบุคคล ๆ หนึ่ง ต้องสำรวจเข้าไปให้ถึงเนื้อในของอารมณ์ความรู้สึก แรงกระตุ้นภายใน และอารมณ์ลุ่มหลงของบุคคล (กิติพัฒน์ นนทปัทมคุลย์, 2554, น. 86) บลูเมอร์เชื่อว่า มนุษย์เลือกที่จะปฏิบัติไม่ใช่เพราะแรงกดดันภายนอกหรือเพราะแรงขับภายในตัว แต่ว่าคุณคน มีการเลือก มีการคาดการณ์ถึงผลของการกระทำ ยอมรับความเสี่ยงนั้น ๆ และทำมันออกมา (ทุกขั้นตอนต้องอาศัยการถอดรหัสสัญลักษณ์ทั้งสิ้น) เพราะฉะนั้นการทำความเข้าใจแรงบัลดาลใจของบุคคล การเข้าใจถึงความคิดที่เกิดขึ้นในการตัดสินใจของบุคคล อะไรคือความสุข อะไรคือความทุกข์ ทำไมจึงเลือกเช่นนั้น เขา/เธอซึ่งใจอย่างไร จึงเป็นสิ่งที่ผู้ศึกษาต้องพยายามตอบให้ได้

จากที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่า ผู้ศึกษาเลือกใช้ปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์เป็นทฤษฎีรากฐานในการศึกษา เพื่อมองให้เห็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งเป็นบ่อเกิดแห่งมลทินประทับและวิธีการตอบโต้มลทินนั้น ๆ ทั้งนี้ถึงแม้จะมีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์เป็นแนวทางในการศึกษาร่วมกันการตีความ และแนวคิดหลังสมัยใหม่ ว่าด้วยอำนาจ (วาทกรรม) มาเป็นกรอบในการมอง เพื่อค้นหาแง่มุมที่แตกต่างไปจากการมองโลกอย่างนักโครงสร้างนิยมอย่างที่เป็นมา

## 3.2 วิธีวิทยา

### 3.2.1 วิธีการศึกษา

งานศึกษาชิ้นนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบบพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Analytical Descriptive Method) ต่อไปนี้

**3.2.1.1 ศึกษาจากเอกสาร (Documentary Research)** ได้แก่ การทบทวนบทความทางวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเอกสารประกอบการเรียนในวิชา สังคมสงเคราะห์จิตเวชในสังคมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งทำให้สามารถมองภาพกว้างของจิตเวชศาสตร์เชิงวิพากษ์ วิทยานิพนธ์ทั้งในระดับปริญญาโทและเอก งานวิจัยต่าง ๆ รวมทั้งหนังสือที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎีเรื่องมลทินประทับ เพื่อให้ได้ภาพรวมของการศึกษาว่าควรไปในทิศทางใด โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นแรก ผู้ศึกษาสนใจประเด็นผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากเป็นเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์จากการฝึกภาคปฏิบัติ ผู้ศึกษาใช้วิธีการยืมตำราที่เกี่ยวข้องกับงานจิตเวชในฉบับภาษาอังกฤษมา นั่นนี้ เพราะผู้ศึกษาเห็นว่า การอ่านตำราที่เป็นภาษาอังกฤษจะช่วยให้ได้ประเด็นที่น่าสนใจมากกว่า เพราะคำศัพท์แต่ละคำนั้น เมื่อถูกแปลมาเป็นภาษาไทย เท่ากับการกักขัง

ความหมาย เพราะฉะนั้นการอ่านศัพท์ในภาษาอังกฤษ จะสร้างบรรยากาศของความกระตือรือร้น จากนั้นจึงนำประเด็นที่ได้มาพิจารณาและตั้งคำถามการวิจัยออกมา

ขั้นที่สอง เมื่อได้คำถามการวิจัย ต่อมาคือ การหาทฤษฎีที่มีพลังเพียงพอ ในการอธิบายปรากฏการณ์ ที่สนใจจะศึกษา โดยมุ่งเน้นแนวคิดทฤษฎีที่สอดคล้องโดยตรงกับประเด็น ที่สนใจเพื่อเป็นหลักในการศึกษา จากนั้นจึงแสวงหาแนวคิดทฤษฎีเพิ่มเติมจากการทบทวนงานศึกษา อื่น ๆ ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เป็นสำคัญ เนื่องจากเป็นสถานศึกษาที่ ผู้ศึกษาเคยศึกษา อีกทั้งการเลือกอ่านวิทยานิพนธ์โดยพิจารณาจากชื่อของอาจารย์ที่ปรึกษาและ คณะกรรมการก็เป็นสิ่งที่ถูกให้ความสำคัญเช่นกัน จากนั้นจึงเริ่มอ่านทฤษฎีต่าง ๆ จากหนังสือมากกว่า 1 เล่ม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถ่องแท้ ซึ่งผู้ศึกษาเชื่อว่า การเข้าใจที่ถ่องแท้ นั้น สะท้อนมาจากผู้ศึกษา สามารถอธิบายเรื่องราวนั้น ๆ โดยสามารถยกตัวอย่างประกอบได้ และเขียนออกมาให้เป็นภาษาของ ตนเองที่สุด โดยมีวิธีการทบทวนแนวคิดดังนี้

สิ่งแรก อ่านเนื้อหาทฤษฎีจากต้นฉบับ และหนังสือที่เกี่ยวข้องที่เป็น ภาษาอังกฤษ ซึ่งจะทำให้ผู้ศึกษาทราบว่า เจ้าของทฤษฎี แนวคิดนั้น ๆ กล่าวถึง ประเด็นใดบ้าง มีอะไรเกี่ยวข้องบ้าง จากนั้นจึงทบทวนหนังสือภาษาไทย ซึ่งจะช่วยให้สามารถยืนยันได้ว่า ผู้ศึกษา เข้าใจทฤษฎีถูกต้อง ไม่ขัดแย้งกัน อีกทั้งยังช่วยให้รู้ที่มาที่ไปของข้อความในวิทยานิพนธ์หรือหนังสือ บางเล่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่อง Stigma ของ Goffman วิทยานิพนธ์หลายเล่มได้แปลแนวคิด เบื้องต้นของหนังสือเล่มนี้ออกมา การได้อ่านข้อความต้นฉบับในภาษาอังกฤษจึงเป็นเครื่องยืนยัน ความเที่ยงตรงของเนื้อหาที่อ่าน

นอกจากนั้น ในการยกตัวอย่างที่ผู้ศึกษาไม่มีประสบการณ์ โดยเฉพาะ มลทินประทับ หากผู้ศึกษานำตัวอย่างของตนเองมานำเสนอ จะทำให้มีความน่าเชื่อถือน้อยโดยเฉพาะ แนวคิดที่โด่งดังเช่น มลทินประทับ ดังนั้นการนำตัวอย่างจากหนังสือต้นฉบับมาจึงเหมาะสมกว่า แต่ทั้งนี้ ตัวอย่างที่ยกมานั้นต้องแปลออกมา เพื่อคงความหมายเดิมของเนื้อหาให้ได้มากที่สุด จุดนี้เป็น จุดที่ต้องให้ความใส่ใจอย่างมาก เพราะการแปลที่ดีต้องสามารถเก็บรายละเอียดของคำทุกคำ คงความหมายเดิมเอาไว้ให้ได้ ไม่ว่าจะผู้เขียนจะเขียนคมคาย สะท้อนความสับสนเช่นใด ข้อความ ภาษาไทยที่ได้จากการแปลต้องเป็นเช่นนั้น ไม่ใช่การสรุปความ เพราะการสรุปความเท่ากับการใส่ ทัศนคติของผู้อ่านลงไป ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้รับความอนุเคราะห์จากเพื่อนซึ่งมีอาชีพเป็นนักแปลใน การแปลตัวอย่างในบทที่ 2 ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จากนั้นจึงค่อยมาตีความข้อความที่ถูกแปลอีก ครั้งหนึ่ง จึงจะถือว่าเป็นวิธีวิทยาที่ดีสำหรับตัวผู้ศึกษา

สิ่งที่สอง ผู้ศึกษาต้องนำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องทั้งหมด มาทำการ ลำดับความสำคัญ ความสามารถ พลังในการอธิบาย เป็นที่แน่นอนว่า ยิ่งค้นคว้ามาเท่าไร สิ่งที่ได้รับ คือ การมีทฤษฎีมากมาย จนกลายเป็นว่า ทุกทฤษฎีมีความสำคัญ บางครั้งถึงกับย้อนไปทบทวน

จิตวิเคราะห์ของ ฟรอยด์ (Sigmund Freud, 1856-1939) แต่ทั้งนี้ ผู้วิจัยต้องเลือก เลือกเฉพาะสิ่งที่มีพลังในการอธิบายมากที่สุด ซึ่งพลังในการอธิบายในที่นี้หมายถึง ต้องสามารถเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ และอธิบายมนุษย์คนหนึ่งให้ได้ในมิติของสังคมวิทยา สังคมสงเคราะห์ ทั้งนี้ไม่ได้กำหนดว่าต้องหลุดออกจากโครงสร้างนิยม ถึงแม้จะใช้แนวคิดหลังสมัยใหม่มาใช้ แต่ถ้าผลการศึกษาที่ได้โน้มเอียงไปทางโครงสร้างนิยม ก็ต้องสามารถอธิบายอย่างนักโครงสร้างนิยมได้ด้วย และไม่ใช้การมองเชิงปัจเจกอย่างทฤษฎีของจิตวิทยาคลาสสิก ขั้นตอนนี้จะทำให้ได้แนวคิดและทฤษฎีที่เหมาะสมเพื่อเป็นเครื่องมือหนึ่งในการศึกษา

สิ่งสุดท้าย คือ ขั้นตอนของการทำความเข้าใจ และถ่ายทอดความเข้าใจนั้น ๆ ออกมาเป็นตัวอักษร บวกกับการยกตัวอย่างที่มาจากประสบการณ์เชิงวิชาการของผู้ศึกษา ในขั้นนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอ่านแนวคิดจากหนังสือมากกว่า 1 เล่มแล้วทำการจดประเด็นต่าง ๆ เอาไว้ในสมุดโน้ต อาจจะได้เป็นแผนภูมิที่แสดงถึงความเกี่ยวข้องกันระหว่างประเด็นต่าง ๆ ที่หนังสือแต่ละเล่ม กล่าวไว้ จากนั้นจึงนำมาเรียบเรียงใหม่ แล้วเขียนออกมาตามที่ผู้ศึกษาเข้าใจ ทำให้ได้การทบทวนวรรณกรรมที่อ่านแล้วไม่สะดุด และมีสำนวนที่เป็นของตนเองแต่ยังคงรักษาความเข้าใจเดิมของแนวคิดทฤษฎีนั้น ๆ เอาไว้

ขั้นที่สาม นำแนวคิดทฤษฎีที่ได้ทบทวน และ ผลวิเคราะห์งานวิจัยชิ้นอื่น ๆ (วิเคราะห์ใหม่โดยตัวผู้ศึกษา) มาจัดทำเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยต้องคำนึงถึงทฤษฎีรากฐานที่นำมาใช้ในการศึกษา จึงเป็นการศึกษากระบวนการทางสังคมที่เกิดขึ้น ให้คุณค่าจากประสบการณ์ชีวิต การตีความ และปฏิบัติการในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จึงส่งผลการออกแบบแนวคำถามวิธีการเข้าไปเก็บข้อมูลเป็นต้น

**3.2.1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม (Field Research)** การศึกษาครั้งนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลขั้นปฐมภูมิ กล่าวคือ หาข้อมูลจากตัวผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตรง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In Dept Interview) ดังนั้น จึงเป็นการรวบรวมข้อมูลที่ใช้เวลาาก ส่งผลให้กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยน้อย ซึ่งนักวิจัยเชิงปริมาณอาจแย้งว่า ข้อมูลที่ได้ไม่สามารถเป็นตัวแทนอะไรได้ แต่สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ซ้ำยังมีแนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์เป็นแนวทางหลักในการศึกษา ผู้ศึกษาจึงมีจุดยืนอยู่ที่ความเฉพาะเจาะจง (Uniqueness) ของสิ่งที่ได้มากกว่า ซึ่งตั้งอยู่บนฐานของความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individualized) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลมีวิธีการดังต่อไปนี้

วิธีแรกการสัมภาษณ์เชิงลึก มีลักษณะทั่วไปคือการสนทนาอย่างมีเป้าหมาย เป็นคำถามถึงโครงสร้าง ผู้ศึกษาจะประดิษฐ์คำถามย่อยขึ้นจากคำถามหลักของการวิจัย 2 ข้อ ทั้งนี้คำถามดังกล่าวจะเป็นคำถามเพื่อนำทาง เพื่อชี้แนะ (Guide Interview) ในการศึกษาข้อมูล โดยไม่เป็นคำถามที่เจาะจงมากนัก เพื่อที่จะได้รับรู้ และสัมผัสความเป็นธรรมชาติของข้อมูลที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และผู้ศึกษาจะระลึกเสมอว่า นี่เป็นการศึกษา ไม่ใช่การให้การปรึกษาตามทฤษฎีของการ

ให้คำปรึกษาสำนักต่าง ๆ เพราะฉะนั้น เทคนิคที่จะถูกนำมาใช้ต้องถูกคัดสรรมา ยกตัวอย่าง เช่น การต้องหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า (Confront) เทคนิคความขัดแย้ง (Conflict) เป็นต้น

วิธีที่สอง การสังเกต หากผู้วิจัยที่สวมแว่นปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ขาด การสังเกตไปแล้ว เท่ากับเป็นการละทิ้งสิ่งสำคัญที่สุดของการศึกษา เพราะข้อความ/สาร สามารถสื่อออกมาได้โดยไม่ใช้คำพูด ผู้ศึกษาต้องสามารถถอดรหัสข้อความจากสัญญาณต่าง ๆ ที่ถูกใช้ใน ชีวิตประจำวัน โดยการสังเกตที่จะเกิดขึ้นนั้น จะเป็นการสังเกตที่ต้องใช้ความใส่ใจมากกว่า การให้บริการในห้องให้คำปรึกษา (Counseling Room) เพราะเป็นการสังเกต หาข้อมูลในพื้นที่ที่ กว้างออกไป และเพราะฉะนั้น การมองมิติความสัมพันธ์เชิงอำนาจจะช่วยให้สามารถถอดรหัส ข้อความที่ถูกส่งเข้ามาในอากาศได้ง่ายขึ้น การสังเกตจึงต้องมาควบคู่กับประวัติศาสตร์ชุมชน/ มุมมองของชุมชนต่อความเจ็บป่วยทางจิตและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

### 3.2.2 การกำหนดกลุ่มผู้ร่วมวิจัย (Research Participants)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนั้น ถูกกำหนดโดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่ครบตามวัตถุประสงค์และเพื่อให้มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ ผู้ศึกษาจึงกำหนด ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยออกเป็น 5 กรณีศึกษา และในแต่ละกรณีศึกษา จะประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่อาการทางจิตคงที่และไม่ได้กลับเข้าไปรับการรักษาซ้ำ (Re-admit) เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนหลังจากถูกจำหน่ายออกจากสถาบันครั้งล่าสุด จำนวน 1 คน
2. ผู้ดูแล หมายถึงบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีปฏิสัมพันธ์กับ ผู้ป่วยมากที่สุดในครอบครัว จำนวน 1 คน
3. สมาชิกในชุมชนที่รู้จักผู้ป่วย เคยรับรู้ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วย จำนวน 1 คน
4. ผู้นำชุมชน/พระ หรือผู้อาวุโสในชุมชนนั้นจำนวน 1 คน

เนื่องจากการศึกษาชิ้นนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 5 กรณีศึกษา ดังนั้นในการเลือกกรณีศึกษา จึงใช้วิธีการสุ่มแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) โดยให้ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้แนะนำ

### 3.2.3 การเลือกพื้นที่สนาม (Field Work)

พื้นที่ในการศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญใน เนื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการกระบวนกร ทำงานกับบุคคลท่ามกลางสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นตำแหน่งที่ตั้งของพื้นที่สนาม ระยะทาง การเดินทาง ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งของสิ่งแวดล้อมคือวัฒนธรรม ประเพณี ภาษาซึ่งเป็น นามธรรม จับต้องไม่ได้ แต่ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ศึกษา ก่อนที่จะสรุปพื้นที่สนามของผู้ศึกษา จึงขอ อธิบายถึงขั้นตอนในการเลือกพื้นที่ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนแรก เนื่องจากจังหวัดเชียงใหม่มีโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตั้งอยู่แสดงให้เห็นว่า พื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ มีความชุกของผู้ป่วยจิตเวชมาก สะท้อนว่าในพื้นที่จะมีผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเพียงพอ รวมถึงเป็นภูมิเลาเนาของตัวผู้ศึกษา จึงสามารถฟังภาษาท้องถิ่นของแต่ละพื้นที่ได้ดี มีความเข้าใจในพื้นฐานของบริบททางสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นการเลือกพื้นที่ในจังหวัดเชียงใหม่จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่สอง เป็นการตอบคำถามที่ว่า “แล้วผู้ศึกษาจะทราบได้อย่างไรว่าพื้นที่ใดของจังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีคุณสมบัติตามที่ต้องการคือ ป่วยด้วยโรคจิตเภท และเป็นผู้ป่วยซึ่งเคยรับการบำบัดรักษามาแล้ว” ดังนั้น จึงจำเป็นต้องสอบถามข้อมูลเชิงทุติยภูมิจากหน่วยงานสุขภาพจิต ซึ่งผู้ศึกษาเลือกโรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลประจำอำเภอต่าง ๆ ในจังหวัดเชียงใหม่

ขั้นตอนที่สาม ผู้ศึกษาได้ขอคำแนะนำอย่างไม่เป็นทางการจากนักสังคมสงเคราะห์และวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงทราบข้อมูลว่ามีหลายพื้นที่ในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีศักยภาพในการดูแล ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ยกตัวอย่างเช่น ชมรมสายสัมพันธ์ของอำเภอแห่งหนึ่ง และชมรมซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอต่าง ๆ

ผู้ศึกษาเดินทางไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งนั้น ๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากทราบว่า เป็นสถานที่ตั้งชมรมผู้ป่วยจิตเวช การเดินทางไปครั้งนี้ทำให้ผู้ศึกษาบรรลุวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ ประการแรกผู้ศึกษาทราบว่า ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ๆ มีผู้ป่วยจิตเวชที่หลากหลาย โดยโรคที่มีความชุกมากคือ ซึมเศร้า (Depressive Disorder) การติดสุราเรื้อรัง (Alcohol Dependence) และจิตเภท Schizophrenia โดยพยาบาลประจำโรงพยาบาลให้ข้อมูลว่าพื้นที่ของตนเองมีผู้ป่วยที่หลากหลาย และแน่นอนว่ามีทั้งผู้ป่วยที่อาการทางจิตยังไม่คงที่ และอาการทางจิตคงที่ดีแล้ว สามารถพูดคุย และให้ข้อมูลกับตัวผู้ศึกษาได้

ประการที่สอง คือ การลงพื้นที่ไปยังหน่วยงาน ทำให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสแนะนำตนเองให้กับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เท่ากับการสร้างสัมพันธ์ภาพก่อนการลงไปเก็บข้อมูลจริง นอกจากนี้ยังทราบว่าในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล ทางโรงพยาบาลจะประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

ทั้งนี้ยังมีอีกหลายอำเภอ ซึ่งโครงการเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนต่าง ๆ ไม่อาจเติบโตต่อไปได้ หรือในบางพื้นที่ซึ่งเจ้าหน้าที่สุขภาพจิตยังไม่ได้เข้าไปทำงานเป็นต้น ดังนั้น จึงทำให้ผู้ศึกษาคิดว่า หากทำการศึกษาโดยเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจากพื้นที่ซึ่งหลากหลาย ทั้งพื้นที่ที่ชมรมสุขภาพจิตต่าง ๆ มีต่างเข้มแข็งอยู่แล้ว และในพื้นที่ซึ่งโครงการต่าง ๆ ยังเข้าไปไม่ถึง น่าจะทำงานศึกษาที่มีความหลากหลาย มากกว่าการเลือกพื้นที่ศึกษาเพียงพื้นที่เดียว



### 3.2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

#### 3.2.4.1 ตัวผู้ศึกษาในฐานะเครื่องมือการวิจัย (Researcher as Research Instrument)

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวของผู้ศึกษา คือ เครื่องมือสำคัญในการศึกษา เนื่องจากเป็นการศึกษาที่กระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้ปฏิสัมพันธ์ สัญลักษณ์เป็นรากฐานในการศึกษาแล้ว จึงต้องให้ความสำคัญของการรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างมาก ดังนั้น นอกจากการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งเป็นการใช้การพูด และการฟังแล้ว ยังต้องใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 หรือมากกว่านั้น อาจจำเป็นต้องใช้อายตนะทั้ง 6 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย ครอบคลุมประเด็นในต้องการ และลึกซึ้ง

เหมือนกับทุก ๆ อย่างในโลกทางสังคม สรรพสิ่งย่อมมีความเหมาะสมกับบางอย่างในบริบทใดบริบทหนึ่ง ทฤษฎีอย่างหนึ่งอาจมีพลังในการอธิบายปรากฏการณ์เพียงบางปรากฏการณ์ ในทางตรงกันข้าม อาจมีต่อบทเมื่อนำไปมองปรากฏการณ์อื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือในการศึกษา ก็เช่นเดียวกัน ผู้ศึกษาในฐานะเครื่องมือการวิจัย ประเมินว่าตนเองเหมาะสมกับพื้นที่ทางวัฒนธรรมภาคเหนือ และภาคกลางเท่านั้น ด้วยข้อจำกัดทางภาษา ด้วยการมีภูมิลำเนาเดิม และเติบโตในจังหวัดเชียงใหม่ น่าจะทำให้สามารถสื่อสารกับผู้คนพื้นถิ่นได้ดีกว่าการเลือกพื้นที่ในดินแดนถิ่นอีสาน หรือปักษ์ใต้

นอกจากภูมิลำเนาของผู้ศึกษาแล้ว ในปี พ.ศ.2552 ขณะศึกษาในระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้ศึกษาเข้าฝึกภาคปฏิบัติในกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นเวลา 320 ชั่วโมง ประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติงานนี้ ทำให้ผู้ศึกษาสามารถมองภาพรวมการทำงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช นอกเหนือไปจากงานคลินิกแล้ว ยังมีโอกาสได้เดินทางไปยังบ้านกึ่งวิถี (Half Way House) และลงพื้นที่เยี่ยมบ้านตามอำเภอต่าง ๆ ของจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดใกล้เคียง เช่น อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ทำให้มีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการทำงานในชุมชน ลักษณะความเป็นอยู่ของผู้คนชุมชน นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2556 ผู้ศึกษาได้มีโอกาสเข้าฝึกภาคปฏิบัติในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และมีโอกาสสัมผัสการทำงานในเรือนจำ และลงพื้นที่ในเขตพื้นที่กรุงเทพและปริมณฑล ซึ่งทำให้ผู้ศึกษามีภาพรวมของการทำงานสังคมสงเคราะห์ในชุมชนเมือง

เหนือสิ่งอื่นใด ในเมื่อผู้ศึกษาเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัยแล้ว ทำให้ผู้ศึกษาเองต้องมั่นใจว่าตนเองสะอาด กล่าวคือ การก้าวเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลจะต้องพบพาเอาค่านิยมและอคติส่วนตัวไปให้น้อยที่สุด เข้าไปในฐานะผู้เรียนรู้ พร้อมที่จะรับฟัง ค้นหา และพบเจอให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้



### 3.2.4.2 คำสำคัญ (Key words)

ในงานวิจัยอื่น ๆ อาจเรียกว่า แนวคำถาม แต่สำหรับผู้ศึกษาแล้วขอเรียกว่า คำสำคัญ เพราะเป็นสิ่งที่สั้นไหลได้มากกว่าแนวคำถาม คำสำคัญที่เต็มเปี่ยมไปด้วยประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์ ซึ่งลักษณะของการถามอาจจะออกมาเป็นรูปแบบใดก็ได้แล้วแต่สถานการณ์ ลดความเป็นทางการของการรวบรวมข้อมูล

### 3.2.4.3 เครื่องบันทึกเสียง (Voice Recorder)

การสัมภาษณ์ทุกครั้งจะต้องใช้เครื่องบันทึกเสียงการสนทนา อาจรวมถึงการอธิบาย ถึงความคิดของผู้ศึกษาในช่วงเวลาต่าง ๆ เช่น ขณะเดินเข้าไปในชุมชน อาจบันทึกสิ่งที่ตามองเห็น หูได้ยิน และจิตใจสัมผัสได้จากการผลของการปรากฏตัวของผู้ศึกษาในชุมชน เป็นต้น

### 3.2.4.4 สมุดโน้ต

แท้จริงแล้ว มักถูกเรียกในภาษาไทยว่า สมุดบันทึก แต่ผู้ศึกษาเห็นว่าหากใช้คำว่า “บันทึก” กลับให้ความรู้สึกที่ว่า ผู้ศึกษาต้องจดบันทึกหลายสิ่งหลายอย่าง หรืออาจเป็นทุกสิ่งที่สัมภาษณ์ อันจะกลายเป็นอุปสรรคในการสัมภาษณ์ เพราะส่งผลต่อความราบรื่น ต่อเนื่องในการสัมภาษณ์อาจเสียไป อีกทั้งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจกังวลว่า ผู้ศึกษามีความจดจ่อกับตนเองมากเกินไป เพราะฉะนั้น จึงเรียกว่าสมุดโน้ต เพื่อสะท้อนลักษณะของการใช้งาน คือ การจดสิ่งที่สำคัญมาก ๆ หรือประเด็นที่ได้จากการพูดคุย เพื่อจะได้นำมาพูดคุยและเปลี่ยนต่อไป

## 3.3 แนวคำถาม (Semi-Structure Question)

คำสำคัญ หรือเรียกให้ชัดเจนว่าแนวคำถาม (กึ่งโครงสร้าง) ที่จะถูกนำมาใช้ในการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมวิจัยมีดังต่อไปนี้

### 3.3.1 แนวคำถามที่ 1 สำหรับผู้ป่วย

1. เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว เช่น อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ
2. สาเหตุและประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยมีความเป็นมาอย่างไร และให้ความหมายกับความเจ็บป่วยทางจิตของตนเองอย่างไร
3. ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับมลทินประทับที่เกิดขึ้นอย่างไรบ้าง ในบริบทใด ผ่านการกระทำทางสังคมแบบใด
4. ผู้ป่วยการรับรู้เกี่ยวกับมลทินที่เกิดขึ้นกับตนเอง และต่อรองหรือตอบโต้ มลทินนั้น ๆ อย่างไร

### 3.3.2 แนวคิดถามที่ 2 สำหรับญาติ /สมาชิกในครอบครัว

1. เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว เช่น อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ
2. สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยคืออะไร และญาติให้ความหมายกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างไร
3. ญาติและผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการใช้ชีวิต และจัดการกับผู้ป่วยเป็นอย่างไร
4. ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับมลทินประทับที่เกิดขึ้นอย่างไรบ้าง ในบริบทใด ผ่านการกระทำทางสังคมแบบใด

### 3.3.3 แนวคำถามที่ 3 สำหรับสมาชิกในชุมชน

1. สมาชิกในชุมชนมีการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างไร
2. มุมมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงมีประสบการณ์ตรงหรือรับรู้เรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไรบ้าง
3. สมาชิกในชุมชนมีวิธีการจัดการกับผู้ป่วยอย่างไร (หมายถึงจัดการโดยผ่านการกระทำทางสังคมอะไรบ้าง ผลเป็นอย่างไร)

### 3.3.4 แนวคำถามที่ 4 สำหรับสอบถามผู้นำชุมชน พระหรือผู้อาวุโส

1. ชุมชนที่อาศัยอยู่ มีประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยอย่างไรบ้าง (การถือกำเนิด การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดของ ความคิดความเชื่อ และวิธีการจัดการกับผู้ป่วย)
2. การรับรู้/ ความคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช
3. การแสดงออกหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างไร

## 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้งานศึกษาชิ้นนี้สามารถสะท้อนวิถีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างลึกซึ้ง ดังนั้นจึงเป็นการศึกษาที่ต้องใช้ความละเอียดรอบคอบ โดยใช้ตัวของผู้ศึกษาเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้ได้มากที่สุด โดยคำนึงถึงความแตกต่างหลากหลายของบุคคล และเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม เพื่อหวังว่าข้อมูลที่ได้นั้นจะถูกวิเคราะห์จนกระทั่งได้ข้อสรุปเชิงทฤษฎีใหม่ เกิดเป็นข้อค้นพบรูปแบบที่แฝงอยู่วิถีชีวิต อันเป็นสิ่งสะท้อนระบบความคิดของผู้ป่วยจิตเวชและคนในชุมชน เพราะฉะนั้น ข้อมูลที่ได้อาจจะถูกนำไปสร้างเป็นรูปแบบ (Model) ของกระบวนการทำงานของมลทินประทับที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะเป็นรูปแบบที่มีความใกล้ชิดกับวิถีชีวิตของผู้คนในชุมชน และยังสามารถนำไปพัฒนา ใช้เป็นข้อมูลในการสร้างเครื่องมือทางสังคมสงเคราะห์คลินิกที่ใช้ได้จริง

ในการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ผู้ศึกษาใช้ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ซึ่งเป็นทฤษฎีรากฐานมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

**3.4.1 การให้ความสำคัญกับโลกเชิงประสบการณ์** คือ วิเคราะห์เพื่อหาวิธีการและขั้นตอนที่บุคคลใช้ในการกระทำทางสังคมต่าง ๆ บุคคลแวดล้อมผู้ป่วยนั้นมีวิธีการในการสร้างมลทินให้กับผู้ป่วยอย่างไร เป็นต้น

**3.4.2 การมองความจริงเชิงซ้อน** นักทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ย่อมเชื่อว่าความจริงนั้นไม่ได้มีเพียงหนึ่งเดียว หากแต่เป็นความจริงที่ซ้อนทับกันหลาย ๆ ชั้น ซึ่งในที่นี้ผู้ศึกษาเห็นว่านอกจากจะค้นหาความจริงที่ซ้อนกันเพื่อทำความเข้าใจจนกระทั่งถึงความจริงชั้นที่ลึกที่สุดแล้ว ผู้ศึกษาต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่า บุคคลผลิตสร้างความจริงในแต่ละชั้นขึ้นมาเพื่อวัตถุประสงค์อะไร ความจริงชั้นต่าง ๆ นั้นมีประโยชน์อะไรกับบุคคลนั้น ๆ หรือมีประสบการณ์อะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความจริงดังกล่าวขึ้นมา หากนำหลักการวิเคราะห์นี้มาพิจารณาร่วมกับแนวคิดวาทกรรมก็จะพบว่า ภายใต้สภาวะชีวิตของผู้ป่วย บุคคลต่างพยายามสร้างความจริงขึ้นมา บุคคลแวดล้อมอาจสร้างความจริงชุดหนึ่งขึ้นมาที่ก่อให้เกิดมลทินกับผู้ป่วย ในจุดนี้ผู้ศึกษาก็ต้องค้นหาเพื่อตอบหาความจริงชั้นลึก ๆ ลงไป และค้นหาว่า เพราะอะไรบุคคลแวดล้อม (สมาชิกในชุมชน) ถึงสร้างความจริงชุดนี้ขึ้นมา ความจริงชุดนั้นเกิดขึ้นมาภายใต้บริบทแวดล้อมอะไรเป็นพิเศษหรือไม่ อย่างไร

**3.4.3 ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมและการเรียนรู้สัญลักษณ์** ในที่นี้ผู้ศึกษา หมายถึง การถอดรหัสของสารที่ถูกส่งอยู่ตลอดเวลาในสนาม ไม่ว่าจะเป็นภาษาพูด ภาษากาย หรือการกระทำ/การละเว้นการกระทำทางสังคมใด ๆ ล้วนแล้วเป็นสิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญและถอดรหัสให้ถูกต้องตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ เช่น การถอดรหัสของการกระทำทางสังคมที่คนในชุมชนถือว่าเป็นการลงโทษ หรือ การกระทำที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีมลทิน เป็นต้น

**3.4.4 การเข้าไปสถานการณ์ปฏิสัมพันธ์** การวิเคราะห์ประเด็นนี้จะถูกใช้ในการศึกษามิติทางประวัติศาสตร์ของการเจ็บป่วยทางจิตในชุมชน นั่นคือการวิเคราะห์ความเป็นพลวัตของความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้น ๆ หรือการวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อให้เห็นความต่างในมิติของพื้นที่ และเงื่อนไขทางสังคมที่ต่างกันไป ยกตัวอย่างเช่น มลทินประทับที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีความแตกต่างของสถานะทางสังคมชุมชนเดียวกันเป็นอย่างไร มลทินที่เกิดขึ้นนั้น เกิดขึ้นจากต้นกำเนิดเดียวกันหรือไม่ เป็นต้น

**3.4.5 การมองปฏิสัมพันธ์เป็นกระบวนการ** เพราะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม คือการตอบโต้กันอยู่ตลอดเวลาของความหมายที่ถูกส่งผ่านสัญลักษณ์ต่าง ๆ ข้อมูลที่ได้ นั้นอาจจะเป็นข้อมูลที่เป็นเสี้ยวหนึ่งที่ไม่ต่อเนื่องของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทั้งหมด รวมถึงอาจจะสลับไปมา ขึ้นอยู่กับการสัมภาษณ์ของผู้ศึกษาและความต้องการจะเปิดเผยข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเรียบเรียง จัดลำดับ เพื่อสร้างกระบวนการทำงานของมลทินประทับ

ขึ้นมาเสียใหม่ ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับมลทินประทัพบที่เกิดขึ้นจากกรณีศึกษาทั้ง 5 ก็อาจจะมีกระบวนการทำงานที่ต่างกันได้เป็นได้ ดังนั้นในประเด็นการวิเคราะห์นี้ หากสามารถเก็บข้อมูลได้เพียงพอ ผู้ศึกษาอาจจะสามารถสร้างเป็นโครงสร้างหลวม ๆ ที่แสดงถึงการทำงานของมลทินประทัพบที่มีความสอดคล้องกับบริบทสังคมของจังหวัดเชียงใหม่ก็เป็นได้

**3.4.6 การสำรวจเชิงลึกที่อึดตา** หากวิเคราะห์ให้สอดคล้องกับแนวคิดสังคมสงเคราะห์ แนวต่อต้านการกดขี่ซึ่งมองว่าบุคคลไม่จำเป็นต้องตกอยู่ภายใต้โครงสร้างของสังคมเพียงเท่านั้น บุคคลสามารถคิดได้เอง ผลิตความจริง ให้ความหมายต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้ด้วยตนเอง เพราะฉะนั้นวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่าอะไรคือแรงดลบันดาลใจ (Hunches) และการตัดสินใจเสี่ยงที่จะทำของคุณคนนั้น ๆ อะไรคือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะทำเพื่อตอบโต้มลทินประทัพบแต่ก็ไม่สามารถทำได้ ซึ่งหากกลับไปพิจารณาทฤษฎีการประกอบสร้างตัวตนของ เชีย (Shea, 2010) ก็จะพบว่า การสำรวจอึดตานี้คือการอธิบายขั้นตอน การดิ้นรนเพื่อควบคุมตนเอง (struggling for control) นอกจากนั้น ยังสามารถใช้ประเด็นนี้วิเคราะห์ความจริงเชิงซ้อนได้เช่นกัน

### 3.5 ปัญหาด้านจริยธรรม

รากฐานของการศึกษาทางวิทยาศาสตร์นั้นพัฒนามาจากสังคมตะวันตก โดยตั้งอยู่บนฐานความคิดในการเอาชนะธรรมชาติ เพราะในขณะนั้นมนุษย์มีแนวคิดที่แยกตนเองออกจากธรรมชาติ ธรรมชาติคือสิ่งที่มนุษย์ต้องเอาชนะเพื่อความอยู่รอดในขั้นต้น และเพื่อความสะดวกสบายในเวลาต่อมา ดังนั้น การจะเอาชนะธรรมชาติได้ มนุษย์จึงต้องเกิดความเข้าใจในธรรมชาติ โดยใช้วิทยาศาสตร์เป็นเครื่องมือในการศึกษา เมื่อก้าวถึงจุดนี้ ผู้ศึกษาจะขอก้าวถึงบุคคลบางคนที่ทุกท่านอาจคุ้นเคยในชั้นเรียนวิทยาศาสตร์สมัยปฐมวัย เช่น อเล็กซานเดอร์ เฟลมมิง (Alexander Fleming) ผู้ค้นพบยาปฏิชีวนะชื่อ เพนิซิลิน (Penicillin) ในปีค.ศ. 1928 และปีแอร์ คูรี (Pierre Curie) ซึ่งเป็นผู้ค้นพบธาตุเรเดียม (Radium)

ประเด็นทางจริยธรรมเข้ามามีอิทธิพลต่อการศึกษาเมื่อเริ่มมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ อย่างเช่น ที่เยอรมันนี้ได้ทำการทดลองที่โหดร้ายต่อมนุษย์ต่าง ๆ เช่นการทำหมันโดยใช้รังสีกับคนยิว (แอสว บัญเฉลิมวิภาส, 2541) หรือแม้กระทั่งเรื่องราวที่ถูกพูดถึงในห้องเรียนสังคมสงเคราะห์โดยอาจารย์หลาย ๆ ท่านในกรณีการทดลองเอแซดที (Azidothymidine: AZT) ในการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัส HIV จากแม่สู่ลูก และกรณีงานวิจัยเกี่ยวกับโรคซิฟิลิส (Syphilis) ซึ่งเป็นที่รู้จักกันในชื่อการวิจัยที่ทัสกีจี (Tuskegee) ทั้งสองงานวิจัยล้วนแล้วสร้างให้เกิดข้อโต้แย้งว่าผิดหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างร้ายแรงทั้งสิ้น

การวิจัยทางสังคมศาสตร์ เป็นการศึกษาในคน ผู้ศึกษาจะต้องเก็บข้อมูลจากบุคคล ซึ่งวิธีการเก็บข้อมูลนั้นมีอยู่หลายวิธีขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย ซึ่งในที่นี้คือการวิจัยเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูลที่ใช้จึงเป็นลักษณะของการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) และการเฝ้าสังเกต (Observation) โดยทั่วไปแล้ว สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ความถูกต้องตามหลักระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology) การบริหารโครงการไม่ให้เกิดพร่อง เพื่อให้ผลการศึกษาที่ได้สมบูรณ์ที่สุด จนบางครั้งอาจก่อปัญหาด้านศีลธรรมและจริยธรรม (บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร และ เบญจายอดดาเนิน-แอ็ดติง, 2544)

ดังนั้น ในการวิจัยใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคน จึงจำเป็นต้องสร้างหลักการขึ้นมา โดยหลักการสำคัญในการวิจัยในนั้นต้องกระทำอยู่บนพื้นฐาน 3 ข้อ ดังต่อไปนี้ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2544)

ประการแรก คือ การเคารพในบุคคล (Respect for person) คือการเคารพในการตัดสินใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งเขา/เธอจะต้องยินยอมด้วยใจสมัคร ไม่มีการบีบบังคับ และในกรณีที่ผู้มีส่วนร่วมนั้นอยู่ในกลุ่มบุคคลที่มีความเปราะบางอย่าง ในงานศึกษาชิ้นนี้คือผู้ป่วยจิตเวช จะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ผู้ศึกษาต้องมีความระมัดระวัง ไม่ให้การศึกษาของตนเองเข้าไปกระทบต่อสภาวะทางจิตใจของผู้มีส่วนร่วมการวิจัย และสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง คือ การทำงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนั้น ต้องเคร่งครัดในประเด็นการรักษาข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมวิจัยให้เป็นความลับสูงสุด

ประการที่สอง คือ หลักผลประโยชน์ (Beneficence) หรือไม่ก่ออันตราย (Non-Maleficence: Do Not Harm) ต้องทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดและระมัดระวังอันตรายหรือความผิดพลาด และประการสุดท้ายคือ หลักความยุติธรรม (Justice) คือการปฏิบัติต่อบุคคลอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามศีลธรรม

ที่กล่าวมาข้างต้น คือ ภาพกว้างของหลักที่ใช้ในการพิจารณาถึงจริยธรรมการวิจัย อย่างไรก็ตามก็ยังมีอีกหลากหลายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมที่ต้องผ่านการคิดอย่างรอบคอบ ต้องผ่านการไตร่ตรองของผู้ศึกษา ในที่นี้ ผู้ศึกษาเห็นว่าจริยธรรมได้เข้ามามีบทบาทตั้งแต่ขั้นของการประเมินความเป็นไปได้ในของผู้มีส่วนร่วมการวิจัยในพื้นที่ และทุก ๆ อย่างก้าวของการศึกษาย่อมจำเป็นต้องพบกับทางสองแพร่ง (Dilemmas) อย่างที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

วิธีที่ผู้ศึกษาจะหาผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือสิ่งแรกที่จริยธรรมเข้ามามีบทบาท ผู้ศึกษามีวิธีการอยู่สอง วิธี วิธีแรกคือการเข้าไปในชุมชน และค้นหาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้วิธีการสอบถามขอคำแนะนำจากสมาชิกในชุมชนนั้น ๆ ซึ่งจะเป็นวิธีที่ผู้ศึกษาไม่ต้องเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับองค์กรทางสาธารณสุขต่าง ๆ ไม่ต้องมีขั้นตอนปฏิบัติที่ยุ่งยาก ไม่มีใครมาแทรกแซงการทำงานของนักศึกษา แต่สิ่งนี้อาจขัดกับหลักจริยธรรม เพราะการสอบถามเพื่อค้นหาว่าครอบครัวใดมีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในความดูแลนั้น อาจจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชได้รับผลกระทบทางสังคม อาจเกิดมลทินประทุขึ้น

จากการพูดปากต่อปาก โดยเฉพาะกับการปรากฏตัวของนักศึกษาในชุมชนนั้น ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเลือกอีกวิธีหนึ่งนั่น คือ การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และเลือกศึกษาจากกลุ่มที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านคัดสรรมาให้

วิธีการได้มาซึ่งผู้มีส่วนร่วมวิจัยนั้น อาจนำไปสู่ประเด็นเชิงจริยธรรมได้เช่นกัน เพราะผู้ศึกษาได้ให้องค์กรท้องถิ่นเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยให้ เพราะฉะนั้นประเด็นของอำนาจในชุมชนระหว่างตัวอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มเป้าหมายอาจจะเกิดขึ้น อย่างที่ทราบดี ในสังคมชนบทผู้ที่จะมาทำหน้าที่ อสม. คือ บุคคลที่เป็นที่รู้จักในชุมชน อาจเป็นภรรยาของกำนัน ผู้ใหญ่บ้านทั้งสิ้น ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายที่ได้นั้นอาจจะได้มาโดยที่พวกเขา/เธอไม่สมัครใจเท่าที่ควร หรืออาจเรียกว่ามาเพราะความ “เกรงใจ” อสม. ก็เป็นไปได้ เพราะฉะนั้น ผู้ศึกษาอาจต้องทำความเข้าใจกับ อสม. เสียก่อนว่าขอให้พิจารณาและคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายโดยยึดความสมัครใจ และความสะดวกใจของกลุ่มเป้าหมายเป็นพื้นฐาน

ประเด็นที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากันคือ ในการศึกษาที่ต้องมีข้อคำถาม หรือการสนทนาในเนื้อหาเรื่องความรู้สึกและความคิดนั้น เป็นสิ่งที่ถูกจริยธรรมหรือไม่ ในขณะนี้ ผู้ศึกษาเองยังคงมีความกังวลอยู่ในใจเสมอว่า การกล่าวถึงประสบการณ์ในอดีตของผู้มีส่วนร่วมการวิจัย (ผู้ป่วยจิตเวช) นั้นจะสร้างความรู้สึกลบ และส่งผลกับจิตใจของผู้คนซึ่งมีความเปราะบางทางจิตใจ และอารมณ์เช่นนี้ได้อย่างไรบ้าง แล้วถ้าอาการทางจิตกำเริบขึ้นมาเพราะเนื้อหาการสนทนานั้นเข้าไปทำลายตัวตนของผู้ป่วยแล้ว จะส่งผลกระทบต่อที่ร้ายแรงเพียงใด และผู้ศึกษาจะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไร เพราะฉะนั้น ผู้ศึกษาจะต้องมีทักษะการสังเกตที่ดี และหลีกเลี่ยงไม่ใช่คำถามที่อาจกระทบกระเทือนจิตใจของผู้ป่วยจิตเวช

สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการรักษาความลับ ผู้ศึกษาต้องเก็บข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นความลับสูงสุด ผู้ศึกษาจึงออกแบบการศึกษาโดยจะศึกษา 1 กรณีศึกษาต่อ 1 พื้นที่ ยกตัวอย่างเช่น ในตำบล ก. ผู้ศึกษาจะทำการสัมภาษณ์เพียง 1 ครอบครัวที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น เพื่อป้องกันข้อมูลกระจายออกไป แต่ทั้งนี้ ก็ยังมีประเด็นของทางสองแพร่งอยู่ว่า ถ้าผู้ศึกษาจะใช้สิ่งที่ได้รับรู้จากครอบครัวในตำบล ก มาพูดให้ครอบครัวในตำบล ข ฟัง เสมือนว่าผู้ศึกษาทำหน้าที่แลกเปลี่ยนข้อมูล (โดยไม่ระบุชื่อของผู้ใดก็ตาม) เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอื่น ๆ กล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเอง เช่นนี้นับได้ว่าเป็นข้อสังเกตเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัย

### 3.6 การเปลี่ยนแปลงวิถีวิทยาหลังจากการรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่ผู้ศึกษาลงเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 22 มิถุนายน 2558 ถึงวันที่ 8 กันยายน 2558 ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงประชากรที่ศึกษา ด้วยกัน 2 ประการ คือ



1. การเปลี่ยนแปลงจำนวน จากเดิมที่กำหนดจำนวนผู้ร่วมวิจัยเอาไว้ชุมชนละ 4 คน เพราะฉะนั้นจะได้จำนวนผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น 20 คน แต่เมื่อลงเก็บรวบรวมข้อมูลจริงแล้ว พบว่า บางชุมชนมีจำนวนผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับการเป็นผู้ร่วมโครงการวิจัยมากกว่าที่กำหนดไว้ ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าจะเป็นประโยชน์กับงานชิ้นนี้หากได้ข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัยที่มากขึ้น หลากหลายขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติของผู้ร่วมวิจัยบางกลุ่ม จากเดิมที่กำหนดผู้ร่วมวิจัยเอาไว้ว่า ต้องประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวช, ผู้ดูแล/ญาติ, เพื่อนบ้าน/สมาชิกในชุมชน และสุดท้าย คือ ผู้นำชุมชน พระ ผู้อาวุโส แต่เมื่อรวบรวมข้อมูลแล้วพบว่า ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลจากพระได้ เนื่องจากเงื่อนไขของจำนวนพระในชุมชนนั้น ๆ เพราะวัดแต่ละวัดจะมีพระอยู่เพียงหนึ่งรูปเท่านั้น จึงเป็นอุปสรรคในการเข้าพบเพื่อขอสัมภาษณ์ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการผู้ศึกษาจึงเลือกตัดพระออกจากกลุ่มผู้ร่วมวิจัย และให้ความสำคัญกับผู้นำชุมชนแทน

ดังนั้น ผู้ศึกษาขอสรุปจำนวนผู้ร่วมวิจัยของงานศึกษาชิ้นนี้ ดังต่อไปนี้

ชุมชน	ผู้ร่วมวิจัย	จำนวน (คน)
ชุมชนที่หนึ่ง	ผู้ป่วยจิตเวช	2
	ผู้ดูแล/บุคคลแวดล้อม	1
	สมาชิกชุมชน	2
	ผู้นำชุมชน	1
ชุมชนที่สอง	ผู้ป่วยจิตเวช	1
	ผู้ดูแล/บุคคลแวดล้อม	2
	เพื่อนบ้าน	1
	ผู้นำชุมชน (ประธาน อสม.)	1
ชุมชนที่สาม	ผู้ป่วยจิตเวช	1
	ผู้ดูแล/บุคคลแวดล้อม	2
	ผู้นำชุมชน (รองผู้ใหญ่บ้าน)	1
	สมาชิกในชุมชน	2
ชุมชนที่สี่	ผู้ป่วยจิตเวช	2
	ผู้ดูแล/บุคคลแวดล้อม/ผู้นำชุมชน	2
	สมาชิกชุมชน	1
ชุมชนที่ห้า	ผู้ป่วยจิตเวช	2
	ผู้ดูแล/บุคคลแวดล้อม	2
	สมาชิกในชุมชน/อสม.	2
รวมห้าชุมชน		28

## บทที่ 4

### บริบทของพื้นที่ศึกษาและเรื่องราวของผู้ร่วมวิจัย

เป็นการพรรณนาให้เห็นข้อมูลของชุมชนและครอบครัวผู้ร่วมวิจัย โดยผู้ศึกษาได้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการกล่าวถึงภาพรวมของพื้นที่ศึกษา ซึ่งจะรวมถึงการนำเสนอความเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางจิตโดยรวมที่เกิดขึ้นในชุมชนจากอดีตจนกระทั่งปัจจุบัน เพื่อให้เห็นความเป็นมาของความคิดความเชื่อที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชของชุมชน ต่อมาเนื้อหาตอนที่สองจะเป็นการนำเสนอบริบทเฉพาะชุมชนและสรุปเรื่องราวของผู้ร่วมศึกษา เพื่อให้ผู้อ่านมองเห็นภาพความเป็นอยู่ของผู้ร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม (ผู้ป่วย และผู้ดูแลหรือบุคคลแวดล้อม) ซึ่งจะเป็พื้นฐานเพื่อให้อ่านบทวิเคราะห์ได้เห็นภาพมากยิ่งขึ้น

#### 4.1 ภาพรวมบริบทของพื้นที่ศึกษา

ถึงแม้ว่าชื่อวิทยานิพนธ์จะเขียนเอาไว้ว่าชุมชนแห่งหนึ่ง แต่แท้จริงแล้วการศึกษาชิ้นนี้มีขอบเขตพื้นที่การศึกษาด้วยกันทั้งหมด 5 ชุมชน ซึ่งเป็นชุมชนทั้งหมดตั้งอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งสิ้น เนื่องจากจังหวัดเชียงใหม่มีโรงพยาบาลจิตเวชชื่อว่าสวนปรุงตั้งอยู่ จึงถูกเลือกเป็นพื้นที่ศึกษา ทั้งนี้ ชุมชนทั้ง 5 ชุมชน ก็ย่อมมีบริบทที่มีความเฉพาะเป็นของตนเอง อย่างไรก็ตามเพื่อการพรรณนาของผู้ศึกษา ผู้ศึกษาจะนำเสนอโดยกล่าวถึงภาพกว้าง ๆ ซึ่งหมายถึงนำสิ่งที่แต่ละชุมชนมีคล้ายกันเสียก่อน จากนั้นจึงค่อยเจาะจงนำเสนอในประเด็นที่น่าสนใจอีกครั้งหนึ่ง

ชุมชนทั้ง 5 ชุมชนนั้นเป็นชุมชนชนบทที่ตั้งอยู่ห่างไกลจากอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่พอสมควร กล่าวคือ ทุกชุมชนที่เข้าไปศึกษานั้นต้องใช้เวลาในการเดินทางไม่ต่ำกว่า 30 นาที โดยพาหนะส่วนตัว หากพิจารณาในมุมของภาพตัวแทนของชนบทในภาคเหนือแล้ว เชื่อว่าอาจชวนให้คิดถึงภาพภูเขาสูง ทว่าพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ แม้จะมีบางชุมชนที่ตั้งอยู่ในหุบเขา แต่สำหรับผู้ศึกษาแล้วเส้นทางเดินทางกลับสะดวกสบาย ในมุมกลับกัน สำหรับสมาชิกชุมชนที่ไม่มีพาหนะเป็นของตนเอง ย่อมต้องพึ่งพาอาศัยรถโดยสารประจำทางเท่านั้น อย่างไรก็ตามในยามปกติ ชีวิตที่ไม่ต้องมียานพาหนะส่วนตัวก็ไม่ได้ลำบากอะไรสำหรับผู้คนมากนัก เพราะนั่นคือ ชีวิตประจำวันของเขา/เธอที่ต้องดำเนินไป ทว่าในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ เมื่ออาการทางจิตกำเริบขึ้นมา ชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องพบกับความยุ่งยากอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

เมื่อผู้ศึกษาก้าวเข้าสู่อาณาเขตของชุมชนทั้ง 5 สิ่งสัมผัสได้ คือ ความเป็นเครือญาติกันที่ยังคงแสดงให้เห็นผ่านการกระทำทางสังคมต่าง ๆ ของผู้คนในชีวิตประจำวัน เช่น การทักทายของ

ผู้คนที่มาต่อกัน ซึ่งสำหรับคนนอกอาจคิดว่า การที่ทุกคนในสรรพนามแทนกันว่า “ลุง ป้า น้า อา” นั้นเป็นเรื่องที่สมมุติขึ้นเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความใกล้ชิดของคนไทย ผู้ศึกษายอมรับในจุดนั้น แต่สำหรับชุมชนทั้ง 5 ชุมชน แล้วกลับพบว่า การที่ใครซักคนจะเรียกชายชราคนหนึ่งว่า “ลุง” นั้น กลับมีทั้งสองมิติ คือหนึ่งการเรียกโดยพิจารณาจากอายุ และสองคือ ชายคนนั้นเป็นลุงจริง ๆ ของเขา/เธอ และโอกาสที่จะพบว่า ลุงคือลุงทางสายเลือดนั้นพบได้สูงในพื้นที่ศึกษา นั้นเพราะชุมชนจะมองย้อนกลับไปที่ดินตระกูลของตนเอง ซึ่งจะทำให้พบว่า แท้จริงแล้วแต่ละคนในชุมชนเป็นญาติกันทั้งสิ้น ไม่โดยสายเลือดก็โดยการแต่งงาน

เมื่อกล่าวถึง การแต่งงานของคนภาคเหนือ ซึ่งจะมีลักษณะเฉพาะที่ต่างไปจากคนภาคกลาง แต่จะคล้ายคลึงกับคนในภาคอีสาน ผู้ชายจะต้องเป็นฝ่ายย้ายเข้ามาอาศัยในบ้านของผู้หญิง ทั้งนี้เพราะคนเหนือมีความเชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษและนับสายตระกูลผ่านทางแม่ การแต่งงานจะนั่นฝ่ายชายไม่เพียงจะต้องย้ายเข้ามาในเรือนของฝ่ายหญิง แต่จะต้องเปลี่ยนมานับถือผีของทางภรรยาตนเองอีกด้วย ทว่าเมื่อกล่าวถึงเรื่องผี สำหรับคนภาคอื่น ๆ อาจฟังดูเป็นสิ่งที่น่ากลัว หรือหากใช้วิทยาศาสตร์ในการมองความเชื่อนี้อาจนำมาสู่การตีตราว่า งมงายหรือในทางกลับกันอาจจะสร้างบรรยากาศแห่งความหวาดกลัวขึ้นด้วย เพราะมนุษย์ไม่สามารถอธิบายเรื่องของผีด้วยวิทยาศาสตร์ก็ได้ ในทางตรงกันข้าม คนในชุมชนกลับมีความผูกพันกับผีมากกว่าที่ผู้ศึกษาคิด

ผู้ศึกษาจะไม่ขอพรรณนาเรื่องความสัมพันธ์ของชุมชนที่มีต่อผีมากมายนัก อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่าคนในชุมชนต่างคุ้นเคยกับผีเป็นอย่างมาก เพราะอย่างทีกล่าวขึ้นต้นผีถูกนำไปใช้ในการกำหนดโครงสร้างของครอบครัว โดยเฉพาะการแต่งงาน นอกจากนั้นผียังมีหน้าที่คุ้มครองเพศหญิงให้ปลอดภัย เพราะผี (บรรพบุรุษ) สามารถติดตามคนในครอบครัวไปที่ใดก็ได้ เพราะฉะนั้นถ้ามีใครทำผิดจารีตของสังคมก็จะเรียกว่า “ผิดผี” กล่าวคือ ระบบคิดเรื่องผีจึงถูกนำมาใช้เป็นบรรทัดฐานของสังคมแห่งนี้เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้คนอีกชั้นหนึ่ง ดังนั้นจึงไม่แปลกที่จะพบว่าคนในชุมชนพูดถึงผีในลักษณะที่ไม่มีท่าทีหวาดกลัวใด ๆ เช่นบทสนทนาระหว่างผู้ศึกษากับสมาชิกในชุมชนแห่งหนึ่ง

ผู้ศึกษา บ้านยายเนี้ย มีผีไหมครับ

ยายณี มีสิ ทุกบ้านก็มีผีกันทั้งนั้น (ยายณี, สมาชิกชุมชน, สัมภาษณ์, 14 กรกฎาคม 2558)

จากตัวอย่างของการสนทนาสั้น ๆ ขั้้นต้น แสดงให้เห็นว่าผีคือเรื่องปกติของชุมชน และทุกวันนี้ คนก็อยู่ร่วมกับผีอย่างกลมกลืน ดังตัวอย่างขั้้นต้นที่ว่า ทุก ๆ การกระทำมีผีคอยกำกับพฤติกรรมของคนให้อยู่ในร่องในรอยเสมอ ๆ นอกจากนั้นชุมชนก็มั่ง มีชุดความรู้เรื่องผีอย่างเป็นระบบ มีการจัดหมวดหมู่ผีประเภทต่าง ๆ ที่ชัดเจน มีการผลิตเรื่องเล่าเรื่องผีสืบต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่น ไม่เพียงเท่านั้น ชุดความรู้ดังกล่าวยังครอบคลุมไปถึงการจัดการ/ระเบียบปฏิบัติที่คนจะกระทำ

ต่อผี หรือหากผีลงโทษคน คนควรทำอะไร มากไปกว่านั้นทุก ๆ ปี ก็จะมีพิธีเลี้ยงผีปู่ย่า ซึ่งเป็น การนำอาหารคาวหวานมาให้ผีปู่ย่ากิน เพราะเชื่อว่าจะส่งผลให้ครอบครัวพบแต่ความเจริญ ดังนั้น ผีอาจเป็นสิ่งที่ยากต่อการทำความเข้าใจจากวิทยาศาสตร์ แต่ชุมชนกลับมีชุดความรู้ที่อธิบายเรื่องผี เอาไว้อย่างครอบคลุม เพราะฉะนั้นจึงอยู่ร่วมกับผีได้อย่างปกติสุข

การอยู่ร่วมกันระหว่างคนกับผีนั้นทำให้ผู้ศึกษาย้อนไปสู่ทฤษฎีทางสังคมวิทยาของ แอนโทนี กิดเดนส์ (Anthony Giddens) นักสังคมวิทยาชาวอังกฤษ ที่อธิบายโครงสร้างของสังคม ว่าเป็นชุดของกฎเกณฑ์และทรัพยากรซึ่งตัวแสดงทั้งหลายที่เป็นปัจเจกบุคคลนำมาใช้ในการกระทำซึ่ง เป็นการ ผลิตซ้ำระบบสังคม ดังนั้น Structuration (การก่อตัวของโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม) จึงหมายถึงความสัมพันธ์ซึ่งเกิดขึ้นในโครงสร้าง สามารถดำรงอยู่ “นอกเหนือเวลาและพื้นที่” กล่าวอีกนัยหนึ่ง ก็คือ เป็นอิสระจากบริบทที่มันถูกสร้างขึ้นมา (เชษฐา พวงหัตถ์, 2551)

เรื่องของคนกับผีในงานศึกษาชิ้นนี้จึงไม่ต่างอะไรจากแนวคิดของ กิดเดนส์ มากนัก ระบบผีซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นมาจากคนในสังคมในอดีต ก็ยังสามารถกระทำการควบคุมผู้คนได้ ครอบงำกระทั่งปัจจุบัน โดยไร้ขอบเขตทางด้านพื้นที่ (ผีปู่ย่าสามารถติดตามลูกหลานไปได้ทุกที่) ผ่านการผลิตซ้ำ (Reproduction) แบบแผน และค่านิยมเรื่องระบบผีอยู่อย่างต่อเนื่องผ่านพิธีกรรมใน ครอบครัว และเมื่อมองให้ลึกลงไปจะพบว่า ระบบผีนั้นสะท้อนแนวคิดเกี่ยวกับการต่อรอง และความสมานฉันท์ (Solidarity) ระหว่างคนกับผี ไม่เพียงเท่านั้น ยังมีประเด็นที่น่าสนใจว่า ความคิด เหล่านี้อาจขยายไปจนครอบคลุมวิธีการมองและเข้าใจโลกของคนในพื้นที่ด้วยก็เป็นได้ รวมถึงการมอง ผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ศึกษา ผีทำให้คนไม่สบายได้ใช่ไหมครับ

ป่าพิสมัย ใช่ ๆ ทำให้ป่วยไม่สบายได้ แต่ไม่สามารถทำให้คนเป็นผีบ้าได้ อย่างศาล บรรพบุรุษ ก็จะคอยปกป้องเรามากกว่า ถ้าเราปฏิบัติกับเค้าดี บ้านเราจะมีความสุข อย่างป่าเนี่ย ไม่มีรายได้นะ แต่ว่ามีคนคอยอุปถัมภ์ตลอด เพราะว่าเราดูแลผีบรรพบุรุษ ดีมาก (ป่าพิสมัย, สมาชิกในชุมชน, สัมภาษณ์, 21 กรกฎาคม 2558)

บทสนทนาที่ยกมานั้น นอกจากจะสะท้อนให้เห็นการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคม เรื่องความเชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษที่มีอยู่ ซึ่งหมายความว่าคนกับผีนั้นอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติ เมื่อปฏิบัติ ต่อกันอย่างถูกต้อง ยังกล่าวโยงไปถึงผีอีกชนิดหนึ่งที่เรียกว่า “ผีบ้า” ซึ่งแท้จริงแล้วคือคำเรียกของผู้ที่ มีอาการทางจิตอย่างรุนแรงในชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ศึกษาสนใจและเป็นประเด็นสำคัญของการวิจัยชิ้นนี้ ด้วย

เมื่อพูดถึงผีบ้า ก็ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ในชุมชนแต่อย่างใด หากแต่ผีบ้าก็เป็นสิ่งที่เกิด ขึ้นมาอย่างยาวนานพอสมควร กล่าวคือ ตั้งแต่ผู้ร่วมวิจัยเด็ก ๆ ก็จะได้ยินเรื่องเล่าขานเกี่ยวกับผีบ้า แล้ว (อ่านเรื่องการให้ความหมายของผีบ้าในบทที่ 5) ดังนั้นผีบ้าจึงเป็นสิ่งที่เรียกได้ว่าเรื่องปกติที่ทุก ๆ

ชุมชนจะต้องมีผีบ้าในชุมชนปรากฏอยู่ ไม่เพียงเท่านั้นหากมองอย่างผิวเผิน ก็ดูเหมือนว่าชาวบ้านกับผีบ้าจะอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติ ไร้มลทินประทัพบใด ๆ ทั้งสิ้น ซึ่งต้องยอมรับว่าเป็นข้อท้าทายอย่างมากในการค้นหาสิ่งที่เป็นมลทินประทัพบแต่ไม่ถูกเรียกว่ามลทินประทัพบที่แฝงอยู่ในสังคม ซึ่งถูกกล่าวไว้อย่างละเอียดในเนื้อหาบทต่อไป

ข้อท้าทายที่กล่าวถึงนั้น สามารถมองให้เห็นการรักษาความสัมพันธ์ของอำนาจในชุมชน คล้ายกับการอธิบายเรื่องสถาบันศาสนาของ เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim) ที่มองว่าในเชิงการหน้าที่ว่าช่วยให้เกิดแรงยึดเหนี่ยวและเกิดเป็นความสมานฉันท์ทางสังคม (Social Solidarity) ที่สำคัญ คือต้องสืบทอดระบบความคิด และวัฒนธรรมเก่า ๆ สืบไป ผ่านทางการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) ตามแนวคิดของ มิตต์ เพื่อให้สังคมสามารถดำรงอยู่ได้อย่างปกติ อย่างที่ทราบกันดีว่า เดอร์ไคม์ มองว่าการพฤติกรรมเบี่ยงเบน (Deviance behavior) เป็นเรื่องปกติ (ภุทขงค์ กุณทุบลบุตร, 2528) และเช่นเดียวกับพื้นที่ศึกษาที่มีมโนทัศน์ในการมองผีบ้าเป็นเรื่องปกติ ส่งผลให้มีการประทัพบมลทินผู้ป่วยขึ้นผ่านทางวิธีการต่าง ๆ นานา แต่การดำรงอยู่ในที่นี้ เป็นการดำรงอยู่ของความไม่เท่าเทียมกันในสังคมที่ผู้คนส่วนมากโดยเฉพาะผู้ที่ไม่ใช่ญาติมิตรของผู้ป่วยไม่รับรู้ถึงความเหลื่อมล้ำดังกล่าว

หากจะกล่าวถึง ความเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับความคิดที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษาเห็นว่า ประเด็นเรื่องทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่น่าสนใจ อย่างไรก็ตามเรื่องที่จะนำเสนอต่อไปนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงในชุมชนเดียวเท่านั้น หากแต่เป็นการนำเรื่องราวของแต่ละพื้นที่มา ประติดประต่อให้เกิดเป็นภาพกว้างของพลวัตรของมุมมองและการปฏิบัติของชุมชนต่อผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเวชนั้นเกิดมีมาอย่างเนิ่นนาน ตั้งแต่ยุคสมัยที่ยังไม่เกิดโรงพยาบาลจิตเวช แน่นนอนว่าคำโรคจิตก็ยังไม่ถือกำเนิดขึ้น แต่ในชุมชนจะมีคำเรียกผู้ป่วยอยู่ 2 อย่าง คือ จิตหลุ ที่แปลว่า จิตเสีย/เสียจิต อย่างไรก็ตามไม่มีผู้ร่วมวิจัยคนใดระบุชัดเจนว่าจิตในที่นี้ คือ จิตใจในภาษาอังกฤษว่า Mental หรือว่าเป็นจิตที่หมายถึง Spiritual ที่หมายถึงจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตาม คำว่า จิตหลุ นั้น ชุมชนได้อธิบายความหมายในภาษาไทยใกล้เคียงกับคำว่า “เพี้ยน” กับคำเรียกที่สอง คือ “ผีบ้า” ที่มีระดับความรุนแรงมากกว่า อย่างไรก็ตามผีบ้า ก็ยังถูกใช้เรียกบุคคลที่มีพฤติกรรมนอกเหนือจากอาการทางจิตอีกด้วยเช่น ใช้เรียกคนที่ติดสุราว่า ผีบ้าเหล่า ทว่าต้องมีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงเข้ามาเกี่ยวข้องจึงจะเป็นผีบ้าเหล่าได้เต็มขั้น

อย่างที่กล่าวไว้ในอดีตยังไม่มีการบำบัดรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่ เช่นปัจจุบัน ดังนั้นวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทางจิตสำหรับพื้นที่การศึกษานั้นจะเป็นในลักษณะเฉพาะและน่าสนใจ คือให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเป็นปกติ ในชุมชนไม่พบว่ามี การขับไล่ผู้ป่วยออกจากครอบครัวหรือชุมชนแต่อย่างใด ทั้งนี้การอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว/ชุมชนนั้นก็จะมีวางอยู่บนวิธีปฏิบัติอย่างหนึ่ง คือผู้ป่วยจะถูกมัดด้วยเชือกหรือโซ่เอาไว้กับใต้ถุนบ้านในช่วงเวลาที่คนอื่น ๆ

ในครอบครัวต้องออกไปทำไร่ทำนา และจะถูกปลดโซ่หรือเชือกในช่วงเย็นหลังจากทุกคนกลับมาจากนา เป็นที่เรียบร้อย ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเดินหนีหายไป เพราะยากต่อการติดตามตัว เนื่องจากในอดีตการสื่อสารไม่ได้รวดเร็วเช่นปัจจุบัน การหายตัวไปของผู้ป่วยคนหนึ่งนั้นต้องใช้เวลาอย่างมากในการติดตามกลับบ้าน ทว่าก็ยังมิผู้ป่วยในอีกลักษณะหนึ่งที่ไม่ได้ถูกล่ามโซ่ให้อยู่ติดบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะเดินไปตามที่ต่าง ๆ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง ไม่อาบน้ำ ต้มแต่เหล้า เออะอะโว้ยวาย ดูน่ากลัวหรือในบางชุมชนอาจมีการผลิตเรื่องเล่าให้ผู้ป่วย (ชาจร) คนนั้น ๆ โดยเชื่อมโยงกับอำนาจทางไสยศาสตร์ของเขมร เสมือนว่าผู้ป่วยคนนั้น ๆ มีอิทธิฤทธิ์บางอย่าง เป็นศาสตร์มืดที่ไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว ซึ่งผู้ป่วยลักษณะนี้ยังคงปรากฏให้เห็นจนกระทั่งปัจจุบัน

หากใช้การถือกำเนิดของโรงพยาบาลจิตเวชเป็นที่ตั้งแล้ว ยุคที่ผู้ป่วยถูกมัดคงเรียกได้ว่ายุคก่อนสถาบันจิตเวช แน่แน่นอนว่าเมื่อเข้าสู่ยุคของสถาบันจิตเวช ซึ่งมีชุดคำอธิบายเกี่ยวกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นอย่างสอดคล้องกับความเชื่อของคนในชุมชน ที่เชื่อว่าเป็นเพราะจิตใจที่อยู่ในศีรชะ (ผู้ร่วมวิจัยคนหนึ่งชี้ที่ศีรชะ เมื่อกล่าวถึงคำว่า จิตหลุ) และสิ่งนี้ไม่ใช่อำนาจของผี ชุมชนจึงไม่มีชุดความรู้ที่จะจัดการปัญหาทางจิตตรงนี้ได้ ดังนั้นจุดนี้ผู้ศึกษาเห็นว่าจึงเป็นการเปิดพื้นที่ให้ชุดความรู้ทางการแพทย์รุกคืบเข้ามามีบทบาทในการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตมากขึ้น

เมื่อชุมชนเปิดพื้นที่ในการอธิบายความผิดปกติทางจิตให้กับชุดความรู้ทางการแพทย์ ก็เท่ากับว่าเป็นยุคเปลี่ยนผ่านที่สำคัญยุคหนึ่ง จากรุ่นทวด ปูยา ที่ชุมชนมีวิถีปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างหนึ่ง (ที่กล่าวข้างต้น) มาสู่รุ่นพ่อแม่ ซึ่งวิธีการจัดการต่อผู้ป่วยเริ่มเปลี่ยนไปจากที่เคยพันธนาการผู้ป่วยส่วนหนึ่งเอาไว้ด้วยโซ่ มาสู่การแยกผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เพื่อบำบัดรักษาอาการทางจิตให้ดีขึ้น ยุคนี้เองที่เริ่มมีคำว่า “ผีบ้าสวนปรง” ปรากฏขึ้นในความคิดของคนเชียงใหม่ ผนวกกับการที่คนในชุมชนเปิดพื้นที่ว่างเอาไว้ให้ชุดความรู้ทางการแพทย์เข้ามาอธิบาย แม้กระทั่งคนทรง ก็ยังบอกว่าเทพเจ้าเป็นคนแนะนำให้ไปโรงพยาบาลจิตเวชเมื่อวิเคราะห้แล้วว่าอำนาจของเทพองค์นั้น ๆ ไม่สามารถรักษาหรือชี้แนะได้ นั่นก็เพราะว่า อาการทางจิตนั้นอยู่นอกสาระบบของความรู้พื้นบ้าน เท่ากับว่าในยุค 40 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยในชุมชนที่มีญาติคอยดูแลและได้รับการรักษาจากแพทย์สมัยใหม่แทบทั้งสิ้น โดยจำนวนการ Readmit มากน้อยต่างกันไปในยุคนี้ยิ่งผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลนานแค่ไหน ญาติก็จะสบายมากขึ้นเท่านั้น

ดังนั้นจึงไม่น่าแปลกใจว่า ผู้ป่วยในชุมชนที่อายุมากกว่า 50 ปี นั้นจะมีประสบการณ์การรับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชอย่างต่อเนื่อง เป็นจำนวนนับสิบครั้ง หรือบางรายเรียกได้ว่าเจ็บป่วยตั้งแต่ช่วงวัยรุ่น และเข้ารับการรักษาแทบทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี สะท้อนให้เห็นพื้นที่ที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยกำเริบขึ้นอีกครั้ง ก็จะถูกนำตัวส่งโรงพยาบาลทุกครั้งไป ด้วยวิธีการที่ต่าง ๆ กัน บางคนถูกตำรวจนำตัวไป บางคนถูกญาติ ๆ จับมัดมือมัดเท้า นำส่งโรงพยาบาล ในช่วงเวลานี้ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเกิดขึ้นจนอาจเรียกว่าเป็นความปกติท่ามกลางความไม่ปกติ



จนกระทั่งช่วงปี 2549-2550 บทเพลงหนึ่ง ชื่อว่าผีบ้านสวนปรุงเริ่มเป็นที่นิยมจนเป็นที่รู้จักทั่วไป และถูกเปิดในคลื่นวิทยุท้องถิ่นเป็นประจำ ทำให้บรรดาญาติผู้ป่วยบางส่วนรู้สึกไม่สบายใจเมื่อได้ยินเนื้อเพลง ๆ นี้

ลูงสมาน เค้าก็ว่ามี เช่นต้องโทรไปที่สถานีวิทยุให้งดเปิดเพลงผีบ้านสวนปรุง “ขออย่าไปเปิดเพลงผีบ้านสวนปรุง” (หัวเราะ)

ผู้ศึกษา เอ . . . ทำไมหละพ่อ (ใช้เรียกผู้ร่วมวิจัย)

ลูงสมาน ไอนั้นมันเป็นผู้หญิงเนาะ แล้ว . . . เค้าบอกว่า “ข้าเจ้าฟังเพลงนี้แล้วมันสะเทือนอกสะเทือนใจ” (ลูงสมาน, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2558)

ถึงแม้ว่าสิ่งที่กล่าวในที่นี้ จะไม่ใช่ภาพตัวแทนของสถานการณ์ทั้งหมด แต่ผู้ศึกษาเห็นว่าความเจ็บป่วยทางจิตที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสของโลกเช่นกัน ในขณะนี้ (ช่วง 2549 เป็นต้นมา) จากแต่ก่อนที่เรื่องราวของผู้ป่วยจิตเวชจะถูกรับรู้ผ่านการพบเจอกับผู้ป่วยโดยตรง หรือผ่านการขัดเกลาทางสังคมเช่นการเล่าเรื่อง แม้กระทั่งการเล่นของเด็ก ๆ (อ่านต่อบทที่5) มาสู่บทเพลงผ่านทางคลื่นวิทยุ ซึ่งเป็นการนำเสนอภาพของผู้ป่วยจิตเวชให้เป็นที่รับรู้โดยทั่วไปมากยิ่งขึ้น

แชน ผีบ้านสวนปรุง แต่เราก็ไม่ได้เก็บเอามาใส่ใจ ใครจะว่าอะไรก็ว่าไปเถอะ เพราะว่าลูกของเราที่อยู่ที่รพ.สวนปรุงจริง ๆ (ลูงสมาน, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2558)

เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น ผู้ศึกษาจึงหยิบยกเนื้อเพลงผีบ้านสวนปรุงของ ประเสริฐคาร์เนชันบางส่วน มานำเสนอเพื่อให้เห็นเนื้อหาของวรรณกรรม

ตั้งแต่นั้นได้ข่าวแจ่มจันทร์แต่งงานกับเขา

อ้ายเลยเป็นโศกซิมเศร้า บ่ยอมกินข้าวกินน้ำกินยา

ชอบกินไอติมนั่งผ่องจ๊กก็มียิ้มตวยจ๊กก่า

อายุสาวแปดแล้วหนาเปื้อนฝูงเขาหาว่าบ่าเต็มเต็ง

ต่อจากวันนั้นอ้ายเลยเลื่อนขั้นข้ามจิ้นเสียเอง

บางวันบ่ใส่กางเกงจื่อของตัวเองหลง ๆ ลืม ๆ

ชอบอยู่คนเดียวชอบแอ้วชอบเดี่ยวเดี่ยวดีเดี่ยวลืม

เปลี่ยนเป็นเงียบ ๆ ขริม ๆ หลง ๆ ลืม ๆ ซึม ๆ หาย ๆ

..มีบางครั้งเกยตั่งสติเหมือนกัน

ตั้งแล้วมันบ่ไปวันบางครั้งรำคาญอ้ายลองปอกก้าย

จ่างมันเตอะน้อง บ่ข้องบ่ขุนหัวใจ

คนจั้นบ่มีความหมายปล่อยมันต่ายไปไผ่บ่ถามหา

แล้วมาวันนี้อ้ายสบายดีม่วนอกม่วนใจ

อ้ายมีเปื้อนฝูงมากมายเป็นก๊วยชัยแล้วในโฮงยา

เพื่อนฝูงหลายคนต่างก็ตะโกนต้อนฮับฮับว่า

วันนี้ดีใจนักหนาอายมีฉายาผีบ้าสวนปรง (ที่มา <http://song.thaider.com>)

เนื้อหาของเพลงนี้สะท้อนอาการวิทยาต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเวชให้เห็น เช่นในเนื้อเพลง บรรทัดที่ 2-4 จะพบว่า เป็นการพรรณนาถึงอาการวิทยาตั้งแต่บ่อยจนไปถึงมาก คือเริ่มจากระดับที่เรียกว่า “ไม่เต็มเต็ง” คือ ผู้ป่วยพฤติกรรมการกินที่เปลี่ยนไป จนกระทั่งผู้ป่วยเริ่มยิ้มให้กับกิ่งก่า ซึ่งก็ไม่ต่างอะไรจากผู้ร่วมวิจัยของงานชิ้นนี้ที่มักจะแสดงพฤติกรรมพูดคุยกับสัตว์เช่นแมว ด้วยความเหงา แต่ผู้ที่พบเห็นจะตีความว่าการพูดกับสัตว์เป็นเรื่องผิดปกติ ต่อมาเนื้อเพลงได้พูดถึงคำว่า “เลื่อนชั้นข้ามชั้น” ซึ่งผู้ศึกษาตีความว่าเป็นลักษณะอาการที่รุนแรงมากขึ้นจากระดับไม่เต็มเต็งสู่อีกระดับของความผิดปกติซึ่งเนื้อเพลงไม่ได้ระบุเอาไว้ คือเริ่มปัญหาเรื่องการแต่งกาย และการรู้จักชื่อของตนเอง รวมทั้งการเดินเที่ยว ซึ่งเป็นอาการที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเวชอย่างไรเสีย เนื้อเพลงยังให้พื้นที่กับการพยายามสร้างตัวตนใหม่ของผู้ป่วยด้วยการ กล่าวถึง ความพยายามลงตั้งสติ ซึ่งหมายถึง ความพยายามจดจ่อเพื่อไม่ให้ความคิดของตนฟุ้งซ่าน หรือมิให้เกิดเสียงขึ้นในหัวของผู้ป่วย นอกจากนี้เนื้อเพลงยังนำความผิดปกติทางจิตผูกโยงเข้ากับสถานะทางเศรษฐกิจ “คนจน” ตบท้ายด้วย บรรทัดที่ 13-16 สะท้อนให้เห็นชัดเจนว่ามีความคิดของการแยกคนป่วยออกจากคนปกติ และสถานที่ที่ผู้ป่วยจะได้รับการต้อนรับ คือ ในโรงพยาบาลจิตเวชพร้อมกับการการเป็นผีบ้าสวนปรงอย่างสมบูรณ์แบบ

ผู้ศึกษามองว่าเพลงนี้เป็นภาคหนึ่งของวิธีการคิดแบบเหมารวม (Stereotype) ประหนึ่งว่าบทเพลงชิ้นนี้เป็น การนำเสนอภาพตัวแทนของผู้ป่วยทางจิต เท่ากับว่ามองข้ามความแตกต่างหลากหลายของชีวิตผู้ป่วยจริง ๆ ออกไปโดยสิ้นเชิง แต่หากลองวิเคราะห์ด้วย Negative Case Analysis (กิตพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์, 2554, น. 136) กล่าวไว้ในการวิจัยเชิงคุณภาพในสวัสดิการสังคม: แนวคิดและวิธีวิจัยแล้วกลับขึ้นไปมองเนื้อหาที่ผู้ศึกษาแยะแยะความหมายของบทเพลงออกมา และนำไปเปรียบเทียบกับผลการศึกษาของแต่ละชุมชนก็จะพบว่าในอีกหลายกรณี ผู้ป่วยไม่ได้เป็นเหมือนที่บทเพลงกล่าวไว้ เช่นผู้ป่วยหญิงคนหนึ่งในงานศึกษาชิ้นนี้กลับให้ความสำคัญกับการแต่งกายอย่างมาก ไม่ว่าจะจะมีอาการกำเริบหรือไม่ก็ตาม ตรงข้ามกับเพลงที่เสนอภาพผู้ป่วยว่าไม่สวมเสื้อผ้า ดังนั้นเรื่องของเพลงและความรู้สึกที่ญาติผู้ป่วยมีต่อเพลง ๆ นี้จึงเป็นการต่อสู้ในระดับตัวตน คล้าย ๆ กับว่าเมื่อมองอาการวิทยาของผู้ป่วยจะพบลักษณะสองประการคือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผิดปกติฐานสังคม และผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นไปตามบรรทัดฐานสังคม เพราะฉะนั้นประเด็นที่คนในชุมชนสนใจจึงไม่ใช่อาการที่ผิดปกติอีกต่อไป แต่เป็นการใช้บรรทัดฐานของสังคมเป็นตัวตัดสิน

ดูเหมือนว่าสถานการณ์ของผู้เจ็บป่วยทางจิตในชุมชนจะเริ่มดูแย่ลงเพราะผู้คนเริ่มรู้จักผู้ป่วยทางจิตผ่านทางสื่อสาธารณะมากยิ่งขึ้น ทว่าจากการพูดคุยกับผู้นำชุมชนแห่งหนึ่งที่เป็นแกนนำในการทำงานด้านคนชายขอบในชุมชนได้กล่าวให้ฟังว่า ช่วงก่อนปี 2549 นั้น สถานการณ์ใน

ครอบครัวและชุมชนของเธอนั้นเข้าขั้นวิกฤติอย่างมาก เพราะเธอไม่สามารถปรับตัวเข้ากับ การรับผิดชอบผู้ป่วย (น้องชาย) ไปพร้อม ๆ กับการเอาใจใส่สามีของเธอได้ ประกอบกับสถานการณ์ ในชุมชนช่วงนั้นยังคงมองผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีอคติ และมีวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความไม่เท่าเทียม มีการกีดกันผู้ป่วยออกพื้นที่สาธารณะและพิธีกรรมทางศาสนาอย่างโจ่งแจ้งและเข้มข้น

บางชุมชนในช่วงหลังปี 2550 สถานการณ์ความเจ็บป่วยทางจิตคลี่คลายลงจากการ ทำงานด้านชุมชนของทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดขึ้นของชมรมด้าน จิตเวชต่าง ๆ ในชุมชนที่มีแกนนำเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเอง การเกิดขึ้นของชมรมในครั้งนี้ถือเป็น จุดเปลี่ยนของชุมชนแห่งหนึ่งอย่างมาก เพราะผู้นำชุมชนมีเป้าหมายในการทำงานที่ชัดเจนคือ การทำ ให้ผู้ป่วยจิตเวชเป็นเรื่องปกติของชุมชน โดยการดึงเอาทรัพยากรต่าง ๆ ของภาครัฐที่มีให้มาทำ กิจกรรมเพื่อนำไปสู่กระบวนการทำให้เป็นปกติ (Normalization) ทว่า การทำให้เป็นปกติที่ กล่าวนี้ ไม่ได้มีนัยยะว่า แยกคนปกติกับคนไม่ปกติออกจากกันเหมือนที่แนวคิดของ พูโกต์ กล่าวไว้ แต่ เป็นการทำให้คนมองความพิการและผู้ป่วยทางจิตต่าง ๆ เป็นเรื่องปกติของสังคม ผู้ป่วยต้องไม่ใช่สิ่ง แปลกประหลาดที่ต้องได้รับการสนใจมากเป็นพิเศษ แต่เป็นปรากฏการณ์ที่ทุก ๆ คน สามารถอยู่ ร่วมกันได้ นอกจากนี้ยังมองไปถึงการสร้างพื้นที่ทางสังคมให้กับคนพิการโดยเฉพาะผู้ป่วยทางจิตที่ มักจะถูกกีดกันจากสังคม หรือในทางตรงกันข้ามคือเขา/เธอจะโดดเดี่ยวตนเองเพราะอาการของ โรคที่เป็น กล่าวคือ ผู้นำชุมชนพยายามจะดึงผู้ป่วยจิตเวชออกมาในพื้นที่สาธารณะ และมอบ ประสบการณ์ทางสังคมอย่างเช่นที่คนปกติมี อาทิ การท่องเที่ยว หรือแม้กระทั่งการออกไปเที่ยว ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น

ในช่วงเวลาเดียวกันกับที่บางชุมชนกำลังเข้าสู่ขั้นตอนของการทำให้เป็นปกติโดยมี ทรัพยากรจากภายนอกเข้าไปจัดการ (การทำงานชุมชน) ทว่าในบางชุมชนกลับเกิดกระบวนการทำให้ เป็นปกติโดยตัวมันเอง จากการที่ชาวบ้านเคยจงเกลียดชังผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง ต่าง ๆ ไม่สะอาดต่าง ๆ กลับเริ่มเกิดเป็นแนวคิดเรื่องความสงสาร (Pity) ในชุมชน องค์ความรู้ทาง การแพทย์ที่ขยายอาณาเขตเข้ามาจัดการผู้ป่วย เริ่มทำให้ชาวบ้านมองว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพราะ สมอและพันธุกรรม กล่าวคือ จากแต่ก่อนที่ความผิดปกติเป็นพื้นที่ว่างเปล่า ไม่เคยมีชุดความรู้ใดมา อธิบาย แต่ในขณะนี้มีความอธิบายที่ชาวชุมชนยอมรับได้เกิดขึ้น คนป่วยที่เคยถูกมองด้วย ความหวาดกลัวจึงถูกเปลี่ยนเป็นความสงสาร และถูกมองให้เป็นปกติอย่างเช่นคำพูดติดปากว่า “ซังมันเถอะ มันเป็นผีบ้า” ทุก ๆ คนก็จะมีแนวโน้มที่จะให้อภัยผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น

อย่างไรก็ตามกระบวนการทำให้เป็นปกติที่เกิดขึ้น 2 รูปแบบขั้นต้นนั้น กลับมี ความแตกต่างกันอยู่พอสมควร การทำให้เป็นปกติประการแรก คือความมุ่งหวังที่จะปลดแอกผู้ป่วย ออกจากสถานะเดิม ๆ และให้โอกาสพัฒนาศักยภาพของคน ๆ นั้นโดยการให้พื้นที่ทางสังคมแก่เขา/ เธอ โดยมีการนำองค์ความรู้จากภายนอกเข้าช่วยผลักดัน ในขณะที่การทำให้เป็นปกติแบบที่สองคือ

การแสดงออกถึงความรู้สึกความคุ้นเคย ที่จะมองผู้ป่วยอย่างด้อยค่า ไร้ความสามารถในการควบคุมตนเอง ดังนั้นชุมชนจึงแสดงออกต่อผู้ป่วยอย่างเห็นอกเห็นใจและสงสาร ซึ่งสำหรับนักศึกษา วิธีการมองอย่างสงสารนี้เป็นการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์อย่างแนบเนียนของชุมชน อย่างไรก็ตามการมองผู้ป่วยด้วยความสงสารนั้น ด้านหนึ่งแสดงให้เห็นว่า ระดับความรุนแรงของมลทินที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นน้อยกว่าการแสดงออกให้เห็นถึงความรังเกียจ และทำที่ที่ชุมชนพยายามกีดกันผู้ป่วย

สรุป แต่ละชุมชนต่างมีเบื้องหลังเชิงประวัติศาสตร์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่คล้ายคลึงกัน เริ่มจากยุคก่อนการเกิดขึ้นของโรงพยาบาลจิตเวช ชุมชนจะมีรูปแบบการมองและแสดงออกต่อผู้ป่วยในรูปแบบหนึ่ง ทว่าเนื่องจากบริบทที่ต่างกัน ทำให้แต่ละชุมชนมีเส้นทางของพัฒนาการด้านความคิดต่อความเจ็บป่วยทางจิตที่ต่างกันออกไป บางชุมชนตระหนักถึงมลทินประทับและให้ความสำคัญกับการขจัดมลทิน ด้วยการนำแนวคิดความเป็นปกติเข้ามาขบเคี้ยว (Contestation) กับมลทินประทับ ในขณะที่ชุมชนอื่น ๆ มองไม่เห็นมลทินประทับที่เกิดขึ้น หรือลืกลืไปว่านั่นชุมชนอาจใช้มลทินประทับเป็นเครื่องมือเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นชุมชนที่ราบรื่น

## 4.2 ภาพรวมชุมชนและเรื่องราวโดยสรุปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้ศึกษาขอชี้แจงก่อนว่า เนื้อหาส่วนนี้เป็นการเสนอเพื่อให้ท่านเห็นภาพของครอบครัวผู้ป่วยเท่านั้น สิ่งที่จะบรรยายต่อไปนี้ไม่ใช่เรื่องราวทั้งชีวิตของผู้ร่วมวิจัยเนื่องจากไม่ใช่การวิจัยเรื่องเล่า (Narrative) และการบรรยายเรื่องราวของผู้ร่วมวิจัยอย่างละเอียดอาจมากเกินไป อาจกลายเป็นการระบุด่วนของผู้นร่วมวิจัยทางอ้อมได้ ดังนั้นวัตถุประสงค์ของเนื้อหาคือให้เห็นบริบทของพื้นที่ศึกษาและพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงเรื่องความคิดของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยทางจิต และเพื่อไม่ให้เป็นการนำเสนอข้อมูลที่ซ้ำซ้อน เรื่องราวของผู้ร่วมวิจัยบางส่วนจะถูกนำไปกล่าวถึงในบทที่ 5 ในรูปแบบของเนื้อหาเชิงวิเคราะห์ต่อไป

### 4.2.1 ชุมชนที่ 1: ภาพของชุมชน

ชุมชนที่ 1 เป็นชุมชนแห่งแรก ที่ผู้ศึกษาได้ลงพื้นที่เมื่อช่วงวันที่ 15 มิถุนายน ถึงวันที่ 26 มิถุนายน 2558 ชุมชนแห่งนี้ตั้งอยู่ห่างจากอำเภอเมือง (หมายถึงโรงพยาบาลจิตเวช) 36 กิโลเมตร ชุมชนมีลักษณะเป็นชุมชนชนบทอยู่มาก บ้านเรือนต่าง ๆ ในชุมชนยังคงเป็นบ้านแบบดั้งเดิม เช่นบ้านไม้ยกใต้ถุนสูง หรือบ้านกึ่งปูนกึ่งไม้ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า มีบ้านรูปแบบใหม่ ๆ ปะปนอยู่บ้างประปราย

เรื่องราวของชุมชนแห่งนี้มีลักษณะที่น่าสนใจกว่าชุมชนอื่น ๆ ที่ผู้ศึกษามีโอกาสเข้าไปสัมผัส เพราะชุมชนแห่งนี้เป็นชุมชนที่ประกอบไปด้วยผู้นับถือคริสต์ศาสนาและพุทธศาสนา

ความพิเศษ คือ คนพุทธไม่ได้อยู่บนแปกกับคริสต์เตียนอย่างเช่นที่ผู้ศึกษาเข้าใจ ทว่าแยกออกจากกัน อย่างชัดเจน

ชาวชุมชนได้เล่าที่มาของชุมชนโดยสังเขปให้ฟังจับใจความได้ว่า แต่เดิม พื้นที่ชุมชนนั้นเป็นที่อยู่อาศัยของคนพุทธดั้งเดิม ซึ่งในขณะนั้นนับถือผี (ขณะนี้ คือ พุทธผสมผี) ด้วยความเชื่อเกี่ยวกับผีของชาวชุมชนดั้งเดิม ทำให้ชุมชนเลือกที่จะสร้างบ้านเรือนในบริเวณที่ไม่ถูกผีรบกวน และเว้นพื้นที่ซึ่งมีเรื่องราวเกี่ยวกับผี (ของภาคเหนือ) เอาไว้ให้เป็นพื้นที่รกร้าง ที่เรียกว่า ป่าโง่ บริเวณดังกล่าวจะไม่มีคนพื้นถิ่นเดิมกล้าเข้าไปอาศัยอยู่แม้แต่คนเดียว ดังนั้นคริสต์เตียนที่ไม่เชื่อในเรื่องผีพื้นถิ่นจึงเข้ามาอาศัยและจัดตั้งเป็นชุมชนขึ้น

สมัยนั้นคริสต์กับพุทธไม่ถูกกัน เราจะไปฝังป่าช้าพุทธไม่ได้ เค้าให้เผาอย่างเดียว ก็เลยต้องเอาฝังกันหลังบ้านนี้แหละ แต่เด็กสมัยนี้มันไม่ยอมให้ฝังแถวนี้ เค้ากลัวผี ก็เลยต้องไปฝังกับพุทธ ตอนนี้เค้ายอมละ สมัยก่อนเราซื้อที่เอาไว้ฝังกันเอง ที่ข้างบ้านที่พรรณนี้ได้ฝังไว้ 3 คน มันจะมีไม้กางเขนอยู่ เมื่อก่อนคนพุทธก็จะเจอผีบ่อย เดินมาบ้าง ห้อยหัวตามต้นไม้บ้าง แต่เราคริสต์เตียนก็ไม่เจอนะ สมัยก่อนยายก็กลัวนะ เพราะว่าคนมันยังไม่เยอะเท่านี้ มีแค่บ้านไม่กี่หลัง (สมาชิกชุมชน, สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2558)

เป็นที่แน่นอนว่า ในขณะนั้น (รุ่นปู่ย่า) คนในชุมชน 2 ศาสนา ย่อมไม่ถูกกัน แต่เมื่อเวลาผ่านไปอย่างชัดเจน คนสองศาสนาเริ่มติดต่อกันมากขึ้น โดยเฉพาะรุ่นลูกหลานที่ศรัทธาในศาสนา (ทั้งพุทธและคริสต์) ก็เป็นการศรัทธาตามพ่อแม่ ไม่ได้เกิดจากความเชื่อส่วนตัวอีกต่อไป ทำให้เส้นแบ่งที่เคยชัดเจนเบาบางลง มากไปกว่านั้น ชุมชนแห่งนี้ยังได้แสดงให้เห็นความกลมกลืนระหว่างความเชื่อต่าง ๆ ผ่านออกมาจากการพูดคุยของร่างทรง ซึ่งมีประสบการณ์ในการให้ความช่วยเหลือทั้งคนพุทธผสมผีและคริสต์เตียนอีกด้วย

สรุปเรื่องราวผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชนที่ 1

#### 4.2.1.1 ครอบครัวที่ 1: ป้าอร (ผู้ป่วย นามสมมุติ)

ป้าอร เป็นผู้ป่วยจิตเวชหญิง คริสเตียนวัย 59 ปีคนหนึ่งในชุมชนแห่งนี้ ผู้ศึกษารู้จักกับป้าอรผ่านทางคำแนะนำของผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งเป็นญาติห่าง ๆ ของผู้ป่วย ทุกวันนี้ป้าอรอาศัยอยู่ลำพังในบ้านกิ่งปูนกิ่งไม้ที่ตั้งอยู่ติดกับสุสานของครอบครัวเธอ มีเพียงแมวสีน้ำตาลหนึ่งตัว และเพื่อนบ้านที่พอจะให้ป้าอรเขาไปพูดคุยหรือดูโทรทัศน์บ้างในบางครั้ง อย่างไรก็ตาม เรื่องราวชีวิตของป้าอรมีนั้นมีความน่าสนใจอย่างมาก ดังจะกล่าวต่อไปนี้

แต่เดิมนั้น สมาชิกในครอบครัวของป้าอร ประกอบด้วย พ่อ แม่ และพี่น้องอีก 6 คน ซึ่งในบรรดาสมาชิกทั้งหมดนั้น ในสายตาของชาวชุมชนเรียกได้ว่ามีเพียง แม่ และน้องอีก 3 คนเท่านั้น ที่เป็นปกติ กล่าวคือ พ่อของป้าอรมีมีอาการทางจิตที่ชุมชนเรียกว่า “ผีบ้า” (ตอนนั้น

ยังไม่มี การบำบัดรักษา) ชอบทำร้ายข้าวของ เป็นชายขี้หึงและมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ต่อมาคือพี่สาว มีปัญหาพิการทางการเคลื่อนไหว ตามมาด้วยป้าออร์ซึ่งเจ็บป่วยทางจิต และน้องสาว คนสุดท้ายที่มีภาวะปัญญาอ่อน พูดไม่รู้เรื่อง ทำให้ภาพลักษณ์ของครอบครัวป้าออร์นั้นถูกมองใน ลักษณะ ครอบครัวที่เต็มไปด้วยความผิดปกติ สกปรก ไม่มีใครอยากเข้าใกล้ พี่น้องที่เป็นปกติก็ย้าย ออกไปสร้างครอบครัวตั้งแต่หนุ่มสาว คงเหลือไว้แต่พี่น้องที่ถูกมองว่าไม่ปกติ ทว่าในขณะนี้ทุกในบ้าน คนเสียชีวิตไปหมดแล้ว คงเหลือแต่ป้าออร์เพียงลำพัง

ป้าออร์ ให้ฟังว่าในวัยเด็ก ครอบครัวป้าออร์มีฐานะยากจนมาก พ่อแม่ ประกอบอาชีพทำไร่ทำนาเช่นชาวมุขมคนอื่น ๆ ทุก ๆ วันป้าออร์ต้องเดินทางออกไปตามท้องไร่ท้อง นาเพื่อช่วยงานพ่อแม่เล็ก ๆ น้อย ๆ เช่นการจูงควายของครอบครัวออกไป หรือในบางครั้งเด็ก ๆ เช่นป้าออร์มีหน้าที่จับกบและปูสำหรับนำมาปรุงเป็นอาหาร พอโตขึ้นมาก็ต้องออกไปรับจ้างปลูกและ เก็บเกี่ยวมันฝรั่งกลางทุ่งนา เป็นเช่นนี้จนกระทั่งเรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งเป็นการศึกษา ภาคบังคับในขณะนั้น

เนื่องจากตนเองเป็นลูกสาวคนโตสุดที่พึ่งพาได้ (พี่สาวคนโตพิการทาง การเคลื่อนไหว) เธอจึงต้องเริ่มชีวิตการทำงานตั้งแต่นั้นมาเพื่อจุนเจือครอบครัวด้วยการออกไปทำงาน ในตัวเมืองจังหวัดเชียงใหม่ และส่งเงินกลับมาให้พ่อแม่ใช้เท่าที่จะเป็นไปได้ ป้าออร์ใช้เวลาช่วงวัยเด็ก และวัยรุ่นไปกับการทำงานรับจ้างในตัวเมืองจนกระทั่งเข้าสู่วัยสาว เธอจึงตัดสินใจเข้าไปทำงานรับจ้าง กับนายจ้างชาวจีนในกรุงเทพฯ สำหรับป้าออร์แล้ว เธอคิดว่าการเป็นลูกจ้างร้านโต๊ะจีนนั้นเป็นงานที่ สนุกเพราะได้เจอสิ่งแปลกใหม่ ได้ชิมอาหารแปลก ๆ ที่ไม่เคยพบเห็นมา

ผู้ศึกษา ประทานโทษครับ ป้าไปกรุงเทพฯ ตอนอายุเท่าไรครับ

ป้าออร์ ยี่สิบกว่า ไม่ได้พักหรอก โต๊ะจีน มีตั้งแต่ปลิงทะเล ตะขาบ

“ร้านหูลามก็เหมือนกันต้องต้มผ้า แล้วถึงเอามาซัก มันเหนียว” (ป้าออร์,

สัมภาษณ์, 26 มิถุนายน 2558)

เธอพยายามส่งเงินกลับมาให้ครอบครัวอยู่อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา ที่อยู่กรุงเทพฯ หลังจากทำงานกับนายจ้างชาวจีนได้ 3-4 ปีเธอก็ตัดสินใจกลับจังหวัดเชียงใหม่ จากนั้น จึงเริ่มทำงานทำในละแวกบ้านซึ่งการทำงานครั้งนี้ต่างจากครั้งอื่น ๆ เพราะว่าเธอเริ่มจะเปลี่ยนงาน บ่อย ทำงานในแต่ละที่ไม่ได้นาน

ทว่าเรื่องราวชีวิตของเธอไม่ได้มีเพียงแค่ชุดคำอธิบายเดียวเท่านั้น ยังมีชุด คำอธิบายอื่น ๆ ที่คอยเข้ามาแย้งชิงการนิยามตัวตนของป้าออร์อย่างต่อเนื่อง คือ ในขณะที่ป้าออร์เล่าให้ ฟังเกี่ยวกับประสบการณ์ทำงานที่กรุงเทพฯ ซึ่งเป็นการทำงานที่ยากลำบาก เพื่อนบ้านกลับกล่าวถึง ประวัติชีวิตของป้าออร์ในอีกเรื่องราวหนึ่ง นั่นคือการไปกรุงเทพฯ เพื่อขายตัว ซึ่งเป็นสิ่งที่หญิงสาวใน ชุมชนมักจะกระทำกันเป็นเรื่องปกติ ถึงแม้ว่าจะเป็นเรื่องที่ใคร ๆ ก็ทำกัน ทว่าในชุมชนก็ยังคงมอง



หญิงสาวกลุ่มนี้ด้วยการให้คุณค่าลักษณะหนึ่ง คล้ายกับว่าชุมชนไม่อยากจะพูดถึงเรื่องเหล่านั้น เป็นเรื่องควรปิดบังเมื่อเวลาผ่านไป เป็นต้น

คำอธิบายชีวิตป่าออร์ ในช่วง 3-4 ปีที่อยู่กรุงเทพฯ ไม่ได้มีเพียงการเข้าไปทำงานร้านโตะจีน และการเข้าไปขายบริการทางเพศในเมืองหลวงเท่านั้นซึ่งชุดคำอธิบายหลังนั้น ก่อให้เกิดมลทินในตัวของป่าออร์อยู่น้อย หากแต่ยังมีเรื่องราวจากญาติห่าง ๆ ของป่าออร์อีกว่า สาเหตุที่เธอเดินทางไปกรุงเทพฯ นั้น แท้จริงแล้วเธอหนีตามชายหนุ่มต่างถิ่นชาวเขมร จากนั้นคงด้วยเหตุการณ์บางอย่างทำให้ถูกใส่ของด้วยคุณไสยเขมร ส่งผลให้เธอเริ่มมีอาการทางจิตเมื่อเธอกลับมาในชุมชน

หลังจากที่กลับมาอาศัยอยู่ในชุมชน ป่าออร์ซึ่งขณะนั้นอายุย่างเข้าปีที่ 30 ได้พบรักกับชายหนุ่มต่างถิ่นที่อีกคนหนึ่งเข้ามาทำงานในชุมชน เป็นชายหนุ่มที่มีฐานะร่ำรวย (ร่ำรวยในที่นี้เป็นการตัดสินจากสายตาคนในชุมชน) เธอและชายหนุ่มได้ตัดสินใจแต่งงานกัน

ทว่าหลังจากแต่งงานกันไม่นาน ก็เริ่มมีปัญหาความสัมพันธ์เกิดขึ้นในบ้าน เมื่อฝ่ายชายย้ายเข้ามาอยู่กินกับฝ่ายหญิงตามประเพณี ทว่าฝ่ายหญิงกลับไม่ยินยอมให้ฝ่ายชายหลับนอนด้วย จึงเกิดเป็นปัญหาระหว่างสามีภรรยาคุณี่และนำไปสู่การเลิกราในระยะเวลาอันสั้น นอกจากนั้น ในช่วงการใช้ชีวิตคู่ เพื่อนบ้านได้สังเกตเห็นพฤติกรรมหลาย ๆ อย่างที่ป่าออร์แสดงออกมา นำไปสู่การตั้งข้อสังเกตในอาการทางจิตของเธอที่คุณี่คล้ายกับผู้เป็นพ่อ คือ การใช้ความรุนแรงกับคู่สมรส การทำลายข้าวของเครื่องใช้ในบ้าน และหลังจากเลิกรากับสามีได้ไม่นาน อาการทางจิตของเธอแสดงก็แสดงออกอย่างชัดเจน เริ่มจากการพูดคนเดียว ทำเลาะกับคนในครอบครัวจนกระทั่งพ่อแม่เสียชีวิต และพี่น้องที่ปกติย้ายออกไปสร้างครอบครัว บ้านนี้จึงเหลือพี่สาวพิการ, ป่าออร์ที่ป่วยทางจิต และน้องสาวปัญญาอ่อน อยู่ด้วยกัน 3 คน

หลังจากเลิกรากับสามีที่อยู่กินกันได้ไม่ถึงสองเดือนตามคำบอกเล่าของเพื่อนบ้าน ป่าออร์เริ่มมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนบ้านโดยรอบและชาวชุมชนมากขึ้น เพราะป่าออร์มีอาการหูแว่ว และเห็นภาพหลอน ดังนั้นเธอจึงชอบพูดคุยกุญคนเดียวอยู่บ่อยครั้ง หรือในบางครั้งเธอจะมีอาการหลงผิดเกิดขึ้น เช่นการคิดว่าคนอื่นนินทาตนเองเสีย ๆ หาย ๆ หรือในบางครั้งวิธีการใช้เหตุผลของป่าออร์จะบิดเบือนไปจากเหตุผลทั่วไปของชุมชน จนกระทั่งเกิดปัญหาวิวาทกับเพื่อนบ้านอย่างรุนแรง โดยเพื่อนบ้านเล่าให้ผู้ศึกษาฟังจับใจความได้ว่า ป่าออร์เริ่มมีอาการทางจิตเกิดขึ้น “บ้าขึ้น” มาตั้งแต่เลิกกับสามี จากนั้นป่าออร์ก็มักจะขว้างปาสิ่งของในบ้านของตนเองจนไม่เหลือชิ้นดี กระจกหน้าต่างทุกบานแทบจะไม่คงสภาพเดิมอยู่เลย โดยเฉพาะระยะหลัง เธอยังมีพฤติกรรมรุนแรงมากยิ่งขึ้น เธอเริ่มล้อมรั้วบ้านเพื่อตัดขาดครอบครัวตนเองออกจากชุมชน หากมีอะไรไม่พอใจก็จะขว้างทุกอย่างทุกอย่างเท่าที่จะยกไหวมาที่บริเวณรั้วที่เธอสร้างไว้ หนักเข้า คือ การขว้างก้อนหินใส่หลังคาเพื่อนบ้านคนดังกล่าว ทว่าเพื่อนบ้านคนนี้ ก็พยายามอดกลั้นเอาไว้ ไม่อยากต่อล้อต่อเถียงด้วย

อยู่มาวันหนึ่ง ที่อาคารทางจิตของป่าออร์คอนข้างสงบ (ปราศจากอาคารทางบวก) เพื่อนบ้านเห็นป่าออร์เอาไม้มาสอยมะม่วงของบ้านตนเองกิน (บ้านเพื่อนบ้าน) ทว่าป่าออร์กลับไม่สอยไปที่ละ 1-2 ลูก อย่างที่ควรทำ เธอใช้ไม้เขยาดันมะม่วงต้นนั้นจนผลมะม่วงทั้งหมดร่วงหล่นเกลื่อนกลาดเต็มพื้น จุดนี้เองที่เป็นจุดเริ่มต้นของการกีดกันทางสังคมที่พื้นบ้านแสดงต่อป่าออร์อย่างชัดเจน เริ่มจากการต่อว่าป่าออร์ถึงสิ่งที่เธอทำ หลังจากนั้นทั้งคู่มีปากเสียงกันรุนแรง จนกระทั่งเกิดการทำร้ายร่างกายกันเกิดขึ้น คนในละแวกนั้นจึงแจ้งตำรวจเพื่อทำการควบคุมตัวและส่งป่าออร์เข้าโรงพยาบาลจิตเวชในทันที ความขัดแย้งเรื่องมะม่วงกลายเป็นจุดเปลี่ยนของสถานการณ์ในชุมชน ตอนนี้ชุมชนแทบทั้งหมดได้เห็นมุมที่น่าหวาดกลัวของผู้ป่วยทางจิตหญิงคนหนึ่งในเชิงประจักษ์แล้ว เสมือนว่าผู้ป่วยกลายเป็นตัวแทนของความอันตรายซึ่งเป็นแนวคิดรายรอบมลทินประทับอย่างหนึ่ง (อ่านต่อบทที่ 5)

. . . คือ เรื่องของเรื่องมันโกรธกัน...หลังบ้านนี่นะ หลังบ้านยาย มันมีมะม่วง . . . อะไรนะ . . . เขียวสวย ลูกมันเยอะมาก ทีนี้มันอยากกิน แต่เราไม่อยู่ไง เราไปธุระที่อำเภอ พอกลับมาเท่านั้นแหละ ร้อนก็ร้อน มันพาดมะม่วงเรากิน . . . คือ ถ้ามันเอาแค่ลูกเดียว ก็ยังพอให้อภัยนะ แต่นี่มันเล่น . . . “พาดโถม ๆ ๆ ” ลงมากองเต็มพื้นเลย ทีนี้ปากก็เลยตะโกนด่ามัน ทีนี้แหละ มันด่าปาซะไม่มีตี . . . นั่นแหละ ยายน้อยเลยลงไปหามัน จะคุยกับมัน มันเอาไม้ไผ่ที่มันใช้สอยมะม่วงนั่นแหละตียายน้อย จำได้ว่าตอนนั้นมีเรื่องสู้กันตั้งนานกว่าจะมีคนมาจับเราสองคนแยกออก (ยายน้อย, เพื่อนบ้าน, สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2558)

เมื่อเกิดความคิดเรื่องภัยอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชขึ้นกับคนในชุมชน จึงเกิดการคาดเดาไปต่าง ๆ นานา เกี่ยวกับถึงการตายของน้องสาว และข้อสังเกตหนึ่งที่ชาวชุมชนตั้งขึ้นก็คือ ป่าออร์ (นามสมมุติ) อาจจะเป็นคนฆ่าน้องของตนเองก็เป็นได้ เนื่องจากตอนเสียชีวิต หลายคนสังเกตเห็นรอยขีดบริเวณคอศพ ตั้งแต่นั้นมาชาวชุมชนจึงพยายามหลีกเลี่ยงผู้ป่วยสุดความสามารถ และยิ่งหลังจากที่พี่น้องที่เหลือเสียชีวิตลง แทบจะไม่มีใครเข้ามาอยู่กับป่าออร์อีกเลย เว้นเสียแต่ญาติห่าง ๆ คนเดียวที่เหลืออยู่

. . . น้องมันอะ มีรอยที่คอ ตอนที่ตายนะ แต่คนเค้าก็ไม่เอาเรื่องอะไร สงสัยว่า . . . นั่นแหละ คือ มันยังงៃอะ มันเป็นผีบ้าไ้ วันที่น้องมันตายมันก็นุงแค่เสื้อชั้นใน ยกทรงอะ ถือมิดด้วย มันก็ดำ ๆ ด่าทุกคน ชาวบ้านก็เลยไล่ให้ไปใส่เสื้อผ้า มันไม่รู้เรื่องอะไรเลย พี่น้องตายก็ยังยินดี เหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น คือ มันผีบ้าไ้ (ยายน้อย, เพื่อนบ้าน, สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2558)

หลังจากนั้น ป้าออร์กก็ถูกกัดกันจากคนในชุมชน เธอจำเป็นต้องใช้ชีวิตเพียงลำพัง นับว่าเป็นช่วงที่ลำบากที่สุดตั้งแต่เกิดความเจ็บป่วย ทว่าทุก ๆ มี้อาหาร ญาติของเธอจะหุงหาอาหารส่งให้เธอทาน ซึ่งพอจะประทังชีวิตของเธอได้บ้างเพียงเท่านั้น และขณะนี้ชาวชุมชนก็ยังคงแสดงหวาดกลัวเธออยู่อย่างต่อเนื่อง เมื่อใดที่เธอลืมหินยา อาการทางจิตที่ค่อย ๆ กำเริบ ป้าออร์กจะขว้างก้อนหินใส่หลังคาบ้านของคนรอบข้างอยู่เสมอ ๆ ทว่าตอนนี้ชาวบ้านไม่นิ่งดูตายอีกต่อไป เมื่อใดที่ป้าออร์กส่งเสียงร้องแปลก ๆ หรือเริ่มบ่น และเริ่มพูดคนเดียว ชาวบ้านก็จะเอาหินขว้างกลับไปที่บ้านของเธอในทันที เพื่อแสดงออกถึงความรำคาญที่ชาวบ้านได้รับจากผู้ป่วย

ป้าออร์กกลับเข้ารับการรักษาครั้งสุดท้ายช่วงปลายปี 2557 และถูกจำหน่ายในช่วงเดือนธันวาคม 2557 ที่ผ่านมา (คำว่าครั้งสุดท้าย อิงจากวันที่ผู้ศึกษาลงพื้นที่ครั้งแรก) ครั้งนี้อาการของเธอดีขึ้นมากกว่าแต่ก่อนอย่างน่าแปลกใจ จากการสอบถามสมาชิกในชุมชน ต่างสะท้อนออกมาว่า เนื่องจากเห็นผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลบ่อย จึงรู้สึกที่ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ประกอบกับญาติของเธอพยายามดูแลเรื่องการกินยา และหางานเล็ก ๆ น้อย ๆ ให้เธอทำ เช่น การรับจ้างนวดคลายเส้นให้กับสมาชิกในชุมชนในบางโอกาส (ขึ้นอยู่กับอาการทางจิต ถ้าออกจากโรงพยาบาลไม่นาน ชาวบ้านจะไว้ใจเรียกใช้ไปนวดบ่อยขึ้น) ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านที่เคยวิวาทกันมาก่อนนั้น เริ่มเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดี ผู้ศึกษาต้องขอเสนอว่า หลายสิ่งที่คุณป่วยกระทำไประหว่างมีอาการทางจิตกำเริบนั้น ผู้ป่วยมักจะไม่สามารถจดจำสิ่งที่ตนทำหลังจากได้รับการรักษาได้เลย เพราะฉะนั้นการดำรงชีวิตของป้าออร์กจึงเรียกได้ว่า ดำเนินไปบนรอยต่อที่ขาด ๆ หาย ๆ ของหลาย ๆ เหตุการณ์ เธอไม่รู้ด้วยซ้ำว่าเพื่อนบ้านคนไหนเกลียดเธอมากเพียงใด และเพราะความไม่รู้ เธอจึงมักจะเข้าไปขอดูโทรทัศน์ (ละครหลังข่าวช่วง 20 นาฬิกา) เพื่อนบ้านยินยอมให้เธอร่วมวงดูโทรทัศน์ด้วยความรู้สึกกลืนไม่เข้าคายไม่ออก

สรุป เรื่องราวของผู้เข้าร่วมวิจัยรายนี้สะท้อนให้เห็นประเด็นทางสังคมที่น่าสนใจ 2 ประเด็นด้วยกัน คือ หนึ่ง เรื่องของบรรทัดฐานของสังคม (Norms) คือ เมื่อมองลึกลงไปเนื้อหาเชิงโครงสร้างแล้วจะพบการจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 2 ระดับ ระดับที่ตื่นเงินที่สุดคือความปกติและไม่ปกติ และระดับที่ลึกลงมา คือ เกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานของสังคม เพราะฉะนั้นพฤติกรรมใด ๆ ที่ผิดบรรทัดฐานของสังคมเช่น การวิวาทเรื่องมะม่วงที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับระบบความสัมพันธ์แทบทั้งสิ้น เพื่อนบ้าน (เจ้าของต้นมะม่วง) จะรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ให้ และมีจิตใจที่เผื่อแผ่ก็ต่อเมื่อป้าออร์กสอยมะม่วงของเธอเพียงครั้งละ 1-2 ผล แต่ด้วยอาการทางจิตที่เกิดขึ้น การสอยมะม่วงครั้งละมาก ๆ เท่ากับเป็นการทำให้บรรทัดฐานทางสังคมที่ผู้คนวางเอาไว้อย่างเสถียรถูกรบกวน (Disturb) จึงไม่แปลกที่จะเกิดปัญหาาระหว่างผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน

ประเด็นที่สองที่พบ คือ ความรุนแรงของผู้ป่วยเป็นสิ่งประกอบสร้างทางสังคม จริงอยู่ว่าเพราะอาการทางจิตจึงทำให้เธอมีพฤติกรรมรุนแรง แต่หากมองด้วยมุมมองของนัก

ปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์จะต้องพิจารณาไปถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเพื่อนบ้าน ว่าแต่ละฝ่ายสื่อสารอะไรออกไปให้อีกฝ่ายหนึ่งรับรู้ และตอบสนอง เช่น เพื่อนบ้านเลือกการตะโกนตำผู้ป่วย เพื่อโต้ตอบพฤติกรรมการสอยมะม่วง และสิ่งที่ได้รับจากผู้ป่วยคือความรุนแรง เป็นต้น

#### 4.2.1.2 ครอบครัวที่ 2: ลุงสมาน (ผู้ดูแล นามสมมติ) และสมเจตน์ (ผู้ป่วย นามสมมติ)

ลุงสมาน คือ หัวหน้าครอบครัวหนึ่งที่อาศัยอยู่อีกฝากหนึ่งของชุมชนซึ่งเป็นพื้นที่ของคนพุทธ ครอบครัวของลุงสมานประกอบไปด้วยสมาชิกทั้งหมด 4 คน ได้แก่ ลุงสมาน ภรรยา และลูกสาว (มีอาชีพเป็นพยาบาล) และสมเจตน์ (ผู้ป่วย) สำหรับสายตาศึกษาแล้ว มองว่าครอบครัวนี้เป็นครอบครัวผู้ป่วยทางจิตที่ดูจะมีความราบรื่นในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วยมากที่สุด เพราะลุงสมานผู้เป็นพ่อดูแลเอาใจใส่ลูกชายอย่างดี มากไปกว่านั้น ด้วยศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ดี ลุงสมานจึงถูกเชิญจากโรงพยาบาลประจำอำเภอให้เป็นวิทยากรในกิจกรรมกลุ่มบำบัดอยู่หลายต่อหลายครั้งอีกด้วย อย่างไรก็ตามกว่าที่ครอบครัวจะก้าวผ่านมาถึงจุดที่เป็นอยู่ทุกวันนี้ พวกเขา/เธอต้องผ่านเรื่องราวต่าง ๆ มากมาย

ในอดีต ลุงสมาน กล่าวว่า ตนเองมีวิถีชีวิตเช่นคนธรรมดาทั่วไป (บริบทชนบทภาคเหนือ) ที่ต้องออกไปทำงานรับจ้าง (ขับรถโดยสาร) ในช่วงกลางวัน และทุก ๆ เย็นต้องกลับมาดื่มเหล้ากับเพื่อน ๆ ก่อนที่จะกลับเข้าบ้าน ชีวิตของลุงและครอบครัวดูจะเป็นปกติ ไม้มีความเดือดร้อนอะไรมากนัก แต่แล้วอยู่มาเมื่อวันหนึ่งขณะที่ลูกชายอายุได้ 7 ขวบ ภรรยาได้ตั้งจะพาลูกชายนั่งรถประจำทางออกไปท่องเที่ยวตามปกติ ทว่าด้วยเหตุบางประการ ลูกชายเกิดพลัดตกจากรถและศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง จนทำให้ต้องนอนอยู่ที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน แน่แน่นอนว่าเขาอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องให้อาหารเหลวผ่านทางสายยางเป็นเวลานาน จนครอบครัวเริ่มหมดหวังกับการฟื้นตัวของลูกชาย

เมื่อการแพทย์สมัยใหม่ช่วยเหลือลูกชายให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ไม่ได้ ลุงสมานและภรรยาจึงเลือกการรักษาที่เจ้าทรงในหมู่บ้านเป็นทางเลือกที่สอง เจ้าทรงแนะนำให้ลุงสมานทำตามขั้นตอนบางอย่าง ซึ่งในขณะนั้นลุงสมานเองก็ไม่ได้เชื่ออะไรในวิธีการรักษาพื้นบ้านเช่นนี้ ทว่าหลังจากที่ได้ทำตามเจ้าทรงแนะนำไม่นานก็เกิดเหตุการณ์ (ลุงสมานให้คำว่าอัศจรรย์) ลูกชายของตนเริ่มสามารถกินอาหารได้ด้วยตนเอง สามารถเคี้ยวข้าวแค้น (ข้าวจ้าวทอด ราดด้วยน้ำตาลจากน้ำแดง) ได้เป็นครั้งแรกในรอบ 3 เดือน ที่ต้องให้อาหารผ่านทางสายยาง หลังจากวันนั้นอาการของผู้ป่วยเริ่มฟื้นตัวขึ้นตามลำดับ ทว่าทุกสิ่งทุกอย่างนั้นไม่เหมือนเดิมอีกต่อไป สมเจตน์ต้องป่วยด้วยโรคลมชักตั้งแต่นั้นมา ไม่สามารถเรียนหนังสือต่อเนื่องได้ ครอบครัวจึงต้องดูแลกันเช่นนั้นเรื่อยมา

อาการผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นให้เห็นครั้งแรกเมื่อเขาอายุได้ 20 ปี ในมาวันหนึ่ง ในขณะที่ลุงสมานออกไปทำงานตามปกติ สมเจตนได้เข้าไปทำลายข้าวของเครื่องใช้ของเพื่อนบ้านจนเสียหายเป็นจำนวนมาก เพื่อนบ้านจึงโทรแจ้งตำรวจเกิดเป็นเรื่องราวใหญ่โต จนลุงสมานต้องรีบกลับมาเพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อมาถึงลุงสมานได้ทำให้ลูกชายสงบลงด้วยวิธีการเฉพาะของตนเองนั่นคือการโอบกอด และถามว่า “รักพ่อหรือไม่” ซึ่งคำพูดเช่นนี้มักจะเรียกสติของผู้ป่วยกลับมาได้เสมอ ครั้งนี้ก็เช่นกัน ทว่าทุกอย่างกลับไม่ทันการ เหตุการณ์นี้จบลงที่การชดใช้ค่าเสียหายจำนวนห้าพันบาท และตำรวจยืนยันจะควบคุมตัวสมเจตนไปส่งโรงพยาบาลจิตเวช

กระบวนการควบคุมตัวนี้เป็นเหตุการณ์ที่ลุงสมานสะท้อนให้ผู้ศึกษาฟังว่าตนเองรู้สึกเสียใจอย่างที่สุด เพราะตำรวจจะใช้วิธีการควบคุมด้วยการใส่กุญแจมือทั้ง ๆ ที่ลูกชายสงบมากแล้วลงใต้อ้อมกอดของตนเรียบร้อยแล้ว ลุงสมานต่อรองและยืนยันว่าไม่มีความจำเป็นต้องใส่กุญแจมือ เพราะตนเองจะนั่งรถไปส่งลูกด้วยตนเอง

การนั่งกระบะรถตำรวจไปโรงพยาบาลกินเวลานานพอที่อาการทางจิตของสมเจตนจะสงบลงจนเป็นปกติ ซึ่งทำให้ทั้งลุงสมานและตำรวจรู้สึกโล่งใจอย่างมาก ทว่าความตึงเครียดกับเกิดขึ้นอีกครั้งตอนกระบวนการที่ผู้ช่วยพยาบาลชายร่างใหญ่จำนวนหนึ่งพยายามจะนำกุญแจมือมาใส่ให้กับสมเจตนอีกครั้ง ลุงสมานยอมรับว่าความพยายามเข้ามาควบคุมด้วยกุญแจมือครั้งที่สองนี้สร้างความรู้สึกโมโหและเสียใจอย่างมาก ลุงสมานโต้เถียงกับเจ้าหน้าที่อยู่ช่วงหนึ่งก่อนที่เจ้าหน้าที่จะยินยอมไม่ควบคุมผู้ป่วยด้วยกุญแจมือ ด้วยอาการทางจิตที่เป็นปกติ สมเจตนจึงยอมนั่งวิลแชร์เข้าพบแพทย์แต่โดยดี และตั้งแต่นั้นมา สมเจตนก็ต้องกลับเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สาเหตุการกำเริบของอาการทางจิต

การถือกำเนิดของเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวส่งผลให้เกิดผลกระทบหลายอย่างต่อครอบครัวลุงสมาน โดยเฉพาะเรื่องงาน ลุงสมานตัดสินใจลดชั่วโมงการทำงานของตนเองลงเพื่อหวังว่าตนเองจะมีเวลาดูแลครอบครัวมากยิ่งขึ้น เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำสอง อย่างไรก็ตาม ลุงสมานก็ไม่สามารถกลับจากงานก่อนเวลาได้ทุกวัน ดังนั้นช่วงเวลาที่ลุงไม่อยู่ สมเจตนก็มักจะมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนบ้านคนเดิม โดยแม่ของสมเจตนคิดว่า น่าจะเป็นเพราะสมเจตนถูกเพื่อนบ้านคนดังกล่าวเข้าเหย้าเป็นประจำ เขาจึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา ทั้งนี้ครอบครัวก็ได้แต่เป็นฝ่ายขอโทษคู่กรณีอยู่ร่ำไป เพราะถือว่าตนเองเป็นฝ่ายผิดที่ดูแลลูกซึ่งเจ็บป่วยทางจิตได้ไม่ดีเท่าที่ควร

ข้อมูลที่ได้จากครอบครัวลุงสมานนั้นจะแตกต่างจากป้าอรเล็กน้อย คือป้าอรสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับการกีดกันที่เพื่อนบ้านมีต่อเธอมากกว่า สำหรับชุมชนนั้นเป็นลักษณะของการหลีกเลี่ยง ชาวบ้านจะพยายามเลี่ยงเท่าที่จะทำได้ อย่างไรก็ตามปฏิกิริยาตอบสนองของชุมชนนั้นขึ้นอยู่กับอาการทางจิตและจำนวนครั้งในการรับการรักษา แต่สำหรับสมเจตนนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของชุมชนกลับมีการกระทำทางสังคมบางอย่างที่เรียกว่ารุนแรงกว่ามาก เช่น



การแสดงการกีดกันที่เกิดขึ้นในพิธีกรรมทางศาสนา (ดูบทที่ 5) รวมทั้งการขูขบขืนนินทาที่ทำให้ลุงสมานรู้สึกแย่ทุก ๆ ครั้งที่ยังเอิญเข้าไปได้ยิน

ไม่ว่าลุงสมานจะดูแลอย่างดีเพียงใด ก็ดูเหมือนว่าชุมชนยังไม่ให้การต้อนรับครอบครัวของตนเองมากเท่าที่ควร ด้วยแนวคิดส่วนตัวที่คิดว่าผู้ป่วยคือตัวแทนของครอบครัวตนเอง ลุงสมานจึงเริ่มเปลี่ยนแปลงตนเองโดยการเลิกดื่มเหล้าและสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด ต่อมาจึงเริ่มทำงานเพื่อชุมชน เช่นการเข้าร่วมและเป็นประธานชมรมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ชุมชนมองครอบครัวตนเองในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งสายตาก็มีต่อผู้ป่วยเองเช่นกัน

#### 4.2.2 ชุมชนที่ 2: ภาพรวมชุมชน

ชุมชนแห่งที่สองตั้งอยู่ห่างออกไปจากตัวเมืองประมาณ 40 กิโลเมตร ผู้ศึกษาใช้เวลาเดินทางไปยังชุมชนประมาณ 50 นาที ชุมชนแห่งนี้ตั้งอยู่ใกล้กับเทือกเขาแห่งหนึ่ง จึงทำให้อากาศค่อนข้างเย็น ผู้ศึกษาต้องเดินทางผ่านเส้นทางที่คดเคี้ยวระยะหนึ่งจึงจะเข้าสู่เขตชุมชน ระหว่างทางจะพบว่า สองข้างทางเต็มไปด้วยทุ่งนาสลับกับบ้านเรือนเป็นระยะ ๆ ในช่วงที่ไม่ได้ปลูกข้าวเกษตรกรจะหันมาปลูกพืชตระกูลถั่วแทน ซึ่งในช่วงเวลาที่ผู้ศึกษาเข้าไปสัมผัสชุมชนนี้เอง ได้มีโอกาสเห็นภาพการทำงานของหญิงวัยกลางคนหลายสิบคน กำลังเก็บเกี่ยวพืชผลกลางแดดร้อน ๆ อยู่หลายกลุ่ม

เมื่อเข้าไปในชุมชน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้กรุณานำทางผู้ศึกษาไปพบผู้ร่วมวิจัยกลุ่มต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้ในเค้าวิธีการศึกษา โดยผู้ร่วมวิจัยคนแรกที่ได้พบคือ ผู้นำชุมชนหญิงท่านหนึ่ง (น้องสาวผู้ใหญ่บ้าน) เธอได้เล่าเรื่องราวของชุมชนให้ฟังใจความว่าชุมชนแห่งนี้ไม่ได้ประกอบไปด้วยคนจากหลากหลายพื้นที่ เพราะมีคนต่างถิ่นย้ายเข้ามาตั้งรกรากในชุมชนตั้งแต่ครั้งอดีต โดยผู้คนที่เข้ามาเหล่านั้น บางคนก็มีความน่าหวาดกลัว เพราะมีเรื่องเล่าว่าคนต่างถิ่นสมัยก่อนนั้นมีคาถาอาคม เพราะพวกเขาเคยอยู่ในป่ามาก่อน จึงมีวิชามาก และมักจะใช้ชีวิตอยู่โดดเดี่ยว มักจะสร้างบ้านห่างจากเขตชุมชนออกไป อย่างไรก็ตามผู้นำชุมชนไม่สะท้อนออกมาว่าผู้ป่วยจิตเวชรายแรก ๆ ของชุมชนคือใครหรือเป็นอย่างไร

ทั้งนี้ผู้นำชุมชนเล่าภาพรวม ๆ ของผู้ป่วยที่เธอเคยได้ยินหรือสัมผัสว่า สมัยที่เธอเป็นเด็ก เธอได้ยินว่า มีผู้ป่วยทางจิตอย่างน้อยสองคน นั่นคือ ป้าทาโร ซึ่งย้ายมาจากอำเภอสะเมิง ในขณะที่นั้นความรู้ทางจิตเวชยังไม่เข้ามาไม่ถึง จึงไม่อาจจะบ่งชี้ได้ว่าอาการโวยวายของป้าทาโรนั้น คืออาการของผู้ป่วยทางจิตหรือไม่ แต่ชุมชนรับรู้ أنهاไม่สมประกอบ นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วยชายอีกคนหนึ่ง ที่ชุมชนหวาดกลัว เนื่องจากเชื่อว่าชายผู้นี้ถูกคุณไสยเล่นงานทำให้เริ่มมีอาการทางจิต พุดและหัวเราะคนเดียวเป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ร่วมวิจัยไม่ได้สะท้อนว่าหวาดกลัวผู้ป่วยจะทำร้ายแต่อย่างใด หากแต่หวาดกลัวในตัว “คุณไสย” และสาเหตุของการถูกคุณไสยเล่นงานชายคนดังกล่าว



ป่าเพ็ญ มีนะ เป็นผู้ชาย อันนี้ คือ . . . เดิมทีแกก็เป็นคนปกติ แต่เหมือนว่าคนโบราณเค้าเรียกว่าถูกใส่ถูกอะไรพวกนี้

ผู้ศึกษา ขอโทษครับ คือ อยากรู้ครับ ?

ป่าเพ็ญ เหมือนโดนของ สมัยเมื่อก่อนมันเรื่องไสยศาสตร์ วิชาอะไรพวกนี้ เดิมปกติก็มีลูกมีเมียดี ตอนหลัง ๆ นี้ เป็นโรคจิตไปซะ อยู่ที่ไหนก็หัวเราะคนเดียว แต่เค้าเสียไปแล้วนะ ถ้ามันจะโดนเรื่องนี้ “ไสย” น่าจะเป็นเพราะเรื่องผู้หญิง ไปหลอกสาวแล้วญาติโกรธแค้น เลยเล่นคุณไสยใส่ (ป่าเพ็ญ, ผู้นำชุมชน, สัมภาษณ์, 8 กรกฎาคม 2558)

นอกจากนั้น ผู้ร่วมวิจัยยังได้กล่าวถึงการปฏิบัติของชุมชนต่อผู้ป่วยในสถานการณ์ต่าง ๆ ว่าสำหรับตนเองนั้นผู้ป่วยจิตเวชหรือที่ชาวบ้านเรียกว่าผีบ้าเป็นเรื่องปกติของชุมชน เพราะอาศัยอยู่กับชุมชนมาอย่างยาวนาน ทุกคนคุ้นเคยกันมาตั้งแต่เด็ก ๆ ผ่านทางเรื่องเล่าหรือคำพูดของพ่อแม่ แม้กระทั่งในปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชก็ยังคงดำรงอยู่ในชุมชนอย่างกลมกลืน ผู้ร่วมวิจัยไม่ได้แสดงท่าทีรังเกียจหรือกีดกันผู้ป่วยแต่อย่างใด เพราะส่วนตัวคิดการกีดกันและหลีกเลี่ยงผู้ป่วยนั้นจะสร้างให้พวกเขา/เธอเกิดความเครียดขึ้นมา และอาจทำให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เพราะฉะนั้นผู้ป่วยทางจิตในชุมชนก็จะมีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนอย่างเต็มที่ เล่นการเซียมมาช่วยงานศพ หรืองานทางศาสนาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอยู่บ่อยครั้ง ชาวบ้านก็จะทักทายผู้ป่วยตามปกติ มีการหลบหน้าแต่อย่างใด ดั่งนั้นทุก ๆ ครั้งที่เจอกับผู้ป่วย ชาวชุมชนโดยเฉพาะตัวผู้นำชุมชนและอสม. ก็จะทักทายผู้ป่วยว่า “เป็นไงบ้างสบายใจดีไหม กินยารียัง” อย่างเป็นทางการ อีกสิ่งหนึ่งที่น่าสนใจคือ สรรพนามบุรุษที่ 3 ที่ใช้เรียกผู้ป่วย คือ ชื่อตามด้วยคำว่าผีบ้า เช่น . . . (ชื่อ) . . . ผีบ้า (คำตามท้ายชื่อ).

. . . มันอาจจะเป็นเรื่องสภาวะในชุมชน คือ ผู้ป่วยโรคจิตเนี่ย ถ้าเราวิ่งไปแยกสังคมเค้าก็จะยิ่งเครียด ความเครียดก็จะทำให้ยิ่งเกิดความฟุ้งซ่าน คิดระแวง แต่ถ้าอยู่กันแบบนี้เวลามีอาการเช่น ใจมึน ๆ คนก็จะถามละว่า กินยารียะเปล่า ยาชาตรีเปล่า ไปหาหมอหรือยัง เวลาเราคิดว่าเค้าเริ่มผิดปกติ ก็อาจจะมีเชิงสอบถามมากกว่าว่า “กินยารียัง ลืมกินยารียะเปล่า ไปหาหมอหรือเปล่า” (ป่าเพ็ญ, ผู้นำชุมชน, สัมภาษณ์, 8 กรกฎาคม 2558)

ประหนึ่งว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องธรรมดาของชุมชนแห่งนี้ อย่างไรก็ตามชุมชนแห่งนี้เคยประสบกับเหตุการณ์วิกฤติมาแล้วเมื่อหลายสิบปีก่อน นั่นคือ การแพร่ระบาดของโรคเอดส์

การเกิดขึ้นของโรคเอดส์ในชุมชนในอดีตนั้น ส่งผลกระทบต่อกับมลทินประทับอย่างมาก รวมทั้งครอบครัวของผู้ร่วมวิจัย ในอดีตนั้นชายหนุ่มในหมู่บ้านนิยมการซื้อบริการทางเพศจากช่องในตัวอำเภอ ซึ่งในขณะนั้นยังไม่มีมาตรการรณรงค์การป้องกันระหว่างการใช้เพศสัมพันธ์ ดังเช่นทุกวันนี้ ผลคือ ผู้ชายจำนวนมากในชุมชนกลายเป็นผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตไปในที่สุด และหาก

เปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชแล้ว ผู้ติดเชื่อเอดส์นั้น ถูกชุมชนแสดงท่าทีรังเกียจและกีดกันอย่างมาก ถึงขนาดว่าไม่เดินผ่านบ้านผู้ป่วย และไม่มีใครไปร่วมงานศพของผู้ป่วยคนนั้นเลยทีเดียว

. . . คือ แก่ไม่ยอมบอกใคร เราเองก็ได้แต่สังเกต คาดการณ์ สงสัยแต่ไม่กล้าถาม เพราะว่า หนึ่ง เหมือนกลัวจะไปซ้ำเติมเค้ารีเปลา จนสุดท้ายพี่ชายที่ต้องกินยาฆ่าแมลง เพื่อตัดปัญหา เพราะจากเพื่อนฝูงที่ . . . เพื่อนชายโสด มีค่านิยมไปเที่ยวผู้หญิงบริการ ก็ไปเป็นกลุ่มของเค้านั้นแหละ ชิมไฮโซไป เมื่อก่อนจะมีในตัวอำเภอ ใช้บริการผู้หญิง คนเดียวกัน พอพี่ชายพี่เห็นสภาพเพื่อนฝูงที่นอน . . . ตอนนั้นการรักษามันยังไม่มี พอเป็นนั้น พี่น้องก็ต้องไปดูแล เค้าคงไม่อยากให้คนในครอบครัวเป็นภาระ สุดท้ายเค้าก็ฆ่าตัวตาย ตอนนั้นใครที่เป็นเอดส์ จะถูกรังเกียจมาก มีครอบครัวหนึ่ง ขนาดว่าไปเสียชีวิตที่ รพ. แล้วมาจัดงานศพที่บ้าน ศพก็ไม่ได้เอามานะ มีแต่โลง ทุก ๆ คนที่มาร่วมงานไม่กล้ากินอาหารที่เค้าเลี้ยง เพราะกลัวติด เนื่องจากว่าตอนนั้นไม่มีความรู้เรื่องเอดส์ (ป่าเพ็ญ, ผู้นำชุมชน, สัมภาษณ์, 8 กรกฎาคม 2558)

ปัจจุบัน ผู้ป่วยเอดส์ได้เสียชีวิตไปจนหมดแล้ว คงเหลือแต่ผู้ป่วยจิตเวช 3 ราย ประกอบด้วย ชายหนึ่งคนและหญิงสองคน สำหรับผู้ป่วยชายนั้นมีสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน ขณะนี้ชุมชนพยายามบำบัดด้วยธรรมะ คือส่งชายคนดังกล่าวไปบวชเป็นพระ เพื่อหวังให้ธรรมะกล่อมเกลาคิดใจ เพราะก่อนหน้านี้ เขาติดสุราอย่างหนักถึงขั้นทำร้ายคนรอบครัว ถึงขั้นจุดไฟเผาบ้านตนเองเมื่อต้นปีที่ผ่านมา ส่วนผู้ป่วยหญิงในชุมชนมีอยู่ด้วยกัน 2 คน คนหนึ่งพิการทางสติปัญญาซึ่งเคยมีประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ แต่ว่าด้วยประเภทของความพิการและข้อจำกัดทางการสื่อสาร ทำให้เธอไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า ดังนั้นผู้ร่วมวิจัยในชุมชนแห่งนี้จึงเป็นหญิงอายุประมาณ 50 ปีชื่อว่า ป่าปิ่น

สรุปเรื่องราวของผู้ป่วยในชุมชนที่ 2

#### 4.2.2.1 ครอบครัวป่าปิ่น (ผู้ป่วย นามสมมุติ)

ป่าปิ่น อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้ตั้งแต่กำเนิด แต่เดิมครอบครัวของเธอประกอบไปด้วยสมาชิกคือ พ่อ แม่ พี่สาว พี่ชาย และตัวป่าปิ่นเอง เธอเล่าให้ฟังว่าในอดีตนั้น เธอมักจะถูกพ่อของเธอทำร้ายทุก ๆ ครั้งที่เขาเมาสุราเป็นประจำ ทำให้ชีวิตในวัยเด็กของป่าปิ่นไม่ค่อยราบรื่นนัก เธอต้องคอยหลบ ๆ ซ่อน ๆ จากพ่อทุก ๆ ครั้งที่เกิดว่าเขาเริ่มเมาสุรา ป่าปิ่นยังสะท้อนเรื่องราวที่ติดอยู่ในใจให้ผู้ศึกษาฟังอีกว่า เพราะความยากจนของตนเอง ทำให้สูญเสียโอกาสหลายอย่างเช่นการเรียนต่อที่เพื่อน ๆ รุ่นเดียวกันบางคนสามารถเรียนสูงกว่าชั้น ประถมศึกษาปีที่ 4 ได้ (ปกติลูกคนเล็กของครอบครัวจะมีโอกาสเรียนสูงกว่าพี่ ๆ) หรือแม้กระทั่งเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ อย่างเช่น เรื่องเสื้อผ้า ที่ตลอดชีวิตวัยเด็กของเธอไม่เคยมีโอกาสได้สัมผัสเสื้อผ้าที่ปรารถนาจะสวมใส่เลยแม้แต่ครั้งเดียว



สังเกตเห็นความผิดปกติที่ชัดเจนมากขึ้น จึงนำตัวเธอส่งโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อรับการบำบัดรักษา จากวันนั้นถึงวันนี้ เธอมีประวัติรับการรักษาทั้งหมด 9 ครั้ง

ตอนนั้นเราก็ตำข้าวเมาเป็น เราไม่รู้จะพูดกับใคร สิ่งแวดล้อมมันเงียบ แล้วก็เห็นตำรวจก็มา “อ้าว พวกเรามาตรวจมา ฎอยู่ไม่ได้แล้ววี่ง” คือวี่งมาแอบ เพราะว่ากลัว เหมือนว่าเรามีความผิด เพื่อนก็บอกว่า “เฮ้ย มึงทำงานไม่ไหวแล้วไอ้ป๋น มึงบ้า” (ป้าป๋น, สัมภาษณ์, 10 กรกฎาคม 2558)

อย่างไรก็ตาม เธอไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะในสมัยนั้น การเดินทางเข้าตัวเมืองในแต่ละครั้งเป็นเรื่องที่เสียเงินและเวลาอย่างมาก การไปโรงพยาบาลแต่ละครั้ง อาจต้องใช้เวลาเกือบทั้งวัน ทำให้เธอตัดสินใจไม่ไปรับการรักษาอีก ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบ อยู่บ่อยครั้งจนกระทั่งสามีทราบถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทว่าเขากับไม่ได้แสดงท่าทีรังเกียจป้าป๋น แต่อย่างไร ทั้งสองคนใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันเรื่อยมา จนกระทั่งถูกน้องสาว (น้องสาวสามี) ขับไล่ออกจากบ้าน ทั้งคู่ต้องกระเสือกกระสนปากหนักกลับมาอาศัยที่บ้านฝ่ายภรรยา (บ้านป้าป๋น) ทว่ากลับไม่ได้รับการต้อนรับอย่างที่คิดเอาไว้

ในขณะที่ป้าป๋นออกจากครอบครัวของตนเองไป มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นในครอบครัวเธอมากมายโดยที่เธอไม่ทราบมาก่อน นั่นคือ ครอบครัวได้ทำการแบ่งมรดก (ที่ดิน) ของผู้เป็นพ่อให้กับลูก ๆ ทั้ง 3 คน เป็นที่แน่นอนว่า การแบ่งที่เกิดขึ้นนั้นสร้างความไม่พอใจให้กับสมาชิกในครอบครัวอย่างมาก บางคนได้มรดกมาก ในขณะที่บางคนได้เพียงที่ดินส่วนป้าป๋นได้เพียงที่ดินผืนเล็กที่สุดในบรรดาพี่น้อง ไม่เพียงเท่านั้น ในขณะที่เธอและสามีชมชานกลับมาพึ่งครอบครัว ญาติพี่น้องกลับไล่อเธอให้ไปอาศัยที่เล่าไก่หลังบ้านพ่อแม่

เสมือนว่าชีวิตของเธอต้องเผชิญความยากลำบากมาอย่างยาวนาน และกลับลำบากยิ่งขึ้นหลังจากเกิดความเจ็บป่วยทางจิต ในเมื่อครอบครัวไม่ให้การช่วยเหลือใด ๆ มากนัก สามีจำเป็นต้องไปกู้เงินจากองค์กรท้องถิ่นจำนวนหนึ่งเพื่อนำมาสร้างที่อยู่อาศัย ทว่าเมื่อความเจ็บป่วยทางจิตนี้ส่งผลให้ศักยภาพในการทำงานของเธอลดต่ำลง จากที่สามารถทำงานได้ทุก ๆ วัน กลับกลายเป็นไม่กี่วันต่อสัปดาห์ ส่งผลต่อเศรษฐกิจในครอบครัว จำนวนเงินที่จะถูกนำไปใช้หนี้ย่อมลดลง เพราะรายได้ของครอบครัวมาจากสามีเพียงคนเดียว ไม่เหมือนแต่ก่อนที่สองคนช่วยกันทำงานอย่างขยันขันแข็ง

ตั้งแต่นั้นมาสามีต้องออกไปรับจ้างตั้งแต่เช้าจนค่ำ ส่วนป้าป๋นก็ไม่สามารถรับจ้างทำงานได้ทุก ๆ วันเหมือนเช่นแต่ก่อนอีกต่อไป นาน ๆ ครั้งจึงจะมีคนมาชักชวนให้ไปทำงานเก็บเกี่ยวกลางทุ่งนา แต่สำหรับป้าป๋นแล้ว ความรู้สึกในการทำงานกลับเปลี่ยนไป เธอรู้สึกแปลกแยกออกจากเพื่อน ๆ ทั้งที่เคยสนิทสนมกันมาก่อน นอกจากนั้นเธอยังคิดว่าตนเองต้องแสดงความตั้งใจในการทำงานให้มากกว่าคนอื่น ๆ เพื่อหวังว่านายจ้างจะเรียกเธอไปทำงานในโอกาสต่อไป

ที่กล่าวมาน่าจะทำให้เห็นภาพรวมของชีวิตผู้ร่วมวิจัยรายนี้พอสมควร อีกประเด็นหนึ่งที่ขาดไม่ได้ในการนำเสนอเพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นก็คือ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมวิจัยและคนในชุมชน

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ได้มีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือเป็นภัยอันตราย จนกระทั่งสร้างความหวาดกลัวให้กับคนในชุมชน แต่ผู้ป่วยก็มักจะสร้างความรำคาญให้กับเพื่อนบ้าน อยู่เสมอ ๆ ด้วยเพราะอาการวิกลจริตพื้นฐานของโรคจิตเภทคือ เห็นภาพหลอน และหูแว่ว ทำให้เธอ มักจะพูดโต้ตอบกับเสียงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา โดยเฉพาะเวลากลางคืน จะเป็นที่รำคาญของคนในชุมชนอย่างมาก ไม่เพียงเท่านั้น หากวันใดที่อาการทางจิตกำเริบหนัก ผู้ป่วยจะแสดงออก 2 ประการ คือ หนึ่ง ขว้างปาวัสตุกก่อสร้างหรือก้อนหินใส่บ้านของพ่อแม่และพี่ชาย และสองผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม ที่ขาดสำนึก (Conscious) เช่นเมื่อผู้ป่วยหิวข้าว ก็ตรงเข้าไปจับไก่ของเพื่อนบ้านและฆ่าเพื่อทำเป็นอาหาร โดยไม่คำนึงว่าไก่แต่ละตัวที่วิ่งอยู่ในชุมชนนั้นล้วนแล้วแต่มีเจ้าของทั้งสิ้น เมื่อเป็นเช่นนี้ พี่ชาย จำเป็นต้องนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลด้วยวิธีการต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการหนักที่สุด คือการจับมัดมือมัดเท้าใส่ใส่ท้ายรถกระบะ (เหมารถรับจ้าง) นำส่งโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ไกลออกไปกว่า 40 กิโลเมตร นอกจากนั้น ชีวิตการเป็นผู้ป่วยทางจิตของเธอยังต้องเผชิญกับเรื่องราวต่าง ๆ มากมาย ถึงแม้ว่าชุมชนจะไม่ได้แสดงท่าทีหวาดกลัวผู้ป่วยให้เห็นโดยชัดเจน แต่ผู้ป่วยและญาติก็สะท้อนให้เห็น ถึงสถานการณ์การถูกเอาเปรียบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเช่น ในขณะที่เกิดความเจ็บป่วย ผู้ป่วยก็มักจะ หนีบฉวยสินค้าในร้านค้าโดยไม่จ่ายเงิน หรือจ่ายไม่ครบ ทำให้ครอบครัวต้องตามไปชำระหนี้อยู่ บ่อยครั้ง ในทางกลับกัน เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจนอาการทางจิตสงบ กลับถูกแม่ค้าโกง ไม่ทอนเงินให้ผู้ป่วยครบตามจำนวนที่ควรจะเป็น เพราะคิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถเรียกร้องความชอบธรรมอะไรได้เป็นต้น สุดท้ายชีวิตของผู้ป่วยจึงค่อย ๆ ถูกจำกัดพื้นที่ทางสังคมลงเรื่อย ๆ จนกระทั่ง ทุกวันนี้ เธอใช้ชีวิตช่วงกลางวันอยู่เพียงลำพังเพื่อรอสามีกลับมาจากการทำงาน ไม่ยุ่งเกี่ยวกับญาติพี่น้อง และพยายามไม่ออกจากบ้านของตนเองโดยไม่จำเป็น

#### 4.2.3 ชุมชนที่ 3: ภาพรวมของชุมชน

ชุมชนแห่งที่สาม มีระยะทางไม่ไกลจากที่พักของผู้ศึกษารวมถึงอาจเป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ห่างจากอำเภอเมืองเชียงใหม่ประมาณ 20 กิโลเมตร และเนื่องจากมีถนนใหญ่ตัดผ่านในกลางชุมชนเพราะตั้งอยู่ในอำเภอท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมของจังหวัดเชียงใหม่ ส่งผลให้ชุมชนในอำเภอแห่งนี้ เป็นชุมชนที่ใกล้ความเจริญ จากการสังเกตผู้ศึกษาสามารถพบเห็น ปิมน้ำมัน ร้านขายยา ศูนย์บริการรถจักรยานยนต์ รวมถึงร้านสะดวกซื้อซึ่งเป็นที่รู้จักโดยทั่วไปตั้งอยู่มากมาย แต่เมื่อเดินลัดเลาะเข้าไปตามถนนในชุมชนแล้ว จะพบว่า วิถีชีวิตของคนในบริเวณโดยรอบยังคงมีความคล้ายคลึงกับชุมชนที่ผ่าน ๆ มา ไม่ว่าจะเป็นลักษณะบ้านเรือน รูปแบบครอบครัว (เป็นครอบครัวขยาย) ชุมชนเองยังคงมีความเชื่อเรื่องพุทธผสมผีที่คล้ายคลึงกัน เป็นต้น



น่าแปลกที่ในชุมชนแห่งนี้ไม่ค่อยมีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยทางจิตมากเท่าใดนัก โดยเฉพาะกับสมาชิกชุมชนรุ่นใหม่ ๆ (ตั้งแต่วัยทำงานลงมา) จากการสอบถามสมาชิกชุมชนบางคนแทบจะไม่รู้ด้วยซ้ำว่า ในชุมชนแห่งนี้มีผู้ป่วยโรคจิตอาศัยอยู่ ทั้ง ๆ ที่บ้านของตนเองตั้งอยู่ห่างจากครอบครัวผู้ป่วยไม่ถึง 200 เมตรมากไปกว่านั้น สมาชิกชุมชนบางคนไม่ทราบว่าผู้ป่วยทางจิตนั้นเป็นอย่างไรเสียด้วยซ้ำ เหมือนว่า “โรคจิต” ยังคงเป็นภาพที่เลือนราง และไม่ชัดเจนสำหรับคนในชุมชนแห่งนี้ และจากการพูดคุยถึงประเด็นผู้ป่วยทางจิตในชุมชน บางคนก็ยังสับสนว่าแท้จริงแล้วแบบไหนที่เรียกว่าโรคจิต เพราะว่าแยกไม่ออกว่าโรคจิต โรคประสาท หรือปัญญาอ่อนต่างกันอย่างไร อย่างไรก็ตามวิธีการแสดงออกของชุมชนต่อผู้ป่วยทั้ง 3 โรคที่กล่าวข้างต้นล้วนเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ มองด้วยความรู้สึกสงสารและมโนทัศน์เรื่องกรรม

หากพูดถึง “ผู้ป่วยทางจิต/ผีบ้า” กับคนในชุมชนแห่งนี้ที่ไม่ใช่ญาติของผู้ป่วยทางจิตจริง ๆ และไม่ใช่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทุกคนจะพูดเป็นเสียงเดียวกันว่า ผู้ป่วยทางจิตในชุมชนน่าจะเป็นสองแม่ลูกที่ชอบปั่นจักรยานเก็บของเก่าไปขาย เพราะทั้งสองคนคนแต่งกายสกปรกมอมแมม พูดจาไม่ค่อยรู้เรื่อง ประกอบกับลักษณะการปั่นจักรยานซาเล้งที่ปั่นทั้งวัน ไม่ว่าฝนตกหรือแดดออก แม่ลูกคู่นี้ก็ยังคงตั้งใจปั่นจักรยานไปมาบนถนนสายหลักกลับไปกลับมาหลาย ๆ รอบ อย่างไรก็ตามชุมชนไม่ได้แสดงท่าทีรังเกียจแต่อย่างใด ผู้ศึกษาเห็นว่าอาจเป็นเพราะชุมชนยังไม่แน่ใจว่าควรตัดสินให้แม่ลูกคู่นี้เป็นผีบ้าหรือไม่

ปัจจุบันมีผู้ป่วยทางจิตในชุมชน 1 คน ชื่อว่า จันทร์เพ็ญ (นามสมมุติ) เธอเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งผู้ศึกษาจะนำเสนอเรื่องราวโดยสรุปของเธอในตอนต่อไป เพราะประเด็นภาพรวมชุมชนนี้ สิ่งที่น่าสนใจคือเรื่องราวความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบรรพบุรุษของจันทร์เพ็ญ

ย้อนกลับไปเมื่อกว่า 60 ปีที่ผ่านมา (ยุคก่อนการถือกำเนิดของโรงพยาบาลจิตเวช) ครอบครัวของป้าจันทร์เพ็ญเป็นครอบครัวเดียวที่ประกอบไปด้วยผู้ป่วยทางจิตตั้งแต่สมัยต้นตระกูล สมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวเล่าประวัติของครอบครัวและชุมชนให้ฟังว่า “ผีบ้า” นั้นอยู่คู่กับตระกูลนี้มาตั้งแต่รุ่นทวดของตนเองโดยลักษณะที่สำคัญของทวดคือ อารมณ์ที่รุนแรง และชอบทำอะไรแปลก ๆ ผิดปกติวิสัย อย่างไรก็ตามเรื่องของทวดเป็นเพียงเรื่องเล่าจากรุ่นปู่ย่าที่เล่าผ่านกันมา สมาชิกครอบครัวปัจจุบันไม่ได้มีประสบการณ์ด้วยตนเองดังเช่นรุ่นปู่และรุ่นพ่อ ป้าจินดา (นามสมมุติ) ผู้ดูแลผู้ป่วย (พี่สาวของจันทร์เพ็ญ) เล่าให้ผู้ศึกษาฟังว่า ปู่ของเธอมีนิสัยขี้โมโหอย่างมาก ชอบใช้ความรุนแรง และหลงผิด เพราะฉะนั้นลูกหลานจึงจำเป็นต้องจับมัดเอาไว้กับเสาบ้าน เพื่อไม่ให้เดินไปไหนและเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่เสี่ยงอันตราย ไม่เพียงเท่านั้น ความผิดปกติทางจิตยังถูกถ่ายทอดมาสู่พ่อและลุง โดยเฉพาะอย่างยิ่งลุงของป้าจินดาคนหนึ่ง ที่ผมยาวรุงรัง ไม่ยอมอาบน้ำ จนครอบครัวต้องสร้างบ้านหลังเล็ก ๆ เพื่อแยกลุงคนนี้ออกจากครอบครัวตนเองจนกระทั่งเขาเสียชีวิตไปเมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา



สมัยทวดนี้ไม่มีโรงพยาบาลเนาะ ตอนนั้นคือไถนา อยู่ดี ๆ ก็ไปทำร้ายเมีย (ทวดผู้หญิง) ทว่าเมียชู้ อันนี้พอเล่าให้ฟัง พอมารุ่นปู่ ปู่ก็เป็นแบบอี่เพ็ญเนี่ย คือชอบไปว่าคนโน้นคนนี้ ว่าแย่งที่ดินแกบ้าง สมบัติของแกบ้าง แต่แกมีติดอยู่อย่างหนึ่งนะ แกชอบไปวัด แล้วแกก็ ไปปางที่รกร้างตอนนั้นแกบอกว่าจะสร้างวัดตรงนี้ เมื่อก่อนนี้ผีเยอะมาก พอแกตาย ก็เลยสร้างวัดตรงที่ที่แกไปปางจนถึงทุกวันนี้ ปู่เนี่ย ถึงจะเป็นผีบ้าแต่ว่าเค้าเลี้ยงตัวเองได้ ไม่เหมือนจันทร์เพ็ญ ปู่จะทำอะไรไถนา พอวันพระก็จะห่อข้าวต้ม ขนมไปวัดเอง พอมาถึง รุ่นพ่อ พ่อไม่ได้เป็นบ้าหรืออะไรนะ แต่ว่าเพี้ยน คือขึ้นไปนั่งสมาธิบนหลังคาบ้านโน้น พอมาที่จันทร์เพ็ญนี้ไม่แปลกใจเลยที่มันจะเป็นบ้าเหมือนพ่อ (ป้าจินดา, ผู้ดูแล, สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2558)

ดังนั้น บทสัมภาษณ์ข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวนี้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยทางจิตในชุมชนตั้งแต่อดีตจนกระทั่งปัจจุบัน และยังสะท้อนให้เห็นความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยทางจิตที่มีกับชุมชนผ่านเรื่องราวของการแผ้วถางที่ดินรกร้าง ซึ่งเคยเป็นอาณาบริเวณของผี ให้กลายเป็นที่สำหรับสร้างวัด ซึ่งมองได้ว่าเป็นการสร้างภาพลักษณ์ให้กับตระกูลของตนเองผ่านการกระทำในอดีตที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยทางจิตกับพระพุทธศาสนา ซึ่งเป็นประเด็นการสร้างตัวตนใหม่ (Self Reconstruction) ที่น่าสนใจ

สรุปเรื่องราวของผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชนที่ 3

#### 4.2.3.1 ครอบครัวป้าจันทร์เพ็ญ (ผู้ป่วย นามสมมุติ) ป้าจินดา (ผู้ดูแล นามสมมุติ)

ป้าจันทร์เพ็ญ คือ ผู้ป่วยทางจิตที่มีประสบการณ์การบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาเกินกว่า 10 ครั้ง การรักษาแต่ละครั้งกินเวลาอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป อาการสำคัญ ๆ ของป้าจันทร์เพ็ญอาการหลงผิด และการใช้ความรุนแรงกับคนในครอบครัวเป็นบางครั้ง ถึงกระนั้น จันทร์เพ็ญเป็นผู้ป่วยที่โดดเด่นกว่าผู้ป่วยคนอื่น ๆ ในงานศึกษาในแง่ของการนำเสนอตนเอง (Representation) ในขณะที่ผู้ป่วยคนอื่นแต่งกายด้วยชุดที่เรียบง่าย ตามสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวตนเอง จันทร์เพ็ญกลับชอบแต่งตัวให้คล้ายคลึงกับข้าราชการ เธอมักจะแต่งกายสุภาพด้วยชุดซาฟารีทุกครั้งที่ต้องออกจากบ้าน โดยผู้ดูแลให้ความเห็นว่า การแต่งกายดูดีเช่นนี้จะมาจากอาการหลงผิดของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองเป็นลูกหลานของบรรดานักการเมืองระดับชาติ

ผู้ศึกษาคิดว่าอาการหลงผิดเกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นอย่างมีที่มาที่ไป เพราะในวัยเด็กผู้ป่วยซึ่งเป็นน้องคนเล็กของครอบครัวซึ่งถูกญาตินำไปอุปการะ เพื่อเป็นคนรับใช้ให้กับข้าราชการ (ตำแหน่งสูง) คนหนึ่งในกรุงเทพ ทำให้เธอคุ้นเคยกับเหล่าข้าราชการ และผูกพันกับครอบครัวของเจ้านายเป็นอย่างมาก แต่เธอก็มีโอกาสอยู่ที่กรุงเทพเพียงช่วงสั้น ๆ เท่านั้น

เมื่อผู้ป่วยกลับมาที่บ้าน ญาติ ๆ ยังไม่พบว่าเธอมีอาการเจ็บป่วยทางจิต แต่อย่างไร เธอก็สามารถเรียนหนังสือได้ตามปกติ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ประถมศึกษาปีที่ 4) จากการสอบถามเพื่อนร่วมรุ่นของเธอ (รองผู้ใหญ่บ้าน) ก็ไม่สังเกตว่าเธอจะแสดงวิวัฒนาการของการเจ็บป่วยทางจิตขณะเรียนหนังสือแต่อย่างไร จนบรรดาพี่น้องสรุปความเห็นร่วมกันว่า ตั้งแต่นั้นไปตระกูลของตนเองคงจะไม่มีผู้ป่วยทางจิตอีกต่อไป จนกระทั่งอยู่มาวันหนึ่งขณะที่ป่าจันทร์เพ็ญออกไปทำงาน แกะสลัก อยู่ดี ๆ เธอก็ปั่นจักรยานกลับมาที่บ้านพร้อมกับไวยวาย และกล่าวหาว่าถูกเพื่อนร่วมงานชายคนหนึ่งแอบมองหน้าอกตนเอง หลังจากสืบสาวราวเรื่องเป็นที่เรียบร้อย ครอบครัวจึงตระหนักได้ว่า จันทร์เพ็ญคือผู้ป่วยทางจิตคนใหม่ของครอบครัวขณะอายุได้ 17 ปี

อย่างที่กล่าวเรื่องการแต่งกายเอาไว้ข้างต้น ทำให้ผู้คนไม่สามารถทราบถึงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้จากภายนอก อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาแล้วจะพบความผิดปกติทางจิตที่แสดงออกมาผ่านการดำเนินชีวิตประจำวันของเธอเอง เพราะว่าเธอมักจะตื่นแต่เช้า อาบน้ำแต่งตัวให้ดูดี (ตามแบบฉบับของเธอเอง) จากนั้นจึงนั่งรถโดยสารประจำทางเพื่อไปพบกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือในบางครั้งก็ไปที่ที่ว่าการอำเภอ โดยคิดว่าตนเองรู้จักกับนายตำรวจชั้นผู้ใหญ่ประจำสถานีตำรวจนั้น ๆ หรือในบางครั้งก็จะคิดว่าตนเองมีภารกิจลับที่ต้องปฏิบัติและรายงานผลให้ผู้บังคับบัญชาทราบ เป็นการส่วนตัว ทั้งหมดนี้คือสาเหตุที่เธอต้องเดินทางไปหน่วยงานราชการเป็นประจำ

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า ผู้ป่วยคนนี้ยังคงมีอาการหลงผิด (Delusion) ผ่องแผ้วอยู่ ไม่ว่าจะได้รับการรักษามากเท่าใดก็ยากที่จะกำจัดอาการนี้ให้หายไป อย่างไรก็ตามป่าจันทร์เพ็ญดูกลับไม่ได้รู้สึกเดือดร้อนกับความเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้น หากแต่คนที่ได้รับผลกระทบคือป่าจันทน์ ที่สาวคนโตที่คอยดูแลผู้ป่วยมาตลอดเวลานาน

ป่าจันทน์ เล่าประสบการณ์ในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยให้ผู้ศึกษาฟังว่า ตนเองมักจะตั้งคำถามอยู่เสมอ ๆ ว่า เพราะอะไรถึงต้องรับผิดชอบจันทร์เพ็ญด้วยทั้ง ๆ ที่พี่น้องคนอื่น ๆ ก็มี และเปรียบพร้อมกว่าตนเองเสียด้วยซ้ำ ในขณะที่ตัวป่าจันทน์ก็อายุมากขึ้น (ลูกคนโต) อีกทั้งยังป่วยเป็นโรคไขข้ออักเสบ (รูมาตอย) เคลื่อนไหวลำบาก อีกประการหนึ่ง ด้วยอาชีพคนทรง รายได้ของเธอไม่เพียงพอที่จะเลี้ยงดูผู้ป่วยเพิ่มขึ้นไปอีก 1 คน อย่างแน่นอน มากไปกว่านั้น ตนเองต้องเผชิญกับสภาวะทางจิตของผู้ป่วยที่ขึ้น ๆ ลง ๆ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เช่นบางวันอาจจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวโดยไม่ทราบสาเหตุ ในขณะที่บางวันจันทร์เพ็ญก็เป็นคนเรียบร้อย เชื้อฟังตนเองทุกอย่าง ซึ่งเท่ากับว่าทุกวันนี้ป่าจันทน์ต้องอาศัยอยู่ด้วยความรู้สึกไม่ปลอดภัยแม้แต่วันเดียว ซึ่งความรู้สึกต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ ญาติพี่น้องคนอื่น ๆ แทบจะไม่รับรู้เลยว่า

นอกจากความหวาดระแวงในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยแล้ว ป่าจันทน์ ยังได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย อย่างที่ว่าอาชีพของเธอมีรายได้ น้อย ไม่เพียงพอ การมีผู้ป่วยให้ดูแลยังเป็นการปิดกั้นโอกาสทางอาชีพของเธอหลาย ๆ อย่าง กล่าวคือ

เธอแทบจะไม่สามารถลงมือทำงานอื่น ๆ ได้ เช่นเธอมีความคิดจะปลูกผักขาย เพราะตนมีที่ดินเยอะพอสมควร แต่ก็ต้องเสียเวลาไปกับการดูแลผู้ป่วย ตนต้องพร้อมรับฟังผู้ป่วยตลอดเวลาและทุก ๆ เรื่อง ทั้ง ๆ ที่ในลึก ๆ แทบจะไม่อยากฟัง ไม่อยากสนทนาด้วยเสียด้วยซ้ำ แต่ด้วยความเชื่อเรื่องคูเวรกรรมของตนเอง ทำให้ไม่สามารถละทิ้งหน้าที่รับผิดชอบอันนี้ไปได้ ป้าจินดาจึงเสมือนตกอยู่ในสภาวะจำยอมตลอดเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา

ป้าจินดามีความเชื่อเรื่องบุญกรรมอย่างมาก ผนวกกับอาชีพเจ้าทรง ป้าจินดาจึงชอบทำบุญตามวัดต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ และเมื่อใดที่เริ่มรู้สึกท้อแท้กับตัวผู้ป่วยรวมทั้งจากอาการปวดไขข้อของตนเอง ป้ามักจะเดินทางไปทำบุญที่วัด และถ้าเป็นไปได้เธอจะชวนผู้ป่วยไปด้วย ซึ่งในบางครั้งก็ได้ผล แต่ในบางครั้งก็ไม่ได้ผล ขึ้นอยู่กับอารมณ์ของผู้ป่วยว่าอยากไปหรือไม่ แต่เมื่อใดที่ผู้ป่วยยอมไปทำบุญกับป้าจินดา อาการเจ็บป่วยทางจิตของเธอมักจะทุเลาลงอย่างเห็นได้ชัด อารมณ์ของผู้ป่วยจะดีขึ้น ไม่หงุดหงิด โมโหมโง่งง และเชื่อฟังป้าจินดามากขึ้นถึงแม้จะยังคงมีความคิดหลงผิดเกี่ยวกับตัวตนเองอยู่ก็ตาม แต่หากวันใดที่ผู้ป่วยมีท่าทีหงุดหงิด โมโห วันนั้นจะเป็นวันที่ป้าจินดาวิตกกังวลมากที่สุด เพราะตนเองต้องคอยรับมือกับอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยตลอดเวลา และไม่อาจคาดเดาได้ว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองหรือไม่ เนื่องจากในอดีต ผู้ป่วยเคยมีประวัติการทำร้ายร่างกายสมาชิกในครอบครัวมาก่อน

อย่างไรก็ตาม ไขว่ว่าป้าจินดา จะตกอยู่ในสภาพสิ้นไร้ไม้ตอกเพียงฝ่ายเดียว เพราะถึงแม้เธอจะไม่สามารถควบคุม/มีอำนาจเหนือกว่าผู้ป่วย แต่ก็ยังมีสมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งคือ ลูกคำ ที่ผู้ป่วยเกรงกลัวอย่างมาก และทุก ๆ ครั้งที่ป้าจินดาคิดว่าไม่สามารถห้ามปรามผู้ป่วยไม่ให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งได้แล้ว หรือคิดว่าผู้ป่วยอาจจะทำร้ายตนเอง ป้าจินดาจะเอ่ยชื่อลูกคำเพื่อข่มขู่ผู้ป่วย เมื่อได้ยินดังนั้นผู้ป่วยก็จะหยุดสิ่งที่กำลังจะกระทำลงในทันทีด้วยความกลัว เพราะในอดีตผู้ป่วยเคยพยายามทำร้ายลูกคำ แต่ว่าด้วยความที่ลูกเองเป็นคนที่ไม่ค่อยมีความอดทน และเป็นคนโง่งง ในขณะที่กำลังถูกทำร้าย ลูกคำป้องกันตัวด้วยการใช้เท้าถีบผู้ป่วยอย่างแรง และตั้งแต่นั้นมาลูกคำจึงกลายเป็นคน ๆ เดียวที่กำทราบผู้ป่วยได้อย่างเด็ดขาด

ป้าจินดา แกจะกลัวลูก ลุงคนนี้แหละ เพราะว่าลุงเคยทำร้าย ซ้อมแกครั้งนึง แกก็เลยเซ็ดหลาย ส่วนลูกชายป้านี้ แกจะไม่กลัวเลย เพราะเหล้าไม่กิน บุหรี่ไม่สูบ มีเมตตา ถ้าเพ็ญทำเรื่องเดือนร้อน มันก็จะไม่ว่าอะไร เดินหนีไปซะ

ผู้ศึกษา เอ . . . ไม่ทราบว่าจะตอนนั้นไปมีเรื่องอะไรกับลุง?

ป้าจินดา ก็แกบ้าอาละวาดไป แล้วจะพาไปโรงพยาบาลไม่ยอมไป ลุงก็จะเข้ามาห้าม มันก็ต่าลุง ทำร้ายลุง ลุงเลยตอบโต้บ้าง ก็เลยเป็นว่าแกกลัวลุงคนนี้อยู่คนเดียว สมมุติว่ามีเสียงปึงปึงบนบ้านกับป้านะ เราก็จะชู่ละ “เพ็ญ . . . ลุงคำ มันเป็นผีบ้าเนื้อ อย่าไปไว้วายนะมันจะตีหัวเนื้อ” เราชู่แบบนี้มันจะหยุดทำลายของ ก็นี้แหละมีคนหนึ่งที่ชู่มันได้

ถ้าลงไปอื่นบ้างก็จะลำบากมาก เพราะมันไม่กลัวใครเลยนอกจากลุงคนนี้ (ป้าจินดา, ผู้ดูแล, สัมภาษณ์ 27 กรกฎาคม 2558)

ประเด็นสุดท้ายที่จะกล่าวถึงผู้ป่วยและครอบครัวนี้คือความสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งต้องพิจารณาความหลากหลายของชุมชนด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะเรื่องของปัจเจกชน เพราะเชื่อว่าชุมชนชนบทจะไม่มีความคิดปัจเจกชนรวมอยู่เลย เพราะในชุมชนเดียวกันก็ประกอบไปด้วยคนที่คิดแตกต่างกัน บ้านที่ตั้งอยู่ติดกับถนนใหญ่ หรือห้างร้านต่าง ๆ ก็มักจะเป็นคนต่างถิ่นเข้าเสียส่วนมาก คนในพื้นที่ก็จะอาศัยอยู่ลึกเข้าไปในตรอกซอกซอย เพราะฉะนั้นเราก็จะมองไม่เห็นปฏิสัมพันธ์ของคนติดถนนใหญ่กับผู้ป่วยเท่าใดนัก ในขณะที่เดียวกันคนที่พอจะว่าจันทร์เพ็ญเจ็บป่วยทางจิตก็จะเป็นคนในชุมชนดั้งเดิม ซึ่งก็เลือกที่จะหลีกเลี่ยงการต่อล้อต่อเถียงกับเธอ หรือหากหลบได้ก็จะพยายามหลบหลีกให้พ้น สรุปคือไม่ว่าผู้ป่วยจะไปไหนก็จะมีใครสนใจ ซึ่งก็ยากที่จะสรุปว่า การที่ไม่เป็นที่สนใจนั้น เพราะชุมชนมองผู้ป่วยคือคนธรรมดาคนหนึ่งหรือว่าชุมชนเลือกจะมองไม่เห็นการมีอยู่ของเธอกันแน่

#### 4.2.4 ชุมชนที่ 4: ภาพรวมชุมชน

ชุมชนแห่งนี้มีความน่าสนใจและโดดเด่นกว่าชุมชนอื่น ๆ ในเรื่องของจำนวนผู้ป่วยที่มีอยู่เป็นจำนวนมากกว่า 10 ราย ซึ่งยังไม่นับรวมผู้ป่วยอีกบางส่วนที่ปฏิเสธการเจ็บป่วยและการรักษา นอกจากนั้นลักษณะเด่นอีกอย่างคือ มีชมรมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงปี 2549 อีกด้วย

ชุมชนนี้สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางความคิดของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช ได้อย่างเป็นขั้นตอนที่สุด (โดยรวมอาจคล้ายกับชุมชนอื่น ๆ ในเรื่องราวช่วงก่อนการถือกำเนิดของโรงพยาบาลจิตเวช) แต่สิ่งที่สำคัญคือรายละเอียดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชน ผู้นำชุมชน (แม่หลวง) เล่าว่า ผู้ป่วยทางจิตในสมัยก่อนจะถูกเรียกว่าผีบ้า ซึ่งไม่ได้เป็นสิ่งแปลกใหม่ในชุมชนแห่งนี้แต่อย่างใด เพราะผีบ้าก็อยู่คู่ชุมชนมาอย่างยาวนาน แต่ในอดีตนั้น ชุมชนแห่งนี้จะค่อนข้างแสดงท่าทีรังเกียจผู้ป่วยอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในบริบทพิธีกรรมทางศาสนา เช่น งานบุญ งานศพต่าง ๆ จะปฏิเสธการเข้าร่วมของผู้ป่วยอย่างชัดเจน เช่นห้ามให้ผู้ป่วยทางจิตเข้ามาในงานอย่างเด็ดขาดเป็นต้น ดังนั้นสมัยก่อน (20 ปีที่ผ่านมา) ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตจะพยายามเก็บตัวไม่ออกไปไหน รวมถึงการปิดบังความเจ็บป่วยของตนหรือสมาชิกในครอบครัวอย่างสุดความสามารถ โดยผู้นำชุมชนผู้นี้ก็เป็นหนึ่งในผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการกีดกันทางสังคมนี้เช่นกัน เนื่องจากตนเองก็มีน้องชายที่เจ็บป่วยทางจิต ด้วยโรคจิตเภท ชนิดระบุนิดไม่ได้

การกีดกันทางสังคมที่มีต่อผู้ป่วยทางจิตดำรงอยู่จนกระทั่งช่วงปี พ.ศ. 2548-2549 ขณะที่แม่หลวงเดินทางไปปรียาให้น้องชายตามปกติ เธอมีโอกาสมพบกับนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชท่านหนึ่ง และได้แนะนำแนวคิดที่ได้มาตั้งเป็นชมรมสายสัมพันธ์ผู้ป่วยจิตเวชขึ้นมา เพราะตัวแม่หลวงเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับการดูแลผู้ป่วยว่า มีขั้นตอนการรับยาที่ยากลำบากและเวลานาน (สำหรับคนใน

ชุมชน ที่บางครอบครัวไม่มีพาหนะส่วนตัว และประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน) ดังนั้นชมรมจึงก่อตั้งขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาตรงจุดนี้

เมื่อเกิดชมรมขึ้นในชุมชนได้ระยะหนึ่ง ดูเหมือนว่าทิศทางการมองผู้ป่วยของชุมชนจะเริ่มเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีมากขึ้นเล็กน้อย จากที่ชุมชนเคยปฏิเสธผู้ป่วยอย่างเด็ดขาด ตอนนี้ชุมชนเริ่มยอมรับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้ามาในพื้นที่สาธารณะและพิธีกรรมทางศาสนาได้ แต่สำหรับช่วงแรกนั้น ยังเป็นการต้อนรับในลักษณะให้ร่วมงานแต่แยกพื้นที่การรับประทานอาหาร หรือในอีกกรณีคือเรียกผู้ป่วยเข้ามารับประทานอาหารในงานศพเพื่อให้กลับไปกินที่บ้านเป็นต้น ทั้งนี้แม่หลวงคิดว่า สาเหตุที่ชุมชนรังเกียจผู้ป่วยมากขนาดนั้น คงเป็นเพราะความสกปรกของตัวผู้ป่วยทางจิตเอง

เมื่อเวลาผ่านไปพร้อมกับการทำงานของชมรมอย่างต่อเนื่อง ชมรมผู้ป่วยจิตเวชนี้ช่วยให้คนอื่น ๆ เกิดความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ที่แม่หลวงจัดขึ้นนั้นมีส่วนช่วยสร้างภาพลักษณ์ใหม่ให้กับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างมาก เช่นการฝึกอาชีพให้กับผู้ป่วย (เลี้ยงกบ ปลา และเพาะเห็ด) หรือกิจกรรมประจำปีที่จะพยายามดึงเอาคนชายขอบลักษณะต่าง ๆ ที่มี (คนพิการ ผู้สูงอายุ) ในชุมชนมาทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีที่ยืนในชุมชนและให้คนอื่น ๆ ตระหนักว่าไม่ได้แปลกอะไรที่ชุมชนจะต้องประกอบไปด้วยผู้คนที่แตกต่างหลากหลาย

จะเห็นว่าชุมชนแห่งนี้มีการนำชุดความรู้จากภายนอกเข้ามาในชุมชน และผลที่เกิดขึ้นคือ ช่วยลดการกีดกันทางสังคม (ส่วนประกอบหนึ่งของมลทินประทับ) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างมาก ผู้ป่วยทางจิตได้รับการต้อนรับจากสมาชิกในชุมชนอย่างมาก มีการทักทายกันอย่างเป็นกันเองจากแต่ก่อนที่คนปกติและผู้ป่วยอยู่แบบตัวใครตัวมัน ไม่ยุ่งเกี่ยวกัน นอกจากนั้นสิ่งที่ผู้ศึกษาเห็นว่าสำคัญ คือ เนื้อหาของการทักทายไม่ได้แฝงไปด้วยการควบคุม แต่เป็นการทักทาย เช่นคนธรรมดาที่ทักทายกัน ถึงกระนั้นเชื่อว่ามลทินประทับจะถูกขจัดออกไปจากชุมชนอย่างสิ้นเชิง เพราะในชุมชนแห่งนี้ยังมีผู้ป่วยอีกบางส่วนที่ปฏิเสธการรักษาและไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม

สรุปเรื่องราวของผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชนที่ 4

เรื่องราวของผู้ป่วยในชุมชนที่ 4 นี้ประกอบไปด้วย 2 ครอบครัว คือ ครอบครัวของแม่หลวง และครอบครัวของป่าตึก (นามสมมุติ) ซึ่งทั้งคู่ต่างมีประสบการณ์ดูแลน้องชายซึ่งมีความเจ็บป่วยทางจิต ทั้งนี้ เนื้อหาส่วนใหญ่ที่ถูกนำไปวิเคราะห์การทำงานของมลทินประทับนั้นมาจากครอบครัวของป่าตึก

#### 4.2.4.1 ครอบครัวที่ 1: ครอบครัวของแม่หลวง (ผู้ดูแล นามสมมุติ)

ในภาษาพื้นเมือง “แม่หลวง” นั้นหมายถึงภรรยาของผู้ใหญ่บ้าน กล่าวคือแม่หลวงคนนี้มีน้องชายที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท 1 คน ที่ต้องดูแลกันและกันมาตั้งแต่วัยเด็ก และจากการศึกษาพบว่าครอบครัวนี้สะท้อนให้เห็นความน่าสนใจในประเด็นสัมพันธภาพระหว่างภรรยา (พี่สาวผู้ป่วย) และสามีอย่างมาก



กล่าวโดยสรุป แม่หลวง น้องชาย และสามีของแม่หลวงนั้นต่างอาศัยในชุมชนเดียวกันตั้งแต่วัยเด็ก กล่าวอีกนัยหนึ่งคือแม่หลวงและพ่อหลวงเคยเป็นเพื่อนกันมาก่อน เพราะฉะนั้นด้วยความที่รู้จักกันมาตั้งแต่เด็ก เรื่องราวของทั้ง 3 คนจึงเต็มไปด้วยมิตรภาพและการกลั่นแกล้งแบบเด็ก ๆ พ่อหลวงเองก็ชอบแกล้งน้องชาย (ผู้ป่วย) ส่งผลให้ทั้งสองคนไม่ถูกกันตั้งแต่เยาว์วัย ทว่าเมื่อเติบโตขึ้น แม่หลวงกับพ่อหลวงกลับกลายเป็นคู่รักกัน แต่ความเกลียดชังที่ผู้ป่วยมีต่อพ่อหลวงยังคงมีอยู่ในจิตใจเสมอมา จุดนี้เองทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวขึ้นอย่างเลี่ยงไม่ได้

แม่หลวง แม่เนาะ (ผู้ร่วมวิจัยแทนตัวเองว่าแม่) ทรมานมากไม่รู้จะหยิ่งได้อันนี้ก็ฝว อันนี้ก็ลูก (หมายถึงน้อง) จะเข้าข้างใครก็ได้ บางคนเนาะเค้าจะทำร้ายคนใช้กันเลย เพราะมันไม่ฟังเรา แต่แม่ทำกับมันไม่ได้

ผู้ศึกษา แม่แก๊ยังงไครรับ

แม่หลวง แม่ก็แค่ว่า เจ็บไว้ ร้องให้ ร้องให้ ๆ ๆ ฝวก็ไม่ถูกกับน้อง ฝวจะด่าก็ด่าที่เรา น้องก็ด่าที่เรา แม่ก็เก็บไว้ในใจ ไม่รู้จะทำยังไงแล้ว ได้แต่ทำบุญ สร้างกุศล ขอให้คงมีซักวันที่ชีวิตจะดีขึ้น (ผู้นำชุมชน, สัมภาษณ์, 8 สิงหาคม 2558)

เพราะฉะนั้นสำหรับแม่หลวงคนนี้ จึงมีประสบการณ์กับผู้ป่วยจิตเวชแบบคู่ขนาน คือ ในขณะที่เธอต้องต่อสู้และเผชิญกับปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ลุ่ม ๆ ดอน ๆ ของตนเอง อีกมุมหนึ่งเธอต้องเข้าไปมีบทบาทการทำงานด้านชุมชนด้วยในขณะเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันนี้ ปัญหาระหว่างสามีและน้องชายได้สิ้นสุดลงอย่างไม่ทราบสาเหตุ จากที่เคยทะเลาะกันจนกระทั่งใช้อาวุธ (มีด) ทำร้ายร่างกายกัน ทุกวันนี้ทั้งคู่กลับมีท่าทีที่เป็นมิตรต่อกันมากขึ้น

#### 4.2.4.2 ครอบครัวที่ 2: ครอบครัวป่าตึก (ผู้ดูแล นามสมมุติ) และ เอ (ผู้ป่วย นามสมมุติ)

หากพิจารณาจากภายนอก ผู้ศึกษาแทบจะไม่ทราบเลยว่า ครอบครัวของป่าตึกมีผู้ป่วยทางจิตอาศัยอยู่ เพราะสภาพบ้านของเธอสะอาดสะอ้าน ไม่เหมือนบ้านผู้ป่วยบางราย ซึ่งส่วนใหญ่จะสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความสะอาด มีแมลงวันรบกวนตลอดเวลาขณะการสัมภาษณ์

แต่เดิมป่าตึก ไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้านหลังปัจจุบัน เพราะเธอได้ย้ายออกไปสร้างครอบครัวหลังจากแต่งงานกับสามี ดังนั้น เอ (ผู้ป่วย) จึงอาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่บ้านหลังปัจจุบัน (สถานที่ทำการสัมภาษณ์) เธอใช้ชีวิตครอบครัวของเธออย่างมีความสุขตามอัตภาพกับสามี เธอมีลูกชาย 1 คน ทว่าในทางตรงกันข้าม ในขณะที่เธอกำลังประคับประคองครอบครัวของเธอให้เดินไปในทิศทางที่ดี เอ (ที่อาศัยกับพ่อแม่) กลับเริ่มติดสารเสพติด โดยเริ่มต้นจากการดมกาว เรื่อยมาจนถึงสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ส่งผลให้เขากลายเป็นผู้ป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากสารเสพติดตั้งแต่วัยรุ่น



แต่แล้วชีวิตที่กำลังไปได้ด้วยดีต้องสะดุดลงเมื่อพ่อของเธอเสียชีวิต เธอและครอบครัวจำเป็นต้องย้ายกลับมาที่บ้านหลังเดิมอีกครั้งเพื่อดูแลแม่ เพราะน้องชายไม่มีศักยภาพในการดูแลใครได้แม้กระทั่งตนเอง อย่างไรก็ตาม การกลับมาอาศัยร่วมกับครอบครัวเดิมนั้นไม่ได้ส่งผลกระทบต่ออะไรกับเธอมากนัก เนื่องจากสามีของเธอเคยเป็นลูกพี่ของน้องชายมาก่อน จึงจัดการน้องชายของเธอได้ไม่ยาก

ไม่นาน เธอได้สูญเสียความสามารถในการควบคุมผู้ป่วยไปพร้อมกับ การจากไปของสามีเมื่อ 2 ปีที่ผ่านมา (นับตั้งแต่วันที่ลงพื้นที่ศึกษา) ตั้งแต่นั้น ชีวิตของเธอตกอยู่ในสภาวะที่ยากลำบากอย่างมาก เพราะเธอไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยได้อีกเลย นอกจากนั้นยังมีความรู้สึกหวาดกลัว และไม่ไว้วางใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ว่ากรณีใด ๆ ดังนั้นเธอจึงให้เอแยกไปอาศัยที่บ้านไม้ฝูฟงหลังเล็ก ๆ ซึ่งถูกสร้างเอาไว้ข้าง ๆ บ้านหลังใหญ่ที่ตนอาศัยอยู่ เสมือนเป็นการแบ่งเขตแดนระหว่างตนเองและผีป่าอย่างชัดเจน โดยมีเพียงแม่ที่ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมความสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่าย

ผู้ศึกษาสังเกตว่าป่าตึกอยู่ด้วยความหวาดระแวงแทบตลอดเวลาและพยายามหลีกเลี่ยงให้พ้นจากผู้ป่วย ดังนั้นแม่ (อายุกว่า 80 ปี) จึงเป็นบุคคลหลักที่คอยดูแลเรื่องอาหารการกินและการกินยา ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีงานรับจ้างเข้ามาบ้างเป็นบางครั้ง แต่ด้วยอุปนิสัยชอบดื่มสุรา และติดเพื่อนฝูง รายได้จากการทำงานทั้งหมดจึงสลายไปกับการเลี้ยงสุราเพื่อน ๆ ภาระเรื่องค่าใช้จ่ายจึงตกมาอยู่ที่ผู้เป็นแม่ ที่ต้องนำเงินเก็บของตนออกมาแบ่งให้ผู้ป่วย (เงินสะสมเบี้ยผู้สูงอายุ)

ป่าตึกเล่าให้ฟังว่า เนื่องจากน้องชายของเธอไม่ยอมรับการเจ็บป่วย จึงปฏิเสธการกินยาตามมา ในระยะแรก ๆ แม่ของเธอจะใช้วิธีการแอบผสมยาลงไปในอาหารที่ให้ผู้ป่วยกิน ในช่วงนั้นอาการทางจิตของเขาจึงอยู่ในภาวะคงที่เป็นระยะเวลาหนึ่ง วิธีการเช่นนี้ยอมใช้ได้ไม่นาน เพราะหลังจากที่เขารู้ทันแผนการของแม่ เขาไม่ยอมกินข้าวที่แม่หรือป่าตึกจัดเตรียมให้อีกต่อไป ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดยาและอาการทางจิตกำเริบในที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากที่กลับมาจากการทำงาน ผู้ป่วยมักจะดื่มสุราเมามายกลับมาแทบทุก ๆ ครั้ง ป่าตึกและแม่จึงทำได้แต่ปิดประตูบ้าน และล็อกคานอย่างแน่นหนาเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเข้ามาอาละวาดโวยวายในพื้นที่บ้านของตน

. . . ช่วงที่แกขาดยา กับช่วงที่แกกินเหล้าเนี่ยนะ คือ แกจะกินเหล้าบ่อย กินเป็นประจำ แล้วถ้ากินเยอะ มันจะมาโวยวาย ตาคณในบ้าน เสียงดัง เสียงดังมาก จนอยู่ไม่ได้เลย ตกเย็นมาป่าต้องรีบปิดประตูบ้านเลย เพราะว่าถ้าแกกินเหล้ามา มันจะมาเสียงดังเดือดร้อนเรา มาขอเงิน ขอสารพัด ไม่ให้มันก็ชู้เรา . . . คำมาต้องปิด ถ้าเราเห็นท่าไม่ดี เราต้องรีบปิดประตูบ้านเลย เพราะว่าไม่มีใครห้ามแกได้ คนห้ามได้ก็ตายไปแล้ว รูปยังแขวนอยู่นั้น ตายไปละ 2 ปีกว่า แพนป่าเอง (ป่าตึก, สัมภาษณ์, 10 สิงหาคม 2558)

ชีวิตของป่าตึกยังมีเรื่องราวที่น่าสนใจเชิงวิชาการอีกมากมาย ซึ่งจะถูกกว่าในส่วนของภาวะวิเคราะห์ยกตัวอย่างเช่นปัญหาที่มีกับเพื่อนบ้านซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปฏิบัติการของชุมชนที่ตั้งคำถามกับหน้าที่รับผิดชอบของผู้ดูแล ดังนั้นในสถานการณ์เช่นนี้ชุมชนจึงเป็นผู้ผลิตมลทินประทับให้เธอเป็นต้น มากไปกว่านั้นจากการพูดคุยกับแม่หลวงและการสังเกตของผู้ศึกษาเอง เป็นไปได้ว่าป่าตึกเองเริ่มมีแสดงอาการของโรคซึมเศร้า (Depressed) ซึ่งเธอเองก็ปฏิเสธข้อสังเกตของแม่หลวงอย่างแข็งขันไม่ต่างอะไรจากที่น้องชายตนปฏิเสธความเจ็บป่วยของตน

#### 4.2.5 ชุมชนที่ 5: ภาพรวมชุมชน

ชุมชนที่ 5 ถือเป็นชุมชนสุดท้ายสำหรับศึกษาครั้งนี้ เป็นอีกหนึ่งชุมชนที่ตั้งอยู่ตั้งอยู่ไม่ไกลจากอำเภอเมืองเชียงใหม่เท่าใดนัก ใช้เวลาเดินทางเพียง 20 นาที ต่างจากชุมชนที่ 3 ที่อยู่ใกล้แหล่งท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม ชุมชนแห่งนี้กลับมีความเป็นเมือง (Urbanized) สูงกว่าทุก ๆ ชุมชนที่ผ่านมา ทั้งในเรื่องของรูปแบบอาคารบ้านเรือน และการรुकีบของทุนนิยมในชุมชนที่เห็นได้อย่างชัดเจนผ่านกิจการห้างร้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมากมาย

ในชุมชนแห่งนี้มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่เป็นจำนวนมากไม่ว่าจะในอดีตหรือปัจจุบัน ส่งผลให้ชาวชุมชนคุ้นเคยกับผู้ป่วยจิตเวชประเภทต่าง ๆ เป็นอย่างดี ทั้งนี้จากการพูดคุยกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลายท่าน พบจุดเด่นที่น่าสนใจซึ่งมีความแตกต่างจากชุมชนอื่น ๆ อย่างมาก คือในอดีตชุมชนแห่งนี้ไม่ปรากฏเรื่องราวเกี่ยวกับการมัดหรือพันธนาการผู้ป่วยจิตใจแต่อย่างใด ในทางกลับกัน ผู้ร่วมวิจัยมักจะสะท้อนภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเวชออกมาในทิศทางเดียวกัน คือ ต้องแต่งกายสกปรก ผมยารูปร่าง มีพฤติกรรมกระโดดอย่างไร้ทิศทางและไร้จุดหมาย (ในความคิดของคนนอก ไม่ใช่ผู้ป่วย) และนิยมใช้ชีวิตในที่สาธารณะเสียเป็นส่วนใหญ่

ทั้ง ๆ ที่ผู้ศึกษาพยายามค้นหาพลวัตของความคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแห่งนี้ แต่สิ่งที่ค้นพบจากการพูดคุยกับผู้ร่วมวิจัย กลับพบว่า การเปลี่ยนแปลงทางระบบความคิดความเชื่อในชุมชนนั้นมีน้อยมาก ไม่เหมือนชุมชนอื่น ๆ ที่อย่างน้อยจะพบการเปลี่ยนแปลงของวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะไม่พบประเด็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญ ๆ ในชุมชน ชุมชนแห่งนี้ก็สะท้อนถึงการผสมผสานความเชื่อที่น่าสนใจ คือให้ความสำคัญกับความรู้ทางการแพทย์มากกว่าผีในประเด็นสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ขณะที่ชุมชนอื่น ๆ ยังอธิบายความเจ็บป่วยทางกายว่ามาจากอำนาจเหนือธรรมชาติ แต่ชุมชนนี้กลับมองด้วยสายตาที่เป็นวิทยาศาสตร์กายภาพ มองในเชิงการแพทย์เสียส่วนใหญ่ ส่งผลให้เกิดการตั้งคำถามกับผู้ที่ยังพึ่งพาอำนาจเหนือธรรมชาติในแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ ทั้งนี้เป็นไปได้ว่า เพราะผู้ร่วมวิจัยในชุมชนแห่งนี้มีความเกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข (เป็น อสม.) หรืออาจคุ้นชินกับการทำงานเชิงชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน

สรุปเรื่องราวของผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชนที่ 5

ชุมชนนี้ประกอบด้วยผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 3 ครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวของป้ามน ครอบครัวลุงสืบสันต์ และครอบครัวป้าแวน

#### 4.2.5.1 ครอบครัวที่ 1: ป้ามน (ผู้ดูแล นามสมมุติ) และ พี่รัฐ (ผู้ป่วย นามสมมุติ)

เนื่องจากข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยในชุมชนแห่งนี้ส่วนมากจะถูกหยิบยกไปวิเคราะห์ในบทที่ 5 เพื่อไม่เป็นการนำเสนอข้อมูลซ้ำซ้อนจึงขอสรุปเรื่องราวเพียงสั้น ๆ ดังต่อไปนี้

ป้ามน คือ พี่สาวคนรอง จากจำนวนพี่น้องทั้งหมด 5 คน ซึ่งปัจจุบันเหลือเพียงป้ามนและผู้ป่วย เนื่องจากพี่น้องคนอื่น ๆ เสียชีวิตและบางคนย้ายออกไปสร้างครอบครัวที่อื่น ป้ามนเล่าเรื่องราวของตนเองให้ฟังว่า ครอบครัวของตนเองมีฐานะยากจน ประกอบกับพ่อแม่เสียชีวิตตั้งแต่พวกตนยังเด็ก จึงถูกเลี้ยงดูมาโดยยาย ส่งผลผู้เป็นพี่ต้องออกทำงานหาเลี้ยงน้อง ๆ ตั้งแต่ยังเด็ก และด้วยความยากลำบากและสภาวะขาดผู้ปกครองในขณะนั้น เมื่อตนเองเติบโตขึ้น ป้ามนแต่งงานและรีบออกไปสร้างครอบครัวของตนเองรวมถึงพี่ ๆ น้อง ๆ คนอื่น ๆ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดผลต่อน้องชาย 2 คน ของครอบครัวอย่างมาก

สถานการณ์ในครอบครัวทำให้น้องชายทั้ง 2 คนหันไปใช้ยาเสพติดทุกประเภทกับกลุ่มเพื่อนในชุมชน และผลของการติดสารเสพติดในครั้งนั้น ทำให้น้องชายคนโตติดเชื้อเอดส์ และรัฐ (นามสมมุติ) น้องชายคนเล็ก ต้องกลายเป็นผู้ป่วยทางจิต เพราะการใช้สารเสพติดเป็นจำนวนมาก เมื่อเป็นเช่นนั้นป้ามนจึงต้องย้ายกลับมาดูแลน้องชายทั้งสอง จนกระทั่งผู้ติดเชื้อเสียชีวิตไปเมื่อหลายปีก่อน คงเหลือแต่รัฐให้ป้ามนรับผิดชอบต่อไป

ป้ามนเล่าให้ฟังว่า แต่เดิมผู้ป่วยเป็นคนที่ขยันทำมาหากินอย่างมาก เขามักจะออกไปทำงานรับเหมาก่อสร้างกับรุ่นพี่คนหนึ่งเป็นประจำ ทำให้เขากลายเป็นชายที่มีร่างกายกำยำที่สุดคนหนึ่ง และด้วยความใหญ่โตของร่างกายนี้เองทำให้ชาวชุมชนหวาดกลัวอย่างมากเมื่ออาการป่วยทางจิตกำเริบ

เมื่อกล่าวถึงอาการทางจิต รัฐเล่าให้ผู้ศึกษาฟังว่า สมัยก่อนที่ตนเองยังป่วยด้วยโรคจิตนั้นเขาไม่เคยรู้ตัวว่าตนเองได้ทำอะไรลงไปแม้แต่ครั้งเดียว แต่คนในชุมชนกลับแสดงท่าทีหวาดกลัวตนเองอย่างมาก เพราะฉะนั้นผู้ป่วยจึงรับรู้ตัวตนของตนเองผ่านการได้ยินจากคำบอกเล่าของเพื่อนบ้านทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์วังงลกลองหนีตำรวจ หรือแม้กระทั่งขณะที่ตนเองเดินสำรวจตรอกซอกซอยต่าง ๆ โดยพกมีตาบเล่มยาวติดตัวไปด้วย ไม่รู้ตัวแม้กระทั่ง ตนเองไปอยู่ที่โรงพยาบาลจิตเวชได้อย่างไรเสียด้วยซ้ำ

อย่างไรก็ตาม รัฐ (นามสมมุติ) ไม่ได้กลับเข้าไปรับการรักษาเป็นเวลาเกินกว่า 1 ปีแล้ว ระยะเวลาที่เรียกว่าเป็นความสำเร็จร่วมกันระหว่างตัวผู้ป่วยและป้ามน เพราะป้ามนเองเป็นตัวแปรสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับระดับประคองตนเองมาจนกระทั่งทุกวันนี้ผ่านทางเอาใจใส่ทั้งเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวและการกินยาอย่างต่อเนื่อง เพราะป้ามนไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด หรือน้อยใจกับการกระทำเล็ก ๆ น้อย ๆ ของตนเอง ดังนั้นทุก ๆ สิ่งที่ป้ามนเลือกทำต้องผ่านการคิดอย่างรอบคอบถึงผลกระทบต่อผู้ป่วย เป็นต้น เพราะความคิดเล็ก ๆ ของเธอ เธอคิดว่าตนเองเป็นสาเหตุหนึ่งของการหันไปติดสารเสพติดของน้องชาย

ปัจจุบันนี้เรียกได้ว่าชุมชนให้การต้อนรับผู้ป่วยในระดับหนึ่งแล้ว จากแต่ก่อนที่มองผู้ป่วยด้วยความหวาดกลัว มาสู่การแสดงออกถึงการต้อนรับผ่านการชักชวนให้มีส่วนร่วมในพิธีกรรมทางศาสนา และงานศพมากขึ้น ซึ่งเรียกได้ว่าการต้อนรับในงานศพนี้ เป็นกุญแจสำคัญอย่างหนึ่งของเปิดพื้นที่ทางสังคมให้ผู้ป่วยชุมชนในภาคเหนือ

#### 4.2.5.2 ครอบครัวที่ 2: ลุงสืบสันต์ (ผู้ดูแล นามสมมุติ) และภรรยา (ผู้ป่วย)

ลุงสืบสันต์(นามสมมุติ) เป็นผู้ร่วมวิจัยที่มีภูมิลำเนาและวัฒนธรรมแตกต่างจากผู้ร่วมวิจัยคนอื่น ๆ เพราะลุงสืบสันต์มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคกลาง ประวัติชีวิตโดยสรุปคือลุงสืบสันต์จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ และได้แต่งงานกับภรรยาซึ่งเป็นเพื่อนร่วมสถาบันเดียวกัน จากนั้นทั้งคู่เข้ารับราชการ และสุดท้ายเขาและภรรยาก็เลือกที่จะมาใช้ชีวิตวัยเกษียณที่อำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่

ลุงสืบสันต์เล่าให้ฟังคร่าว ๆ ว่า ในอดีตนั้นตนเองไม่ได้มีความรู้เรื่องความเจ็บป่วยทางจิตเวชแต่อย่างใด แต่ที่ต้องให้ความสนใจกับกิจกรรมด้านสุขภาพจิตก็เพราะว่าภรรยาของตนเองมีความเจ็บป่วยทางจิตขึ้นหลังจากสร้างครอบครัวได้ไม่นานนัก ในขณะนั้นลุงสืบสันต์รู้สึกถึงความผิดปกติทางจิตของภรณยานั้นเป็นเรื่องแปลก เพราะหากย้อนไปเมื่อกว่า 40 ปีที่ผ่านมา แทบจะไม่มีใครในชุมชนที่เจ็บป่วยในลักษณะนี้ แต่ด้วยความรู้สึกที่อาจมีมลทินหากพาภรรยาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (ในขณะนั้นยังไม่เปลี่ยนชื่อเป็นสถาบัน) ลุงสืบสันต์จึงพยายามรักษาด้วยวิธีทางเลือกต่าง ๆ ตั้งแต่การพบหมอผี การรักษาตามคลินิก หรือแม้กระทั่งโรงพยาบาลประสาท และจบลงที่โรงพยาบาลจิตเวชเป็นแห่งสุดท้ายช่วงวัยเกษียณ

เมื่อพูดคุยถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวแล้ว ลุงสืบสันต์บอกว่าการเจ็บป่วยของภรณยานั้นเสมือนบ้านแตก เพราะทำให้ครอบครัวต้องขอยกย้ายออกจากจังหวัดที่ตนเคยรับราชการอยู่แต่เดิมในทันที ทว่ากว่าคำสั่งโยกย้ายจะมีผล ก็กินเวลาไปกว่า 2-3 ปี

เราพยายามวิ่งเต้นย้ายอยู่ 2-3 ปี เพราะว่าตอนนั้นก็ยังไม่รู้จักใครเท่าไร จนสุดท้ายก็ได้มาเชียงใหม่ ที่วาระเตงกันมาเหมือนบ้านแตกเลยตอนนั้น แม่บ้าน (หมายถึงภรรยา) ย้ายมาอยู่วิทยาลัยแห่งหนึ่ง เชียงใหม่ ผมเองไม่มีที่ลงต้องไปช่วยราชการระหว่างนี้ก็ยังไม่

มีความรู้สึกถึง Stigma อยู่นะ เพราะว่าเราไม่ยอมไปรักษาทางจิต เราไปโรคประสาทก่อน (ลุงสี่บสันต์, สัมภาษณ์, 3 กันยายน 2558)

ถึงแม้ว่าคู่สามีภรรยาจะยอมรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชที่ตนเองพยายามหลีกเลี่ยงมาตลอดก็ตาม แต่เชื่อว่าปัญหาทุกอย่างจะหมดไปในทันที เพราะด้วยความรู้สึกเป็นมลทินทำให้ภรรยา มักจะหยุดยาด้วยตนเองและไม่ไปรับการรักษาต่อ ส่งผลให้อาการทางจิตที่ดีขึ้นอย่างมากกลับทรุดลงอย่างเห็นได้ชัด ส่งผลให้อาการทางจิตเป็น ๆ หาย ๆ อยู่เช่นนั้นช่วงหนึ่ง จนกระทั่งลุงสี่บสันต์สามารถปลดเปลื้องมลทินต่าง ๆ ที่เคยประทับอยู่กับตนเองออกได้สำเร็จ ภรรยา ก็ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ปัจจุบันนี้ อาการทางจิตจึงอยู่ระดับคงที่ ไม่กลับมากำเริบอีกเลย

ปัจจุบัน ลุงสี่บสันต์ เป็นแกนหลักของสมาคมเกี่ยวกับผู้ป่วยทางจิตแห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่ เป็นสมาคมที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ การสนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อการส่งเสริม พี่นฟู ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต งานพิทักษ์สิทธิ รมรณรงค์ให้ครอบครัว สังคม ชุมชนมีเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต ระบบทรัพยากรเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต และสุดท้ายคือการส่งเสริมการเรียนรู้และการวิจัยเกี่ยวกับผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต

จะเห็นได้ว่าลุงสี่บสันต์เป็นผู้ร่วมวิจัยที่มีความโดดเด่นในเชิงวิชาการและการทำงานเชิงปฏิบัติอย่างมาก เป็นที่แน่นอนว่า ข้อมูลที่ได้จากลุงสี่บสันต์ย่อมเป็นข้อมูลที่มีความแตกต่างจากผู้ร่วมวิจัยคนอื่น ๆ ซึ่งช่วยเติมเต็มความสมบูรณ์ รวมถึงเปิดประเด็นเชิงโครงสร้างใหม่ ๆ ให้กับงานศึกษาชิ้นนี้อีกด้วย

#### 4.2.5.3 ครอบครัวที่ 3: ป้าแหว (ผู้ป่วย นามสมมุติ)

ป้าแหวเป็นผู้ป่วยเพศหญิงอายุประมาณ 40 ปี ซึ่งข้อมูลของเธอบางส่วนมีความน่าสนใจและถูกนำไปนำไปวิเคราะห์ในประเด็นการจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิต ป้าแหวเติบโตขึ้นมาจากรอบครัวชาวนา เช่นเดียวกับสมาชิกส่วนใหญ่ในชุมชน ชีวิตในวัยเด็กของเธอจำเป็นต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวตั้งแต่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โดยการรับจ้างผลิตสินค้าประเภทของที่ระลึก ให้กับโรงงานในระแวกบ้าน

อาการทางจิตของเธอเกิดขึ้นหลังจากแต่งงานไม่นานนัก โดยอาการที่แสดงออกอย่างชัดเจนคือ การดูต่ำชาวบ้านอย่างไม่เลือกหน้า ซึ่งสร้างความเบื่อหน่ายให้กับคนในชุมชนเป็นอย่างมาก หรือในบางครั้งเธอก็แสดงพฤติกรรมแปลก ๆ เช่นแสดงท่าทางกลัวพระสงฆ์

อย่างชัดเจน นอกจากนั้นบางที่ยังมีความรู้สึกอยากกินเลือด ซึ่งจะตรงกับลักษณะของคนที่เป็นฝีกละ<sup>1</sup> แต่จากการศึกษา ไม่พบว่า มีผู้ร่วมวิจัยคนอื่น ๆ สงสัยว่าฝีกอาจเป็นต้นกำเนิด (Origin) ของ การเจ็บป่วยแต่อย่างใด

“ไปด่าหมด ใครมาที่บ้านเราด่าหมดเลย พระก็ด่า บางครั้งก็กลัวพระ เห็นพระแล้ววิ่งหนีไปกลางทุ่งนาโน่น” (ป่าแหว, สัมภาษณ์, 19 กันยายน 2558)

หลังจากเกิดความเจ็บป่วยทางจิตขึ้น ป้าแหวรีบรับการรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน จากนั้นจึงถูกส่งตัวต่อไปโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อรับการรักษาตั้งแต่นั้นมา ทั้งนี้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยอยากหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะเธอเพิ่งจะคลอดลูกสาวก่อนจะป่วยไม่นาน ดังนั้นเมื่อเธอไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ รายได้จากสามีจึงไม่เพียงพอเลี้ยงดูทารกที่ถือกำเนิดขึ้น ทางออกของครอบครัวจึงมีเพียงหาทางเดียว คือ เธอและสามีตัดสินใจไปกู้เงินจากคนในชุมชน ไม่เพียงเท่านั้น เธอยังต้องใช้ชีวิตกับสามีติดสุรา ส่งผลให้เธอเกิดความเครียดอย่างมากในแต่ละวัน

“มันลำบากมากกะหมอ จนต้องไปเป็นหนี้เป็นสินเค้า ร้อยละ 10 ร้อยละ 20 ไปยืมเงินเค้าไปเรื่อยเพื่อเอามาเลี้ยงลูก ตอนนั้นก็อยู่กับแฟนดี ๆ นี่แหละ มันก็ไปกินเหล้ากินยาอะไรก็ไม่รู้ เมื่อก่อนเราก็ออยู่ด้วยกันดี ๆ เดียวนี้มันดีละ มันไม่กินเหล้ามากละ” (ป่าแหว, สัมภาษณ์, 19 กันยายน 2558)

ป้าแหวเล่าให้ฟังถึงสาเหตุการกลับเข้ารับรักษาซ้ำอยู่บ่อยครั้งของตนเองว่า มาจาก 2 สาเหตุด้วยกันสาเหตุแรก คือ ความเครียดเรื่องเศรษฐกิจและพฤติกรรมการดื่มเหล้าของสามี และสาเหตุที่สองคือป้าแหวตัดสินใจรับยาด้วยตนเอง เพราะรู้สึกว่าเมื่อกินยารักษาโรคจิตและไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม เพราะยาทำให้วังงซึม ตื่นสาย ส่งผลปริมาณงานลดลง รายได้ย่อมลดลงตาม ไม่เพียงเท่านั้น เธอยังมีประสบการณ์การหลบหนีออกจากโรงพยาบาลเพราะกลัวการช็อตไฟฟ้า (ECT) อีกด้วย

ปัจจุบัน ป้าแหวมีวิธีการจัดการกับอาการทางจิตในรูปแบบเฉพาะของตนเอง ด้วยส่วนตัวที่คิดว่ายารักษาโรคจิตนั้นไม่ได้ผลสำหรับเธอ เธอจึงเลือกรับการรักษาจากคนทรงควบคู่กันไป โดยให้ความหมายว่ายารักษาโรคจิตช่วยควบคุมพฤติกรรมรุนแรง เช่นการด่าทอเพื่อนบ้าน

<sup>1</sup> จากหนังสือ เรื่องผีในล้านนา มาลา คำจันทร์ 2551 ได้อธิบายเกี่ยวกับฝีกละว่า ฝีกละเป็นผีที่คนล้านนาในอดีตกลัวที่สุดเพราะผีมีฤทธิ์แรงร้ายเหลือ มันไม่ทำร้ายแค่คนที่มันสิงเท่านั้น แต่ทำร้ายญาติพี่น้อง เพื่อนพ้องวงศ์ด้วย นอกจากนั้นฝีกละมีลักษณะพิเศษ แตกต่างจากผีในสารบบผีล้านนา ตรงที่ว่ามันถูกหยิบมาใช้เป็นเครื่องมือกำจัดคนอื่นได้ง่าย เพียงถูกกล่าวหาว่าเป็นฝีกละก็อาจถูกขับไล่ไสส่งได้ง่าย



หรือการหยิบมิดขึ้นมาเดินสำรวจตามชอกชอยต่าง ๆ ส่วนการรักษากับคนทรงนั้นช่วยเรื่องสภาพจิตใจ ทำให้จิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ป้าแหวอาจเป็นตัวอย่างของ Negative Case Analysis (กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์, 2554, น. 136) ที่น่าสนใจเมื่อมองไปที่ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ป่วยกับคนทรง และผู้ป่วยกับแพทย์ เป็นต้น

### 4.3 สรุป

ผู้ศึกษาได้พรรณนาให้เห็นถึงเรื่องราวเชิงพลวัตของความคิดที่มีต่อความเจ็บป่วยทางจิตของชุมชนทั้ง 5 เป็นที่เรียบร้อย ซึ่งจะพบว่าแต่ละชุมชนเองมีเรื่องราวที่แตกต่างกันไปตามแต่บริบทของสังคม อย่างไรก็ตามก่อนที่จะลงรายละเอียดเกี่ยวกับการทำงานของมลทินประทับในบทที่ 5 ผู้ศึกษาขอเสนอแง่มุมที่น่าสนใจ และตารางสรุปเรื่องราวของผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด

#### 4.3.1 ประวัติศาสตร์ของความคิดเกี่ยวกับความผิดปกติของผู้ป่วยในชุมชน

เรื่องราวเชิงประวัติศาสตร์เป็นสิ่งที่น่าสนใจและมีประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจในบริบทชุมชนที่ศึกษา โดยเรื่องราวของความเจ็บป่วยทางจิตนั้นสามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 ช่วงเวลา คือ หนึ่งช่วงเวลาก่อนการถือกำเนิดขึ้นของโรงพยาบาลจิตเวชในจังหวัดเชียงใหม่และสองคือ ช่วงหลังจากการก่อตั้งโรงพยาบาลจิตเวช

##### 4.3.1.1 ช่วงก่อนการถือกำเนิดโรงพยาบาลจิตเวช

ความเจ็บป่วยทางจิตใจไม่ใช่สิ่งใหม่ของแต่ละชุมชน หากแต่เป็นสิ่งที่อยู่คู่กับชุมชนมาช้านาน ทำให้แต่ละชุมชนที่เข้าไปศึกษาต่างมาเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางจิตของตนเองบ้าง คือ คนในครอบครัว บ้างเป็นสมาชิกในชุมชนอื่น ๆ หรือผู้ที่ย้ายมาจากพื้นที่อื่น ๆ และเนื่องจากในสมัยนั้นยังไม่มีโรงพยาบาลจิตเวช ชุมชนจึงเรียกผู้ป่วยด้วยคำ 2 คำ คือ ผีบ้าและจิตหลุ โดยผีบ้าจะมีความหมายที่รุนแรงมากกว่า ส่วนคำว่าจิตหลุนั้นมีความหมายรุนแรงน้อยกว่าตรงกับคำในปัจจุบันว่า เพี้ยน

ในเมื่อผีบ้าคือสิ่งที่ชุมชนมองว่าปกติ (แท้จริงแล้วไม่ปกติ แต่ทำเหมือนว่าปกติ) เพราะฉะนั้นวิธีการปฏิบัติต่อผีบ้านั้นจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ด้วยความเจ็บป่วยที่มีทำให้ผู้ป่วยชอบเดิน และแสดงพฤติกรรมแปลก ๆ ซึ่งอาจจะไปละเมิดบรรทัดฐานของชุมชนได้ตลอดเวลา ทำให้เครือญาติจำเป็นต้องควบคุมผู้ป่วยให้อยู่กับที่โดยวิธีการล่ามด้วยโซ่, เชือก หรือขังเอาไว้ในห้องเพื่อป้องกันการเดินเที่ยวซึ่งยากต่อการติดตามตัว และสำหรับผู้ป่วยเพศหญิง เพื่อป้องกันการตกเป็นเหยื่อการล่วงละเมิดทางเพศจากคนภายนอก อย่างไรก็ตาม การล่ามโซ่ตรวนหรือเชือกนั้นไม่ได้เกิดขึ้นตลอดเวลา แต่จะเป็นไปตามช่วงเวลาของการผลิต (ทำไร่ทำนา) เท่านั้น กล่าวคือจะพันธนาการผู้ป่วย

ต่อเมื่อสมาชิกคนอื่น ๆ ออกไปทำการเกษตร และจะปลดโซ่ตรวนเมื่อทุกคนกลับมาถึงบ้าน หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว/สูญเสียศักยภาพการทำงาน ก็จะถูกแยกให้อาศัยอยู่ต่างหาก โดยเครื่องมืออาจสร้างที่พักหลังเล็ก ๆ ให้เป็นการเฉพาะ

อีกเรื่องหนึ่งที่ชุมชนได้สะท้อนให้ทราบคือการมองว่าผีบ้าและคนจิตหลุ ในสมัยนั้น เป็นคนมีเวทมนต์คาถา ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมแปลก ๆ หรือมีความสามารถแปลก ๆ ที่ผิดปกติ รวมทั้งชุมชนยังอธิบายพฤติกรรมกรนอนตามป่า (หมายถึงไม่นอนที่บ้านของตนเอง) ว่าเป็นเพราะอำนาจเหนือธรรมชาติที่คนนั้น ๆ มีอยู่ในตัว ทำให้ไม่สามารถอาศัยตามที่ปกติได้ ดังนั้นชุมชนก็จะพยายามหลีกเลี่ยงผู้มีอำนาจเหล่านี้ บ้างกลายเป็นเรื่องเล่าเอาไว้อู่อหูลานเพื่อไม่ให้เกร ออกไปเล่นนอกบ้าน เป็นต้น

#### 4.3.1.2 ช่วงหลังการเกิดขึ้นของโรงพยาบาลจิตเวช

การเกิดขึ้นของโรงพยาบาลจิตเวชส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความคิดที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชหลายประการ คือ

##### (1) การเข้าแย่งชิงอำนาจในการอธิบายความผิดปกติทางจิต

หากมองในมุมมองของนักคิดหลังสมัยใหม่ จะพบว่า ให้ความสำคัญกับอำนาจที่มาจากชุดความรู้อย่างมาก มลทินประทับในผู้ป่วยจิตเวช ก็เช่นเดียวกัน ถึงแม้จะไม่ใช่วิทยาการที่ลึกซึ้ง แต่ก็พอจะสะท้อนให้เห็นความสำคัญของระบบความเชื่อเรื่องผีที่มีต่อการวางโครงสร้างครอบครัวและกำหนดบรรทัดฐานหรือความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคนและคนกับสิ่งแวดล้อม ทว่าระบบผีเองก็เว้นช่องว่างของการอธิบายผู้ป่วยจิตเวชเอาไว้เช่นกัน เพราะอำนาจของผีไม่สามารถทำให้คนเกิดความเจ็บป่วยทางจิตอย่างที่พบเห็นในปัจจุบันได้ ถึงแม้ว่าผีบางชนิดสามารถเข้าถึงสู่ผู้คนได้เช่น ผีกละ แต่หมอพื้นเมืองก็จะสามารถแยกแยะอาการของผีเข้า เพราะจะมีลักษณะที่เฉพาะเจาะจงอย่างมาก

เท่ากับว่าความรู้พื้นถิ่นได้เว้นช่องว่างในการอธิบายอาการของผู้ป่วยทางจิต หรือผีบ้าเอาไว้ โดยที่ผ่านมามีเพียงมโนทัศน์เรื่องกรรมที่พอจะถูกนำมาอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตใจ ดังนั้นจึงเป็นโอกาสให้ความรู้ทางการแพทย์เข้ามาแย่งชิงอำนาจในการอธิบายตรงนี้ ประกอบกับวิธีการบำบัดรักษาที่เห็นเป็นรูปธรรมมากกว่า (เน้นที่วิธีการไม่ได้ หมายถึง ผลการรักษา) จึงไม่น่าแปลกใจที่ผู้ป่วยทางจิตจำนวนมากเคยรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน (เฉพาะคนที่มีอายุสัมพันธ์กับการถือกำเนิดโรงพยาบาลจิตเวช)

##### (2) สร้างการจำแนกแบบใหม่

การรुकืบของชุดความรู้ทางจิตเวชก่อให้เกิดการแบ่งระดับของความผิดปกติเสียใหม่ โดยเพิ่มคำว่า โรคจิตขึ้นมาจากเดิมที่มีเพียงผีบ้าและจิตหลุ (เพี้ยน) หากพิจารณาหัวข้อการตั้งชื่อ (ย้อนดูบทที่ 5) ก็จะพบว่ามีการเพิ่มการจำแนกด้วยเกณฑ์ทางการแพทย์เพิ่มเติม

เข้ามากระบวนการเพิ่มเติมประเภทของความเจ็บป่วยตรงจุดนี้ คือ การสร้างความเข้าใจใหม่ให้กับคนในชุมชนซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย เพราะจากเดิมที่จะถูกจัดประเภทว่าเป็นผีบ้า/เพี้ยนในทันที ชุมชนจะต้องหยุดพิจารณาเพื่อจำแนกความผิดปกตินั้น ๆ อย่างเช่นที่ลุงแพงกล่าวถึงสมาชิกในครอบครัวป่าอ

“มันมีครอบครัวหนึ่งที่เป็นคล้าย ๆ โรควิต คคล้าย ๆ กับ . . . ยังไงอะ มีครอบครัวหนึ่งเป็นทั้ง 3 คนเลย พี่สาวแก ตัวแกเอง แล้วก็น้องสาว ตอนนี้อันนี้ขึ้นละ แต่ถ้าขาดยา ก็จะเป็นบ่น คือเข้ากับใครไม่ได้เลย”

“อีกคนนึงก็อยู่แบบซึม ๆ เศร้า ๆ ไม่ไปไหน เข้ากับใครไม่ได้ แต่อันนั้นตายไปละก็เหมือนจะว่าบ้าก็ไม่ได้ บอกไม่ถูกอะ ส่วนน้องแกก็เป็นโรค . . . อะไรนะ คือ คุ้ยได้นะ ใช้งานได้แต่มัน . . . ก็คงเป็นโรควิตอีกแบบ” (ลุงแพง, สัมภาษณ์, 29 มิถุนายน 2558)

ข้อความที่ลุงแพง ซึ่งเขามีอีกบทบาทเป็นหัวหน้ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้พูดสะท้อนให้เห็นถึงวิธีการจัดจำแนกความผิดปกติทางจิตในชุมชนเสียใหม่ คือ ในความผิดปกติทางจิตนั้นยังมีความหลากหลายของตัวเอง ในขณะที่สมาชิกทั่วไปในบางชุมชนสะท้อนให้เห็นถึงความเลือนลาง และไม่แน่ใจในการแบ่งแยกประเภทของผู้ป่วยให้เห็นอีกด้วย

### (3) วิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวช

การศึกษา พบว่า ในชุมชนที่ศึกษามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับวิถีคิดและการปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ทิศทาง คือ

#### 3.1 การนำองค์ความรู้จากภายนอกเข้ามาใช้

การนำองค์ความรู้จากภายนอกมาใช้ นั้นหมายถึง การเปิดรับเอาแนวคิดใหม่ ๆ จากภายนอกเข้ามาใช้ในเป็นทิศทางในการใช้ชีวิตของตนเองหรือเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมขึ้นในระดับชุมชน นำไปสู่การเกิดขึ้นของชมรมสุขภาพจิตในชุมชนของตนเอง โดยการถือกำเนิดขึ้นของชมรมนั้น ถือเป็นการนำแนวคิดและวิธีการดำเนินงานจากหน่วยงานภายนอกเข้ามาใช้ในชุมชน เพราะนั่นสิ่งที่น่าสนใจเป็นเรื่องใหม่ที่ชุมชนยังไม่เคยได้ยินและสัมผัสในเชิงรูปธรรมมาก่อน เช่น ครอบครัวผู้ป่วยอาจไม่เคยทราบมาก่อนว่า ความรู้สึกอับอายหรือไม่สบายใจต่าง ๆ ที่ตนเองต้องมีผู้ป่วยทางจิตอยู่ในบ้านนั้นแท้จริงแล้วเรียกว่า “มลทินประทับ” ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสังคมนสงเคราะห์ และความรู้ทางสังคมศาสตร์-มนุษยศาสตร์ให้ความสำคัญและต้องการจัดมลทินเหล่านี้ออกไปจากสังคม

นอกจากนั้นชุมชนยังได้ทราบว่า แท้จริงแล้ววิธีการรักษาด้วยยานั้น เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษา ที่จะต้องควบคู่ไปกับการรักษาทางจิตสังคม (ในขณะที่ชุมชนที่ไม่มีองค์ความรู้จากภายนอก จะคิดว่ายาคือทางรักษาเดียวของผู้ป่วยโรควิต นำไปสู่การพัฒนาการต่อรองอย่างที่ถูกกล่าวไว้ในส่วนท้ายของบทที่ 5) ซึ่งการรักษาทางจิตสังคมนั้นชุมชนเองสามารถเป็น

ผู้ออกแบบวิธีการรักษาได้ด้วยตนเอง เช่น การใช้วิธีชุมชนบำบัด ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับชุมชนของตนเอง มีการขอความร่วมมือจากเจ้าของทุนในพื้นที่ (อุตสาหกรรมขนาดเล็กในชุมชน) ให้รับผู้ป่วยเข้าทำงานในตำแหน่งที่เหมาะสม เช่น ให้ผู้ป่วยเป็นคนคัดแยกสินค้า (Quality Check) ที่มีตำหนิออกจากของดี เป็นต้น ดังนั้นเท่ากับว่าแนวคิดนี้คือการเปิดพื้นที่ทางสังคมให้กับผู้ป่วย นอกจากนั้นผู้ป่วยในชุมชนแห่งนี้จะรอดพ้นจากการถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์อันเนื่องมาจากความสามารถในการทำงาน เพราะผู้ป่วยสามารถทำงานได้เป็นต้น การปรากฏตัวของผู้อยู่ในสถานทำงาน (ย่อมต้องมีการเดินทางจากบ้าน ผ่านที่สาธารณะไปยังสถานที่ทำงาน) ทำให้ชุมชนคุ้นเคยกับผู้ป่วยทางจิตมากขึ้น นำไปสู่ชุมชนเริ่มเปิดผู้ป่วย ซึ่งถูกสะท้อนไว้ในเนื้อหาบทที่ 5 อย่างชัดเจนในหัวข้อการกีดกันทางสังคม

แนวคิดนี้ซึ่งสอดคล้องกับวิถีคิดของกลุ่มจิตเวชประชาธิปไตย ในประเด็นที่มองว่าชุมชนบำบัดนั้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิต จนพาดพ้นจากกระบวนการทำให้เป็นคนบ้า การดำเนินการด้วยกระบวนการชุมชนนี้ เป็นการแสดงให้เห็นว่า ความบ้าเป็นกระบวนการบำบัดรักษาที่เป็นธรรมชาติ และจำเป็นต้องมีวิธีการจัดการดูแลของตนเอง โดยไม่ยึดเหยียดการบำบัดทางการแพทย์ของจิตเวชกระแสหลักให้กับคนจนอย่างเด็ดขาด (Ralley, 2012, อ้างถึงใน กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์, 2558)

### 3.2 การพัฒนาแนวทางเฉพาะของตนเอง

แนวทางนี้เป็นอีกแนวทางหนึ่งของการพัฒนาวิถีคิดต่อผู้ป่วยที่น่าสนใจไม่น้อย การพัฒนาขึ้นมาด้วยประสบการณ์ของตนเองอย่างเช่นกรณีลุงสมาน และสมเจดน์ (ลูกชายของลุงสมาน) ซึ่งเขามีวิธีการมองลูกชายที่เฉพาและน่าสนใจ คือ เน้นไปที่ความรักและบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อผู้ป่วย กล่าวคือในขณะที่ครอบครัวอื่น ๆ จะผลิตซ้ำมลทินประทับให้กับผู้ป่วยทุก ๆ ครั้งที่ต้องพบกับบุคคลภายนอก (เช่นเมื่อมารดาผู้ป่วยอึกรายจะพรวดบอกผู้ศึกษาทุกครั้งที่พบกันว่าลูกสาวตนเองเป็นผีบ้า และเคยทำอะไรไม่ดีเอาไว้บ้างในอดีต) แต่ลุงสมานกลับพยายามนำเสนอให้ผู้อื่นทราบถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติทางจิตของลูกชายว่า เขาจะเข้าไปโอบกอดและพูดจาด้วยน้ำเสียงที่สงบ ไม่เพียงเท่านั้น สรรพนามบุรุษที่ 1 และ 2 ที่คนในบ้านใช้กับผู้ป่วยคือ

<sup>2</sup> จากการลงพื้นที่ ผู้ป่วยคนนี้มีอาการป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ไม่ทราบชนิดปัจจุบัน เป็นผู้ป่วยที่ทางชุมชนให้ความช่วยเหลือโดยสนับสนุนให้ทำงานในโรงงานผลิตประเป่าผ้าแพชั่นของครอบครัวหนึ่งในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางจิตใจและเคลื่อนไหวช้า จึงได้รับหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพสินค้า เช่น ตรวจสอบว่ากระเป่าที่ผลิตเสร็จแล้วใบใดยังมีเศษด้ายโผล่ออกมา หรือการเย็บไม่เรียบร้อย ผู้ป่วยจะเป็นคนคัดของเหล่านั้นออก เพื่อนำไปแก้ไข เป็นต้น

“ฉันทและเธอ” และด้วยแนวปฏิบัติเช่นนี้ ทำให้เพื่อนบ้านเรียนรู้และนำวิธีการพูดของลุงสมานมาใช้กับผู้ป่วยเช่นกัน

นอกจากนั้น แนวทางนี้ยังมองไปที่คุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่ผู้ที่จะตัดสินใจคือตนเองและครอบครัว ไม่ใช่คนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องหรือให้ความช่วยเหลือครอบครัวตนเอง ลูกชายของลุงสมานมีคุณค่ากับเขาเสมอ ในขณะที่คนอื่น ๆ อาจมองว่าผู้ป่วยไร้ค่า เพราะวัน ๆ ไม่ทำงานอะไร ได้แต่เดินเที่ยวเล่นไปวัน ๆ ในขณะที่ครอบครัวต่างรู้ดีว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลืองานบ้านบางอย่างได้อย่างดี เช่นการทำความสะดวกอาดพื้น และชุดเครื่องนอนของครอบครัว (หมอนและผ้าห่ม) จึงเป็นหน้าที่ของลุงสมานที่จะออกไปผลิตซ้ำเรื่องราวของผู้ป่วยให้สมาชิกในชุมชนรับทราบ โดยมีเป้าหมายคือลดมลทินประทับที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญลง

แนวทางนี้มีความน่าสนใจอยู่อย่างหนึ่งเมื่อนำไปเทียบกับแนวทางในข้อแรกคือ หากมองเชิงโครงสร้างแล้ว แนวทางในข้อแรกลักษณะของการนำแนวคิดระดับทฤษฎีมาสู่ท้องถิ่น แต่สำหรับลุงสมานเป็นสิ่งที่สวนทางกันคือ ยกความเป็นท้องถิ่นไปใช้ในระดับโครงสร้าง เพราะที่ผ่านมา ลุงสมานได้รับเชิญจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอให้เป็นวิทยากร เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของตนเองกับญาติผู้ป่วยคนอื่น ๆ

### 3.3 การดำเนินชีวิตไปกับโครงสร้างเดิม

การดำเนินชีวิตควบคู่ไปกับมลทินประทับที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแนวทางที่เกิดขึ้นอยู่อย่างเป็นปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติที่อาจเผชิญกับข้อจำกัดบางอย่าง จึงต้องดำเนินชีวิตไปกับโครงสร้างที่ไม่เป็นธรรมอยู่อย่างนั้น (ข้อจำกัดที่ผู้ศึกษากล่าวถึง คือ ข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น ญาติผู้ป่วยอาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือเป็นผู้สูงอายุ, ข้อจำกัดด้านจิตใจ คือ ญาติผู้ป่วยเองมีปัญหาสุขภาพจิต (ยังไม่ถึงขั้นเจ็บป่วย) ส่วนด้านสังคม เช่น ปัญหาเศรษฐกิจและทุนทางสังคม) ส่งผลให้คนกลุ่มนี้ตกอยู่ในสภาวะทวิชายขอบอย่างเลี่ยงไม่ได้ ไม่สามารถเข้าไปปรับเปลี่ยนในระดับโครงสร้างชุมชนอย่างเช่นแนวคิด 2 อย่าง ที่กล่าวมาข้างต้นได้

#### (4) สรุปจำนวนผู้ร่วมวิจัยในแต่ละชุมชน

ถึงแม้ว่าในบทที่ 4 จะเป็นการนำเสนอบริบทชุมชนและเรื่องราวของผู้ป่วยและผู้ดูแลเท่านั้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงขอสรุปให้เห็นภาพรวมของผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดดังตารางต่อไปนี้

## ตารางที่ 4.1

## จำนวนผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด

ชุมชน	ชื่อ	คุณลักษณะ	อายุ (ปี)	อาชีพ/บทบาทในชุมชน	อื่น ๆ
1	ป้าอร	ผู้ป่วยจิตเวช	59	รับจ้างนวด	รู้จักกับผู้ป่วย (อร) มาตั้งแต่อรเกิด
	ผู้ใหญ่สนิท	ผู้นำชุมชน	50	ผู้ใหญ่บ้าน	
	ยายน้อย	สมาชิกในชุมชน	70	-	
	สมเจตน์	ผู้ป่วยจิตเวช	40	-	
	ลุงสมาน	ผู้ดูแล (พ่อ)	78	ประธานกลุ่มผู้สูงอายุ	
	-	สมาชิกในชุมชน	60	คนทรง	
2	ป้าปิ่น	ผู้ป่วยทางจิต	50	ทำไร่	อาศัยอยู่ใกล้กับ บ้านผู้ป่วย (ป้าปิ่น)
	ลุงชู	ญาติ (พี่ชาย)	53	เก็บของป่า	
	-	ญาติ (แม่)	80	-	
	ป้าเพ็ญ	ผู้นำชุมชน	55	ประธาน อสม. และ น้องสาวผู้ใหญ่บ้าน	
	ยายฉวี	สมาชิกในชุมชน	82	-	
3	ป้าจันทร์	ผู้ป่วยทางจิต	55	-	คอยผลัดเปลี่ยนมา ดูแลผู้ป่วยเวลา ป้าจินดาต้องไป พบแพทย์
	เพ็ญ				
	ป้าพิศมัย	ญาติ (พี่สาวคนรอง)	58	อสม.	
	ป้าจินดา	ผู้ดูแล (พี่สาวคนโต)	70	คนทรง	
	ลุงบุญ	ผู้นำชุมชน	50	รองผู้ใหญ่บ้าน/อสม.	เป็นเพื่อนรวม โรงเรียนเดียวกับ ผู้ป่วย
	พี่ต้น	สมาชิกในชุมชน	40	ช่างซ่อมจักรยายน	รับผิดชอบงาน สุขภาพจิตในชุมชน
	พี่แก้ว	สมาชิกในชุมชน	42	พยาบาล รพ.สต.	



## ตารางที่ 4.1

## จำนวนผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด (ต่อ)

ชุมชน	ชื่อ	คุณลักษณะ	อายุ (ปี)	อาชีพ/บทบาทในชุมชน	อื่น ๆ
4	-	ผู้ป่วยจิตเวช	45	ลูกจ้างโรงงานผลิตกระดาษ	
	แม่หลวง	ผู้นำชุมชน/ผู้ดูแล	50	แปา	
	ศรีจันทร์	(พี่สาว)		ผู้นำชมรมจิตเวชในชุมชน	
	พี่เอ	ผู้ป่วยจิตเวช	35	ช่าง	
	-	สมาชิกในชุมชน	60	เจ้าของโรงงาน	
	ป้ามล	ผู้ดูแล	50	รับจ้าง	เย็บกระเป๋าโหล
5	ลุงสืบสันต์	ผู้ดูแล	70	ข้าราชการบำนาญ	ภรรยาของเขาป่วยทางจิต
	พี่รัฐ	ผู้ป่วยทางจิต	42	ก่อสร้าง	
	ป้าตุ๊ก	ผู้ดูแล (พี่สาวของรัฐ)	48	แม่บ้าน	
	-	สมาชิกในชุมชน	50	อสม.	เป็นเพื่อนบ้านของผู้ป่วย
	ป้าแหว	ผู้ป่วยจิตเวช	52	รับจ้าง	
	ป้าหล้า	สมาชิกในชุมชน	50	อสม.	เพื่อนบ้านป้าแหว

**หมายเหตุ.** สำหรับผู้ที่ไม่ได้ระบุชื่อเอาไว้ นั่นคือผู้ร่วมวิจัยที่ได้มีการพูดคุย สัมภาษณ์ แต่ไม่ได้นำคำพูดของเขา/เธอ มาแสดงในวิทยานิพนธ์

สรุปเรื่องราวของผู้ป่วยและผู้ดูแลในแต่ละชุมชน

เพื่อให้ง่ายต่อการอ่านงานในบทต่อไป ผู้ศึกษาจึงขอสรุปเรื่องราวบริบทของแต่ละชุมชนและเรื่องราวโดยย่อของผู้ร่วมโครงการวิจัยหลัก (เน้นที่ผู้ป่วยและผู้ดูแล/บุคคลแวดล้อม) ตามตารางดังต่อไปนี้

## ตารางที่ 4.2

## สรุปเรื่องราวของพื้นที่ศึกษาและผู้ร่วมวิจัยหลัก

ลำดับ	บริบทชุมชน (โดยย่อ)	ผู้ร่วมวิจัย	คุณลักษณะ	เรื่องราว (โดยย่อ)
1	ชุมชนชนบทแห่งนี้ตั้งอยู่ห่างจากตัวเมืองประมาณ 36 กิโลเมตร ชุมชนแห่งนี้มีลักษณะทางความเชื่อที่โดดเด่นคือ เป็นชุมชนที่ผสมผสานระหว่างคนพุทธและคริสต์ ซึ่งแต่เดิมนั้นคนสองศาสนาไม่ข้องเกี่ยวกับแต่ในปัจจุบัน ทั้งสองศาสนาสามารถอยู่ร่วมกันได้ นอกจากนั้นพื้นที่แห่งนี้ยังเต็มไปด้วยความเชื่อเรื่องผีและอำนาจเหนือธรรมชาติต่าง ๆ อย่างเหนียวแน่นสำหรับคนพุทธ	ป้าอร  ลุงสมาน  สมเจตน์	ผู้ป่วย  ผู้ดูแล  ผู้ป่วย	ป้าอรคือคริสต์เดียนวัย 59 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่เพียงลำพังในบ้านปูนกึ่งไม้สภาพทรุดโทรม หลังเก่าของครอบครัว ในวัยเด็กป้าอรต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวและตนเอง จนกระทั่งป้าอรมีความเจ็บป่วยทางจิต หลังจากที่ถูกไล่ออกจากบ้าน เธอเริ่มพูดคนเดียว ทำลายข้าวของเครื่องใช้ในบ้าน และมีเรื่องวิวาทกับเพื่อนบ้านอยู่บ่อยครั้ง นอกจากนั้นยังถูกชุมชนตั้งคำถามว่าเธออาจเกี่ยวข้องกับ การเสียชีวิตของมารดาตนเองอีกด้วย  ลุงสมานคือบิดาของผู้ป่วยทางจิตชายคนหนึ่ง เขามีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตอย่างยาวนาน และผ่านจุดเปลี่ยนทางความคิดมาหลากหลาย ลุงสมานเคยเชื่อว่าสิ่งที่ลูกชายตนเองเผชิญอยู่นั้น เพาะเวรกรรมของตนเองส่งผลให้เกิดภาวะชงกั๊กกันขึ้นชั่วขณะหนึ่ง (ไม่คิดพัฒนาตนเองอีกต่อไป) แต่เขาก็เปลี่ยน

## ตารางที่ 4.2

สรุปเรื่องราวของพื้นที่ศึกษาและผู้ร่วมวิจัยหลัก (ต่อ)

ลำดับ	บริบทชุมชน (โดยย่อ)	ผู้ร่วมวิจัย	คุณลักษณะ	เรื่องราว (โดยย่อ)
				<p>ความคิดของตนเองได้ เริ่มมองผู้ป่วยที่เคยคิดว่าต้องป่วยไปตลอดชีวิต เป็นการมองอย่างมีพัฒนาการของอาการที่ดีขึ้น นอกจากนั้นเขายังมีวิธีการปฏิบัติกับผู้ป่วยที่การมอบความรัก และทุ่มเทเวลาของตนเองให้กับผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งการเลิกสูรา และหันมาทำประโยชน์กับชุมชนเพื่อหวังให้ชุมชนต้อนรับลูกชายและครอบครัวตนเองมากขึ้น</p> <p>สมเจนต์ คือ ลูกชายของลุงสมาน จุดเริ่มต้นของอาการทางจิตของสมเจนต์นั้น เริ่มมาจากอาการเจ็บป่วยทางกายเพราะอุบัติเหตุทางสมองในวัยเด็ก จนกระทั่งกลายเป็นความเจ็บป่วยทางจิตช่วงวัยรุ่น สมเจนต์มักจะมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนบ้านอยู่บ่อยครั้ง จนกระทั่งเพื่อนบ้านต้องแจ้งตำรวจมาจับกุม</p>

## ตารางที่ 4.2

## สรุปเรื่องราวของพื้นที่ศึกษาและผู้ร่วมวิจัยหลัก (ต่อ)

ลำดับ	บริบทชุมชน (โดยย่อ)	ผู้ร่วมวิจัย	คุณลักษณะ	เรื่องราว (โดยย่อ)
2	ตั้งอยู่เชิงเขาแห่งหนึ่งห่างจากตัวเมืองไป 40 กิโลเมตร จากการพูดคุยกับผู้นำชุมชนได้ความว่า ชุมชนแห่งนี้มีความคุ้นเคยกับความผิดปกติทางจิตมาอย่างยาวนาน จนกระทั่ง “ผีบ้า” คือเรื่องปกติของชุมชน คนในชุมชนเองจะทักทายผู้ป่วยตามปกติ เช่น “เป็นอย่างไรบ้าง กินยาหรือยัง?” นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยทางจิตมักมีคำว่า “ผีบ้า” ต่อท้ายชื่อทุก ๆ ครั้งที่ถูกเรียก ในลักษณะบุคคลที่ 3 ผู้นำชุมชนคิดว่าสิ่งที่เป็นความผิดปกติของชุมชนกลับเป็นสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์เมื่อหลายปีที่ผ่านมา ทำให้เห็นภาพชัดเจนว่า ผู้คนรังเกียจผู้ติดเชื้อ HIV กว่าผู้ป่วยทางจิตมากแค่ไหน	ป้าปิ่น	ผู้ป่วย	ป้าปิ่นอาศัยอยู่ในชุมชนนี้ตั้งแต่เกิด เรื่องราวชีวิตของเธอนั้นต้องเผชิญกับความท้าทายอย่างมาก ตั้งแต่ชีวิตแต่งงานที่ดำเนินไปอย่างไร้ความสุข นอกจากนั้นยังต้องทำงานหนัก ไม่มีเวลาพักผ่อน ด้วยสาเหตุที่หลากหลายทำให้ป้าปิ่นเกิดความเจ็บป่วยทางจิตขึ้น หลังจากนั้นเธอถูกครอบครัวสามีไล่ออกจากบ้าน เธอและสามีต้องตระหกระเหินมาที่อาศัยกับพ่อแม่ของเธอเอง แต่ก็ได้รับการปฏิเสธอย่างไร้เยื่อใย ปล่อยให้เธอและสามีต้องอาศัยในเล้าไก่ ป้าปิ่นต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ มากมายขณะที่เจ็บป่วยทางจิต ไม่ว่าจะเป็นความขัดแย้งกับเพื่อนบ้าน การถูกถูกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมจากแม่ค้า และการถูกพี่ชายแท้ ๆ พยายามล้วงละเมิดทางเพศ

## ตารางที่ 4.2

## สรุปเรื่องราวของพื้นที่ศึกษาและผู้ร่วมวิจัยหลัก (ต่อ)

ลำดับ	บริบทชุมชน (โดยย่อ)	ผู้ร่วมวิจัย	คุณลักษณะ	เรื่องราว (โดยย่อ)
3	เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ใกล้กับแหล่งท่องเที่ยวสำคัญของจังหวัดเชียงใหม่ เพราะฉะนั้นทำให้ชุมชนที่ติดถนนใหญ่มีความเป็นเมืองมากกว่าบ้านเรือนที่อยู่ถัดเข้าไปในตรอกซอกซอยซึ่งจะมีความเป็นชนบทมากกว่า การสร้างบ้านเรือนยังเป็นลักษณะบ้านหลายหลังอยู่ในรั้วเดียวกัน(แบบครอบครัวขยาย) อย่างไรก็ตามเรื่องราวของผู้ป่วยทางจิตนั้นจะเป็นที่รู้จักกันในสมาชิกชุมชนสูงอายุโดยทั่วไป ส่วนวัยหนุ่มสาวจะไม่ค่อยทราบว่าในชุมชนของตนเองมีผู้ป่วยทางจิตอาศัยอยู่ด้วยซ้ำ นอกจากนั้นสมาชิกชุมชนบางคนก็ยังไม่เข้าใจว่าโรคทางจิตคืออะไรกันแน่ ใส้สภาวะปัญหาอ่อนหรือไม่ เป็นต้น	ป้าจินดา  ป้าพิศมัย  จันทร์เพ็ญ	ผู้ดูแล  บุคคล แวดล้อม  ผู้ป่วย	ป้าจินดาคือพี่สาวคนโตและเป็นผู้รับผิดชอบดูแลจันทร์เพ็ญ (น้องสาวซึ่งเจ็บป่วยทางจิต) มาเป็นเวลานาน ตั้งแต่จันทร์เพ็ญเจ็บป่วยครั้งแรก ป้าจินดามีอาชีพเป็นช่างทรง และมี ความเชื่อในพุทธศาสนาและพราหมณ์ อย่างมาก เธอมีความเชื่อเรื่องเกี่ยวกับกรรม เช่นเป็นเพราะกรรม ตนเองจึงต้องเกิดมาดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นป้าจินดายังมีปัญหาสุขภาพทางกายอยู่อย่างหนึ่งคือโรคไขข้ออักเสบ สำหรับการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยนั้น ป้าจินดายอมรับว่าในบางครั้งจะรู้สึกหวาดกลัว ผู้ป่วยทำให้ตนเองเกิดความเครียด นอกจากนั้นการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ป้าจินดาคิดว่าผู้ป่วยเป็นคนที่ปิดโอกาสในการทำมาหากินของเธอ ป้าพิศมัย คือ พี่สาวอีกคนหนึ่งของจันทร์เพ็ญ เธอจะเป็นคนที่คอยดูแลจันทร์เพ็ญในช่วงเวลาที่ป้าจินดามีธุระ เช่นต้องไปพบแพทย์ตามนัดอันเนื่องมาจาก

## ตารางที่ 4.2

สรุปเรื่องราวของพื้นที่ศึกษาและผู้ร่วมวิจัยหลัก (ต่อ)

ลำดับ	บริบทชุมชน (โดยย่อ)	ผู้ร่วมวิจัย	คุณลักษณะ	เรื่องราว (โดยย่อ)
				<p>โรคไขข้ออักเสบ อย่างไรก็ตาม ป้าพิศมัยเองก็ไม่ได้ = นวิต ส่วนมากกับผู้ป่วยแต่อย่างใด เพราะเธอมีครอบครัวที่ต้องดูแล และบ้านของเธอก็อยู่ห่างจาก บ้านของป้าจินดาซึ่งเป็นผู้ดูแล ไกลพอสมควร</p> <p>จันทร์เพ็ญผู้ป่วยทางจิตวัย 40 ปี ครอบครัวของเธอมีความใกล้ชิด กับความผิดปกติทางจิตมาตั้งแต่ รุ่นทวด ปู่ พ่อ จนกระทั่งตัวเธอ ด้วยเหตุนี้ทำให้สมาชิกใน ครอบครัวไม่แปลกใจที่เธอจะ เริ่มมีอาการทางจิตเกิดขึ้นครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 17 ปี</p> <p>เพราะทุก ๆ คน ต่างคาดหวังว่า เธอไว้ตั้งแต่แรกแล้วว่า ใน บรรดาพี่น้องทั้งหมด น่าจะมีใคร คนใดคนหนึ่งที่ต้องเป็นโรคจิต เช่นเดียวกับบรรพบุรุษ และ คน ๆ นั้นคือ จันทร์เพ็ญ</p> <p>เนื่องจากเธอเคยเป็นคนรับใช้ ให้กับข้าราชการในกรุงเทพเมื่อ เธอยังเป็นเด็ก ส่งผลให้เมื่อเธอมี อาการเจ็บป่วยทางจิต เธอคิด อยู่เสมอว่าเธอคือมีความ เกี่ยวข้องกับราชการ ความคิด</p>





## ตารางที่ 4.2

สรุปเรื่องราวของพื้นที่ศึกษาและผู้ร่วมวิจัยหลัก (ต่อ)

ลำดับ	บริบทชุมชน (โดยย่อ)	ผู้ร่วมวิจัย	คุณลักษณะ	เรื่องราว (โดยย่อ)
				เวลาว่างให้เกิด ประโยชน์ ป่าตึก คือ พี่สาวของผู้ป่วยจิต เวชอีกคนหนึ่งในชุมชน ป่าตึก เพิ่งจะเข้ามาดูแลผู้ป่วยได้ไม่กี่ปี ที่ผ่านมา แต่เดิมเธออาศัยอยู่กับ ครอบครัวเธอจนกระทั่งวันหนึ่ง บิดาของเธอเสียชีวิต เธอและ สามีต้องย้ายกลับมาดูแลมารดา นั่นหมายถึงเธอต้องอยู่ร่วมกับ น้องชาย หลังจากนั้นไม่นาน สามีของเธอได้เสียชีวิตลงอย่า กะทันหัน ส่งผลให้เธอต้อง รับภาระดูแลทั้งมารดาและ น้องชายเพียงลำพังด้วย ความรู้สึกกลืนไม่เข้าคายไม่ออก
5	เป็นชุมชนที่มีความเป็นเมือง ค่อนข้างสูง เนื่องจากตั้งอยู่ใกล้ กับสนามบินของจังหวัด เชียงใหม่ เพราะฉะนั้นด้วย ความเป็นเมือง ทำให้บ้านเรือน ของชุมชนแห่งนี้เป็นการ ผสมผสานของบ้านเดี่ยวและ บ้านแบบครอบครัวขยาย สมาชิกชุมชนไม่ได้สะท้อน เรื่องราวให้เห็นถึงความ	ป้ามน	ผู้ดูแล	เดียวที่ให้การช่วยเหลือและดูแล ผู้ป่วยมาโดยตลอด ป้ามน คือ ตัวอย่างของผู้ร่วมวิจัยที่โทษ ตนเองว่าเป็นสาเหตุของ ความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นกับ น้องชายของตน ในที่นี้หมายถึง เพราะว่าครอบครัวและตนเอง ไม่เอาใจใส่น้องชายคนนี้ เพียงพอ ทำให้เขาหันไปใช้ สารเสพติด จนกระทั่งเกิดเป็น

## ตารางที่ 4.2

## สรุปเรื่องราวของพื้นที่ศึกษาและผู้ร่วมวิจัยหลัก (ต่อ)

ลำดับ	บริบทชุมชน (โดยย่อ)	ผู้ร่วมวิจัย	คุณลักษณะ	เรื่องราว (โดยย่อ)
	เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม อสม. ท่านหนึ่งได้เล่าให้ฟังความสัมพันธ์ของเด็กในชุมชนกับผู้ป่วยจิตเวชที่เปลี่ยนไป นั่นคือไม่มีการเข้าหาผู้ป่วยดังเช่นในอดีตอีกแล้ว เป็นต้น อีกสิ่งหนึ่งที่น่าสนใจคือ ชุมชนแห่งนี้เป็นพื้นที่ซึ่งแสดงให้เห็นอำนาจทางการแพทย์ที่เข้ามามีพลังในการจัดการวิธีอธิบายความเจ็บป่วยทางจิตอย่างมาก โดยมี อสม. เป็นตัวละครสำคัญของการรุกรืบของความรู้อาสาสมัครจิตเวชศาสตร์	รัฐ  ลุงสีบ สันต์	ผู้ป่วย  ผู้ดูแล	โรคทุกวันนี้ป่ามนคือญาติเพียงคนจิตดังเช่นปัจจุบัน รัฐ คือ น้องชายของป่ามน ในอดีตนั้นเขาทำงานรับจ้างก่อสร้าง และทำมันได้เป็นอย่างดี เป็นคนที่ขยัน เก่ง และแข็งแรง แต่ทุกอย่างกลับเปลี่ยนไปเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น เขากลายเป็นคนที่ถูก ๆ คนในละแวกบ้านหวาดกลัวอย่างมาก เพราะในขณะที่มีอาการทางจิต รัฐมักจะพกดัดดาบเล่มยาวติดตัวอยู่ตลอดเวลา ปัจจุบันเขาได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบแล้ว อย่างไรก็ตาม รัฐไม่สามารถทำงานก่อสร้างได้อีก ทำให้ตัวเขาเองรู้สึกว่าเป็นภาระของพี่สาวอย่างมาก
		ป่าแหว	ผู้ป่วย	ครอบครัวของลุงสีบสันต์ คือ ตัวแทนของชนชั้นกลางคนเดียวในการศึกษาชั้นนี้ เขาและภรรยาเคยเป็นข้าราชการ เรื่องราวของเขาน่าสนใจที่ เมื่อทราบว่าภรรยาเจ็บป่วยทางจิต เขาเริ่มพบว่าชีวิตเริ่มจะมีมลทิน ทำให้ต้องปิดบัง และโยกย้ายที่

## ตารางที่ 4.2

สรุปเรื่องราวของพื้นที่ศึกษาและผู้ร่วมวิจัยหลัก (ต่อ)

ลำดับ	บริบทชุมชน (โดยย่อ)	ผู้ร่วมวิจัย	คุณลักษณะ	เรื่องราว (โดยย่อ)
				<p>ทำงานมาที่จังหวัดเชียงใหม่ นอกจากนั้น ด้วยความรู้สึกว่ามีมลทิน ทำให้ลุงสืบสันต์ หลีกเลี้ยงการนำตัวภรรยาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช  อย่างไรก็ตาม หลังจากปฏิเสธการรักษาจากโรงพยาบาลเฉพาะทางอยู่หลายสิบปี เขาตัดสินใจนำภรรยาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง และเป็นส่วนหนึ่งของชมรมสุขภาพจิตในพื้นที่</p> <p>ป่าแหว มีอาการเจ็บป่วยทางจิต หลังจากแต่งงานได้ไม่นาน อาการเจ็บป่วยของเธอสร้างความเบื่อหน่ายให้กับสมาชิกในชุมชนอย่างมาก นอกจากนั้นเธอยังถูกตั้งข้อสงสัยว่าเป็นผีอีกด้วย</p> <p>เพราะอาการหลายอย่างของเธอ คล้ายกับอาการของผีพื้นถิ่นชนิดหนึ่ง นอกจากนั้นเธอยังเลือกปรับยาด้วยตนเอง และมองว่าการรักษาด้วยยาเป็นเพียงวิธีการรักษาหนึ่งเท่านั้น</p> <p>เพราะทุกวันนี้เธอเลือกที่จะรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิตจากระบบแพทย์พื้นบ้านควบคู่กันไป</p>

## บทที่ 5

### มลทินประทับ

เนื่องจากงานศึกษาชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อค้นหาหลักการการทำงานของมลทินประทับรวมถึงความตระหนักในมลทินของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งข้อมูลของชุมชนในภาพรวมนั้นได้ปรากฏอยู่ในเนื้อหาบทที่ 4 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ดังนั้นในบทนี้จะกล่าวถึงมลทินประทับอย่างเข้มข้น เพื่อให้มีความเข้าใจในมลทินประทับอย่างลึกซึ้ง ในบทนี้ผู้ศึกษาขอเสนอเรื่องราวของมลทินประทับตั้งแต่ความหมายของคำว่ามลทินจากนั้นจึงนำเข้าสู่เนื้อหาการวิเคราะห์มลทินประทับที่ฟังดูเหมือนเป็นเพียงคำกว้าง ๆ ของศาสตร์ทางสังคมสงเคราะห์คำหนึ่ง โดยการแยกให้ออกมาชัดเจนคือ ประกอบไปด้วยความหมายของมลทินประทับ องค์ประกอบของมลทินประทับ และสุดท้ายคือการทำงานของมลทินประทับซึ่งถูกแบ่งเป็นช่วง ที่ชัดเจน เพื่อแยกแยะให้เห็นองค์ประกอบที่เป็นนามธรรมซึ่งแฝงอยู่ในแต่ละช่วงดังกล่าว รวมทั้งผลกระทบต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติได้รับจากการมีมลทินเข้ามาประทับ

#### 5.1 ความหมายของมลทินประทับ

ผู้ศึกษานำแนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์เป็นรากฐานในการศึกษา ฉะนั้นจึงเชื่อว่าทุก ๆ สิ่งในโลกย่อมมีความหมาย และความหมายนั้นย่อมเกิดขึ้นจากผลพวงของปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน อีกทั้งแนวคิดเกี่ยวกับวาทกรรมที่ใช้ในการศึกษา ก็จะทำให้ผู้ศึกษามีความยืดหยุ่น (Flexible) ในการให้ความหมาย (Definition) และหรือการตั้งชื่อ (Naming) ที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับว่าผู้ศึกษามีปฏิสัมพันธ์กับใคร อะไร ที่ไหน แน่นนอนว่าความหมายของมลทินประทับก็เช่นกันจากการศึกษานั้น ทำให้ผู้ศึกษามีความเข้าใจในคำว่ามลทินประทับมากขึ้น แต่ความหมายของมลทินประทับในที่นี้ไม่ใช่ตัวแทนของคำว่ามลทินประทับที่เป็นสิ่งทั่วไป (General) เหมือนมลทินประทับที่ผู้ศึกษาได้พบทวนงานเขียนของกอฟแมน (Erving Goffman) แต่เป็นความหมายของมลทินประทับที่มีความเฉพาะบริบท

งานของกอฟแมน อาจให้ความหมายของมลทินประทับในลักษณะของการที่สังคมได้สร้างกฎเกณฑ์เพื่อการจำแนกแยกแยะผู้คน จนกลายเป็นคนปกติ และไม่ปกติขึ้นมา รวมทั้งการที่เราเหมารวม (Stereotype) ผู้คนบางกลุ่มว่าต้องมีลักษณะนิสัยใจคอ ตามที่เราคาดการณ์เอาไว้ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยจิตเวชทุกคนคือตัวแทนของความรุนแรง เป็นอันตราย จำเป็นต้องหลีกเลี่ยง หรือจำเป็นต้องแยกผู้ป่วยออกจากสังคมของคนปกติ นั่นคือแยกเอาไว้ในสถาบันจิตเวชและโรงพยาบาลต่าง

เพื่อความปลอดภัยของสังคม หรือสังคมและสื่ออาจนำเสนอภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเวชในรูปแบบหนึ่ง ซึ่งนำไปสู่การกักขังภาพลักษณ์ของผู้ป่วยให้เป็นเช่นนั้นตลอดไปหรือชั่วระยะเวลาหนึ่งก็เป็นได้ ซึ่งก็เป็นการนิยามความหมายของมลทินประทับที่ถูกในภาพกว้าง แต่สำหรับงานศึกษาชิ้นนี้ ผู้ศึกษาจะขอให้ความหมายมลทินประทับดังต่อไปนี้

มลทินประทับ คือ ผลของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกกับสิ่งที่สังคมได้ผลิตขึ้นมา ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบทางแนวคิดต่าง ๆ อันส่งผลให้ปัจเจก (หมายถึง ผู้ป่วยและญาติ) มีความรู้สึกต่าง ๆ เช่น เสียใจ โกรธ และต้องการปิดบังตน ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนหรือสมาชิกในครอบครัว ปฏิเสธการรับการรักษาในโรงพยาบาล เฉพาะทาง รู้สึกเป็นมลทินเพราะความเจ็บป่วยทางจิต นอกจากนี้ยังได้รับผลกระทบทางสังคม เช่น ถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ (Dehumanized) ถูกกีดกันทางสังคม เป็นต้น

## 5.2 องค์ประกอบของมลทินประทับ

เนื่องจากมลทินประทับนั้นเป็นคำใหญ่คำหนึ่ง ดังนั้นเมื่อทำการวิเคราะห์ ย่อมต้องทำการแยกแยะองค์ประกอบของมลทินออกมาเพื่อทำความเข้าใจว่า ภายใต้บริบทสังคมที่ศึกษานี้ จากการศึกษาพบว่า มลทินประทับประกอบไปด้วย ส่วนที่เป็นระบบความคิดความเชื่อ และส่วนที่เป็นการกระทำทางสังคม

องค์ประกอบที่เป็นความคิดความเชื่ออาจจะให้ความรู้สึกที่เป็นนามธรรมในขณะที่มลทินประทับเป็นผลของการผสมผสานขององค์ประกอบที่เป็นระบบความคิดความเชื่อที่หลากหลาย และส่วนของการกระทำทางสังคมซึ่งมีความเป็นรูปธรรมมากกว่าจะถูกแยกออกเป็น ผลกระทบของมลทินประทับ และการตอบโต้ต่อมลทินประทับที่เกิดขึ้นในรูปแบบต่าง ๆ เช่นการดำรงไว้ซึ่งความเจ็บป่วยทางจิต

องค์ประกอบที่เป็นระบบความคิดความเชื่อ นั้น ในงานศึกษาชิ้นนี้เรียกตาม กิติพัฒน์ นนทพิทมะดุลย์ (2558) ว่าแนวคิดรายรอบมลทิน หากจะอธิบายให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ แนวคิดรายรอบมลทินคือองค์ประกอบ ที่สำคัญของมลทินประทับ และตัวมันเองสามารถสร้างให้เกิดมลทินประทับกับผู้คนที่หากถูกหยิบไปใช้อธิบายบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งในสถานการณ์จริง แนวคิดรายรอบมลทินถูกนำไปใช้อธิบายอย่างหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต ตัวอย่างเช่น การมองว่าเพราะกรรมเก่าจึงทำให้ตนเองต้องรับผิดชอบดูแลน้องสาวซึ่งเจ็บป่วยทางจิต ในที่นี้ “กรรมเก่า” คือ แนวคิดรายรอบมลทินที่ถูกหยิบมาอธิบายบุคคล จนกระทั่งบุคคลนั้น ๆ ตกอยู่ในสภาวะจำยอมต่อสิ่งที่เรียกว่า ชะตากรรม นำไปสู่การปิดกั้นโอกาสพัฒนาศักยภาพของตนเองเพราะแนวคิดเรื่องกรรมที่ตนเองมี เป็นต้น



องค์ประกอบส่วนต่อมามีลักษณะเป็นรูปธรรม คือ เป็นการกระทำทางสังคมรูปแบบต่าง ๆ (Social Action) หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นผลจากการถูกประทับมลทิน ซึ่งองค์ประกอบนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีแนวคิดรายรอบรวมอยู่เช่น เมื่อชุมชนหยิบเอาแนวคิดภัยอันตรายและแนวคิดเรื่องความสามารถในการควบคุมตนเองมาอธิบายหรือตั้งเป็นประเด็นพิจารณาผู้ป่วยแล้ว ชุมชนก็จะหลีกเลี่ยงผู้ป่วยในทุกกรณี นำไปสู่การกีดกันทางสังคม เป็นต้น

มลทินประทับมีความเป็นพลวัตอยู่ในตัว แนวคิดและการกระทำทางสังคมอย่างหนึ่งอาจจะปรากฏเด่นชัดในบางช่วง แต่ก็ไม่ได้สถิตหยุดนิ่งอยู่กับช่วงใดช่วงหนึ่ง ยกตัวอย่างเช่น แนวคิดเกี่ยวกับต้นกำเนิดของความเจ็บป่วยจะเป็นแนวคิดหลักที่ปรากฏในช่วงก่อนรับการรักษา แต่ก็ยังสามารถปรากฏอยู่ในช่วงที่ผู้ป่วยกลับมาอาศัยอยู่กับชุมชนแล้วได้ด้วย เพราะต้องไม่ลืมว่า ชุมชนเองก็มีการผลิตซ้ำเรื่องราวของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา หรือหากวิเคราะห์ประเด็นของการควบคุมโดยสถาบันก็ไม่ได้กระจุกตัวอยู่เพียงแคในรั้วโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ความเป็นสถาบันและอำนาจของสถาบันที่เข้ามาควบคุมปัจเจกกลับเข้ามาควบคุมผู้ป่วยและญาติอย่างแยบยล เราสามารถอธิบายผู้ป่วยผ่านแนวคิดเรือนร่างทางสังคม (Social Body) และการควบคุมลึงโทะในแบบของการดูแลปกครอง (Tutelary Complex) (กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์, 2555) ซึ่งเป็นการควบคุมที่ไม่ได้เบ็ดเสร็จเด็ดขาด แต่ก็มีตัวละครที่ทำหน้าที่ควบคุมจากหลากหลายสถาบันซึ่งแทรกซึมในชุมชน บ้างก็สวมเพียงบทบาทเดียว เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่าง ๆ หรือในบางตัวละครจะสวมบทบาทที่หลากหลายเช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นทั้งเพื่อน สมาชิกในชุมชน และสายตาที่คอยตรวจสอบอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช

ถึงแม้ว่าในสถานการณ์จริง องค์ประกอบต่าง ๆ ไม่ได้ยึดติดอยู่กับช่วงใดช่วงหนึ่งอย่างตายตัว หากแต่สามารถเคลื่อนที่ได้ มีความยืดหยุ่น (Flexible) แต่เพื่อความเป็นระเบียบของเนื้อหา ผู้ศึกษาจะนำเสนอองค์ประกอบของมลทินประทับไปพร้อมกับเนื้อหาของมลทินประทับในส่วนถัดไป เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจน และผลผลิต (มลทิน) ที่องค์ประกอบนั้น ๆ สร้างขึ้น

### 5.3 การทำงานของมลทินประทับ (Stigmatization)

เมื่อเป็นการศึกษาการทำงาน แสดงว่าต้องเป็นการมองอย่างเป็นกระบวนการ จำเป็นต้องมีการเกิดขึ้นของมลทิน และมีพัฒนาการอยู่ตลอดเวลา จึงไม่สามารถศึกษาเพียงช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่งของชีวิตผู้ป่วยได้ จริงอยู่ที่ชื่องานศึกษาเป็น “ผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย” แต่นั่นหมายถึงกลุ่มเป้าหมายที่เข้าไปศึกษา ไม่ได้หมายถึงขอบเขตเนื้อหาที่ศึกษาในครั้งนี้ เพราะฉะนั้นเรื่องราวของมลทินประทับที่จําแนกเสนอจึงไม่ได้ถูกจำกัดอยู่เฉพาะช่วงเวลาของผู้ป่วย ออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น แต่จะเป็นการนำเสนอของมลทินที่เกิดขึ้นตั้งแต่ต้น

ดังนั้น ผู้ศึกษาขอกล่าวถึงภาพรวมของมลทินประทับว่า สามารถแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงแรก คือช่วงก่อนการรับการรักษา (Pre-Treatment Phase) ช่วงที่สองคือช่วงระหว่างการบำบัดรักษา (Treatment Phase) และช่วงสุดท้ายคือช่วง หลังจำหน่าย (Post-Discharge Phase)

ผู้ศึกษาใช้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง นั่นคือ นับตั้งแต่ช่วงที่ผู้ป่วยอาจจะยังไม่เกิดความเจ็บป่วยจนกระทั่งเกิดความเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น หรือเกิดการเจ็บป่วยขึ้นแล้วแต่ไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช เหล่านี้เรียกว่าช่วงก่อนการรับการรักษา (Pre-Treatment Phase) แต่ใช้ว่าการที่ปัจเจกยังไม่เกิดความเจ็บป่วยทางจิตแล้วจะไม่ได้สัมผัสกับมลทิน ในช่วงนี้ผู้ศึกษาได้ให้ความสำคัญไปที่ระบบความคิด-ความเชื่อพื้นถิ่น (Local) ทั้งหมดที่อาจจะเกิดการผสม ประจุแต่งขึ้นมาจากกระทั่งกลายเป็นมลทินประทับ ซึ่งแน่นอนว่าครอบครัวไปตั้งแต่ปัจเจกผู้จะกลายมาเป็นผู้ป่วยในอนาคตยังไม่กำเนิด (Birth) ออกจากกรรมมารดา เสียด้วยซ้ำ มลทินประทับได้ล่องลอยอยู่ในบรรยากาศแห่งวัฒนธรรมผ่านทาง การขัดเกลาทางสังคม (Socialization) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพราะต้องไม่ลืมว่า ถึงปัจเจกคนนี้ยังไม่กำเนิดขึ้น ก็มีผู้ป่วยจิตเวชคนอื่น ๆ เกิดขึ้นอยู่แล้วในชุมชนนั้น ๆ อย่างยาวนาน โดยผ่านระบบความคิด-ความเชื่อพื้นถิ่น ที่กล่าวถึงนั้น คือ ความคิดเรื่องผี มโนทัศน์เรื่องกรรม และการปะทะประสานของความเชื่อ 2 อย่าง เข้าด้วยกัน เพราะฉะนั้นจะทำให้เห็นว่า มลทินประทับไม่ได้มีลักษณะเป็นแห่ง ๆ ให้จับต้องได้ หรือ หยิบฉวยไปอธิบายทุก ๆ ที่ ทุก ๆ สถานการณ์ แต่มลทินประทับต้องเกิดจากการผสมผสานของ องค์ประกอบที่หลากหลายอย่างลงตัว เพื่อสร้างมลทินให้ปัจเจกได้อย่างเฉพาะเจาะจง หรืออาจกล่าวได้ว่ามลทินประทับนั้นถูกผลิตซ้ำอยู่ในกระบวนการทางสังคมตลอดเวลา

ต่อมา คือ มลทินประทับในขั้นของการรับการรักษา (Treatment Phase) เมื่อปัจเจกเข้ามาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง (โรงพยาบาลจิตเวช) การมองอย่างหยาบที่สุดคือ โรงพยาบาลจิตเวชในฐานะสถาบัน (Institute) ได้สร้างมลทินให้กับปัจเจกในทันทีโดยการมอบสถานะ ผู้ป่วยโรคจิต ให้กับปัจเจก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติบางคนพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช เพราะไม่อยากจะไปถูกกล่าวหาว่าเป็น “โรคจิต” ซึ่งคำว่า “โรคจิต” นั้นก็สามารถสะท้อนนัยยะทางสังคมได้หลากหลาย ไม่เพียงแต่เป็นโรคที่น่ากลัวเท่านั้น แต่ยังสามารถสะท้อนถึงสถานะทางสังคมอีกด้วย นอกจากจะต้องเผชิญกับมลทินที่จะติดตัวออกมาด้วยแล้ว ปัจเจกที่ขณะนี้กลายเป็นผู้ป่วยที่มีหมายเลขและมีโรคกำกับอยู่ ก็จะต้องเข้าไปอยู่ในสถาบันที่มีการควบคุมอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาดตามแนวคิดของ ฟูโกต์ เป็นสถานที่ ซึ่งเต็มไปด้วยระเบียบวินัย และผู้ร่วมโครงการวิจัยบางคนสะท้อนออกมารุนแรงถึงขั้นว่า โรงพยาบาลจิตเวชนั้นเปรียบเสมือนคุกสำหรับคนบ้าไม่มีผิด ซึ่งก็เป็นเสียงสะท้อนที่น่าสนใจอย่างยิ่ง

ช่วงสุดท้าย คือ ช่วงหลังจำหน่าย (Post-Discharge) คือ ช่วงที่ผู้ป่วยอาการสงบ และสามารถกลับมาใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนอีกครั้งหนึ่ง เพราะฉะนั้นช่วงนี้จะเป็นช่วงที่อาจเกิดการกลับเข้าไปรับการรักษาซ้ำ (Re-Admit) อยู่บ่อย ๆ หรือผู้ป่วยอาจกำลังกินยารักษาอาการทางจิต อยู่ก็ได้ ในช่วงนี้เป็นช่วงที่ผู้ศึกษาให้คุณค่าว่า ยากลำบากที่สุด ของทุก ๆ ฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยเอง ที่ต้องเผชิญกับมลทินที่ก่อร่างสร้างตัวและพร้อมเข้าประทับในเนื้อตัวของผู้ป่วยอย่างกระตือรือร้น ยกตัวอย่างเช่น มลทินประทับที่เกิดขึ้นจากแนวคิดที่ว่า ผู้ป่วยคือตัวอันตราย และผู้ป่วยคือสิ่งที่ควมคุมไม่ได้เอาแน่เอานอนไม่ได้ ทำให้ต้องเผชิญกับการเบียดขับทางสังคม (Social Exclusion) หลากหลายรูปแบบในบริบทต่าง ๆ

นอกจากนั้น ญาติหรือผู้ดูแลเองก็ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงรับบทบาททั้งผู้สร้างผลดีให้กับผู้ป่วยและผู้ถูกมลทินประทับทางสังคมเข้าโจมตีไปในขณะเดียวกัน ดังนั้นพื้นที่ของผู้ป่วยและญาตินั้นก็จึงมีความสลับซับซ้อนและน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง สิ่งหนึ่งที่ควรให้ความสำคัญในช่วงนี้ก็คือ เป็นช่วงที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสะท้อนความคิดออกมาซึ่งนำไปสู่การมองเชิงโครงสร้างสังคม และรวมถึงการตั้งคำถามต่อการบำบัดรักษา ทั้งทางการแพทย์และ การบำบัดทางสังคมอีกด้วย

## บทที่ 6

### มลทินประทัพบในช่วงก่อนการบำบัดรักษา (Pre-treatment Phase)

ในบทที่ 6 นี้ ผู้ศึกษานำเสนอให้เห็นองค์ประกอบที่เป็นนามธรรมของมลทินประทัพบในช่วงเวลาที่บุคคลยังไม่ได้เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล ในขณะที่บุคคลจะยังถูกเปลี่ยนแปลงสถานะภาพจากคนปกติเป็นผู้ป่วยจิตเวช แต่เรื่องราวที่เกิดขึ้นในช่วงนี้มีความน่าสนใจอย่างยิ่ง เพราะเป็นช่วงที่ประกอบไปด้วยแนวคิดรายรอบมลทิน ที่เรียกว่า แนวคิดต้นกำเนิด (Origin of Mental Illness)

นอกจากนั้นผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นขั้นตอนที่สำคัญ นั่นคือมลทินประทัพบที่เกิดขึ้นระหว่างการตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งแรก ซึ่งเนื้อหาได้กล่าวถึงการตั้งชื่อ (Naming) ซึ่งเป็นการจำแนกประเภทของความผิดปกติทางจิต รวมถึงประเด็นทางชนชั้นที่มีผลต่อการตัดสินใจรับการรักษาอีกด้วย

#### 6.1 แนวคิดต้นกำเนิดของความเจ็บป่วยทางจิต (Origin of Mental Illness)

แนวคิดต้นกำเนิด (Origin) เป็นแนวคิดหนึ่งที่รายรอบมลทิน/ตราบาบ ทั้งนี้ แต่เดิมความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจของบุคคล มักจะมีความเชื่อกันว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยตัวแปรด้านพันธุกรรมหรือชีววิทยา หรือสมัยหนึ่งมีความเห็นความ ความผิดปกติทางจิตเกิดจากการเลี้ยงดูในครอบครัว ครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิต มักมีแบบแผนการเลี้ยงดูที่ตามใจลูกมากเกินไป หรือเคร่งครัด กัดดัน กวดขันต่อเด็กมากเกินไป บางครั้งการอธิบายเช่นนี้มีนัยยะถึงการตำหนิตัวตน ครอบครัวที่ไม่สามารถเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพได้ (กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2558)

ที่กล่าวมาข้างต้น คือ ความหมายของ กิติพัฒน์ ที่กล่าวเรื่องแนวคิดต้นกำเนิด ซึ่งผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดดังกล่าวช่วยในการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลเกี่ยวกับมลทินประทัพบที่ได้จากการศึกษา และผลการศึกษาก็สะท้อนให้เห็นว่า มลทินประทัพบนั้นมีความเกี่ยวข้องกับแนวคิดต้นกำเนิดอย่างมาก ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องในลักษณะที่แตกต่างออกจากจากของ กิติพัฒน์ กล่าวไว้บ้าง แต่ทั้งนี้พบว่า เรื่องการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) นั้นเป็นหนึ่งสิ่งทำงานศึกษาค้นพบเหมือนกันและเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมลทินประทัพบในตัวของผู้ดูแลอีกด้วย ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

หากพิจารณาควบคู่ไปมลทินประทัพบที่ผู้ศึกษาแบ่งตามระยะต่าง ๆ 3 ช่วงนั้น ผู้ศึกษาเห็นว่า แนวคิดต้นกำเนิดของความเจ็บป่วยทางจิตนั้น เกิดขึ้นทั้งขั้นก่อนเกิดการเจ็บป่วยนั้นคือ เป็นแนวคิดที่คล่องอยู่ในบรรยากาศในชุมชนนั้น ๆ อยู่แต่เดิมแล้ว และจะมาก่อร่างสร้างตัวเพื่อเข้า

ประทับใจผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นทางการอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจิตเวชมาอาศัยอยู่ที่บ้านตนเอง

ฉะนั้น แนวคิดเรื่องต้นกำเนิดของการเจ็บป่วยทางจิต ก็คือ การอธิบายสาเหตุแห่งการเจ็บป่วยโดยปัจเจกและสังคม ซึ่งก็จะพบว่ามีความแตกต่างหลากหลายของการอธิบายสาเหตุต้นกำเนิด บางสาเหตุก็ได้สร้างมลทินประทับใจให้กับผู้ป่วยและญาติอย่างตั้งใจ ส่วนบางสาเหตุอาจก็ไม่ได้ก่อให้เกิดมลทินประทับใจแต่อย่างใด ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับว่า ปัจเจกเลือกอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวว่าอย่างไร ชุมชนเองอธิบายว่าอย่างไร เพราะฉะนั้นแนวคิดเรื่องต้นกำเนิดจึงเกิดขึ้นท่ามกลางพื้นที่ของการช่วงชิงคำอธิบายอย่างต่อเนื่อง ต้นกำเนิดบางประการอาจสามารถก่อมลทินอย่างใหญ่หลวงให้บางคน แต่สำหรับบางครอบครัวอาจจะไม่รู้สึกละอายเสียเลยเป็นต้น

ดังนั้น ผู้ศึกษาขออธิบายแนวคิดต้นกำเนิดต่าง ๆ ที่ค้นพบในการศึกษาดังต่อไปนี้

### 6.1.1 แนวคิดต้นกำเนิดว่าด้วยการอธิบายด้วยความรู้ทางการแพทย์

**6.1.1.1 ระบบสมอง: การเหยียดยืมความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการอธิบายความเจ็บป่วยทางจิต**

การอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิตว่า เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของสารเคมีในสมอง อย่างที่ได้กล่าวเอาไว้โดยสรุปในบทที่ 2 ซึ่งการอธิบายด้วยแนวคิดนี้ถือว่าเป็นการอธิบายด้วยแนวคิดที่ทันสมัย (Modern) เพราะว่าเป็นการอธิบายด้วยความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ ควบคู่ไปกับการนิยามตนเอง (Identify) ว่าเป็นโรคจิต ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางคนหรือแม้กระทั่งคนในชุมชนเองก็เลือกที่จะนิยามผู้ป่วยว่า “โรคจิต” ซึ่งการนิยามตนเองเช่นนี้ มองได้ว่าเป็นการเหยียดยืมอำนาจทางการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาใช้เพื่อหลบเลี่ยงมลทิน

คำถามที่จะเกิดขึ้น คือ เพราะอะไรการยอมรับอำนาจทางการแพทย์มาอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยนั้นช่วยลดมลทินประทับใจให้ผู้ป่วยได้ ผู้ศึกษาขออธิบายว่า ในชุมชนมีชุดคำอธิบายการเจ็บป่วยทางจิตอยู่หลากหลาย บางชุดคำอธิบายนั้นมีศักยภาพในการผลิตมลทินได้อย่างมาก ไม่เพียงเท่านั้นยังกว้างกั้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้อีก ยกตัวอย่างเช่น การอธิบายว่าเจ็บป่วยเพราะกรรม หรือเจ็บป่วยเพราะคุณไสย และอื่น ๆ อีกมากซึ่งจะกล่าวต่อไป

มีอยู่หนึ่งครอบครัวที่ได้เล่าเรื่องราวและสะท้อนถึงวิธีการอธิบายต้นกำเนิดของความเจ็บป่วยได้อย่างน่าสนใจคือ ครอบครัวของคุณลุงสมาน อายุประมาณ 70 ปี กล่าวได้ว่า เป็นผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมาอย่างยาวนาน สมาชิกในครอบครัวประกอบไปด้วยตัวลุงสมาน ภรรยา ลูกสาว 1 คน และลูกชายซึ่งมีความเจ็บป่วยทางจิต 1

คนด้วยโรคจิตเภทชนิดระบุไม่ได้ (Unspecified Schizophrenia) โดยเรื่องราวความเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวลุนั้น สรุปได้ดังนี้

ในช่วงวัยกลางคน หลังจากที่ลุนสมานแต่งงานและมีลูก 2 คน ช่วงนั้นชีวิตของเขาและครอบครัวถือว่าเป็นครอบครัวปกติทั่วไป กล่าวคือ ผู้ชายออกทำงานนอกบ้านหาเลี้ยงครอบครัวและส่งลูก ๆ เรียนหนังสือ ส่วนภรรยาทำหน้าที่ดูแลบ้าน ในขณะที่ลุนสมานทำอาชีพขับรถรับจ้าง หลังที่กลับมาจากการทำงานก็จะใช้เวลากับครอบครัว ตีมสุราในมื้ออาหารเย็นตามวิถีของผู้ชายชนบทส่วนใหญ่ของจังหวัดเชียงใหม่ แต่แล้วอยู่มาวันหนึ่ง ขณะที่ภรรยากำลังและลูกชายกำลังเดินทางด้วยรถโดยสารประจำทาง ได้เกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิดเกิดขึ้น คือเกิดอุบัติเหตุส่งผลให้ลูกชายได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง จากนั้นมีอาการลมชัก และเป็นโรคจิตในที่สุด

ตอนนั้น 7 ขวบ โดนรถชนเมื่อวันที่ 6 มกราคม เข้าโรงพยาบาลอยู่โรงพยาบาล กินอาหารทางสายยาง แล้วก็ หมอบอกว่าให้ออกมาอยู่ที่บ้านวันที่ 16 เมษายน ตอนมาอยู่บ้านนี้ ลูกลุนน้ำลายไหลตลอด ทานข้าวปกติก็ไม่ได้ เป็นอย่างนั้นอยู่ 3 เดือน พอเริ่มทานข้าวได้ ก็เป็นลมชัก เป็นมาเรื่อย ๆ . . .

“หลังจากอายุได้ 20 กว่าปี ตอนนั้นเริ่มมีหงุดหงิด เริ่มมีโมโหละ ทั้งที่เมื่อก่อนไม่เคยเป็น” (ลุนสมาน, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2558)

จากบทสัมภาษณ์ที่ยกมาเป็นตัวอย่างนั้น ชี้ให้เห็นว่าถึงแม้จะมีวิธีอธิบายความเจ็บป่วยหลากหลายแบบ แต่เขาเลือกอธิบายการเจ็บป่วยโดยอ้างอิงจากพื้นฐานของโรคทางกาย ซึ่งเกิดจากอุบัติเหตุเมื่อวัยเด็ก ส่งผลให้สมองของลูกชายได้รับความกระทบกระเทือนอย่างมากถึงขั้นที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้กว่า 3 เดือน ในขณะนั้น ทั้งครอบครัวรู้สึกหมดหวังเป็นอย่างมาก แต่ลูกชายก็สามารถฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยทางกายจนหลายเป็นปกติ และด้วยอุบัติเหตุครั้งนั้นทำส่งผลต่ออาการทางจิตที่เกิดขึ้น จนกระทั่งปัจจุบัน

เพราะเหตุนี้ ลุนสมานจึงนิยามความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าโรคจิต และมีวิธีในการผลิตซ้ำการให้ความหมายของความเจ็บป่วยกับผู้ที่เขามีโอกาสพบเจอ เพราะเมื่อผู้ศึกษาวิเคราะห์แล้วพบว่า คำอธิบายถึงต้นกำเนิดของอาการป่วยทางจิตนั้นมีที่มาที่ไป ซึ่งเป็นที่มาเชิงประจักษ์ นั่นคือมีเหตุการณ์อุบัติเหตุเป็นตัวเริ่มต้น รวมถึงร่องรอยแผลผ่าตัดในศีรษะของลูกชายซึ่งปรากฏจนกระทั่งทุกวันนี้ก็เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนแนวคิดที่ว่าด้วยการทำงานของระบบสมองอันส่งผลให้เกิดอาการทางจิตอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าปัจเจกจะมีวิธีการอธิบายต้นกำเนิดของความเจ็บป่วยทางจิตที่จากทางการแพทย์ แต่เชื่อว่าเขาจะปฏิเสธแนวคิดรายรอบมตินอื่น ๆ อย่างสิ้นเชิง เพราะว่าสิ่งที่เกิดขึ้นคือ ลุนสมาน ก็ไม่ได้อธิบายความเจ็บป่วยทางจิตของลูกชายด้วยแนวคิดนี้



เพียงอย่างเดียว แต่ลุงสมานก็ยังมีแนวคิดรายรอบมลทินอื่น ๆ ที่ปรากฏขึ้นมาในจิตสำนึกเป็นครั้งคราวตั้งคำพูดของเขา

“ที่ลูกเป็นแบบนี้เพราะไม่ใช่พ่อแม่ที่สร้างฉัน มันเกิดเพราะการโดนรถชน พ่อเป็นคนพุทธ พ่อคิดว่ามันเป็นเวรเป็นกรรมแต่ปางก่อน” (ลุงสมาน, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2558)

จากที่ลุงสมานพูด ทำให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ผู้ร่วมวิจัยไม่ได้อธิบายความเจ็บป่วยทางจิตด้วยชุดคำอธิบายเดียว เพราะในชีวิตจริง ปัจเจกต้องอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่หลากหลาย ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับระบบความคิดความเชื่อของคน ๆ นั้นว่ามีอะไรบ้าง บรรยากาศท่ามกลางวัฒนธรรมเป็นอย่างไร จากตัวอย่างของลุงสมาน จะสะท้อนให้เห็นว่า ในอีกส่วนหนึ่ง ก็ยังมีความคิดที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์เรื่องกรรม เพราะตัวตนเองเป็นชาวพุทธย่อมต้องเชื่อเรื่องกรรม แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับว่าผู้ร่วมวิจัยให้คุณค่ากับแนวคิดรายรอบมลทินชุดไหนมากกว่ากัน สำหรับกรณีลุงสมาน เขาให้คุณค่ากับชุดการอธิบายด้วยความผิดปกติของสมองอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุมากกว่า เป็นต้น

แต่เนื่องจากลุงสมานให้ค่ากับคำอธิบายทางการแพทย์มากกว่าเรื่องของกรรม ส่งผลให้เขา มีวิธีคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่แตกต่างออกไป สำหรับญาติบางคนอาจจะรู้สึกท้อแท้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดชีวิต ตัวผู้ป่วยเองก็มีมลทินจากการกินยารักษาโรคจิตตลอดชีวิตเช่นกัน แต่เขาไม่ได้ให้ความสำคัญกับคำว่าตลอดชีวิตแต่อย่างใด และกรรมก็ไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้ครอบครัวต้องย่ำอยู่กับที่ ลุงสมาน จึงให้ความสนใจไปที่ความก้าวหน้าในการรักษา กล่าวคือ เมื่อลูกชายตัวเองป่วยทางจิต ก็ไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็น “ผีบ้า” หรือผู้ป่วยโรคจิตตลอดไป เพราะลุงมองลูกชายอย่างเป็นพัฒนาการ ไม่ได้กักขังภาพลักษณ์ความเจ็บป่วย เพียงเพราะว่ากรรมเก่า หรือ โรคจิตต้องกินยาตลอดชีวิต เป็นต้น

### 6.1.2 พันธุกรรม: มุมมองว่าด้วยการส่งผ่านความผิดปกติทางจิต

แนวคิดต้นกำเนิดอย่างหนึ่งที่จะไม่ถูกกล่าวถึงไม่ได้เลยคือเรื่องของพันธุกรรม และมีผู้ร่วมวิจัยอย่างน้อย 2 ชุมชน ที่มองว่าอาการผิดปกติทางจิตนั้นเกิดขึ้นเพราะสาเหตุทางพันธุกรรม แต่ถึงกระนั้นเอง คำว่าพันธุกรรม ก็ยังเป็นสิ่งที่ต้องตีความกันต่อไปว่าแท้จริงแล้วพันธุกรรมในความหมายของผู้ร่วมวิจัยนั้น ไซพันธุกรรมเดียวกันกับที่ผู้ศึกษาหรือบุคคลทั่วไปเข้าใจหรือไม่

พันธุกรรมที่ผู้ศึกษามีความเข้าใจมาก่อนหน้าคือพันธุกรรมในความหมายของวิชาชีววิทยา นั่นคือ Heredity ซึ่งให้ความสำคัญไปกับการถ่ายทอดลักษณะต่าง ๆ เช่น สีผิว ลักษณะดั้งหู สีนัยน์ตา ลักษณะตาชั้นเดียวหรือสองชั้น หรือแม้กระทั่งโรคทางกายบางอย่างที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม รวมทั้งโรคทางจิตเวชบางชนิดเช่นจิตเภท แต่คำว่าพันธุกรรมก็ยังมีความหมายอีก ความหมายหนึ่งที่อาจใกล้เคียงกันแต่ก็ไม่เหมือนกันทั้งหมด นั่นคือ การเน้นไปที่ลักษณะ นิสัย

ตลอดจนโรคหรือความ विकฤติการ บางอย่างที่ถูกถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ ปู่ย่า ตายาย หรือพ่อแม่ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542) ซึ่งในเนื้อหาส่วนถัด ๆ ไปจะถูกเรียกว่า มีกรรมเป็นเผ่าพันธุ์

เพราะฉะนั้น หากผู้ร่วมวิจัยมองว่าต้นกำเนิดของการเจ็บป่วยทางจิตนั้นเกิดมาจากพันธุกรรม (Heredity) ก็จะมีผลคล้ายคลึงกับการของระบบสมอง นั่นคือใช้หลักชีววิทยามาอธิบายความผิดปกติ ส่งผลให้ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชนนั้นเป็นเรื่องธรรมดา (Normal) และไม่มีมิติของความรุนแรง ต้นกำเนิดของความเจ็บป่วยจะไม่ก่อให้เกิดผลที่กระทบกับผู้ป่วยหรือญาติเท่ากับแนวคิดต้นกำเนิดรูปแบบอื่น ๆ

ลองมองว่าเป็นกรรมพันธุ์นะ เพราะว่ามันมีครอบครัวหนึ่งที่เป็นคล้าย ๆ โรคจิตคล้าย ๆ กับ . . . ยังไงอะ มีครอบครัวหนึ่งเป็นทั้ง 3 คนเลย พี่สาวแก ตัวแกเอง แล้วก็น้องสาว ตอนนีดีขึ้นละ แต่ถ้าขาดยา ก็จะเป็นป่วน คือ เข้ากับใครไม่ได้เลย . . .

“อีกคนนึงก็อยู่แบบซึม ๆ เศร้า ๆ ไม่ไปไหน เข้ากับใครไม่ได้ แต่อันนั้นตายไปละ ก็เหมือนจะว่าบ้าก็ไม่ได้ บอกไม่ถูกอะ ส่วนน้องแกก็เป็นโรค . . . อะไรนะ คือคุยได้นะ ใช้งานได้แต่มัน . . . ก็คงเป็นโรคจิตอีกแบบ” (ลุงแพง, สัมภาษณ์, 29 มิถุนายน 2558)

ลุงแพง คือ หนึ่งในสมาชิกชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่ สำหรับลุงแพงแล้ว ลุงแพงคิดว่าโรคทางจิตเวชที่เกิดกับผู้ป่วยหญิงคนหนึ่งชื่อว่าป้าอรนั้นเป็นเพราะกรรมพันธุ์ที่ถูกถ่ายทอดมาจากรุ่นพ่อรุ่นแม่ และบรรดาพี่น้องทั้ง 3 คนของป้าอร ก็มีความผิดปกติทางสมองทั้งสิ้น แต่คำว่ากรรมพันธุ์ในทัศนะของลุงแพงนั้น ผู้ศึกษาตีความได้ว่าไม่ได้เป็นกรรมพันธุ์ที่หมายถึงพันธุศาสตร์ (Genetic) แต่เป็นกรรมในลักษณะในความหมายของมีกรรมเป็นเผ่าพันธุ์ นั่นคือการมองไปที่คุณลักษณะทางสังคมที่ดีของครอบครัว และเสนอให้เห็นภาพของการดำรงอยู่ของลักษณะที่น่ารังเกียจนั้น ๆ จากรุ่นสู่รุ่น ทำให้ภาพลักษณ์ของครอบครัวป้าอรดูแย่ ดูสกปรก ดูเต็มไปด้วยคนที่ผิดปกติเป็นต้น

ต่อมาเป็นตัวอย่งการอธิบายของป้าพิสมัย พี่สาวของผู้ป่วยจิตเวชหญิงชื่อจันทร์เพ็ญซึ่งมีผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยมีอาการที่เห็นได้ชัดคือหลงผิด (Delusion) อย่างเห็นได้ชัด จันทร์เพ็ญเป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมากมายนับ 10 ครั้งและครอบครัวของจันทร์เพ็ญก็ไม่ได้มีความรู้สึกที่น่าประหลาดใจ สะเทือนใจ และรู้สึกผิดหวังกับการเจ็บป่วยทางจิตของน้องสาวตนเองแต่อย่างใด จากการพูดคุยกับญาติ ๆ ของป้าจันทร์เพ็ญ ผู้ศึกษาจะเล่าเรื่องราวของการเจ็บป่วยอย่างรวบรัดคือ ครอบครัวของป้าพิสมัยนี้ เป็นครอบครัวที่ตั้งถิ่นฐานอยู่ในพื้นที่แห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่มาอย่างยาวนาน นับย้อนกลับไปตั้งแต่รุ่นทวด ก็ปรากฏเรื่องเล่าของความเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นกับคนในครอบครัวขึ้นแล้ว

ผู้ศึกษา ป้าครับในอดีตที่ผ่านมามีผู้ป่วยประมาณกี่คน

ป้าพิศมัย ถ้าจะเอาเฉพาะตระกูลนี้ก็ 5-6 คน เข้าไปแล้ว เหลือนี้อีก 1 คนที่ยังอนุรักษ์เอาไว้ (หัวเราะ)

ผู้ศึกษา แล้วคิดยังไงครับ ที่ครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวชหลายคนแบบนี้

ป้าพิศมัย ความรู้สึกแรก คือ . . . แสดงว่านี่เป็นกรรมพันธุ์จริง ๆ นะ เพราะว่า เป็นมาตั้งแต่สมัยปู่ แบบป้าจันทร์เพ็ญนี่ คือ กรรมพันธุ์แน่นอน เพราะเห็นได้จากว่าเป็นกันมาตั้งแต่รุ่นปู่รุ่นทวดแล้วปู่ก็เป็น ต่อมารุ่นลุง ลุงก็เป็น แต่ลุงคนนั้นตายแล้วนะ

ผู้ศึกษา ปู่เป็นยังไงครับ

“ป้าพิศมัย คุณปู่จะอาละวาด เวลาที่เค้ามมีอาการนะ จะทำร้ายคนอื่นในครอบครัว แต่ไม่ได้เป็นตลอดเป็น ๆ หาย ๆ”

ผู้ศึกษา ลุงหละครับ

“ป้าพิศมัย ลุงก็เพิ่งตายไปได้ไม่นาน อายุ 60 กว่าเอง รายนั้นบ้าหนักเลย เพราะว่าแต่งตัวสกปรก ผมยารูรงรังไม่อาบน้ำ” (ป้าพิศมัย, บุคคลแวดล้อมผู้ป่วย, สัมภาษณ์, 21 กรกฎาคม 2558)

จากบทสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับป้าพิศมัยซึ่งเป็นพี่สาว (บุคคลแวดล้อม) ของผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งการพูดคุยกับป้าจินดา พี่สาวอีกคนซึ่งรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 20 ปี พี่สาวทั้งสองคนต่างเชื่อว่าการผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้น เป็นสาเหตุมาจากพันธุกรรม นั่นคือ สามารถเห็นประวัติการถ่ายทอดอาการทางจิตมาตั้งแต่รุ่นทวด สืบสานมาจนกระทั่งรุ่นของตนเอง แต่ระบบคิดเรื่องจุดกำเนิดของครอบครัวนี้ ไม่ได้สะท้อนให้เห็นสภาพอันน่ารังเกียจแต่อย่างใด ผู้ศึกษาสังเกตได้ว่าทุกคนเข้าใจและพร้อมใจอธิบายในมิติเดียวกันคือพันธุกรรม ถึงกระนั้นก็เชื่อว่าการยอมรับแนวคิดเรื่องพันธุกรรมนั้นจะเกิดขึ้นมาอย่างไม่มีที่ไปที่ไป เพราะต้องผ่านการตรวจสอบและการตั้งคำถามมาโดยตลอด ยกตัวอย่างเช่น ป้าพิศมัยเคยตั้งคำถามตอนช่วงวัยรุ่น (ช่วงที่น้องสาวยังไม่แสดงอาการทางจิต แต่พ่อและลุงมีอาการทางจิตเกิดขึ้นแล้ว) ว่าที่ครอบครัวเรามีความผิดปกติทางจิตส่งต่อกันมา เพราะว่าในอดีตครอบครัวเราเคยไปทำสิ่งที่ไม่ดี หรือลบหลู่สิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือไม่ แต่เมื่อน้องสาวคนคนดังกล่าวเริ่มมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในขณะที่เธออายุ 20 ปี ครอบครัวก็ตระหนักแล้วว่า เป็นเพราะพันธุกรรมที่ส่งต่อความผิดปกติทางจิตอย่างแน่นอน เพราะว่าท่ามกลางพี่น้อง 4 คน มีน้องสาวเพียงคนเดียวที่เจ็บป่วย

อีกครอบครัวหนึ่งที่สะท้อนความเชื่อเรื่องพันธุกรรมคือสาเหตุของอาการผิดปกติทางจิต ก็คือ ครอบครัวของลุงสืบสันต์ โดยครอบครัวนี้มีลักษณะที่แตกต่างจากครอบครัวอื่น ๆ ที่ผู้ศึกษาได้ศึกษาในมิติของวัฒนธรรม กล่าวคือ ครอบครัวอื่น ๆ ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย จะเป็นครอบครัวของคนเมือง (คนเชียงใหม่หรือคนในเขตภาคเหนือ) โดยกำเนิด แต่ลุงสืบสันต์นั้นเป็น

ข้าราชการที่โยกย้ายมาพื้นที่ในภาคกลาง และมาตั้งถิ่นฐานยามเกษียณอายุราชการที่จังหวัดเชียงใหม่ เพราะฉะนั้นก็จะพบประเด็นการข้ามวัฒนธรรม (Cross Cultural) เกิดขึ้น วิธีคิดของข้าราชการที่เป็นตัวแทนของชนชั้นกลางก็จะแตกต่างออกไปเล็กน้อยเมื่อก้าวถึงประเด็นต้นกำเนิดของความเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

ขณะนี้ลุงสี่บสันต์ อายุประมาณ 70 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่จังหวัดเชียงใหม่กับภรรยา เขาเล่าประวัติชีวิตของตัวเองให้ผู้ศึกษาทราบสั้น ๆ ว่า หลังจากที่เรียนจบในระดับมหาวิทยาลัย ได้แต่งงานมีครอบครัวกับภรรยา ซึ่งเป็นเพื่อนในมหาวิทยาลัยเดียวกันนั่นเอง จากนั้นย้ายไปรับราชการที่ต่างจังหวัด (ภาคกลาง) มีลูกด้วยกันในขณะนั้น ดูเหมือนว่าจะเป็นครอบครัวที่ปกติ แต่แล้วอยู่มาวันหนึ่ง ภรรยาของลุงสี่บสันต์ ก็ป่วยด้วยอาการแปลก ๆ คือ เริ่มเห็นภาพหลอนหวาดระแวงและมาทราบตอนหลังว่าเป็นความเจ็บป่วยทางจิต จึงต้องพาเข้ารับการรักษาด้วยการกินยาจนกระทั่งปัจจุบัน และย้ายมาอยู่ที่จังหวัดเชียงใหม่เมื่อเกษียณ แต่ถึงกระนั้น เรื่องราวในการรับการรักษาของภรรยามีความน่าสนใจอย่างมาก ซึ่งผู้ศึกษาจะวิเคราะห์ต่อไป เพราะพบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับมลทินประทับอันเนื่องมาจากชนชั้นทางสังคม (Social Class) แฝงอยู่ในจิตไร้สำนึก (Unconscious)

ดังนั้นลุงสี่บสันต์ (นามสมมุติ) จึงมีคุณลักษณะเป็นคนนอก ที่เข้ามาอาศัยในจังหวัดเชียงใหม่ เพราะฉะนั้นลุงสี่บสันต์จะไม่มี การรับรู้เรื่องผี หรืออะไรที่เป็นพื้นถิ่น และด้วยการศึกษาจากมหาวิทยาลัย ทำให้ลุงสี่บสันต์มีการรับรู้ เกี่ยวกับต้นกำเนิดของความผิดปกติทางจิตว่าเกิดจากพันธุกรรมอย่างไม่ต้องสงสัย

ผู้ศึกษา ผมได้มีโอกาสอ่านเอกสารของหมอวิชัย เทียนถาวร ได้ความมาว่า โรคจิตนั้นไม่ใช่โรคทางจิตวิญญาณ คุณลุงสี่บสันต์ (นามสมมุติ) มองว่ายังไงครับ

ลุงสี่บสันต์ ผมก็เห็นอย่างนั้นครับ เพราะว่าจริง ๆ มันเป็นสาเหตุหลัก ๆ คือสิ่งแวดล้อมกับพันธุกรรม คือพันธุกรรมมันก็ . . . อยู่ ๆ มันโผล่ที่เราได้ยังไง ถ้าคุณเรียนมาบ้างจะพอเข้าใจ มันก็เป็นเรื่องการสุ่ม

ผู้ศึกษา เมินเดลครับ

ลุงสี่บสันต์ ใช่ ๆ ลูกหลานตั้งหลายคนทำไมมาโผล่ที่เรา มันไม่ได้อะไรมากนักมันก็เป็นความเจ็บป่วยชนิดหนึ่ง เหมือนเรื่องปกติแหละ สูง ต่ำ ดำ ขาว ยาว สั้น เตี้ย เพราะยีนทั้งนั้นเป็นการถ่ายทอดทางพันธุกรรม การคัดเลือกพันทางธรรมชาติ (ลุงสี่บสันต์, สัมภาษณ์, 3 กันยายน 2558)

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า ทั้งครอบครัวของป่าพิศมัย (นามสมมุติ) และครอบครัวของลุงสี่บสันต์ (นามสมมุติ) ก็ต่างมองว่าความเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นในครอบครัวนั้นมีต้นกำเนิดมาจากพันธุกรรม พันธุกรรมที่หมายถึง Heredity ซึ่งเป็นมิตของชีววิทยา แต่ผู้ศึกษาจึงพบ

ความแตกต่างบางประการของสองครอบครัวนี้ที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง เพราะหากมองลึกลงไปถึงคำว่า ต้นกำเนิด (Origin) ก็ต้องถามต่อไปว่าอะไรที่เรียกว่าต้นกำเนิดที่แท้จริง ผู้ศึกษาพบว่า ถึงแม้ครอบครัวของป่าพิศมัย จะมองว่าเป็นเรื่องพันธุกรรมล้วน ๆ แต่ก็ยังมีความคิดบางอย่างที่ย้อนตั้งคำถามถึง ต้นกำเนิดที่แท้จริงของความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับบรรพบุรุษว่าเกิดเพราะอะไรกันแน่ นอกจากนั้น สมาชิกในครอบครัวอีกคนหนึ่งก็ยังสะท้อนแนวคิดเรื่องเวรกรรมออกมาให้เห็นด้วย

ป่าจินดา . . . เมื่อก่อนนี้แก (ผู้ป่วย) ไปทำงานแกะสลัก มีอยู่วันหนึ่งแกปั่นจักรยาน กลับมาหาพ่อ แล้วฟ้องว่ามีคนมองนมแก แล้วมันก็ว่าแกเป็นกระหรี พ่อกับพี่ชายก็เลย ออกไปคุยกับคนนั้นว่า ไปว่าเพ็ญมันทำไม ปรากฏว่าคนนั้นเค้าไม่ได้ว่ามันแบบนั้น ตอน นั้นพ่อเราเชื่อเพ็ญเพราะว่าตอนนั้นเพ็ญยังดี ๆ อยู่หนิ พี่ชายคนนั้นเลยบอกว่า “ผม ไม่ได้ว่าอะไรพ่อลุง ผมก็ทำงานของผมไป” พ่อก็เลยมาบอกจันทร์เพ็ญ “อ๊ะเพ็ญ เป็น ไม่ได้ว่าอะไรให้มึงหนิ” มันบอกพ่อว่า “มันว่าท้อข้าเจ้าในใจ” เรียบร้อยเลย จบมัน

ผู้ศึกษา ทางบ้านรู้สึกยังงกับเรื่องนี้

ป่าจินดา ไม่นะ เพราะพอจะเดาออก ก็เลยพาเข้าโรงพยาบาล (จิตเวช) เลย

ผู้ศึกษา ตอนนั้น นาทีนั้น ป้าคิดว่าเป็นเพราะอะไรครับ

ป่าจินดา เป็นกรรมพันธุ์แน่นอน เพราะนามสกุลนี้มันเยอะคนที่เพี้ยน แต่พูดถึงที่ ต้นตระกูลเราเป็นแบบนี้เพราะว่า เป็นวิบากกรรม เคยผิดผี ทวด ปู่ พ่อ บ้าหมด (ป่าจินดา, สัมภาษณ์ ผู้ดูแล 27 กรกฎาคม 2558)

ดังนั้นจะเห็นความแตกต่างที่ส่งผลต่อมลทินประทับกับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งเกิด จากแนวคิดต้นกำเนิดว่ามีที่มาที่ไปอย่างไร ครอบครัวลุ่มสับสนต่ออาจจะไม่ได้รู้สึกมีมลทินในจุดนี้ เพราะมองว่าเป็นเรื่องของ การคัดเลือกพันธุ์ตามธรรมชาติ เป็นกฎการสุ่มในแบบของ เมนเดล (Gregor Mendel 1822-1884) ซึ่งตอบคำถามที่ว่า เพราะอะไรความผิดปกติทางจิตจึงเกิดกับภรรยาของ ตนเอง ในขณะที่ป่าจินดาและป่าพิศมัย มองว่าเพราะวิบากกรรม และความประหลาดที่ไม่เหมาะสมกับ จาริต (ผิดผี) ให้เกิดความผิดปกติทางจิตขึ้น และส่งต่อผ่านระบบพันธุกรรม นั้นแสดงให้เห็นว่า สำหรับ คนบางกลุ่ม ความเชื่อเรื่องกรรมนั้นมีอิทธิพลในการรับรู้โลกอย่างมาก ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ความเชื่อเรื่องกรรมของพุทธศาสนานี้เองที่ก่อให้เกิดมลทินประทับกับผู้ป่วยและญาติ เพราะความเชื่อ นี้เข้าไปขัดขวางการพัฒนาศักยภาพ ขัดขวางการสร้างตัวตนใหม่ และยอมรับสิ่งที่เป็นอย่างนอบน้อม

อย่างไรก็ตาม ในความแตกต่างของแนวคิดขั้นต้นนั้น ขวนให้วิเคราะห์หลงไปอีกว่า แท้จริงแล้วตัวอย่างที่หยิบยกเรื่องพันธุกรรมนั้นแสดงให้เห็นอิทธิพลของ “ความคิดของวิทยาศาสตร์ การแพทย์” ซึ่งเรียกว่าเป็นแนวคิดที่ทันสมัย ผู้ศึกษาต้องการเสนอว่า เบื้องหลังความคิดของป่าจินดา และป่าพิศมัย นั้นประกอบไปด้วย 2 แนวคิด ที่ทำงานไปพร้อม ๆ กัน นั่นคือ มโนทัศน์เรื่องกรรมและ วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสุดท้ายผู้ร่วมวิจัยได้จัดการความคิดดังกล่าวจนกระทั่งออกมาในรูปแบบ

ผสมผสาน นั่นคือให้กรรมและการกระทำที่ผิดจารีตเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย โดยมีความคิดเรื่อง พันธกรรมเข้ามาช่วยอธิบายวิธีการสืบทอดความผิดปกติทางจิตจากบรรพบุรุษมาสู่ลูกหลานอีกชั้นหนึ่ง

## 6.2 ศาสนา (Religion)

ศาสนานั้นเป็นเรื่องที่ใหญ่ และผู้ศึกษาเองไม่ได้มีความรู้เรื่องศาสนาอย่างลึกซึ้ง เพราะฉะนั้นในการวิเคราะห์มลทินประตั้นั้น ผู้ศึกษาขออธิบายเฉพาะประเด็นที่เห็นว่าเกี่ยวข้องกับ มลทินประตั้นจริง ๆ ซึ่งบทวิเคราะห์ต่อไปนี้ ไม่มีคุณสมบัติของภาพตัวแทนแต่อย่างใด เพราะเป็นการวิเคราะห์ในงานศึกษาเชิงคุณภาพที่มีความจำเพาะเจาะจง

ผู้ศึกษาขอเกริ่นว่า ในการศึกษาเรื่องมลทินประตั้นนี้ ผู้ศึกษามีโอกาสสัมผัสชุมชนที่หลากหลาย ทั้งศาสนา วัฒนธรรม กล่าวคือ ทั้ง ๆ ที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะมีระบบความคิด-ความเชื่อที่เหมือนกันไปทั้งหมด ท่ามกลางความเหมือนกัน ย่อมมีความต่าง โดยเฉพาะเรื่องของศาสนาที่ยึดถือ เพราะฉะนั้น ในพื้นที่ศึกษา จะพบการปะทะกันของชุดความคิด-ความเชื่อทางศาสนาอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเรียกได้ว่าเป็นสิ่งที่ มีอยู่แต่เดิมในขั้นก่อนรับการบำบัดรักษา (Pre-treatment Phase) และจะเข้ามาทำงานรวมถึง ก่อให้เกิดมลทินประตั้นกับปัจเจกทันทีเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนอีกครั้ง

ผู้ศึกษาเชื่อว่า งานศึกษาทางสังคมสงเคราะห์หรืองานศึกษาทางสังคมศาสตร์-มนุษยศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ส่วนใหญ่ย่อมกล่าวถึงมโนทัศน์เรื่องกรรม เช่นเดียวกับ งานศึกษาชั้นนี้แต่สิ่งที่ทำให้เกิดความน่าสนใจในประเด็นศาสนาคือ ชุมชนแห่งหนึ่งในจำนวน 5 ชุมชนนั้น ไม่ได้ประกอบไปด้วยคนพุทธทั้งหมด แต่ประกอบไปด้วยคนพุทธและคริสต์เตียน

ชุมชนแห่งนี้มีลักษณะเป็นชุมชนชนบท อยู่ห่างจากอำเภอเมืองเชียงใหม่ ไปประมาณ 25 กิโลเมตร เป็นชุมชนที่มีผู้ป่วยทางจิตอาศัยอยู่จำนวน 3-4 ราย ในช่วงต้นของการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยกลุ่มต่าง ๆ ผู้ศึกษาไม่ได้มีความสนใจในประเด็นศาสนาเท่าใดนัก เพราะคิดว่าทุก ๆ คนในพื้นที่ น่าจะเป็นคนพุทธ หรือไม่ก็พุทธผสมผีทั้งหมด แต่ชุมชนแห่งนี้มีลักษณะพิเศษคือมีทั้งคนพุทธและคริสต์เตียนอยู่รวมกัน ซึ่งการอยู่รวมกันนั้นไม่ได้หมายถึงมีคริสต์เตียนจำนวนน้อยท่ามกลางคนพุทธจำนวนมาก แต่เป็นในลักษณะของพุทธครั้งหนึ่ง คริสต์เตียนครั้งหนึ่ง มีเส้นแบ่งเขตความเชื่อทางศาสนาที่ค่อนข้างชัดเจน ทำให้สมาชิกในชุมชนทั้ง 2 ศาสนาสร้างบ้านในพื้นที่คนละส่วนของชุมชน



คนเหนือเป็นคนที่สงสารคน ไม่ค่อยรังเกียจใคร เพราะมันเป็นญาติกันไปหมด ถ้าเห็น ก็สงสาร คือถือว่าเป็นกรรมเก่าของมัน ไม่ได้คิดว่ารังเกียจ ยกตัวอย่างป้ออ (ผู้ป่วย คริสต์เตียน) ถ้ากินยากก็ดีขึ้น แต่ถ้านาย . . . (ผู้ป่วยพุทธ) ถ้ากินยากก็จะทำงานช่วยเหลือ พ่อแม่ได้ คือสังคมไม่ได้รังเกียจ เพราะเป็นกรรมของใครของมันคิดแบบนี้ (ลุงแพง, สัมภาษณ์, 29 มิถุนายน 2558)

บทสัมภาษณ์ด้านบนนั้นคือส่วนหนึ่งการสัมภาษณ์ลุงแพง (นามสมมุติ) คนพุทธในชุมชน ก็จะทำให้ความสำคัญไปที่เรื่องกรรม ไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นคนพุทธ หรือคริสต์เตียนก็ตกอยู่ภายใต้คำอธิบาย เดียวกัน จึงนำไปสู่การถกมอง ถูกเข้าใจจากคนพุทธด้วยมโนทัศน์เดียวกัน

### 6.2.1 พุทธศาสนากับมโนทัศน์เรื่องกรรม: การติดกับดักความคิดและตกอยู่ในสภาวะ จำยอม

การวิเคราะห์เรื่องกรรมในงานชิ้นนี้ เป็นการวิเคราะห์กรรมในกรอบความคิด มลทินประทับเท่านั้น จากการศึกษาพบว่า คนพุทธบางส่วนจะให้ความสำคัญกับเรื่องเวรกรรมเป็น อย่างมาก บ้างให้คุณค่ากับกรรมเป็นอันดับต้น ๆ อย่างเช่นลุงแพง ที่ใช้กรรมอธิบายต้นกำเนิดของ การเจ็บป่วยดังที่กล่าวข้างต้น แต่ก็ยังมีอีกส่วนหนึ่งที่มีความคิดเกี่ยวกับกรรมเป็นพื้นฐาน เสมือนว่าเป็น แนวคิดรองจากแนวคิดทางการแพทย์ในการอธิบายความเจ็บป่วยทางจิต อย่างไรก็ตาม ความคิด เกี่ยวกับกรรมนั้นล้วนส่งผลต่อมลทินประทับทั้งสิ้น กล่าวโดยสรุปคือ มลทินประทับคือกรรมเก่าที่ ตนเองเคยทำมาเมื่อในอดีตชาติ จึงเป็นเรื่องที่เข้าไปแก้ไขไม่ได้ และทำให้ผู้ร่วมวิจัยต้องจำยอมรับ มลทินนั้น ๆ ติดตัวไปตลอดชีวิต

สิ่งที่ต้องตั้งข้อสงสัยคือ แล้วมโนทัศน์เรื่องกรรมมีส่วนผลต่อมลทินหรือทำให้เกิด มลทินประทับขึ้นอย่างไร จากการศึกษาภาคสนาม ผู้ศึกษาสรุปได้ว่ามีอยู่ 2 ประการ คือ ประการแรก มโนทัศน์เรื่องกรรมส่งผลให้ญาติหรือผู้ดูแลติดกับดักความคิด ทำให้ขาดความคิดในการพัฒนา ศักยภาพของตนเอง ประการที่สอง คือ ผู้ดูแลต้องตกอยู่ในสภาวะจำยอม และทนทรมานกับการดูแล ผู้ป่วย โดยปิดกั้นตัวเองออกจากทรัพยากรทางสังคมต่าง ๆ

สภาวะติดกับดักความคิดนั้น ผู้ศึกษาหมายความว่า ญาติหรือผู้ดูแลเชื่อใน กฎแห่งกรรม ที่ว่าเพราะเป็นกรรมเมื่อชาติปางก่อนของตัวผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยต้องป่วยทางจิต เพราะฉะนั้นชีวิตนี้ต้องอยู่เพื่อชดใช้กรรมที่เคยกระทำมาเท่านั้น ผู้เป็นญาติก็ต้องเลี้ยงดูผู้ป่วยกันไปจน ชีวิตฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งจะหาไม่ ดังนั้นในเมื่อเชื่อเช่นนั้นอย่างสนิทใจแล้ว ทำให้ผู้ดูแลหรือญาติก็ต้องรับสิ่งที่ จะเกิดขึ้นมาในครอบครัวได้ ยกตัวอย่างเช่น ต้องมีเรื่องกับชาวบ้านใกล้เคียงตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วย สร้างความเดือนร้อนให้กับเพื่อนบ้าน ทำลายข้าวของ หรือตำทาสมาชิกชุมชน ผู้ดูแลมีหน้าที่ต้องไป ขอโทษ และชดใช้ค่าเสียหายอยู่ร่ำไป ประหนึ่งว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นผู้ป่วยเป็นฝ่ายผิดโดยไม่ต้อง

สงสัย เพราะเป็นกรรมของผู้ป่วยและตนเอง สิ่งเหล่านี้สรุปได้ว่า ครอบครัวผู้ป่วยกลายเป็นผู้ถูกระงับ  
จากโครงสร้างของสังคมชาวพุทธ ผ่านมโนทัศน์เรื่องกรรม

ต่อมาคือ การตกอยู่ในสภาวะจำยอม สภาวะนี้จะมีความแตกต่างจากสภาวะติดกับ  
ดักความคิด ตรงที่ สภาวะจำยอมนั้นเป็นสภาวะที่ญาติและผู้ดูแลตระหนักถึงมลทินจากการดูแลผู้ป่วย  
หรือมีผู้ป่วยอยู่ในครอบครัว ยกตัวอย่างเช่น ป้าจินดาตระหนักว่าการมีผู้ป่วยอยู่ในบ้านของตนเองนั้น  
ทำให้ตนเองประสบปัญหาการเงิน สถานะทางเศรษฐกิจครอบครัวแย่ลงอย่างมาก เสมือนว่าผู้ป่วย  
(น้องสาว) เป็นมารของชีวิตตนเอง แต่ป้าจินดาต้องจำยอมรับภาระหลักในการดูแลรับผิดชอบ  
น้องสาวที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่า 30 ปี ทั้ง ๆ ที่พี่น้องคนอื่น ๆ ก็มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย  
เช่นกัน แต่เหตุผลที่ป้าจินดาไม่สามารถขอให้พี่น้องมาช่วยแบ่งเบาภาระในการรับผิดชอบผู้ป่วย  
ก็เพราะว่า มโนทัศน์เรื่องกรรมที่ป้าเชื่ออยู่ลึก ๆ ในจิตใจ (ทั้ง ๆ ที่ป้าจินดา มองว่าต้นกำเนิด  
ความเจ็บป่วยคือพันธุกรรม) นั้นเป็นเพราะกรรมในทัศนะของป้าจินดานั้นไม่ได้เป็นลักษณะกรรม  
ปัจเจกแต่เป็นกรรมที่สร้างมาร่วมกันกับผู้ป่วยแต่ชาติปางก่อน ประกอบกับป้าดา มีสถานะทางสังคม  
อีกสถานะ คือ คนทรง จึงเชื่อในสิ่งที่เทพเจ้า (ที่ป้าจินดาเป็นคนทรงให้)

. . . มีเยอะได้เยอะ มีน้อยกินน้อย อีเพ็ญนี้ตัวหลักเลย พ่อปู่สอนว่าให้คิดว่าเป็น  
เทวดานะ อย่าคิดว่าบ้า อย่าทำในสิ่งที่ไม่ดี ในชีวิตนี้เค้าจะทำอะไรไม่ได้เลย เป็นกรรมบางทีเราขอตาย  
ไม่ไหวแล้ว พ่อปู่จะบอกว่า ความตายเป็นของเรา ขึ้นอยู่ว่าเมื่อไหร่ (ป้าจินดา, สัมภาษณ์, 29  
กรกฎาคม 2558)

จะเห็นว่ามโนทัศน์เรื่องกรรมนั้น มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของญาติผู้ป่วยเป็น  
อย่างมาก ซ้ำยังก่อให้เกิดมลทินและอาจเกิดเป็นมลทินที่มากขึ้น หากว่าญาติผู้ป่วยละเลย  
ความรับผิดชอบต่อตนมีต่อผู้ป่วย ดังนั้นจึงกลายเป็นสภาวะกลืนไม่เข้าคายไม่ออกระหว่างความสุข  
ส่วนตัวที่จะได้มีชีวิตปกติเช่นชาวบ้านทั่วไปกับการเป็นพี่สาวที่ดี ซึ่งต้องดำรงการเป็นคู่เวรคู่กรรมกัน  
ต่อไปจนกรรมต่าง ๆ หมดลง ทั้งนี้ภาวะจำยอมของป้าจินดานี้ ก็ยังสามารถอธิบายได้ในเชิงโครงสร้าง  
สังคมพื้นถิ่น ซึ่งต้องกลับไปศึกษางานที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อเรื่องผี ซึ่งถือได้ว่าเป็นระบบความคิด-  
ความเชื่อที่ฝังรากลึกอยู่ในจิตสำนึกของชาวชุมชน

ผู้ศึกษาอ่านงานเรื่อง ผีในล้านนา ของ มาลา คำจันทร์ (2551) แล้วทำให้วิเคราะห์  
ได้ว่า ในบางมิตินั้น ร่างทรงคือผู้ถูกระงับของโครงสร้างสังคมภาคเหนืออยู่บางส่วน นั่นเพราะเมื่อ  
พิจารณานิยามของร่างทรง ร่างทรงจะต้องเป็นหญิงที่มีลักษณะพิเศษบางอย่างตั้งแต่เด็กเช่น ขวัญอ่อน  
ทำให้สามารถเห็นวิญญูณ เห็นเทวดา หรือเคยถูกผีเข้ามาก่อน และเมื่อโตขึ้นมาก็จะถูกมอบหมายให้  
เป็นร่างทรงผีปู่ย่าสืบไป ในจุดนี้ผู้ศึกษาเห็นว่า นั่นแสดงว่าร่างทรงไม่ได้มีสิทธิในการเลือกชะตาชีวิต  
ของตนเอง การที่ตนเองได้มาเป็นร่างทรงนั้นถูกเลือกจากอำนาจเหนือธรรมชาติ (Super Natural) ใน  
การเป็นร่างทรงนั้น ป้าจินดาต้องมีแบบแผนในการใช้ชีวิตที่ต่างจากคนปกติอยู่บางประการ นั่นคือ

การรักษาศีล ทำให้ภาพลักษณ์ที่ญาติพี่น้องมีต่อป้าจินดาเป็นไปในลักษณะของ เป็นคนจิตใจงดงาม เป็นที่พึงพิงของผู้คน

ผู้ศึกษา ป้ารู้สึกใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย คือ จากที่พึ่งป้าดาเล่มาสองวัน รู้สึกว่าป้าเป็นคนดูแลป้าเพ็ญนานที่สุด มากที่สุด เพราะอะไรถึงเป็นเรารับ

ป้าจินดา ก็คิดอยู่นะว่าทำไมต้องเป็นเรา พี่น้องทุกคนสุขภาพดีหมดทำไมมันไม่ไปอยู่กับคนอื่น มันต้องมาตกอยู่ที่เรา เรารู้สึกว่า . . . อาจจะเป็นชาติก่อนเราผูกพันกันมาหรือว่ายังไงนี้

ผู้ศึกษา เพราะว่า เราเป็นคนถือศีลรีเปลา ป้าดาอาจจะสงบกว่าทุก ๆ คนรีเปลา ผมแค่ตั้งข้อสงสัย

ป้าจินดา น่าจะเป็นความจริงนะ เพราะว่าพี่น้องคนอื่นเค้าขี่โมโห แล้วก็ด่ามัน ส่วนเราไม่ค่อยด่ามันเท่าไร อย่างที่มันยกยอกเงินป้า หรือขโมยเงินกระถินเราก็พยายามเข้าใจมัน แล้วก็ให้อภัยตลอด (ป้าจินดา, สัมภาษณ์, 1 สิงหาคม 2558)

สรุป คือ ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นพุทธยอมรับเอามนต์ศีลเรื่องกรรม และกรรมนี้เองที่ก่อให้เกิดเป็นมลทินประทับที่ยากจะหลีกหนีและปฏิเสธ นอกจากนั้น จะพบว่า ผู้ร่วมวิจัยมีการรับรู้ (Perception) ต่อกรรม ในลักษณะที่น่าสนใจคือ มองว่ากรรม คือ การกระทำจากชาติที่ผ่านมาและส่งผลในชาตินี้เท่านั้น ซึ่งเมื่อย้อนกลับไปศึกษาในหลักพุทธศาสนา ก็จะพบว่า ไม่ใช่ความเข้าใจที่ผิดแต่อย่างใด พุทธศาสนาเชื่อว่ากรรมชาติที่ผ่านมานั้นย่อมส่งผลต่อสิ่งที่จะเป็นในชาตินี้และกรรมในลักษณะที่ผู้ร่วมวิจัยเข้าใจก็เป็นเพียง 1 ข้อ ในกรรม 12 เท่านั้น ทั้งนี้ก็ไม่ได้มีอะไรบอกว่า การที่ปัจจุบันต้องเจ็บป่วยทางจิต เพราะในอดีตผู้ป่วยเคยทำกรรมที่เลวร้ายแสนสาหัสจนกระทั่งกลายเป็นมลทินติดตามมาและต้องชดใช้ในชาตินี้ เพราะการที่จะล่วงรู้ว่าเราเคยทำกรรมอะไรไว้นั้นจำเป็นต้องเป็นผู้ที่ระลึกชาติได้เท่านั้น แต่ผู้ร่วมวิจัยกลับให้ความสำคัญกับแนวคิดเวียนว่ายตายเกิดและกรรมเป็นอย่างมาก ทั้ง ๆ ที่เป็นสิ่งที่พิสูจน์ไม่ได้ดังที่พระชยสาโร ภิกขุได้กล่าวไว้ในกาเทศนาหัวข้อ เรื่องของกรรม ว่า

. . . ถ้าเราอ่านพระสูตร ซึ่งก็เป็นการรวบรวมคำสอนของพุทธองค์ที่ทรงแสดงในที่ต่าง ๆ ก็จะมีเรื่องการเวียนว่ายตายเกิดอย่างปฏิเสธไม่ได้ แต่มีข้อสังเกตนะว่า พุทธองค์ตรัสเรื่องนี้ให้เหมือนเป็นข้อมูลให้มนุษย์ได้เข้าใจธรรมชาติ เพื่อเป็นส่วนประกอบในการพิจารณาสัมมาทิฐิ แต่พระพุทธรองค์ไม่เคยเอาเป็นเป้าหมายของการปฏิบัติ คือไม่ได้ปฏิบัติเพื่อจะขึ้นสวรรค์ หรือไม่สอนให้คนกลัวตกนรก แต่เมื่อค้นพบภพภูมิต่าง ๆ เป็นประสบการณ์ตรง เป็นความจริงเกี่ยวกับธรรมชาติที่พุทธองค์เห็นว่าเปิดเผยให้เพื่อมนุษย์จะเป็นประโยชน์หรืออาจเป็นประโยชน์ได้ เราจึงมีหลักในการเชื่อได้ว่า คำสั่งสอนเกี่ยวกับการเวียนว่ายตายเกิดมีอยู่ในพระคัมภีร์แน่นอน แล้วพุทธองค์และสาวกทุก ๆ ยุคสมัยให้ความสำคัญอย่างมากกับพระไตรปิฎก แต่ต้องยอมรับว่าเราไม่ได้อยู่ใน

เหตุการณ์ เราไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าสิ่งที่อยู่ในพระไตรปิฎกตรงกับที่พระพุทธองค์สอนจริง เราถือว่าเป็นข้อมูล เป็นหลักการที่มีน้ำหนักแต่่าไม่ใช่ประสบการณ์จริง ผู้ที่จะพิสูจน์เรื่องเวียนว่ายตายเกิดคือผู้ที่ระลึกชาติได้เท่านั้น (พระชยสาโร ภิกขุ, 2558)

นอกจากนั้นยังมีงานงานศึกษาที่เกี่ยวข้องมโนทัศน์เรื่องกรรมที่พุทธศาสนามีต่อคนพิการที่กล่าวว่า หากพิจารณาตามกฎแห่งกรรม ความพิการล้วนมีผลจากการกระทำ ความพิการจากอุบัติเหตุ เป็นผลจากการกระทำในปัจจุบันชาติ อันเกิดจากความประมาททั้งของตนเอง หรือความประมาทของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันต้องอธิบายเชื่อมโยงกับการกระทำในอดีตชาติที่ได้เวลาให้ผลทั้งผลของการสิ้นชีวิตและผลขึ้นพิการร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง แต่การพิการแต่กำเนิดทั่วไปมักถูกอธิบายในลักษณะของผลการกระทำในอดีตชาติ แท้จริงยังเป็นผลจากการกระทำในชาติปัจจุบันด้วย หากเป็นผลจากการกระทำของผู้เกี่ยวข้องมีมารดา บิดาเป็นต้น อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันกรรมสำคัญสูงสุด เพราะเป็นสิ่งที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงอนาคต แม้ว่าผู้นั้นจะปกติหรือมีความพิการร่างกายก็ตาม (เจนจิรา เทศทิม, 2549)

### 6.2.2 คริสต์ศาสนากับมลทินประทัບ

พหุวัฒนธรรมในชุมชนเป็นเรื่องที่นำให้ความสนใจอย่างมาก เพราะจากการศึกษาพบว่า มีชุมชนที่ประกอบไปด้วยสังคมของคริสต์เตียนและพุทธอยู่ร่วมกัน ผู้ศึกษาจึงมีคำถามว่า แล้วมลทินประทัບที่มาจากต้นกำเนิดนั้นจะแตกต่างกันหรือไม่ เพราะอยู่ในชุมชนคริสต์ก็มีผู้ป่วยทางจิต คริสต์เตียน ฝังพุทธก็มีผู้ป่วยทางจิต เช่นกัน

แต่จากการพูดคุยกลับพบข้อค้นพบที่น่าสนใจว่า จะได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนมากกว่า เพราะว่ามีมโนทัศน์เรื่องกรรมมากำกับและสร้างมลทินให้ ต่างจากผู้ป่วยพุทธที่ต้องเผชิญกับมโนทัศน์เรื่องกรรมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ กล่าวคือ ถึงแม้ตนเองจะไม่ได้คิดว่ามีมลทินเพราะกรรมเก่า แต่คนในชุมชนก็ยังคงใช้มโนทัศน์เรื่องกรรมในการอธิบาย และสร้างมลทินให้ผู้ป่วยอยู่เป็นปกติวิสัย

หลังจากที่ได้พูดคุยกับสมาชิกชุมชนที่เป็นคริสต์เตียน ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนมุมมองเรื่องมลทินประทัບที่ที่น่าสนใจว่า สำหรับตัวเธอและคริสต์เตียนอีกหลายคนในชุมชน ไม่ได้มีความคิดความเชื่อที่พร้อมจะเข้ามาประทัບในตัวปัจเจกทันทีที่เกิดการเจ็บป่วยทางจิตขึ้นเหมือนที่ชาวพุทธมีความคิดเรื่องกรรม ความกรุณาที่มักเข้าใจว่าเป็นความสงสาร และไม่มี ความเชื่อเรื่องผีพื้นถิ่นอีกด้วย สำหรับตนเองนั้น ความคิดความเชื่อนั้นคือความรักต่อเพื่อนมนุษย์ และเชื่อในพระเจ้าซึ่งสะท้อนออกมาผ่านการเรียนรู้ปรัชญา และวิธีการมองโลกจากพระคัมภีร์ไบเบิลในทุก ๆ วันอาทิตย์

ดังนั้นสรุปได้ว่า เจือปนของศาสนาที่แตกต่างกัน นั้นก็มีผลต่อมลทินประทัບที่จะก่อตัวขึ้นเช่นเดียวกัน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสอบถามคริสต์เตียนเกี่ยวกับหลักทางศาสนาคริสต์ที่อาจจะเอื้อ

ต่อการมองคนพิการอย่างไม่กตขี้ อย่างเช่นที่ชาวพุทธเป็น (พุทธในที่นี้ไม่ได้หมายถึงพุทธเถรวาท แต่เป็นพุทธที่ผสมผสานกับความเชื่อพื้นถิ่น)

### 6.2.2.1 หลักคำสอนทั่วไปของคริสต์ศาสนา

ผู้ร่วมวิจัยคริสต์เตียนคนต่อไปไม่ได้เป็นสมาชิกในชุมชนที่ศึกษาแต่อย่างใด เพราะการเข้าไปถามถึงหลักศาสนานั้น เป็นคำถามเชิงวิเคราะห์ เป็นสิ่งที่ต้องตีความจากตัวบทของพระคัมภีร์อีกครั้งหนึ่ง ดังนั้นการถามสมาชิกคริสต์เตียนในชุมชนอาจจะไม่ได้คำตอบเชิงลึก เพราะสิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่ต้องทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ที่กล่าวเช่นนี้ผู้ศึกษาไม่ได้มีเจตนาดูหมิ่นคริสต์เตียนในชุมชน แต่อยากให้ลองคิดในมุมผู้วิจัยว่า หากมีผู้อื่นเข้ามาถามหลักศาสนาพุทธกับตัวผู้วิจัยเอง ผู้วิจัยก็ไม่สามารถให้คำตอบได้ เพราะว่าหลักศาสนาที่ว่านั้นผสมผสานมาอยู่ในจิตสำนึก (Conscious) และการที่จะอธิบายออกมาเป็นหลักการนั้นคงทำได้ยากยิ่ง เพราะฉะนั้น ผู้ที่มีคุณสมบัติในการให้ข้อมูลจะต้องมีความใกล้ชิดกับศาสนา ซึ่งสำหรับผู้ร่วมวิจัยคนนี่คือ เป็นเจ้าหน้าที่ของโบสถ์คริสต์จักรแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่

#### (1) วิชิตเรื่องชีวิตหลังความตาย: เมื่อไม่มีเวียนวายตายเกิดคริสต์เตียนจึงไม่มีกรรม

จากการสอบถามและแลกเปลี่ยนทัศนคติของคริสต์ศาสนาที่เอื้อประโยชน์ต่อคนพิการนั้นพบว่าโดยพื้นฐานแล้ว คริสต์ศาสนาไม่ได้มีแนวคิดเรื่องการเวียนวายตายเกิดเหมือนศาสนาพุทธ เมื่อไม่มีแนวคิดเวียนวายตายเกิดดังนั้นกรรมของคริสต์ศาสนาคือกรรมที่มาจากกรกระทำ และเมื่อมนุษย์ตายไปก็จะกลับไปคืนดีกับพระเจ้าอีกครั้งหนึ่ง

. . . คริสต์เตียนเรียกว่าพระเจ้ามีแผนการของพระองค์ จริง ๆ เรียกว่าวัตถุประสงค์เดียว ที่พระองค์ทรงช่วยมนุษย์เนี่ยนะ หลักก็คือ แผนนิรันดร์ คือ การนำให้มนุษย์กลับมาคืนดีกับพระเจ้าอีก (ราเมศ คุปตรัตน์, สัมภาษณ์, 8 กันยายน 2558)

#### (2) วิธีอธิบายสาเหตุของความพิการ: ความพิการคือแผนการของพระเจ้า

นอกจากคริสต์เตียนไม่มีแนวคิดเวียนวายตายเกิดเหมือนพุทธแล้ว คริสต์เตียนยังมีวิธีการอธิบายความพิการหรือความผิดปกติที่น่าสนใจนั้นคืออธิบายด้วยผลของการกระทำ แต่ในกรณีของความพิการตั้งแต่กำเนิด หรือเกิดการอุบัติเหตุซึ่งของความเจ็บป่วยทางจิตที่หาสาเหตุทางวิทยาศาสตร์ไม่ได้ คริสต์เตียนจะอธิบายว่าเป็นแผนการของพระเจ้า

ยอห์น บทที่ 9 ข้อ 2 ถึง 3 คือ เป็นตอนที่พระเยซูรักษาคนตาบอดโดยกำเนิดคือเกิดมาแล้วตาบอดเลยอะไรอย่างนี้ครับ ก็มีสาวกของพระองค์ก็ถามว่า “พระอาจารย์ ใครทำบาป คนนี้ (คนที่ตาบอด) หรือพ่อแม่ของเขา เขาถึงเกิดมาตาบอด” จากตรงนั้นเราก็จะเห็นว่าจริง ๆ แล้วคนยิวก็เชื่อว่า บาปตกทอด คือพ่อแม่ทำบาปแล้วมันก็ส่งผลให้ลูกตาบอดได้ บางทีครอบครัวนั้นก็กินทาวว่าร้ายว่า “เห็นมัย ครอบครัวนั้นทำสิ่งที่ไม่ดี ลูกเกิด



มาตาบอด ต้องรับผลแบบนี้” ก็ทำให้เห็นว่าเค้าก็มีมุมมองคล้ายแบบนี้เหมือนกัน ทางบ้านเราก็มีไข้ใหม่เรื่องเวรกรรม บาปเวร เพียงแต่ว่าคนยิวอาจไม่ได้เชื่อเรื่องเวียนว่ายตายเกิดอะไรทำนองนั้นเท่านั้นเอง แต่พระเยซูตอบว่า “ไม่ใช่คนนี้หรือพ่อแม่ของเขา ที่ทำบาป แต่เขาเกิดมาตาบอดเพื่อให้พระราชกิจของพระเจ้าปรากฏในตัวเขา” ก็หมายถึง ที่สุดพระเยซูก็รักษาชายคนนี้นั้นหายวิธีรักษาที่แปลกดี คือ ใช้น้ำลายบ้วนลงไป แล้วทำเป็นโคลนทาตาแล้วก็หาย แต่จุดมุ่งหมายมันไม่ได้อยู่ที่หายไม่หายเนาะ แต่อยู่ที่มองยังไงมากกว่า จริง ๆ แล้วพระเยซูไม่ได้มองว่าเป็นความบาปที่ตกทอดมา หรืออะไรพวกนั้น แต่พระเจ้ามีแผนการพิเศษสำหรับคน (ราเมศ คุปตรัตน์, สัมภาษณ์, 8 กันยายน 2558)

### (3) วิธีคิดเรื่องคุณค่าความเป็นมนุษย์: มุมมองเชิงระบบ

นอกจากนั้น ยังมีมุมมองตีความได้ว่า ให้คุณค่ากับความความเป็นมนุษย์ทุก ๆ คน ถึงแม้ว่ามนุษย์จะเกิดขึ้นมาบนพื้นฐานร่างกายที่ไม่เท่าเทียมกัน กล่าวคือ คริสต์ศาสนาได้สร้างวิธีการผู้คนอื่น ๆ ให้แก่คริสต์เตียนโดยมีพื้นฐานจากระบบ นั่นคือ มองว่าทุก ๆ คนเปรียบเสมือนอวัยวะของร่างกาย ที่ต่างมีหน้าที่เฉพาะของตนไม่ว่าอวัยวะนั้นจะสำคัญต่อร่างกายมากหรือน้อยก็ตาม ใน 1 โครินธ์ บทที่ 12 ข้อ 21 ถึง 22 บอกว่า “ตาไม่สามารถพูดกับมือว่าฉันไม่ต้องการเธอ หรือศีรษะจะพูดกับเท้าว่าฉันไม่ต้องการเธอ แต่หลาย ๆ อวัยวะของร่างกายที่เราคิดว่าอ่อนแอว่าก็ยังเป็นสิ่งจำเป็น” หมายความว่า หลาย ๆ อวัยวะในร่างกายที่เราคิดว่าอ่อนแอว่า หมายถึง อวัยวะที่เรามองว่าด้อยค่า ไม่สำคัญ ก็ยังเป็นสิ่งที่จำเป็น “อวัยวะของร่างกายที่เราคิดว่าไร้เกียรติ เราก็ยังทำให้มีเกียรติยิ่งขึ้น อวัยวะที่ควรปกปิดเราก็ทำด้วยความสุภาพเป็นพิเศษ” ทำนองนี้ครับ ก็เป็นมุมมองนะครับ แต่คงไม่ใช่ทุกคนที่มองได้ว่านี่หมายถึงคนปกติกับคนพิการแล้วเราจะอยู่ร่วมกันยังไง (ราเมศ คุปตรัตน์, สัมภาษณ์, 8 กันยายน 2558)

ที่เสนอมาทั้งหมดข้างต้น เป็นเพียงส่วนเล็ก ๆ ที่ปรากฏอยู่ในพระคำภีร์ ซึ่งได้สะท้อนให้เห็นวิธีการมองที่คริสต์เตียนมีต่อคนพิการหรือผู้ขาดโอกาสทางสังคม ซึ่งผู้ศึกษาเห็นว่าโดยหลักการแล้ว เป็นสิ่งที่เอื้อประโยชน์ให้กับผู้ป่วยทางจิตในชุมชนอย่างมากอีกประการหนึ่งคือ เมื่อพิจารณาวิถีปฏิบัติทางศาสนาแล้ว คริสต์เตียนในชุมชนที่ศึกษาส่วนมากมีโอกาสเข้าโบสถ์อย่างสม่ำเสมอ เพราะฉะนั้น จะมีโอกาสสัมผัสเนื้อหาและแง่คิดที่แฝงไว้ในพระคำภีร์มากขึ้นตามไปด้วย อย่างไรก็ตาม ใช่ว่าผู้ป่วยในชุมชนคริสต์เตียนจะสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนโดยไร้ซึ่งมลทิน เพราะท่ามกลางชุมชนคริสต์เตียนเอง ก็ประกอบไปด้วยแนวคิดที่หลากหลาย และแนวคิดต้นกำเนิดก็ไม่ใช่สิ่งเดียวที่ก่อให้เกิดมลทินประทุบขึ้นมาได้



### 6.2.3 การผสมผสานของพุทธ ฆี และคริสต์ศาสนา: การผสมผสานและรวบรวมความเชื่อ

เนื่องจากผู้ศึกษามีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์เป็นทฤษฎีรากฐานในการศึกษา ฉะนั้นจึงต้องให้ความสำคัญกับตัวตน (Self) และพิจารณาตัวตนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมลทินประทับขึ้น เพราะมลทินประทับไม่ได้มีเพียงมิติช่วงเวลาอย่างที่ได้อธิบายไว้ในส่วนต้นของบทที่ 4 เท่านั้น ผู้ศึกษาเห็นว่าสามารถแบ่งมลทินประทับออกตามพื้นที่ที่ถูกผลิตขึ้นอีกด้วย นั่นคือมลทินประทับมีระดับที่แตกต่างกัน ตั้งแต่มลทินประทับในตัวเอง (Self Stigma) มลทินประทับที่สังคมและสิ่งแวดล้อมผลิตขึ้นไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือคนอื่น ๆ ในชุมชน (Social Stigma) และมลทินประทับจากสถาบัน (Institute Stigma)

สำหรับความสับสนในตนเอง (Confusion of Self) นั้น ก่อให้เกิดเป็นมลทินประทับในตัวเองของผู้ป่วยจิตเวช เพราะจากทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์แล้ว ปัจเจกจะมีตัวตนอยู่ได้ นั้นขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือแม้แต่ทฤษฎีจิตสังคมของ อิริคสัน (Erick Erikson) ก็ยังเชื่อว่าตัวตนของปัจเจกจะพัฒนาจนเป็นอย่างไร เกิดขึ้นจากผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ปัจเจกในขั้นตอนต่าง ๆ

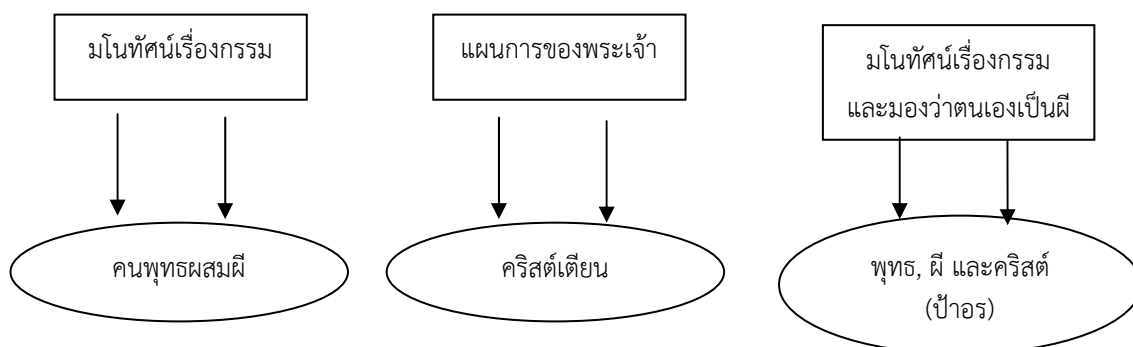
สาเหตุที่ผู้ศึกษาหยิบยกตัวตน (Self) มาวิเคราะห์เพราะว่า เนื้อหาของงานชิ้นนี้เกี่ยวข้องกับวาทกรรม (Discourse) คือ ผู้คนต่างผลิตวาทกรรม ออกมาอย่างต่อเนื่อง ในชุมชนจึงเป็นพื้นที่แห่งการช่วงชิงการอธิบายสรรพสิ่งรอบตัวหรือแม้กระทั่งการอธิบายตัวเองของผู้ป่วย เพราะฉะนั้นวาทกรรมชุดหนึ่งก็อาจจะมีเป้าหมายเพื่อเกิดเป็นมลทินชุดหนึ่งให้กับคนบางกลุ่มที่มีความเฉพาะเจาะจงเช่น มโนทัศน์เรื่องกรรมจะก่อให้เกิดมลทินประทับกับผู้ป่วยและญาติที่นับถือพุทธเท่านั้น มโนทัศน์กรรมจะไม่มีผลต่อคนคริสต์เตียน อิสลาม หรือศาสนาอื่น ๆ หรือมโนทัศน์เรื่องผีก็จะก่อให้เกิดมลทินกับครอบครัวที่นับถือพุทธผสมผี แต่จะไม่เกิดผลอะไรกับครอบครัวลัทธิสัจธรรมซึ่งเป็นคนภาคกลางที่นับถือพุทธนิกายเถรวาทเป็นต้น อย่างไรก็ตาม การที่จะเป็นเช่นนั้น ตัวตนของผู้ป่วยและญาตินั้น ๆ จะต้องชัดเจนเสียก่อน คำว่าชัดเจนในที่นี้ คือ รู้จักตัวตนของตนเอง (Self Awareness) อย่างดี

แต่สำหรับป่าอัยผู้ป่วยคริสต์เตียนหญิงคนหนึ่งชุมชนที่มีพุทธ ฆี และคริสต์อยู่รวมกันนั้น ตัวตนของเธอไม่ได้ชัดเจนและเข้มแข็งเหมือนสมาชิกในชุมชนคนอื่น ๆ ในชุมชน นั้น เพราะว่าประสบการณ์ของเธอไม่ได้มีอยู่เฉพาะจังหวัดเชียงใหม่เช่นสมาชิกชุมชนคนอื่น ๆ ที่อายุรุ่นราวคราวเดียวกัน สำหรับผู้ป่วยคนนี้เธอจำเป็นต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวตั้งแต่อายุน้อย ทั้งในตัวอำเภอเมืองเชียงใหม่ หรือกระทั่งกรุงเทพมหานคร เพราะฉะนั้นเท่ากับว่าเธอจึงมีโอกาสเข้าไปสัมผัสและรับเอาระบบความคิดความเชื่อที่หลากหลาย และด้วยวิถีชีวิตที่ต้องเดินทาง และย้ายสถานที่

ทำงานบ่อยครั้ง ทำให้เธอไม่มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของพื้นที่ทางสังคม (Sense of Belonging) ที่เข้าไปอาศัยเท่าใดนัก ตลอดชีวิตคริสตเตียนของเธอ เธอแทบจะไม่ได้เข้าโบสถ์ในวันอาทิตย์

สิ่งที่เกิดขึ้น คือ ถึงแม้ว่าจะบอกว่าตัวเองเป็นคริสตเตียน แต่เธอกลับรู้สึกแปลกแยก (Alienated) จากคนในชุมชนเป็นอย่างมาก เพราะเธอคิดว่าสาเหตุต้นกำเนิดของการเจ็บป่วยทางจิตนั้นมาจากอำนาจเหนือธรรมชาติซึ่งหมายถึงผี ทำให้ผู้คนในชุมชนไม่ต้อนรับเธอตั้งแต่เกิดอาการเจ็บป่วยทางจิต ทั้งนี้ต้องพิจารณาไปที่ประวัติศาสตร์ชุมชน โดยเพื่อนบ้านของผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า ความเป็นมาของชุมชนคริสตเตียนคือ ในอดีตเมื่อกว่า 100 ปีที่ผ่านมา พื้นที่ตั้งของชุมชนคริสตเตียนในปัจจุบันนั้นเป็นที่รกร้าง ซึ่งมีเรื่องเล่าของผีต่าง ๆ ของภาคเหนืออยู่มากมาย เป็นสาเหตุให้คนพุทธผสมผี ไม่ต้องการจะสร้างบ้านเรือนในบริเวณดังกล่าว แต่คริสตเตียนไม่มีความเชื่อเรื่องผีแบบพื้นถิ่นของพุทธ บรรพบุรุษจึงเข้ามาสร้างชุมชนบนพื้นที่แห่งเรื่องเล่าเหนือธรรมชาติแห่งนี้ ผนวกกับคริสตเตียนจะจัดการศพคนตายด้วยวิธีการฝัง เพราะฉะนั้นในอดีตที่บ้านเรือนยังมีไม่มาก จึงมีพื้นที่มากมายให้ฝังศพคนตาย แต่เมื่อประชากรเพิ่มมากขึ้น บ้านเรือนของคริสตเตียนบางส่วนก็ต้องถูกสร้างขึ้นใกล้กับสุสานเก่า และหนึ่งในบ้านที่ตั้งใกล้สุสานเก่ามากที่สุดคือบ้านของป้าอู ผู้ป่วยหญิงคนนี้มีอาการทางจิตเกิดขึ้น เธอจึงเริ่มเดินในเวลากลางคืนไปทั่วหมู่บ้าน เป็นเหตุให้ชุมชนมองว่าเธอเป็นผี

ทั้งนี้การเกิดมลทินประตักก็ยังคงขึ้นอยู่กับรูปแบบความสัมพันธ์ของคนในสังคมอีกด้วย ในสมัยก่อนคนคริสตจะไม่ถูกกล่าวหาว่าผีเข้าเหมือนเช่นที่ป้าอูถูกกล่าวหา เพราะว่าสมัยก่อนคนพุทธกับคริสตเตียนจะไม่ติดต่อสัมพันธ์กันเช่นทุกวันนี้ ทำให้เรื่องราวทางวัฒนธรรม, ความเชื่อถูกแยกออกจากกันชัดเจน แต่ในยุคของผู้ป่วยซึ่งเป็นรุ่นหลาน คนในชุมชนเริ่มมีการไปมาหาสู่กัน เกิดเป็นความสัมพันธ์และละลายเส้นแบ่งทางศาสนาให้เบาบางลง จึงเกิดการแลกเปลี่ยนของความรู้ ความเชื่อของคนสองกลุ่ม ผนวกกับผู้ป่วยเป็นคริสตเตียนที่ไม่ได้รับเชื่อเพราะเชื่อด้วยตัวเองแต่รับเชื่อเพราะพ่อแม่ ทำให้ละเลยการเข้าโบสถ์ ไม่ได้เรียนรู้หลักทางศาสนาเหมือนชาวชุมชนคริสตคนอื่น ๆ ส่งผลให้ป้าอูรับเอาแนวคิดของทั้งพุทธและผีเข้ามาในเนื้อตัวและกลายเป็นมลทินประตักในตนเองอันเนื่องมาจากบรรยากาศของวัฒนธรรมที่หลากหลายรอบตัว ไม่เพียงเท่านั้น เธอยังคิดว่ากรรมเก่าเมื่อชาติปางก่อนคืออีกสาเหตุที่ทำให้ตัวเธอป่วยทางจิต ส่งผลให้เธอคิดว่าที่ต้องถูกผีเข้า เป็นที่หวาดกลัวของคนอื่น ๆ และต้องมาเจ็บป่วยก็เพราะกรรม ส่งผลให้เธอต้องยอมรับชะตากรรมของตนเองหมดหนทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือศักยภาพในตนเอง



ภาพที่ 6.1 แนวคิดต้นกำเนิด (ศาสนา) ที่มีผลต่อการเกิดมลทินกับผู้ร่วมวิจัย.

### 6.3 ความเชื่อเรื่องพลังเหนือธรรมชาติ (Super Natural)

#### 6.3.1 การผสมผสานของความเชื่อพื้นถิ่นและความเชื่อจากภายนอก: พุทธศาสนาในฐานะศาสนานำเข้า

เนื่องด้วยงานศึกษานี้เกิดขึ้นในบริบทของพื้นที่ชนบทในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งแต่เดิมนั้นมีความเชื่อในเรื่องผี ไม่ได้มีความเชื่อในพุทธศาสนาอย่างเช่นทุกวันนี้ พุทธศาสนาสำหรับจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดในภาคเหนือส่วนมากเป็นแนวคิดนำเข้ามาจากต่างประเทศ และพุทธศาสนาเถรวาทก็เจริญรุ่งเรืองอย่างมากในรัชสมัยของพระเจ้าติโลกราช ช่วงปี พ.ศ.1984-2038 จากนั้นก็ค่อย ๆ เสื่อมลงจนกระทั่งทุกวันนี้ อย่างที่ มาลา คำจันทร์กล่าวเอาไว้ในหนังสือผีในล้านนาว่า พุทธศาสนาเถรวาทนั้นเจริญเฉพาะส่วนกลางของระบบการปกครอง แต่รอบนอกออกไปนั้นไม่ได้เจริญตาม เปรียบเสมือนดวงไฟที่ส่องสว่างเฉพาะตรงกลางปริมณฑล นอกเขตไฟก็ยังคงมืดมิด (มาลา คำจันทร์, 2551)

#### 6.3.2 ฝึกับการกำหนดบรรทัดฐานของชุมชน: การจ้องมองพฤติกรรมของบรรพบุรุษ

ความเชื่อเรื่องพุทธของพื้นที่ศึกษา คือ การผสมผสานกันระหว่างพุทธเถรวาทซึ่งในทางปฏิบัติแล้วถูกลดทอนลงเหลือเพียงมโนทัศน์เรื่องกรรมและการเวียนว่ายตายเกิดกับความเชื่อเรื่องผีซึ่งเป็นความเชื่อเดิมของคนเมือง (คนเชียงใหม่) กลายเป็นพุทธผสมผี ดังนั้น วิถีชีวิตของคนในพื้นที่ศึกษาครั้งนี้ล้วนแล้วตั้งอยู่ในพื้นฐานของผีทั้งสิ้น สรุปคือ ความเชื่อเรื่องผีนี้เป็นความเชื่อที่กำหนดโครงสร้างของสังคมแทบทั้งหมดของคนเหนือ ยกตัวอย่างเช่นความเชื่อเรื่องผีนั้น เป็นรากฐานที่ใช้ในการกำหนดโครงสร้างครอบครัว กล่าวคือคนเหนือนั้นจะสืบเชื้อสายผ่านทางแม่ นั่นคือ ผีของของสายแม่ ผู้ชายจะต้องเป็นฝ่ายออกจากเรือนและมาอาศัยที่บ้านของผู้หญิง เพื่อมานับถือผีของฝ่ายหญิงในฐานะเขยเป็นต้น หรือแม้กระทั่งการใช้ผีเป็นเครื่องป้องกันเพศหญิงให้พ้นจากพฤติกรรมที่ไม่ดี

ต่าง ๆ กล่าวคือ สำหรับคนเหนือแล้ว ไม่ว่าจะไปที่ไหน ผี (หมายถึง ผีบรรพบุรุษ) ก็จะติดตามและเห็นพฤติกรรมได้ทุก ๆ ที่

### 6.3.3 อำนาจของผีกับความเจ็บป่วยของผู้คน: ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในอำนาจผี (ส่วนใหญ่)

จากการศึกษาทั้งการสัมภาษณ์กับผู้ร่วมวิจัยทั้งชาวบ้านปกติ และผู้ร่วมวิจัยที่เป็นร่างทรงซึ่งมีหน้าที่ติดต่อกับวิญญาณ หรือเทพเจ้าต่าง ๆ โดยตรง ร่วมกับการศึกษาจากเอกสาร ผู้ศึกษาพบว่า สังคมภาคเหนือนั้นมีเรื่องราวเกี่ยวกับผีอยู่อย่างมากมาย และยังคงแบ่งออกเป็นประเภทย่อย ๆ อย่างชัดเจน แต่ผีที่พบได้ในพื้นที่ศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ผีปู่ย่า ผีย่าหม้อยิ่ง และ ผีลือ (บ้างเรียกผีโพง)

ฉะนั้นหากมองในมุมมองคนนอก เรื่องของผีต่าง ๆ เหล่านี้อาจทำให้ผู้คนรู้สึกหวาดกลัว และยังผู้ป่วยที่ถูกหาว่าเป็น “ผี” นั้นแสดงว่าสังคมจะต้องหวาดกลัวอย่างมาก ดังเช่นที่ถูกนำเสนอผ่านภาพยนตร์และวรรณกรรมอื่น ๆ ยกตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเช่น ผีปอบของภาคอีสาน ซึ่งเป็นภาพตัวแทนของความน่ากลัว หรือผีประเภทต่าง ๆ ที่ถูกสื่อผลิตออกให้โดยเน้นไปที่ความลึกลับ น่ากลัว และอันตรายจากอำนาจและความสามารถที่ผีจะทำกับมนุษย์

แต่ผีสำหรับภาคเหนือนั้นแตกต่างออกไปอย่างมาก เพราะเมื่อศึกษาจริง ๆ แล้ว จะพบว่าผีนั้นมิได้อยู่หลากหลาย และมีก็ยังถูกจัดประเภทตามสถานะอีกด้วยเช่น ผีที่มีสถานะเหนือมนุษย์ ผีที่มีสถานะเท่าเทียมมนุษย์และผีที่สถานะต่ำกว่ามนุษย์ และในบรรดาผีทั้งหมดของภาคเหนือ นั้น มีผีเพียงกลุ่มเดียวที่มีความน่ากลัว เนื่องจากมาความสามารถในการสิงผู้คนได้นั้นคือผีกละ<sup>3</sup> แต่ในชุมชนที่ศึกษาไม่พบว่าผีกละปรากฏอยู่ในเรื่องราวของชุมชนทั้ง 5 ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาแล้ว

ดังนั้นจึงไม่น่าแปลกใจ ที่ผลการศึกษาจะไม่พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยทางจิต (เฉพาะพุทธผสมผี) คิดว่าอาการทางจิตที่อุบัติขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวนั้นเป็นเพราะว่าถูกผีเข้า ทั้ง ๆ ที่ผีก็มีอยู่รอบชุมชน และชุมชนเองก็มีความเชื่อเรื่องผีอย่างมาก ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นญาติ/ผู้ดูแลแทบทุกคนจะพูดเป็นเสียงเดียวกันว่า อาการทางจิตที่เกิดขึ้นนั้น อาจมีสาเหตุต้นกำเนิดอะไรก็ได้ แต่ไม่มีทางเป็นผีอย่างแน่นอน

ผู้ศึกษา อยากรู้ว่าคนเมื่อนี้ มีความคิดเรื่อง คนป่วยทางจิต ที่บางคนเรียกว่า “ผีบ้า” ยังไงบ้างครับ

<sup>3</sup> ผีกละ คือ ผีที่สามารถเข้าสิงมนุษย์ได้ตลอดเวลา เมื่อเข้าสิงแล้วจะเรียกร้องเรื่องการกินอาหาร ซึ่งอาหารที่ผีกละต้องการกินคืออาหารชั้นยอดของล้านนาไม่ว่าจะเป็นลาบ หลู้ เหล้า ผีกละมักจะเกิดกับเพศหญิงในครอบครัว โดยคนที่สามารถส่งทอดความเป็นผีกละได้คือแม่เรือนเท่านั้น (ศุภลักษณ์ ปัญโญ, 2553, น. 70)

ยายณี เป็นเอง ผีไม่เข้า มันคงเป็นเพราะเส้นประสาท

ผู้ศึกษา ไม่ได้เกี่ยวกับกับผีหรือหรือครั้นยาย

ยายณี ไม่เกี่ยวนะ

ผู้ศึกษา บ้านยายเนีย มีผีมีัยครับ

ยายณี มีสิ

ผู้ศึกษา แต่ผีไม่ทำให้คนบ้า ผีทำคนให้ป่วยทางจิตแบบโรคจิตไม่ได้หรือครั้นยาย

“ยายณี ผีจะทำให้คนไม่สบาย เป็นไข้ได้แค่นั้น เราก็ไปเลี้ยงซะ แต่เค้าไม่ทำให้เป็นแบบนี้” (ยายณี, ผู้อาวุโส, สัมภาษณ์, 14 กรกฎาคม 2558)

ถึงแม้ว่าในพื้นที่ศึกษาจะไม่พบความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากผีเข้าก็ตาม เพราะว่าผีที่ชุมชนรู้จักและคุ้นเคยส่วนมากแล้ว คือ ผีปู่ย่า ผีเสื้อเรื้อน และผีโพง ซึ่งจริง ๆ แล้ว ผีปู่ย่าและผีเสื้อเรื้อนนั่น เป็นผีที่มีสถานะเหนือกว่ามนุษย์ และมีอำนาจในการปกป้องรักษาให้สมาชิกในตระกูลปลอดภัย สงบสุข หรือหากมีการประพฤติปฏิบัติที่ผิดจารีต ผีปู่ย่าอาจลงโทษให้ครอบครัวเกิดความวิบัติ หรือเกิดความเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น และถึงแม้จะถูกผีปู่ย่าลงโทษ คนเหนือก็จะมีพิธีกรรมขอขมา และเลี้ยงผีเหล่านั้น ความเจ็บป่วยหรือปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัวจะหายไปเอง ไม่พบว่า อำนาจของผีกลุ่มนี้ส่งผลต่ออาการทางจิต หรือทำให้สมาชิกในชุมชนถูกมองว่าผีเข้ามาก่อน

อย่างไรก็ตาม ในบรรดาผู้ร่วมวิจัยทั้ง 5 ชุมชน มีอยู่ชุมชนหนึ่งที่ผู้ป่วยมองตนเองว่าเป็นผีโพง<sup>4</sup> (ผู้ป่วยคริสต์เตียน) ซึ่งการรับรู้เรื่องผีนี้ ก่อให้เกิดมลทินในตัวเธอเองอย่างที่ได้อธิบายไว้ข้างต้น และจากการศึกษาอาจสรุปได้ว่า การที่ใครก็ตามถูกหาว่าเป็นผีโพงจะถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลงอย่างมาก เพราะผีโพงนั้นมีสถานะต่ำกว่ามนุษย์ และจะเป็นกับเพศหญิงเท่านั้น พฤติกรรมของผู้ที่เป็นผีโพงคือการกินสิ่งสกปรก เช่นออกดูตึกกินเมื่อบนตัวเขียดในเวลากลางคืน เป็นต้น อีกทั้งผีในเรื่องเล่าเกี่ยวกับผีโพง ไม่ได้สะท้อนถึงแนวคิดความน่าหวาดกลัวหรือความสามารถในการหลอกหลอนหรือเป็นอันตรายแต่อย่างใด สำหรับคนเหนือแล้วผีโพงกลับสะท้อนมิติของความน่าสงสาร เป็น

<sup>4</sup> ผีโพง คือ ผีชนิดหนึ่งที่สิงอยู่ในเพศหญิง มีสาเหตุมาจากการสืบทอดจากตระกูล การเป็นผีโพงจากเสาเรื้อน การรับของจากผีโพง และวิบากกรรมของตนเองโดยผีโพงจะชอบกินของสกปรก เช่น เลือด หรือคาวจากเขียดและปลา โดยจะออกหากินตอนกลางคืน ผู้หญิงที่เป็นผีโพงจำเป็นต้องออกหากิน ในบางมิติผีโพงตกอยู่ในสภาวะไร้อำนาจ เพราะผู้ที่เป็นผีโพงต้องปิดบังตัวเอง ไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบ เพราะฉะนั้นหากบังเอิญไปพบคนที่ตนรู้จักขณะออกหากิน ผีโพงก็มักจะต้องจ่ายค่าปิดปากกับคน ๆ นั้น หรือจำต้องร่วมเพศกับชายที่มาพบว่าเป็นผีโพง เพื่อปิดปากไม่ให้ชายผู้นั้นนำไปบอกสมาชิกชุมชนคนอื่น ๆ หากผู้ใดผีโพงโกรธ ผีโพงจะใช้ไม้คานพุ่งข้ามหลังคาบ้านแล้วทำให้คนในบ้านหลังนั้นเจ็บป่วยได้ (มาลา คำจันทร์, 2551)

เหยื่อของการล่วงละเมิดทางเพศจากมนุษย์เสียด้วยซ้ำ ดังนั้นผู้ที่ถูกหาว่าเป็นผีโพงจึงกลายเป็นคนที่มีสถานะต่ำกว่าคน ถูกกีดกัน เป็นเหยื่อความรุนแรง

สรุปถึงแม้ว่าภาคเหนือจะมีการเรียกผู้ป่วยทางจิตว่า “ผีบ้า” ซึ่งหากพิจารณาจากมุมมองคนนอกแล้ว อาจคิดว่าผู้ป่วยโรคจิตถูกอำนาจของผีสิงโทษ หรือถูกผีเข้าสิงต่าง ๆ นานา นำมาซึ่งความน่ากลัว ดังเช่น ที่ผีในภาคอื่น ๆ ของประเทศไทยในความเป็นจริงนั้น ผีทั่ว ๆ ไปที่อยู่ร่วมกับคนไม่สามารถก่อให้เกิดอาการทางจิตได้แต่อย่างใด ส่วนผีที่สามารถเข้าสิงผู้คนได้นั้น กลับนำมาซึ่งสถานะทางสังคมที่ต่ำกว่าแทนที่ความน่าหวาดกลัวหรืออันตรายอย่างที่คนอื่น ๆ หรือแม้กระทั่งตัวผู้ศึกษาเองเคยเข้าใจ

#### 6.4 การขัดเกลาทางสังคม: ความจริงเชิงซ้อนของสาเหตุการเจ็บป่วย

ต้นกำเนิดของความเจ็บป่วยทางจิตที่สามารถสร้างมลทินให้ผู้ป่วยและญาติประการสุดท้าย คือ การขัดเกลาทางสังคม โดยแนวคิดเรื่องการขัดเกลาทางสังคมนี้ หมายถึง ความเชื่อว่าสาเหตุที่แท้จริงของความเจ็บป่วยทางจิตนั้นเกิดจากปัญหาการอบรมเลี้ยงดูผู้ป่วยในวัยเด็ก เพราะการเลี้ยงดูไม่เหมาะสมจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ จนกระทั่งเกิดเป็นอาการผิดปกติทางจิตขึ้น ประเด็นการขัดเกลาทางสังคมนี้สามารถก่อให้เกิดมลทินใน 2 ลักษณะหนึ่ง ผู้ดูแลกล่าวโทษตนเอง และสองคือ ผู้ดูแลกล่าวโทษคนอื่น ๆ

##### 6.4.1 การกล่าวโทษตนเอง (เรื่องราวของป้ามน): การสร้างมลทินประทับให้ตนเอง

เรื่องราวการขัดเกลาทางสังคมนั้น ถูกสะท้อนออกมาผ่านครอบครัวป้ามน (นามสมมุติ) ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่ ป้ามนต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยซึ่งมีศักดิ์เป็นน้องชายคนสุดท้องเพียงลำพัง เนื่องจากพี่น้องทั้งหมดเสียชีวิตหมดแล้ว และหนึ่งในนั้นเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์

ผู้ป่วยคนนี้ได้ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท เพราะผู้ป่วยใช้ยาบ้า เฮโรอีน และดื่มสุราอย่างหนักเมื่อครั้งเป็นวัยรุ่นจนกระทั่งเกิดอาการทางจิตขึ้น เห็นภาพหลอน กลัวคนมาทำร้าย ถึงขั้นฆ่าทำร้ายเพื่อนคนในบ้าน และชุมชน ซึ่งผู้ศึกษาพบว่า มีชุดคำอธิบาย 2 ชุด เหลื่อมทับกันอยู่ นั่นคือทางการแพทย์จะอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยว่า เพราะการใช้สารเสพติด ซึ่งสาเหตุนี้สามารถก่อให้เกิดมลทินประทับได้คล้ายคลึงกับที่ผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องเผชิญมลทินจากพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม แต่ผู้ป่วยคนนี้ได้ตระหนักว่าการใช้สารเสพติดในอดีต คือ มลทินของตนเอง แต่มลทินประทับกับเกิดขึ้นกับป้ามนซึ่งเป็นพี่สาวเอง เนื่องจากป้ามน มีชุดคำอธิบายต้นกำเนิดความเจ็บป่วยว่า เป็นเพราะครอบครัวไม่ได้ดูแลกันในขณะที่น้องชายยังเป็นวัยรุ่น จึงกลายเป็นมลทินประทับในตนเอง (Self Stigma) เกิดขึ้น



จะสรุปว่า เพราะครอบครัวไม่ได้ดูแลกัน จึงเป็นสาเหตุให้น้องชายติดยา จนกลายเป็นผู้ป่วยทางจิตในที่สุดนั้นฟังดูเหมือนจะเป็นการอธิบายที่แข็งกระด้าง และดูไร้พลวัตเกินไป เพราะในชีวิตจริงนั้นทุกอย่างย่อมมีลำดับขั้นตอน มีปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง อย่างกรณี ป่ามน (นามสมมติ) ที่เธอเล่าให้ฟังว่า ครอบครัวของป่ามนช่วงวิกฤติ (Crisis) อยู่ช่วงหนึ่งคือช่วงที่พ่อแม่ เสียชีวิตในขณะที่พี่น้องทุกคนยังเด็ก จึงจำเป็นต้องเลี้ยงดูกันเองเรื่อยมา เมื่อทุกคนเป็นหนุ่มเป็นสาว โดยเฉพาะตัวป่ามนที่ได้แต่งงานและย้ายไปอยู่กับสามีที่ต่างจังหวัดทันที ทิ้งให้พี่น้องที่เหลืออยู่กันเอง กับเครือญาติห่าง ๆ ซึ่งก็ไม่ได้มีบทบาทในการอบรมสั่งสอนมากมายนัก การละทิ้งครอบครัวในครั้งนั้น ป่ามนเรียกว่า “ครอบครัวไปคนละทิศละทาง” น้องชายทั้งสองคนติดยาเสพติดอย่างหนัก คนหนึ่ง เป็นเอดส์และได้เสียชีวิตไป ส่วนอีกคนก็กลายเป็นผู้ป่วยทางจิต ดังนั้น ป่ามนจึงโทษตัวเองที่ไม่ได้ ดูแลน้อง ๆ ให้ดีกว่านี้ เพราะอย่างน้อยถ้าครอบครัวได้อยู่พร้อมหน้า น้อง ๆ ทั้งสองก็อาจจะไม่หันไป ฟังยาเสพติด และตนเองก็จะต้องคอยดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เช่นที่เป็นทุกวันนี้

เหมือนว่าโต ๆ กันแล้ว?

“โตแล้วก็ ต่างคนต่างไป ต่างคนต่างทำงาน พ่อแม่ก็ตายตั้งแต่ตอนเด็กอยู่กับยาย ยายก็ตายแล้ว คิดว่าแกอกหักแถมไม่มีที่ยึดเหนี่ยว ยายก็ตายไปแล้วไม่มีใครได้ดูแลแก ต่างคนต่างไป ไปทำงานที่อื่น”

“ป่าไปอยู่ที่อื่นกับแฟน ทำงานที่อื่น ป่าก็ไปอยู่ด้วย ไม่ค่อยได้อยู่บ้านเท่าไร มันทเหมือนครอบครัวแตกแยกเนาะ ไม่มีที่ยึด แกก็ไปทางนั้นเนาะ (ยาเสพติด) พักหลังมา แกใช้ยามากไป จนคุมสติไม่อยู่ แกก็ไปกระโดดน้ำ คือ ปล่อยเนื้อปล่อยตัว คือคลั่งแล้วหละ”

“แต่สารเสพติดนี้มันเอาของภายนอกเข้าไปในตัวเราเอง หามาใส่ตัวเองแล้วเป็น เรื่องขึ้นมาเอง . . . บางทีถ้าเราไปแก้ไขไม่แก้กินตอนแรกได้ คนที่จะป่วยก็อาจไม่ต้องป่วยได้ ตอนแรกนี้เสียใจนะ เพราะตอนนั้นเราต่างคนต่างไป ไม่ได้ดูแลกัน น้องเลยเป็นแบบนี้” (ป่ามน, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2558)

#### 6.4.2 การกล่าวโทษผู้อื่น (เรื่องราวของป่าตุ๊ก): การสร้างมลทินประทับให้กับคนในครอบครัว

อีกตัวอย่างหนึ่งของการขัดเกลาทางสังคมนั้นเกิดขึ้นในลักษณะที่ใกล้เคียงกันกับ ตัวอย่างของป่ามน แต่ครอบครัวนี้มีลักษณะการสร้างมลทินที่ต่างออกไป นั่นคือสร้างมลทินประทับ ให้กับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวผ่านการกล่าวโทษเรื่องการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว

จากการพูดคุยกับป่าตุ๊ก สรุปได้ว่า แต่เดิมนั้นป่าตุ๊กไม่ได้อาศัยอยู่รวมกันกับ ผู้ป่วยจิตเวชตั้งเช่นทุกวันนี้ เนื่องจากตนเองได้แต่งงาน มีครอบครัว จึงย้ายออกไปสร้างครอบครัวของตนตั้งแต่ตัวผู้ป่วยยังเรียนอยู่ระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนตัวผู้ป่วย (น้องชาย) อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ในมุมมองของป่าตุ๊ก เธอรู้สึกมาตลอดเวลาที่อยู่กับครอบครัวเดิมว่า พ่อแม่จะตามใจน้องชายคนนี้

อย่างมากเนื่องจากเป็นลูกผู้ชายเพียงคนเดียว โดยเฉพาะการคบเพื่อน ส่งผลให้น้องชายต้องเริ่มติดกาเว เสียวการเรียน จนกระทั่งต้องออกจากระบบการศึกษากลางคันเพราะปัญหาสารเสพติด จากนั้นไม่นาน อาการทางจิตอันเนื่องมาจากการเสพติดก็ถือกำเนิดขึ้น จนกลายเป็นที่รังเกียจของคนในชุมชนอย่างมาก ไม่เพียงเท่านั้น หลังจากที่น้องเริ่มป่วยทางจิตไม่นาน ผู้เป็นพ่อได้เสียชีวิตลง ทำให้ป่าตุ๊ก ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นพี่สาว ต้องย้ายกลับดูแลแม่และผู้ป่วยเมื่อ 2 ปีที่ผ่านมา มากไปกว่านั้น ไม่นานมานี้ สามีมองป่าตุ๊ก ซึ่งเป็นบุคคลเพียงคนเดียวที่สามารถควบคุม และมีอิทธิพลเหนือผู้ป่วยได้เสียชีวิตลงไปอีก ส่งผลให้ป่าตุ๊กต้องรับภาระการดูแลแม่และผู้ป่วยเพียงลำพังตั้งแต่นั้นมา

“เพราะเราเป็นลูก แก่แก่แล้ว เราอยากให้แกได้สบาย เราน่าจะดูแลแกทุกอย่างกับข้าวกับปลา ดูแลทุกอย่าง การไปโรงพยาบาล แล้วคนแก่มัน . . . เรื่องมาก เรื่องเยอะใจ เดียวก็เข้าโรงพยาบาล เดียวก็ . . . คือ ทิ้งแกไม่ได้ ต้องดูแลตลอด ทิ้งไม่ได้ ไปไหนไม่ได้เลย ต้องเฝ้า” (ป่าตุ๊ก, สัมภาษณ์, 8 สิงหาคม 2558)

มลทินประทับที่เกิดจากการขัดเกลาทางสังคมจึงค่อย ๆ ถูกผลิตขึ้นท่ามกลางบรรยากาศของครอบครัวที่ตึงเครียด แต่ละคนดูเหมือนไม่มีทางออกให้กับชีวิตตนเอง ฝ่ายป่าตุ๊กที่อดีตเคยอยู่กับสามีและลูกอย่างปกติสุขกลับต้องมารับภาระดูแลผู้ป่วยทางจิตและแม่สูงอายุ ป่าตุ๊กเองก็จะพยายามกล่าวโทษและสร้างมลทินให้กับแม่ของเธอว่าไม่เลี้ยงดูลูกให้ดี สำหรับป่าตุ๊ก อาการทางจิตที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ได้เกิดจากการติดสารเสพติดทั้งหมดเพราะนั่นไม่ใช่ต้นตอของปัญหา แต่เป็นเพราะการเลี้ยงดูแบบตามใจของผู้เป็นแม่และพ่อที่ทำให้น้องชายต้องเป็นแบบทุกวันนี้ ดังนั้นจึงเกิดเป็นมลทินขึ้นมาประทับในความคิดของผู้เป็นแม่ ส่งผลให้แม่มีความรู้สึกที่ต้องรับผิดชอบชีวิตของผู้ป่วยคนนี้ให้ดีที่สุด ทั้งเรื่องต้องเสี่ยงกับอารมณ์รุนแรงของลูกชายทุกครั้งที่เตือนเรื่องการกินยารักษาอาการทางจิต หรือแม้กระทั่งการยอมนำเงินเก็บออมของตนเองให้ลูกชายคนนี้ซื้อข้าวกิน ในเวลาที่ลูกไม่มีงานทำ เพื่อไม่ต้องให้ลูกชายมาเบียดเบียนค่าใช้จ่ายของป่าตุ๊ก

. . . แกรักลูกแก แต่รักเกินไป ตั้งแต่เล็ก ๆ ละ เราห้ามอะไรก็ไม่ฟังเรา เพราะว่าแกรักลูกแกมาก ห้ามแก แกก็โกรธป่า ถ้าเราไปว่าลูกแก . . . ก็ไม่ได้ มันเป็นแบบนี้มาตั้งแต่ น้องชายป่าเด็ก ๆ ละ เป็นคนเอาแต่ใจตัวเองจนทุกวันนี้ ลูกคนนั้น (ผู้ป่วย) แค่นี้ก็ไม่ได้เอา แก เราเห็นเค้าลำบากเราก็ไม่สบายใจเนาะ (ป่าตุ๊ก, สัมภาษณ์, 8 สิงหาคม 2558)

ในอีกทิศทางหนึ่ง ป่าตุ๊ก (นามสมมุติ) เองก็รู้สึกที่ตนเองมีมลทินเช่นกัน ซึ่งในที่นี้ไม่ได้หมายถึงกรรม แต่ทุกครั้งที่แม่มาบรรยายความรู้สึกให้ป่าตุ๊ก ฟังเกี่ยวกับความเครียดที่ได้รับจากผู้ป่วยนั้น ป่าตุ๊กก็จะเกิดความคิดว่า เรื่องนี้อาจเป็นเพราะป่าตุ๊กเองก็ไม่ได้อยู่ดูแล ปล่อยให้ปล่อยน้องให้ถูกเลี้ยงดูอย่างตามใจจากพ่อแม่มา

ดังนั้นแนวคิดรายรอบมลทินเรื่องการขัดเกลาทางสังคมนั้น ผู้ศึกษา พบว่ามีอยู่ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบของการสร้างมลทินมาประทับตนเอง (Self Stigma) ดังเช่นกรณีของ ป่าม และ รูปแบบที่สองคือ การสร้างมลทินเพื่อป้ายมลทินนั้น ๆ ให้กับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว และตนเองไปพร้อม ทั้งนี้ไม่พบว่ามีรูปแบบของการต่อรองต่อต้าน หรือสร้างวาทกรรมเพื่อตอบโต้กับมลทินดังเช่นที่เกิดขึ้นกับมลทินเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องศาสนา หรือผี ซึ่งจะพบรูปแบบของการพยายามช่วงชิงอำนาจในการอธิบายอยู่ตลอดเวลา

สรุป แนวคิดเรื่องต้นกำเนิด (Origin of Mental Illness) คือแนวคิดที่ผู้ร่วมวิจัยใช้อธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิต อันประกอบไปด้วย การอธิบายด้วยความรู้ทางการแพทย์ เช่น ระบบสมอง และพันธุกรรม การอธิบายด้วยศาสนา การอธิบายอันเกิดจากการปะทะประสานของความรู้ 2 ชุด เช่น การแพทย์กับเรื่องของกรรม และศาสนาพุทธกับคริสต์ศาสนา พลังเหนือธรรมชาติ และสุดท้าย คือ การขัดเกลาทางสังคม ซึ่งต้นกำเนิดของอาการเจ็บป่วยทางจิตเหล่านี้ ก่อให้เกิดมลทินประทับกับผู้ที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับว่าคนที่ถูกประทับมลทินนั้นเหมาะสมกับองค์ประกอบใด ๆ ของมลทินบ้าง อีกต้นกำเนิดนี้ ยังสามารถถูกนำมาใช้อธิบาย หยิบฉวยเพื่อหลบเลี่ยงมลทินให้พ้นจากตนเองหรือจะเลือกประทับมลทินให้กับตนหรือคนอื่น ๆ ได้อีกด้วย

## 6.5 มลทินประทับกับการตัดสินใจเข้าบำบัดรักษาเฉพาะทาง

การบำบัดรักษาในหัวข้อนี้ ผู้ศึกษาหมายถึงการบำบัดรักษาครั้งแรกในโรงพยาบาลเฉพาะทางเท่านั้น ไม่ได้หมายถึงโรงพยาบาลฝ่ายกายของรัฐและเอกชน หรือคลินิกจิตเวชส่วนบุคคลแต่อย่างใด

การตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางนั้น ถือว่าเป็นขั้นเปลี่ยนผ่านของสถานภาพเช่นกัน นั่นคือ จากผู้คนปกติ สู่การเป็นผู้ป่วยโรคจิต (ใช้คำว่าโรคจิต เพราะปัจเจกต้องสัมผัสกับสถาบันจิตเวช) เท่ากับว่าเป็นการถูกจัดจำแนกผ่านการตั้งชื่อและยังต้องพบกับประเด็นทางชนชั้นทางสังคมอีกด้วย

จากความคิดเห็นส่วนตัวของผู้ศึกษาก่อนที่จะลงพื้นที่อย่างจริงจังนั้น ผู้ศึกษามั่นใจอย่างยิ่งว่าผู้ป่วยและญาติจะต้องปฏิเสธการรับการรักษาครั้งแรกอย่างแน่นอน เพราะคงไม่มีผู้ใดอยากเข้าโรงพยาบาลโรคจิต หรือที่ชาวบ้านเรียกกันว่า โรงพยาบาลรักษาผีบ้า

แต่สำหรับพื้นที่ศึกษา พบว่า น้อยมาก (เพียงครอบครัวเดียว) ที่รู้สึกว่าการตนเองจะมีมลทินเกิดขึ้นหากว่านำภรรยาซึ่งเจ็บป่วยเข้ารับการรักษา ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ได้มีความรู้สึกว่าการนำคนป่วยเข้ารับการรักษาในขณะนั้นจะเป็นมลทินประทับอย่างใหญ่หลวงต่อครอบครัว เสมือนว่านำความเสื่อมเสียมาสู่ครอบครัว เพราะฉะนั้นจึงพบว่าครอบครัวผู้ร่วมวิจัยเกือบทั้งหมด พาผู้ป่วยเข้ารับ

การรักษาในทันที ที่คิดว่าอาการนั้น ๆ คือ “ผีบ้า” ดังเช่นที่ พี่ชายและมารดาของป้าปิ่นพูดถึงผู้ป่วย (น้องสาว) ว่า

มารดาป้าปิ่น ลูกมันบ้า ต้องไปสวนปรุง

ผู้ศึกษา เคยได้พาไปหาหมอ แบบ ชาวบ้านมัยครับ

พี่ชายป้าปิ่น ไม่เคย ลุงเอาไปสวนปรุงอย่างเดียวเลย

ผู้ศึกษา เพราะอะไรถึงคิดว่า อาการอย่างนี้ต้องไปสวนปรุงหละครับลุง

พี่ชายป้าปิ่น ลุงคิดว่าเป็นเพราะสมอง

“ผู้ศึกษา ที่ต้องถามเพราะว่า เพราะผมเข้าใจว่าคนจะต้องพาไปหาหมอผี หรือ คนทรง เพื่อแก้ไขเบื้องต้นก่อนที่จะพาไปสวนปรุง ก็เลยอยากเข้าใจว่าลุงมีความเห็นยังไง”

พี่ชายป้าปิ่น ไม่นะ ลุงคิดถึงสวนปรุงที่แรกเลย ถ้าเป็นอาการแบบนี้ต้องเข้าสวนปรุง

ผู้ศึกษา แล้วลุงรู้ได้ไงว่า สวนปรุง คือ รพ. รักษาแบบนั้น

“พี่ชายป้าปิ่น รู้สิ คนบ้าทุกคนต้องไปอยู่สวนปรุงหมด” (พี่ชาย และ มารดาป้าปิ่น, สัมภาษณ์, 10 กรกฎาคม 2558)

นอกจากครอบครัวนี้แล้ว จะพบว่า หลายครอบครัวเลือกที่จะพบผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชในทันที ไม่เพียงเท่านั้นจากการสัมภาษณ์กับคนทรงเจ้า พบว่าจากประสบการณ์ของการเป็นร่างทรง หากมีผู้ป่วยทางจิตเข้ามาขอความช่วยเหลือ คนทรงจะชี้แจงกับผู้ป่วยทันทีว่าเทพเจ้านั้นช่วยเหลือได้เฉพาะอาการเจ็บป่วยทางกายที่เกิดจากผีและสาเหตุเกี่ยวกับพลังเหนือธรรมชาติเท่านั้น อาการทางจิตต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช เป็นต้น

คนทรง เราเป็นคนแก่ ถ้าแก้ได้มันก็หายนะ แต่ถ้าไม่ดีขึ้นเทพเจ้าก็จะแนะนำไปหาโรคจิตที่สวนปรุง

ผู้ศึกษา แล้วป้าเคยแนะนำหรือครับ

คนทรง เทพเจ้าเค้าแนะนำ

ผู้ศึกษา อ่อ ขอโทษครับ ๆ เทพเจ้า

“คนทรง ไซ้ ๆ เทพเจ้าเค้าจะแนะนำผ่านป้าลงมา แล้วสมมุติว่า ความเครียดมันเกิดขึ้นเยอะแล้วเค้าก็แก้ไปตามส่วนแล้วถ้า แก้แล้วไม่ดี ก็ต้องไปหาโรคจิตวิทยาที่สวนปรุง เทพก็จะแนะนำไปประมาณนี้” (คนทรง, สัมภาษณ์, 29 มิถุนายน 2558)

ดังนั้นกล่าวได้ว่า ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นคนพื้นถิ่นแต่กำเนิดนั้นไม่มีพฤติกรรมหรือความคิดที่สะท้อนถึงความรู้สึกว่าการรับการรักษาที่มีผลถึงอาการหรือการหลีกเลี่ยงการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช หรือในลักษณะของการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น รักษาจากคนทรง เพราะหากย้อนกลับไปพิจารณาแนวคิดต้นกำเนิด จะพบว่า ผู้ร่วมวิจัยส่วนมากมีวิธีอธิบายสาเหตุการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป แต่ทุก ๆ วิธีนั้นส่วนใหญ่แล้วจะสอดคล้องกับการแพทย์สมัยใหม่ ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นกับ

สมาชิกคนใดคนหนึ่ง สิ่งแรกที่เกิดขึ้นคือ ต้องพาไปโรงพยาบาลสวนปรุง เพราะที่นั่นเป็นที่ของ “คนบ้า” และคำว่าผีบ้า ก็ไม่สิ่งแปลกใหม่สำหรับผู้ร่วมวิจัยพื้นถิ่นเพราะเป็นสิ่งทีทุก ๆ คนรับรู้มาอย่างยาวนาน (เฉพาะญาติ เนื่องจากตัวผู้ป่วยเองมักจะไม่มีสติขณะถูกส่งเข้ารับการรักษา)

ดังนั้นมลทินประทับที่เกิดขึ้นในช่วงการตัดสินใจเข้ารับการรักษาสามารถแบ่งได้เป็นประเด็นการจำแนกระดับความผิดปกติผ่านการตั้งชื่อ และประเด็นทางชนชั้นกับโรคทางจิตเวช

### 6.5.1 การจำแนกระดับของความผิดปกติทางจิตผ่านการตั้งชื่อ (Naming)

เมื่อกล่าวถึง “คนบ้า” ผู้ศึกษาจึงขอเปิดประเด็นการตั้งชื่อ (Naming) ถือว่าเป็นสิ่งที่ควรให้ความสนใจอย่างหนึ่ง เพราะนอกจากชื่อจะบอกถึงความหมายแล้ว การตั้งชื่อยังเกี่ยวข้องกับเรื่องของอำนาจ ผู้ศึกษาเห็นว่า เราควรตั้งคำถามเพิ่มเติมว่า ผู้ใดเป็นคนตั้งชื่อ และมีความคิดอะไรที่แฝงอยู่เบื้องหลังของชื่อนั้น ๆ และชื่อที่ถูกตั้งนั้น ๆ มีลักษณะที่ตายตัว ไม่เปลี่ยนแปลงอีกต่อไป ซึ่งจะเท่ากับการกักขังภาพลักษณ์ของปัจเจกหรือไม่ หรือว่าชื่อที่ถูกตั้งนั้นเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ยกตัวอย่างการตั้งชื่อเรียกของคนทรงต่อผู้ป่วยทางจิตต่อไปนี้

เค้า (เทพ) ก็แก้วิธีของเค้า แต่ถ้ามั่นไม่หาย ไม่ดี ก็แนะนำไปหาโรงพยาบาล เพราะสวนปรุงมันก็มีทั้งผีบ้า ทั้งโรคจิต ทั้งโรคเครียดก็มี (คนทรง, สัมภาษณ์, 29 มิถุนายน 2558)

สำหรับงานศึกษาชิ้นนี้ ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนหลายแง่มุมและหลายชื่อของผู้ป่วยทางจิต ซึ่งโดยสรุปสามารถจัดหมวดหมู่ได้เป็น 4 คำ โดยแต่ละคำนั้น ใช้ความรุนแรงของอาการเป็นตัวกำหนดชื่อนั้น ๆ

#### 6.5.1.1 ผีบ้า: สถานะทางสังคมที่ต่ำชั้น

คำว่า “ผีบ้า” คือ ผู้เจ็บป่วยทางจิตที่มีอาการทางบวก (Positive Symptoms) อาจเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้ชุมชนจะมุ่งเน้นไปที่แนวคิดร้ายรอบเรื่องความอันตราย คือมีพฤติกรรมทำร้ายคนในครอบครัวโดยเฉพาะพ่อแม่, การลายข้าวของ อีกอย่างหนึ่งคือความสามารถในการควบคุมตัวเองว่ามีในระดับใด รวมถึงลักษณะการแต่งกาย และการรักษาความสะอาด ซึ่งจะกล่าวในเนื้อหาส่วนถัดไป แต่ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่า สำหรับภาคเหนือจะใช้คำว่า “ผี” ขึ้นนำหน้า ไม่ได้ใช้คำว่า “คนบ้า” ในจุดนี้ผู้ศึกษาวิเคราะห์ว่า คำว่า “ผีบ้า” นั้นเป็นสถานะทางสังคมอย่างหนึ่งที่ชุมชนมอบให้กับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง สถานะทางสังคมนี้มีนัยยะของการกีดกัน และเป็นการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์อย่างหนึ่ง หากเรากลับไปพิจารณาเนื้อหาของเรื่องเล่าเกี่ยวกับผีแล้ว จะเห็นว่าผี (ที่ไม่ใช่ผีปู่ย่า/ผีเสื้อเมือง) สำหรับคนภาคเหนือ นั้นมีสถานะที่ต่ำกว่ามนุษย์ และจากการอ่านงานศึกษาของ ศุภลักษณ์ ปัญญา (2553) พบว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่พบนั้นกลับเป็นลักษณะของ คนทำต่อผี ไม่ใช่ผีทำต่อคน กล่าวคือถึงแม้ว่าผีจะมีอำนาจบางอย่าง แต่ผีก็เสียรู้คนอยู่วันยังค่ำ เป็นต้น นอกจากนั้น ยังมีแนวคิดเกี่ยวกับความทันสมัยของชุด

ความรู้เข้ามาตัดสินอีกด้วย คือ คนบ้าจะนับถืออะไรแปลก เช่นรูปปั้นเทพต่าง ๆ ที่คนในครอบครัวไม่รู้จัก ดังที่ป่าตึกพูดถึงผู้ป่วย (น้องชาย) ดังนี้

ผีบ้า ก็คือ ทำอะไรไปเรื่อย ไม่ดูแลตัวเอง ไม่รับผิดชอบ แก่ไม่มี ความรับผิดชอบอะไรซักอย่างเลย แก่ตัวเองแก่งยังไม่มี ความรับผิดชอบ ตัวเองจะไม่มี ความรับผิดชอบ ทั้งตัวเอง เรื่องรักษาความสะอาด อาบน้ำ ทำอะไรทุกสิ่งทุกอย่าง ในบ้านแก ขนาดฝนตกหลังคารั่ว เราก็บอกให้แกทำ เราจะซื้อของมาให้ทำเอง แกก็เฉย ๆ ไม่ทำ ไม่รับผิดชอบ เอาอันนั้นมาบูชา เอาอันนี้ มาบูชา (ป่าตึก, สัมภาษณ์, 8 สิงหาคม 2558)

#### 6.5.1.2 โรคจิต: ชื่อเรียกกึ่งมลทิน (Semi Stigma) สถาปนาผ่านโรงพยาบาล

การถูกตั้งชื่อว่า “โรคจิต” คือ ผู้ป่วยทางจิตที่มีกลุ่มอาการทางลบ (Negative Symptoms) แต่บางรายอาจมีอาการทางบวกก็ได้เพียงแต่ยังไม่แสดงพฤติกรรมรุนแรง เช่น การพูดคนเดียว การวิงวอน ต่ำท้อ แต่การต่ำท้อนี้ต้องไม่เป็นการต่ำท้อพ่อแม่ ผู้ที่อายุสูงกว่าหรือ ผู้ที่ควรได้รับการเคารพ และพระ มิฉะนั้นจะถูกจัดให้อยู่ในประเภทผีบ้า อย่างไรก็ตาม คำว่าโรคจิตนั้น ดูเหมือนจะเป็นคำที่หยาบคายทางด้านการแพทย์มาใช้ตั้งชื่อ นั่นคือผู้ป่วยต้องเคยผ่านการรักษาใน โรงพยาบาลจิตเวช

คำว่าโรคจิตมีมิติของการตีตรา (Labeling) และกึ่งมลทินประทับได้เช่นกัน แต่อาจจะไม่รุนแรงเท่ากับผีบ้า อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยทางจิตในชุมชนสามารถเปลี่ยนสถานะได้อย่างตลอดเวลา เช่น ถ้าผีบ้าที่ได้รับการบำบัดรักษาและกินยาอย่างต่อเนื่องก็อาจจะถูกเรียกใหม่ว่า โรคจิตซึ่งมีนัยยะของความเป็นคนมากกว่า ในทางกลับกัน ผู้ป่วยโรคจิตที่ละเลยการกินยาจนมีพฤติกรรมรุนแรงขึ้น ก็เปลี่ยนสถานะเป็นผีบ้า ซึ่งคล้ายกับว่าถูกลดสถานะความเป็นคนออกไป เพราะฉะนั้นในชุมชนก็จะมีวิธีปฏิบัติกับ “ผีบ้า” ที่แตกต่างไปจาก “โรคจิต” เป็นต้น

ทั้งนี้ การถูกเรียกว่า ผีบ้าหรือโรคจิตนั้น ขึ้นอยู่กับว่าผู้ใดเรียกอีกด้วย เช่น ผู้ป่วยบางคนแต่งตัวดี สะอาดสะอาด ก็อาจจะถูกมองว่าเป็นโรคจิตเมื่อออกสู่พื้นที่สาธารณะ นั่นคือ เนื้อหาของการพูดผิดปกติไม่เหมือนคนทั่วไป หรือมีความคิดหลงผิดอยู่ในคำพูด เป็นต้น แต่สำหรับญาติผู้ดูแลจะมองว่าผู้ป่วย คือ ผีบ้า เพราะว่ามีพฤติกรรมรุนแรงต่าง ๆ มากมายในพื้นที่ส่วนตัว

สิ่งที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง คือ เนื่องจากคำว่าโรคจิตนั้นเป็นศัพท์ทางการแพทย์ ถือว่าเป็นการจัดจำแนกใหม่ที่ชุมชนได้รู้จัก ส่งผลให้ชุมชนเองยังมีความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนว่าอาการเช่นใดที่เรียกได้ว่าโรคจิต เพราะปัจจุบันโรคจิตเป็นเพียงช่องทางเรียกให้ลดมลทินประทับลงเท่านั้น แต่ก็ยังมีความเข้าใจที่เลือนรางว่า แล้วอาการทางสมองอื่น ๆ เช่น ปัญญาอ่อน คือ กลุ่มคนโรคจิตหรือไม่ เพราะฉะนั้นสมาชิกชุมชนมักจะเหมารวมว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาผิดปกติ (ที่ไม่ใช้พิการทางกาย) คือ โรคจิตไปเสียทุกคน เท่ากับเป็นการเกิดขึ้นของการเหมารวมครั้งใหม่



### 6.5.1.3 เพี้ยน: ความผิดปกติที่เบาบางที่สุด

สำหรับคำว่าเพี้ยนนั้น เป็นระดับความรุนแรงที่เบาที่สุดสำหรับพื้นที่ศึกษา โดยคนที่จะถูกเรียกว่าเพี้ยนนั้น คือ คนที่แสดงอาการทางจิตบางอย่างที่ไม่รุนแรง หรือไม่ได้กระทบกระเทือนให้ใครเดือดร้อนโดยตรง เช่น การพูดคนเดียวในบางครั้ง การไม่สูงสิ่งกับใคร การเปลี่ยนเมียบ่อยเพราะอยู่กับใครไม่ได้ ทั้งนี้ผู้เจ็บป่วยคนนั้นจะต้องไม่เคยเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน ตามที่ปาจินตากล่าวถึงสมาชิกในครอบครัวคนหนึ่ง

ผู้ศึกษา ลุงคนที่ก่อสร้างอยู่ตรงโน้น?

ผู้ร่วมวิจัย ใช่ ๆ อันนี้ก็เพี้ยนเหมือนกัน คือว่าต้นตระกูลเราเนี่ย คือปู่เราเป็นบ้า อันนี้คือกรรมพันธุ์เนาะ แต่ลุงคนนี้ แก่กว่าเราอยู่สองสามปี แต่มีเมียบ่อบ “เมียบ่นนี้ นึก!” (มีเมียหลายคน) แล้วมันอยู่กับเค้าไม่ค่อยได้ คืออารมณ์มันคล้าย ๆ อีเพี้ยนเนี่ย แต่ว่าดีกว่า

ผู้ศึกษา ออดีกว่าบ้าเพี้ยนนะ โอเค

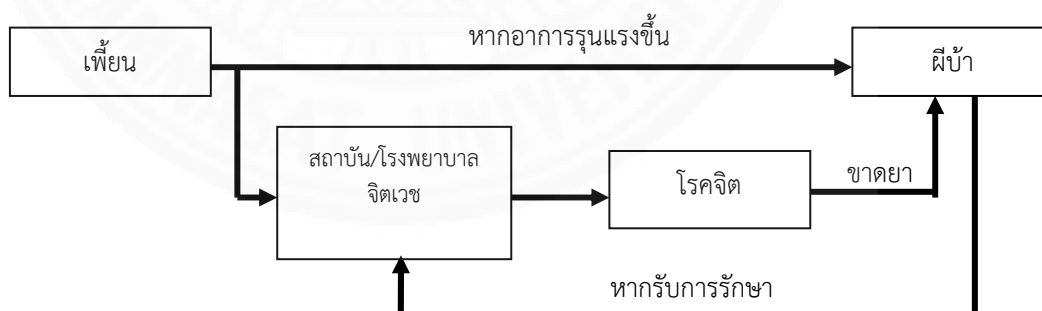
ผู้ร่วมวิจัย ดีกว่า เพราะว่าไม่ต้องไปกินยาสวนปรง แต่ว่าจะพูดอะไรก็ได้ ไม่นานตัวเองเข้าใจม๊าย

### 6.5.1.4 การตั้งชื่อกับการลิ้นไหลของสถานะ

ความรุนแรงน้อย ไม่เป็นอันตราย

อันตราย แต่ถูกควบคุมด้วยยา

อันตราย ควบคุมไม่ได้



ภาพที่ 6.2 การเปลี่ยนสถานะทางการเจ็บป่วยทางจิตผ่านการตั้งชื่อเรียก.

การตั้งชื่อ (Naming) นี้เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ของผู้คนในสังคม ถึงแม้การตั้งชื่อจะเป็นเชิงอำนาจ ซึ่งผู้ป่วยถูกกดขี่ก็ตาม แต่หากมองมิติของความหลากหลายแล้ว จะพบว่า ผู้ป่วยในชุมชนก็ไม่ได้ถูกรอบงำด้วยชื่อเพียงแบบเดียวตลอดไป ยังพบการเปลี่ยนแปลงของสถานะความเจ็บป่วยซ่อนอยู่เช่น หากผีบ้าเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ก็จะถูกเปลี่ยนชื่อเรียกเป็น “โรคจิต” ซึ่งมีความรุนแรงน้อยกว่า มีมลทิน เป็นชื่อที่มีนัยยะของการถูกควบคุมความเป็นภัยอันตรายเอาไว้แล้ว อย่างไรก็ตามหากคนที่ เป็นโรคจิตขาดยา ก็สามารถถูกมองว่าเป็นผีบ้าได้เช่นกัน เพราะฉะนั้นก็จะพบว่า สถานะที่ถูกกำหนดนั้นขึ้นอยู่กับอาการ และการรับการบำบัดรักษา จึงสรุปได้ว่าสังคมได้เปิดโอกาสในการเลื่อนสถานะของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามไม่ว่าสถานะใดก็ยังคงเป็นการสร้างมลทินเข้าไปประทับกับตัวผู้ป่วยอยู่ดี

จากเนื้อหาด้านบน จะพบว่าผู้ศึกษาพยายามเสนอความพิเศษของผู้ร่วมวิจัยว่า ครอบครัวไม่ได้ตระหนักถึงมลทินประทับในการพาผู้ป่วยในครอบครัวเข้ารับการรักษาเท่าใดนัก ทั้งนี้ต้องขอชี้แจงว่า ผู้ศึกษาพบมลทินถูกประทับอยู่กับครอบครัวและผู้ป่วยอย่างแน่นนอน เพียงแต่ว่าจะเกิดในช่วงที่ออกจากโรงพยาบาลและกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนแล้วเท่านั้น อย่างไรก็ตามมีผู้ร่วมวิจัยอยู่ครอบครัวหนึ่ง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความตระหนัก และวิธีการจัดการกับมลทินประทับที่จะเกิดขึ้นหากเขาพาภรรยาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งผู้ศึกษาเห็นว่าน่าสนใจอย่างยิ่ง

เงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมรวมถึงชนชั้นที่ต่างกัน ส่งผลต่อการตระหนักในมลทินประทับที่แตกต่างกัน ในขณะที่ผู้ร่วมวิจัยที่เรียกได้ว่าเป็นชาวบ้านที่เกิดและเติบโตขึ้นในชุมชนของตนไม่คิดว่าการพาผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นเรื่องเสียหายอะไร แต่สำหรับครอบครัวลุงสี่สันต์นั้นกลับเป็นสิ่งที่ตัดสินใจทำได้อย่างลำบากยิ่ง

สาเหตุที่ผู้ศึกษา กล่าวว่า สำหรับลุงสี่สันต์ นั้นเป็นการตัดสินใจที่ลำบากนั้นเพราะว่า ทันทิที่ที่เกิดความเจ็บป่วยทางจิตกับภรรยาของลุง ในจุดนี้ต้องขอทำความเข้าใจว่า เหตุการณ์แรกเริ่มนั้นเกิดขึ้นเมื่อกว่า 40 ปีที่ผ่านมา ดังนั้นเมื่อภรรยาป่วยทางจิตด้วยอาการหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย ทำให้ลุงสี่สันต์ ต้องวิ่งจับตัวกลับมาที่บ้านอยู่บ่อย ซึ่งทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะนั้นลุงสี่สันต์ บอกว่าเป็นเรื่องแปลกประหลาดอย่างมาก เพราะในพื้นที่ ที่ลุงและภรรยาอาศัยอยู่นั้นไม่เคยมีเรื่องแบบนี้มาก่อน ส่งผลให้ลุงต้องให้ภรรยาไปอยู่ที่บ้านของญาติ จนสุดท้ายถึงขั้นต้องขอยกย้ายสถานที่ทำงานออกจากพื้นที่ซึ่งอาศัยในขณะนั้นในทันที เพราะว่าไม่อยากให้คนอื่น ๆ รู้เรื่องราวที่เกิดขึ้นเพราะจะเป็นมลทินกับครอบครัวของตน

ตอนที่ลูกยังเด็ก ๆ เลย แม่บ้านผมเริ่มป่วย แคะเริ่มป่วย เราก็เอ . . . เราจะทำยังไงดี เราไม่อยากให้คนเค้ารู้ไอ้เรื่องทางนี้ นี่ก็เรียกได้ว่าเป็น Stigma ที่เราเจอนะ (ลุงสี่สันต์, สัมภาษณ์, 3 กันยายน 2558)

ด้วยความรู้สึกที่ว่าหากคนอื่นรู้ว่าภรรยาของตนเป็นโรคจิตเข้า จะต้องกลายเป็นมลทินติดตัวอย่างแน่นอน ความกลัวและความวิตกในมลทินนี้เองทำให้ลุงสีบสันต์ตัดสินใจไม่พาภรรยาไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช แต่ลุงสีบสันต์ เลือกพาภรรยาไปรักษาที่หมอมือ เมื่อไม่หายจึงพาไปรักษาที่คลินิก ประจวบกับในขณะที่ลุงสีบสันต์ได้ย้ายสถานที่ทำงานมาอยู่จังหวัดเชียงใหม่ ก็เลยตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาทอยู่เรื่อยมา และอยู่มาวันหนึ่ง ภรรยาได้กลับไปอยู่อยู่กับลูก ๆ และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ นับเป็นการรับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางครั้งแรก ซึ่งในขณะนั้น ทั้งคู่ก็เกือบจะเกษียณอายุราชการแล้ว

อยู่แบบนี้มานานนะ คลินิกบ้าง หมอมือบ้าง ก็รักษามาทั้งหมดครับ แต่ไม่ยอมเข้าสู่ระบบซักที จน . . . กระทั่งหลัง ๆ มันอยู่ไม่ไหวแล้ว จังหวัดนี้ ก็เลยต้องหาทางโยกย้าย ย้ายที่ทำงาน เพราะว่า Stigma นี่แหละเราพยายามวิ่งเต้นย้ายอยู่ 2-3 ปี เพราะว่าตอนนั้นก็ไม่มีใครทำอะไร จนสุดท้ายก็ได้มาเชียงใหม่ หัวกระแตกกันมาเหมือนบ้านแตกเลย ตอนนั้น แม่บ้านย้ายมาอยู่สถาบันแห่งหนึ่งในเชียงใหม่ ผมเองไม่มีที่ลงต้องไปช่วยราชการที่ . . . ระหว่างนี้ ก็ยังมีความรู้สึกถึง Stigma อยู่นะ เพราะว่าเราไม่ยอมไปรักษาทางจิต เราไปโรงพยาบาลประสาทก่อน (ลุงสีบสันต์, สัมภาษณ์, 3 กันยายน 2558)

จะเห็นได้ว่า ความรู้สึกกลัวจะถูกมลทินประทับเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางนั้นมีอยู่จริง การที่ลุงสีบสันต์กลัวว่ามลทินจะแปดเปื้อนครอบครัวของตนเองนั้น ทำให้ลุงสีบสันต์ มีรูปแบบของการบำบัดรักษาที่น่าสนใจนั่นคือ การเลือกเข้าไปใช้บริการระบบการรักษาที่ห่างไกลจากงานสุขภาพจิตมากที่สุด เริ่มจากการหาคนทรง ซึ่งคนทรงนี้เรียกว่าเป็นการรักษานอกระบบการแพทย์สมัยใหม่เลยก็ว่าได้ ผู้ศึกษาเห็นว่าเส้นทางเลือกที่น่าสนใจอย่างยิ่ง เพราะในทางตรงกันข้าม ผู้ร่วมวิจัยคนพื้นถิ่นจะไม่เลือกมารับการรักษาด้วยวิธีนี้เพราะเชื่อว่ารักษาไม่ได้ ขั้นตอนมาคือการเลือกรับการรักษาในคลินิกทั่วไป ขั้นตอนนี้สะท้อนให้เห็นว่า ลุงสีบสันต์ ได้ค่อย ๆ พาตัวเองและภรรยาเข้าสู่การรักษาสมัยใหม่แล้ว เพื่อหาคำอธิบายและรักษาของสิ่งที่ภรรยาเป็น ทั้ง ๆ ที่ในใจลึก ๆ ก็ทราบดีว่า นี่คือโรคทางจิตอย่างแน่นอน หลังจากนั้นเมื่อการรักษาในคลินิกไม่ได้ผล ลุงเริ่มก้าวเข้าสู่พื้นที่ของความรู้เฉพาะทางมากขึ้น แต่ก็ยังคงเป็นชุดความรู้ที่อธิบายด้วยระบบประสาทซึ่งฟังดูเป็นนามธรรม จับต้องได้ รับรู้ได้และตีความได้ว่าไม่มีมลทินให้แปดเปื้อนหากจะก้าวเข้าสู่อาณาเขตของโรงพยาบาลประสาท สิ่งนี้น่าสนใจอย่างยิ่ง ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าในท้องถิ่นที่ตนอาศัยมีโรงพยาบาลด้านจิตเวชอยู่ แต่ก็เลือกไปรักษาโรงพยาบาลประสาทซึ่งก็ยังไม่ใช่สถานที่ที่ควรจะไป นั่นก็เพราะในความคิดของลุงสีบสันต์ โรงพยาบาลจิตเวชคือที่ประทับมลทินที่ชัดเจนที่สุด เขาจึงต้องหลีกเลี่ยงและรักษาจากสถานที่อื่น ๆ จนกว่าโรคนี้จะหายไปให้ได้ อย่างน้อยถ้ารักษาที่โรงพยาบาลประสาทสำเร็จ ภรรยาของเขาจะได้ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต ซึ่งเป็นสิ่งที่ยากจะยอมรับ แต่สำหรับผู้ศึกษาแล้วมองว่า

มีมลทินที่ก่อตัวเป็นกำแพงอีกชั้นซึ่งขวางกั้นความคิดไม่ให้เข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลเฉพาะทางที่เรียกว่า “กำแพงของชนชั้น”

### 6.5.2 ชนชั้นกับโรคทางจิตเวช (Social Class and Mental Illness): ความเจ็บป่วยทางจิต ความลำหลัง และการถูกเหมารวม

เมื่อกล่าวถึงชนชั้น (Class) อาจจะทำให้นึกถึงงานของคาร์ล มาร์กซ์ (Karl Marx) แต่ประเด็นที่จะเสนอต่อไปนี้อาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับชนชั้นของมาร์กซ์ แต่จะมีความคาบเกี่ยวกับศัพท์ทางสังคมวิทยาว่า อคติทางชนชั้นทางสังคม (Social Class Bias) ซึ่งสำหรับการศึกษาชั้นนี้ ถึงแม้ผู้ร่วมวิจัยจะไม่ได้สะท้อนเรื่องของชนชั้นออกมาโดยตรงในลักษณะของคำพูด แต่ผู้ศึกษามีความเห็นที่พื้นที่ของงานสุขภาพจิตกลับเต็มไปด้วยเรื่องของชนชั้นเป็นรากฐาน

สิ่งที่ทำให้ผู้ศึกษาหยิบยกประเด็นนี้มีวิเคราะห้ก็เพราะว่ามีผู้ร่วมวิจัยครอบครัวหนึ่งปฏิเสธการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งก็อาจมองได้ว่า เป็นเพราะเขากลัวมลทินจะมาแปดเปื้อน ซึ่งอาจส่งผลต่อหลายสิ่งหลายอย่าง ทั้งหน้าตาทางสังคม หรือหน้าที่การงานของผู้ป่วย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ยังมีพื้นที่ว่างให้อธิบายถึงอีกสาเหตุหนึ่งของการเลี่ยงการรับการรักษาว่า แท้จริงแล้วคำว่ากลัวมลทิน คืออะไรกันแน่ มันทำให้รู้สึกแคว่า เป็นโรคที่น่ากลัวเท่านั้นหรือไม่ หรือเกี่ยวข้องกับอย่างอื่นด้วย

เพราะฉะนั้น เมื่อลองพิจารณาดูว่า ตัวละครในงานศึกษาชั้นนี้มาจากชนชั้นทางสังคมใดบ้าง ตอบได้ว่าแทบทั้งหมดคือชนชั้นล่างแต่ชนชั้นล่างสำหรับงานศึกษาชั้นนี้ต้องประกอบด้วยลักษณะ 2 อย่าง คือ ประการแรก เป็นชนชั้นที่ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม เลี้ยงสัตว์ และงานรับจ้างต่าง ๆ ประการที่สอง คือ จะต้องมีความเชื่อที่โน้มเอียงไปทางผี มากกว่าพุทธและวิทยาศาสตร์ (นับถือทั้งสองอย่างแต่ให้ความสำคัญกับผีเป็นหลัก) นั่นคือ การมองว่าผี/อำนาจเหนือธรรมชาติ คือ แนวคิดที่ลำหลัง ในขณะที่พุทธศาสนาคือความทันสมัย (Modern) ดังนั้นชนชั้นที่มีความเชื่อในพุทธเถรวาทและวิทยาศาสตร์มากกว่าผี และประกอบอาชีพจำพวก รับราชการ หรือทำงานบริษัทห้างร้านต่าง ๆ ก็จะถูกมองว่าเป็นชนชั้นกลางในชุมชน

ถึงแม้ว่าในการลงพื้นที่ศึกษาจะไม่พบรูปแบบของการกดขี่ทางชนชั้นที่ชัดเจน แต่ก็พบว่า ชนชั้นของผู้ป่วยทางจิต มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาอย่างที่แม่หลวงเดือน กล่าวไว้ว่า

แม่หลวง จะมีแค่ 10 คนเท่านั้น คืองานสุขภาพจิตจะมี 10 กว่าคน นอกนั้นจะเป็นคนไข้ที่เรียกว่าเค้าไม่ยอมรับตัวเอง เค้าเป็นแล้วญาติเค้าไม่ยอมรับ บางคนยังไม่มีบัตรผู้พิการเลยก็มีนะ แต่กินยานะ

ผู้ศึกษา ยมาจาก รพ. จิตเวชหอรอครับ

แม่หลวง ยามันเป็นแบบ เค้าเรียกว่า . . .

ผู้ศึกษา ประกันสังคม

แม่หลวง เอ่อนะ ๆ เค้ายก็จะไปเอาจากโรงพยาบาลที่เค้าไปทำประกันสังคม พวกที่ทำงานบริษัทพวกมีเงิน พวกครูพวกอะไรนะ ไม่ค่อยไป รพ. จิตเวชหอรก (แม่หลวง, สัมภาษณ์, 4 สิงหาคม 2558)

นอกจากนั้นลุงสี่สันต์ ยังกล่าวถึง ชั้นของผู้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชไว้บางส่วนดังนี้

ผู้ศึกษา แล้วมาเริ่มต้นโครงการของโรงพยาบาลแห่งนี้ ที่มีที่มาที่ไปอย่างไรครับ

ลุงสี่สันต์ เค้ายเชิญเราไปเข้ากลุ่ม . . . คือ ขอโทษนะ คนระดับกลางนี่นะไม่ค่อยมีหรอกในกลุ่มเนี่ย ส่วนมากจะเป็นชาวบ้าน ตั้งแต่นั้นเค้าก็อุปโลกน์ให้ผมเป็นหัวหน้าทีมมาตลอด เพราะมันไม่มีคนนำ พวกครูบาอาจารย์ก็พอมิแต่เค้าก็หลบ ๆ

ผู้ศึกษา เป็นข้อสังเกตนะครับว่าผู้ป่วยที่ยอมไป . . . ประทานโทษครับ คนมีการศึกษาไม่ค่อยจะอยากไป

ลุงสี่สันต์ ไม่มีครับ ไม่มีเลย ผมไปก็ไปติดแหงกอยู่ที่นั่น (ลุงสี่สันต์, สัมภาษณ์, 3 กันยายน 2558)

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า โรงพยาบาลจิตเวชเป็นโรงพยาบาลสำหรับรักษาชนชั้นล่าง รักษาชาวบ้านธรรมดา ๆ ที่ยากจน เท่ากับว่าการที่ชนชั้นกลางคนหนึ่งเช่นลุงสี่สันต์จะตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ลุงสี่สันต์ และครอบครัวก็ต้องมาขึ้นอยู่กับกลางชนชั้นล่างจำนวนมากมาย เหมือนกับว่าโรคจิตนั้นเป็นโรคของคนจน เป็นโรคของคนไม่มีความรู้ โลกของคนงมงายเชื่อในเทพเจ้า โรคของคนที่ล่าหลัง เพราะฉะนั้น การที่ต้องมาปะปนกับคนเหล่านี้ อาจทำให้รู้สึกได้ว่า อาจถูกคนในโรงพยาบาลจิตเวชนั้น ๆ มองอย่างเหมารวมเช่นเดียวกัน

เรื่องชนชั้นเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ในกรณีนี้ อคติทางชนชั้นอาจเกิดขึ้นมาโดยที่ผู้ร่วมวิจัยอาจจะไม่รู้ตัวเสียด้วยซ้ำว่า การที่ไม่ยอมไปโรงพยาบาลจิตเวช นั้นอาจเพราะลึก ๆ แล้วมีประเด็นชนชั้นแฝงอยู่ จุดนี้ต้องขอย้อนกลับไปย่อหน้าขึ้นต้น ว่าเพราะอะไรผู้ศึกษาจึงกล่าวว่า โรคทางจิตเวชเป็นโรคของชนชั้นล่าง (วิเคราะห์จากบริบทในอดีต ไม่ใช่ปัจจุบัน)

1. ผู้ป่วยมีสถานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี ในที่นี้หมายถึง ผู้ป่วยบางส่วนประกอบอาชีพรับจ้าง หรือหาเช้ากินค่ำ อย่างเช่น ผู้ร่วมวิจัยหญิงคนหนึ่งที่มีอาชีพรับจ้างทำขนม “ข้าวเม่า” เธอผู้นี้ต้องทำงานทั้งวันทั้งคืน ทำให้ต้องพึ่งการดื่มเครื่องดื่มชูกำลังในปริมาณมากจนเจ็บป่วยทางจิต

2. การศึกษา ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนมากมีระดับการศึกษาต่ำ และส่วนใหญ่แล้วอาจเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ด้วยซ้ำ เนื่องจากความยากจน และบางรายเริ่มมีปัญหาทางอารมณ์เกิดขึ้นในวัยเด็ก ทำให้ไม่สามารถเรียนต่อได้จนจบภาคบังคับในขณะนั้น

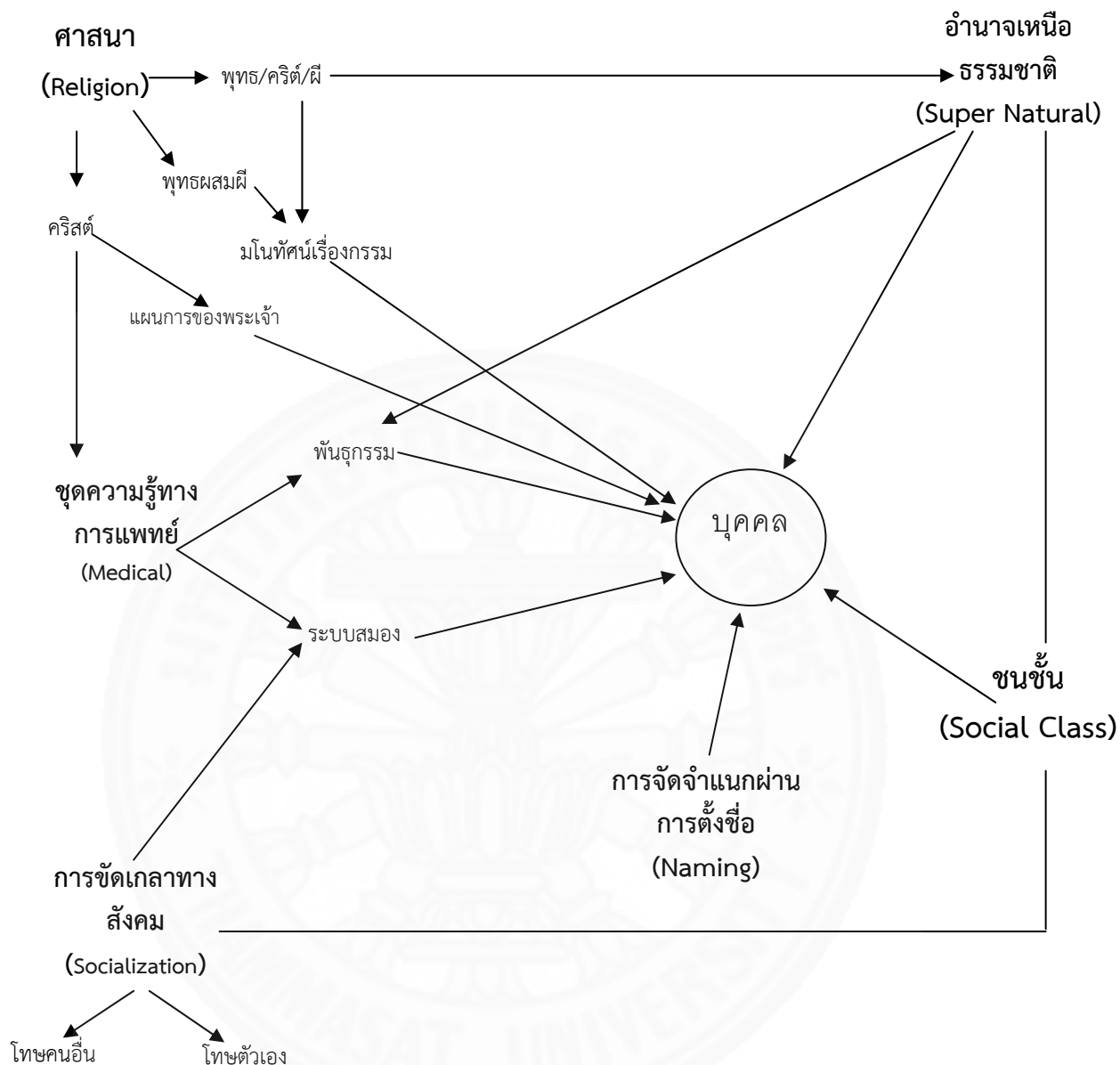
3. ความล้าหลัง ประเด็นนี้น่าสนใจอย่างมาก ผู้ศึกษาไม่ได้หมายถึงว่า คนเหนือที่เชื่อเรื่องผีนั้นมีความล้าหลัง แต่ผู้ป่วยที่เกิดความเจ็บป่วยเพราะคิดว่าตนเองเป็นเทพเจ้า หรือมีพลังวิเศษจากอำนาจเหนือธรรมชาติ นั่นคือการสะท้อนความคิดที่ล้าหลังของตัวผู้ป่วย (ต้องแยกเรื่องนี้ ออกจากความเชื่อเรื่องร่างทรง/ผี) อย่างไรก็ตาม ความคิดเช่นนี้จะกลายเป็นแนวคิดที่มีความล้าหลังในทันทีเมื่อใช้กรอบทฤษฎีทางมานุษยวิทยาของกลุ่มวิวัฒนาการวัฒนธรรม อย่างเช่น เอ็ดเวิร์ด บี ไทเลอร์ (Edward B. Tylor, 1832-1917, อ้างถึงใน ยศ สันตสมบัติ, 2556) เพราะทฤษฎีดังกล่าว ถือว่าวิทยาศาสตร์คือความเชื่อของสังคมของอารยชน และเบียดขับความเชื่อทางศาสนาลงไป ยิ่งกว่านั้น ความเชื่อเรื่องภูตผียิ่งถูกจัดให้อยู่ในสังคมที่มีวิวัฒนาการต่ำ

เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่า ช่วงเวลาหนึ่งในอดีตได้มีกักขังภาพลักษณ์ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช ด้วยภาพลักษณ์แบบหนึ่งเอาไว้ตามที่กล่าวข้างต้น เพราะฉะนั้นกระบวนการที่เกิดขึ้นคือ ในเมื่อสังคมในสมัยนั้นกักขังภาพลักษณ์ของผู้ป่วยขึ้นมาแล้ว ก็เท่ากับว่าใครก็ตามที่เข้าไปในพื้นที่ของโรงพยาบาลจะถูกเหมารวมด้วยภาพลักษณ์อย่างนั้นไปด้วย นั่นคือ กลัวคนอื่นจะมองว่าตนเองจน ไร้การศึกษา และล้าหลัง ทั้ง ๆ ที่ตลอดชีวิตของชนชั้นกลางถูกเลี้ยงสอนให้เป็นในทิศทางที่ตรงกันข้ามกับภาพลักษณ์ดังกล่าวของผู้ป่วยอย่างสิ้นเชิง สิ่งที่เกิดขึ้นนี้ สามารถมองในประเด็นการปลดปล่อยตัวตนได้เช่นกัน ทั้งนี้การปลดปล่อยตัวตนนี้ไม่ได้เป็นในลักษณะของการละทิ้งอัตตาเดิมของตนเอง แล้วกลายมาเป็นคนไข้ ที่มีหมายเลขผู้ป่วย (Hospital Number) กำกับที่ข้อมือ แต่ว่าเป็นการปลดปล่อยสถานะทางชนชั้น กล่าวคือ การก้าวเข้ามาในโรงพยาบาลจิตเวชคือการลดระดับชนชั้นทางสังคมของตนเองลง

## 6.6 สรุป

เนื้อหาในบทที่ 6 เป็นการกล่าวถึง การทำงานของมลทินประทับที่อยู่ในช่วงก่อนการเข้ารับการบำบัดรักษา (Pre-treatment Phase) ซึ่งประกอบไปด้วย แนวคิดรายรอบมลทิน ที่เรียกว่าแนวคิดต้นกำเนิด และการตัดสินใจรับการรักษา ซึ่งผู้ศึกษาขออธิบายสรุปตามแผนภาพด้านล่าง





ภาพที่ 6.3 การทำงานของแนวคิดต้นกำเนิดต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดมลทินกับบุคคล.

จะเห็นได้ว่า แนวคิดต้นกำเนิดที่ดูคล้ายกับว่าจะแยกส่วนกันอย่างชัดเจน แท้จริงแล้วกลับมีความสัมพันธ์กันอย่างสลับซับซ้อน และในความเป็นจริง อาจจะสลับซับซ้อนกว่าแผนภาพของผู้ศึกษาก็เป็นได้

แผนภาพแสดงให้เห็นว่าแนวคิดต้นกำเนิดมีความสัมพันธ์กัน ยกตัวอย่างเช่น แนวคิดเกี่ยวกับศาสนา ก็จะถูกแบ่งออกเป็น คริสต์, พุทธผสมผี และพุทธ/คริสต์/ผี ซึ่งคนคริสต์เพียงคนเดียวส่วนหนึ่งจะอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตผ่านความรู้ทางการแพทย์ หรือในอีกมิติหนึ่งอาจจะคิดว่าความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแผนการของพระเจ้าเป็นต้น ในขณะที่คนพุทธพื้นถิ่นจะมองว่า

เป็นเพราะกรรมของตนเอง นอกจากนั้นยังมีการสร้างชุดคำอธิบายที่ผสมผสานระหว่าง อำนาจเหนือ ธรรมชาติและวิทยาศาสตร์การแพทย์ขึ้นมา เช่น มองว่าความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากการที่บรรพบุรุษ ไปทำการละเมิดบรรทัดฐานบางอย่างของชุมชนนั้นสามารถส่งผ่านมายังรุ่นลูกหลานได้ผ่านทางระบบ พันธุกรรมได้ และสำหรับผู้ร่วมวิจัยที่มีความเชื่อทั้งพุทธ/ผี/และคริสต์ ก็จะได้รับเอาคำอธิบายจากความ เชื่อต่าง ๆ มาอธิบายความผิดปกติของตนเอง เช่นคริสต์เดียนอธิบายว่าที่ตนเองเจ็บป่วยอาจเป็น เพราะกรรมเก่า หรือไม่ก็ตนเองถูกอำนาจของผีกระทำ ซึ่งเป็นการกำหนดสร้างขึ้นมาด้วยตนเอง เพราะคนพุทธพื้นถิ่นจริง ๆ ก็จะทราบถึงขอบเขตอำนาจที่ผิดต่อคนว่าเป็นอย่างไร

ความสัมพันธ์ของแนวคิดต้นกำเนิดที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ แนวคิดเรื่อง การขัดเกลาทางสังคม ซึ่งเป็นแนวคิดต้นกำเนิดที่ต้องมีการอธิบายผ่านแนวคิดทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ดังนั้นจึงมีลักษณะเป็นความจริงเชิงซ้อน

ฉะนั้น แผนภาพน่าจะทำให้เห็นคุณลักษณะพิเศษอย่างหนึ่งของชุดความรู้ทางการแพทย์ ที่ตัวของมันเองก็สามารถถูกหยาบคายเข้ามาอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต ซ้ำยังเป็นการลด มลทิน (Destigmatized) สำหรับบางครอบครัวด้วย นอกจากจะมีพลังในการอธิบายสาเหตุด้วย ตัวของมันเองแล้ว การแพทย์ยังเป็นแนวคิดที่ถูกหยาบคาย และเป็นตัวกลางในการอธิบายของแนวคิดต้น กำเนิดต่าง ๆ อย่างที่กล่าวไปแล้วขั้นต้นอีกด้วย

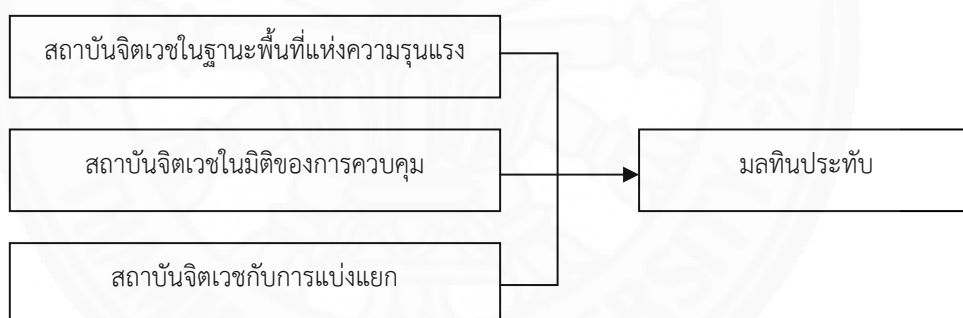
สำหรับอีก 2 ส่วนที่มีความสำคัญไม่แพ้กันคือ ช่วงการตัดสินใจเข้ารับการรักษา ซึ่งจะ ประกอบไปด้วยการจำแนกผู้ป่วยผ่านการตั้งชื่อที่แฝงไปด้วยมลทิน กลายเป็นสถานะของผู้ป่วยระดับ ต่าง ๆ ขึ้นมา อย่างไรก็ตามสถานะที่กล่าวถึงนั้นสามารถเลื่อนไหลได้ตลอดเวลา นอกจากนั้น ยังมี ประเด็นเกี่ยวกับชนชั้นเข้ามามีอิทธิพลในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาอีกด้วย กล่าวคือ แนวคิดต้น กำเนิดว่าด้วยอำนาจเหนือธรรมชาติและการขัดเกลาทางสังคมนั้นในมุมมองหนึ่งสามารถสะท้อนชนชั้นทาง สังคมของผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่ เพราะฉะนั้นการตัดสินใจเข้ารับการรักษาอาจนำไปสู่การถูกเหมาะ รวมทางชนชั้นได้เช่นกัน

## บทที่ 7

### มลทินประทับขั้นบำบัดรักษา (Treatment Phase)

หลังจากที่ได้ทำความเข้าใจการทำงานของมลทินประทับในขั้นก่อนการรับการบำบัดรักษาอย่างละเอียดแล้ว เนื้อหาส่วนนี้จะนำเสนอการทำงานของมลทินประทับที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดรักษา สิ่งสำคัญคือเมื่อผู้ป่วยเข้ามาในพื้นที่ของโรงพยาบาลจิตเวชจะต้องสัมผัสกับมลทินประทับอย่างแน่นอน ซึ่งขอใช้คำกว้าง ๆ ว่า มลทินประทับจากสถาบัน (Institute Stigma) กล่าวคือเป็นการมองสถาบันจิตเวชในฐานะแหล่งผลิตสร้าง มลทินให้กับผู้ป่วยและญาติที่เข้ามารับการรักษา

สำหรับประเด็นการวิเคราะห์เรื่องมลทินประทับจากสถาบันจิตเวชนั้น ผู้ศึกษาขอแนะนำผ่าน 3 ประเด็นหลัก คือ 1. สถาบันจิตเวชในฐานะพื้นที่แห่งความรุนแรง 2. สถาบันจิตเวชในมิติของการควบคุม และ 3. สถาบันจิตเวชกับการแบ่งแยก โดยทั้ง 3 ประเด็นที่กล่าวมานั้น ต่างหลอมรวมกลายเป็นความรู้สึกมีมลทินของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่พวกเขาต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้



ภาพที่ 7.1 ภาพรวมของมลทินประทับที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดรักษา.

#### 7.1 สถาบันจิตเวชพื้นที่แห่งความรุนแรง (Violence Area): เสี่ยงสะท้อนจากประสบการณ์ของผู้ร่วมวิจัย

แทบไม่มีผู้ร่วมวิจัยคนใดที่รู้จักสถาบันจิตเวชอย่างลึกซึ้งซึ่งก่อนที่ตนจะนำตัวผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งแรก ถึงแม้ว่าคนเชียงใหม่จะรู้จักโรงพยาบาลจิตเวชในชื่อ “โรงพยาบาลบ้า” และเรียกผู้ป่วยว่า “ผีบ้าสวนปรุง” ก็ตาม การรับรู้ของผู้ร่วมวิจัยนั้น เป็นเพียงการรับรู้ที่ได้รับมาจากการบอกเล่าแทบทั้งสิ้น ไม่ใช่ประสบการณ์ตรง เพราะฉะนั้นจึงไม่เกิดความสงสัยว่ากระบวนการรักษาใน

นั่นเป็นอย่างไร บางครอบครัวคิดเพียงว่า ญาติจะได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

อย่างที่กล่าวไปแล้วในเนื้อหาส่วนแรกว่า ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นคนพื้นถิ่นนั้นไม่ได้มีท่าทีหวาดกลัวมลทินที่จะเกิดขึ้นจากการพาผู้ป่วยในครอบครัวเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยเองก็เช่นกัน เหตุที่ผู้ศึกษากล่าวเช่นนี้ เพราะไม่มีผู้ป่วย (ผู้ร่วมวิจัย) คนไหนมีสติ (Conscious) ในขณะที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกแม้แต่คนเดียว ทุกคนต่างมีอาการกำเริบ จากนั้นจะหมดสติเพราะฤทธิ์ยา จะฟื้นคืนสติอีกครั้ง ก็พบว่า ตนเองอยู่โรงพยาบาลแล้ว บ้างถูกมัดแขนมัดขา บ้างก็นอนอยู่บนเตียงด้วยท่าทางปกติไร้พันธนาการใด ๆ

เมื่อกล่าวถึงความรุนแรงในสถาบันจิตเวช หลายคนอาจมีภาพความรุนแรงที่ต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของปัจเจก แต่ความรุนแรงที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้คือความรุนแรงที่ผู้ร่วมวิจัยสะท้อนออกมาให้ทราบในลักษณะของ ภาพของการใช้ความรุนแรงของบุคลากรสาธารณสุขต่อผู้ป่วย ภาพความรุนแรงของสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยในที่กลายเป็นภาพสะท้อนตัวตน (Looking Glass self) และสุดท้ายคือ ความหวาดกลัวต่อการช็อคไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy หรือ ECT)

### 7.1.1 ความรุนแรงของบุคลากรสาธารณสุขต่อผู้ป่วย: ภาพที่ผู้ป่วยคุ้นเคย

ผู้ร่วมวิจัยที่อยู่ในฐานะผู้ร่วมเหตุการณ์ ในที่นี้ผู้ศึกษาจะไม่พูดถึงว่าสิ่งใดผิดสิ่งใดถูก เพราะบุคลากรต่าง ๆ ย่อมมีมาตรฐานวิชาชีพกำกับอยู่ แต่ไม่ได้หมายความว่าไม่เกิดความรุนแรงในหอผู้ป่วยใน และความรุนแรงที่ว่านี้คือความรุนแรงจากมุมมองของตัวผู้ร่วมวิจัย ไม่ใช่ผู้ศึกษา กล่าวคือผู้ร่วมวิจัยได้เห็นกระบวนการจัดการกับเพื่อนผู้ป่วยที่อาละวาด คุ่มคลั่ง ด้วยวิธีการพยายามจับกุมต่าง ๆ และจบลงด้วยการมัดติดกับเตียง ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีการใช้กำลังเกิดขึ้น และเพื่อนผู้ป่วยหลายคนได้รับบาดเจ็บ โดยมีเลือดเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของความรุนแรงที่เกิดขึ้น เช่นที่ป้าอร (นามสมมุติ) ได้กล่าวถึงประสบการณ์ในโรงพยาบาลจิตเวชของเธอ

ผู้ศึกษา ป้าอรรู้สึกยังไงครับ ที่ไปโผล่ที่โรงพยาบาล

ป้าอร ตกใจ ที่เค้ามัดเรา เค้ากลัวเราไปเรื่อย . . . บางคนเลือดออกเลยก็มี

ผู้ศึกษา ยังไงนะครับ

ป้าอร โดนตบ

ผู้ศึกษา ใครครับ เพื่อนผู้ป่วยตบกันเองหรือ

“ป้าอร คนที่ทำงานสิ คือ ไม่ยอมให้มัดใจ ป้าเห็นเป็นแผลเลย” (ผู้วิจัยคิดว่าคงเปิดจากการตี้น ระหว่างกำลังถูกมัด)

ผู้ศึกษา เค้าใช้อะไรมัดครับ

“ป่าออร์ ผ่าคะ ข้างนี้ ข้างนี้ (ทำท่าประกอบ) แล้วจึงกับเตียง” (ป่าออร์, สัมภาษณ์,

1 กรกฎาคม 2558)

### 7.1.2 ภาพความรุนแรงของสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยใน: ภาพสะท้อนตัวตนของผู้ป่วย

ความรุนแรงนี้ลักษณะใกล้เคียงกับความรุนแรงในแบบแรก เพียงแต่ว่าผู้กระทำ ความรุนแรงนั้นต่างกัน กล่าวคือ เป็นความรุนแรงที่ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง จากการบอกเล่าของ ป่าปิ่น ดังต่อไปนี้

ป่าปิ่น ที่บ้าก็บ้า แต่เราไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับเขาหรอก

ผู้ศึกษา คนที่บ้านี้ จะทำร้ายกัน

ป่าปิ่น ใช่ เราไม่ยุ่งกับเค้า

ผู้ศึกษา ลองเล่าให้ฟังหน่อยครับว่า เค้าทำยังไง แบบไหนที่เรามองว่าเป็นการทำร้าย

“ป่าปิ่น อายุซัก 40 กว่านี้แหละ เค้าจะกระโดดต่อยกันเลย ไม่ชอบหน้าใครก็จะ กระโดดต่อยกันเลย”

ผู้ศึกษา กับเพื่อน ๆ ผู้ป่วยเนี่ยหรือครับ

“ป่าปิ่น คนไข้ด้วยกันนั้นแหละ เราก็นั่งดูเฉย ๆ ไม่ยุ่งเกี่ยวอะไรซักอย่าง” (ป่าปิ่น, สัมภาษณ์, 8 กรกฎาคม 2558)

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ป่าปิ่นได้สะท้อนออกมานั้นอาจให้ความรู้สึกว่าเป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้นลอย ๆ ไม่มีบริบทมารองรับ เพราะเธอพยายามหลีกเลี่ยงความรุนแรงที่เกิดขึ้นเท่าที่จะทำได้ ส่งผลให้การรับรู้เรื่องราวความรุนแรงนั้นไม่ประติดประต่อ ขาดต้นสายปลายเหตุ

ทั้งนี้ ผู้ศึกษาได้มีโอกาสสัมภาษณ์ผู้ป่วยชายอีกคนหนึ่งชื่อ รัญ เขาได้เล่าประสบการณ์ด้านความรุนแรงให้ฟัง จับใจความได้ว่า ในโรงพยาบาลจิตเวชนั้นความรุนแรงเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา สำหรับหอผู้ป่วยชายนั้น ก็มีความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากหลากหลายสาเหตุ ส่วนหนึ่งมาจากการวิวาทกันจากการขัดแย้งในการจัดสรรบุหรี่ยี่ห้อหรือระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง อีกส่วนหนึ่งซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงคือความไม่พอใจที่เกิดขึ้นในเนื้อหาของคำพูดที่เพื่อนผู้ป่วยมีต่อกัน เช่น การข่มขู่ และการพูดจาเสียดสี ยีเยียนกวนประสาท มักจะทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทเกิดขึ้นเป็นประจำ โดยหนึ่งในบรรดาเหตุวิวาททั้งหลาย ผู้ร่วมวิจัยยอมรับว่าตนมีส่วนในการสร้างความรุนแรง

“พี่รัญ ครับ ก็ต่อยกันนี่ผมก็เคยต่อยนะ พอดีไอนั้นมันมา คือ เราอยากอยู่ลำพัง แต่มันแซว”

ผู้ศึกษา แซวว่า

พี่รัญ “กล้ามใหญ่ ๆ”

ผู้ศึกษา พี่คงบึกมากสิครับ เพราะทำงานเยอะ

พี่รัญ ครับ ทำงาน ตอนนั้นเราชอบถอดเสื้อเล่นหมากรอกฮอร์ส เวลามันเดินมาเจอเรามันจะชอบแซว “กล้ามใหญ่ ๆ” มันทำสายตาชำเลื่องมองเราไง หลาย ๆ ครั้งเข้าเราก็รำคาญ ก็เลยลุกเอาหละกุกตั้งเหยียด (แปลว่าเอากำปั้นต้อย) เค้าก็มาห้ามกันใหญ่เลย โดนย้ายมาไว้ชั้นล่าง (หัวเราะ) แล้วก็ต่อยกัน วิวาทกันเรื่องแย่งบุหรี่ปี่แหละ มันมีคนเอาเข้าไปได้ เราก็แย่งดูบุหรี่ปี่ แล้วก็ต่อยกัน (พี่รัญ, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2558)

ความรุนแรงที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบเห็นขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช มีความเกี่ยวข้องกับมลทินประทับใน 2 มิติ ที่ตอบโต้กันอยู่ระหว่างสถาบันและปัจเจก นั่นคือในขณะที่ตนเองฟื้นสติขึ้นมาท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่มีแต่ความรุนแรง ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ร่วมวิจัยเพศหญิงรู้สึกหวาดกลัว และอยากจะหลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านั้น จนกระทั่งไม่อยากจะกลับมาที่โรงพยาบาลจิตเวชอีก ในอีกมุมหนึ่ง ความรุนแรงที่ผู้ร่วมวิจัยได้พบเห็น ก็สะท้อนให้เห็นตัวเองเช่นกัน กล่าวคือ ผู้ร่วมวิจัยได้เห็นความหมายของความรุนแรงที่ผู้ป่วยคนอื่น ๆ สร้างขึ้น ในขณะเดียวกันก็ตระหนักได้ว่าตนเองก็เป็นผู้สร้างความรุนแรงเช่นนี้เอาไว้ในครอบครัวและชุมชนเช่นเดียวกัน

### 7.1.3 ความรุนแรงในการบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT): ประสบการณ์ที่ผู้ร่วมวิจัยไม่เคยลืม

จากการศึกษา ผู้ร่วมวิจัยทุกคน จะกล่าวถึง การช็อตไฟฟ้าแทบทั้งสิ้น บางคนกล่าวว่า การถูกช็อตด้วยไฟฟ้านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ตนเองไม่อยากจะกลับเข้ารับรักษาซ้ำอีก ในขณะนี้ บางคนมองวิธีการช็อตไฟฟ้านี้กับวิธีการหาปลาของชาวบ้าน (ช็อตปลา) ส่งผลให้ผู้ร่วมวิจัยเห็นว่าเป็นกระบวนการรักษาที่รุนแรง ประหนึ่งว่าตนเองเป็นปลา โดยการเปรียบเทียบนี้คือหนึ่งในกระบวนการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่สถาบันได้กระทำต่อผู้ร่วมวิจัยคนนี้

ป้าปิ่น หมอจะเอาผ้ามัดแขน เราก็ทำตามหมอบอกคือมัดแขน หมอก็เอาไปที่เตียง มัดติดเตียง เอาหมอนรองเท้า รองน่อง รองเอว รองหลัง แล้วก็เอา . . . เอาสำลีคาบไว้

ผู้ศึกษา ป้าจำได้ละเอียดมากเลย

ป้าปิ่น จำได้ (ตาเศร้า ๆ เสียงอ่อนลง) เอาสำลีใส่ปาก แล้วก็เอาไฟมาที่สองข้างของหัว ตรงขมับ หมอบอกว่าไฟมันจะแล่นผ่าน หมอจะมองที่จอ . . . ทำอยู่สองสามครั้ง มันน่ากลัว

ผู้ศึกษา พอพูดถึงเรื่องช็อตไฟแล้วเหมือนป้าจะร้องไห้เลยครับ

ป้าปิ่น ตอนนั้นเราจะรู้สึกตัวเลยเลย มันดีด . . . คล้ายกับปลาโดนไฟดูด

ช่วงที่ตีตึ้นนะ มันเหมือนกับว่าเราลืมทุกอย่างไปหมด เหมือนกับเราตายแล้วซึกพักก็กลับมาเป็นเหมือนเดิม (ป้าปิ่น, สัมภาษณ์, 8 สิงหาคม 2558)



## 7.2 สถาบันจิตเวชในมิติของการควบคุม: ตามแนวคิดของฟูโกต์

“มันคล้ายกับอยู่ในคุก” (เป่าปิ่น, สัมภาษณ์, 8 กรกฎาคม 2558)

นิยามของการเข้าบำบัดรักษาขั้นต้นน่าจะทำให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ร่วมวิจัยคนนี้ได้ไม่ยากนัก เพราะเป็นคำนิยามที่ตรงไปตรงมาอย่างยิ่ง เห็นได้ชัดว่า สถาบันจิตเวชเป็นสถาบันแห่งการควบคุมอย่างแท้จริงไม่ต่างจากเรือนจำ ซึ่งเป็นสิ่งที่คนนอกไม่อาจรับรู้และเข้าใจได้ โดยการควบคุมสามารถแบ่งได้ดังต่อไปนี้

### 7.2.1 การควบคุมทางกายภาพ: การมองข้ามโลกเชิงประสบการณ์ในการจัดการผู้ป่วยของผู้ดูแล

ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนการควบคุมบางประการที่เปิดขึ้นในสถาบันจิตเวช ผู้ร่วมวิจัยบางรายถูกควบคุมตั้งแต่ยังไม่ได้ก้าวเท้าเข้าสถาบันจิตเวชเสียด้วยซ้ำ ยกตัวอย่างเช่น ถูกตำรวจควบคุมตัวมาส่งยังสถาบันจิตเวช และบางรายอาจเข้ามาในสภาพของการถูกญาติ/ครอบครัวมัดมือมัดเท้า นอกจากนั้นยังมีกรณีการควบคุมกรณีหนึ่งที่ผู้ร่วมวิจัยสะท้อนออกมาได้อย่างน่าสนใจ และก่อนให้เกิดความรู้สึกเป็นมลทินของผู้เป็นพ่ออย่างมาก นั่นคือประสบการณ์ของลุงสมานเมื่อครั้งผู้ป่วยเริ่มเกิดความเจ็บป่วยไม่นานนัก

ลุงสมาน เล่าถึงเหตุการณ์ครั้งนั้นว่า ย้อนกลับไป 20 กว่าปีที่ผ่านมา ผู้ป่วย (ลูกชาย) เกิดอาการทางจิตกำเริบหนักมาก ลุงสมานพยายามที่จะเกลี้ยกล่อมลูกชายให้สงบลงอย่างที่เคยทำสำเร็จทุกครั้ง แต่ในครั้งนี้แตกต่างออกไป ตำรวจต้องมาควบคุมตัวไปส่งโรงพยาบาล (เหตุการณ์นี้ไม่ใช่ครั้งแรก) ระหว่างช่วงต้นของการเดินทางไปโรงพยาบาล ลูกชายของลุงสมานยังคงโวยวายและก้าวร้าว และในที่สุดก็สงบลงด้วยการปลอบโยนของผู้เป็นพ่อ ทว่าเมื่อถึงโรงพยาบาล บุคลากรของโรงพยาบาลกลับต้องการเข้ามาจัดการผู้ป่วยด้วยการมัด และใส่กุญแจมือซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ลุงสมานรู้สึกเสียใจอย่างมาก

ผู้ศึกษา พ่อรู้สึกยังไง เพราะเห็นมีคนจะมาใส่กุญแจมือลูกเรา 2 ครั้ง ครั้งแรก คือ ตำรวจ ครั้งที่สองคือผู้ช่วยพยาบาล

ผู้ร่วมวิจัย คือ พ่อรู้สึกว่ามันไม่ถึงขนาดนั้น ไม่ได้ฆ่าคนตาย ก็เลยบอกว่า....คือผู้ช่วยพยาบาลมันเลยบอกว่า “ถ้ามีอะไรเกิดขึ้นพ่อรับผิดชอบ พ่อต้องรับผิดชอบ” พ่อเลยสั่งให้เอากุญแจออก แล้วเค้าก็เอาออก พ่อไปหาหมอ หมอก็มุดปรึกษา จากนั้นชักประวัติ จากนั้นก็ไปตี๊ก ฉีดยานอนหลับ สมเจตน์ก็หลับของแก (ลุงสมาน, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2558)

การปะทะของหลักการในการควบคุม: ภาคหนึ่งของกระบวนการก่อตัวของมลทิน  
ในสถาบันจิตเวช

ประสบการณ์ของครอบครัวของลุงสมาน สะท้อนประเด็นที่นำไปสู่การวิเคราะห์  
ว่าความรู้สึกมลทินประทับเกิดขึ้นได้อย่างไร ก่อนอื่นต้องชี้แจงว่า มลทินประทับที่เกิดขึ้นนั้นคือมลทิน  
ของลุงสมาน จึงมีลักษณะและรูปแบบการเกิดขึ้นที่เฉพาะตัวเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือ เมื่อมองไปที่วิธีการ  
จัดการผู้ป่วยของลุงสมานแล้ว ลุงจะใช้วิธีการพูดจาด้วยภาษาและน้ำเสียงที่ไพเราะ และใช้วิธีการกอด  
ลูกชายให้เขามีความรู้สึกอบอุ่น รู้สึกว่ามีพ่อที่รักเขา ลุงจะทำเช่นนี้จนกระทั่งเขาสงบ และลุงสมานได้  
ใช้วิธีนี้มาเป็นเวลาหลายปีแล้ว ดังนั้นกระบวนการนี้จึงสะท้อนแนวคิดการควบคุมผู้ป่วยที่ปราศจาก  
ความรุนแรงอย่างสิ้นเชิง แต่กระบวนการควบคุมของบุคลากรคือ การมัด ซึ่งมีกฎหมายเป็นสัญลักษณ์  
ของอำนาจการควบคุมและความรุนแรงของผู้ป่วย ผ่านวิธีการมองผู้ป่วยอย่างเหมารวมว่าเป็นผู้สร้าง  
ความรุนแรง ดังนั้น เมื่อแนวคิด 2 แนวคิดนี้ปะทะกัน จึงเกิดความรู้สึกสะเทือนใจแก่ลุงสมานผู้เป็นพ่อ  
อย่างมาก ประหนึ่งว่าในบริบทของสถาบันแห่งนี้ได้ปฏิเสธหลักการของลุงสมาน ซึ่งหลักการนี้คือ  
หลักการเดียวที่ทำให้ลุงครอบครัวยังคงประคับประคองอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้

### 7.2.2 การควบคุมที่แฝงในคำว่ากระบวนการบำบัดรักษา

การควบคุมแบบต่อมาคือ การควบคุมแฝงกายมาด้วยคำว่ากระบวนการ  
บำบัดรักษา สำหรับบางคนอาจมองไม่เห็นว่าการรักษาเป็นการควบคุมก็เป็นได้ แต่สำหรับผู้ศึกษาและ  
ผู้ร่วมวิจัยสามารถรับรู้การควบคุมที่เกิดขึ้นในตัวสถาบัน การควบคุมนี้กระทำผ่านกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ของ  
ตัวสถาบัน ซึ่งหากจะให้อธิบายโดยใช้เสียงสะท้อนของผู้ร่วมวิจัยเป็นพื้นฐานแล้ว ผู้ศึกษาขอเรียกว่า  
กฎเกณฑ์นั้นสามารถอธิบายอีกรูปแบบได้ว่า การจัดระเบียบชีวิตของผู้ร่วมวิจัย (ในสถาบัน) เสียใหม่  
นั่นคือไม่ว่าชีวิตของผู้ร่วมวิจัยก่อนหน้านี้จะรับการรักษากจะเป็นอย่างไร จะเคยตื่นกี่โมง จะทานข้าวกี่  
มื้อ จะมีความพึงพอใจในการทำอะไรก่อนหลังในชีวิต เมื่อเข้ามาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยทุก ๆ คน  
จะต้องปฏิบัติตามสิ่งที่สถาบันกำหนด ทั้งเวลาตื่นนอน การทำกิจวัตรประจำวัน การกินข้าวเป็นเวลา มี  
ช่วงเวลาที่ต้องเข้าร่วมกิจกรรม มีโทรทัศน์ให้ชมเพื่อผ่อนคลายในช่วงเวลาที่จำกัด และหลังจากนั้นทุก  
คนต้องเข้านอน

ป่าป๋น 11 โมงครึ่งนี้เค้าจะเอาข้าวมาให้กิน เค้าจะบอกว่าถึงเวลากินข้าวแล้วนะ  
แล้วก็ ห้าโมงครึ่งกินข้าวเย็น เอ้ยไม่ใช่ ๆ สี่โมงครึ่งตอนเย็นกินข้าวเย็น ตอนเช้านี้ . . . เจ็ดโมงครึ่ง  
กินข้าวเช้า

ผู้ศึกษา แล้วตื่นกี่โมงครับ

ป่าป๋น หกโมง . . . หลังช่วง สองทุ่ม หมอจะเปิดทีวีให้ดู ให้คนไข้ทุกคนดู (ป่าป๋น,  
สัมภาษณ์, 8 กรกฎาคม 2558)

นอกจากนั้น ป่าบั้นยังสะท้อนการเข้าร่วมกิจกรรมอีกด้วยว่า

. . . ให้ไปนั่งทำกิจกรรม ไปนั่งดูเค้าทำกิจกรรม ทอผ้าบ้าง ทำผ้าเช็ดมือ ทำผ้าเช็ดเท้า ทำตุ๊กตา ปักดอกไม้ ตัดผ้า หมอจะสอนว่าถ้ากลับไปอยู่บ้านก็ทำอาชีพที่หมอสอนได้ก็ทำคล้ายกับอยู่ในคุก อะ มีกิจกรรมให้ทำ ถ้าสมองดีก็ไปทำที่บ้าน (ป่าบั้น, สัมภาษณ์, 8 กรกฎาคม 2558)

ดังนั้น นอกจากผู้ร่วมวิจัยจะสะท้อนแง่มุมของการควบคุมแล้ว ยังมีประเด็นของการฝึกฝนอาชีพซึ่งจะถูกอภิปรายอีกครั้งหนึ่งในตอนที่ 3 ของผลการวิจัยอันว่าด้วย มลทินประทับในช่วงหลังจำหน่าย (Post Discharge) ต่อไป

### 7.3 สถาบันจิตเวชกับการแบ่งแยก (Dividing)

เรื่องการแบ่งแยกนี้ แท้จริงเป็นเรื่องพื้นฐานที่ทุก ๆ คนสามารถมองเห็นได้ นั่นคือเป็นบริเวณสำหรับแยกคนป่วยออกจากคนธรรมดา ถ้าให้ลงศัพท์ทางสังคมสงเคราะห์ลงไป ก็คือ แบ่งคนผิดปกติ (Abnormal) ออกจากคนปกติ (Normal) และหากจะให้มีความเป็นวิชาการมากไปกว่านั้น ผู้ศึกษาขอย้อนกลับไปยังแนวคิดของฟูโกต์ เรื่อง การสร้างอัตบุคคลกับการปั่นความคิดให้เป็นวัตถุ (Subject Production) กล่าวคือฟูโกต์ได้พูดถึงกระบวนการปั่นความคิดเป็นตัวว่ามีอยู่ 3 แบบด้วยกัน คือ การปฏิบัติการณ์แบ่งแยก (Dividing Practice), การจำแนกทางวิทยาศาสตร์ (Scientific) และการสร้างความคิดให้อัตบุคคล (Subjectification) (อานันท์ กาญจนพันธุ์, 2555)

สำหรับงานศึกษาชิ้นนี้ ขอเสนอเฉพาะการแบ่งแยก และการจำแนกทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นปฏิบัติการที่เห็นได้เป็นเชิงประจักษ์อยู่แล้ว ผู้ป่วยยอมถูกแยกออกมาเพื่อรับการบำบัดรักษา ขณะเดียวกัน หากมองในมุมมองของญาติ ญาติจะได้รับโอกาสในการพักฟื้นจากภาระที่หนักหนาครั้งนี้อย่างไร ระยะเวลาหนึ่ง อาจจะ 1 เดือน หรือมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับความคงที่ของอาการทางจิต ซึ่งเมื่อพิจารณาเนื้อหาที่ผู้ศึกษาเสนอมาทั้งหมด จะพบว่า การแยกผู้ป่วยออกไปนั้นเป็นเรื่องดีสำหรับญาติอย่างมาก แต่กลับเป็นเรื่องที่ร้ายสำหรับผู้ป่วย เพราะไม่มีผู้ป่วยคนไหนในงานวิจัยอยากกลับไปรับการรักษาอีกครั้ง เพราะยิ่งกลับไปรับการรักษาบ่อย มลทิน “ผีบ้า” ก็ยิ่งฝังแน่นและยากจะขจัดออกไป

#### 7.3.1 การแบ่งแยกทางสังคม: กระบวนการสู่ความแปลกแยกจากตนเองและชุมชน

ประเด็นเรื่องการแบ่งแยกก็ไม่ได้หยุดอยู่แค่การแยกทางกายภาพเท่านั้น การแบ่งแยกนี้ยังหมายถึงการแยกเชิงสังคม นั่นคือ การแยกผู้ป่วยออกจากเรื่องราวของครอบครัว ชุมชน หรือแม้กระทั่งแยกตัวผู้ป่วยออกจากเรื่องราวของตัวเอง

1. การแยกผู้ป่วยออกจากเรื่องราวของครอบครัวและชุมชน คือการที่ผู้ป่วยจะถูกตัดขาดออกจากเรื่องราว ความเปลี่ยนแปลงใด ๆ ของครอบครัวและชุมชนอย่างเด็ดขาด ยกตัวอย่าง เช่น หากมีญาติมิตรเสียชีวิตระหว่างที่ผู้ป่วยรับการรักษา ข่าวนี้อาจถูกปิดเป็นความลับ ด้วยความกังวลว่าหากผู้ป่วยทราบจะทำให้เกิดอาการทางจิตขึ้นมาอีก ซึ่งหากมองย้อนพิจารณาจากชีวิตจริง เมื่อผู้ป่วยกลับมาที่บ้านก็ย่อมต้องทราบข่าวการสูญเสียผู้นั้นอยู่ดี

2. การแยกผู้ป่วยออกจากเรื่องราวของตัวเอง หากพิจารณาถึงกระบวนการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ผู้ร่วมวิจัยแทบทุกคนไม่สามารถจดจำอะไรได้ทั้งสิ้น พวกผู้ป่วยต่างฝันสตีในโรงพยาบาล และเรื่องราวที่ตนเองได้กระทำก่อนเข้าโรงพยาบาลนั้นมักสาบสูญไป เนื่องจากคนในครอบครัวทุกคนเลือกที่จะปิดบัง เพราะคิดว่าถึงบอกไปผู้ป่วยก็ไม่ยอมรับหรือเกรงว่าจะเป็นการประทับมลทินผู้ป่วยอีกชั้นเป็นต้น ส่งผลให้เมื่อออกจากโรงพยาบาล เรื่องราวที่ขาดหายไปของผู้ป่วยกลับต้องมาถูกเติมเต็มด้วยคำพูดของคนในชุมชน ผ่านการซุบซิบนินทา หรือเป็นเรื่องเล่าที่เล่าต่อ ๆ กันมาจากครอบครัวหนึ่งไปยังอีกครอบครัวหนึ่ง ดังนั้น ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการคุ้มคลั่งจึงกลายเป็นพื้นที่แห่งการให้ความหมายต่าง ๆ และประทับมลทินให้ด้วยแนวคิดรายรอบมลทินต่าง ๆ

### 7.3.2 การแบ่งแยกด้วยความรู้ทางการแพทย์: การมองผู้ป่วยอย่างเป็นภาวะวิสัย

การจำแนกทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Classification) อานันท์ กาญจนพันธุ์ (2555) อธิบายว่า คือกระบวนการทำให้กลายเป็นตัวผู้ถูกระงับโดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และงานศึกษาชิ้นนี้ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจน เนื่องจากเป็นการศึกษาผู้ป่วยทางจิต จึงมีการแบ่งคนปกติกับคนโรคจิตขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ศึกษาไม่ได้มีเพียงวิทยาศาสตร์เท่านั้นที่เข้ามาใช้อำนาจในการจำแนกแยกแยะผู้คน แต่ยังมีควมระบอบความรู้ของชุมชนอีกชุดหนึ่งเข้ามาจำแนก และผนึกรวมเอาวิทยาศาสตร์เข้าด้วยกัน ดังเช่นที่เสนอไปในหัวข้อ การตั้งชื่อ (Naming) เป็นต้น

เมื่อมีการจำแนกแยกแยะโดยชุดความรู้ทางวิทยาศาสตร์ นั้นแสดงว่าผู้ป่วย คือผู้ถูกระงับ งานศึกษาชิ้นนี้ยังมีบางแง่มุมที่สะท้อนให้เห็นว่า นอกจากจะเป็นผู้ถูกระงับแล้ว ผู้ร่วมวิจัยยังอยู่ในสภาวะไร้อำนาจ (Powerless)

ศึกษา มีนักศึกษาไปพูดคุยไหมครับ

ป้าป๋น บ่อย แทบจะทุกวัน

ผู้ศึกษา รู้สึกยังไงครับ

ป้าป๋น เปื่อ นักศึกษา เปื่อ . . . มาถามทำไม มันมาทุกวันเลย ถ้านักศึกษาสนใจ

เราเขาจะมาทุกวัน ๆ

ผู้ศึกษา เราเลือกเค้าหรือเค้าเลือกเรา

ป้าป๋น เขาเลือก . . . เราไม่มีทางรู้หรือนักศึกษาจะมาเวลาไหน

ผู้ศึกษา ต้องพร้อมตลอด

ป่าป๋น อือ . . . (ป่าป๋น, สัมภาษณ์, 12 กรกฎาคม 2558)

บทสัมภาษณ์ขั้นต้น เป็นช่วงที่ผู้ร่วมวิจัยอธิบายความรู้สึกที่มีต่อการรักษาในโรงพยาบาล โดยเธอได้กล่าวถึงการปรากฏตัวขึ้นของนักศึกษา ซึ่งในประเด็นนี้ผู้ศึกษามองว่าเป็นประเด็นที่ควรให้ความสนใจ เพราะเกี่ยวข้องกับการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์อย่างมาก เพราะนอกจากผู้ร่วมวิจัยจะต้องเปลี่ยนอัตตาของตนเองให้กลายเป็นผู้ป่วยแล้ว คำว่าผู้ป่วยก็ยังมีองค์ประกอบหลายอย่างติดตามมา โดยเฉพาะเมื่อเข้ามาอยู่ท่ามกลางปริณทลทางการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งมองร่างกายเป็นภาวะวิสัย ดังนั้นจึงไม่น่าแปลกที่ผู้ร่วมวิจัยจะถูกมองว่าเป็นพื้นที่สำหรับศึกษาจากนักศึกษา อย่างไรก็ตามการต่อรอง ควบคุมชีวิตของตนเองไม่ได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่มีอำนาจเลือกตัวผู้ศึกษา มากไปกว่านั้น ยังไม่มีอำนาจต่อรองเรื่องเวลาการถูกศึกษาอีกด้วย

นอกจากตัวอย่างของป่าป๋น จากการสัมภาษณ์สมาชิกในชุมชนซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เธอได้สะท้อนให้เห็นถึงมลทินประทับกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผ่านพฤติกรรมของชาวบ้านว่า ผู้สูงอายุบางส่วนมักจะมีอาการเริ่มต้นของโรคซึมเศร้า อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง บางอย่างเช่น เบาหวาน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักจะมีคามวิตกกังวลกับการไปโรงพยาบาลประจำอำเภอเพื่อรับการรักษากาการทางจิตใจของตนเองอย่างมาก ทำให้ผู้ร่วมวิจัยคนนี้ต้องออกไปส่งตัวให้อยู่เสมอ ๆ เพื่อเป็นการตัดขั้นตอนในการพบแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องพบเจอเจ้าหน้าที่ซ้ำ ๆ เพียงเพื่อจะแจ้งว่าตนมาโรงพยาบาลด้วยสาเหตุอะไร ซึ่งการแจ้งสาเหตุการมาพบแพทย์นั้น สำหรับบางคนคือเรื่องลำบากใจอย่างที่สุด เพราะการมาพบจิตแพทย์คือมลทินอย่างหนึ่งสำหรับพวกผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนั้น ผู้ร่วมวิจัยยังต้องถามไถ่เป็นระยะ ๆ เพื่อแสดงออกถึงความสนใจ ไม่ใช่เพียงแค่เขียนใบส่งตัวให้เท่านั้น เพราะถ้าเป็นเช่นนั้น ผู้ป่วยจะเก็บใบส่งตัวเอาไว้ และจะไม่ยอมไปโรงพยาบาล

พี่แก้ว ถ้ามีผู้ป่วยจิตเวช พี่ต้องคัดกรอง 2 Q เนาะ คือ ถ้าผู้ป่วยเข้ามาด้วยอาการ ใจสั่น หงุดหงิด นอนไม่หลับ ถ้าเป็นคนอื่นอาจให้ยา ให้วิตามินไป แต่เราพยาบาลเราต้องคุย เจาะลึก เจอทุกครั้ง ร้องไห้ตลอด เพราะฉะนั้นพอเราคัดกรองได้แล้วเราต้องส่งต่อ คือเขียนใบส่งตัวปกปิดให้เค้า 2.ไม่ต้องให้คนไข้ผ่าน OPD เพราะบางครั้งคนไข้ไปนั่ง แลมี คนมาถาม “มาทำอะไร” คนอื่นไปเจอ ถ้าเงั้นเค้าก็จะอาจใจใหม่ เราต้องประสานไปก่อน เลยว่าคนไข้ชื่อ . . . จะไป เพื่อที่ ODP จะได้ส่งตัวคน ๆ นี้ไปที่ห้องบำบัดเลย คนไข้จะอายุ พอเรา Refer ก็ไม่ค่อยไป เค้าจะอายุ

ผู้ศึกษา Refer สวนปรุง?

พี่แก้ว รพ.สต. นี้ก่อน ขนาดแค่ รพ. ดอยสะเก็ดเค้าก็ยังขายเลยนะ เค้าปฏิเสธเลยนะว่าไม่เป็นไรไม่ไป เราต้องประสานให้เรียบร้อย คือ เอาง่าย ๆ ยื่น OPD แล้วไปห้องตรวจเลย

ไม่ต้องผ่านอะไรทั้งสิ้น “ตรวจเสร็จไม่มีใครรู้หรอก” เราต้องบอกคนไข้แบบนี้ (พี่แก้ว, พยาบาลประจำ รพ.สต., สัมภาษณ์, 11 สิงหาคม 2558)

#### 7.4 สรุป

ในบทที่ 7 นั้นผู้ศึกษาได้อธิบายให้เห็นถึงรายละเอียดต่าง ๆ ของมลทินประทับที่เกิดขึ้นในรั้วของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ผ่านทางแนวคิดหลัก 3 แนวคิดด้วยกัน คือ แนวคิดสถาบันจิตเวชกับพื้นที่แห่งความรุนแรง, แนวคิดเรื่องการควบคุม และแนวคิดเรื่องการแบ่งแยก

สำหรับแนวคิดเรื่องสถาบันจิตเวชกับความรุนแรง โดยสรุป ผู้ศึกษาได้กล่าวถึงประเด็นสำคัญ ๆ 3 ประเด็นด้วยกัน ที่ส่งผลให้ผู้ร่วมวิจัยมองเชื่อมโยงกับความรุนแรง คือภาพที่ผู้ป่วยมองเห็นวิธีการที่เจ้าหน้าที่ใช้จัดการกับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบในหอผู้ป่วย ซึ่งประเด็นนี้มีความเชื่อมโยงกับแนวคิดในการควบคุม นอกจากนี้ ภาพการต่อสู้ การวิวาทของผู้ป่วยด้วยกันเองในหอผู้ป่วยยังสามารถทำให้ผู้ป่วยบางคนมีอาการดีขึ้นนั้น เกิดความตระหนักในความรุนแรงของตนเองที่อาจเคยกระทำในอดีต ซึ่งจุดนี้เองสามารถก่อให้เกิดความรู้สึกว่ามีมลทินได้เช่นกัน (Self Stigma) และประเด็นสุดท้ายคือ วิธีการบำบัดรักษาด้วยการช็อตไฟฟ้าที่ผู้ป่วยมองว่าเป็นสิ่งที่รุนแรงเกินไปสำหรับการนำมาใช้กับคน

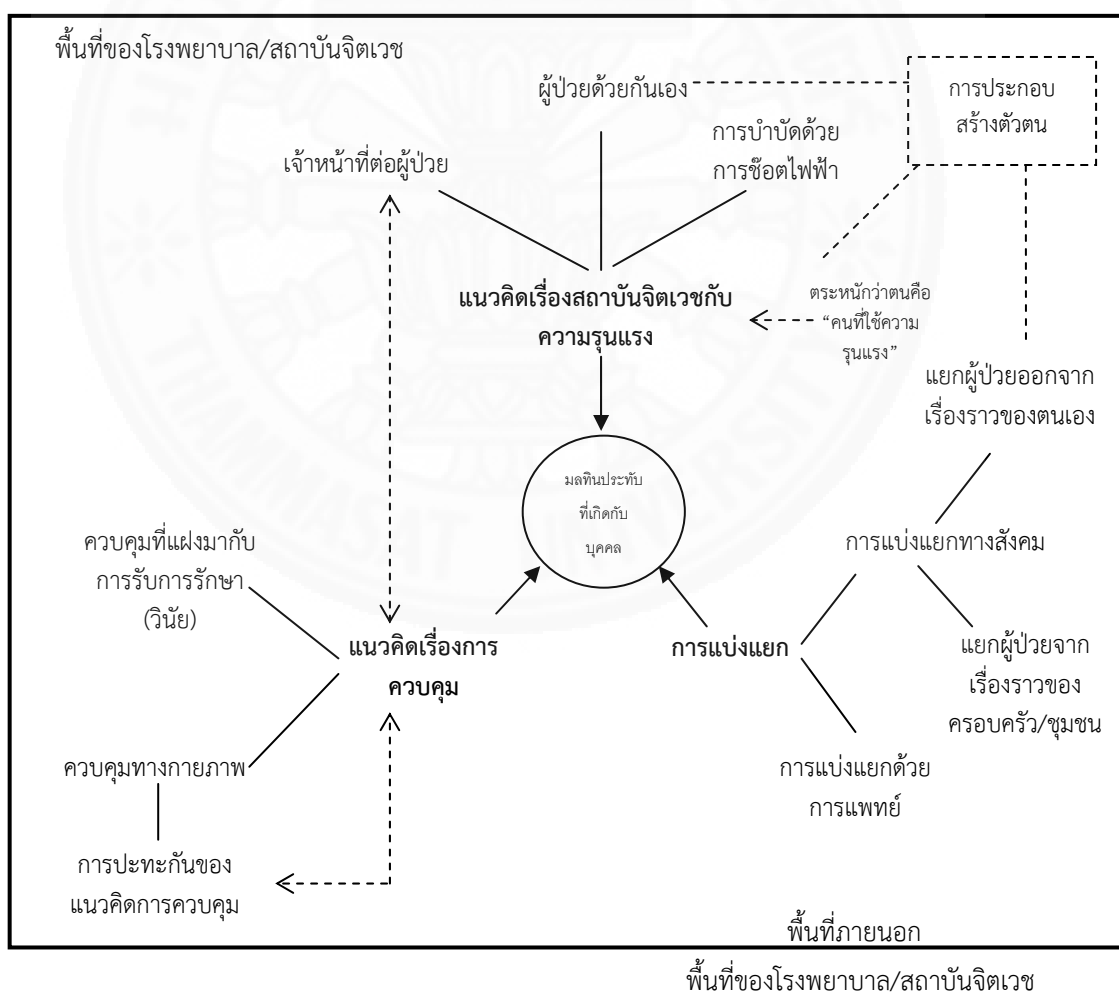
ต่อมาคือ แนวคิดเกี่ยวกับการแบ่งแยก (Dividing) การแบ่งแยกนี้ถูกแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ๆ คือ การแบ่งแยกทางสังคม คือการแยกผู้ป่วยออกจากเรื่องราวของตนเองและชุมชน ซึ่งในที่นี้ผู้ศึกษา หมายถึง ชีวิตของผู้ป่วยจะต้องขาดมิติของความสัมพันธ์กับประวัติศาสตร์ (อาจใช้คำว่าเรื่องราวของชุมชนที่กำลังดำเนินไปอย่างมีความหมาย เช่น ผู้ป่วยต้องพลาดเหตุการณ์สำคัญ ๆ หรือไม่อาจมาร่วมงานศพของคนที่มีความหมายกับตนเองได้) เรื่องราวของตนเองที่ไม่ประติดประต่อนี้เอง ที่เมื่อวิเคราะห์ลงไปแล้วจะเห็นว่ามีความสัมพันธ์กับ ภาพความความรุนแรงที่ผู้ป่วยพบเจอในหอผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดมลทินประทับในตนเองขึ้นมา (Self Stigma) และต่อมาคือการแบ่งแยกทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลถูกวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต (เนื้อหาใกล้เคียงกับมลทินประทับในช่วงก่อนการรับการบำบัดรักษา) ถึงแม้ผู้ร่วมวิจัยหลักจะไม่ได้รับรู้ถึงมลทินตรงจุดนี้ แต่ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นพยาบาลในพื้นที่เองได้สะท้อนข้อมูลที่ให้เห็นว่า มีผู้ป่วยบางกลุ่มที่รู้สึกอับอาย ไม่สบายใจที่จะเข้าไปพบจิตแพทย์ ดังนั้นจึงนำมาซึ่งวิธีการในการส่งตัวแบบพิเศษ ที่พยาบาล รพ.สต. จัดเตรียมเอาไว้ให้ผู้ป่วย

สุดท้าย คือ สถาบันจิตเวชกับการควบคุม ซึ่งในที่นี้การควบคุมไม่ได้มีเพียงการถูกกักให้อยู่ในบริเวณของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น การควบคุมในที่นี้ครอบคลุมไปถึงวิธีต่าง ๆ ของการควบคุมทั้งกายภาพ และการควบคุมที่แฝงมากับการบำบัดรักษา สำหรับการควบคุมทางกายภาพ



นั่น เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การควบคุมที่ถูกใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการผู้ป่วยแรกรับด้วยวิธีการต่าง ๆ และจุดนี้เองที่งานศึกษาได้สะท้อนแง่มุมของผู้เป็นพ่อ (ลุงสมาน) ที่ประเมินว่าตนเองมีศักยภาพในการควบคุมผู้ป่วยได้ด้วยวิธีการในแบบของเขาที่ผ่านการพิสูจน์มานับครั้งไม่ถ้วน แต่เมื่อลูกชายกำลังจะถูกตำรวจใส่กุญแจมือ ซ้ำเมื่อมาถึงโรงพยาบาลก็ยังคงถูกเจ้าหน้าที่ใช้วิธีการมัดเพื่อควบคุมผู้ป่วย ลุงสมานจึงยอมไม่ได้ เกิดเป็นการปะทะกันของชุดความรู้เรื่องการจัดการ/การควบคุมผู้ป่วยของระดับสถาบันกับระดับปัจเจกขึ้นมาในพื้นที่ของสถาบันเอง ต่อมาคือการควบคุมที่แฝงมากับการรักษา ซึ่งในมุมมองของการแพทย์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นโดยเฉพาะการกินยา แต่ในมิติทางสังคมแล้ว ผู้ป่วยต้องปรับตัวเองหลายอย่าง นอกจากนั้นยังมีการสะท้อนถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูต่าง ๆ ว่าคล้ายกับตนเองติดคุกอีกด้วย

เพื่อความเข้าใจที่มากขึ้น ผู้ศึกษาจึงสรุปเนื้อหาของบทที่ 7 ออกมาเป็นแผนภาพดังต่อไปนี้



ภาพที่ 7.2 ภาพรวมเนื้อหาของแนวคิดต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องสัมผัสในช่วงรับการรักษา.

## บทที่ 8

### มลทินประทับในช่วงหลังจำหน่าย (Post Discharge Phase)

จากการศึกษานั้น พบว่า กลไกการทำงานของมลทินประทับในช่วงสุดท้ายนี้มีลักษณะที่ซับซ้อนและเข้มข้นกว่าขั้นก่อน ๆ อย่างมาก เนื่องจากเป็นช่วงที่เผยให้เห็นกลไกของมลทินประทับที่ชัดเจนที่สุด แตกต่างจากช่วงก่อนการบำบัดรักษา ที่ผู้ศึกษาอธิบายมลทินประทับโดยให้นำหนักไปที่แนวคิดต้นกำเนิด ซึ่งเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับระบบความคิดความเชื่อต่าง ๆ จึงมีลักษณะความเป็นนามธรรมค่อนข้างสูง จากนั้นในบทที่ 6 ผู้ศึกษาได้เสนอเรื่องราวของมลทินที่เกิดจากสถาบัน (Institute Stigma) ในตอนนี้เนื้อหาที่ได้จะมีข้อจำกัด เนื่องจากเมื่ออยู่ท่ามกลางผู้ป่วยด้วยกันเอง ความผิดปกติก่อนเคยเป็นจึงกลายเป็นเรื่องปกติขึ้นมาในโรงพยาบาลจิตเวช แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ร่วมวิจัยยังสะท้อนบางแง่มุมที่มีคุณค่าและน่าสนใจอย่างมาก

เนื้อหาบทที่ 8 ผู้ศึกษาจะเสนอให้เห็นกลไกการทำงานของมลทินประทับซึ่งเกิดขึ้นภายหลังที่ผู้ป่วยกลับมาอาศัยอยู่กับครอบครัว และชุมชน เพราะฉะนั้นในสถานการณ์จริง ช่วงนี้จะเป็นช่วงที่มีความวุ่นวาย และสลับซับซ้อนอย่างมาก เพราะทุกสิ่งทุกอย่างสามารถกลับมาปรากฏได้ตลอดเวลา ยกตัวอย่างเช่น มลทินประทับที่เกิดจากแนวคิดรายรอบเรื่องต้นกำเนิดของความเจ็บป่วย ก็จะถูกผลิตซ้ำอีก ดังนั้นในบทนี้ ผู้ศึกษาขอเสนอเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ด้วยกัน คือ

- 8.1 แนวคิดรายรอบมลทินประทับ ที่ปรากฏในระยะหลังจำหน่าย
- 8.2 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิตและการมีมลทินประทับ

#### 8.1 แนวคิดรายรอบมลทินประทับ

แนวคิดรายรอบมลทินที่ปรากฏอยู่ในช่วงหลังจำหน่ายนั้น ประกอบไปด้วยแนวคิดเกี่ยวกับภัยอันตราย แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม แนวคิดเกี่ยวกับความสงสาร และอาการที่สะท้อนให้เห็นสภาพที่น่ารังเกียจของผู้ป่วยอย่างไรก็ดียังพบว่าแนวคิดต้นกำเนิดนั้นยังคงปรากฏอยู่ เช่นกัน แต่ผู้ศึกษาจะขอข้ามไปเนื่องจากได้เสนอเอาไว้ในบทที่ 6 อย่างครบถ้วนแล้ว

##### 8.1.1 แนวคิดภัยอันตราย: ผู้ป่วยจิตเวชคือบุคคลอันตราย

แนวคิดภัยอันตรายนี้เป็นแนวคิดพื้นฐานอันดับแรก ของมิติต่าง ๆ รายรอบมลทินภัยอันตราย (Peril) คือสิ่งสำคัญของการก่อตัวของมลทิน สาธารณชนมักจะรับรู้ว่าคุณค่าที่มีความเจ็บป่วยทางจิตนั้นเป็นคนที่น่ากลัว ไม่สามารถคาดเดาอะไรได้ว่าจะทำอะไรที่แปลกประหลาด ดังนั้น ความกลัวและความไม่สบายจึงเกิดขึ้น (กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์, 2558)

แนวคิดภัยอันตรายที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจไม่ได้หมายถึงเพียงศักยภาพในการทำลายของผู้ป่วย เพราะความอันตรายที่ได้จากการศึกษานั้นยังมีความหมายที่ครอบคลุมไปถึงการแสดงผลพฤติกรรมรุนแรง รวมทั้งผลผลิตที่ได้จากความอันตรายของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ ภัยอันตรายที่เกิดในพื้นที่ครอบครัว และภัยอันตรายในพื้นที่สาธารณะ

### 8.1.1.1 ภัยอันตรายภายในพื้นที่ครอบครัว: ภาพลักษณ์ที่สั่นไหวกับภาพลักษณ์ที่ถูกกักขัง

สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยคือบุคคลที่เผชิญกับความรุนแรงและทราบถึงความอันตรายของผู้ป่วยดีที่สุด ซึ่งผู้ป่วยมักจะแสดงออกพฤติกรรมรุนแรงต่าง ๆ ออกมาอย่างสม่ำเสมอเพื่อตอกย้ำแนวคิดความเป็นภัยอันตราย พื้นฐานเลยคือการสร้างความรุนแรงด้วยวาจา นั่นคือการตำหนิ การตำหนิจะเป็นความรุนแรงได้นั้น ซึ่งต้องพิจารณาที่เนื้อหาของคำตำหนินั้น ๆ ซึ่งในบริบทสังคมที่เคารพผู้อาวุโส การใช้คำไม่สุภาพกับคนในครอบครัว หรือพูดจาเย้ยหยัน และเถียงคำไม่ตกปากกับผู้ใหญ่ ผู้อาวุโสในบ้านก็ถือว่าเป็นมิติหนึ่งของความรุนแรงที่เบาที่สุด ยกตัวอย่างเช่น ไอ้สัตว์ ไอ้เหี้ย หรือแม้แต่การเลือกใช้สรรพนามบุรุษที่ 1 และ 2 ก็ยังแสดงออกถึงความรุนแรงเช่นการเรียกสมาชิกในครอบครัวที่อาวุโสกว่าว่า “มึง” เป็นต้น

ทั้งนี้ความรุนแรงอีกระดับในทางศึกษาขั้นนี้สะท้อนออกมาอย่างชัดเจนคือการทำลายข้าวของ เครื่องใช้ในบ้านจนเกิดความเสียหาย ดังตัวอย่างของ ป้าจินดาที่กล่าวถึงเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยทุบทำลายหม้อหุงข้าวว่า

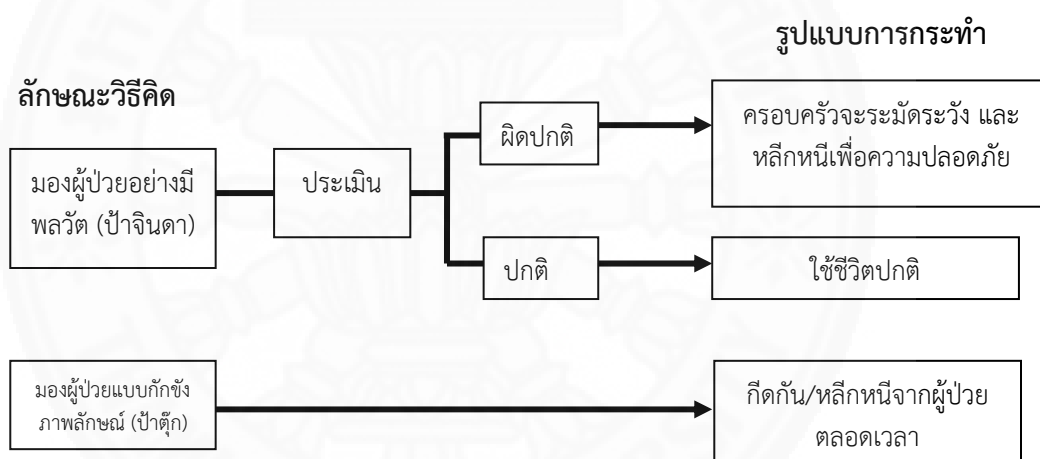
. . . นั้นแหละ เหมือนคนโกรธ มันจะทุบบ้านช่อง ตุ่ม ๆ ต้ม ๆ บางทีก็ขว้างถ้วย ขว้างช้อน หม้อหุงข้าวก็เหมือนกัน บุกหมด ไม่ได้ใช้กันพอดี เพราะว่าชีวิตเราเนี่ย ตื่นเข้ามาต้องทายาทที่หัวเข่าก่อน ถึงจะหุงหาอาหารได้ มันเลยโมโห เพราะว่าไม่ได้กินข้าว ก็เลยทุบหม้อข้าวจนบุบหมด หุงไม่ได้อีกต่อไป เราก็ถามมันนะ “เพ็ญ . . . เอาอารมณ์ตัวเองเป็นใหญ่ พี่เลยไม่มีหม้อหุงข้าวใช้ ทีนี้อย่าทำแบบนี้อีกนะ” เราบอกมันเพราะเวลายามโกรธ ถ้วยแตกตลอด (ป้าจินดา, สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2558)

ความรุนแรงที่แสดงออกผ่านการทำลายสิ่งของเครื่องใช้ นั้น อาจไม่ได้ก่อให้เกิดมลทินประหัตในตัวของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่เป็นลักษณะของสัญญาณ (Sign) ที่คนในครอบครัวจะต้องรับรู้และมีวางแผนจัดการ เช่นหากมีเสียงโครมคราม สมาชิกในครอบครัวจะต้องหาที่หลบซ่อน ปิดประตูห้องนอนของตนเองให้แน่น เป็นต้น แต่พฤติกรรมที่ก่อมลทินและนำมาซึ่งความหวาดกลัวของคนในครอบครัวที่สุดคือ การทำร้ายร่างกาย ซึ่งสะท้อนความอันตรายของผู้ป่วยอย่างชัดเจนที่สุด ดังตัวอย่างของป้าจินดา (นามสมมุติ) ที่กล่าวถึงเหตุการณ์ ผู้ป่วยทำร้ายผู้สูงอายุคนหนึ่งในครอบครัวว่า

. . . ยายเคยโดนทำร้ายมาหลายครั้งแล้วนะ ถ้ามันเดือดขึ้นมา เราก็จะเข้าไปหลบในห้อง มีครั้งหนึ่ง ป้าก็ตั้งผ้าป่าเอาไว้ที่บ้าน อย่างน้องมาหาก้อาจจะเสียเงินไว้ 20 บาทเพื่อทำบุญ มันก็ว่าเราว่า “มึงนี่ ดีแต่ทำบุญ” หัวนี้อย่างกับลูกมะกรูด เราก็อยู่แบบนี้ ลูกก็มีคนหนึ่ง แต่เขาไปทำงาน เข้าไปเย็นกลับ เราก็ต้องอยู่กับเค้าสองคนกลางวัน

. . . วันหนึ่ง คนที่เป็นอา เค้าไม่สบาย ตอนนั้นผมม อายุ 80 ละ ช่วงนั้นเพ็ญก็เครียด แล้วก็คิดว่าอาคนนี้มีอาโมยกินดับมัน มันก็เดินไปทำร้ายเค้าเลยในทันที เราจะทำไงละเราก็เดินไม่ค่อยได้ ก็เลยต้องรีบเข้าห้องเรา แล้วโทรหาพี่น้องว่าเพ็ญมันทำร้ายอา ดินะว่าอาไม่ตายเพราะเค้าป่วยหนักอยู่แล้วด้วย พอดีแกมีไม้เท้าอยู่ที่เลยเอากันอีเพ็ญไว้ได้ (ป่าจินดา, สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2558)

จากการศึกษา พบว่า ในบางกรณี ญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยจะมีวิธีคิดเกี่ยวกับตัวตนของผู้ป่วยอยู่ใน 2 ลักษณะ



ภาพที่ 8.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย.

ลักษณะแรก คือ ผู้ดูแลและบุคคลแวดล้อมมองผู้ป่วยอย่างมีพลวัตและมองว่าผู้ป่วยในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว การมองผู้ป่วยด้วยวิธีคิดเช่นนี้จะมองในเวลา que ผู้ป่วยดูเป็นปกติ ไม่มีสัญญาณใด ๆ บ่งชี้ว่า กำลังจะเกิดการอาการทางจิตขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตเกิดขึ้น ตัวตนของผู้ป่วยก็จะต่างออกไปจากเดิม ผู้ป่วยจะถูกมองว่าเป็น “ผีบ้า” ซึ่งแฝงความหมายของตัวอันตรายในทันที ซึ่งครอบครัวย่อมมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับว่า ขณะนั้นผู้ป่วยเป็นคนปกติ หรือว่าเป็นผีบ้า ดังเช่นที่เกิดกับครอบครัวของป่าจินดา ที่มองจันทร์เพ็ญตามอาการทางจิตของเธอ ในยามปกติ ป่าจินดา จะพูดจากับผู้ป่วยในฐานะพี่สาวคุยกับน้องสาว แสดงออกถึงความใกล้ชิดสนิทสนม ทานอาหารร่วมกัน ไม่มีทำที่หรือพฤติกรรมที่ตีความได้ว่าเกิดการกีดกันหรือหวาดกลัวขึ้นแต่อย่างใด นอกจากนั้นในเวลาเช่นนี้ ป่าจินดาสามารถดักเตือน

ต่อว่า ดุค่าผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องวิตกว่าเธอจะทำร้ายตนเอง แต่เมื่อใดที่จันทร์เพ็ญแสดงสัญญาณแห่งความเจ็บป่วยทางจิตขึ้น การแสดงออกของป่าที่มีต่อผู้ป่วยจะถูกปรับเปลี่ยนเสียใหม่ เช่น ปรับการใช้คำพูดและอยู่ให้ห่างจากผู้ป่วยเอาไว้ หรือในกรณีร้ายแรงคือต้องโทรศัพท์บอกพี่น้องคนอื่น ๆ ให้รับทราบ เพื่อจะได้ป้องกันเหตุการณ์รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ทัน

ลักษณะที่สอง คือ สมาชิกในครอบครัวมองผู้ป่วยอย่างกักขังภาพลักษณ์ “ตัวอันตราย” ไว้เพียงอย่างเดียว ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะมีการทางจิตเป็นอย่างไร สงบนิ่งเหมือนคนปกติ หรือ แสดงอาการทางจิตให้เห็น ผู้ป่วยก็ยังคงเป็นตัวอันตรายต่อไปอยู่อย่างนั้น ครอบครัวที่เป็นตัวอย่างของกรณีนี้คือครอบครัวป่าตุ๊ก (นามสมมุติ) ซึ่งป่าได้ออกแบบความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและผู้ป่วยไว้อย่างระมัดระวัง กล่าวคือ ผู้ป่วยจะมีพื้นที่ของตนเองอย่างชัดเจน และป่าตุ๊กก็ต้องปิดประตูบ้านของตนเองทุก ๆ ครั้ง que ผู้ป่วยเดินทางกลับมาจากที่ทำงานโดยไม่สนใจว่า เย็นวันนั้นผู้ป่วยมีสภาวะทางจิตเป็นอย่างไร สำหรับป่าตุ๊กแล้ว ทุก ๆ วันของตนเองตกอยู่ในอันตราย

“ช่วงขาดยาเนี่ย กับช่วงที่กินเหล้าแล้วเมา มันเสียงดัง เสียงดังมาก จนอยู่ไม่ได้เลย ตกเย็นมาป่าต้องรีบปิดประตูบ้านเลย เพราะว่าถ้าแกกินเหล้ามา มันจะมาเสียงดัง เตือดร้อนเรา มาขอเงิน ขอสารพัด ไม่ให้มันก็ขู่เรา ด่าหยาบคายมาก ด่าไอ้เหี้ย ไอ้สัตว์ ด่าเป็นแบบคนบ้า” (ป่าตุ๊ก, สัมภาษณ์, 8 สิงหาคม 2558)

โดยสรุป ภัยอันตรายที่เกิดขึ้นในพื้นที่ครอบครัวนั้น คือการที่ผู้ป่วยใช้ความรุนแรงรูปแบบต่าง ๆ กับครอบครัวตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแล เรื่องนี้เกี่ยวข้องกับเรื่องแนวคิดเรื่องตัวตนของผู้ป่วย ในสายตาของครอบครัว บางครอบครัวก็กักตัวตนผู้ป่วยเอาไว้กับภาพลักษณ์ตัวอันตราย ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของมลทินประทับอย่างหนึ่ง แต่ก็ไม่ได้เป็นเช่นนั้นทุกกรณี เพราะบางครอบครัวมองตัวตนของผู้ป่วยตามอาการที่แสดง มลทินประทับที่เกิดขึ้นนั้นก็จะมีลักษณะคงทนถาวรอย่างเช่นกรณีแรกเป็นต้น

#### 8.1.1.2 ภัยอันตรายในพื้นที่ชุมชนและพื้นที่สาธารณะ: การปรากฏตัวของตำรวจกับการยืนยันความอันตรายของผู้ป่วย

เมื่อใดที่ผู้ป่วยก้าวล้าออกไปจากอาณาบริเวณบ้านของตนเองแล้ว เท่ากับว่าผู้ป่วยได้เข้าสู่พื้นที่ของชุมชน มลทินก็เข้าประทับในเนื้อตัวผู้ป่วยทันที ถึงแม้ว่าผู้ป่วยคนนั้นอาจจะยังไม่สร้างความเดือดร้อนให้กับชุมชนเลยก็ตาม ทั้งนี้เป็นเพราะในชุมชนเองมีองค์ประกอบบางอย่างที่สืบทอดความรู้สึกหวาดกลัวและวิตกกังวลต่อผู้ป่วยจิตเวชด้วยการขัดเกลาทางสังคมมาตั้งแต่รุ่นสู่รุ่นผ่านพฤติกรรมการเล่น (Playing) ของเด็ก ๆ ซึ่งจะกล่าวในภายหลัง

ภัยอันตรายในพื้นที่ชุมชนและสาธารณะนี้ คือ การแสดงพฤติกรรมรุนแรงเช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นในครอบครัวทุกประการ เพียงแต่เปลี่ยนสถานที่มาเป็นนอกรั้วบ้านของตนเอง

อย่างไรก็ตามการสร้างความรุนแรงในลักษณะนี้กลับมามีความน่าสนใจอย่างยิ่งโดยเฉพาะเมื่อมีเจ้าหน้าที่ตำรวจเข้ามาเกี่ยวข้อง

ครอบครัวผู้ร่วมวิจัยจำนวนบางครอบครัวมีประสบการณ์จัดการผู้ป่วยที่มีตำรวจเข้ามาเกี่ยวข้องในลักษณะที่คล้าย ๆ กัน ยกตัวอย่างกรณีการมีปัญหากับเพื่อนบ้าน ซึ่งลุงสมานเล่าให้ฟังโดยสรุปว่า ในขณะที่ออกไปทำงานขับรถรับจ้างตามปกติ ภรรยาได้โทรศัพท์ไปแจ้งว่า ขณะนี้ผู้ป่วย (ลูกชาย) ได้ไปเข้าไปทำลายข้าวของต่าง ๆ ของเพื่อนบ้าน สร้างความไม่พอใจให้กับเพื่อนบ้าน คนดังกล่าว พวกนั้นจึงโทรศัพท์เรียกตำรวจให้เข้ามาทำการจับกุมผู้ป่วย เมื่อได้ยินดังนั้นลุงสมานได้รับกลับมาที่บ้านของตนเองทันที ลุงสมานพยายามไกล่เกลี่ยอย่างเต็มที่เพราะไม่อยากให้เรื่องราวใหญ่โต แต่ผลคือ การปรากฏตัวของตำรวจในวันนั้น ทำให้ชาวบ้านให้ความสนใจกับครอบครัวตนเองมากขึ้น รวมไปถึงเป็นการสถาปนาความอันตรายของผู้ป่วยในชุมชน

. . . แบบว่า คนข้าง ๆ บ้านมันไปมีเรื่องกัน มันก็ไปทุบหม้อ ทุบอะไรของบ้านเค้า จากนั้นก็ไปโรงพัก เค้าเลยเรียกร้องเอาเงิน 5 พัน . . . แบบว่า มันไม่ชอบลูกเรา มันเกลียดคนผีบ้า (หัวเราะ) ตำรวจก็เลยมาเอาไปโรงพัก เรียกร้องเอาเงิน 5,000 พอก็ก็นำไป จากนั้นมันเลยฝังใจ (ลุงสมาน, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2558)

ดังนั้นจะเห็นว่าในขณะนั้นครอบครัวลุงสมาน (นามสมมุติ) กำลังอยู่ในสภาวะของชุดความคิด 2 ชุดเข้าปะทะกันอย่างรุนแรงนั่นคือ ความคิดเกี่ยวกับตัวตนผู้ป่วยจากมุมมองของครอบครัว ที่ยอมรับรู้ว่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นนั้นต้องมีสาเหตุ ต้องมีปัจจัยกระตุ้น เพราะผู้ป่วยไม่เคยทำเช่นนี้มาก่อน ในทางกลับกัน ตำรวจและชุมชนกลับมองด้วยฐานคิดประจักษ์นิยม นั่นคือยึดถือสิ่งที่เห็น มองดูด้วยข้าม กระดาษต้นไม้ของเพื่อนบ้านที่แตกกระจาย ทำให้เกิดการตัดสินใจและมอบป้ายตัวอันตรายให้กับผู้ป่วยในทันทีส่งผลให้ตั้งแต่นั้นมา ลุงสมาน ต้องลดเวลาทำงานของตนเองลงอย่างมาก เพื่อให้เวลากับลูกชายมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดเรื่องราวต่าง ๆ ขึ้นอีกครั้งตำรวจในฐานะทางออกสุดท้ายของผู้ดูแล

นอกจากนั้นยังมีตัวอย่างประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตำรวจของบางครอบครัวที่มีลักษณะต่างจากลุงสมาน คือ สำหรับลุงสมานนั้น เพื่อนบ้าน/คนในชุมชนเป็นคนแจ้งตำรวจเพื่อจัดการผู้ป่วยที่อาละวาด แต่กรณีที่จะกล่าวต่อไปนี้คนแจ้งตำรวจคือป้าจินดา ซึ่งเป็นครอบครัวของผู้ป่วยเอง กล่าวคือ หากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบครอบครัวจะพยายามประคับประคองผู้ป่วยอย่างเต็มที่ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น เกรงครืดเรื่องยามากขึ้น หรือหลอกให้ผู้ป่วยทานยาสม่ำเสมอ เพื่อไม่ต้องให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาบ่อยครั้งซึ่งเป็นวิธีการที่ได้ผลผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยความถี่น้อยลง แต่ทุกครั้งที่ไป คือ ต้องไปกับตำรวจแทบทุกครั้ง นั่นคือ ครอบครัวจะรองจนกว่าผู้ป่วยจะแสดงอาการทางจิตจนควบคุมไม่ได้อีกต่อไป จึงแจ้งตำรวจเพื่อควบคุมไปโรงพยาบาลจิตเวช



เมื่อวิเคราะห์เรื่องราวแล้ว จะพบว่า สุดท้ายตำรวจก็ยังถูกนำไปโยงกับความอันตรายของผู้ป่วยทางจิต การเรียกตำรวจมาจับกุมก็ยังคงเป็นการสถาปนาความอันตราย และตอกย้ำอย่างต่อเนื่องอยู่อย่างนั้น จริงอยู่ในมุมมองของครอบครัวอาจเห็นพัฒนาการบางอย่าง เช่น ความถี่ในการเรียกตำรวจลดน้อยลงมาก จากทุก ๆ 6 เดือนกลายเป็น 1 ครั้งต่อปี แต่สำหรับคนในชุมชนนั้นไม่ได้ให้ความสนใจไปที่ความถี่ดังกล่าว แต่ให้ความสนใจไปที่การปรากฏตัวของตำรวจมากกว่า ดังนั้นผู้ป่วยก็ยังคงความเป็นอันตรายของชุมชนต่อไป

คำถามต่อมาคือ เพราะอะไรถึงไม่พาไปโรงพยาบาลในทันทีที่ผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการทางจิตเกิดขึ้น เพราะอะไรครอบครัวถึงรีรอ ด้วยการเคร่งครัดเรื่องยากันใหม่ ซึ่งยังเป็นความท้าทายอย่างมากในกระบวนการหาลูกผู้ป่วย (ที่มีอาการ) กินยา เสี่ยงสะท้อนที่ได้จากผู้ร่วมวิจัยคนหนึ่ง คือ

สวนปรุงนี่นะ ถ้าจะไปได้นะ ถ้าตำรวจไม่มาจับ คนไข้ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ได้ไปทำอะไรให้ใครก่อนนะ เค้าไม่เอาเลย (ผู้นำชุมชน, สัมภาษณ์, 8 สิงหาคม 2558)

ข้อความที่ผู้ร่วมวิจัยกล่าวนั้น คือ ข้อสรุปอย่างง่าย ๆ ตามภาษาคนทั่วไป ซึ่งมีที่มาจากพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งกล่าวถึงผู้ป่วยที่มีภาวะอันตราย และจำเป็นต้องได้รับการรักษา ต้องได้รับการรักษา ส่งผลให้ทุก ๆ ครั้งที่มีตำรวจ (ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต 2551 ใช้คำว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ ซึ่งไม่ได้มีแค่ตำรวจเท่านั้น) เป็นผู้ควบคุมผู้ป่วยไปส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยมักจะได้รับการบำบัดรักษาในฐานะคนไข้ในแทบทุกครั้ง

ดังนั้น ด้วยโครงสร้างดังกล่าวจึงส่งผลให้ครอบครัวเลือกที่จะรอให้อาการทางจิตเกิดขึ้นอย่างรุนแรงเสียก่อน จากนั้นจึงเรียกเจ้าหน้าที่ตำรวจมาจับกุมตัวส่งโรงพยาบาล การกระทำลักษณะนี้ส่งผลอยู่ 2 ประการ คือ ญาติมีความมั่นใจว่า ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง แต่ต้องแลกกับการที่ชุมชนมองว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่รุนแรง นำไปสู่การตำรางไว้ซึ่งความคิดเรื่องภัยอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช

### 8.1.1.3 การผลิตซ้ำความเป็นภัยอันตรายผ่านการเล่น (Playing): ความย้อนแย้งในจิตไร้สำนึกของผู้คน

เมื่อพูดถึงการเล่น ผู้ศึกษาขอย้อนกลับไปที่แนวคิดเรื่องพัฒนาการบุคลิกภาพของมีด (George Herbert Mead) ในขั้นที่ 3 เรื่องการเล่นเกมว่า การเรียนรู้ชั้นตอนนี้ เด็กจะเริ่มเรียนรู้กติกาที่เกี่ยวข้องกับการเล่นเกม เด็กเริ่มตระหนักระวังกับทัศนคติของผู้อื่นที่เข้ามาเกี่ยวข้องในเกมและเรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อทัศนคติเหล่านั้น (กิตติพัฒน์ นนทปัทมดลย์, 2553)

นั่นคือ คำอธิบายอย่างสั้น ๆ ในกลุ่มทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ซึ่งเป็นผู้ศึกษามองว่าเป็นส่วนหนึ่งของการขัดเกลาทางสังคมลักษณะหนึ่ง และสำหรับพื้นที่ศึกษาแล้ว

ผู้ศึกษา พบว่า ผู้ร่วมวิจัยพื้นถิ่น (ไม่นับลุงสืบสันต์) ทุกคนมีประสบการณ์การเล่นที่เกี่ยวข้องกับการผลิตซ้ำความบ้าในชุมชนในวัยเด็ก เพราะมีผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการเล่นนั้น ๆ

การเล่นที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ คือ “การล่อ” ซึ่งหมายถึงการเข้าไปแห่เข้าหาสิ่งเป้าหมายไว้เพื่อหวังให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองเช่น การเข้าไปแห่สุนัขขี้ในเด็ก ๆ ทราบโดยทั่วกันว่าดูร้าย หรือชอบวิ่งไล่เมื่อถูกแห่หรือการล่อชื่อพ่อชื่อแม่ของเพื่อน ๆ นอกจากนั้น เด็ก ๆ ในชุมชนก็ยังนิยมเข้าแห่ผู้ป่วยทางจิตอีกด้วย

เรื่องราวของผู้ป่วยทางจิตในชุมชนในอดีตนั้นมักจะถูกผลิตซ้ำผ่านการเล่าขาน เป็นตำนานของชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อขู่เด็ก ๆ ไม่ให้ทำสิ่งที่ไม่ดี หรือไปในสถานที่ที่ผู้ใหญ่ไม่ยอมให้ไปด้วยสาเหตุอะไรก็แล้วแต่ ผ่านคำขู่ที่ว่า “ระวัง . . . (ชื่อผู้ป่วย) . . . ฝีบ้ามันจะ . . . (พฤติกรรมที่น่ากลัว) . . .” เด็ก ๆ ก็จะเกิดความหวาดกลัว และเชื่อตามคำขู่ของผู้ใหญ่คนนั้น ๆ

“ส่วนมากเค้าจะบอกว่า “ระวัง ระวังฝีบ้ามัน” คนโรคจิต ฝีบ้ามัน ถ้าพ่อแม่บอกว่า ระวังฝีบ้ามัน เราก็จะกลัวแล้วเราจะไม่ไป ที่ตรงนั้นมีฝีบ้ามัน ตรงนี้มีฝีบ้ามัน” (ลุงหนวด, สัมภาษณ์, 23 มิถุนายน 2558)

ในขณะที่อีกมุมหนึ่ง เด็ก ๆ ผู้ชายก็มักจะเข้าไปแห่ผู้ป่วยจิตเวชเพื่อความสนุกสนาน เพราะชื่นชอบการตอบสนองของผู้ป่วย เช่น วิ่งไล่ โวยวาย หรือด่าทอพวกตน

“สมัยนั้นลุงยังเล็ก ๆ อยู่ . . . แต่เพื่อน ๆ จะไปล่อไง ที่นี้คนที่เป็ฝีบ้ามันคือโรคจิต ก็จะเอาของมาขว้าง เพราะว่าเราไปต่อว่าเค้า ไม่ถึงกับการตามฆ่าตามอะไรนี้ ไม่มีนะแค่ . . . มันเป็ของเล่นของเด็ก ๆ สมัยก่อน” (ลุงแพง, สัมภาษณ์, 29 มิถุนายน 2558)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าในบางชุมชนจะไม่มีการเล่นในลักษณะนี้อีกแล้ว แต่ในบางชุมชนก็ยังปรากฏให้เห็นอยู่ ตามที่ผู้ร่วมวิจัยได้เล่าให้ฟัง ซึ่งน่าสนใจอย่างมาก

ป้าลักษณะ ก็ถ้าสมัยก่อน ตอนเป็ละอ่อน ถ้าเรารู้ว่าใครเป็ฝีบ้ามัน ก็จะไปล่อเค้าว่า “(ชื่อ) . . . ฝีบ้ามัน” ฝีบ้ามันมันก็จะขึ้นละ มันก็จะไล่เด็ก ๆ เด็ก ๆ ก็จะวิ่งหนี เด็ก ๆ ที่ไม่ได้เป็ฝีบ้ามันก็จะวิ่งหนี เป็เรื่องสนุก สมัยก่อนเราก็มินะพฤติกรรมแบบนั้น พอเราโตมาเราก็กินไม่ทำละ เราก็กินสอนลูกหลานไม่ให้ว่าให้คนอื่นเค้า

ผู้ศึกษา ตอนนีไม่มีละเนาะ

“ป้าลักษณะ มันก็มี แต่เราจะห้ามไว้ได้ทัน แต่เขตอื่นนี่ป้าไม่รู้เนาะ แต่เขตนี้ถ้ามีใครมาแห่ขู่แว่น (ผู้ป่วยหญิง) เราจะรีบเตือนเลยว่าห้ามว่าเค้าเป็ฝีบ้ามัน “ถ้าเดียวถ้ามันบ้าขึ้น มันจะไล่ฆ่าหัวเนาะ” เด็ก ๆ มันก็จะกลัวละ” (ป้าลักษณะ, สัมภาษณ์, 1 กันยายน 2558)

ดังนั้นจะเห็นว่ารูปแบบของการย้อนแย้ง (Paradox) ในตัวเองที่เกิดขึ้นกับเนื้อหาที่ผู้ร่วมวิจัยกล่าว นั้นคือในมุมหนึ่งมีความต้องการจะหยุดยั้งการละเล่นที่เสมือนการสร้างมลทิน

ให้กับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของตนเอง แต่ตนเองก็ได้ผลิตซ้ำความน่ากลัวของผู้ป่วยจิตเวชให้กับเด็ก ๆ รุ่นใหม่ด้วยคำพูดที่ว่า “มันจะไล่ฆ่าหัวเนื้อ (มันจะตามไล่ฆ่านะ)” ดังนั้น จึงแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคจิต ได้ถูกทำให้เป็นหนึ่งในกลไกการควบคุมทางสังคมสำหรับเด็ก ๆ ในชุมชน ที่หยั่งลึกลงไปจิตใจของสมาชิกในชุมชนเสียแล้ว ถึงแม้ชุมชนจะมีความพยายามยุติการเข้าเหย้าผู้ป่วยจิตเวช แต่กลับผลิตซ้ำความน่ากลัวของผู้ป่วยให้กับเด็ก ๆ รุ่นใหม่ในเวลาเดียวกัน

สรุปความคิดเรื่องภัยอันตรายนั้นถือว่าเป็นแนวคิดที่ก่อมลทินประทับให้กับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอันดับต้น ๆ นั้นเพราะมีลักษณะที่เป็นเชิงประจักษ์ มีพฤติกรรมแสดงออกให้เห็นอย่างชัดเจน ส่งผลต่อภาพลักษณ์ความอันตรายซึ่งประทับติดตัวผู้ป่วยไปอย่างยาวนาน โดยเฉพาะเมื่อเกิดขึ้นในที่สาธารณะ และมีตำรวจเป็นผู้รับรองความอันตรายตัวของผู้ป่วยอีกชั้นหนึ่ง นอกจากนั้นในชุมชนเองก็ยังมีกลไกผลิตซ้ำความอันตรายให้กับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเช่นการใช้เรื่องราวของผู้จิตเวชในการควบคุมเด็ก ๆ รวมถึงการเล่นในลักษณะเข้าเหย้าผู้ป่วยของเด็ก ๆ ในชุมชนที่พบเห็นได้ทั่วไปในอดีต และยังไม่หมดในจนกระทั่งทุกวันนี้

### 8.1.2 แนวคิดเรื่องการควบคุม: การมองงานสุขภาพจิตเชิงวิพากษ์

การควบคุมเป็นแนวคิดรายรอบมลทินอย่างหนึ่งซึ่งงานศึกษาชิ้นนี้สะท้อนออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การควบคุมที่จะนำเสนอต่อไปนี้ไม่ได้มีความหมายเพียงแค่การควบคุมในลักษณะของการควบคุมตนเองของผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมไปถึงการตั้งคำถามของชุมชนที่มีต่อศักยภาพของผู้ดูแล นอกจากนั้นยังเกี่ยวข้องกับ Tutelary complex ซึ่งเป็นสามารถวิเคราะห์ตามแนวคิดของฟูโกต์ได้อีกด้วย

#### 8.1.2.1 ความสามารถในการควบคุม: การตั้งคำถามกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ความสามารถในการควบคุม (Controllability) มาจากพื้นฐานของสังคมที่มีความเชื่อว่า ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการควบคุมของแต่ละบุคคล และถ้าบุคคลแต่ละคนไม่สามารถทำให้อาการของตนดีขึ้นได้ด้วยตนเอง บุคคลก็จะถูกมองว่า เขาหรือเธอไม่มีความพยายามในการควบคุมตนเอง และยิ่งไปกว่านั้น บุคคลจะถูกตำหนิที่ไร้ความสามารถในการควบคุม ซึ่งมองว่าเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล (Corrigan, et al., 2001 cited in Harrington, 2014, อ้างถึงใน กิตติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์, 2558)

มลทินประทับนั้นไม่ได้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทางจิตที่มีพฤติกรรมรุนแรงเท่านั้น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตที่สงบ ไม่สร้างความเดือดร้อนให้ใครแล้วก็ตาม ผู้คนทั่วไปก็ยังมองผู้ป่วยด้วยความรู้สึกไม่ปลอดภัย เพราะว่ามีข้อกังขาเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมตัวเองของผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนั้น การควบคุมตนเองไม่ได้ของผู้ป่วยจิตเวชก็ยังถูกนำไปเชื่อมโยงกับสาเหตุต้นกำเนิด (Origin) อีกด้วย

การควบคุมตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายก็มีลักษณะเฉพาะที่ต่างกันออกไป หากมองย้อนไปในเรื่องเล่าเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชในอดีต ซึ่งขณะนั้นยังไม่มีโรงพยาบาลจิตเวชอย่างเช่นทุกวันนี้ ผู้ป่วยในชุมชนจะมีพฤติกรรมอย่างหนึ่งคือชอบเดินไปในที่ต่าง ๆ โดยเดินทั้งวัน บางรายกลับบ้าน บางรายไม่ยอมกลับบ้านของตนเอง ด้วยเหตุนี้ครอบครัวจึงประดิษฐ์วิธีการควบคุมผู้ป่วยที่ควบคุมตนเองไม่ได้คือ “การล่ามโซ่ตรวน” การล่ามโซ่นี้จะทำเฉพาะในเวลากลางวัน สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ออกไปทำไร่นา และเมื่อกลับมา ก็จะปลดโซ่ตรวนนั้นออก เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอิสระในช่วงเย็นและกลางคืนเป็นต้น

ผู้นำชุมชน สมัยก่อน แม่ก็เห็นแล้วว่า เค้าเอาคนแก่ที่ป่วยไว้ได้ถูกล่ามโซ่เอาไว้เนาะ สมัยนี้ไม่มีละ เมื่อก่อนคือจะไม่ให้ไปไหนอย่างนี้ละมั้ง ไม่ให้ไปเที่ยว

ผู้ศึกษา เพราะว่าอาการคือชอบเดินเนอะ

ผู้นำชุมชน ใช่ ๆ เดินไปเรื่อยเปื่อย พ่อแม่ก็จะเป็นห่วง กลัวว่าลูกเค้าจะไปทีอื่น ถ้าผู้หญิงก็กลัวว่าจะถูกทำไม่ดีไม่ร้าย เค้าก็ต้อง...บางทีก็สร้างห้องให้อยู่ไม่ให้ออก หรือก็ล่ามเอาไว้หนะกะ สมัยก่อนนะ (ผู้นำชุมชน, สัมภาษณ์, 4 สิงหาคม 2558)

เมื่อยุคสมัยเปลี่ยนไป ผู้ป่วยในปัจจุบันไม่จำเป็นต้องถูกล่ามโซ่ตรวนอย่างเช่นอดีต ผู้ป่วยจึงมีอิสระมากยิ่งขึ้น สามารถไปไหนมาไหนได้อย่างอิสระ เนื่องจากถูกควบคุมไว้ด้วยยา แต่การควบคุมด้วยยานั้นเป็นสิ่งที่คนทั่วไปไม่สามารถรับรู้ได้ในเชิงประจักษ์ ไม่สามารถแน่ใจว่าผู้ป่วยคนนี้จะแสดงท่าทีคุกคามตนเองเมื่อใด เพราะแม้แต่เพียงพฤติกรรมแปลก ๆ ก็เพียงพอที่จะทำให้คนอื่น ๆ ไม่ไว้ใจ และพยายามถอยห่างผู้ป่วย ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยไม่ได้สร้างความรุนแรงแต่อย่างใด อย่างเช่นตัวอย่างของ จันทรเพ็ญ (นามสมมติ) ผู้ป่วยคนหนึ่งที่ชอบเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ ในชุมชนของตนเอง ด้วยความคิดหลงผิด (Delusion) คิดว่าตนเองนั้นมีความเกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ และข้าราชการฝ่ายปกครองในชุมชน ดังนั้นเธอจึงมักจะเดินทางไปสถานีตำรวจและที่ว่าการอำเภอเป็นประจำ จนชาวบ้านเห็นเป็นเรื่องปกติของชุมชน

ผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเป็นสมาชิกในชุมชนเดียวกันกับจันทรเพ็ญ เล่าถึงท่าทีของชาวบ้านต่อผู้ป่วยว่า ถึงแม้ว่าชาวบ้านส่วนใหญ่จะทราบว่าจันทรเพ็ญมีอาการทางจิต แต่เนื่องจากผู้ป่วยรับผิดชอบเรื่องการดูแลความสะอาดร่างกายตนเอง และแต่งตัวเป็นทางการอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้คนที่ไม่ค่อยคุ้นเคยกับผู้ป่วยจะไม่ทราบรับรู้ถึงความผิดปกติทางจิตนั้น แต่เมื่อใดที่มีคนกล่าวทักทายผู้ป่วย หรือเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ตัวตนของผู้ป่วยในสายตาของผู้คนจะเริ่มเปลี่ยนไป กลายเป็นความรู้สึกไม่แน่ใจ และในครั้งต่อไปคน ๆ นั้น จะไม่คบค้าสมาคมกับผู้ป่วยอีกต่อไป คนส่วนมากจึงพยายามหลบหลีก เพื่อป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาดังเช่น ที่ลุงบุญ ผู้นำชุมชน/อสม. กล่าวว่

. . . ผมเห็นแก่ ตอนนั้นเห็นพูดโทรศัพท์คนเดียว ไม่ได้หยอดเหรียญ  
ผมก็เคยถามนะว่าโทรไปหาใคร แกก็ตอบว่าพ่อบรรหาร จนเดี๋ยวนี้บางทีก็เห็นแล้วก็ขี้เกียจคุยด้วย  
เลียง ๆ ไป (ลุงบุญ, สัมภาษณ์, 23 กรกฎาคม 2558)

นอกจากนั้น ป้าจินดา ยังได้เหตุการณ์ลักษณะเดียวกันกับลุงบุญให้ฟัง  
ดังนี้

. . . มีครั้งหนึ่งมันโทรศัพท์ โทรนาน คือ โทรไม่หยอดเหรียญไป โทร  
ไปงั้น มันพูดไปงั้น ที่นี้คนข้างนอกเค้าก็เคาะประตู มันก็ออกมา แล้วต่อว่าเค้า รู้จักมีมารยาทบ้างสิ  
แล้วมันก็เดินออกมา (ป้าจินดา, สัมภาษณ์, 29 กรกฎาคม 2558)

ตัวอย่างข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกไม่ไว้ใจและระแวงใน  
ความสามารถควบคุมตนเองของผู้ป่วย แม้กระทั่งจันทร์เพ็ญ ที่นำเสนอตนเองในภาพที่ใกล้เคียงกับ  
คนปกติที่สุด ก็ยังไม่สามารถสร้างความเชื่อใจให้กับชุมชนได้ทั้งหมด ชุมชนก็ยังคงวิตกและพยายาม  
หลีกเลี่ยงผู้ป่วยอยู่ดี ซึ่งแนวคิดการควบคุมในลักษณะนี้นำไปสู่มลทินประทับในตัวผู้ป่วยอย่างไม่ต้อง  
สงสัย ทั้งนี้จากการศึกษา ผู้ป่วยไม่ได้เป็นเพียงบุคคลที่มีมลทินจากแนวคิดการควบคุมนี้เท่านั้น มลทิน  
จากแนวคิดนี้ยังส่งผลไปยังผู้ดูแล และที่สำคัญผู้ดูแลย่อมรู้สึกถึงมลทินมากกว่าตัวผู้ป่วย

ป้าตุ๊ก ผู้ที่ได้รับมลทินจากแนวคิดการควบคุมที่ชัดเจนที่สุด เพราะหากวิเคราะห์ไปยัง  
เรื่องราวการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครอบครัวแล้ว ล้วนเกี่ยวข้องกับแนวคิดการควบคุม  
ในที่นี้ผู้ศึกษา หมายถึง การควบคุมนี้มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการขัดเกลาทางสังคม  
ด้วย อย่างที่กล่าวไปในบทที่ 6 ว่าครอบครัวนี้รู้สึกที่ตนเองมีมลทินเพราะว่าในอดีตไม่  
สามารถอบรมสั่งสอนผู้ป่วยให้ดี ปล่อยปละละเลยและเลียงดูอย่างตามใจ ทำให้ผู้ป่วย  
หันไปใช้สารเสพติด ซึ่งพฤติกรรมการใช้สารเสพติดนั้น เป็นพฤติกรรมที่สามารถป้องกัน  
ได้ (สะท้อนเรื่องการเลียงดู) และที่สำคัญคือ ยังสามารถหักห้ามได้อีกด้วย นั่นคือในมุม  
หนึ่งผู้ที่กำลังเริ่มใช้สารเสพติดก็สามารถหยุดตนเองได้เช่นกันแต่เขาเลือกที่จะไม่หยุด  
จุดนี้เองได้มีผู้ร่วมวิจัยบางคนเกิดข้อสรุปว่า ผู้ป่วยที่มีสาเหตุมาจากยาเสพติดนั้นมี  
ภาพลักษณ์ที่น่ากลัว และลำบากใจที่จะอยู่ร่วมมากกว่าผู้ป่วยที่ป่วยเพราะสาเหตุอื่น  
เนื่องจากเชื่อว่าสารเสพติดได้ทำลายสมองไปบ้างแล้ว และยากที่จะกลับมาเป็นปกติ  
เหมือนเดิม

จากการสัมภาษณ์ป้าตุ๊ก ผู้ศึกษาพบว่ามียุทธศาสตร์อยู่หนึ่งยุทธศาสตร์ที่ป้า  
ตุ๊กสะท้อนประเด็นที่น่าสนใจ และเรียกได้ว่าเป็นมลทินที่สังคมสร้างขึ้นให้ป้าตุ๊กอีกด้วย

มันเหมือนว่าเราทำให้เกิดปัญหาสังคม เพราะเราปล่อยน้องเราไป  
(ป้าตุ๊ก, สัมภาษณ์, 10 สิงหาคม 2558)

กล่าวคือ เมื่อสามีของป้าตุ๊กเสียชีวิตลง จึงไม่มีใครในครอบครัวสามารถควบคุมผู้ป่วยได้ ทุก ๆ คน ล้วนแต่อยู่ในสภาวะไร้อำนาจ ทั้งอำนาจควบคุมหรือกระทั่งการต่อรองกับผู้ป่วยเองก็ตาม ผนวกกับความหวาดกลัวผู้ป่วยจะทำอันตรายให้แก่ตนเองอย่างมาก ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจึงเริ่มเกิดช่องว่างขึ้น สำหรับป้าตุ๊กแล้ว ไม่ได้ต้องการกลับมาดูแลผู้ป่วย แต่เธอต้องการดูแลแม่ที่ชรา ดังนั้นผู้ป่วยจึงเป็นภาระที่จำต้องดูแล ไม่ว่าจะเป็นการพาไปโรงพยาบาลจิตเวช ในตัวเมือง หรือไปรับยาที่โรงพยาบาลประจำอำเภอก็ตาม สิ่งเหล่านั้นไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับป้าตุ๊ก เพราะเธอต้องเผชิญหน้ากับความอับอายอย่างที่สุดตลอดระยะทางไปโรงพยาบาล ด้วยครอบครัวที่ยากจน เธอมีเพียงรถจักรยานยนต์ 1 คัน และจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยที่คุ้มคลั่งซ้อนท้ายเธอทั้งบน ทั้งต่ำ ทั้งถมน้ำลายตลอดเส้นทางกว่า 20 กิโลเมตร ดังนั้นสำหรับป้าตุ๊ก เธอพยายามรับผิดชอบตัวเองอย่างเต็มความสามารถ แต่กลับถูกชาวบ้านตั้งคำถามในศักยภาพการควบคุมผู้ป่วยอยู่บ่อยครั้ง ทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกเสียใจอย่างมาก

ป้าก็พยายามประคองมาเรื่อย ๆ นะ บังคับมันให้กินยา ฉีดยา ช่วงก่อนก็หมอนอนมัยนี้รพ. นั้นมันช้ำมาก ก็เลยมาเอาที่อนามัย อนามัยก็บอกว่าให้ไปรับยาที่โรงพยาบาลในตัวเมือง กว่าที่จะเอาแก็ไปได้ ยากมาก กว่าที่จะพาไป ทั้งวันนะ ที่ต้องเสียเวลา ป้าต้องยอมทนนะ บางทีเราต้องเอาแก็ซ้อนมอเตอร์ไซด์ไปนะ แก็ก็ดำไปสุดทาง ถมน้ำลาย สกปรกเหม็นมาก (ป้าตุ๊ก, สัมภาษณ์, 10 สิงหาคม 2558)

ต่อมา คือ คำพูดจากเพื่อนบ้านที่ป้าตุ๊กเล่าให้ฟัง

ป้าตุ๊ก แก็ชอบถามว่าน้องชายเป็นไงบ้าง เราก็...รู้สึกไม่ค่อยดีเท่าไหร่นะ เพื่อนบ้านเวลา...ถ้าไปเต็ดร้อนอะไรแถวบ้านแก็ แก็จะมาถามว่า “หยิ่งบอเอาไปโงงยา ๆ ” เราก็ตอบไปนะว่า “ไปแล้ว เพิ่งกลับ” เพื่อนบ้านก็ย้อนเลย “ก่อเอาไปแหมกะ”

ผู้ศึกษา เหมือนหาว่าเราไม่รับผิดชอบ?

ป้าตุ๊ก ใช่ ไม่รับผิดชอบ “ก็เอาไปแหมกะ ๆ”

“น้องตัว . . . อย่างโน้นอย่างนี้” เพื่อนบ้านพูด (ป้าตุ๊ก, สัมภาษณ์, 10 สิงหาคม 2558)

สรุป แนวคิดเรื่องความสามารถในการควบคุมนั้นสามารถก่อให้เกิดมลทินประทับที่เรียกว่า มลทินประทับทางสังคม นั่นคือ สังคมเป็นผู้ผลิตมลทินให้กับผู้ป่วยและญาติ โดยให้การควบคุมมาสร้างมลทิน สำหรับบางครอบครัว ผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายที่มีมลทินไม่ว่าจะไปที่ไหน มลทินว่าด้วยการควบคุมตัวเองก็จะติดตามไป ส่งผลให้ผู้คนรอบข้างพยายามหลีกเลี่ยง ถอยห่างจากผู้ป่วย อย่างไรก็ตามมลทินที่มีความสำคัญไม่แพ้กันคือมลทินที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกทางลบต่อคำพูดของสังคมเป็นอย่างมาก



### 8.1.2.2 การควบคุมแบบการดูแลปกครอง (Tutelary Complex):

#### ความแนบเนียนของการควบคุม

การควบคุมในที่นี้ ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์โดยใช้แนวคิดเรื่อง The Discipline ของฟูโกต์ จะเห็นได้ว่า เนื้อหาตอนที่ 2 ของงานศึกษาชิ้นนี้ได้กล่าวถึง วินัยที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีลักษณะเด่นคือ เป็นการแยกผู้ป่วยออกจากสังคมส่วนรวม และผู้ป่วยต้องปฏิบัติ ตามกฎระเบียบต่าง ๆ ตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล กินนอนเป็นเวลา และพฤติกรรมของผู้ป่วยจะถูกจับจ้องจากกล้องวงจรปิดตลอด 24 ชั่วโมง แต่นั่นเป็นเรื่องในรั้วโรงพยาบาล สถานที่ที่ผู้ป่วยไม่ยอมกลับเข้าไปอีก

การควบคุมแบบการดูแลปกครอง (กิติพัฒน์ นนทปัทมกุล, 2555) ในงานศึกษาชิ้นนี้นั้น เป็นการควบคุมที่เกิดขึ้นในบริบทของชุมชน การควบคุม เช่นนี้ ค่อนข้างจะมีความแนบเนียนไปกับชีวิตประจำวัน เป็นการควบคุมที่ไม่มีรั้วคอยกั้นอิสรภาพ ไม่มีกล้องวงจรปิดหรือเจ้าหน้าที่คอยตรวจสอบพฤติกรรม แต่ไม่ได้หมายความว่า จะไร้การควบคุมในชุมชน เพราะการควบคุมก็ยังคงปรากฏอย่างเข้มข้นไม่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจสอบเรื่องการกินยาจากญาติอย่างสม่ำเสมอทุก ๆ มื้อ ไม่เพียงเท่านั้น ยังต้องถูกเจ้าหน้าที่ อสม. และเพื่อนบ้าน ที่มักจะคอยแวะเวียนมาตรวจสอบอยู่เป็นประจำ จนกระทั่ง เกิดเป็นคำทักทายระหว่าง อสม./เพื่อนบ้าน และผู้ป่วยขึ้นว่า “กินยาแล้วยัง” แทนที่การทักทายแบบปกติเช่น “กินข้าวหรือยัง” โดยการควบคุมเช่นนี้ แฝงกายในสิ่งที่เรียกว่าความห่วงใย/หวังดี

ถ้าเป็นสมัยก่อนนะ ตอนที่ออกโรงพยาบาลมาใหม่ ๆ ยายจะตะโกนถามไปว่า “อร กินยาละ” มันก็จะตะโกนกลับมาเลยว่า “มึงไม่ได้เป็นหมอ ไม่ต้องเสือก กูไม่ได้เป็นอะไร กูไม่เจ็บไม่ป่วย” มันสวนกลับเราแบบนี้ เฮ้อ . . . (เพื่อนบ้านป่าอ, สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2558)

การควบคุมลักษณะต่อมา คือ การถูกจับจ้องจากคนในชุมชน ซึ่งเป็นผลมาจากแนวคิดรายรอบเรื่องภัยอันตรายและการควบคุม เพื่อเป็นการป้องกันความปลอดภัยแก่สมาชิกในชุมชนเอง เช่น เพื่อนบ้านใกล้ชิดมักจะคอยสอดส่องดูพฤติกรรมของผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อค้นหาสัญญาณบ่งชี้ว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยได้กำเริบขึ้นแล้ว หรืออาจเป็นลักษณะของการกั้นเด็ก ๆ ให้ออกไปจากบริเวณที่ผู้ป่วยปรากฏกายขึ้นในชุมชน กล่าวคือไม่ว่าชุมชนจะมีการกล่าวว่ามีปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปจากอดีตเช่นใด สำหรับผู้ศึกษาเห็นว่ายังคงสะท้อนแนวคิดของการควบคุมอย่างต่อเนื่อง จากอดีตที่ล่ามผู้ป่วยเอาไว้ได้ถุนบ้านไม่ให้ไปไหนมาไหน มาสู่ยุคของการแยกผู้ป่วยออกจากชุมชน ให้ไปอยู่โรงพยาบาลจิตเวช และปัจจุบันคือการควบคุมด้วยยา ควบคุมไปกับแนวคิดรายรอบมลทินต่าง ๆ ที่เปลี่ยนผู้คนในชุมชนให้กลายเป็นกลไกควบคุมอย่างหนึ่ง ไม่ว่าผู้ป่วยจะเดินทางไปไหน จะมีสายตาของใครต่อใครคอยมองอยู่ตลอดเวลา บ้างมองเพื่อป้องกันภัยแก่ตนเอง บ้างก็เพื่อรายงานต่อให้ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในชุมชน เป็นต้น

จากการพูดคุยกับผู้ร่วมวิจัยที่ไม่ใช่ตัวผู้ป่วยส่วนใหญ่แล้ว ผู้ศึกษาพบประเด็นเล็ก ๆ ที่ควรค่าให้ความสำคัญอย่างมาก ซึ่งอาจสะท้อนถึงความระแวงในศักยภาพของการบำบัดรักษาด้วยการแพทย์เลยทีเดียว ว่าสุดท้ายแล้วยานั้นมีหน้าที่รักษาให้หายหรือว่าเพียงควบคุมไม่ให้เกิดความรุนแรง ซึ่งสิ่งเหล่านี้แฝงอยู่ในรูปของภาษาและการใช้คำ นั่นคือ ผู้ร่วมบางคนวิจัยเลือกใช้คำกริยากับยาว่า “คุม” แทนคำว่า “กิน”

. . . เป็นมาเรื่อย ๆ เป็นมาเรื่อย ๆ หนักขึ้นมาเรื่อย ๆ พอหนักมาก็พาไปโรงพยาบาล ออกมาก็เป็นหนัก ต้องเอาเข้าไปอีก ถ้าไม่ได้คุมยากี่ . . . (ลุงบุญ, สัมภาษณ์, 23 กรกฎาคม 2558)

ดังนั้น คำที่ถูกเลือกให้ย้อมสะท้อนวิถีคิดที่คน ๆ นั้นมีต่อผู้ป่วย ซึ่งในที่นี้เมื่อมีการใช้คำว่าคุม แสดงว่าผู้ป่วยกำลังถูกมลทินจากแนวคิดการควบคุมเริ่มก่อตัวขึ้นภายในสายตาของผู้คนภายนอก ดังนั้น คำว่าคุม จึงแสดงถึงมิติการควบคุม และถูกจับจ้องจากสายตาของคนภายนอกเป็นต้น

สรุปแนวคิดเรื่องการควบคุม เป็นอีกหนึ่งแนวคิดพื้นฐานที่ก่อให้เกิดมลทินประทับทางสังคม (Social Stigma) ทั้งกับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนั้นยังเป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นการทำงานของวินัยที่ลดระดับจากพื้นที่สถาบันจิตเวชลงมาสู่ชุมชน เพื่อนควบคุมตรวจสอบอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ไม่ต่างอะไรจากคุกที่เรารู้กันแต่อย่างใด

### 8.1.3 แนวคิดความสงสาร: ความต่ำชั้นที่ขอธรรม

หากเอาแนวคิดความน่าสงสารมาเปรียบเทียบว่า ในบรรดาความพิการทั้ง 5 ประเภท ผู้ร่วมวิจัยสะท้อนว่า ผู้ป่วยทางจิตเป็นกลุ่มที่มีมลทินจากแนวคิดน่าสงสารน้อยที่สุด ในทางตรงกันข้ามกลับมีมลทินที่มาจากแนวคิดภัยอันตรายมากที่สุด นั่นเพราะว่าการเจ็บป่วยทางจิตนั้นไม่ใช่ความพิการที่เห็นได้ด้วยสายตา ดังเช่นคนพิการทางร่างกาย หรือแม้กระทั่งสติปัญญาที่สามารถประจักษ์ในความผิดปกตินั้น ๆ ไม่ยากนัก แต่ผู้ป่วยทางจิตกลับเป็นภาพของความคลุมเครือ ไม่มีอะไรที่ชัดเจน สามารถอำพรางความผิดปกติให้พ้นสายตาจากผู้อื่นได้

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยทางจิตจะเผชิญกับแนวคิดความสงสารน้อยกว่าคนพิการประเภทอื่น ๆ แต่เชื่อว่าไม่ได้กลายเป็นผู้ถูกสงสาร เพราะท่ามกลางผู้คนในชุมชน ผู้ป่วยก็ยังคงเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสารและได้รับการปฏิบัติจากคนอื่นเพราะความสงสารในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น

ความสงสารต่อผู้ป่วยจิตเวชนั้น เป็นแนวคิดที่พบเห็นได้ในงานศึกษา ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเคยก่อนความเดือดร้อนให้กับชุมชนมากมายเพียงใด จะเคยก่อให้เกิดความโกรธเกลียดชังแค่ไหน แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา และอาการทางจิตสงบลง แนวคิดสงสารก็จะเข้ามาแทนที่แนวคิดอันตรายทันที แนวคิดสงสารมีหน้าที่ช่วยลดความรังเกียจเดียดฉันท์ผู้ป่วยได้ดี อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะ

แนวคิดไหน ผู้ศึกษาเห็นว่าผู้ป่วยก็ยังไม่มีความเท่าเทียมกับกับคนปกติในชุมชน นั้นเพราะความสงสารนั้น ส่วนหนึ่งมาคู่กับแนวคิดต้นกำเนิดเรื่องเวรกรรม

คนเหนือเป็นคนที่สงสารคน ไม่ค่อยรังเกียจใคร เพราะมันเป็นญาติกันไปหมด ถ้าเห็นก็สงสาร คือ ถือว่าเป็นกรรมเก่าของมัน ไม่ได้คิดว่ารังเกียจ ยกตัวอย่างป่าออร์ ถ้ากินยาที่ดีขึ้น แต่ถ้านาย . . . ถ้ากินยาก็จะทำงานช่วยเหลือพ่อแม่ได้ คือสังคมไม่ได้รังเกียจ เพราะเป็นกรรมของใครของมันคิดแบบนี้ (ลุงแพง, สัมภาษณ์, 30 มิถุนายน 2558)

จะเห็นว่า มีมโนทัศน์เรื่องกรรมซึ่งเป็นแนวคิดต้นกำเนิดหนึ่งของมลทินประทับเข้ามาเกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาจึงเกิดข้อสงสัยว่า การที่ลุงแพง กล่าวว่า “เพราะคนเหนือเป็นคนขี้สงสาร” นั้นอาจมีนัยยะทางพุทธศาสนา โดยพื้นฐานแล้ว ความสงสารปรากฏอยู่ในวิธีการอธิบายหลักธรรมที่เรียกว่า พรหมวิหาร 4 ซึ่งประกอบด้วย เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา โดยสิ่งที่มีความใกล้เคียงกับความรู้สึกสงสารมากที่สุดคือ กรุณา

กรุณาแปลว่า ความสงสาร คิดจะช่วยให้พ้นทุกข์ เมื่อเราเห็นใครก็ตามจะเป็น บุตรหลาน หรือคนในบังคับบัญชา ตลอดจนถึงศัตรู และสรรพสัตว์ได้รับความทุกข์ ก็ต้องมีจิตใจสงสาร คิดจะช่วยให้เข้าพ้นทุกข์เสมอ (พระกวีวรรณ, 2502, อ้างถึงใน จิตนา จินดารัตน์, 2523)

นอกจากนั้น ป.อ. ปยุตโต ยังได้นิยามความหมายของกรุณาว่าเป็นความสงสาร คิดช่วยให้พ้นทุกข์ ใฝ่ใจในอันจะปลดเปลื้องบำบัดความทุกข์ยากเดือดร้อนของปวงสัตว์ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Compassion

ไม่ว่าความกรุณาจะถูกให้ความหมายไปมากมายอย่างไรก็ตาม ผู้ศึกษาเห็นว่าความหมายนั้นไม่สามารถหนีพ้นคำว่าสงสารไปได้ ดังนั้นผู้ร่วมวิจัย (พุทธผสมผี) จึงมักจะใช้แนวคิดความสงสารในการมองผู้ป่วยจิตเวช เพราะนั่นแสดงว่าตนเองเป็นผู้มีธรรมในใจ

ผู้ศึกษา โดยปกติจะมีคนเข้าไปคุย ไปติดต่อกับบ้านนั้นไหมครับ ถ้าเกิดผมไม่มา?

ป้าลักษณะ ปกติไม่มีใครเข้าไปยุ่งเลย

ผู้ศึกษา อสม?

ป้าลักษณะ อสม. นี่ไปนะ แต่ชาวบ้านธรรมดาจะไม่เข้าไปนอกจากเค้าจะเดินออกมาหา มาบอกเลขห่วย แล้วก็เดินหัวเราะออกไป เราก็คิดชะว่า “เออ ผีบ้า” เราก็คิดเท่านี้

ผู้ศึกษา คือ ชุมชนรู้สึกยังไงครับ

ป้าลักษณะ ไม่รังเกียจนะ

ผู้ศึกษา เอ . . . แล้วจะเป็นความรู้สึกแบบไหนครับ

ป้าลักษณะ สงสารนะ (ป้าลักษณะ, อาสาสมัคร, สัมภาษณ์, 1 กันยายน 2558)

อย่างไรก็ตาม แนวคิดเรื่องความสงสารในงานศึกษาชิ้นนี้ย่อมไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวเสียหมด มีผู้ร่วมวิจัยคนหนึ่งให้ความหมายของคำว่า “สงสาร” ต่างออกไป เท่ากับ เกิดการปะทะกันของสองวาทกรรมความสงสารขึ้น

วาทกรรมความสงสารแรกนั้นคือความสงสารในแบบของลุงแพงและสมาชิกชุมชนคนหนึ่ง ซึ่งความสงสารนี้คือ ความรู้สึกสงสารหรือน่าสงสาร และสิ้นสุดลงแค่นั้น ไม่ได้มีการกระทำทางสังคมใด ๆ เกิดขึ้นตามมา แต่ความน่าสงสารนี้ช่วยลดความรู้สึกน่ารังเกียจของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยลงไปได้ โดยการเปลี่ยนป้าย (Label) เสียใหม่ จากอันตราย/น่ารังเกียจเป็นน่าสงสาร ในทางตรงกันข้าม ลุงสี่สัณฑ์ กลับให้นิยามคำว่าสงสารที่ต่างออกไป โดยความสงสารของลุงสี่สัณฑ์นั้นต้องมาควบคู่กับการกระทำ นั่นคือไม่ได้สงสารเฉย ๆ แต่ต้องพยายามช่วยคน ๆ นั้นด้วย ซึ่งคำว่าช่วยเหลือในที่นี้ไม่ใช่การช่วยเหลือแบบให้เปล่าเช่น การให้สิ่งของ, เงิน หรือการนำอาหารมาให้เป็นครั้งคราว เพราะสงสาร แต่ลุงสี่สัณฑ์คิดไปไกลกว่านั้น คือ ต้องช่วยเหลือเพื่อหวังให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพตามที่ผู้ป่วยพอจะทำได้ และที่สำคัญคือ ให้ผู้ป่วยมีที่ยืนในสังคม ทำให้เข้าใจได้ว่า “ความสงสาร” ของลุงสี่สัณฑ์นั้น มีความหมายเป็นในเชิง “เห็นอกเห็นใจ” ซึ่งในทางสังคมสงเคราะห์และจิตวิทยาการให้คำปรึกษาเรียกว่า “Empathy”

ผู้ศึกษา ผมว่ามันก็ดีนะความรู้สึกสงสาร แต่ในมุมกลับมันอาจจะท้อ . . . เหมือนเรามองเค้าต้อยกว่าเรา ตรงนี้คุณลุงมีความเห็นว่าอย่างไรครับ

ผู้ร่วมวิจัย ผมก็ไม่เห็นด้วยนะกับวิธีที่จะสงสารนะเราต้องทำกิจกรรมแล้วให้เค้ามีส่วนร่วม คือแทนที่เราจะสงสารเค้า เราหาที่ยืนในสังคมให้เค้า . . . ผมว่ามันน่าจะถูกวิธีกว่าที่จะไปสงสารเค้า เค้ามีความสามารถแค่ไหน ที่จะไปยืนตรงไหนในองคาพยพเนี่ยนะ เราก็พัฒนาเค้าเท่าที่เค้าเป็นได้ (ลุงสี่สัณฑ์, สัมภาษณ์, 3 กันยายน 2558)

ดังนั้นจะพบว่า ความสงสาร จะเป็นส่วนหนึ่งของมลทินประทับได้ในกรณีที่มีความสงสารเป็นเพียงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในตัวปัจเจกแต่ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือ หรืออาจเป็นการช่วยเหลือแบบเฉพาะหน้า คือการช่วยเหลือทางวัตถุ เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤติของชีวิต แต่สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทว่าการช่วยเหลือด้วยความสงสารนี้ก็กลับส่งผลกระทบต่อหากมองในระดับนามธรรมคือ เสมือนว่าเป็นการสถาปนาผู้ให้และผู้รับเกิดขึ้น นั่นหมายถึงต้องมีผู้มีอำนาจและไร้อำนาจอยู่ในกระบวนการทางสังคมนี้ ต่อมาคือ ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาวะพึ่งพิง และหากจะมองต่อไปที่คุณค่าความเป็นมนุษย์แล้ว การรับความช่วยเหลือเพราะความสงสารนั้น ตัดโอกาสในการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาชีวิตของผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งเรื่องของการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยนี้จะถูกกล่าวอีกครั้งในหัวข้อการสร้างตัวตนใหม่ของผู้ป่วย โดยเนื้อหาจะถูกผูกโยงเข้ากับงานอาชีพบำบัดซึ่งเป็นการมองเชิงวิพากษ์ (Critical) ของผู้ร่วมวิจัยที่น่าสนใจ

### 8.1.4 อาการที่น่ารังเกียจ (Symptomatology): ภาพลักษณ์พื้นฐานของผู้ป่วย

#### ทางจิต

จากการศึกษา ผู้ร่วมวิจัยบางคนได้สะท้อนข้อมูลที่ทำให้เกิดมุมมองที่ลึกซึ้งของผู้ศึกษาต่อประเด็นมลทินประทับจากแนวคิดรายรอบนี้ เพราะสำหรับผู้ร่วมวิจัยอย่างลุ่มสับสนแล้ว การมองผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นกลุ่มคนที่มีพฤติกรรมน่ารังเกียจ สังคมไม่ต้องการเข้าใกล้เป็นมุมมองที่ผู้ศึกษาเห็นว่าไม่ผิดแต่อย่างใด ทว่ามีการสรุปเช่นนี้อาจมีความเป็นหนึ่งเดียวเกินไป เพราะในสถานการณ์จริง ผู้ป่วยนั้นมีอยู่หลากหลาย และสำหรับผู้ป่วยบางคนอาการที่น่ารังเกียจไม่ได้พบเห็นได้ในครั้งแรกที่ต้องเผชิญหน้ากัน

จากการศึกษา ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนประเด็นความน่ารังเกียจไว้อย่างน่าสนใจมาก เพราะนอกจากจะเป็นการสรุปที่ง่ายตาย และยังเป็นการกักขังภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเวชไว้อีกด้วย ในที่นี้ไม่ได้หมายถึงเฉพาะผู้คนที่ทั่วไปเท่านั้นที่จะมองว่าผู้ป่วยจิตเวชน่ารังเกียจ สกปรก ผู้ป่วยจิตเวชเองต่างก็มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเวชของตนเองเช่นเดียวกัน และก็ได้ต่างอะไรจากภาพลักษณ์ที่คนอื่นวาดภาพเอาไว้ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยทางจิตเวชจะต้องแต่งตัวสกปรก ผมยาว พุดจาไม่รู้เรื่อง ไม่ยอมกลับบ้านตั้งตัวอย่างภาพลักษณ์ที่รัฐมีต่อผู้ป่วยจิตเวช ต่อไปนี้

พี่รัญ คนเมืองเรียกผีบ้าก้าวก้าว เพราะว่ามันจะมานอนใต้ต้นก้าว (ทองกวาว) เพราะว่ามันจะเดินตามทางรถไฟมา นั่นคือ ผีบ้าจริง ๆ เลย ตอนเด็ก ๆ เห็นคนนึ่ง แล้วก็มีผีบ้าที่วัดคนหนึ่ง อันนั้นเล่นกัญชามาก เค้าเรียกผีบ้า ๆ มันก็พุดไม่รู้เรื่อง บางคนก็รู้เรื่อง บางคนก็พุดไม่รู้เรื่อง ญาติมันรายนะ มันไม่ยอมไปอยู่กับญาติ

ผู้ศึกษา ญาติไม่เอา?

พี่รัญ ไม่ใช่ครับ ญาตินั้นแหละเอาไปอยู่แล้วมันหนีออกมา หนีมาอยู่วัด (พี่รัญ, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2558)

ถึงแม้ว่าจริง ๆ แล้วผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากจะมีธรรมชาติของโรคที่น่ารังเกียจแฝงอยู่ ทั้งนี้ผู้ศึกษาเห็นว่าไม่ใช่สิ่งง่ายที่จะพบเจออาการนั้น ๆ เพราะผู้ป่วยบางคนในงานศึกษา นำเสนอตนเองตั้งเช่นคนปกติ (ป่าจันทร์เพ็ญ) หรือผู้ป่วยอีกหลาย ๆ คนที่ผ่านการบำบัดรักษามาบ้างแล้ว คนกลุ่มนี้จะแต่งตัวปกติ กล่าวคือถ้ามองภายนอกจะไม่รู้เลยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช ไม่เหมือนคนพิการประเภทอื่นที่มองเห็นความผิดปกติได้ชัดเจน แต่สำหรับผู้ป่วยจิตเวชนั้นกลับเป็นสิ่งที่คนทั่วไปไม่เข้าใจ

. . . ผู้พิการประเภทอื่น ๆ นี้ สังคมไทยเรารู้จักส่วนใหญ่เค้าเรียกว่าเห็นโดยประจักษ์ แล้วก็คนพิการก็เปิดเผยตัวเองได้ ทั้งการเคลื่อนไหว การมองเห็น มันก็เป็นเรื่องธรรมดาในสังคมไทยนะ ผมว่ามันไม่มี Stigma อะไรมากมาย แต่กับคนที่ป่วยทางจิต คนอื่นเค้าอาจคิดว่า ผู้ป่วยก็กินข้าวได้ (ลุ่มสับสนพยายามสื่อถึงการช่วยเหลือตัวเองได้) แล้วมันป่วยยังโงะ คือคนเค้าไม่เข้าใจ (ลุ่มสับสน, สัมภาษณ์, 3 กันยายน 2558)

ภาพลักษณ์ประการแรกของผู้ป่วยจิตเวชในงานศึกษาชิ้นนี้คือพื้นที่แห่งความไม่เข้าใจ และหากได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยไปในระยะหนึ่ง จึงจะรับรู้ถึงอาการทางจิตที่ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม (ผลของอาการทางจิต) บางอย่างที่คุณค่าว่าน่ารังเกียจ ซึ่งโดยส่วนมากแล้วจะเป็นเรื่องความสะอาดของผู้ป่วย (Hygiene) โดยประเด็นเรื่องความสะอาดนั้น ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่ผู้คนสามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน และตัดสินใจไปแล้วว่าครั้งหนึ่งว่า คนที่สกปรกคือผู้ป่วยโรคจิต เกิดเป็นมลทินประทับทางสังคมขึ้นมา โดยมลทินที่มาจากความสกปรกนี้ จากงานวิจัยสะท้อนออกมาชัดเจนในมิติของการกีดกันทางสังคม (Social Exclusion) ในบริบททางศาสนาซึ่งจะกล่าวในส่วนต่อไป

ทว่าประเด็นปัญหาเรื่องความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยนั้นไม่ใช่อย่างเดียวที่ถูกให้ค่าว่าเป็นพฤติกรรมอันน่ารังเกียจ ในพื้นที่ศึกษายังพบพฤติกรรมอีกบางพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับและไม่อยากเข้าใกล้ เช่นการที่ชายคนหนึ่งในกลุ่มมีความชื่นชมมอง และการสัมผัสร่างกายเพศตรงข้าม ในบางครั้งอาจจะเลยเถิดไปถึงขั้นการจับหน้าอกของผู้หญิงในกลุ่ม ซึ่งคนในกลุ่มจะมีความรู้สึกหงุดหงิดขงชายคนนี้อย่างมาก นอกจากนั้นพฤติกรรมขอทานของผู้ป่วย (ผู้ร่วมวิจัย) ในชุมชนบางคนก็ถูกมองว่าเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจอย่างมากแม้จะยังไม่ได้แสดงพฤติกรรมที่สะท้อนแนวคิดภัยอันตรายหรือการควบคุมเลยก็ตาม

ป้าตุ๊ก . . . ทุกอย่าง คู้ยถึงขยะกินก็มี ขอเงินเค้าไปเรื่อยหนักมาก เดียวนี้ก็ . . . ควบคุมได้ก็เพียงเท่านี้แหละ ยิ่งเมื่อก่อนถึงขั้นแก้ผ้า ไม่ใส่เสื้อผ้าเลยนะ เอาเสื้อผ้าพระมาห่มอหิวะ คู้ยถึงขยะกินไปเรื่อย เมื่อก่อนนี้ขนาดนั้นเลยนะ ตอนนี้นำดีขึ้น เพราะว่าไปโรงพยาบาลมา

แม่หลวง เมื่อก่อนขอเงินคนอื่นเค้าใช้มี้ย

ป้าตุ๊ก โหยมันนะทำทุกอย่าง คู้ยถึงขยะกินก็มี ขอเงินเค้าไปเรื่อยหนักมาก เดียวนี้ก็ . . . ควบคุมได้ก็เพียงเท่านี้แหละ มันกลัวหลายอย่าง

แม่หลวง เมื่อก่อนถ้าเข้าไปตลาดนะ เค้าเกลียดมันจะตาย

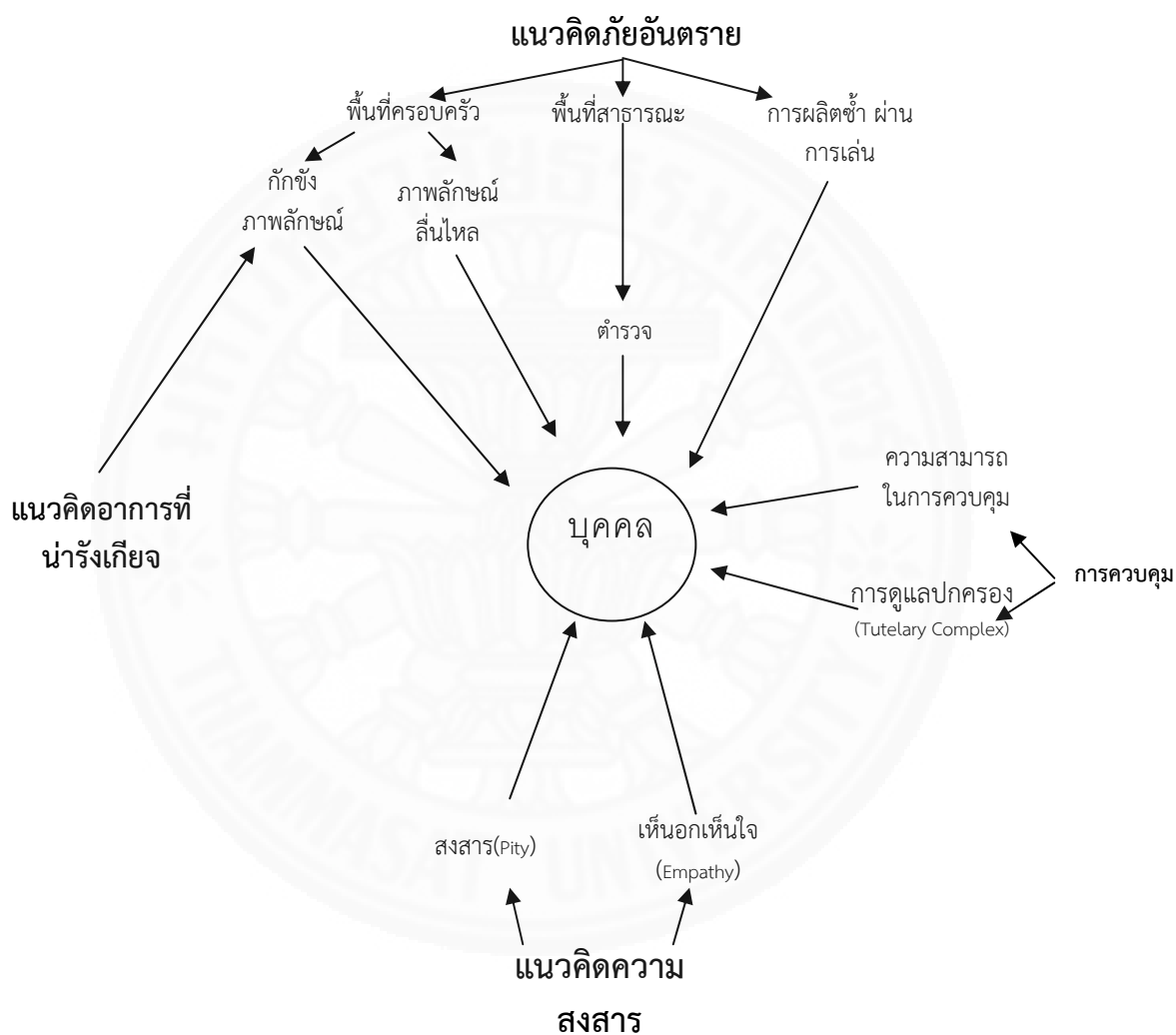
ป้าตุ๊ก ใช่ เพราะเค้าไม่ได้ขายให้มันก็จะไปเอาของเค้า

แม่หลวง มันจะไปขอเรา (หมายถึง ผู้ป่วยมาขอเงินแม่หลวง) เราก็ให้มันนะ แต่โดนด่าอีกนะ “ไปให้มันทำไม” ชาวบ้านด่าเรา มันชอบไปขอข้าวกับเรา ทีละ 5 บาท แล้วชาวบ้านก็ด่าเรา (ป้าตุ๊ก และ แม่หลวง, สัมภาษณ์, 8 สิงหาคม 2558)

อาการที่น่ารังเกียจนั้น คือ ภาพตัวแทนของผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้คนมีส่วนร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นคนที่ไม่เจ็บป่วยทางจิตหรือผู้เจ็บป่วยทางจิตเองก็ตามถึงถึงความสกปรกเป็นอันดับแรก ทั้งนี้ถึงแม้ว่าความผิดปกติทางจิตจะอุบัติขึ้น ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจิตเวชทุกคนจะต้องกลายเป็นบุคคลน่ารังเกียจเสมอไป เพราะทุก ๆ อย่างล้วนมีพัฒนาการ ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยในขณะนั้น ๆ ด้วย อย่างเช่น น้องชายของป้าตุ๊กที่เคยถูกชาวบ้านรังเกียจและเกลียดชังอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของการ



ตนก็นั่น ก็ไม่ได้ถูกมองด้วยความน่ารังเกียจอยู่ตลอดเวลา ไม่ได้มีลักษณะเป็นภาพตัวแทนความน่ารังเกียจตลอดไป เพราะในชีวิตของผู้ป่วย แนวคิดรายรอบมลทินต่าง ๆ ได้สลับผลัดเปลี่ยนกันเข้ามาก่อมลทินให้กับผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่อย่างไรก็ตาม ความสกปรกที่เกิดขึ้นเชิงประจักษ์นั้น ผู้ศึกษาเสนอว่าถึงแม้จะไม่ได้ติดตัวผู้ป่วยไปตลอด แต่ความสกปรกที่เกิดขึ้นจะถูเก็บรวบรวมเป็นภาพลักษณ์ร่วมของผู้ป่วย ที่ปรากฏอยู่ในจิตสำนึกคนทุก ๆ คนในชุมชน



ภาพที่ 8.2 การทำงานของแนวคิดรายรอบมลทินในช่วงหลังจำหน่าย.

จากแผนภาพขั้นต้นจะเห็นว่า แนวคิดรายรอบมลทินที่เห็นได้เด่นชัดในระยะนี้ประกอบไปด้วย แนวคิดภัยอันตราย ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงต่าง ๆ ของผู้ป่วยและตอกย้ำ/รับรองความอันตรายด้วยการปรากฏตัวของตำรวจ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดรายรอบเรื่องการควบคุม ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ความสามารถในการควบคุมตนเองและการตั้งคำถามต่อศักยภาพการควบคุมผู้ป่วยของญาติ รวมถึงผู้ป่วยจะถูกจับตามองจากสมาชิกในชุมชน ไม่เพียงเท่านั้น ความสงสาร ยังเป็นอีกแนวคิดรายรอบมลทิน ที่เรียกได้ว่า อยู่ชั่วตรงข้ามกับภัยอันตราย ที่ถึงแม้จะฟังดูไม่รุนแรง แต่กลับสร้างความต่างชั้นทางสังคมให้กับผู้ป่วยอย่างมาก เพราะได้สร้างให้เกิดผู้ให้และผู้รับขึ้นมาในสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคนในชุมชน สุดท้ายคือแนวคิดเรื่องพฤติกรรมที่น่ารังเกียจของผู้ป่วย ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นภาพลักษณ์ที่จงจำความหมายของผู้ป่วยจิตเวชมาอย่างยาวนาน ทั้งที่จริงแล้ว ผู้ป่วยจิตเวชทุกคนไม่ได้แสดงความน่ารังเกียจให้เห็นตลอดเวลา

## 8.2 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิตและการมีมลทินประทับ

ถึงแม้ว่าการทำงานของมลทินประทับจะเกิดขึ้นเพราะแนวคิดรายรอบมลทินต่าง ๆ เป็นสำคัญก็ตาม อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี เพื่อให้เห็นถึงความมีชีวิตของมลทิน จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจผลที่เกิดจากการมีมลทิน เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ผลของมลทินประทับที่เกิดขึ้นบางอย่างนั้นก็ยังมีลักษณะที่เฉพาะตัวอย่างยิ่ง อย่างที่กล่าวไว้แล้วว่า ผลของมลทินเรื่องการตัดสินใจไม่รับการบำบัดรักษานั้นเกิดขึ้นเฉพาะครอบครัวของผู้ร่วมวิจัยต่างถิ่น แต่กับคนพื้นถิ่นนั้น มลทินประทับไม่ได้ก่อให้เกิดการบ่าเบียดหรือหลีกเลี่ยงการรับการรักษาแต่อย่างใด เป็นต้น

ผลกระทบจากการมีมลทินประทับของผู้ร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาพบว่าประกอบไปด้วย 5 ผลกระทบใหญ่ ๆ คือ การถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ ความยากจน การตกเป็นเหยื่อความรุนแรงรูปแบบต่าง ๆ การกีดกันทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช และความแปลกแยก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 8.2.1 การลดคุณค่าของผู้ป่วย: การมองคุณค่าบนพื้นฐานของการทำงาน

คุณค่าของผู้ป่วยนี้อาจให้ความรู้สึกใกล้เคียงกับการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ แต่สำหรับผู้ศึกษาแล้ว การตัดสินใจคุณค่านั้นเป็นเพียงองค์ประกอบของการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ ที่มีลักษณะเป็นปฏิบัติการมากกว่าที่จะเป็นกรอบการมองกว้าง ๆ ทั้งนี้เนื้อหาเรื่องตัดสินใจคุณค่าของผู้ป่วยก็ไม่ได้มีอะไรที่น่าแปลกใจมากนัก เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นเดิม ๆ และเกี่ยวโยงกับการกระบวนการผลิต นั่นคือ การวัดคุณค่าคนจากความสามารถในการทำงาน

ทั้งนี้พื้นที่การศึกษาทั้งหมด 5 พื้นที่ ตั้งอยู่ในเขตชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นผู้คนส่วนใหญ่ยังคงยึดถือจารีตดั้งเดิมเอาไว้อย่างเหนียวแน่น อย่างที่ได้กล่าวเอาไว้ในตอนต้นที่ 1

เรื่องความเชื่อพุทธผสมผี ซึ่งก็เป็นแนวคิดหลักของคนพื้นถิ่น นอกจากความเชื่อเรื่องผีจะยังคงดำรงอยู่ และผสมผสานกับศาสนาพุทธที่มีความทันสมัยแล้ว ความเชื่อเรื่องผีก็ยังคงกำหนดระบบครอบครัว รูปแบบของการแต่งงานที่ผู้ชายจะต้องเป็นฝ่ายออกจากเรือนของตนมาใช้แรงงานภาคเกษตรให้กับครอบครัวฝ่ายภรรยา เพราะฉะนั้นในอดีต คุณค่าของชายจึงขึ้นอยู่กับการทำงานเป็นหลัก และทุก ๆ คน ในครอบครัวย่อมมีหน้าที่หลักของตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งแห่งที่ของตนในครอบครัวที่คอยกำกับอีกชั้นหนึ่ง

ถึงแม้ว่ายุคสมัยจะเปลี่ยนไป แต่ชุมชนก็ยังใช้การทำงานในการตัดสินคุณค่าของคนเรื่อยมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับเพศชาย ดังนั้นจึงไม่น่าแปลกใจที่ชุมชนจะมีมุมมองต่อผู้ป่วยในลักษณะพิเศษ เช่นหากผู้ป่วยคนนั้นเป็นผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีอาการทางจิต สมาชิกในครอบครัวก็ยังคงแสดงความเคารพนับถือในฐานะที่อาวุโสเช่นเดิม สรรพนามที่ใช้เรียกก็ยังคงเดิม ไม่มีคำว่า “ผีบ้า” มาเป็นสร้อยตามหลังชื่อ อย่างไรก็ตาม พื้นที่ของผู้อาวุโสจะถูกโยกย้ายออกไปจากครอบครัวใหญ่ อาจต้องออกไปอยู่เพียงลำพัง ด้วยเหตุผลที่ว่า ผู้ป่วยใช้การไม่ได้อีกต่อไป

คำว่าใช้ “การไม่ได้” นั้นไม่ได้หมายถึงงานที่ก่อให้เกิดรายได้เท่านั้น เพราะงานในที่นี้มีความหมายตั้งแต่การทำงานหาเลี้ยงชีพและครอบครัว เรื่อยมาจนกระทั่งการทำงานในบ้าน การแบ่งเบาภาระพ่อแม่ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม คนในชุมชนก็มักจะใช้ “การทำงาน” มาวัดคุณค่าของผู้ป่วยอยู่เสมอ ยกตัวอย่างเช่น ลุงสมาน ที่รู้สึกเสียใจทุก ๆ ครั้งที่ได้รับรู้สิ่งที่ครอบครัวมีต่อครอบครัวตนเอง

ลุงสมาน บางครั้งเราไปกับลูก แต่ก็บังเอิญได้ยิน ก็นึกเสียใจเหมือนกัน

ผู้ศึกษา ว่า ๆ อะไรครับ

ลุงสมาน ว่า เลี้ยงคนเฉย ๆ “เลี้ยงคนปะตาย”

ผู้ศึกษา มัน หมายถึง อะไรคุณพ่อ

ลุงสมาน “เลี้ยงคนปะตาย” หมายถึง มันไม่มีประโยชน์ ไม่ทำงาน (ลุงสมาน, สัมภาษณ์, 24 กรกฎาคม 2558)

ถึงแม้ว่าคนจะใช้การทำงานเป็นเครื่องมือสำคัญในการตัดสินและลดคุณค่าของผู้ป่วยจิตเวชอย่างแพร่หลาย ในอีกมุมหนึ่ง งานศึกษาชิ้นนี้พบว่าภายใต้การตัดสินคุณค่าของคนด้วยงาน ก็ยังเป็นอีกช่องทางให้รอดพ้นจากการลดคุณค่าหรือถูกมองว่าไร้ค่าได้เช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น ในขณะที่ผู้ป่วยอย่างลูกชายลุงสมาน ถูกมองว่าไร้ค่าเพราะช่วยเหลืองานที่ชุมชนสามารถเห็นเชิงประจักษ์ไม่ได้ ผู้ป่วยอีกคนหนึ่งก็อย่างป้าอรกลับพยายามช่วยเหลือตนเองเล็ก ๆ น้อย ๆ ด้วยการรับจ้างนวดแผนไทยให้คนในหมู่บ้านเพื่อทำให้ตนเองมีคุณค่ามากขึ้นเป็นต้น อย่างไรก็ตาม ป้าออร์ก็น่าต้องเผชิญกับแนวคิดเรื่องความสามารถในการควบคุมตนเองที่ชุมชนยังคงตั้งข้อกังขาเช่นเดียวกันเป็นต้น

### 8.2.2 ความยากจน (Poverty)

แท้จริงแล้วความยากจนก็ยังคงเป็นประเด็นที่ย้อนแย้งกันอยู่เมื่อกล่าวถึงประเด็นทางสุขภาพจิต เพราะว่าความยากจนอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้คนเกิดความเจ็บป่วยทางจิต อย่างที่เนื้อหาในส่วนต้นได้กล่าวเอาไว้ในเรื่องชนชั้น ว่าโรคนี้อาจเป็นโรคของคนจน นำไปสู่การเกิดมลทินประทับในตัวเอง (Self Stigma) ของผู้ป่วยชนชั้นกลางจนกระทั่งไม่ได้รับการรักษา รู้สึกกระอักกระอ่วนใจที่จะไปโรงพยาบาลที่มีแต่คนธรรมดา มีแต่ชาวบ้าน ในทางตรงกันข้าม ความยากจนก็ยังถูกมองในมิติของผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิตหรือการมีมลทินติดตัวอีกเช่นกัน กล่าวคือ เมื่อป่วยแล้วจึงยากจนเพราะทำงานไม่ได้ หรือเมื่อเกิดความรู้สึกในมลทิน/ความต่างของตนเองกับคนอื่น ๆ แล้วส่งผลให้ชีวิตของผู้ป่วยหมดอะไรตายอยาก ไม่มีแรงใจจะลุกขึ้นมาทำมาหากินอีกต่อไป เป็นต้น

ถึงแม้ว่าในหัวข้อนี้จะกล่าวถึงความยากจนในฐานะผลผลิตของกระบวนการ แต่จากการศึกษา บางครั้งผลของความยากจนก็ยังถูกนำมาเป็นตัวตั้งต้นของอะไรหลาย ๆ อย่าง เพราะต้องไม่ลืมว่า กระบวนการที่พูดถึงกันตลอดงานศึกษาเล่มนี้ เป็นกระบวนการที่ตั้งอยู่ในชีวิตจริง ดังนั้นทุก ๆ อย่างจึงเชื่อมต่อกันสัมพันธ์กันไปหมด อย่างไรก็ตามผู้ศึกษาพบว่า ความยากจนในฐานะผลกระทบของการมีมลทินและการเจ็บป่วยทางจิต สามารถแบ่งได้เป็น 1. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ 2. การเกิดภาวะพึ่งพิง (Dependent) และ 3. คือ เป็นอุปสรรคในการรับการบำบัดรักษา

#### 8.2.2.1 ผลกระทบทางเศรษฐกิจ

ผลกระทบที่ตรงไปตรงมาที่สุดคือผลกระทบทางเศรษฐกิจ หรือเพราะป่วยจึงยากจน อย่างไรก็ตามสิ่งนี้ต้องพิจารณาภายใต้บริบทของสังคมชนบท และมองให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของปัญหาความยากจนที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางจิต

ความยากจนทั้งเกิดขึ้นได้หลากหลายช่วงเวลา ในบางครอบครัวที่สถานะทางเศรษฐกิจดั้งเดิมไม่ดีอยู่แล้วก็อาจจะส่งผลกระทบให้เห็นอย่างรุนแรงตั้งแต่พบว่าเกิดความเจ็บป่วยขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว อย่างเช่นกรณีของป้ามนที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจใจตันที่ที่ทราบว่ามีน้องชายของตนเองเกิดความเจ็บป่วยทางจิตขึ้น ถึงแม้ว่าคนในชุมชนจะคุ้นเคยกับผู้ป่วยทางจิตหรือ “ผีบ้า” อยู่แล้ว แต่ทว่าสำหรับป้ามนแล้ว เธอไม่ต้องการปล่อยให้น้องชายต้องป่วยอย่างที่คนอื่น ๆ ในชุมชนเป็น เธอจึงตัดสินใจพาน้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชในทันที ทว่าในขณะนั้นยังไม่มีระบบประกันสุขภาพเช่นทุกวันนี้ อัตราค่ารักษาพยาบาลจึงสูงมากสำหรับครอบครัวป้ามน แต่ด้วยความเป็นห่วงและตนเองรู้สึกถึงมลทินประทับในตนเอง (Self Stigma) ที่เกิดจากการเลี้ยงดูของครอบครัวที่ไม่เหมาะสม และกลัวโทษตนเองว่าเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้น้องต้องใช้สารเสพติดจนกระทั่งอาการทางจิตเกิดขึ้น เธอจึงตัดสินใจขายที่ดินมรดกของครอบครัวเพื่อนำเงินส่วนนั้นจ่ายค่ารักษาตัวของน้องชาย

. . . สมัยนั้นลำบากนะ เพราะว่าครั้งแรกเราไม่มีใบส่งตัว ไม่มีบัตรทอง ไม่มีอะไรเลย ไม่มีเงินทองที่จะให้เค้าด้วย เราต้องขายสวนเลยนะ ตอนนี้เป็นที่ของร้านอาหารตำมั่ว ตรงนี้เอง เราขายไป แล้วเอาเงินมาเสียค่าโรงพยาบาล เงินแค่นี้ก็พินเอง แต่เราไม่มีเงิน ให้ เพราะว่าตอนนั้นครอบครัวเราต่างคนต่างไป ต้องขายสวน แล้วเอาเงินส่วนของคนไข้ ไปจ่ายค่าโรงพยาบาล (ป้ามน, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2558)

การตัดสินใจพาน้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นก้าวแรกที่ได้สัมผัสกับความยากจนอย่างแท้จริงสำหรับครอบครัวป้ามน เพราะหลังจากนั้น ครอบครัวป้ามนก็ต้องประสบปัญหาเศรษฐกิจตามมาอย่างต่อเนื่อง เพราะตัวผู้ป่วยเองทำงานไม่ได้เลยเช่นที่ผ่านมาระยะค่าใช้จ่ายเกือบทั้งหมดของผู้ป่วยจึงตกอยู่กับป้ามนและสามี ไม่เพียงเท่านั้นป้ามนเองก็ยังมีลูกสาววัยประถมศึกษาให้ดูแลอีก 1 คน ดังนั้นการมีผู้ป่วยอยู่ในบ้านจึงเป็นภาระอย่างมาก

ที่ผ่านมามีคือ มุมของป้ามน ผู้เป็นพี่สาวของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยเองก็รู้สึกว่าคุณเองได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยเช่นกัน กล่าวคือผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว แต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าที่ผ่านมามีจะไม่พยายามช่วยเหลือค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ทว่าความเจ็บป่วยทางจิตของตนเองส่งผลกระทบทางด้านสังคมอย่างหนัก ในบางครั้งผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าเพื่อนร่วมงานมักจะเฉยชานาน (ข้างก่อสร้าง) ให้ตนเองมากกว่าคนอื่น ๆ นอกจากนั้นตนเองยังรู้สึกว่าศักยภาพในการทำงานลดลงอย่างมาก เมื่อเทียบกับภาพตัวตนในอดีต (ทำงานเก่ง) ความรู้สึกเช่นนี้ได้กีดกันผู้ป่วยทุก ๆ วันตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา นอกจากนั้นผู้ป่วยยังอธิบายให้ฟังว่ามักจะเกิดความรู้สึกกังวลใจในทุก ๆ ครั้งที่จะต้องออกไปทำงาน เพราะตนเองไม่ยอมรับรู้ความรู้สึกดังกล่าวในตอนทำงาน จนในที่สุด ผู้ป่วยตัดสินใจปฏิเสธงานก่อสร้างทั้งหมดที่มีของตน

ดังนั้นจากตัวอย่างข้างต้น จะพบว่า การเจ็บป่วยทางจิต/มลทินที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสาเหตุให้เกิดความยากจนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งรูปแบบที่ชัดเจนที่สุดก็คือการขาดรายได้ของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะครอบครัวของป้ามนเท่านั้น แต่เกิดขึ้นกับครอบครัวหาเช้ากินค่ำทุก ๆ ครอบครัว ในลักษณะและความรุนแรงที่ต่างกันออกไป บางครอบครัวอาจสูญเสียรายได้เล็กน้อยเพื่อแลกกับการมีเวลาให้กับผู้ป่วยมากขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยออกไปสร้างปัญหาที่บ้าน บางครอบครัวอาจได้รับผลกระทบอย่างมาก ถึงขั้นถูกปิดหนทางในการทำมาหากิน เช่น ครอบครัวของป้าจินดา ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพอะไรเพิ่มเติมได้เลยนอกจากเป็นคนทรงและดูดวง

### 8.2.2.2 ภาวะพึ่งพิง (Dependent)

ต่อมาคือ ภาวะพึ่งพิง ที่กล่าวนี้อาจมีลักษณะคล้ายกับครอบครัวของป้ามน ที่ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาวะพึ่งพิงเนื่องจากตนเองไม่สามารถทำงานได้เหมือนแต่ก่อน อย่างไรก็ตาม คำว่าภาวะพึ่งพิงที่ผู้ศึกษาจะมาประเด็นในที่นี้ ผู้ศึกษาอยากอธิบายเชื่อมโยงกับหัวข้อการแยกผู้ป่วยออกจากชุมชน ทำให้คำว่า “พึ่งพิง” ของผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาลมีลักษณะคล้ายกับ

นักโทษที่ถูกตัดขาดจากสังคมเป็นระยะเวลาไม่นาน จนกระทั่งสูญเสียหน้าที่การงาน สูญเสียเครือข่ายทางสังคมที่ตนเองเคยมีก่อนที่จะเข้าเรือนจำ ยิ่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและบ่อยครั้งเท่าใด ผู้ป่วยก็ยิ่งห่างไกลจากความสามารถในการฟื้นฟูตนเองมากขึ้นเท่านั้น อย่างเช่น ป้าออร์ ที่เข้าโรงพยาบาลจิตเวชเป็นเวลาหลายเดือนต่อหนึ่งครั้ง และทุกครั้งที่อยู่จากโรงพยาบาลก็ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิตอยู่เสมอ ๆ จนในครั้งสุดท้ายที่ออกจากโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวเธอได้เสียชีวิตลงจนหมด บ้านทั้งหลังที่เคยเต็มไปด้วยผู้คน มาในวันนี้เหลือเพียงตัวเธอและแมวสีดำตัวหนึ่งเท่านั้น ทุกวันนี้รายรับเพียงแหล่งเดียวของเธอคือเบี้ยผู้พิการจำนวน 800 บาทต่อเดือน และอาหารในบางมื้อที่ญาติห่าง ๆ คนหนึ่งแบ่งปันมาให้ อย่างไรก็ตามอาชีพที่เธอพอจะทำได้ก็คือ การนวด ซึ่งก็เป็นงานที่ขึ้นอยู่กับอาการทางจิตของเธอด้วยเช่นกัน อีกทั้งลักษณะของการจ่ายค่าตอบแทนก็แฝงไปด้วยความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียม ถึงแม้จะเป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างบริการนวดกับค่าจ้างนวดก็ตาม การคิดราคาค่าจ้างก็แฝงไปด้วยความน่าสงสาร ลูกค้าย่อมจะให้ตามที่อยากจะให้ มากบ้าง น้อยบ้าง กล่าวคือเป็นการนวดที่หมอนวดขาดอำนาจต่อรอง และตกอยู่ในสถานะผู้รับเสียมากกว่า ความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมอย่างเช่น การค้าขายปกติ

### 8.2.2.3 อุปสรรคในการบริการบำบัดรักษา

สุดท้าย คือ ความยากจนที่กลับมาเป็นปัจจัยต้นเหตุของผลกระทบด้านการบำบัดรักษา ความยากจนที่เกิดขึ้นนั้น ส่งผลต่อกระบวนการบำบัดรักษาในหลากหลายแง่มุม อย่างแรกคือเรื่องของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อการรับการรักษา 1 ครั้ง ผู้ศึกษาขอชี้แจงว่า เงื่อนไขทางภูมิศาสตร์และทุนทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวผู้ร่วมวิจัยส่วนมากนั้นแตกต่างจากชนชั้นกลาง พวกเขาผู้ป่วยไม่ได้มีรถยนต์ส่วนบุคคลหรือบางครอบครัวไม่มีแม้กระทั่งจักรยานยนต์เสียด้วยซ้ำ การเดินทางจึงจำเป็นต้องใช้รถโดยสารประจำทาง แต่รถโดยสารนั้นเหมาะสมสำหรับชีวิตประจำวันที่มีลักษณะซ้ำ ๆ มากกว่า เพราะผู้ร่วมวิจัยจะต้องวางแผนการเดินทางให้สอดคล้องกับระบบการขนส่งในพื้นที่ แต่เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วยขึ้นอย่างกะทันหัน มีเพียงวิธีเดียวที่ครอบครัวผู้ร่วมวิจัยเลือกใช้นั้นคือ การเหมารถรับจ้าง เพื่อไปส่งผู้ป่วยยังโรงพยาบาลจิตเวช และค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยจะอยู่ที่ 500-600 บาท ต่อการไปยังโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง ในขณะที่รายได้ของครอบครัวอย่างเช่น ครอบครัวป่าป๋น ซึ่งมาจากการหาและขายของป่าของพี่ชายอยู่ที่วันละ 200 บาทเท่านั้น จึงทำให้ทุก ๆ ครั้งทีไปโรงพยาบาล ครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมาก

บางครอบครัวได้สะท้อนความรู้สึกมีมลทินระหว่างกระบวนการส่งตัวเข้ารับการรักษาเช่นกัน กล่าวคือ ทั้ง ๆ ที่ในชุมชนมีพาหนะของหน่วยงานต่าง ๆ คอยบริการในกรณีฉุกเฉินเช่น รถของ อภปร. หรือรถของหน่วยงานท้องถิ่นต่าง ๆ ผู้ป่วยและญาติกลับเลือกที่จะใช้รถของเพื่อนบ้านหรือการเหมารถอย่างเช่นกรณีของป่าป๋นมากกว่า เพื่อต้องการหลบเลี่ยงมลทินที่มาับเครื่องหมายหน่วยงานราชการที่ติดอยู่ข้างตัวรถคันนั้น ๆ เป็นต้น



นอกจากนั้น ความยากจนของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชก็ยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษาอื่น ๆ อีกด้วย เพราะจากการศึกษาพบว่า ผู้ร่วมวิจัยบางส่วนมีภาพลักษณ์ต่อการบำบัดรักษาเพียงมุมเดียว คือเข้าใจว่าการบำบัดรักษาที่สำคัญคือการทำให้อาการสงบลงด้วยยา กินยาเพียงเท่านั้น แต่ไม่ให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางสังคมแต่อย่างใด เพราะคิดว่าเป็นเรื่องที่ทำให้เสียเวลา เสียเงินค่าเดินทาง จึงกลายเป็นว่าครอบครัวจะตัดสินใจเดินทางเข้าตัวเมืองระยะทาง 30 ประมาณกิโลเมตรเพื่อไปรับการรักษาที่ต่อเมื่อผู้ป่วยอาการกำเริบรุนแรงเท่านั้น

ถึงแม้ว่าประเด็นการให้ความสำคัญต่อการเข้ากลุ่มบำบัดจะไม่ใช่ว่าสาระสำคัญของนักศึกษา แต่ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานั้น พบว่ายังมีครอบครัวผู้ป่วยบางครอบครัวที่ละเลย ไม่ให้ความสำคัญกับการเข้ากลุ่มบำบัดต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลจัดตั้งขึ้น หรืออาจจะเคยเข้าแต่ไม่ได้สนใจเนื้อหาของกลุ่มแต่อย่างใด เพราะบางครอบครัวไม่รู้แม้กระทั่งการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย หรืออาจไม่ทราบด้วยซ้ำว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร

ทว่าไม่ใช่ทุกครอบครัวที่ละเลยและคิดว่าการไปเข้ากลุ่มเป็นการเสียเวลาไปทั้งหมด ในบางครอบครัวได้มีโอกาสเข้าไปร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด และพัฒนาตนเองเข้าสู่การเป็นวิทยากร เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเช่นลุงสมาน ลุงสืบสันต์ หรือแม้กระทั่งครอบครัวป้ามน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเข้าไปถึงสถานทางเศรษฐกิจของครอบครัวทั้ง 3 จะพบว่า เป็นครอบครัวที่พอจะมีทุนทางเศรษฐกิจพอสมควร มีอาชีพ มียานพาหนะเป็นของตนเองเป็นต้น สำหรับอีกบางครอบครัวเช่น ป้าอรและ ป้าปิ่น และอีกบางคนนั้นแทบเป็นไปไม่ได้เลยที่จะมีโอกาสเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบ่อย ๆ เพราะการไปร่วมกลุ่ม 1 ครั้ง มีต้นทุนที่สูงเกินกว่าผู้ป่วยจะรับได้

### 8.2.3 ตกเป็นเหยื่อความรุนแรง (Victimization)

เป็นอีกหนึ่งประเด็นที่แสดงให้เห็นการย้อนแย้งที่เกิดขึ้นในการศึกษา ในมุมมองทั่วไปผู้ป่วยจิตเวชถูกเข้าใจและมีมลทินเรื่องความเป็นภัยอันตรายอยู่เป็นพื้นฐาน แต่ในทางกลับกันผู้ป่วยเองก็เป็นเหยื่อของความรุนแรงรูปแบบต่าง ๆ ได้ เช่นกัน

ความรุนแรงที่น่าเสียดายต่อไปนี้มีทั้งความรุนแรงที่ค่อนข้างมีความซับซ้อน และความรุนแรงที่ตรงไปตรงมาแต่ละเอียดอ่อน กล่าวคือ ในขณะที่ผู้ป่วยถูกมองว่าตนเป็นผู้ผลิตความรุนแรงให้คนในชุมชนเห็นเชิงประจักษ์ แต่มีใครเคยมองไปเบื้องหลังของพฤติกรรมบ้างไหมว่า เหตุใดผู้ป่วยจึงกระทำความรุนแรงนั้น ๆ ออกมาให้เห็น จริงอยู่ว่าหลาย ๆ ครั้งเป็นเพราะอาการที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ แต่ก็ยังมีบางกรณีที่ผู้ป่วยแสดงอารมณ์เกรี้ยวกราดและพฤติกรรมทำลายล้างออกมาเพราะว่าถูกข่มขู่ เข้าหาญจากคนรอบข้าง ซึ่งเท่ากับว่า ผู้ป่วยตกเป็นเหยื่อความรุนแรงที่ตนเองเป็นผู้ก่อ เช่นสมเจตน์ลูกชายของลุงสมาน ที่ในบางครั้งอาจแสดงพฤติกรรม

รุนแรงเพราะว่าถูกเพื่อนบ้านเข้าเหย้า เช่น การมองหน้าแบบหาเรื่อง หรือการทำร้ายผู้ป่วย รวมไปถึง การข่มขู่ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ผู้ศึกษา เค้าทำยังไง ทำให้ผมดูได้มัย

สมเจตน์ มันโหมกตำใส่หน้าแบบนี้ (ทำท่าประกอบ) เวลาเราเดินผ่าน

ผู้ศึกษา พี่สมเจตน์คิดว่า เค้าคิดอะไรอยู่

สมเจตน์ มองหาเรื่องมองหน้า กับ ตำ

ผู้ศึกษา ตำว่า?

สมเจตน์ “ไปไหน เดินก่ายหน้าบ้านยะหยั้ง ป้อคิงหยั้ง”

ผู้ศึกษา อันแรก คือ เค้าชอบมองเรา อันที่สองคือเค้าตำเรา อันที่สาม?

สมเจตน์ ชู่ครับ จะแจ้งตำรวจ

ผู้ศึกษา เค้าว่าไง

สมเจตน์ “แน่จริงคิงดีแล้ว ฮาจะแจ้งตำหนวด” (สมเจตน์, สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน

2558)

นอกจากจะแสดงให้เห็นสภาวะการตกเป็นเหยื่อความรุนแรงของผู้ป่วยในมิติที่ย้อนแย้งแล้ว หากมองลึกลงไป จะพบว่า เบื้องหลังพฤติกรรมของเพื่อนบ้านอาจแฝงไปด้วยความคิดเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของผู้ป่วยอีกด้วย ผู้ศึกษาจึงตั้งข้อสงสัยว่า เพราะเพื่อนบ้านคิดว่าคำพูดของผู้ป่วยนั้นไม่มีความน่าเชื่อถืออยู่แล้ว ไม่ว่าจะตนเองจะเข้าเหย้าหรือไม่ ก็ตามความรุนแรงที่เกิดขึ้นย่อมตกเป็นความผิดของผู้ป่วยและความรับผิดชอบของครอบครัว

ความรุนแรงอีกประการหนึ่งคือความรุนแรงทางเพศ ซึ่งมักจะเกิดกับผู้ป่วยเพศหญิง จากการศึกษาพบว่าเรื่องเพศ จะเข้ามามีผลกับผู้ป่วย 2 รูปแบบด้วยกัน หนึ่งคือผ่านการขู่ข่มขืน หนึ่งคือเรื่องพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย (กรณีป่าอ) ที่อาจมีประสบการณ์การเปลี่ยนสามีบ่อยครั้ง ทำให้เกิดเป็นข้อสงสัยด้านศีลธรรมที่ชุมชนมีต่อผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้ ผู้ป่วยเพศหญิงมักตกเป็นเหยื่อความรุนแรงทางเพศ เช่นถูกข่มขืนโดยกลุ่มชายในหมู่บ้าน ซึ่งชาวชุมชนรู้ดีแต่ก็ไม่น่าจะย้อนกลับไปพูดถึงเหตุการณ์นั้น ๆ

. . . มีผู้ป่วยคนหนึ่ง . . . เค้าเป็นมาตั้งแต่เด็กแล้ว แต่ตอนนั้นก็อ่านออกเขียนได้นะ แต่ว่ามันเหมือนกับมีโรคจิต . . . ตอนนั้นมันก็ . . . เคยมีเรื่องถูกล่วงละเมิดทางเพศเนาะ สมัยก่อน คือด้วยความที่แกไม่เต็ม 100 แต่เรื่องนี้มานานมาแล้ว หลายสิบปี คนพวกนั้นก็ตายกันไปหมดแล้ว (ผู้นำชุมชน, สัมภาษณ์, 8 กรกฎาคม 2558)

อีกตัวอย่างหนึ่งของงานศึกษาชิ้นนี้ เป็นความรุนแรงทางเพศที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเองเป็นผู้กระทำ สำหรับผู้ร่วมวิจัย เหตุการณ์นี้ฝังแน่นในความรู้สึกผู้ป่วยมากที่สุด

เพราะเธอยังคงเห็นหน้าผู้พยายามจะล้วงละเมิดทางเพศเธออยู่ทุก ๆ วัน เพราะเขาคือพี่ชายแท้ ๆ ของเธอเอง

ป่าป๋น วันนั้นมันเอาเหล้ามาให้แฟนพี่กิน เอาเหล้ามาให้แล้วจะตีท้ายครีวนะ แฟนเราก็เมาหลับเลย สลบไปเลย แล้วเค้าก็นอนรอเรา มันปลุกเราเข้าไปในห้อง แล้วก็พูดขึ้นมาว่า “ผสมน้ำหน่อย” พูดแบบนี้มันบ้ามียหละ ป่าก็บอก “ใคร ใครจะผสมน้ำกับมึง กูเป็นน้องมึงนะ มาพูดแบบนี้ได้ไง” ป่าพูดนะ

ผู้ศึกษา แต่ก็ผ่านมันมาได้แล้วใช่ไหมป่า

ป่าป๋น เราก็น้อยใจ พูดเรื่องนี้ให้ใครฟังที่ไร น้อยใจว่ามันทำได้ยังไง

ผู้ศึกษา ครับ . . .

ป่าป๋น มันอยู่ในใจ น้อยใจ ทำไมมันไม่นับถือเราเป็นน้อง มาทำหมา ๆ แบบนี้ได้  
ไ้ (ป่าป๋น, สัมภาษณ์, 12 กรกฎาคม 2558)

หลังจากเหตุการณ์ในครั้งนั้น เธอไม่สามารถเชื่อใจและมองพี่ชายคนนี้ในแง่ดีได้อีกต่อไป อย่งไรก็ตาม เนื่องจากสามีของเธอไม่ทราบเรื่องที่เกิดขึ้น เธอจึงต้องเผชิญกับสถานการณ์เช่นนี้ซ้ำ ๆ อยู่เป็นประจำ ด้วยเพราะวิถีชีวิตของผู้ชายในชุมชนส่วนใหญ่มักมีลักษณะคล้ายกันคือ การดื่มสุราหลังเลิกงาน ทุก ๆ วัน ป่าป๋นต้องซื้อสุราจำนวนหนึ่งเตรียมไว้ให้สามารถดื่มเมื่อเขากลับมาจากการทำงานที่เหน็ดเหนื่อย เมื่อดื่มสุราเขาก็มักจะดุด่า ตบตีผู้ป่วยทุก ๆ ครั้ง นั่นหมายถึง ผู้ป่วยคนนี้ต้องอยู่ในสถานการณ์ความรุนแรงและมีความกดดันทางอารมณ์อย่างหนัก ไม่เพียงเท่านั้น ภาพที่สามีเมาจนหลับไปยังคงสะท้อนความทรงจำอันเลวร้ายที่เคยถูกพี่ชายพยายามล้วงละเมิดทางเพศอีกด้วย

จากที่กล่าวมาทั้งหมด แสดงให้เห็นรูปธรรมของการที่ผู้ป่วยจิตเวชต้องตกเป็นเหยื่อความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งในที่นี้เด่นชัดในเรื่อง การถูกเ้าแหย่จากเพื่อนบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยตกเป็นจำเลยในการก่อความรุนแรงของตนเอง และการล้วงละเมิดทางเพศต่อผู้ป่วยเพศหญิง ซึ่งเกิดขึ้นในชุมชนแห่งหนึ่ง ดังนั้นจึงเรียกได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชบางคนไม่เพียงต้องเผชิญกับแนวคิดรายรอบมลทินซึ่งมีความหลากหลายในตัวเองแล้วเท่านั้น แต่ยังเหตุการณ์ล้วงละเมิดทางเพศนี้สามารถมองได้ว่าเป็นการประทับมลทินซ้ำสอง (Double Stigma) กับผู้ป่วยอีกชั้นหนึ่ง ซึ่งเข้าไปสั่นคลอนความสัมพันธ์ในครอบครัวของเธออย่างมาก

#### 8.2.4 การกีดกันทางสังคม (Social Exclusion)

การกีดกันทางสังคมที่สำคัญอีกประการของการเกิดความเจ็บป่วยทางจิต หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นปฏิบัติการของมลทินประทับทางสังคม เนื่องจากสาระของการกีดกันทางสังคมในที่นี้ หมายถึงของการกีดกันผู้ป่วยออกจากพื้นที่ทางสังคม การที่ผู้ป่วยจิตเวชถูกเลือกปฏิบัติต่างจากคนอื่น ๆ ที่ไม่ได้มีความผิดปกติทางจิตใจ นอกจากนั้นยังมีนัยยะที่แสดงให้เห็นถึงการมองคน ๆ หนึ่ง ในต่างไปจากคน ๆ เดิม ซึ่งอาจตรงกับแนวคิดเรื่องการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์อีกด้วย

การกีดกันทางสังคมที่เรียกได้ว่าเป็นปฏิบัติการพื้นฐานที่สุดของการศึกษาเรื่องผู้ป่วยจิตเวชเลยก็คือ การกีดกัน การแสดงท่าที่ไม่ต้อนรับผู้ป่วยภายใต้บริบททางสังคมที่มีความเฉพาะเจาะจง

#### 8.2.4.1 การกีดกันผู้ป่วยในพื้นที่สาธารณะ: บริบทพิธีกรรมทางศาสนา

จากเนื้อหาบทที่ 6 และ 7 น่าจะพอเห็นภาพมลทินประทับที่มีต่อผู้ป่วยและญาติในชีวิตประจำวันพอสมควร แต่การกีดกันทางสังคมนี้ต่างออกไปเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในเงื่อนไขทางสังคมที่มีความเฉพาะเจาะจง นั่นคือการกีดกันผู้ป่วยในพิธีกรรมทางศาสนา ได้แก่งานศพและงานสำคัญทางพุทธศาสนาต่าง ๆ เรียกได้ว่าเป็นพื้นที่เฉพาะที่ผู้คนจะมองผู้ป่วยอยากมีมลทินด้วยแนวคิดรายรอบทุก ๆ อย่างเท่าที่จะนำมาใช้ได้

การกีดกันลักษณะนี้มาอย่างยาวนาน จากการศึกษาพบว่าชุมชนชนบทในสมัยก่อนมักจะแสดงท่าที่รังเกียจผู้ป่วยจิตเวชในบริบทของงานศพอย่างมาก โดยเหตุผลที่ตื้นเขินที่สุดคือ ความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย (Personal Hygiene) เพราะเป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจน ส่งผลให้คนไม่อยากจะเข้าใกล้

ตารางที่ 8.1

รูปแบบการกีดกันทางสังคมในพื้นที่สาธารณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ

ระดับของการกีดกันทางสังคม(level of Social Exclusion)	บริบท	คุณลักษณะของผู้ป่วยทางจิต	การกระทำทางสังคม (Social Action)
รุนแรงมาก	พิธีกรรมทางศาสนา/พื้นที่สาธารณะทั่วไป	ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์ตรงกับ “ผีบ้า” ที่เป็นภาพลักษณ์ร่วมของคนในชุมชน มีปัญหาความสะอาดของร่างกาย กลิ่นตัว สกปรก	ผู้คนออกห่าง ไม่เข้าใกล้ผู้ป่วย และจะไม่ให้ผู้ป่วยเข้ามาในบริเวณงานทางศาสนาเด็ดขาด เช่น งานศพ
รุนแรง	งานศพ	ผู้ป่วยไม่มีปัญหาความสะอาด แต่ยังไม่ได้รับการรักษา	ได้รับอนุญาตให้เข้ามาในงานชั่วคราว เพื่อให้ให้นำอาหารของงานกลับไปกินที่อื่น

## ตารางที่ 8.1

รูปแบบการกีดกันทางสังคมในพื้นที่สาธารณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ (ต่อ)

ระดับของการกีดกันทางสังคม(level of Social Exclusion)	บริบท	คุณลักษณะของผู้ป่วยทางจิต	การกระทำทางสังคม (Social Action)
ปานกลาง	งานศพ	ผู้ป่วยไม่มีปัญหาความสะอาด เคยรับการรักษา แต่อาจยังแสดงอาการเจ็บป่วยทางจิตให้คนทั่วไปเห็น เช่น สมเจตน์	ได้รับอนุญาตให้เข้ามาในงาน แต่ไม่มีใครกล้ามีปฏิสัมพันธ์ด้วย
น้อย	งานศพ	ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่มีปัญหาความสะอาด ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ	สามารถเข้าในพื้นที่สาธารณะต่าง ๆ และงานทางศาสนาได้ แต่ในฐานะแรงงานเท่านั้น เช่น ชาวบ้านจะชวนผู้ป่วยมาจัดสถานที่เป็นต้น

จากตารางที่ 8.1 แสดงให้เห็นว่า การกีดกันที่เกิดขึ้นก็ยังถูกแบ่งออกเป็นหลายระดับ ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยเช่นกัน หากผู้ป่วยผู้นั้นมีภาพลักษณ์ที่ตรงตามคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเวชที่ทุก ๆ คนจินตนาการเอาไว้ คือ ผมยารุงรัง ไม่อาบน้ำ ร่างกายส่งกลิ่นเหม็น หรือมีแนวโน้มว่าจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาโดยง่าย ผู้คนในงานศพก็จะไล่ให้ออกไปจากงาน ไม่ให้เข้ามายุ่งย่ามโดยเด็ดขาด หรือในปัจจุบันที่ทัศนคติของผู้คนที่มีต่อผู้ป่วยเริ่มเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้น ชุมชนก็จะแสดงท่าทีที่เป็นมิตรกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เช่น เมื่อเห็นผู้ป่วยเดินเข้ามาในงานศพ ก็จะตักอาหารใส่ถาดเอาไว้ให้ เพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปกินที่บ้าน หรืออีกนัยยะหนึ่งคือ การไล่ผู้ป่วยทางอ้อมนั่นเอง

. . . คือ ตอนนี้นะ มันก้าวหน้าไปแทบทุกคนละ แต่เมื่อก่อนนี้สังคมไม่ยอมรับเลย เวลาในงานศพงานอะไรนี้เค้าไม่ยอมรับเลย (ผู้นำชุมชน, สัมภาษณ์, 4 สิงหาคม 2558)

นอกจากนั้นลูกสมาน ยังได้ประสบการณ์การกีดกันทางสังคมที่ชุมชนมีต่อลูกชายให้ฟังว่า

ผู้ศึกษา ตอนนี้ชุมชนเค้าตอบรับยังไงครับ ผิดกับแต่ก่อนไหม . . . ถ้า ลูกลุง (ผู้ป่วย) ไปงานจะเกิดไรขึ้น

ลุงสมาน บ้างครั้ง ไม่ได้กินข้าวเลย

ผู้ศึกษา ไม่มีใครเอาข้าวมาให้

ลุงสมาน ใช่

ผู้ศึกษา เค้าไม่ชอบเราขนาดนั้น?

ลุงสมาน (พูดเบา) เพราะเมื่อก่อนแกหงุดหงิดง่าย ใครว่าไรไม่เข้าหูแกจะ โหมโหมไม่มีใครอยากจะนั่งพูดด้วย บางทีเค้านั่งกันอยู่ แล้วแก (สมเจตน์) ไปนั่งด้วย เค้าลูกหนักันหมด ทุก ๆ งาน (ลุงสมาน, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน 2558)

ระดับรองลงมา คือ ชุมชนอาจไม่ได้แสดงท่าทีชัดอย่างชัดเจน แต่จะเป็นลักษณะของการแบ่งกับข้าวมาให้ผู้ป่วยนั่งกินต่างหาก การกีดกันทางสังคมขั้นนี้เป็นขั้นที่พบเห็น ได้ทั่วไปในพื้นที่ศึกษา

แม่หลวง คือ ก็มองว่าเค้าเป็นผีบ้า ไม่ให้กิน แยกอาหารออกไปแบบนี้ แต่บ้านแม่ไม่มีละนะ เดียวนี้กินด้วยกันละ

ผู้ศึกษา เมื่อก่อนมัน . . . ขนาดนั้นเลยหรือครับ

แม่หลวง ใช่ เมื่อก่อนเค้า “มันเป็นผีบ้า” ก็แยกกินส่วนผีบ้า

ผู้ศึกษา เพราะอะไรครับ ?

แม่หลวง เพราะมันอคติฝัง สกปรกหละมั้ง (แม่หลวง, สัมภาษณ์, 5 สิงหาคม 2558)

สำหรับระดับสุดท้าย ซึ่งเป็นการกีดกันที่มีความเข้มข้นเบาบางที่สุดคือ การยินยอมให้ผู้ป่วยเข้ามาในพื้นที่ของพิธีกรรมได้ตามปกติเช่นคนธรรมดาในชุมชน ทว่าการที่ผู้ป่วย คนหนึ่งจะพัฒนาไปถึงขั้นนั้นได้ จะต้องมีการปฏิบัติทางสังคมหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเรียกรวม ๆ ว่า ผู้ป่วยและครอบครัวต้องพิสูจน์ตัวเอง ต้องพยายามสร้างตัวตนขึ้นมาเสียใหม่ เพื่อให้ชุมชน มองเห็นศักยภาพ และคุณค่าของผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง

#### 8.2.4.2 การกีดกันในพื้นที่ของครอบครัว

ที่กล่าวมาขั้นต้นคือการกีดกันที่เกิดขึ้นในพื้นที่ส่วนรวมและงานพิธีกรรม ทางศาสนา ทว่าจากการศึกษายังพบการกีดกันเกิดขึ้นในพื้นที่ส่วนตัวด้วยเช่นกัน ซึ่งต้องขออธิบาย ก่อนว่า จุดนี้ผู้ศึกษาต้องการนำเสนอข้อมูลที่อาจมีความกำกวมอยู่บ้างว่าแท้จริงแล้วคือการกีดกัน หรือไม่ เพราะต้องไม่ลืมว่าการกระทำที่ถือว่าการกีดกันนั้น ขึ้นอยู่กับใครเป็นผู้กระทำและใครเป็นผู้ถูกกระทำ ซึ่งหากมองจากมุมของญาติแล้ว การกีดกันที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้น คงมีเหตุผลมากมาย



มารองรับความชอบธรรม อย่างไรก็ตามผู้ศึกษาเห็นว่าน่าจะเป็นประโยชน์หากเราจะพิจารณาข้อมูลจากทั้งสองฝ่าย

### (1) การแยกวงรับประทานอาหาร: ความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจของผู้ป่วย

งานศึกษาชิ้นนี้ได้สะท้อนการกีดกันในพื้นที่ครอบครัวนั้นที่หลากหลาย ยกตัวอย่างที่อาจมีความเป็นทั่วไป (Generalized) ที่สุดก็คือการกีดกันในช่วงเวลาของการรับประทานอาหาร, การขับไล่ออกจากที่อยู่ สำหรับการกีดกันในช่วงระยะเวลารับประทานอาหารนั้น เกิดขึ้นชัดเจนกับครอบครัวของป้ามน ซึ่งรับผิดชอบดูแลน้องชาย (ผู้ป่วย) ป้ามนเล่าให้ผู้ศึกษาฟังเรื่องราวเกี่ยวกับความยากลำบากในการวางตัวกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมชายคาเดียวกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการรับประทานอาหารเย็นนั้นจะเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยมักจะรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจอยู่เสมอ เพราะป้ามนมักจะแยกอาหารของผู้ป่วยเอาไว้ให้กินต่างหาก โดยป้ามนเข้าใจว่า ผู้ป่วยอาจคิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของครอบครัวพี่สาว จึงถูกแยกรับประทานอาหารเหมือนไม่ใช่สมาชิกในครอบครัวเช่นนี้ แต่ป้ามนเองก็มีเหตุผลของเธอเองเช่นกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยมักจะกินอาหารเย็นจนหมดเพียงคนเดียว และมักจะไม่เหลือให้สามีป้ามน ผู้ที่ต้องออกไปทำงานหารายได้เข้าบ้านเพียงคนเดียว สำหรับป้าตุ๊กแล้ว สามีตนเองสมควรจะได้ทานอาหารดี ๆ หลังจากการทำงาน ไม่ใช่อาหารเหลือจากน้องชายเป็นต้น เมื่อเป็นเช่นนั้นครอบครัวก็ย่อมปรับเปลี่ยนวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นในวงอาหาร เช่น จากที่แยกอาหารให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะ ตอนนี้ป้ามนตัดสินใจแยกอาหารไว้ให้สามีเป็นพิเศษ เพื่อผู้ป่วยจะได้กินอาหารพร้อมหน้ากับตนเองและสมาชิกคนอื่น ๆ ได้

### (2) การกีดกันในด้านที่อยู่อาศัย: เบียดขับไม่ให้ร่วมชายคาเดียวกัน

ต่อมาคือการกีดกันในลักษณะที่ผู้ศึกษามองว่าค่อนข้างมีความรุนแรงและผู้ป่วยมีลักษณะเป็นผู้ถูกกระทำอย่างชัดเจน นั่นคือการไล่ผู้ป่วยออกจากบ้าน หรือการกีดกันไม่ให้ผู้ป่วยเข้ามาในอาณาบริเวณส่วนตัวของครอบครัว ดังเช่นที่เกิดกับป้าตุ๊ก (นามสมมุติ) ที่ให้ผู้ป่วยอาศัยในบ้านไม้เก่า ๆ ซึ่งแยกออกไปจากตัวบ้านที่ครอบครัวป้าตุ๊กอาศัยอยู่ หรืออีกกรณีหนึ่งที่ยังไม่เคยกล่าวถึงคือประสบการณ์ชีวิตช่วงหนึ่งของป้าปิ่น

#### การถูกกีดกันซ้ำสอง (Double Exclusions)

ชีวิตในวัยสาวของป้าปิ่น นั้นเป็นชีวิตที่ผู้ศึกษามองว่ายากลำบากอย่างมาก เมื่อเธอแต่งงาน เธอได้ย้ายออกไปอยู่กับครอบครัวสามี โดยเธอประกอบอาชีพรับจ้างตำข้าวเม่าเพื่อเลี้ยงครอบครัวตนเอง และในบางครั้งก็ต้องเลี้ยงสามีไปด้วย เนื่องจากเงินที่สามีหามาได้มักจะหมดไปกับการซื้อสุราเลี้ยงเพื่อนฝูงที่ทำงานจนหมด ป้าปิ่นต้องออกไปทำงานตั้งแต่ตีหนึ่ง จนกระทั่งเช้าจึงจะได้กลับบ้านนอกจากนั้นยังมีความเครียดต่าง ๆ ซึ่งจะไม่กล่าวในรายละเอียด ชีวิตก็เป็นเช่นนี้เรื่อยมาจนกระทั่งคืนหนึ่งในขณะที่เธอกำลังตำข้าวเม่ากับเพื่อน ๆ อาการทางจิตครั้งแรกก็อุบัติขึ้นในลักษณะความหวาดกลัวที่ไม่มีเหตุผล (เหตุผลไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง) ถึงแม้เธอจะไปรับ

การรักษาที่สวนโรงพยาบาลจิตเวช แต่ก็ไม่ได้ไปรักษาตามนัด อาการทางจิตจึงเป็น ๆ หาย ๆ เรื่อยมา และในที่สุด น้องสาวของสามีก็ไล่เธอออกจากบ้าน โดยใช้ความสามารถในการทำงานมาเป็นตัวตัดสิน เธอจึงต้องออกจากบ้านโดยมีสามีติดตามออกมาพร้อมกัน เมื่อหมดหนทางที่จะไปต่อ เธอได้กลับบ้านอาศัยครอบครัวของตนเอง ทว่ากลับไม่ได้รับการต้อนรับอย่างที่คาดหวัง ครอบครัวเดิมของเธออนุญาตให้เธอและสามีอาศัยอยู่ที่เล่าไก่ ที่ทั้งเหม็น สกปรก และเปียกแฉะยามฝนตก

. . . ตอนนั้นสบายบ้างสบายบ้าง เพราะตอนนั้นไม่ได้กินยาเหมือนที่หมอให้ทุกวันนี้ แต่เรารู้สึกได้เลยว่าเค้าเกลียดเค้าชัง เค้าไม่ให้เราอยู่ เค้าให้เราย้ายไปเลย ไปไหนก็แล้วแต่ คือเค้าเนรเทศเราออกมา เรากับแฟนเลยต้องย้ายออกไปหาหมอ . . . ที่สวนปรุง ให้หมอรักษาให้ หมอเค้าก็พูดนะว่า ที่นี้บ้านไม่ต้องมาแล้วนะ แล้วทำไมให้คนไข้เครียดแบบนี้” “ทำไมปล่อยให้เค้าเครียดจนระงับไม่ได้ ทำไมปล่อยให้มันเป็นแบบนี้ . . . กลับมาอยู่เล่าไก่ ญาติก็รุ่งโรจน์กันหมด อยู่ดีกินดี อุดมสมบูรณ์กันหมด มีแต่บ้านี้แหละที่จน ต้องมาแอบอยู่ที่เล่าไก่ อยู่กับไก่ กรงไก่ คนกินนอนกับไก่ อยู่กับขี้ไถ่นั้นแหละ แฟนก็ทนอยู่ด้วย ตอนกลางคืนถ้าฝนตกก็ต้องขึ้นไปอุด ดิก ๆ ดิ้น ๆ ไม่ได้หลับได้นอน เพราะว่าฝนมันย้อยใส่หน้าใส่ตา คนอื่นเค้าก็มองว่าเรานี้จนมาก (ป่าป๋น, สัมภาษณ์, 10 กรกฎาคม 2558)

ดังนั้นจะเห็นว่า ผู้ป่วยถูกกีดกันทางสังคม 2 ครั้งในชีวิตด้วยกันคือครั้งแรกกระทำการ ขับไล่ออกจากบ้าน ซึ่งเป็นเพราะอาการทางจิตที่เกิดขึ้นกับเธอ แต่สำหรับครั้งที่สองนั้น ทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ศึกษาเองไม่มั่นใจได้ว่าเป็นเพราะว่าการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ถูกกีดกันให้ไปอาศัยที่เล่าไก่หรือไม่ การขับไล่จากครอบครัวตนเองนั้นอาจเป็นผลจากเรื่องราวที่ซับซ้อนกว่าการเจ็บป่วยทางจิตก็เป็นได้ อย่างไรก็ตาม นี่คือนิสัยของผู้ป่วยคนนี้ต้องเผชิญ

### 8.2.5 ความแปลกแยก (Alienation)

แน่นอนว่าความแปลกแยกคงไม่ใช่สิ่งที่ผู้ร่วมวิจัยพูดออกมาว่า “ฉันรู้สึกแปลกแยก” แต่เป็นการวิเคราะห์ของผู้ศึกษาเองว่าเกิดความแปลกแยกขึ้นในชีวิตของผู้ร่วมวิจัยขึ้น ความแปลกแยกนั้นมักถูกใช้ในการมองผู้ในในระบบทุนนิยม เช่นการแปลกแยกจากของที่ผลิตร การแปลกแยกจากสังคมรอบข้าง ฯลฯ ทว่าในงานศึกษาชิ้นนี้ได้สะท้อนแง่มุมหนึ่งของ ความรู้สึกแปลกแยกของป่าป๋น

ความแปลกแยกเกิดขึ้นในระยะที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและกลับมาอาศัยอยู่ในชุมชน (Post Discharge) กล่าวคือความรู้สึกแปลกแยกเกิดขึ้นในช่วงเวลาทำงาน (เก็บเกี่ยวถั่วกลางทุ่งนา) ท่ามกลางสนามแห่งปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ในรูปแบบของคำพูดที่ใส่รหัสจากบรรดาเพื่อนฝูงที่ทำงานหลังขดหลังแข็งท่ามกลางแดดอันร้อนระอุ เพื่อน ๆ ของป่าป๋นมักจะพูดคุยถึงเรื่องราวในละครทีวี ซึ่งบางครั้งก็เป็นไปในทิศทางสองแง่สามง่าม หรือคำที่ใส่รหัสเฉพาะกลุ่ม กล่าวคือถึงแม้ว่าใน

รูปประโยคที่เพื่อน ๆ พูดกันจะไม่มีคำพูดใดที่บ่งบอกถึงความตลก แต่เพื่อน ๆ ก็กลับหัวเราะกันอย่างสนุกสนาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจอย่างสิ้นเชิง นำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองต้องฝืนยิ้ม ทุก ๆ ครั้งที่เพื่อน ๆ หัวเราะ เพื่อแสดงให้เห็นว่าตนเองเข้าใจ สิ่งที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึงแม้ตนเองจะเป็นเพื่อนของผู้คนเหล่านั้นมาตั้งแต่เด็ก ๆ ทำงานด้วยกัน ยากจนเหมือนกัน สามีกินเหล้าทุกเย็นเหมือนกัน แต่ทำไมเธอกลับไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเล็ก ๆ กลางทุ่งนาแห่งนี้แม้แต่น้อย ซึ่งผู้ศึกษามองว่า ความแปลกแยกคืออีกรูปหนึ่งของมลทินประทับในตนเองได้อีกด้วย

ผู้ศึกษา คุณป้ารู้สึกยังไงบ้างที่เราไม่สบาย

ป้าปิ่น ท้อ อายเพื่อนฝูงที่เราทำอะไรเหมือนเขาไม่ได้

ผู้ศึกษา อ้อ . . . คือ ไม่ได้อายที่เราป่วยเนาะ แต่อายที่เราทำแบบเค้าไม่ได้

ป้าปิ่น สติไม่ดีเหมือนเค้า ความคิดไม่นิ่งเหมือนเขา ความคิดมันคนละอย่าง เรามันความคิดที่ฟุ้งซ่าน เขาเป็นคนดี เขาไม่ได้เป็นสมอเงอ ไม่ได้เป็นประสาทเหมือนเรา เราก็อิจฉาเค้า

ผู้ศึกษา ออ เป็นในรูปที่เราทำบางอย่างไม่ได้

ป้าปิ่น อิจฉาสมอเงอ เค้าพูดกัน หัวเราะกัน

ผู้ศึกษา เราไม่เข้าใจ?

ป้าปิ่น อารมณ์เราไม่เหมือนเค้า เราจะไปพูดไปหัวเราะไปไม่ได้ (ป้าปิ่น, สัมภาษณ์, 10 กรกฎาคม 2558)

ความแปลกแยกที่เกิดขึ้นนั้น อาจมองได้ว่าเป็นเพราะผลข้างเคียงในการรักษาด้วยยา จึงทำให้ผู้ป่วยอย่างป้าปิ่นไม่สามารถเข้าใจความคิดที่ซับซ้อน ไม่สามารถถอดรหัสที่แฝงอยู่ในข้อความได้อย่างเช่นเพื่อน ๆ ของเธอเป็น นอกจากนั้น ยังมีการแปลกแยกอีกลักษณะหนึ่ง คือ ความแปลกแยกออกจากความคิดกระแสของหลักชุมชนในปัจจุบัน ซึ่งเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ความกลายเป็นเมืองได้คือคลื่นเข้ามาสู่ชนบทมากขึ้น รวมทั้งการเข้ามาของอำนาจความรู้ทางการแพทย์ที่มีตัวแสดงเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน หากมองในภาพรวมแล้ว จะเห็นว่า ความรู้สมัยใหม่ (ทั้งพุทธศาสนา และการแพทย์) ได้รุกคืบเข้ามาทำให้ความรู้ดั้งเดิมในบางนั้นต้องถอยร่นไปมากขึ้นในบางชุมชน เมื่อชาวบ้านเริ่มมีความคิดทางพุทธ และมองโลกอย่างวิทยาศาสตร์มากขึ้น ปล่อยให้เรื่องผีและการเข้าทรงเป็นเพียงเรื่องเล่าของชุมชน ดังนั้นผู้ที่แสดงออกว่าตนเองยังมีความเชื่อเกี่ยวกับผีและแสวงหาทางออกของความไม่สบายใจด้วยการไหว้ผีบรรพบุรุษ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ กลับถูกมองอย่างน่าสงสัย อย่างเช่นกรณีของป้าแหว ผู้ป่วยจิตเวชคนหนึ่งที่ยังคงเลือกหนทางสู่ความสงบด้วยการทำขันตั้ง (บูชาครู ซึ่งในที่นี้ผู้ป่วยไม่ได้ระบุว่าใครคือครูของเธอ) แทนการทำบุญเข้าวัดอย่างเช่นชาวพุทธพึงทำเมื่อต้องการความสงบทางจิตใจ

ผู้ศึกษาขอสรุปองค์ประกอบของผลกระทบที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางจิตขึ้น ซึ่งได้แก่ การถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ เพราะการตัดสินใจคุณค่าของคนจากการทำงาน โดยเฉพาะผู้ป่วยชายที่ต้องเผชิญแนวคิดเรื่องคุณค่าที่ผูกติดกับงานมากกว่าเพศหญิง อย่างไรก็ตาม ผู้ร่วมวิจัยบางคนได้ตั้งคำถามกลับไปถึงสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมอาชีพว่าบ่าบับว่าสามารถนำมาใช้ในชีวิตจริงได้แค่ไหน

ต่อมา คือ ความยากจน ซึ่งความยากจนนั้นไม่ได้มีเพียงมิติของ เศรษฐกิจในครอบครัวเท่านั้นแต่ยังรวมไปถึงการทำให้ผู้ป่วยต้องตกอยู่ในสภาวะพึ่งพิง และอุปสรรคในการเข้ารับการรักษา ซึ่งการตกอยู่ในสภาวะพึ่งพิงนี้ ยังมีความเชื่อมโยงกับศักยภาพในการทำงานที่ลดลงอย่างมาก อันเนื่องมาจากผลข้างเคียงของยาอีกด้วย

ผลกระทบถัดมา คือ การตกเป็นเหยื่อ ในที่นี้หมายถึงการที่ผู้ป่วยตกเป็นเหยื่อความรุนแรงที่ตนเองสร้างขึ้น ผ่านการถูกเฝ้าแหย่ของเพื่อนบ้าน และสำหรับผู้ป่วยเพศหญิงก็อาจกลายเป็นเหยื่อความรุนแรงทางเพศได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ การกีดกันทางสังคมก็ยังเป็นอีกหนึ่งผลกระทบที่ผู้ป่วยจิตเวชได้รับชัดเจนที่สุด การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับ ถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมจากคนในชุมชน ทั้งนี้งานศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าแท้จริงแล้วผู้ป่วยเองสามารถกระทำการบางอย่างเพื่อได้รับการยอมรับจากชุมชน อย่างไรก็ตาม ที่สุดแล้ว ผู้ป่วยเองก็ไม่อาจกลับมาได้รับการยอมรับในสถานะที่เท่าเทียมได้แต่อย่างใด

สุดท้าย คือ ผลกระทบเรื่องความแปลกแยก ซึ่งในที่นี้ไม่ได้หมายถึงการแปลกแยกจากการผลิต แต่เป็นการแปลกแยกที่เกิดขึ้นในกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานของผู้ป่วย และความแปลกแยกที่เกิดในระดับของวิถีคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

อย่างไรก็ตาม ใช่ว่าผู้ป่วยจะตกอยู่ในสภาวะผู้ได้รับผลกระทบเพียงฝ่ายเดียว แต่ผู้ป่วยบางส่วนกลับพยายามต่อสู้กับผลกระทบที่เกิดจากมลทินประตั้นนั้น ๆ ด้วยวิธีที่หลากหลาย และหนึ่งในวิธีที่สะท้อนออกมาชัดเจนคือการดำรงไว้ซึ่งความเจ็บป่วยทางจิต

### 8.3 สรุป

ผู้ศึกษาได้พรรณนาให้เห็นผลการศึกษาที่เป็นเรื่องราวของมลทินประตั้นที่เกิดขึ้นในช่วงหลังจำหน่าย (Post Discharge) การทำงานของมลทินประตั้นช่วงนี้มีความน่าสนใจอย่างยิ่ง เนื่องจากประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่หลากหลาย ทั้งแนวคิดรายรอบมลทินต่าง ๆ ผลกระทบของการมีมลทินและการดำรงไว้ซึ่งความเจ็บป่วย โดยแนวคิดรายรอบมลทินที่โดดเด่นในช่วงนี้ประกอบด้วย แนวคิดเรื่องภัยอันตราย แนวคิดเรื่องความสามารถในการควบคุม แนวคิดความสงสารและอาการที่น่ารังเกียจ

อย่างไรก็ตาม การที่จะเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ของแนวคิดต้นกำเนิดและผลกระทบจากการมีมลทินนั้นเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนมาก งานชิ้นนี้ทำได้เพียงแยกแยะให้เห็นองค์ประกอบและการทำงานตามช่วงเวลาเท่านั้น เพราะมลทินประเภทที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงนั้นไม่มีสูตรที่ตายตัว ผู้ป่วยจิตเวชต้องเผชิญผลกระทบทางสังคมหลายอย่าง ได้แก่การถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง ครอบครัวต้องเผชิญกับความยากจนซึ่ง ประเด็นความยากจนเองก็มีเนื้อหาที่ซับซ้อนลงไปอีก การตกเป็นเหยื่อความรุนแรง, การถูกกีดกันทางสังคม และสุดท้ายคือการรู้สึกแปลกแยกจากสังคมที่ตนอาศัยอยู่



## บทที่ 9

### การจัดการกับมลทินประตบ (Stigma Management)

งานศึกษาเกี่ยวกับมลทินประตบมีความท้าทายอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นคำที่มีความหมายที่ละเอียดอ่อน เป็นสิ่งที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ผู้คนบางส่วนต้องการจะเก็บเอาไว้เป็นความลับ ไม่อยากจะเล่าให้ใครฟังง่าย ๆ มากไปกว่านั้น ผู้ที่ต้องเผชิญกับมลทินอาจมีการสร้างกลไกการป้องกันตนเองขึ้นมาเพื่อปฏิเสธมลทินที่เข้ามาประตบตนเอง ดังนั้นหากนักสังคมสงเคราะห์ลองใช้มุมมองของนักจิตวิเคราะห์ ก็จะพบว่า คำว่ากลไกการป้องกันตนเองจากมลทินประตบ นั้นได้สะท้อนนัยยะของการจัดการมลทินประตบ หรืออธิบายง่าย ๆ ว่า การจัดการกับมลทินประตบ คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีปฏิริยาโต้ตอบต่อมลทินประตบนั้น ๆ อย่างไร

แท้จริงแล้ว เนื้อหาจากเนื้อหาบทที่ 4 ถึง 8 ได้แสดงให้เห็นถึงวิธีการจัดการกับมลทินประตบของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างละเอียดควบคู่ไปกับการอธิบายกระบวนการทำงานของมลทินประตบ ในบทที่ 9 นี้ผู้ศึกษาจึงนำเสนอการจัดการกับมลทินที่พบในงานศึกษาอย่างรวบรัดดังต่อไปนี้

จัดการมลทินประตบสามารถแบ่งออกเป็นระดับต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- 9.1 การจัดการมลทินประตบในระดับครอบครัว
- 9.2 การจัดการมลทินประตบในระดับชุมชน-สังคม
- 9.3 การจัดการมลทินประตบในพื้นที่ของสถาบันจิตเวช
- 9.4 การจัดการมลทินประตบในระดับบุคคล

#### 9.1 การจัดการมลทินประตบในระดับครอบครัว

จากการศึกษา พบว่า ผู้ร่วมวิจัยมีการจัดการกับมลทินประตบในระดับครอบครัวด้วยกัน 2 ประเด็น

##### 9.1.1 การจัดการมลทินประตบที่เกิดขึ้นจากแนวคิดการขัดเกลาทงสังคม (Socialization): การกล่าวโทษ (Blaming)

แนวคิดการขัดเกลาทงสังคมนั้นเรียกได้ว่าเป็นแนวคิดรายรอบมลทินเชิงซ้อน กล่าวคือตัวแนวคิดนี้ไม่สามารถอธิบายความผิดปกติได้ด้วยตัวของมันเอง แต่ต้องพึ่งพิงความรู้ทางการแพทย์เข้ามาอธิบายร่วมเพื่อให้ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมีเหตุผล เช่น เราไม่สามารถบอกว่าเพราะการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งในงานศึกษาชิ้นนี้



สะท้อนชัดเจนถึงคุณลักษณะเชิงซ้อนนี้ว่า เพราะการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยหันไปใช้สารเสพติด จนกระทั่งเกิดความเจ็บป่วยทางจิตขึ้น เป็นต้น

เมื่อเป็นเช่นนี้ แนวคิดเรื่องการขัดเกลาทางสังคมจึงกลายมาเป็นมลทินติดตัวผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทันที อย่างไรก็ตาม ตัวผู้ดูแลและบุคคลแวดล้อมเองก็มีวิธีการจัดการกับความรู้สึกเป็นมลทินนี้อย่างน่าสนใจคือ กรณีแรก ผู้ดูแลกล่าวโทษตนเองถึงความบกพร่องในหน้าที่ของตนในวัยเด็กที่ปล่อยปละละเลยน้อง ๆ จากกระทั่งเกิดความเจ็บป่วยทางจิต (กรณีป้ามน) ด้วยวิธีคิดเช่นนี้ทำให้ป้ามนรู้สึกว่าคุณต้องรับผิดชอบ และดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด เพราะคิดว่าตนเองมีส่วนในการทำให้น้องชาย (รัฐ) เกิดความเจ็บป่วยเช่นทุกวันนี้ แต่ในทางตรงกันข้ามป้าตุ๊ก ผู้ร่วมวิจัยอีกคนหนึ่งกลับมีวิธีการจัดการกับมลทินที่ต่างไปจากป้ามนอย่างสิ้นเชิง คือเธอกกล่าวโทษสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ โดยการโยนความผิดเรื่องการเลี้ยงดูผู้ป่วยในวัยเด็กให้ผู้เป็นแม่

### 9.1.2 การจัดการมลทินประทุบที่เกิดขึ้นจากแนวคิดภัยอันตราย: การกักขัง/สิ้นไหลของภาพลักษณ์ผู้ป่วย

แนวคิดความอันตรายนี้มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องตัวตน (Self) และการกักขังภาพลักษณ์ให้กับผู้ป่วยอย่างน่าสนใจ ตามแผนภาพที่ 8.1 ซึ่งแสดงให้เห็นกระบวนการของวิธีคิดที่ต่างกันของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลประเภทแรก จะเป็นผู้ดูแลที่มองผู้ป่วยอย่างเป็นพลวัตนั้นหมายถึงเข้าใจลักษณะอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ว่าเกิดขึ้นเพราะอะไร และเกิดขึ้นเมื่อไหร่ ผู้ดูแลประเภทนี้จะทราบว่าจะอะไรคือสัญญาณที่บอกว่าผู้ป่วยสงบ หรือกำลังจะมีอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งนำไปสู่รูปแบบการปฏิบัติกับผู้ป่วยที่ต่างกันไป ส่วนผู้ดูแลอีกประเภทคือผู้ดูแลที่เลือกจะกักขังภาพลักษณ์ผู้ป่วยเอาไว้ตลอดเวลา หมายถึง การมองว่าผู้ป่วยคือบุคคลอันตรายอย่างตายตัว นำไปสู่วิธีการปฏิบัติเพื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วยอีกรูปแบบหนึ่ง ผู้ดูแลประเภทนี้จะพยายามกีดกันผู้ป่วยออกจากพื้นที่ส่วนตัวอย่างสุดความสามารถ ตามแผนภาพด้านล่าง

## 9.2 การจัดการมลทินประทุบในระดับชุมชน-สังคม

เป็นการจัดการมลทินประทุบในระดับนี้ประกอบไปด้วย การหยิบยืมวาทกรรมอื่น ๆ เพื่อให้อธิบายสาเหตุของความผิดปกติทางจิต การหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เฉพาะทาง การจัดการมลทินที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดภัยอันตรายกับการปรากฏตัวของตำรวจ และการแยกแยะและการเลื่อนไหลของสถานะความผิดปกติ

### 9.2.1 การหิบบีมวาทกรรมอื่น ๆ เพื่อให้อธิบาย

เมื่อผู้ร่วมวิจัยตระหนักถึงมลทินประทับที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเกิดมาจากแนวคิดใดแล้ว เขา/เธอย่อมเลือกหนทางในการอธิบายความผิดปกติทางจิตเสียใหม่ โดยการหิบบีมวาทกรรมทางการแพทย์เข้ามาอธิบายความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นแทน เพื่อลดความรู้สึกเป็นมลทินให้กับผู้ป่วยและตนเองในฐานะผู้ดูแล

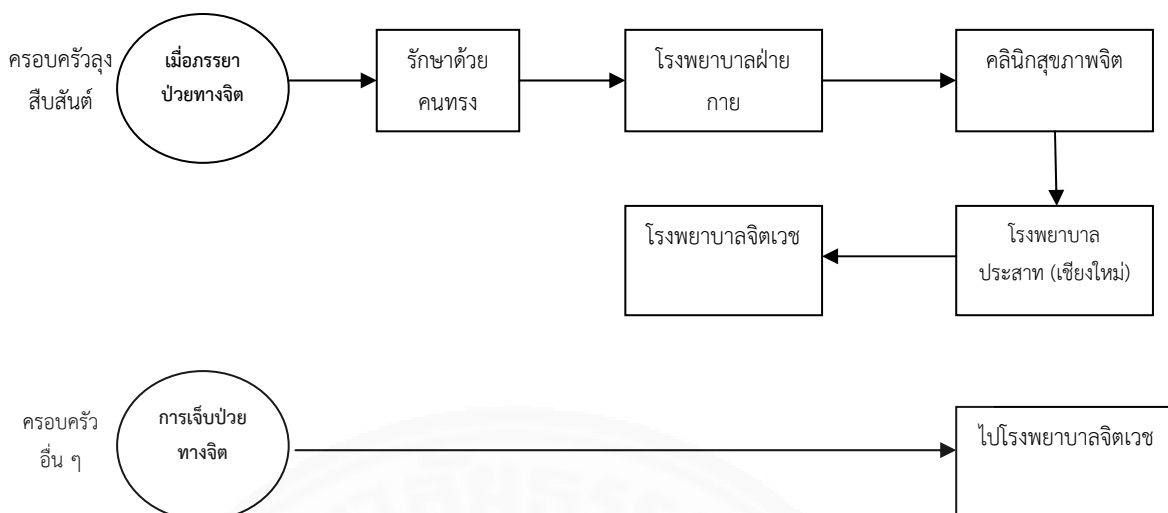
งานศึกษาชิ้นนี้พบรูปแบบของการหิบบีมวาทกรรมทางการแพทย์เข้ามาอธิบายแทนแนวคิดต้นกำเนิด 2 รูปแบบ คือ รูปแบบแรกเกิดกับลุ่มสมาน ที่เลือกอธิบายความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นกับสมเจตน์ว่าเป็นเพราะอุบัติเหตุในอดีต ทำให้สมองของสมเจตน์ได้รับการกระทบกระเทือน จึงเป็นสาเหตุให้เกิดอาการทางจิตในเวลาต่อมา ซึ่งการเปลี่ยนคำอธิบายนี้ช่วยให้ลุ่มสมานหลุดพ้นจากภาวะชะงักงัน (ไม่พัฒนาตนเอง หมดความหวัง) ที่เกิดจากมโนทัศน์เรื่องกรรมที่ตนเองเคยใช้อธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วย มากไปกว่านั้น ลุ่มสมานยังผลิตซ้ำ (Reproduction) ชุดคำอธิบายใหม่นี้ให้กับคนในชุมชนทราบ เพื่อหวังให้วาทกรรมทางการแพทย์ลดมลทินประทับที่เกิดจาก “กรรม” ลงไป

อีกรูปแบบหนึ่ง คือ การผสมผสานความแนวคิดเกี่ยวกับอำนาจเหนือธรรมชาติกับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเข้าด้วยกัน วิธีคิดเช่นนี้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลของป่าจันทร์เพ็ญ ที่อธิบายความเจ็บป่วยของจันทร์เพ็ญว่า เป็นเพราะการล่วงละเมิดบรรทัดฐานบางอย่างของบรรพบุรุษ (ทวด) ทำให้ทวดเกิดความผิดปกติทางจิตขึ้น และถ่ายทอดความผิดปกตินั้น ๆ มาสู่รุ่นลูกหลานจนกระทั่งเกิดขึ้นกับจันทร์เพ็ญ ผู้ป่วยคนปัจจุบันของตระกูลตนเอง

### 9.2.2 การจัดการมลทินโดยการหลีกเลี่ยงการรับการรักษาในโรงพยาบาล

#### เฉพาะทาง

งานชิ้นนี้ค้นพบประเด็นการหลีกเลี่ยงที่น่าสนใจ เพราะว่าผู้ร่วมวิจัยพื้นถิ่น (หมายถึงคนเชียงใหม่โดยกำเนิด) จะไม่มีความรู้สึกอับอาย หรือกังวลมากนักที่จะต้องพาสมาชิกในครอบครัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช แต่กับลุ่มสืบสันต์ผู้ร่วมวิจัยต่างถิ่น กลับวิตกกังวล และรู้สึกเป็นมลทินอย่างมากที่จะต้องพากรรยาของเขาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช เพราะฉะนั้นเขาจึงทำทุกวิถีทางเช่น การรักษาด้วยแพทย์พื้นบ้าน (คนทรงในเขตภาคกลาง) การรักษาในคลินิกจิตเวช หรือแม้กระทั่งการพากรรยาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาท เพราะคิดว่า “โรงพยาบาลประสาท” สร้างมลทินให้ตนเองและภรรยาน้อยกว่าโรงพยาบาลจิตเวช



ภาพที่ 9.1 ขั้นตอนในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของลุงสืบสันต์และครอบครัวผู้ร่วมวิจัยอื่น ๆ.

### 9.2.3 การจัดการมลทินที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดภัยอันตรายกับการปรากฏตัวของตำรวจ

งานศึกษาสะท้อนนัยยะของการปรากฏตัวของเจ้าหน้าที่ตำรวจ 2 มิติ คือ มิติแรก คือ ตำรวจในฐานะผู้รับรองความเป็นภัยอันตรายของผู้ป่วย: หมายถึง การปรากฏตัวของตำรวจในแต่ละครั้งแสดงให้เห็นว่า คนในครอบครัวและชุมชนไม่สามารถจัดการกับผู้ป่วยรายนั้น ๆ ได้อีกต่อไปซึ่งพบได้จากการวิวาทกันของผู้ป่วยกับเพื่อนบ้าน เช่น สมเจตน์ และป่าออร์ที่มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนบ้านจนต้องให้ตำรวจมาจัดการไกล่เกลี่ย ซึ่งลุงสมานสะท้อนว่าการปรากฏตัวของตำรวจครั้งนั้นทำให้ครอบครัวของตนเองตกเป็นที่เพ่งเล็งจากคนในชุมชนอย่างมาก

มิติที่สอง คือ ตำรวจในฐานะทางออกของผู้ดูแล: การปรากฏตัวของตำรวจนั้นไม่ได้สร้างมลทินเกี่ยวกับภัยอันตรายเสมอไป เพราะในบางบริบทผู้ดูแลอาจเป็นคนแจ้งตำรวจเพื่อให้มาจับกุมผู้ป่วยเองเช่นกัน เมื่อคิดว่าตนเองรู้สึกว่าคุณป่วยมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง และผลพลอยได้ของการส่งผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลคือ ผู้ดูแลจะมีช่วงเวลาพักผ่อน เพราะฉะนั้นการแจ้งตำรวจให้จับกุมผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลจึงเป็นกระบวนการที่รับรองได้ว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในทางตรงกันข้าม หากญาตินำผู้ป่วยไปส่งโรงพยาบาลเอง แพทย์มักจะไม่นุญาตให้ผู้ป่วยนอนรักษาตัว แต่จะผลักดันให้ญาตินำกลับไปดูแลที่บ้าน

### 9.2.4 การแยกแยะและการเลื่อนไหลของสถานะความผิดทางจิต

หัวข้อนี้ทำให้ผู้ศึกษานึกถึงความแตกต่างของ มลทินประทับ และการตีตราว่าสองคำนี้ต่างกันที่คุณสมบัติในการเลื่อนไหลของความหมาย มลทินนั้นให้ความรู้สึกที่แปดเปื้อน แต่ตีตรานั้นให้ความรู้สึกของการแปะป้ายอย่างถาวร ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้ เช่นเดียวกับการจัด

จำแนกผ่านการตั้งชื่อ (Naming) ที่เมื่อพิจารณาเข้าจริง ๆ แล้ว สังคมเองก็เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเลื่อนสถานะความผิดปกติได้เช่นกัน เช่นจากเพี้ยน อาจพัฒนาเป็นคนบ้าได้ หากขาดการนำเสนอตัวตนที่สังคมยอมรับโดยเฉพาะเรื่องความสะอาด และในขณะเดียวกัน “คนบ้า” เองก็ลดสถานะมาเป็น “ผู้ป่วยโรคจิต” ได้หากว่ายอมรับการรักษา ซึ่งสถานะและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยนี้มีความสัมพันธ์กับระดับของการกีดกันทางสังคมเช่นกัน อย่างไรก็ตาม การเลื่อนสถานะความผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้น ยังไม่พบว่า มีการเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นคนปกติแต่อย่างใด

### 9.3 การจัดการกับมลทินประทับในระดับสถาบัน

การจัดการกับมลทินประทับประเภทนี้ หมายถึง การตอบโต้กับมลทินผ่านทางสถาบันจิตเวช โดยประเด็นที่น่าสนใจ ได้แก่ การใช้สถาบันจิตเวช/โรงพยาบาลจิตเวชเพื่อเป้าหมายในการลดมลทินประทับและฟื้นฟูตัวตน ซึ่งประกอบไปด้วยรูปแบบในการจัดการ 2 รูปแบบ ต่อไปนี้

#### 9.3.1 การนำองค์ความรู้จากภายนอกเข้ามาปรับใช้ในครอบครัวของตนเอง:กับการเข้าร่วมกิจกรรมของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช

ประเด็นนี้สามารถวิเคราะห์ได้หลากหลาย ทั้งในมุมมองของการนำความรู้เข้ามาใช้ และในมุมมองของตัวผู้กระทำซึ่งสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจ เช่นกัน

สำหรับการนำความรู้จากภายนอกมาใช้ นั่นคือการที่ผู้ร่วมวิจัย (ลุงสี่สันต์และแม่หลวง) ได้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของโรงพยาบาลจิตเวช จากนั้นจึงได้นำแนวคิดที่ได้รับมาปรับใช้ในชีวิตของตนเอง จนกระทั่งเกิดเป็นโครงการสายสัมพันธ์ของอำเภอ นั้น ๆ เกิดขึ้น และสร้างกิจกรรมต่าง ๆ ขึ้นมาเพื่อเป้าหมายที่สำคัญคือการทำให้เป็นปกติ (Normalization) ทั้งนี้ประเด็นที่น่าสนใจที่ชวนให้วิเคราะห์ต่อไป หรืออาจเป็นข้อเสนอในงานศึกษาชิ้นอื่น ๆ คือ อะไรเป็นสาเหตุที่ทั้งทำให้แม่หลวงและลุงสี่สันต์เข้าถึงองค์ความรู้และทรัพยากรของกรมสุขภาพจิตได้ ใช้อำนาจที่พวกเขา/เธอมีอยู่ก่อนหรือไม่? หรือเป็นเพราะเพียงแค่ว่า/เธอมีคนที่ใกล้ชิดเจ็บป่วยทางจิต?

ผู้ศึกษามีความเห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของทางสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช นั้นเป็นวิธีการจัดการกับมลทินรูปแบบหนึ่งที่มีความน่าสนใจ โดยเฉพาะกับลุงสี่สันต์และแม่หลวง กล่าวคือทั้งคู่ต้องเผชิญกับความทุกข์ที่มีมลทินประทับมาเป็นเวลานาน ลุงสี่สันต์เองก็ใช้วิธีหลีกเลี่ยงการรับการรักษาเฉพาะทางมาเป็นเวลาหลายสิบปี ส่วนแม่หลวงเองก็ต้องเผชิญกับความทุกข์สืบทอดใจที่ต้องใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางความขัดแย้งของสามีและผู้ป่วย (น้องชายตนเอง) ดังนั้นทั้งคู่จึงตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น และผันตัวเองเป็นแกนนำในการทำงานสุขภาพจิตในชุมชน ซึ่ง

นำไปสู่การเกิดขึ้นของโครงการต่าง ๆ มากมายบนฐานคิดของความเป็นปกติอย่างที่กล่าวไว้ในย่อหน้า  
ขั้นต้น

แม่หลวง น้องชายมันไม่ให้แม่ไปไหน แต่วันนั้นเราก็ไป จากนั้นเค้า (เจ้าหน้าที่) ก็เรียก  
คือ เมื่อก่อนนี้แฟนแม่จะไปรับยา แต่ว่าวันนั้นแม่ไป ก็เลยได้มีโอกาสตั้งชมรมขึ้นมา  
ของสวนปรุงด้วย คุณหนึ่งเค้ามานะ ช่วยกันตั้งชมรม แม่ก็ออกมาตั้ง พอตั้งชมรมได้แล้ว  
เค้าจะมีกิจกรรม แม่ก็มีโอกาสได้ไปร่วม พาน้องชาย พาคนไข้แถวนี้ไปด้วย (แม่หลวง,  
สัมภาษณ์, 8 สิงหาคม 2559)

นอกจากนั้นลุงสี่สันต์ยังได้เล่าถึงเหตุการณ์ตอนที่เขาได้เข้ามาสัมผัสกับกิจกรรม  
ของโรงพยาบาลจิตเวชว่า

ผู้ศึกษา แล้วมาเริ่มต้นโครงการกับสวนปรุงที่มีที่มาที่ไปอย่างไรครับ

ลุงสี่สันต์ เราตัดสินใจไปเข้ากลุ่ม . . . คือ ขอโทษนะ คนระดับกลางนี่จะไม่ค่อย  
มีหอรอกในกลุ่มเนี่ย ส่วนมากจะเป็นชาวบ้าน ตั้งแต่นั้นเค้าก็อุปโลกน์ให้ผมเป็นหัวหน้าทีมมาตลอด  
เพราะมันไม่มีคนนำ พวกครูบาอาจารย์ก็พอมิแต่ว่าเค้าก็หลบ ๆ

ผู้ศึกษา เป็นข้อสังเกตนะครับว่าผู้ป่วยที่ยอมไป คือ ประทานโทษครับ คนมี  
การศึกษาไม่ค่อยจะอยากไป

ลุงสี่สันต์ ไม่มีครับ ไม่มีเลยผมไปก็ไปติดแหงกอยู่ที่นั่น

ผู้ศึกษา จับพลัดจับผลูไปใช้ไหมครับลักษณะนี้

ลุงสี่สันต์ ใช่เลย เพราะว่าเราไม่รู้ เราไม่ได้มีเป้าหมายอะไรเลย แต่พอเราไป  
แล้วเราไปรู้ไปเห็น ก็เลยทำให้เราถอยหลังได้ลำบากแล้ว พุดง่าย ๆ ถ้าเราออกมาก็จะไม่มีคนนำ  
(ลุงสี่สันต์, สัมภาษณ์, 8 กันยายน 2559)

ทั้งลุงสี่สันต์และแม่หลวงมีมุมมองต่อ “ความปกติ” ที่น่าสนใจคือ ลุงสี่สันต์จะ  
มองว่า ตนเองมีหน้าที่ผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประสบการณ์ชีวิตอย่างเช่นคนปกติมี จากแต่เดิมที่  
ผู้ป่วยจิตเวชจะเก็บตัวอยู่แต่ในพื้นที่ของตนเอง ลุงสี่สันต์พยายามใช้กิจกรรมดึงผู้ป่วยออกมาใช้ชีวิต  
เฉกเช่นคนทั่วไป เช่น พาผู้ป่วยไปเดินห้าง (โลตัส) หรือการท่องเที่ยวตามสถานที่ท่องเที่ยวในท้องถิ่น  
ตามบทสนทนาที่ได้หยิบยกมาด้านล่าง

ลุงสี่สันต์ ให้โอกาสเค้าครับ พี่นฟูที่พวกเราทำที่ผ่านมามีโอกาสนะ เรา  
ดึงคนออกจากบ้านนะครับ ส่วนใหญ่พวกนี้จะขาดโอกาสขาดโอกาสเพราะว่าอะไร หนึ่งคือเค้าไม่มี  
สตางค์

ผู้ศึกษา นี่เป็นปัญหาหลักเลยหรือครับ  
 ลุงสี่ส้นต์ ใช่ครับ  
 ผู้ศึกษา ใครจะเลี้ยงไม่พุดถึงยังไง สุดท้ายผมคิดว่ามันก็เป็นแก่นสำคัญของ  
 เรื่องราว  
 ลุงสี่ส้นต์ สอง คือ บางคนอาจมีเงิน แต่ไม่ค่อยกล้าผมเลยทำกิจกรรมหลาย  
 อย่างนะ

นอกจาก Walk Rally ผมก็เอากลุ่มเล็ก ๆ เช่น ชมรมอะไรตรงนี้ เอารถกระบะ ซัก  
 คันหนึ่ง หรือไม่กี่ 4 ล้อแดงซักคันหนึ่งเอาคนไปเที่ยวใกล้ ๆ ติ๋ม ซักวันหนึ่ง ไปโป่งเดือด  
 บ้าง ไปอะไรบ้างเป็นโปรเจกต์เล็ก ๆ เสียไม่กี่ตั้งค์เลยใช้เงินมูลนิธินี้แหละทำ แล้วก็ทำไป  
 หลายรุ่นแล้วเมื่อปีที่ผ่านมาระไปขอพื้นที่ของโลตัสหาดง . . . บางคนบันไดเลื่อนยังไม่  
 เคยจะขึ้นเลย เราก็แจกเงินคนละ 300 บาท ให้เค้าซื้อของในร้านเราอะ ไม่ต้องไปซื้อ  
 ที่อื่น (ลุงสี่ส้นต์, สัมภาษณ์, 3 กันยายน 2558)

ในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน แม่หลวงมีมุมมองต่อความปกติในลักษณะว่า ต้องทำให้  
 สมาชิกในชุมชนไม่มองว่าความเจ็บป่วยทางจิตนั้นเป็นเรื่องที่ผิดปกติ และทุก ๆ ชุมชนต้องมีผู้ช่วยจิต  
 เหวอยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ แนวคิดของแม่หลวงอาจมีความเฉพาะตัวตรงที่ เธอเริ่มต้นจากการดึงผู้ช่วยจิต  
 เหวในชุมชนออกมาทำกิจกรรมร่วมกันกลุ่มคนชายขอบอื่น ๆ เช่น คนพิการประเภทต่าง ๆ คนสูงอายุ  
 ในชุมชน เด็ก ๆ เพื่อหวังให้เกิดความเข้าใจ ผู้ช่วยจิตเวชมากขึ้น

แม่หลวง ถ้าปีที่ผ่านมา แม่เอาธรรมะเข้าช่วย แม่จะหาพระที่ เทศน์ตลก ๆ  
 มาให้ชาวบ้านฟัง แม่จะทำแม่ก็ไม่ได้ทำแค่คนโรคจิตนะ ทำคนพิการ ผู้สูงอายุและเยาวชน แม่จะ  
 บูรณาการเข้าหากัน

ผู้ศึกษา เดือนธันวาคมไม่ได้มีแค่ผู้พิการนะ คือ รวมกัน

แม่หลวง ใช่คะ คนพิการจะอยู่คนเดียวก็ไม่ได้ ต้องร่วมกัน (แม่หลวง, สัมภาษณ์,  
 4 สิงหาคม 2558)

### 9.3.2 การพัฒนาแนวคิดขึ้นมาด้วยตัวเอง: ลุงสมานและป้าจินดากับความพยายาม นำเสนอตัวตนขึ้นมาเสียใหม่

หมายถึง การสร้างวิถีคิดเชิงสร้างสรรค์ที่มีต่อผู้ป่วยขึ้นมา เพื่อสู้กับความรู้สึกทาง  
 ลบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และที่สำคัญ คือ พบว่า มี ผู้ดูแล 2 ครอบครัวที่มองผู้ป่วยคล้ายกันว่า ผู้ป่วย  
 คือตัวแทนของครอบครัว นอกจากนั้นยังพบว่า ครอบครัวลุงสมานและป้าจินดา ต่างมีปฏิบัติการทาง  
 สังคมบางอย่างเพื่อหวังให้ชุมชนเกิดความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยรวมทั้งตนเองมากขึ้น



## ตารางที่ 9.1

วิธีการจัดการกับมลทินประทับที่ผู้ร่วมวิจัยคิดค้นขึ้นมาด้วยตนเอง

ครอบครัว	เป้าหมาย	วิธีการปฏิบัติ
ครอบครัวป่าจินดา	เพิ่มคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย	มองจันทร์เพ็ญ (ผู้ป่วย) ว่าเป็นตัวแทนของครอบครัว ปฏิบัติกับผู้ป่วยเสมือนผู้ป่วยเป็นเทพ (การทำดีกับผู้ป่วยจะเสริมบารมีให้เธอ)
	ความคาดหวังให้ชุมชนยอมรับผู้ป่วยและครอบครัวตนเอง	ทำตนเป็นแบบอย่างที่ดีในมิติของศาสนา รักษาศีล และให้ความช่วยเหลือคนในชุมชนโดยใช้พรสวรรค์ของตน (ร่างทรง) รวมถึงการเป็นแกนนำในการทำบุญต่าง ๆ
ครอบครัวลุงสมาน	การเพิ่มคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย	มองสมเจตน์ (ผู้ป่วย) ว่าเป็นตัวแทนของครอบครัว ดังนั้นเวลาสมเจตน์เดินไปที่ไหน หรือมีปัญหากับใคร ลุงสมานจะต้องติดตามไปแก้ไข ชี้แจง ขอโทษ อยู่เสมอ ซึ่งเป็นโอกาสที่ดีในการผลิตซ้ำการอธิบายสาเหตุความผิดปกติทางจิตของลูกชาย
	ความคาดหวังให้ชุมชนยอมรับผู้ป่วยและครอบครัวตนเอง	ลุงสมานเปลี่ยนตนเองด้วยการเลิกสุราและบุหรี่ จากนั้นเริ่มมีส่วนร่วมในงานชุมชนมากขึ้น เช่นเป็นประธานกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน และการเป็นวิทยากรรับเชิญให้กับโรงพยาบาลประจำอำเภอ (งานสุขภาพจิต)

## 9.4 การจัดการกับมลทินประทับในบุคคล: การดำรงไว้ซึ่งความเจ็บป่วยทางจิต

ผู้ศึกษาตั้งใจไม่นำการจัดการระดับบุคคลเป็นประเด็นแรกเพราะว่า แท้จริงแล้วการคิดหรือการแสดงปฏิบัติการณ์ใด ๆ ในระดับบุคคลนั้นมีขอบเขตในการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งและกว้างไกลสำหรับผู้ศึกษาแล้ว เห็นว่าการจัดการกับมลทินระดับบุคคลนี้แท้จริงแล้วเป็นการจัดการในระดับวัฒนธรรมเสียด้วยซ้ำ นั่นคือผู้ร่วมวิจัยกำลังอยู่ในสถานะผู้กระทำการตามทฤษฎี Structuration Theory (เชษฐา พงษ์ทัศน์, 2551)

### 9.4.1 อาชีวะบำบัด/การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมกับความไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและการปรับใช้

การดำรงอยู่ซึ่งความเจ็บป่วยทางจิตอาจไม่ใช่สิ่งที่นักสังคมสงเคราะห์คาดหวังจะให้เป็นที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้ไม่ได้เกิดขึ้นมาลอย ๆ หากแต่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญและอาจเป็นประเด็นทางวิชาชีพที่อ่อนไหวอย่างมาก นั่นคือ การตั้งคำถามต่อศักยภาพของการบำบัดรักษาทางสังคม โดยเฉพาะอาชีวะบำบัด (Occupational Therapy)

หากพิจารณาเนื้อหางานศึกษาชิ้นนี้อย่างถี่ถ้วน จะพบว่า ในตอนที่ 2 ด้วยแนวคิดการควบคุม ผู้ป่วยคนหนึ่งมองกิจกรรมการฝึกอาชีพต่าง ๆ ในโรงพยาบาลจิตเวชว่าเปรียบเสมือนการต้องติดอยู่ในเรือนจำ เท่ากับว่าผู้งานอาชีวะบำบัดไม่สามารถสื่อสารวัตถุประสงค์ที่ถูกต้องไปยังผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงมองการฝึกฝนอาชีพเหล่านี้ในลักษณะของการถูกควบคุม หรือยิ่งไปกว่านั้น คำว่าเรือนจำคือสัญลักษณ์ของการลงโทษทางสังคมอีกด้วย ถ้าเช่นนั้น อาชีวะบำบัดเปรียบเหมือนการถูกลงโทษสำหรับผู้ป่วยเช่นนั้นหรือ

ผู้ศึกษาเห็นว่าเราควรพิจารณาไปให้ลึกกว่านั้น ย้อนกลับมามองที่ภาพใหญ่ของเรื่องราวทั้งหมด เพื่อทำความเข้าใจว่าเพราะอะไร งานอาชีวะบำบัดจึงถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของการลงโทษ และจากการศึกษาผู้ศึกษาขอสรุปอย่างรวบรัดว่า เพราะสำหรับผู้ร่วมโครงการวิจัยบางคนแล้ว งานอาชีวะบำบัดไม่ได้ช่วยให้ชีวิตนอกโรงพยาบาลของเธอดีขึ้นแต่อย่างใด กล่าวคือ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการฝึกฝนทักษะต่าง ๆ มากมายเพียงใดในโรงพยาบาล แต่ในชีวิตจริง ความรู้และทักษะเหล่านั้นไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ ยกตัวอย่างเช่น บำป๋น ไม่สามารถนำทักษะการทำตุ๋กตา หรือการทำผ้าเช็ดเท้ามาใช้ประกอบอาชีพได้ เพราะสำหรับเธอมันเป็นงานที่ซับซ้อนเกินไป ถึงแม้ในพื้นที่ที่เธออาศัยอยู่จะมีหน่วยงานมาจ้างเธอทำงานที่คล้ายคลึงกับที่เธอเคยฝึกฝนมาจากรั้วโรงพยาบาล แต่เธอก็ต้องจำปฏิเสธไป สิ่งเดียวที่เธอทำได้คืองานที่ไม่ต้องคิดซับซ้อน นั่นคือ การทำงานในทุ่งนา

. . . เคยมีนะ บริษัทนะ คำสั่งจดหมายมา บอกว่า . . . คือ คำคงรู้ว่าเราเป็นคนใช้สวน  
 ปรง คำก็คงรู้ว่ามาจากโรงพยาบาลว่าที่นั่นสอนอะไรบ้าง คำให้เราทำของไปจำหน่าย  
 บริษัทเขาได้ ถ้าทำผ้าเช็ดเท้าอะไร ผ้าเช็ดมืออะไรก็ทำเป็นอาชีพได้ ให้ไปติดต่อบริษัท  
 แล้วคำจะมารับซื้อไป เพื่อจำหน่ายให้ แต่เราก็ทำไม่ได้ เพราะว่าสมองมันไม่เดินซัก  
 อย่าง (ป่าป๋น, สัมภาษณ์, 10 กรกฎาคม 2558)

และบทสนทนาส่วนหนึ่งระหว่างผู้ศึกษากับป่าแหว ที่กล่าวถึงอุปสรรคในการ  
 ทำงานที่ถูกสอนจากโรงพยาบาลว่า

ผู้ศึกษา ผมเคยเห็นคำจะมีอาชีพต่าง ๆ แกะสลัก ทอผ้า ทำผ้าเช็ดเท้า

ป่าแหว ไม่ทำซักอย่างอะ “ใจม่ะยาว ถ้าทำแบบนี้ทำกะ แต่ถ้าทำแบบนี้ มันทำ  
 ปะจ้าง สมองมันปะไปตางนั้น”

ผู้ศึกษา ผมก็คุยกับผู้ป่วยมาเยอะนะ คำก็สะท้อนออกมาว่ามันยากไป

ป่าแหว ไม่ยากหรอก แต่สำหรับเรานั้นยากนะ

ผู้ศึกษา ผู้ป่วย?

ป่าแหว ค่ะใช่ คนอื่นที่เค้ารับจ้างทำตุ๊กตาเค้าบอกว่ามันไม่ยากหรอก แต่ป่าว่า  
 สำหรับเรานั้นยาก ป่าทำไม่ได้หรอก แต่ทำแบบนี้ได้อยู่ (ผู้ร่วมวิจัยกำลังติดกาวยบนกระดาดแข็ง เพื่อ  
 ทำกล่องใส่ของตามที่ถูกคำสั่ง) (ป่าแหว, สัมภาษณ์, 9 กันยายน 2558)

นอกจากนั้นแม่หลวง ในชุมชนแห่งที่ 4 ยังได้กล่าวถึง สภาพปัญหาทางเศรษฐกิจ  
 ของครอบครัวผู้ป่วยในชุมชนของตนเองในทำนองที่ว่า เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลซึ่งแน่นอนว่า  
 ผู้ป่วยย่อมได้รับการฝึกฝนอาชีพ และทักษะต่าง ๆ มาจากโรงพยาบาลตามสมควร ทว่าเมื่อมาอยู่ใน  
 ชุมชน อาชีพเหล่านั้นกลับไม่ได้นำมาใช้ ซึ่งผู้ศึกษาและผู้ร่วมวิจัยคนนี้มองเห็นตรงกันว่า ศักยภาพของ  
 ผู้ป่วยบางคนในชุมชนไม่เหมาะกับงานในลักษณะที่ถูกฝึกฝนมา ซึ่งผู้ร่วมวิจัยได้เสนอข้อคิดเห็นที่  
 น่าสนใจคือ งานที่ผู้ป่วยจะทำได้ดีนั้นจะต้องเป็นงานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และงานนั้น ๆ จะต้อง  
 คุณลักษณะพิเศษคือ มีพัฒนาการของตัวเองในเชิงประจักษ์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกภูมิใจที่ได้เห็นสิ่งที่  
 ตนเองทำเติบโต เช่นการเลี้ยงกบ เลี้ยงปลา เพราะสิ่งเหล่านี้นอกจากจะสร้างรายได้แล้ว ใน  
 กระบวนการดูแล ผู้ป่วยจะได้มีปฏิสัมพันธ์กับธรรมชาติ รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งกับสิ่งที่ตนเองกำลัง  
 ลงมือทำ และยินดีทุกครั้งที่ยกหรือปลาแย่งกินอาหารทุกครั้งที่ย่อยให้อาหารพวกมัน

ผู้ศึกษา แม่หลวงมีวิธีการเลือกอาชีพ เพื่อเอามาฝึกยังงัยครับ

แม่หลวง คือ กบ ผู้ป่วยเราเลี้ยงกบ แม่จะจ่ายบ่อ จ่ายอาหาร จ่ายกบ คือผู้ป่วย  
 ของเรานี้ ถ้าเกิดเค้ามีงานทำมันก็จะเพลิน คืออาหารกบเนี่ย ผู้ป่วยต้องต้องให้อาหารมันเช้าและเย็น  
 ล้างบ่อ ล้างอะไร คนไข้จะเพลิน แต่ส่วนมากก็จะมีญาติเข้าช่วยดูแล

ผู้ศึกษา ต้องเพลินนะครับ คือในโรงพยาบาลเนี่ย ค่าจะมีงานแบบทำพรมเช็ดเท้า จากเศษผ้า คือ แล้วผู้ป่วยบางคนสะท้อนกลับมาว่า บางทีไม่สามารถจดจ่อกับงานได้ไม่ดี คือ ทำไม่ไหว

แม่หลวง ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลมาก็มี พอเรามาสอนเย็บผ้า มันยากไป คือ มันต้องให้ญาติช่วยดูแล

ผู้ศึกษา มันต้องเหมาะสมกับชีวิตเค้าด้วยเนาะ

แม่หลวง สมมุติเอาอาหารให้ปลา พอปลา มันกินผู้ป่วยก็จะชอบไป มันก็จะดูแล เพลินดี เพราะผู้ป่วยจะสมาธิสั้น แต่ถ้าให้แบบว่า อย่างแม่สอนเพาะเห็ดนางฟ้า เราก็แค่เอาน้ำมัน แล้วก็รอให้มันออก มันออกแล้ว ผู้ป่วยเห็นก็จะ . . . ใจชื่นใจ (แม่หลวง, ผู้นำชุมชน, สัมภาษณ์, 4 สิงหาคม 2558)

ต้องยอมรับว่าศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละคนนั้นไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่หลากหลาย ผู้ป่วยบางคนอาจจะสามารถทำงานที่สลับซับซ้อนอย่างเช่นการขายของซึ่งต้องประกอบไปด้วยขั้นตอนที่สำคัญคือการรับและทอนเงินลูกค้าได้ตั้งเช่นโครงการฝึกฝนทักษะทางสังคมของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (ชัยพร อุโฆษจันทร์, 2556) แต่สำหรับผู้ร่วมวิจัยในงานวิจัยชิ้นนี้ ถึงแม้ว่าอาการทางจิตจะทุเลาลงเพียงใดก็ตาม ผู้ป่วยก็ต่างเลือกที่จะทำงานง่าย ๆ และมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตตนเองมากกว่าที่จะเลือกงานที่เคยฝึกฝนมาในโรงพยาบาล ทว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้มีเพียงเท่านั้น ในสถานการณ์ที่ลงไปศึกษา ผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการทำงานเกือบทุกคนต่างสะท้อนออกมาเป็นเสียงเดียวกันว่า การกินยารักษาโรคจิตทำให้ตนเองไม่สดชื่น ทำให้ไม่สามารถทำงานตามที่ตั้งใจได้

#### 9.4.2 การปรับยาพร้อมกับการเลือกบริโภคสิ่งต้องห้าม: ยาชูกำลังกับความเชื่อของป่าป๋น

เสมือนว่าการรับการรักษาอาหารทางจิตให้หายสำหรับผู้ป่วยนั้น (อีกมุมหนึ่งคือการคุมอาการเพราะเชื่อว่ารักษาไม่ได้) ได้ไม่คุ้มเสีย โดยคำว่า “ได้ไม่คุ้มเสีย” ในที่นี้หมายถึงผู้ป่วยจะต้องยอมรับการรักษาซึ่งจะเข้ามาจัดการชีวิตของผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้านอย่างที่กล่าวไว้ในส่วนของการควบคุม ซึ่งจุดนี้ผู้ศึกษายังมองเห็นว่า การรักษาให้ได้ประสิทธิภาพนั้นเท่ากับการปฏิเสธชีวิตก่อนการเจ็บป่วยทั้งชีวิตของผู้ป่วย หมายถึง ไม่ว่าผู้ป่วยจะเคยชอบอะไร ถ้าสิ่งที่ชอบนั้นมาขัดขวางกระบวนการรักษา ก็ต้องหยุดพฤติกรรมนั้น ๆ ลง อย่างเช่นป่าป๋นที่มีความเชื่อและชื่นชอบการดื่มกาแฟ รวมทั้งเครื่องดื่มชูกำลัง เพราะสำหรับเธอแล้ว เครื่องดื่มสองประเภทนี้ทำให้เธอมีแรงใจจะทำงานต่อไปได้ ถ้าไม่กินกาแฟ ก็จะทำงานได้ไม่เต็มที่ ในขณะที่เดียวกันยังถ้ากินยารักษาโรคจิตเข้าไป ส่งผลให้ผู้ป่วยจะง่วง ซึม ไม่สามารถทำงานอะไรได้แม้แต่บ่อย จึงไม่แปลกใจที่ชุมชนจะเห็นผู้ป่วย

จิตเวชที่คุมยาต่อเนื่อง (เป็นผู้ป่วยที่ดี ชุมชนชื่นชอบ เพราะไม่มีอาการกำเริบ) นั่งเหม่อลอยอยู่ในบ้าน คุยกับแมวที่เลี้ยงไว้ เป็นต้น

### 9.4.3 การลำดับความสำคัญและการเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเองอย่างผสมผสาน:

#### ป่าแวกกับการจัดวางให้จิตเวชศาสตร์เป็นการรักษาทางเลือก

ในอีกกรณีหนึ่ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับชุดความรู้ ระหว่างพื้นถิ่นกับการแพทย์สมัยใหม่ กล่าวคือหากผู้ป่วยอยากจะนำเสนอตัวตนว่าตนเองหายจากอาการทางจิตเด็ดขาด ซึ่งเป็นความหมายที่มากกว่าการถูกควบคุมด้วยยา ผู้ป่วยจะต้องละทิ้งความเชื่อพื้นถิ่นนั้น ๆ ลงไป เช่นการเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติต่าง ๆ การรับการรักษาเพื่อให้หายจากอาการไม่สบาย (ทางกาย และจิตใจที่ไม่สงบ) จากเจ้าเข้าทรง เป็นต้น เพราะถ้าไม่ละทิ้งความเชื่อเหล่านี้ออกไป ไม่ว่าจะตนเองจะอาการดีขึ้นซักแค่ไหน ชุมชนก็ยังคงมีข้อกังขาต่อผู้ป่วยคนนั้น ๆ อยู่ดี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทชุมชนว่าเป็นมีความเป็นเมือง (Urbanization) มากแค่ไหน

เมื่อการรับการรักษาด้วยความรู้ทางการแพทย์ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างหลากหลายเช่นนี้ จึงเกิดกระบวนการที่ผู้ป่วยเป็นผู้กระทำขึ้นนั่นคือผู้ป่วยสร้างการต่อรอง (Negotiation) ขึ้นมาสู้กับชุดความรู้และอำนาจทางการแพทย์

การต่อรองนั้นไม่เหมือนกับการกระบวนการที่ผู้ป่วยและญาติพยายามสร้างและนำเสนอตัวตนขึ้นมาใหม่ เพราะการสร้างตัวตนใหม่นั้น เป็นการปฏิเสธตัวตนที่ชุมชนมองอย่างกระตือรือร้น ทว่าการต่อรองคือกระบวนการที่ผู้ป่วยยังคงจำยอมต่อสถานะทางลบ (สำหรับผู้ป่วย) บางอย่าง และเลือกที่กระทำบางอย่างออกไป เพื่อหาจุดที่คิดว่าเป็นความสมดุลของชีวิตผู้ป่วยเอง โดยจุดสมดุลที่ว่านี้ คือ จุดที่ความเจ็บป่วยและความปกติเข้ามาพบกัน ผ่านการประนีประนอม/ต่อรอง โดยความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ตัวอย่างที่ชัดเจนคือการต่อรองของป่าป๋น

ป่าป๋นอยากมีชีวิตปกติดังเช่นคนวัยเดียวกันทั่ว ๆ ไป ที่ทำหน้าที่ภรรยา รวมทั้งก็ยังออกไปทำงานรับจ้างบ้างเป็นบางครั้งเพื่อหาเงินมาจุนเจือครอบครัว ไม่ให้ภาระการเงินตกเป็นของสามีเพียงฝ่ายเดียว แต่อุปสรรคที่เฝ้าเจอก็คือ ความเครียดจากสถานการณ์ความรุนแรงที่สามีผู้เฒ่ามาเป็นผู้สร้างขึ้น และ ความรู้สึกแปลกแยกของตนเองออกจากกลุ่มเพื่อนฝูง รวมทั้งผลกระทบจากการกินยาโรครจิตที่ทำให้เธอไม่สามารถออกไปทำงานได้ตามปกติ

ป่าป๋นจึงสร้างกระบวนการต่อรองขึ้นมาใช้สำหรับตัวเธอเอง เธอรู้ว่ายารักษาอาการทางจิตนั้นทำให้เธอสามารถอดทนต่อการบ่น ต่ำ ของสามีได้ และทำให้เธอพอจะเข้าใจเรื่องราว รวมทั้งถอดรหัสความหมายที่แสนสับสนของของกลุ่มเพื่อน ทำให้เธอรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เป็นคนปกติทั่วไปคนหนึ่ง แต่ว่าหากกินยาจิตเวชเธอก็จะมีทำงานได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้เธอมองคุณค่าในตัวเองต่ำ และชดเชยด้วยการแสดงออกให้นายจ้างเห็นว่าเธอทำงานได้มากกว่าคนอื่นในอัตราค่าแรงเท่ากัน คือ 200 บาทต่อวัน ดังนั้นหากยึดเอาอย่างใดอย่างหนึ่งชีวิตก็จะต้องเผชิญความยากลำบาก

ถ้าเลือกจะรักษาตัวเอง ก็จะไม่มียาได้ ในทางกลับกันถ้าปฏิเสธการรับการรักษา และกลับมาใช้ชีวิตตามเดิม เธอก็จะสามารถทำงานได้ตั้งเช่นผู้หญิงพื้นถิ่นที่สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมคล้ายกันเป็น ดังนั้น เธอก็เลือกลดปริมาณยารักษาอาการทางจิตลงด้วยตัวเอง และกินกาแฟในปริมาณเล็กน้อยในตอนเช้าก่อนที่จะออกไปทำงาน วิธีนี้ทำให้เธอเข้าสู่ภาวะสมดุลของชีวิต ทว่า โอกาสที่อาการทางจิตจะกำเริบอีกกลับมีสูง

. . . ที่ป่วยเพราะหมอมว่ากินกาแฟเยอะ แต่ถ้าเราไม่กินกาแฟ งานทุกอย่างเราก็จะทำได้ เพราะหมอมจัดยาให้กิน สองเวลา เช้าเย็น แต่ว่ายามันทำให้เราไม่สามารถทำอะไรได้เลยซักอย่าง ไม่มีแรง จะซักผ้า ภูบ้านไม่ได้ เลยเราก็เลยคิดว่า ในเมื่อเราไม่สามารถทำอะไรได้เลย มันก็ไม่มีใครมาทำแทนเรา ใครจะมาทำ เราก็เลยต้องทำ ก็เลยกินกาแฟนิดหน่อยเพื่อให้มันกระตุ้นประสาทชนิดหน่อย จะได้ไปรับจ้างได้ ตามทุ่งนา เป็นบางครั้ง (ป่าป๋น, สัมภาษณ์, 8 กรกฎาคม 2558)

นอกจากกรณีข้างต้นแล้ว เรายังสามารถมองการต่อรองที่เกิดขึ้นกับป่าแหวได้อีกด้วย ถึงแม้ว่าป่าแหวจะรับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชตั้งแต่ครั้งแรกที่เกิดการเจ็บป่วยขึ้น แต่ด้วยผลกระทบจากการบำบัดรักษาด้วยยา ซึ่งทำให้ป่าแหวงซึมเช่นผู้ป่วยคนอื่น ๆ เฉลียว แต่เงื่อนไขทางเศรษฐกิจของป่าแหวผลักดันให้เธอต้องมีกระบวนการต่อรองเกิดขึ้น ไม่เหมือนกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่ถึงแม้จะยากจน (ทางเศรษฐกิจ) แต่ก็ไม่ยากจนทุนทางสังคม หลายครอบครัวมีพี่น้องคอยดูแล จึงไม่จำเป็นต้องดิ้นรนทำมาหากิน แต่กับป่าแหวไม่ได้เป็นเช่นนั้น เธอต้องทำงานเพื่อช่วยเหลือรายจ่ายของครอบครัว เพราะฉะนั้นในเมื่อกินยาแล้วกลับ เธอก็เลือกที่จะหยุดกินในสภาวะที่อาการทางจิตเป็นปกติ นั่นเพราะเธอให้นิยามกับการรักษาทางการแพทย์ว่า “การควบคุม” กล่าวคือ ยาที่กินทุกวันนี้เพียงควบคุมไม่ให้ตนเองเกิดพฤติกรรมต่อรองต่อชาวบ้านเท่านั้น

ยานี้เค้าเอาไว้คุมเรา ที่คุณหมอมจากสวนปรุงเอามาให้ (ป่าแหว, สัมภาษณ์, 9 กันยายน 2558)

ดังนั้นเธอจึงเป็นคนเลือกวิธีการบำบัดรักษาด้วยตัวเอง ซึ่งเธอมองยาจากโรงพยาบาลในฐานะตัวควบคุม แต่การรักษาอาการทางจิตนั้น ต้องรักษาจากจิตใจ (หมายถึงจิตวิญญาณไม่ใช่จิตตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์) ของตนเองด้วยการยอมรับเอาชุดความรู้พื้นบ้านเข้ามารักษานั้นคือการรักษากับเจ้าทรงและการขึ้นขัน (ไหว้ครู) ซึ่งก็สอดคล้องกับที่กล่าวเอาไว้ข้างต้นว่า การที่ผู้ป่วยรับเอาความรู้พื้นบ้านมาใช้ร่วมกับความรู้ทางการแพทย์นั้น สร้างความสงสัยในอาการทางจิตที่คนในชุมชนมีต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยเองก็ยังทราบดีว่าการหยุดกินยา (เลือกกินเฉพาะเมื่อเริ่มมีอาการ) จะทำให้อาการทางจิตของเธอสามารถเกิดขึ้นมาเมื่อใดก็ได้



ป้าแหว เจ้าทรงบอกให้ทำเช่นนี้ เราก็ตีขึ้นนะ เพราะเจ้าที่นี้เค้าเก่งนะ  
 ผู้ศึกษา ตีว่าโรงพยาบาลหอรอครับ  
 ป้าแหว หายก็เพราะเจ้านี่แหละ เราไปหา 2 เจ้า เค้าช่วยกัน มาหายกับเจ้านะ  
 ไม่ได้หายกับโรงพยาบาลหอรอ เพราะที่นั่นเค้าให้ยาเราเพื่อคุม ให้เรากินเฉย ๆ  
 ผู้ศึกษา ต้องควบคุมกันไป (เหมือนว่า สวนปรุงรักษาสมอง เจ้าทรงรักษาจิตใจ)  
 ป้าแหว ถ้าไปหาหมอโรงพยาบาลมันก็หลับอยู่นั้นแหละ  
 ผู้ศึกษา แล้วถ้าไม่ไปโรงพยาบาลเลยหละครับ คิดว่าจะหายไหม หรือจะเป็น  
 อย่างไร

ป้าแหว คิดว่าอาจจะหายนะ แต่ยังคงกลัวอยู่ กลัวต้องกลับไปเป็นคนไข้ที่  
 โรงพยาบาลอีก แต่อยู่กับเจ้านี่ก็ดีขึ้นเยอะแล้วนะ (ป้าแหว, สัมภาษณ์, 9 กันยายน 2558)

ดังนั้นการที่ผู้ป่วย (บางคน) จะสามารถดำเนินชีวิตด้วยความรู้สึกสมดุล ไม่  
 เตือดร้อนกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเกินไป อย่างเช่น ป้าปิ่น และป้าแหว คือตัวอย่างของผู้ป่วยที่ใช้มี  
 คุณลักษณะเป็นผู้กระทำ (Actor) ผ่านกระบวนการต่อรองกับชุดความรู้ทางการแพทย์ ซึ่งอาจไม่ใช่  
 คำตอบทั้งหมดของชีวิตการเจ็บป่วยทางจิต นั้นแสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เริ่มมีอำนาจในการกำหนดชะตา  
 เสี้ยวหนึ่งของชีวิตของตนเองมากขึ้น และเมื่อพิจารณาให้ดีแล้ว บางทีการหายจากอาการทางจิตอาจ  
 ไม่ใช่คำตอบสุดท้ายของผู้ป่วยก็เป็นได้ ทว่าการดำรงไว้ซึ่งความเจ็บป่วยและความแคลงใจกลับเป็น  
 ทางออกที่เหมาะสมกับชีวิตจริงของผู้ป่วยมากกว่า

## บทที่ 10

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง “กระบวนการทำงานของมลทินประทับ ของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย ผู้ดูแลและบุคคลแวดล้อมในชุมชน จังหวัดเชียงใหม่” เป็นเสมือนการย้อนกลับมาทบทวนประเด็นเรื่องมลทินประทับ (Stigma) ซึ่งเป็นพื้นฐานทางสังคมสงเคราะห์อย่างหนึ่ง โดยในครั้งนี้เป็นการศึกษากับกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายและผู้ดูแล โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ เพื่อศึกษากระบวนการทำงานของมลทินประทับ รวมถึงมิติทางประวัติศาสตร์ของความคิดเกี่ยวกับความผิดปกติของผู้ป่วยในชุมชน และเพื่อศึกษาการจัดการมลทินประทับที่เกิดขึ้น

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีทฤษฎีสัมพันธ์สัญลักษณ์เป็นทฤษฎีรากฐานเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัย เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนั้นเครื่องมือที่สำคัญคือตัวผู้วิจัย นอกจากนั้นยังมีเครื่องมือเช่น คำถามกึ่งโครงสร้าง เพื่อเข้าไปสัมภาษณ์เชิงลึก รวมถึงใช้วิธีการสังเกตร่วมด้วย หลังจากนั้นผู้ศึกษาใช้วิธีการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ในการนำเสนอผลการศึกษา โดยในบทนี้ผู้ศึกษาขอสรุปเนื้อหาทั้งหมดต่อไปนี้

#### 10.1 กระบวนการทำงานของมลทินประทับที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายและผู้ดูแล รวมถึงมิติทางประวัติศาสตร์ของความคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วยในชุมชน กลไกการทำงานของมลทินประทับ

เนื้อหาทั้งหมดในบทที่ 5-9 แสดงให้เห็นว่า มลทินประทับนั้นประกอบไปด้วยประเด็นหลัก 3 ส่วน คือ การนิยามความหมายของคำว่ามลทินประทับ ซึ่งผู้ศึกษาสรุปว่า มลทินประทับ คือ ผลของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกกับสิ่งที่สังคมได้ผลิตขึ้นมานำไปสู่ผลกระทบทางสังคมต่าง ๆ เช่น การถูกกีดกันทางสังคม การถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ และความไม่เท่าเทียม เป็นต้น ประเด็นที่สอง คือ องค์ประกอบของมลทินประทับ และสุดท้าย คือ การทำงานของมลทินประทับ (Stigmatization)

ต่อมา คือ รายละเอียดองค์ประกอบของมลทินประทับ ซึ่งประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบใหญ่ คือ ส่วนที่เป็นนามธรรม ซึ่งหมายถึง ระบบความคิด วิธีคิด แนวคิดต่าง ๆ ทั้งนี้อาจมีคำถามขึ้นว่า แล้วนามธรรมกับรูปธรรมสามารถแบ่งได้ชัดเจน แยกขาดออกจากกันได้หรือไม่ ผู้ศึกษาขอเสนอว่า ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ดังแผนภาพที่เสนอไว้อย่างเด็ดขาด เพราะแนวคิดบางอย่าง เช่น แนวคิดรายรอบมลทินเกี่ยวกับภัยอันตราย ซึ่งหมายถึงการที่ชุมชนมองว่าผู้ป่วย คือ ตัวอันตราย แน่แน่นอนว่าเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์หลายอย่างในชุมชนที่ทั้งผู้ป่วยและชุมชนสร้างขึ้น

แนวคิดภัยอันตรายนี้อาจเป็นเพียงความคิดที่เกิดขึ้นในจิตสำนึกของสมาชิกชุมชนหรืออาจจะถูกแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมก็เป็นได้ เช่น นำไปสู่การกีดกันทางสังคม (Social Exclusion) เป็นต้น ดังนั้นจึงจะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่เป็นแนวคิด กับการกระทำทางสังคมที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา

สุดท้าย คือ การทำงานของมลทินประทับ โดยเส้นทางของมลทินประทับถูกแบ่งออกเป็น 3 ช่วง โดยผู้ศึกษาขอสรุปการทำงานของมลทินประทับในแต่ละช่วงดังนี้ คือ

### 10.1.1 มลทินประทับช่วงก่อนเข้ารับการรักษา (Pre Treatment Phase)

ในช่วงนี้หากพิจารณาอย่างถี่ถ้วนจะพบว่าประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแนวคิดรายรอบมลทิน แนวคิดเหล่านี้แฝงอยู่ในบรรยากาศทางวัฒนธรรมของทุก ๆ ชุมชน และช่วงการตัดสินใจ โดยแนวคิดรายรอบมลทินนั้น คือแนวคิดต้นกำเนิด ซึ่งหมายถึง แนวคิดต่าง ๆ ที่ถูกใช้มาอธิบายสาเหตุของความผิดปกติทางจิต ซึ่งจะถูกรับไปอีก คือ

1. การอธิบายด้วยความรู้ทางการแพทย์ คือ การใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ (ชีววิทยา) เข้ามาอธิบายความผิดปกติว่าเป็นเรื่องของสารเคมีในสมอง ซึ่งจะสอดคล้องกับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถาบันจิตเวชในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามยังมีการตั้งข้อสงสัยย้อนกลับไปถึงจุดเริ่มต้นของการเจ็บป่วยว่า อาจเป็นเพราะสาเหตุอื่น ๆ เช่น กรรม อย่างกรณีของจันทร์เพ็ญ ที่พบความเจ็บป่วยทางจิตกับสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่บรรพบุรุษ ซึ่งครอบครัวเชื่อว่าอาจเป็นเพราะกรรมของรุ่นทวดทำให้ทวดป่วยทางจิต จากนั้นจึงส่งต่อความผิดปกติผ่านทางระบบพันธุกรรมมาสู่ลูกหลาน ซึ่งเท่ากับเป็นการอธิบายต้นกำเนิดด้วยวิธีผสมผสานของผู้ร่วมวิจัย

2. การอธิบายด้วยความรู้ทางศาสนา เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยมีความหลากหลาย ทำให้การอธิบายต้นกำเนิดประกอบไปด้วย หนึ่งแนวคิดของพุทธ ซึ่งเน้นไปที่กรรม อันส่งผลให้ผู้ที่เชื่อในกรรมสยบต่อชะตากรรมซึ่งเป็นผลจากการกระทำในอดีต และสอง คือ แนวคิดของคริสต์ศาสนา ซึ่งไม่ได้เน้นไปที่การเวียนว่ายตายเกิดและไม่มีความเชื่อเกี่ยวกับผีพื้นถิ่น ส่งผลให้คนพุทธจะรู้สึกมีมลทินเพราะกรรมเก่า ส่วนคริสต์เดียนก็จะไม่รับรู้ว่าการกระทำนั้นเป็นมลทินติดตามตัว เป็นต้น

3. การอธิบายด้วยพลังเหนือธรรมชาติ คือการใช้ระบบผีเข้ามาอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งเรื่องของผีในนิทานล้านนา นั้น สามารถประทับมลทินให้กับผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีได้ เช่นกัน อย่างไรก็ตาม เป็นเรื่องที่ควรระวังในการใช้ผีมาอธิบาย เพราะผีไม่สามารถทำให้คนเจ็บป่วยทางจิตได้ (ในทางกลับกัน ทำให้ป่วยทางกายเท่านั้น) และผีที่มีความสามารถสิงสู่มนุษย์ก็มีอยู่น้อยมากหากเทียบจากผีทั้งระบบ อย่างไรก็ตาม ผู้ใดที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีก็จะถูกลดสถานะทางสังคมลงไป เพราะผีที่เข้าสิงมนุษย์ได้นั้น คือ ผีที่มีชั้นต่ำกว่ามนุษย์ เป็นต้น

4. การอธิบายด้วยแนวคิดขัดเกลาทงสังคม (Socialization) การขัดเกลาทงสังคมถูกใช้ในการอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิต กล่าวคือ เพราะเลี้ยงดูมาไม่ดี จึงเจ็บป่วยทางจิต อย่างไรก็ตามงานศึกษา พบว่า เรื่องของการขัดเกลานั้นมักนำไปสู่การกล่าวโทษ (Blaming) ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกมีมลทินใน 2 ลักษณะ คือ หนึ่ง ผู้ดูแลกล่าวโทษตนเอง และสอง คือ ผู้ดูแลกล่าวโทษคนรอบข้าง

อีกส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญในช่วงก่อนรับการบำบัดรักษา คือ ช่วงของการตัดสินใจรับการรักษา ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นรอยต่อระหว่าง 2 ช่วง โดยในช่วงนี้ ผู้ศึกษา พบว่าเกี่ยวข้องกับ 2 ประเด็น ที่น่าสนใจ คือ หนึ่งช่วงนี้จะเป็นช่วงของการเปลี่ยนสถานะมาสู่การเป็นผู้ป่วยจิตเวชโดยสมบูรณ์ถ้าหากเลือกเข้ารับการรักษา ซึ่งเนื้อหาส่วนนี้ได้กล่าวถึงการตั้งชื่อ (Naming) ที่ชุมชนมีต่อผู้ป่วยระดับต่าง ๆ ได้แก่ ฝีบ้า โรครจิต และเพี้ยนตามลำดับ ประเด็นที่สอง คือ เรื่องของชนชั้น เพราะผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชส่วนมาก คือ ชนชั้นแรงงาน เป็นชาวบ้านหาเช้ากินค่ำ ส่งผลให้ผู้ร่วมวิจัยชนชั้นกลางมีความรู้สึกไม่แน่ใจที่เดินเข้าไปรับการรักษาที่อาจถูกเหมารวมว่าตนเอง คือ ชนชั้นแรงงาน ไม่มีการศึกษา

#### 10.1.2 มลทินประทับช่วงเข้ารับการบำบัดรักษา (Treatment Phase)

คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถาบันจิตเวช ซึ่งผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนให้เห็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสถาบันจิตเวช ด้วยกัน 3 แนวคิด

แนวคิดที่หนึ่ง คือ สถาบันจิตเวชกับความรุนแรง (Violence Area) ประกอบด้วย ความรุนแรงที่เกิดจากบุคลากรของสถาบันกระทำต่อผู้ป่วย หมายถึง วิธีการควบคุมผู้ป่วยที่มีก้าวร้าว ความรุนแรงของสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยใน หมายถึงผู้ป่วยบางคนต้องอยู่ท่ามกลางการวิวาทหรือทำร้ายร่างกายของเพื่อนผู้ป่วย นำไปสู่การตระหนักในลักษณะว่า ผู้ป่วยทางจิต คือ ผู้ใช้ความรุนแรง ดังนั้นตัวผู้ร่วมวิจัยเองก็มักเป็นผู้ใช้ความรุนแรงเช่นเดียวกัน และสุดท้ายคือ ความรุนแรงของวิธีการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยบางรายนึกถึงภาพของการจับปลาด้วยการช็อตไฟฟ้า คือ การกระทำที่คนมีต่อสัตว์

แนวคิดที่สอง คือ สถาบันจิตเวชกับมิติของการควบคุม (The Discipline) เรื่องนี้ คือ แนวคิดของฟูโกต์ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการถูกควบคุม ตั้งแต่การนำส่งโรงพยาบาลด้วยการมัด การถูกจับตามองจากกล้องวงจรปิดตลอดเวลา รวมไปถึงการใช้ความรู้ทางโภชนาการ และการแพทย์เข้ามากำหนดกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มากไปกว่านั้น ขั้นตอนการควบคุมตัวผู้ป่วยขณะนำส่งโรงพยาบาลโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจนั้น ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนให้เห็นสิ่งที่ซ่อนอยู่เบื้องหลัง นั่นคือการปะทะกันของแนวคิดของปัจเจก (ลุ่มสมาน) กับแนวคิดการควบคุมผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ตำรวจและสถาบันจิตเวช ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ร่วมวิจัยอย่างมาก

แนวคิดที่สาม คือ สถาบันจิตเวชกับการแบ่งแยก (Dividing) กล่าวคือ โดยทั่วไปการแบ่งแยกในมุมของแนวคิดหลังสมัยใหม่จะหมายถึงการแบ่งคนผิดปกติดออกจากคนปกติ ทว่างานศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การแบ่งแยกทางสังคมและทางวิทยาศาสตร์ โดย

แบ่งแยกทางสังคม คือ ระหว่างรับการรักษา ผู้ป่วยถูกตัดขาดออกจากเรื่องราวความเปลี่ยนแปลงของครอบครัวและชุมชน ไม่สามารถร่วมงานศพของญาติใกล้ชิดได้ และต่อมาคือการถูกแยกออกจากเรื่องราวของตนเอง เพราะผู้ป่วย (ผู้ร่วมวิจัย) จะไม่สามารถจดจำเรื่องราวขณะที่อาการทางจิตกำเริบได้ เพราะฉะนั้นเรื่องราวของเขา/เธอจะขาด ๆ หาย ๆ ไม่ถูกประติดประต่อส่งผลต่อการตัวตน (Self) ของผู้ป่วย ส่วนการแบ่งแยกทางวิทยาศาสตร์คือการที่ผู้ป่วยถูกจัดจำแนกด้วยชื่อโรคคล้ายกับการตั้งชื่อ (Naming) ในช่วงก่อนรับการรักษา และถูกมองอย่างเป็นวัตถุวิสัย

### 10.1.3 มลทินประทับในช่วงหลังจำหน่าย (Post Discharge Phase)

ช่วงหลังจำหน่ายคือช่วงที่ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตกับครอบครัวและชุมชน เป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องกลับมาเผชิญหน้ากับมลทินประทับที่เกิดจากแนวคิดรายรอบมลทินทุกประเภท เกิดเป็นผลกระทบต่าง ๆ ตามมาด้วยกัน 5 ประการ นอกจากนี้ยังพบว่าสำหรับผู้ป่วยบางคนมีกระบวนการหนึ่งที่น่าสนใจคือการรักษาความเจ็บป่วยเอาไว้อีกด้วย

#### 10.1.3.1 แนวคิดรายรอบมลทิน

ในความเป็นจริง ช่วงนี้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลต้องพบกับแนวคิดรายรอบมลทินที่หลากหลาย แต่ในที่นี่ไม่ขอกลับไปพูดถึงแล้วคิดค้นกำเนิด ซึ่งถูกกล่าวเอาไว้ในเนื้อหาขั้นต้น ดังนั้นแนวคิดรายรอบมลทินที่โดดเด่นในช่วงนี้ ประกอบไปด้วย

1. แนวคิดภัยอันตราย (Peri) คือ สิ่งสำคัญของการก่อตัวของมลทินชุมชนจะรับรู้ผู้ป่วยทางจิตนั้นเป็นคนที่น่ากลัว ไม่สามารถคาดเดาสิ่งที่เขา/เธอจะทำได้ เป็นที่มาของความหวาดกลัวและความไม่สบายใจ แนวคิดนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ หนึ่งภัยอันตรายในพื้นที่ครอบครัว หมายถึงสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวและเป็นกังวลกับการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม พบว่า เนื่องจากการอยู่ร่วมกันเป็นระยะเวลานาน ทำให้สมาชิกครอบครัวเรียนรู้สัญญาณ (Sign) บางอย่างที่สามารถพยากรณ์ถึงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นได้ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงหรือหาทางหนีที่ไล่ได้ทันทั่วทั้ง นอกจากนั้น ยังพบว่าสมาชิกในครอบครัวบางครอบครัวได้กักขังภาพลักษณ์ “ตัวอันตราย” ให้กับผู้ป่วยอย่างถาวร ส่งผลให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวต้องอยู่อย่างหวาดระแวงตลอดเวลา อย่างไรก็ตาม บางครอบครัวไม่ได้กักขังภาพลักษณ์ของผู้ป่วยแต่อย่างใด ประการที่สอง คือ ภัยอันตรายที่เกิดขึ้นในพื้นที่สาธารณะ คือ ผู้ป่วยได้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนอกเขตบ้านของตน ซึ่งสิ่งนี้มักจะกระทบกับบรรทัดฐานของชุมชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นำมาซึ่งการลงโทษด้วยการประทับความบ้าให้ผู้ป่วย (ตามที่เขียนในบทส่งท้าย บทที่ 4) รวมทั้งการกีดกันทางสังคม เป็นต้น

2. แนวคิดการควบคุม ประกอบด้วยความสามารถในการควบคุม (Controllability) และการควบคุมแบบ Tutelary Complex ของฟูโกต์ ความสามารถในการควบคุมเป็นสถานการณ์ที่ชุมชนรู้สึกไม่สบายใจกับผู้ป่วยถึงแม้จะพยายามที่อาการทางจิตสงบ นั่นคือไม่สามารถไว้วางใจผู้ป่วยจะสงบได้นานแค่ไหน เมื่อใดจึงจะมีอาการขึ้นมาอีกครั้ง มากกว่านั้นยังเกิดเป็นสงสัยในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลอีกด้วย ซึ่งเป็นการประทับมลทินอย่างหนึ่งผ่านการตั้งคำถาม

ต่อผู้ดูแล ต่อมาคือ การควบคุมแบบ Tutelary Complex เป็นการควบคุมที่เกิดขึ้นอย่างแยบยลในชีวิตประจำวัน จนอาจเป็นความท้าทายที่จะแยกแยะการควบคุมกับความเป็นห่วงเป็นใยให้ออกจากกัน เพราะคือสิ่งที่มาคู่กันในคำพูดที่สมาชิกชุมชนพูดกับผู้ป่วย เช่น การท้าทายว่ากินยารียังเป็นต้น ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่เขตสถาบันจิตเวช แต่ผู้ป่วยเองก็ยิ่งถูกจับตามองจากผู้คนที่สวมบทบาทหลากหลายอยู่ดี

3. แนวคิดความสงสาร ความรู้สึกสงสารนั้นแฝงไปด้วยการแบ่งชั้นระหว่างผู้สงสารซึ่งมีความเหนือกว่าและผู้ตกเป็นเป้าหมายของความสงสารซึ่งมีความด้อยกว่า หากมองในมุมคนใน ผู้ร่วมวิจัย (ผู้ป่วยและญาติ) สะท้อนประเด็นนี้ออกมาอย่างน่าสนใจว่าผู้ป่วยทางจิตมีความน่าสงสารน้อยกว่าคนพิการประเภทอื่น ๆ เพราะความเจ็บป่วยทางจิตเป็นความพิการที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ง่าย อย่างไรก็ตามคนในชุมชนเองก็ยิ่งรู้สึกสงสารผู้ป่วยจิตเวช เสมือนความสงสารคือคุณสมบัติที่ดีของคนในชุมชนที่ควรมีต่อผู้ที่ด้อยกว่า ซึ่งหากย้อนกลับไปที่แนวคิดพบว่าความรู้สึกสงสารของผู้คนภาคเหนือในส่วนหนึ่งมาจากคำว่า “เมตตา” ตามหลักคำสอนของพุทธศาสนา น่าสนใจว่า ความเมตตาถูกให้ความหมายที่แตกต่างกัน ทั้งสงสารที่เป็นแค่ความสงสาร แต่ไม่มีพฤติกรรมหรือการช่วยเหลือใด ๆ ตามมา ความสงสารที่มากับการช่วยเหลือสิ่งของเฉพาะหน้า และความสงสารที่นำมาซึ่งความพยายามพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยเท่าที่เขาจะเป็นได้ ซึ่งเป็นสามารถมองว่าเป็นความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ซึ่งไม่ได้แฝงนัยยะของผู้ให้ผู้รับหรือคล้อยตามไปกับสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึก แต่เป็นการมองเพื่อหวังจะพัฒนาผู้ป่วย

4. อาการที่น่ารังเกียจ (Symptomatology) หมายถึงพฤติกรรมที่มีผลมาจากอาการเจ็บป่วยทางจิต ที่ขัดกับบรรทัดฐานของสังคมเช่นกินนอนไม่เป็นที่ หรือผู้ป่วยนำจิ๋วพระมาสวมใส่ และปัญหาการใช้สรรพนามบุรุษที่ 2 ต่อมา คือ การแสดงให้เห็นถึงความไม่มีสุขอนามัย เช่น การปัญหาการดูแลความสะอาดร่างกาย และพฤติกรรมการคุ้ยขยะหาเศษอาหารกิน เป็นต้น ซึ่งนำมาสู่การถูกกีดกันทางสังคมอย่างเลี่ยงไม่ได้

## 10.2 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการมีมลทิน

หากจะกล่าวให้ง่ายต่อความเข้าใจ คือ สิ่งที่ถูกประทับมลทินต้องเผชิญ ประกอบไปด้วย การถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ ความยากจน การตกเป็นเหยื่อความรุนแรง การถูกกีดกันทางสังคม และสุดท้ายคือความแปลกแยก

1. แนวคิดการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ (Dehumanized) ความเจ็บป่วยทางจิตนั้นสามารถลดคุณค่าของคน ๆ หนึ่งลงได้ด้วยการสร้างเกณฑ์วัดคุณค่าของคนขึ้นมา และ “ศักยภาพในการทำงาน” คือ เกณฑ์การวัดสำหรับงานศึกษาชิ้นนี้ จึงไม่น่าแปลกใจที่ผู้ป่วยบางคนจะถูกขับให้ออกจากครอบครัว (หมายถึง ให้ออกจากบ้านหลังใหญ่ ไปอาศัยบ้านหลังเล็กแทน) หรือในบางกรณี ผู้ดูแล (พ่อแม่) ต้องรู้สึกทางลบกับคำพูดของเพื่อนบ้าน และสมาชิกชุมชนที่กล่าวหากว่า ตนเองเลี้ยงลูกได้แต่ตัว ซึ่งหมายถึง ลูกชายที่ป่วยทางจิตไม่สามารถทำงานอะไรได้ เสมือนคนไร้ค่า เป็นต้น



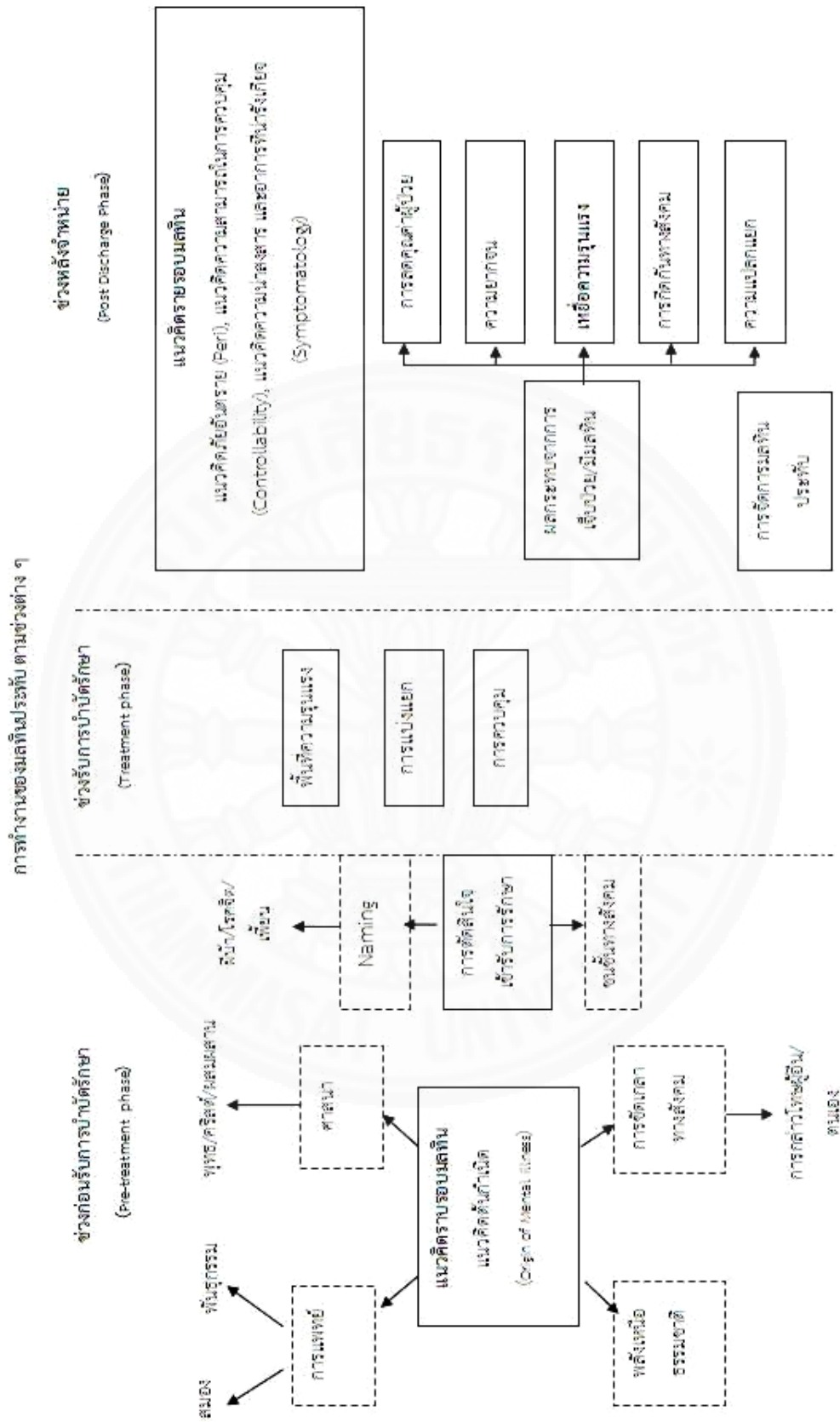
2. ความยากจน (Poverty) ยังคงเป็นประเด็นที่มีความอ่อนแอกระหว่างเพราะยากจนจึงเจ็บป่วยหรือเพราะว่าเจ็บป่วยจึงยากจน อย่างไรก็ตามงานศึกษาสะท้อนความยากจนในฐานะผลกระทบของการมีมลพิษ 3 ประการ คือ หนึ่ง ผลกระทบทางเศรษฐกิจหมายถึงในอดีตที่ยังไม่มีโครงการประกันสุขภาพ การถือกำเนิดขึ้นของความเจ็บป่วยทางจิตทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยต้องขายที่ดินของตนเองเพื่อใช้เป็นค่ารักษา สองคือหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมของตนเองได้อีก จึงตกอยู่ในสภาวะพึ่งพิง และสุดท้ายคือ เพราะความยากจนจึงเป็นอุปสรรคในการรับการรักษาต่อเนื่อง โดยเฉพาะการร่วมกลุ่มบำบัด ครอบครัวเริ่มคิดถึงความคุ้มทุนระหว่างผลของการบำบัดซึ่งรับรู้ความก้าวหน้า/เห็นการเปลี่ยนแปลงได้ลำบาก กับค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปร่วมกิจกรรมซึ่งแสดงให้เห็นเป็นตัวเลขต้นทุนชัดเจน

3. การตกเป็นเหยื่อความรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวชบางคนต้องเผชิญหน้ากับการถูกข่มขู่จากครอบครัวข้าง เพื่อหวังให้ตนเองแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาและรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง นอกจากนั้น ผู้ป่วยเพศหญิงต้องกลายเป็นเหยื่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศจากคนในครอบครัวแต่ก็ไม่มีใครให้ความช่วยเหลือได้ นั่นเพราะผู้ป่วยจิตเวชมักมีปัญหาเรื่องความน่าเชื่อถือเป็นทุนเดิม

4. การกีดกันทางสังคม (Social Discrimination) การกีดกันทางสังคมนี้เกิดขึ้น 2 บริบทด้วย คือ การกีดกันในระหว่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น การแยกวางรับประทานอาหาร ไปจนถึงการกีดกันไม่เข้าร่วมชายคาบ้าน นอกจากนั้นยังมีการกีดกันในระดับชุมชนซึ่งประเด็นปัญหาเรื่องความสะอาดเป็นสาเหตุของการถูกกีดกันที่เด่นชัดที่สุด อย่างไรก็ตามชุมชนมีลักษณะการกีดกันผู้ป่วยหลายระดับซึ่งมักจะเกิดในบริบทของพิธีกรรมทางศาสนาเช่นงานบุญและงานศพ ตั้งแต่การกีดกันไม่ให้เข้าร่วมงานสำคัญทางประเพณีอย่างเด็ดขาด รองลงมาคือ การกีดกันทางอ้อมโดยการตักอาหารใส่ถาดเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปกินที่อื่นหรือการยอมรับให้เข้ามาแต่อย่าแยกวางรับประทานอาหาร และระดับที่เบาบางที่สุดคือชุมชนอนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าร่วมงานตามปกติ ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ง่ายเพราะผู้ป่วยเองต้องผ่านการพิสูจน์ตนเองและปฏิบัติตามสิ่งที่ชุมชนคาดหวังให้ได้ เช่น ต้องไม่มีปัญหาสุขอนามัย ต้องทานยาต่อเนื่อง และต้องใช้แรงงานของตนเองช่วยเหลือชุมชน ซึ่งสะท้อนว่าชุมชนกำหนดตำแหน่งแห่งที่ของผู้ป่วยทางจิตเอาไว้เพื่อเป็นแรงงาน ไม่ใช่ผู้ร่วมงาน

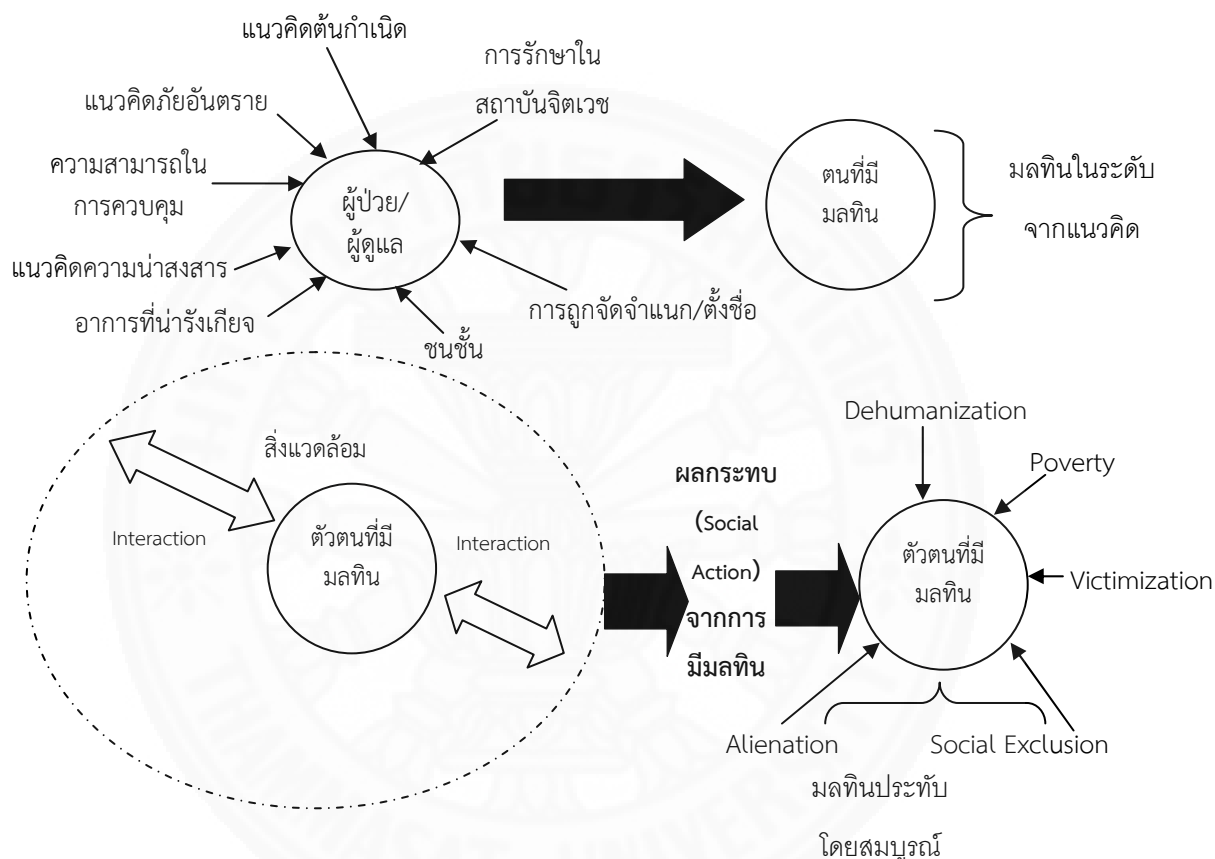
5. ความแปลกแยก (Alienation) แท้จริงแล้วความแปลกแยกนี้ถูกกล่าวในกระบวนการผลิตของมาร์กซ์ ทว่าผู้ป่วยจิตเวชเองก็เผชิญกับความรู้สึกที่ตนเองแปลกแยกเช่นกัน ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจระบบภาษาที่ผ่านการเข้ารหัสของเพื่อนร่วมงานได้เลย กล่าวง่าย ๆ คือ ไม่เข้าใจว่าเพื่อนพูดอะไรกัน ไม่เข้าใจว่าสิ่งที่เพื่อนพูดกันมีความสุขนั้นเกี่ยวข้องกับอะไรกับตนเองเป็นต้น นำไปสู่การตัดขาดตนเองจากชุมชน (Social Disconnection)

เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ขอให้พิจารณาตารางที่ 10.1 ประกอบการอ่านเนื้อหาการทำงานของมลพิษประทุบทั้ง 3 ช่วง ในหน้าถัดไป



ภาพที่ 10.1 การทำงานของมณฑลทั้งประทั้ง 3 ช่วง.

แผนภาพที่ 10.2 ทำให้มองเห็นภาพรวมของมลทินประทับว่ามีอาการเป็นองค์ประกอบ อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้เพื่อความเข้าใจที่มากขึ้น ผู้ศึกษาขอแนะนำตัวอย่างของกระบวนการที่บุคคล มีต่อมลทินประทับ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงมิติของการทำงานและการจัดการกับมลทินประทับในระดับ หนึ่ง ตามแผนภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 10.2 กระบวนการก่อตัวของมลทินประทับ.

อย่างที่เสนอไปตั้งแต่แรกแล้วว่ามลทินประทับถูกแบ่งออกเป็น 3 ช่วงด้วยกัน แต่ว่าพิจารณาให้เป็นกระบวนการโดยไม่แยกแยะออกเป็นช่วงเวลาที่แบ่งโดยการบำบัดรักษา จะพบว่ามลทินประทับนั้นเกี่ยวข้องกับอย่างยิ่งกับมโนทัศน์เรื่องตัวตน “Self”

ถึงแม้จะไม่ต้องมีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง แต่ทุก ๆ คนเองต่างรับรู้ และมีภาพของผู้ป่วยจิตเวชต่าง ๆ นานาจากมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่แล้ว เช่นเดียวกับแนวคิดต้นกำเนิดที่ผู้ศึกษาเห็นว่าเป็นแนวคิดที่มีอยู่ในชุมชนมาอย่างเนิ่นนาน เพราะฉะนั้นเมื่อบุคคลใดเกิดความเจ็บป่วยขึ้น เขา/เธอก็จะตกอยู่ท่ามกลางแนวคิดรายรอบมลทินในทันที ซึ่งแนวคิดรายรอบ

มลทินเหล่านั้นจะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีมลทินกับบุคคลอื่นทันที แต่ความมลทินประทับที่เกิดขึ้นในกระบวนการนี้ เป็นการยากที่จะให้บุคคลตระหนักถึง เสมือนว่าเป็นบุคคลที่มีมลทินแต่ตนเองกับปฏิเสศการมีมลทินนั้น ๆ นั้นเพราะว่าแนวคิดรายรอบมลทินประทับยังคงเป็นเพียงแนวคิดที่ยังไม่ส่งผลที่เป็นรูปธรรม

จริงอยู่ว่าถ้าบุคคลไม่ยอมมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เขา/เธอก็จะมีมลทินแค่มลทินที่เกิดจากแนวคิดรายรอบมลทินต่อไป แต่เมื่อใดที่ก้าวเท้าออกไปมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมบุคคลก็ต้องสัมผัสกับมลทินประทับที่มีความเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน เช่นการเห็นสีหน้า ท่าทางของคนอื่น ๆ เวลาตนเองเดินเข้าไปใกล้ ที่อาจจะแสดงท่าที่รังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้เพราะคิดว่าอันตรายกีดกันทางสังคมอย่างชัดเจน ซึ่งแท้จริงแล้วแนวคิดรายรอบมลทิน และแนวคิดที่ได้จากการเข้าไปรับการบำบัดรักษาจากสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชต่างก่อให้เกิดผลกระทบที่แตกต่างกันออกไป แต่ผลกระทบที่เด่นชัดที่สุดจากงานศึกษา คือ ผลกระทบทั้ง 5 ตามที่ปรากฏในแผนภาพ 10.3 ดังนั้นตัวตนในขั้นนี้คือตัวตนที่คลุกเค้าไปด้วย มลทินประทับอย่างสมบูรณ์แบบ

อย่างไรก็ตาม ตัวตนของบุคคลเองก็ไม่ได้หยุดนิ่งอยู่ที่การเป็น “คนที่มีมลทินประทับอย่างสมบูรณ์แบบ” แต่อย่างไรก็ตาม เพราะตลอดกระบวนการปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นั้น บุคคลเองย่อมมีวิธีการตอบโต้และ ต่อรอง รวมถึงการพยายามสร้างตัวตนขึ้นมาเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากชุมชนอีกครั้ง ซึ่งถูกเรียกว่าการจัดการกับมลทินประทับ

### 10.3 ประวัติศาสตร์ของความคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต

การศึกษาครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากชุมชนทั้งสิ้น 5 ชุมชน ในจังหวัดเชียงใหม่แน่นอนว่าในแต่ละชุมชนจะมีเรื่องราวของความผิดปกติทางจิตที่แตกต่างกันออกไป ตามที่ได้เสนอภาพรวมเอาไว้ในบทที่ 4 อย่างไรก็ตาม งานศึกษาได้สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเรื่องราวของความผิดปกติทางจิตในชุมชนตามประเด็นสำคัญ ๆ ต่อไปนี้

#### 10.3.1 การเกิดขึ้นของโรงพยาบาลจิตเวช: การแบ่งยุคสมัยของความคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช

การเกิดขึ้นของโรงพยาบาลจิตเวชนั้นก่อให้เกิดการแบ่งช่วงเวลาออกเป็น 2 ช่วง นั่นคือ ช่วงก่อตั้งโรงพยาบาลจิตเวช และหลังก่อตั้งโรงพยาบาลจิตเวช ในช่วงก่อนก่อตั้งโรงพยาบาลนั้น ความผิดปกติทางจิตนั้นไม่ใช่สิ่งที่น่าแปลกใจของคนในชุมชนแต่อย่างใด ความผิดปกติทางจิต คือ ความปกติที่ชุมชนต้องมี เพราะแต่ละชุมชนเองต่างคุ้นเคยกับผู้ป่วยทางจิต ในช่วงนี้ ชุมชนเรียกผู้ป่วยว่า “ผีบ้า” และ “จิตหลุ” (ผีบ้าจะมีความรุนแรงของอาการมากกว่าจิตหลุ) และเมื่อย้อนกลับไป

พิจารณาแนวคิดรายรอบมลทิน ก็จะพบว่า ในช่วงนี้เป็นช่วงของการอธิบายด้วยพลังเหนือธรรมชาติ และพุทธศาสนา (มโนทัศน์เรื่องกรรม) เป็นสำคัญ เพราะฉะนั้นด้วยแนวคิดรายรอบมลทินก็ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วย เช่นหากผู้ป่วยถูกอธิบายด้วยอำนาจเหนือธรรมชาติ เวทมนต์ คาถา ชาวบ้านก็จะรู้สึกหวาดกลัว ไม่กล้าเข้าใกล้ และด้วยอาการที่ผู้ป่วยมักจะชอบเดินไปมาในชุมชน ทั้งกลางวัน กลางคืน ทำให้ในยุคนั้นผู้ดูแลและบุคคลแวดล้อมต้องล่ามผู้ป่วยเอาไว้กับบ้าน เป็นการควบคุมทางกายภาพที่มีเป้าหมายในเชิงป้องกัน ทั้งมุมของผู้ป่วยเป็นผู้กระทำ และเป็นผู้ถูกกระทำ

ต่อมา คือ ยุคหลังจากเกิดโรงพยาบาลจิตเวชขึ้น จึงไม่น่าแปลกใจที่ผู้ป่วยทางจิตในชุมชน (ทั้งผู้ป่วยที่เป็นร่วมวิจยและไม่ใช่วิจย) ที่ยังมีชีวิตอยู่ล้วนแล้วเคยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชแทบทั้งสิ้น คนพื้นถิ่นจะค่อนข้างคุ้นเคยกับชื่อของโรงพยาบาลสวนปรุง ว่าเป็นโรงพยาบาลบ้า และไม่ลังเลที่จะนำญาติของตนเองเข้ารับการรักษาล้าพว่าเกิดความเจ็บป่วยขึ้น (ยกเว้นครอบครัวลึกลับสันต์)

การเกิดขึ้นของโรงพยาบาลจิตเวชนั้นนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงหลายประการ ดังต่อไปนี้

1. การเข้าแย่งชิงอำนาจในการอธิบายความผิดปกติทางจิต เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของแนวคิดต้นกำเนิด การเข้ามาของวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ขยายแนวคิดต้นกำเนิดจากเดิมที่มีแค่ อำนาจเหนือธรรมชาติ และ ศาสนา ขณะนี้มี แนวคิดเรื่องการขัดเกลากายทางสังคม และแนวคิดการแพทย์เข้ามาเพิ่มเติม

2. สร้างการจำแนกแบบใหม่ จากเดิมที่ผู้ป่วยทางจิตมี 2 แบบคือ ผีบ้า กับจิตหลุ แต่ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ได้เข้ามาเพิ่มตัวเลือกให้กับการจัดจำแนกความเจ็บป่วยว่า “โรคจิต” ซึ่งคำว่าโรคจิตนี้มีนัยยะทางสังคมที่น่าสนใจ ข้อแรก โรคจิตเป็นสถานะที่ผู้ป่วยสามารถใช้ลดมลทินประทับได้ เพราะด้วยภาพลักษณ์ของความเป็น โรค ที่ฟังแล้วสามารถเข้าใจได้ว่า “จัดการได้/ควบคุมได้” แต่อีกนัยหนึ่ง โรคจิตกลับเป็นพื้นที่สีเทาที่ชาวบ้านธรรมดาไม่สามารถเข้าใจได้ แม้กระทั่ง อสม. บางคนเองก็ยังไม่ทราบว่าแท้จริงแล้วอะไรคือโรคจิต เช่นเดียวกับสมาชิกในชุมชนที่ไม่ทราบลักษณะของคนเป็นโรคจิต การเกิดขึ้นของ “โรคจิต” ณ ตอนนี้เป็นเหมือนการรื้อแล้วสร้างสถานะภาพใหม่ที่คลุมเครือขึ้นมา อย่างไรก็ตาม โรคจิตย่อมต่างกับผีบ้าหรือจิตหลุหรือเพี้ยนตรงที่โรคจิตมีสถาบันมารับรอง

3. วิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชแบบใหม่ คำว่าวิธีปฏิบัติอาจจะเป็นคำที่กว้างเกินไป แท้จริงแล้วคือการควบคุมที่เปลี่ยนไป จากแต่เดิมที่ผู้ป่วยจะถูกขัง ถูกล่าม หรือถูกแยกออกไปให้อยู่เพียงลำพัง (ปัจจุบันการแยกให้อยู่พังกยังมีอยู่) ในขณะนี้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาทางการแพทย์ ยาคือสิ่งสำคัญที่สุดที่ช่วยให้ผู้ป่วยอาการทางจิตคงที่ สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ เพราะฉะนั้นงานสำคัญของผู้ดูแลและ อสม. คือ การติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอของ

ผู้ป่วย เมื่อร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาวะที่มีเสถียรภาพแล้ว จึงเปิดโอกาสให้บุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยและผู้ดูแลได้พัฒนาตนเองมากขึ้น

#### 10.4 การจัดการกับมลทินประทับ

การจัดการกับมลทินประทับคือพื้นที่แห่งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดการเจรจาต่อรองบุคคล ต้องการให้ตัวตนของเขา/เธอเองเป็นแบบไหน เป็นคนที่มีมลทินประทับทั้งจากแนวคิดรายรอบและการได้รับผลจากมลทินหรือไม่ เพราะเอาเข้าจริง ๆ แนวคิดรายรอบมลทินเองก็ไม่ได้สร้างมลทินให้เสมอไป หากบุคคลสามารถเข้าใจแนวคิดรายรอบนั้น ๆ ได้ ก็จะสามารถจัดการกับมลทินประทับได้

การจัดการมลทินประทับที่พบในงานศึกษาชิ้นนี้แบ่งออกได้เป็น 4 ระดับด้วยกัน คือ การจัดการมลทินประทับในระดับครอบครัว ระดับชุมชน-สังคม ระดับสถาบัน และระดับบุคคล

แท้จริงแล้วไม่ว่าจะเป็นการจัดการกับมลทินประทับในระดับใด ต่างก็มีหลักการที่คล้ายคลึงกันคือต้องประกอบด้วยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับมลทินประทับ เพียงแต่กำเนิดขึ้นบนพื้นที่ทางสังคมที่ต่างกัน เช่นในระดับครอบครัว งานศึกษาได้สะท้อนให้เห็นการกล่าวโทษ (Blaming) ซึ่งเป็นการจัดการกับแนวคิดการขัดเกลากายทางสังคม

สำหรับระดับที่กว้างขึ้นมาคือระดับชุมชน-สังคม นั้นหมายถึงวิธีการจัดการกับมลทินประทับในระดับชุมชนผ่านการกระทำทางสังคมบางอย่าง ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง นั้นเพราะว่า ผู้ป่วย/ผู้ดูแลเองทราบว่าโรงพยาบาลจิตเวช คือ สถานที่ที่ประทับมลทินความผิดปกติทางจิตที่สำคัญ นอกจากนั้นยังเล็งถึงมิติทางชนชั้น และการต้องเปลี่ยนสถานะภาพทางเป็นต้น แต่ก็ยังมีวิธีการจัดการมลทินในอีกรูปแบบหนึ่ง นั่นคือการย้อนกลับเข้าไปจัดการที่ตัวแนวคิดรายรอบมลทินเรื่องแนวคิดต้นกำเนิด โดยการดึงเอาชุดคำอธิบายทางการแพทย์เข้ามาอธิบายแทนที่มโนทัศน์เรื่องกรรม ร่วมกับการผลิตซ้ำเรื่องเล่าเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในมุมการแพทย์ขึ้นมาอย่างต่อเนื่องเป็นต้น และนอกจากนั้น ยังพบว่า ผู้ดูแลบางคนใช้วิธีการเรียกตำรวจเพื่อนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นวิธีการที่น่าสนใจมาก เพราะสำหรับบางครอบครัว การปรากฏตัวขึ้นของตำรวจกลับสร้างมลทินให้กับครอบครัวอย่างมาก เพราะฉะนั้นนี่จึงเป็นการจัดการกับมลทินที่มีความน่าสนใจอย่างมาก

ต่อมาคือ การจัดการมลทินในระดับสถาบัน เป็นการจัดการในระดับของความรู้ความเข้าใจ เป็นการทำงานกับชุดความรู้ทางจิตเวชซึ่งถูกแบ่งเป็น 2 มิติ มิติแรกคือการนำชุดความรู้จากสถาบัน/โรงพยาบาลเข้ามาใช้กับตนเองและชุมชน และในทางตรงกันข้าม คือการนำชุดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของตนเองเข้าไปในของสถาบันจิตเวช



สุดท้าย คือ การจัดการมลทินในระดับบุคคล ซึ่งแท้จริงแล้วคือการจัดการที่ใหญ่มาก เพราะเป็นการจัดการกับวัฒนธรรมที่ห้อมล้อมบุคคลเอาไว้ การจัดการเช่นนี้ผู้ศึกษาได้ตั้งเป็นหัวข้อว่า การดำรงซึ่งความเจ็บป่วยทางจิต นั้นหมายถึงว่าผู้ป่วยเองตั้งเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่ว่า ไม่ต้องการให้อาการทางจิตหาย (หมายถึง คงที่เพราะถูกยาควบคุม) แต่ต้องการให้ตนเองมีชีวิตที่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมของตนเองได้ต่อไป

## 10.5 ข้อค้นพบจากงานศึกษา

ถึงแม้ว่าจะเป็นการศึกษาในพื้นที่สังคมสงเคราะห์ แต่จากการทบทวนและสะท้อนความคิด (Reflection) ของตนเองแล้วพบว่าการศึกษาชิ้นนี้แฝงไปด้วยศาสตร์ที่หลากหลาย โดยเฉพาะสังคมวิทยา คล้ายกับว่าเป็นงานชิ้นนี้โน้มเอียงไปทางภววิทยา (Ontology) ซึ่งอาจจะเป็นชุดความรู้ที่นักสังคมสงเคราะห์ให้คุณค่าน้อยกว่างานศึกษาญาณวิทยา (Epistemology) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับมลทินประทับชิ้นนี้ ได้สะท้อนประเด็นทางสังคมที่น่าสนใจ 4 ประเด็น โดยประเด็นแรกคือประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวรรณกรรมที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 นั่นคือ ทฤษฎีเรื่องมลทินประทับ, แนวคิดของฟูโกต์ และอัตลักษณ์ ประเด็นที่สองเป็นการย้อนกลับมาทบทวน “ความบ้า” ว่าแท้จริงแล้วคือรูปแบบพฤติกรรมใด ซึ่งในที่นี้ผู้ศึกษาขอเสนอ ประเด็นการรบกวนบรรทัดฐานของชุมชน-สังคม ประเด็นที่สามคือ การผลิตซ้ำ (Reproduction) ในฐานะปฏิบัติการทางสังคม และสี่คือ ประเด็นผู้กระทำการได้โครงสร้าง

### 10.5.1 มลทินประทับกับตัวตน

ในที่นี้จะไม่ขอกล่าวถึง องค์ประกอบของมลทินประทับ หรือกลไกการทำงานในช่วงต่าง ๆ ตามที่ได้นำเสนอเอาไว้อย่างครบถ้วนในบทที่ 5-8 ในที่นี้จะกล่าวถึงมลทินประทับในฐานะที่เป็นมโนทัศน์ (Stigma as a Concept) มลทินประทับกับตัวตนนั้นไม่ได้หมายถึง มลทินประทับในตนเอง (Self Stigma) แต่อย่างไรก็ตาม แต่เป็นการมองมลทินประทับให้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเกิดขึ้นของตัวตน มลทินประทับในที่นี้ กลายเป็นมโนทัศน์ที่มีความสำคัญ และไม่สามารถแยกอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใด ๆ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงขออธิบายมโนทัศน์ของมลทินประทับโดยใช้ข้อสรุปจากงานศึกษา ผนวกกับทฤษฎีที่ถูกนำมาใช้ดังต่อไปนี้

เพื่อความเข้าใจยิ่งขึ้นขอให้พิจารณาควบคู่ไปกับแผนภาพที่ 10.2 ซึ่งเป็นแผนภาพที่จะทำให้เข้าใจว่า มโนทัศน์เรื่องมลทินประทับนั้นมีความใกล้ชิดกับ แนวคิดเกี่ยวกับตัวตน อัตลักษณ์ รวมไปถึงวาทกรรมอย่างไร

เริ่มจากฝั่งซ้ายมือของแผนภาพ เป็นเรื่องของการสร้างภาพตัวแทนของ “ผู้ป่วยทางจิต” ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าในชุมชนจะเรียกผู้ป่วยทางจิตว่าอะไร อย่างไรก็ตาม งานศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าไม่ว่าจะเป็นคนที่ไม่เจ็บป่วยทางจิต และผู้ป่วยทางจิตต่างก็มีภาพตัวแทนของ “ผู้ป่วย/ผีบ้า/คนโรคจิต/คนสติไม่ดี/คนเพี้ยน” อยู่ในจิตสำนึกแล้วทั้งสิ้น เช่น ต้องเป็นคนแต่ตัวสกปรก ผมยารูปร่างนอนไม่เป็นที่ พุดคนเดียว ของผู้ป่วยทางจิต หรือความน่าสงสาร เป็นต้น เหล่านี้ล้วนเป็นภาพตัวแทนที่ถูกสร้างขึ้นทั้งสิ้น คำถามต่อมาคือ แล้วภาพตัวแทนเช่นนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร

ภาพตัวแทนของผู้ป่วยจิตเวชนั้นไม่ได้เกิดขึ้นมาลอย ๆ แต่ว่าเกิดขึ้นอย่างมีประวัติศาสตร์ ผ่านการเล่าสืบต่อกันมาจากบรรพบุรุษ และเรื่องราวเหล่านี้ยังถูกผลิตซ้ำอย่างต่อเนื่องผ่านการละเล่นของเด็ก ๆ ในชุมชนแม้กระทั่งผู้ใหญ่เองที่ใช้ความน่ากลัวของผู้ป่วยทางจิตมาขู่ลูกหลานเพื่อให้หยุดพฤติกรรมบางอย่าง จนกระทั่งความผิดปกติทางจิตกลายเป็นสิ่งที่คุ้นชินในชุมชน อย่างไรก็ตามภาพตัวแทนของผู้ป่วยจิตเวชเองนั้นย่อมไม่ได้ติดตรึงอยู่ที่ภาพของความสกปรกรูปร่างเพียงเท่านั้น ภาพตัวแทนที่ชุมชนมีย่อมเปลี่ยนไปตามกาลเวลาและชุดความรู้ที่เข้ามาทำการอธิบายความผิดปกติ ในอดีตอาจถูกอธิบายด้วยเรื่องเหนือธรรมชาติ ภูตผี และเวรกรรม แต่ปัจจุบันกลับถูกอธิบายด้วยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพราะฉะนั้นภาพของผู้ป่วยก็จะถูกสร้างขึ้นมาจากอีกลักษณะหนึ่ง ที่เน้นไปที่ความอันตราย และคนที่ไม่สามารถคาดเดาอะไรได้ (แนวคิดการควบคุม) เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เมื่อพิจารณาแล้ว คือ Personal Identity ที่กอฟแมน กล่าวเอาไว้ ซึ่ง Personal Identity คือภาพที่คนอื่นมองมาที่บุคคล (ตัวตนเราจากสายตาคนอื่น) ซึ่งหลายคนอาจจะโต้เถียงว่าภาพตัวแทนของผู้ป่วยจิตเวชอาจถูกกักขังภาพลักษณ์อย่างหยุดนิ่งมาเป็นเวลานาน หรืออาจมองว่า เป็นภาพลักษณ์ที่เลื่อนไหลตลอดเวลาอย่างที่แนวคิดเกี่ยวกับอัตลักษณ์กล่าวเอาไว้ แต่สำหรับผู้ศึกษาแล้วขอเสนอว่าภาพลักษณ์เหล่านั้นมีลักษณะเป็น Temporary

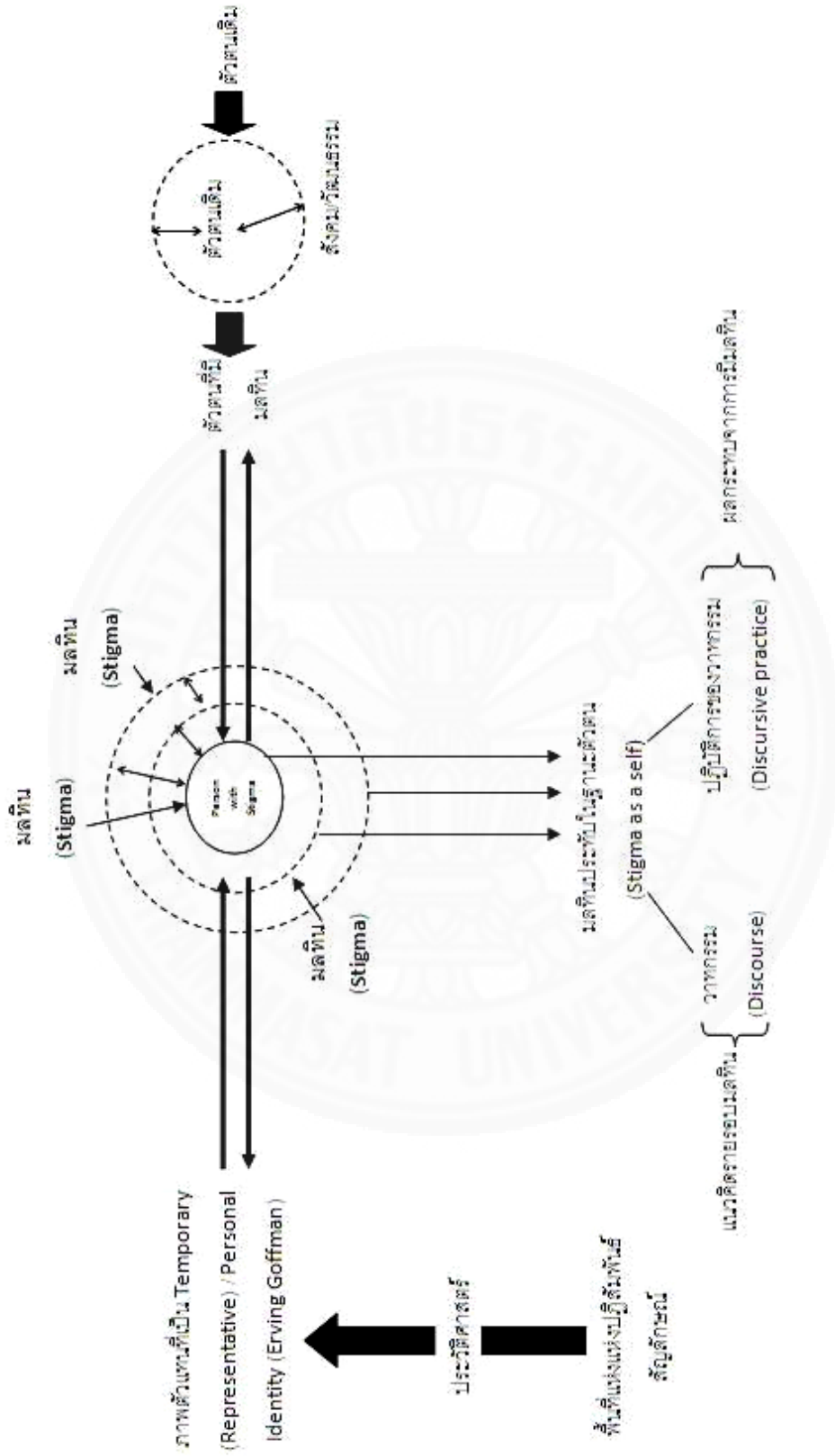
จากนั้นมาพิจารณาส่วนประกอบของแผนภาพฝั่งขวา ซึ่งจริง ๆ แล้วผู้ศึกษาได้ความคิดมาจากแนวคิดเรื่อง ตนในอุดมคติ (Ideal Self) แต่เมื่อมองไปที่ปรากฏการณ์ของมลทินประเภทที่เกิดขึ้นแล้ว จึงไม่ขอกกล่าวถึงเรื่อง Ideal self แต่ขอเสนอว่า น่าจะเริ่มที่เป็นตัวตนเดิม (สามารถอ่านเพิ่มในแผนภาพที่ 10.3) โดยตัวตนของผู้ป่วยที่ไร้มลทินเมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมก็ย่อมได้รับการหล่อหลอมทางสังคมตามแนวคิดการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) กระบวนการนี้ คือ กระบวนการเดียวที่เกิดขึ้นในกระบวนการการทำงานของมลทินประเภทในช่วงก่อนรับการบำบัดรักษา ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยยังไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ จากแนวคิดรายรอบมลทิน เพียงแต่รับรู้ว่าคุณสมบัติตนเองอาศัยอยู่มีความคิดเช่นนี้ต่อผู้ป่วยทางจิตอย่างคลั่งอยู่ในวัฒนธรรม และอาจนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองมีมลทินขึ้นมาก็เป็นได้

ดังนั้น ตัวตนของผู้ป่วย ณ ปัจจุบัน (ให้นึกถึง Ego ของฟรอยด์ และ อิริคสัน) ก็ย่อมเป็นตัวตนที่เกิดจากการประนีประนอม ต่อรอง ต่อต้าน ระหว่างคนที่สังคมพยายามยัดเหยียด

ให้ (Personal Identity) ผ่านการสร้างภาพตัวตนที่มีลักษณะเป็น Temporary กับตัวตนที่มีมลทิน และเมื่อบุคคล (คนที่มีมลทิน) ได้สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมอีกครั้งหนึ่ง (เมื่อเขา/เธอมีความเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้นแล้ว) ก็จะถูกโจมตีด้วยแนวคิดรายรอบมลทินและได้รับผลกระทบจากการมีมลทิน ดังนั้น ตัวตนปัจจุบันของผู้ป่วย/ผู้ดูแล คือตัวตนที่มีมลทินโดยสมบูรณ์

แต่มลทินประทับเองก็ไม่ได้ติดแน่น เข้มข้น และสม่ำเสมอ แต่การประทับของ มลทินมีลักษณะเป็นชั้น ๆ ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลรับเอาแนวคิดรายรอบมลทินใดมามีอิทธิพลกับตนเอง มากที่สุด ซึ่งชั้นของมลทินนี้ สามารถสลับกันได้อยู่ตลอดเวลา เช่นในอดีตผู้ป่วยอาจรู้สึกที่ตนเองมี มลทินจากมโนทัศน์เรื่องกรรมเป็นอย่างมากฉะนั้นมโนทัศน์เรื่องกรรมก็จะเป็นมลทินที่ใกล้ชิดมาก ที่สุด มีอิทธิพลกับชีวิตผู้ป่วย/ผู้ดูแลมากที่สุด แต่เมื่อเวลาผ่านไป แนวคิดเรื่องกรรมก็อาจจะมื่ออิทธิพล น้อยไปก็เป็นได้ เมื่อบุคคลเลือกที่จะหยิบฉวยวิธีการอธิบายความเจ็บป่วยด้วยการแพทย์ เพราะฉะนั้น เมื่อรับเอาชุดความรู้ทางการแพทย์เข้ามา ความรู้ทางการแพทย์ก็จะเบียดขับมโนทัศน์เรื่องกรรม ออกไป แต่ถึงแม้ว่าการแพทย์จะลดมลทินจากมโนทัศน์เรื่องกรรมได้ ก็จะมีแนวคิดรายรอบมลทิน เรื่องอื่น ๆ เข้ามาแทนที่ได้ตลอดเวลา เช่น แนวคิดเรื่องภัยอันตราย แนวคิดเรื่องการควบคุม เข้ามา ประทับมลทินให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลแทน และบุคคลที่มีมลทินก็ต้องเผชิญ/จัดการกับผลกระทบ จากการมีมลทินนั้น ๆ ต่อไป

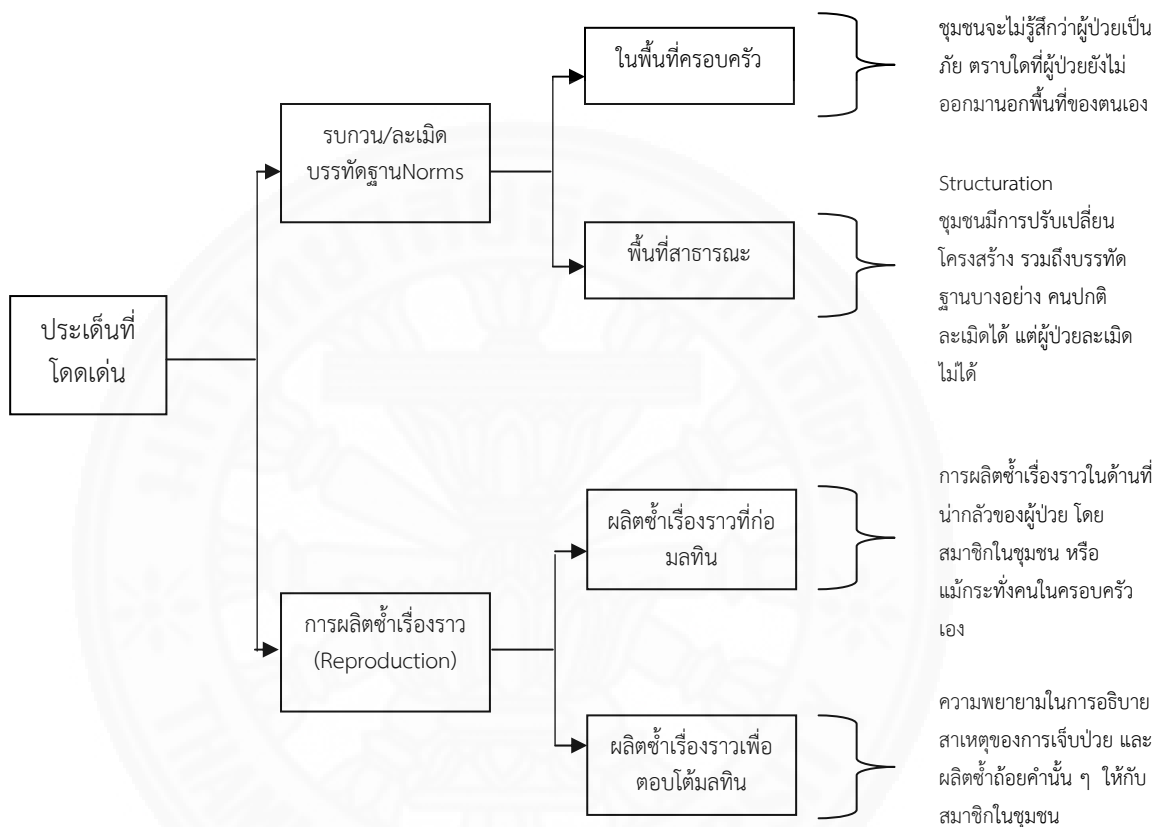
ในอีกมุมหนึ่ง มลทินประทับจำเป็นต้องผสานไปกับตัวตนของผู้ป่วย/ดูแลอย่าง หลีกเลี่ยงไม่ได้ มลทินประทับจึงกลายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นลอย ๆ ไม่ได้อย่าเด็ดขาด เพราะฉะนั้นมลทิน ประทับจึงมาคู่กับตัวตน (Stigma as a Self) เสมอ สาเหตุที่ผู้ศึกษากล่าวเช่นนี้เพราะงานของฟูโกทำ ให้เห็นว่า ความเป็นปัจเจก (ตัวตน/อัตลักษณ์) เป็นผลของวาทกรรม (Discourse) และปฏิบัติการทาง วาทกรรม (Discursive Practice) (อภิญา เพื่อฟูสกุล, 2546) เพราะฉะนั้นการเกิดขึ้นของมลทิน ประทับจึงไม่ต่างอะไรไปจากการเกิดขึ้นของตัวตน (ปัจเจก) ที่ประกอบไปด้วยผลจากวาทกรรม ซึ่งสำหรับมลทินประทับคือ แนวคิดรายรอบมลทินต่าง ๆ (จิตเวชศาสตร์เองเป็นเพียงหนึ่งในวาทกรรม ในวาทกรรมใหญ่ที่อาจเรียกว่าวาทกรรมความบ้า) ดังนั้นสำหรับผู้ศึกษา แนวคิดรายรอบมลทิน ต่าง ๆ จึงมีคุณสมบัติเป็นวาทกรรม และคงไม่ผิดอะไรถ้าจะเรียกแนวคิดรายรอบมลทินว่า “วาทกรรมความบ้า” โดยมีผลกระทบจากการมีมลทินเป็น ปฏิบัติการของวาทกรรม



ภาพที่ 10.3 มโนทัศน์มลทินประเภทที่จัดอยู่บนฐานของมโนทัศน์เรื่องตัวตน.

### 10.5.2 ความเจ็บป่วยทางจิตกับการรบกวนบรรทัดฐานของสังคม

จากเรื่องราวของผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด ผู้ศึกษาเห็นว่า มีประเด็นที่น่าสนใจเพียงพอจะนำมาวิเคราะห์ ได้แก่ บรรทัดฐานของสังคม (Norms) การผลิตซ้ำ (Reproduction) ตามแผนภาพด้านล่าง



ภาพที่ 10.4 แสดงประเด็นเรื่องบรรทัดฐานที่พบในงานศึกษา.

### 10.5.3 การรบกวนบรรทัดฐานของชุมชน

การรบกวนบรรทัดฐานชุมชนของผู้ป่วยนั้นมีผลลัพธ์ที่แตกต่างกันออกไป เช่น การพูดคนเดียวของผู้ป่วยบางคนนั้นเป็นสิ่งที่ชุมชนอาจมองว่าแปลก แต่ก็ยังสามารถอดทนกับพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ แม้กระทั่งพฤติกรรมก้าวร้าวของใส่หลังคาบ้านพ่อแม่ของป้าป็นเองก็เป็นสิ่งที่ชุมชนไม่ได้รู้สึกว่าเป็นภัยอันตรายแต่อย่างใด ๆ นั้นเพราะว่า การกระทำนั้นเกิดขึ้นบนอาณาบริเวณของครอบครัวป้าป็น ในทางตรงกันข้าม หากชุมชนเองจะรู้สึกถึงความเป็นอันตรายที่ต้องจัดการ (ส่งตัวไปรับการรักษา) แต่หากผู้ป่วยได้ล่วงล้ำระบบความสัมพันธ์ หรือกระทำการใด ๆ โดยไม่รู้ตำแหน่งแห่งที่ของตนเองเมื่อใด เท่ากับว่าบรรทัดฐานของชุมชนจะถูกรบกวน ชุมชนก็จะรู้สึก

บรรทัดฐานทางสังคมได้เสียสมดุลลง และจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะกระทำการบางอย่างออกไปเพื่อรักษาสมดุลของชุมชนเอาไว้ให้ได้

เพราะฉะนั้นหากจะนิยามความหมาย/รูปแบบของพฤติกรรมใด ที่ถูกเรียกว่า บ้า นั้น จึงต้องกลับมาอธิบายว่า พฤติกรรมใดที่ละเมิดบรรทัดฐานของสังคม ถ้าเป็นการละเมิด เท่ากับว่า นั่นคือพฤติกรรมของคนบ้า/เพี้ยนในทันที มลทินประทับเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ชุมชนใช้เพื่อรักษาสมดุลของสังคม เพื่อดำรงไว้ซึ่งความปกติ เช่น การประทับมลทินคนที่ทำผิดบรรทัดฐานว่า “ผีบ้า” ซึ่งชุมชนก็จะรู้สึกเฉย ๆ กับผีบ้าคนดังกล่าว เสมือนว่าผีบ้าเป็นอีกสถานะหนึ่งที่มีความพิเศษ ผีบ้า กลายเป็นสถานะที่ได้รับการยกเว้นจากการนำบรรทัดฐาน (บางอย่าง) ไปควบคุมพฤติกรรม (แท้จริงแล้วคือเพราะทำผิดบรรทัดฐานจึงเป็นผีบ้า และผีบ้าไม่จำเป็นต้องทำตามบรรทัดฐาน บางอย่าง)

#### 10.5.3.1 การรบกวนบรรทัดฐานในพื้นที่ครอบครัว

พฤติกรรมที่ละเมิดหรือรบกวนบรรทัดฐานของชุมชนบางอย่างยังมี ปัจจัยทางด้านพื้นที่และความเป็นเจ้าของเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ชุมชนจะไม่รู้สึกเดือดร้อนอะไร ถ้าผู้ป่วยใช้สิ่งของขว้างปาใส่บ้านของเครือญาติ นั่นหมายความว่า ถ้าพฤติกรรมที่รบกวนบรรทัดฐาน ชุมชนเกิดขึ้นในอาณาบริเวณของครอบครัวผู้ป่วยเองนั้นถือว่าเป็นที่ยอมรับได้ของชุมชน (ถึงแม้ว่า อาณาบริเวณบ้านของชุมชนชนบทจะไม่มีเขตแดนที่เป็นรูปธรรมเลยก็ตาม) ในอีกทิศทางหนึ่ง ถ้าผู้ป่วยจับสัตว์เลี้ยงของเพื่อนบ้านที่รูกล้ำเข้ามาในอาณาบริเวณของตนเองและจับมาปรุงอาหาร ชุมชนจะมองผู้ป่วยด้วยแนวคิดความสามารถในการควบคุม (Controllability) และแนวคิดภัยอันตราย (Peri) พื้นที่ เป็นต้น

#### 10.5.3.2 การรบกวนบรรทัดฐานในพื้นที่สาธารณะ

การละเมิดหรือรบกวนบรรทัดฐานที่เกิดขึ้นนอกบริบทครอบครัว ก็จะได้รับปฏิบัติโต้ตอบจากชุมชนที่ชัดเจนมากขึ้นเช่นผู้ป่วยแต่งกายสกปรก ไม่ดูแลความสะอาดของร่างกายจะไม่ได้รับการต้อนรับจากคนใน (บาง) ชุมชน และการที่ผู้ป่วยเข้าไปทำลายทรัพย์สินของเพื่อนบ้าน อย่างเช่น สมเจตต์จะถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจควบคุมตัวส่งโรงพยาบาล หรือกรณีวิวาทของบ้านกับเพื่อนบ้าน สุดท้ายต้องจบลงโดยการไกล่เกลี่ยของเจ้าหน้าที่ตำรวจ เช่นเดียวกัน ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะไปเกี่ยวข้องกับการทำงานของมลทินประทับในบทที่ 5 ซึ่งถูกกล่าวโดยละเอียดต่อไป

#### 10.5.3.3 การผลิตซ้ำเรื่องราว (Reproduction)

ต่อมาคือ ประเด็นเรื่องการผลิตซ้ำ เรื่องราวต่าง ๆ ในสังคม ซึ่งหากมอง ในมุมมองของ ฮาเบอร์มาส (Jurgen Habermas) การผลิตซ้ำในที่นี้ คือ การที่สมาชิกในชุมชนเอง ต่างผลิตเรื่องราวในมุมมองของตนเองขึ้นมาเพื่อต่อสู้กับระบบ (System) ซึ่งคำว่าระบบนั้น ฮาเบอร์มาส หมายถึง ระบบทุนนิยมสมัยใหม่ที่มีสื่อหลายอย่างเช่น เงินตรา กฎหมาย อำนาจหน้าที่ (วราภรณ์



วณาพิทักษ์, 2554) ดังนั้นจากผลการศึกษา ก็จะพบความพยายามที่ผู้ร่วมวิจัยบางคนสร้างชุดคำอธิบายหรือวิธีการในการกระทำเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคมให้เกิดขึ้นในระดับชุมชน เช่น ที่ลุงสมานพยายามใช้การกอดและความรักในการควบคุมอาการทางจิตของลูกชาย ซึ่งการกอดของลุงสมานเป็นวิธีการที่เรียกว่าอยู่ตรงกันข้ามกับวิธีการควบคุมของโรงพยาบาลจิตเวชอย่างสิ้นเชิง ในขณะที่โรงพยาบาลใช้เชือกมัด และใช้ยาเพื่อให้สงบ แต่ลุงสมานกลับใช้กลยุทธ์ทางจิตใจ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากสัมพันธภาพระหว่างพ่อลูกเป็นต้น จนกระทั่งในปัจจุบันสมาชิกในชุมชนเกิดความตระหนักถึงสันติวิธีที่ลุงสมานใช้กับลูกชาย (ผู้ป่วย) ส่งผลให้ชุมชน (โดยเฉพาะคนเฒ่าคนแก่รุ่นราวคราวเดียวกับลุงสมาน) มองผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจมากขึ้น เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การผลิตซ้ำ (Reproduction) สิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยย่อมเกิดขึ้นในชุมชน ผ่านการซุบซิบนินทาของคนในชุมชนเอง อย่างเช่นที่ชาวบ้านมักจะกล่าวถึงอดีตของป่าออร์ที่เคยสันคลอนบรรทัดฐานของชุมชนอย่างรุนแรง หรือการผลิตซ้ำความเป็นผีบ้าผ่านการเล่า ซึ่งทำให้เห็นความขัดแย้งของความตระหนักในมลทินประทับซึ่งชุมชนต้องการกำจัดมันออกไป กับการดำรงไว้ซึ่งความน่ากลัวของผีบ้าในชุมชน

#### 10.5.4 ผู้ป่วยและผู้ดูแลในฐานะผู้กระทำการภายใต้โครงสร้าง

หากพิจารณาให้ถี่ถ้วนจะเห็นว่างานศึกษาชิ้นนี้จะพบว่าแฝงไปด้วยประเด็นเชิงโครงสร้าง (Structure) ซึ่งหากมองตามมุมมองของกลุ่มโครงสร้างนิยม เช่น เดอร์ไคม์ (Durkheim) ก็จะมองว่าสถาบันเป็นสิ่งที่ถือกำเนิดขึ้นก่อน เพราะฉะนั้นเราต้องใช้ชีวิตภายในระบบนั้น ๆ เมื่อย้อนมาที่งานศึกษา จะพบว่า ผู้ร่วมวิจัยตกอยู่ในโครงสร้างและต้องดำเนินกิจกรรมทุก ๆ อย่างไปตามที่โครงสร้างนั้นกำกับควบคุมอยู่ทั้ง ๆ ที่พวกเขา/เธอเป็นคนกำหนดโครงสร้างนั้น ๆ ขึ้นมาเอง เช่น การใช้ระบบเรื่องผีล้านนามาจัดการโครงสร้างครอบครัวรวมไปถึงผีที่คอยกำหนดบรรทัดฐานของชุมชน ทำให้ชุมชนมีชุดแบบแผนพฤติกรรมที่คาดหวังเอาไว้ และเมื่อใดที่ผู้คนละเมิดหรือรบกวนบรรทัดฐานนั้น ๆ ก็จะต้องถูกประทับมลทิน ด้วยแนวคิดราบรอยมลทิน มากไปกว่านั้น ผู้ศึกษาเห็นว่าวาทกรรมทางการแพทย์เองก็เป็นภาคหนึ่งของโครงสร้างที่เข้ามากำกับและมีอำนาจเหนือผู้คนในชุมชน รวมถึงเบียดขับความรู้พื้นถิ่นเช่นการรักษาด้วยการขอคำแนะนำจากเทพเจ้า ซึ่งการมองเช่นแบบโครงสร้างนี้ก็เพียงวิธีการวิเคราะห์สังคมอย่างหนึ่งเท่านั้น

นอกเหนือจากพวกโครงสร้างนิยมแล้ว ยังมีนักทฤษฎีบางส่วนที่เน้นไปที่ตัวผู้กระทำการ (Agency) ที่จะเน้นการมองในระดับปฏิสัมพันธ์ ซึ่งงานศึกษาชิ้นนี้ก็ได้อ่านมุมมองของกลุ่ม ปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) และเนื้อหาที่ปรากฏในทั้งบทที่ 4-5 ส่วนมากเป็นการวิเคราะห์การให้ความหมายของผู้คนต่อประเด็นที่เกี่ยวข้องกับมลทินประทับ

ดังนั้นผู้ศึกษาต้องการจะนำเสนอแง่มุมที่เรียกว่าเป็นการทะลุกรอบการคิดแบบคู่ตรงข้าม (อานันท์ กาญจนพันธ์, อ่างถึงใน เศรษฐา พวงหัตถ์, 2549) คือ การพยายามมองสังคม

ด้วยทฤษฎีที่ไม่ใช่เชิงโครงสร้างและเชิงปฏิสัมพันธ์แบบสุดโต่ง (ผู้ศึกษาเสนอว่าคล้ายคลึงกับจิตวิทยาแบบคลาสสิก ที่เชื่อว่ามนุษย์สามารถวางเงื่อนไขได้ กับจิตวิทยาแบบพุทธปัญญานิยมที่เชื่อว่ามนุษย์สามารถคิดและตัดสินใจกระทำใด ๆ เองได้) แต่เป็นการมองแบบใหม่ที่ กิดเด่นที่ได้พยายามเสนอ Structuration คือ โครงสร้างและการกระทำนั้นเกี่ยวข้องกันอย่างแยกไม่ออก (เชษฐา พวงหัตถ์, 2549)

ตัวอย่างที่น่าสนใจซึ่งปรากฏในบทที่ 4 คือเรื่องราวของผู้ร่วมวิจัยชุมชนที่ 2 (ป่าป๋น) สิ่งที่เกิดขึ้น คือ การย้อนแย้ง (Paradox) ของรูปแบบการกระทำทางสังคมที่ชุมชนแสดงออกต่อผู้ป่วยมีอาการทางจิต คือ ประสบการณ์ของป่าป๋นสะท้อนให้เห็นความสามารถของชาวบ้านที่สร้างแบบแผนการกระทำขึ้นมาเสียใหม่ที่อาจจะไม่ได้เป็นไปตามบรรทัดฐานของชุมชนเลยก็ได้ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้น แล้วเธอหยิบฉวยสินค้าของชาวบ้านมาโดยไม่ชำระเงิน ผู้เป็นมารดาจะรับรู้ว่าการกระทำนี้ผิดบรรทัดฐานของชุมชนและกฎหมาย เธอต้องไปชำระหนี้ให้ผู้ป่วยทุกครั้งไป นอกจากนั้นผู้ป่วยก็ยังถูกตำว่า “ผีบ้า” ซึ่งทั้งสองอย่างนั้นถือเป็นการลงโทษทางสังคมอย่างหนึ่ง (เป็นการมองเชิงโครงสร้าง) แต่ในทางตรงกันข้าม แม่ค้า (ชาวบ้าน) บางคนตั้งใจทอนเงินให้ผู้ป่วยไม่ครบ เพราะคิดว่าผู้ป่วยเป็นบ้าแล้วคงจะไม่เรียกร้องสิทธิใด ๆ ซึ่งการกระทำของแม่ค้าเหล่านี้ผิดบรรทัดฐานเช่นกัน แต่ทุกคนกลับนิ่งเฉยต่อการกระทำนั้น ๆ สิ่งนี้คือการเข้าไปปรับโครงสร้างผ่านการกำหนดรูปแบบการกระทำใหม่ของชุมชนที่มีไว้ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชคนนี้โดยเฉพาะเจาะจง

## 10.6 ข้อเสนอแนะ

จากเนื้อหาทั้งหมดของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้ศึกษาขอเสนอเนื้อหาในส่วนของข้อเสนอแนะเป็นข้อ ๆ ดังต่อไปนี้

1. เนื่องจากสังคมสงเคราะห์เป็นศาสตร์ประยุกต์ (Apply Science) ที่รวบรวมเอาองค์ความรู้เกี่ยวกับมนุษย์และสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ จิตวิทยา สังคมวิทยา มานุษยวิทยา รวมถึงความรู้ทางการแพทย์ และความรู้พื้นถิ่นต่างๆ ดังนั้น ผู้ศึกษาจำเป็นต้องมองด้วยความคิดที่เปิดกว้างในขั้นต้นของการศึกษา งานศึกษาชิ้นนี้ ผู้ศึกษาขอกล่าวว่า เนื้อหาส่วนหนึ่งนั้นเป็นการศึกษาสังคมสงเคราะห์ท่ามกลางวัฒนธรรม แต่เนื่องจากฐานความคิดเชิงสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาของผู้ศึกษาเองทำให้ วิธีการเล่าเรื่อง วิธีการคิดวิเคราะห์นั้นอาจทำให้สัมผัสได้ว่าตั้งตัวเป็นปรปักษ์กับวาทกรรมทางการแพทย์ (โดยเฉพาะจิตเวชศาสตร์) พอสมควร ซึ่งในที่นี่มองได้หลายแง่มุม เช่น สามารถมองระบบความคิด ความเชื่อที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์การแพทย์ในฐานะ “ความรู้” เช่นเดียวกับวิทยาศาสตร์การแพทย์

2. ผู้ศึกษาพึงตระหนักเสมอว่า ผู้ร่วมวิจัยนั้นไม่ได้อยู่เพียงลำพัง และต้องเข้าใจว่าทุก ๆ สิ่งรอบตัว รวมถึงตัวผู้ร่วมวิจัยและผู้ศึกษาเองเป็น สิ่งประกอบสร้างทางสังคม เพราะฉะนั้น ความรู้สึกที่ปัจเจกมี (รวมถึงการมีมลทินประทับ) ล้วนแล้วแต่มีปัจจัยแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมเป็นองค์ประกอบแทบทั้งสิ้น ดังนั้น การศึกษาจึงต้องมองไปที่โครงสร้างสังคมวัฒนธรรมที่มีความเป็นนามธรรมอย่างมาก เพราะฉะนั้นเราจะต้องไม่ละเลยการมองความสัมพันธ์ของคนกับสิ่งแวดล้อมผ่านการวิเคราะห์การให้ความหมายของคนต่อสรรพสิ่ง ซึ่งเท่ากับเป็นการมอง และเข้าใจโลกเชิงประสบการณ์ของผู้ร่วมวิจัย ตามทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ซึ่งเป็นทฤษฎีรากฐานของงานชิ้นนี้ แต่ในทางกลับกัน ก็ต้องเข้าใจด้วย เช่นกันว่า มนุษย์เองไม่ได้ตกอยู่ใต้กรอบวัฒนธรรมใดเพียงวัฒนธรรมเดียว และเมื่อใดที่มนุษย์มีทางเลือก นั้นเท่ากับว่าเป็นการมองปรากฏการณ์ในมุมที่ไม่ใช่โครงสร้างนิยมอีกต่อไป แต่เป็นการผสมผสานซึ่งเท่ากับว่า เป็นการมองปัจเจกในฐานะผู้กระทำการได้เช่นกัน ซึ่งอาจนำไปสู่การศึกษาประเด็น อัตมโนทัศน์ของมนุษย์ได้อย่างน่าสนใจ

3. การศึกษากับผู้ป่วยจิตเวชเป็นสิ่งที่ท้าทายและเป็นไปได้ยากลำบาก ทั้งทางจริยธรรม การวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนั้นการให้ความสนใจกับคนในครอบครัว (ผู้ดูแล) จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะเขา/เธอต่างได้รับมลทินไม่ต่างไปจากผู้ป่วยทางจิตแม้แต่น้อย ซึ่งประเด็นนี้สามารถพัฒนาไปสู่เป้าหมายในการทำงานทางสังคมสงเคราะห์ในอนาคตว่า กลุ่มเป้าหมายในการทำงานอาจไม่หยุดอยู่เพียงแค่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ต้องให้ความสำคัญกับผู้ดูแลไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน เพราะถ้าผู้ดูแลมีความเข้มแข็ง มีอัตมโนทัศน์ต่อโลกและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในเชิงบวก

4. มลทินประทับอาจถูกมองในฐานะที่เป็นแนวคิดหนึ่ง ซึ่งความยืดหยุ่นอย่างมากในงานศึกษาชิ้นนี้ได้แบ่งช่วงการทำงานของมลทินประทับออกเป็น 3 ขั้นตอน จึงทำให้สามารถทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งขึ้นก่อนรับการบำบัดรักษา และขึ้นหลังจำหน่าย อย่างไรก็ตาม ขั้นที่ผู้ศึกษาเห็นว่ายังเป็นจุดอ่อน และเนื้อหาการศึกษาที่ได้ยังติดตรึงกับเชิงทฤษฎีอยู่มาก คือช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช ด้วยเพราะขั้นตอนที่ยุ่งยากซับซ้อนในการเข้าถึงข้อมูล นอกจากนั้นมลทินประทับเองยังมีความสลับไหล ที่จะเข้าไปประทับผู้ใดก็ได้ ดังนั้น มลทินประทับจึงไม่ใช่สิ่งที่ติดตรึงอยู่กับผู้ป่วย หรือผู้ดูแล หรือคนรอบข้างคนใดคนหนึ่งตลอดไป

5. การคิดภายใต้ทฤษฎีโครงสร้างนิยมอาจทำให้การศึกษาพลาดพลั้งโดยละเอียด มองไม่เห็นว่าคุณสมบัติศักยภาพในการจัดการกับมลทินประทับที่เกิดขึ้น ดังนั้นการเข้ามาศึกษาผู้คนในวัฒนธรรม ต้องศึกษาปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันและกัน มากกว่าการมองว่ามนุษย์ถูกโครงสร้างกระทำอยู่เพียงฝ่ายเดียว เพราะงานศึกษาทางสังคมสงเคราะห์พึงสะท้อนคุณค่าความเป็นมนุษย์แต่ขณะเดียวกัน นักวิจัยทางสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคมก็ไม่ควรจะเน้นการศึกษาในระดับจุลภาคจนละทิ้งความสำคัญของโครงสร้างที่ส่งผลกับปัจเจก ซึ่งอาจเป็นผลกระทบที่กตัญญูคนอยู่อย่างยาวนาน

6. สุดท้าย คือ การเสนอทางวิวิธวิทยา ต้องทำความเข้าใจว่าในมุมมองของจิตวิทยา (จิตวิเคราะห์) พฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้มาจาก “สำนึก” ทั้งหมด แต่หากมาจาก “จิตไร้สำนึก” เช่นกัน เพราะฉะนั้นการค้นหาคำตอบว่าผู้ร่วมวิจัยมีการจัดการกับมลทิน หรือชีวิตที่แปดเปื้อนมลทินเป็นอย่างไรนั้น การสัมภาษณ์เชิงลึก ก็อาจไม่ใช่วิธีการรวบรวมข้อมูลที่ดีที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากผู้ศึกษามีประสบการณ์ภาคสนามน้อย หรือไม่มีพื้นฐานความรู้ทางการให้คำปรึกษา และการบำบัดทางจิตสังคมมาก่อนเพราะผู้ศึกษาจะได้ข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัยสำนึก และพร้อมที่จะบอกเท่านั้น เท่ากับว่าข้อมูลที่ได้นั้นผ่านการคัดกรองมาแล้วรอบหนึ่ง ไม่ใช่ข้อมูลทั้งหมดที่จะสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ ฉะนั้นจึงต้องมีการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม เพื่อไปถึงการมองในระดับชีวิตประจำวัน



## รายการอ้างอิง

### หนังสือ

- กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์. (2553). *ทฤษฎีสังคมสงเคราะห์ร่วมสมัย* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์. (2554). *การวิจัยเชิงคุณภาพในสวัสดิการสังคม: แนวคิดและวิธีวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2542). *วาทกรรมการพัฒนา: อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกสิทธิ์และความเป็นอื่น*. กรุงเทพฯ: พิมพ์วิภาษา.
- ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. (2554). *40 ปี นิติจิตเวช: เลิศล้ำในไทย ก้าวไกลสู่สากล ในโอกาสครบรอบ 40 ปี สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- เทพินทร์ พัชรานุกรักษ์. (2448). *สังคมวิทยาการแพทย์*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ธีรยุทธ บุญมี. (2551). *การปฏิบัติสัญลักษณ์ของไซซูร์เส้นทางสู่โพสโตโมเดิร์นนิสม์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิภาษา.
- ธีรยุทธ บุญมี. (2551). *มิเชล ฟูโกต์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิภาษา.
- บุปผา ศิริริศมี และคณะ. (บรรณาธิการ). *จริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในคน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- ภุชงค์ ภูมทองบุตร. (2528). *แนวความคิดและทฤษฎีทางสังคมวิทยาในยุคเริ่มต้น*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะสังคมศาสตร์.
- มาลา คำจันทร์. (2551). *ผีในล้านนา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มิตรสัมพันธ์กราฟฟิค จำกัด.
- มานิช หล่อตระกูล. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ.
- ยศ สันตสมบัติ. (2556). *มนุษย์กับวัฒนธรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วันทนีย์ วาสิกะสิน. (2555). *จิตสังคมบำบัดในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สายพิน ศุพุทธมงคล. (2543). *คุยกับคน อำนาจและการต่อต้านชัดเจน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2551). *ทฤษฎีสังคมวิทยา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อภิญา เพ็ญฟูสกุล. (2543). *อัตลักษณ์ (identity): การทบทวนทฤษฎีและกรอบแนวคิด*.

กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ.

อานันท์ กาญจนพันธุ์. (2555). *คิดอย่างมีเหตุผลโกต์คิดอย่างวิพากษ์: จากวาทกรรมของอัตบุคคล ถึงจุดเปลี่ยนของอึดตา (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

## บทความวารสาร

เชษฐา พวงหัตถ์. (ตุลาคม 2550-มกราคม 2551). *ทฤษฎีสังคมและการทำความเข้าใจสถานะ สมัยใหม่ของแอนโรนีกีตเดนส์. วารสารร่วมพฤษณ์ฉบับทฤษฎีสังคมกับการวิพากษ์สถานะ สมัยใหม่*, 26(1).

## วิทยานิพนธ์

กรองจิต เมืองวุฒิ . (2537). *วัฒนธรรมและค่านิยมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในภาคเหนือที่มีผลต่อการเลือกวิธีการบำบัดรักษา: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*.

(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.

จิราภรณ์ ทิพย์สุภลักษณ์. (2547). *ความตระหนักในสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์*.

(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.

จุฑารัตน์ อภิวัฒน์ธนกุล. (2546). *หญิงตาบอด: วิถีชีวิต การสร้างพลังอำนาจและกระบวนการต่อสู้ เพื่อพัฒนาโอกาสทางสังคม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, สำนักบัณฑิตอาสาสมัคร, สาขาวิชาสตรีศึกษา.

ธนยศ เทียนศรี. (2554). *ลักษณะการดูแลค้นหาและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคม

สงเคราะห์ศาสตร์, ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการ

สังคม.

ธนากร วงศ์ธนากรชัย. (2551). *พฤติกรรมในการเปิดรับสื่อโฆษณาและการตระหนักสื่อโฆษณา*

*เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มี พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี พ.ศ.2551 กับพฤติกรรม*

*การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, คณะบริหารธุรกิจ.



- รพีพงษ์ กันยะมี. (2555). *การทำงานของตราบาปต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสังคมไทย: กระบวนการทางสังคม ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการครอบงำ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, สาขาการบริหารสังคม.
- สินีทธิ์ อนันท์วัฒน์. (2551). *การรับรู้ตราบาปและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์.
- สุรัช คมพจน์. (2554). *เยอร์เก้น ฮาเบอร์มาลกับทฤษฎีวิพากษ์สังคมสมัยใหม่ โครงการการรู้แจ้งกับการจัดวางปทัสฐานให้การวิพากษ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะรัฐศาสตร์.

## เอกสารอื่น ๆ

- กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์. (2556). *ความไม่เสมอภาพเท่าเทียมในสุขภาพจิต: การตอบสนองต่อวิชาชีพสังคมสงเคราะห์*. เอกสารคำสอน วิชา สค. 763 สังคมสงเคราะห์จิตเวชในสังคมที่เปลี่ยนแปลง. ภาคฤดูร้อน/2555. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. (อัดสำเนา).
- กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์. (2556). *แนวคิดจิตเวชยุคหลัง (Post Psychiatry)*. เอกสารคำสอนวิชา สค. 763 สังคมสงเคราะห์จิตเวชในสังคมที่เปลี่ยนแปลง. ภาคฤดูร้อน/2555. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. (อัดสำเนา).
- กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์. (2556). *จิตเวชศาสตร์ประชาธิปไตยและกฎหมายหนึ่งร้อยแปดสิบ (Democratic Psychiatry and the Law 180)*. เอกสารคำสอนวิชา สค. 763 สังคมสงเคราะห์จิตเวชในสังคมที่เปลี่ยนแปลง. ภาคฤดูร้อน/2555. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. (อัดสำเนา).
- จิราลักษณ์ จงสถิตมัน. (2551). *แนวคิดทฤษฎีสังคมสงเคราะห์ในหลายระดับปฏิบัติงาน*. เอกสารคำสอนวิชา 164361 กระบวนการทางสังคมสงเคราะห์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา. (อัดสำเนา).
- เจนจิรา เทศทิฆ. (2549). *รายงานผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ชุดโครงการวิจัยเรื่องศาสนากับคนพิการในประเทศไทย*. มหาวิทยาลัยมหิดล, วิทยาลัยราชสุดา.

- ชัยพร อุโฆษจันทร์. (2556). รายงานการฝึกภาคปฏิบัติ ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์: กลุ่มจิตสังคมบำบัด. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
- ลิธัญ ชูโต. (2553). การสนับสนุนทางสังคมของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม.
- วารุณี ภูริสินสิทธิ์. (2548). แนวความคิดพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรม: เพศสภาพ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะสังคมศาสตร์, ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2544). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ หัวข้อ: จริยธรรมในการวิจัยในคน. (อัตสำเนา).
- ศุภลักษณ์ ปัญญา. (2553). การศึกษาบทบาทของผีในนิทานพื้นบ้านล้านนา. โครงการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะมนุษยศาสตร์, สาขาวิชาภาษาไทย.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2541). การวิจัยในคน: ปัญหาทฤษฎีและจริยธรรม. โครงการวิจัยเสริมหลักสูตร. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรทัย รวยอาจิน. (2544). ประเด็นทางจริยธรรม: ทางสองแพร่ง (Dilemmas) ในประเด็นการวิจัยทางสังคมศาสตร์สาธารณสุข. รายงานการวิจัย.
- อัฐมา โภคาพานิชวงศ์. (2549). การดำรงอยู่ทางสังคมของผู้ป่วยทางจิตในท้องถิ่นอีสาน: อัตลักษณ์และปฏิบัติการต่อรองความหมายทางสังคม. ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย ปีงบประมาณ 2549. กระทรวงวัฒนธรรม, สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ.

### สื่ออิเล็กทรอนิกส์

- วราภรณ์ วนาพิทักษ์. (2554). ทฤษฎีวิพากษ์ของเจอร์เกน ฮาเบอร์มาส: พื้นที่สาธารณะทางการเมือง และเสรีภาพในการแสดงออกบนอินเทอร์เน็ต. สืบจาก <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=728311>

### Books

- Erving, Goffman. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. N.J.: Prentice-Hall, Inc Englewood Cliffs.

Phillip, T. Yanos, David, Roe, and Paul, H. Lysaker. (2011). *The impact of illness Identity on Recovery from Several Mental illness*. n.d.

### Internet

Annelien, Meatdagh and Bart, Hansen. (2014). *Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: review of qualitative studies*. from <http://link.springer.com>.

Chramaine, C. Williams, and April, A. Collins. (2002). *The Social Construction of Disability in Schizophrenia*. from <http://qhr.sagepub.com/content/12/2/297>.

D., Roe and L., Davidson. (2005). *Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story*. from <http://mh.bmj.com/content/31/2/89.full.html>.

Janis, Hunter Jenkins, and Elizabeth, A. Carpenter-Song. (2009). *Journal of Nervous and Mental Disease: Awareness of Stigma Among Person With Schizophrenia*. from <http://www.anthro.ucsd.edu>.

Joyce, M. Shea. (2010). *Coming back to normal: the process of self-recovery in those with schizophrenia*. In *Journal of the American psychiatric nurse association*: pp. 45-49. from <http://jap.sagepub.com/content/16/1/43>.

Patrick, W. Corrigan. (2000). *Mental health Stigma as Social Attribution: Implication for Research Methods and attitude Change*. from <http://onlinelibrary.wiley.com>.



## ภาคผนวก ก

## หนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน



หนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน  
 คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2  
 99 หมู่ที่ 18 ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121  
 โทร. 0-2564-4440-79 ต่อ 1804, โทรสาร 0-2564-3151

หนังสือรับรองเลขที่ 032 /2558  
 รหัสโครงการ 001/2558  
 ชื่อโครงการวิจัย กระบวนการทำงานของมลทินประทับ และความตระหนักในมลทินประทับ  
 ของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายและบุคคลแวดล้อมในชุมชนแห่งหนึ่งใน  
 จังหวัดเชียงใหม่  
 ชื่อผู้วิจัยหลัก นายชัยพร อุไซษจันทร์  
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

## เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 3 วันที่ 15 พฤษภาคม 2558
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Sheet) ฉบับที่ 3 วันที่ 15 พฤษภาคม 2558
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) ฉบับที่ 3 วันที่ 15 พฤษภาคม 2558

คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 ได้พิจารณา  
 อนุมัติด้านจริยธรรมการทำวิจัยในคนให้ดำเนินการวิจัยข้างต้นได้ ตามมติที่ประชุมครั้งที่ 5/2558  
 เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2558

ระยะเวลาที่อนุมัติ 1 ปี (เอกสารอนุมัติฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 19 พฤษภาคม 2558 ถึง  
 วันที่ 19 พฤษภาคม 2559)

ถ้าหากผู้วิจัยไม่สามารถดำเนินการทันตามกำหนดของอายุใบรับรอง โครงการวิจัย (1 ปี) ให้ผู้วิจัยดำเนินการ  
 ยื่นเรื่องขอต่ออายุขยายเวลา ก่อนครบกำหนดอย่างน้อย 30 วัน

ลงชื่อ.....  
 (รองศาสตราจารย์ ดร. พันเอก ฤทธิย์ ฤกษ์งาม)  
 ประธานคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....  
 (อาจารย์ ดร. วิมลพักตร์ ศรีไวย)  
 อนุกรรมการและเลขานุการ

อนุมัติ ณ วันที่ 19 พฤษภาคม 2558  
 หมดอายุ วันที่ 19 พฤษภาคม 2559

## ภาคผนวก ข

## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (สำหรับผู้ป่วย)

001/2558

1

แบบฟอร์ม EF10\_1

## เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (สำหรับผู้ป่วย)

**ชื่อโครงการวิจัย :** กระบวนการทำงานของมลทินประทับ และความตระหนักในมลทินประทับของผู้ป่วยจิต

เวชหลังจำหน่ายและบุคคลแวดล้อมในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่

**นักวิจัย:** นาย ชัยพร อุโฆษจันทร์

ที่อยู่ 151/120 หมู่ 9 บ้านหลักชัย ตำบล สันนาเม็ง อำเภอ สันทราย จังหวัดเชียงใหม่ 50210

เบอร์มือถือ 081 951 6127

E-mail: crossfritan@hotmail.com

**ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**

ชื่อ.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....มือถือ.....

E-mail : .....

**เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**

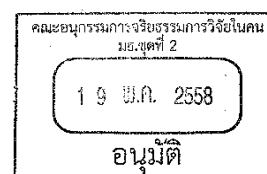
ท่านได้รับเชิญเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ ซึ่งดำเนินโดยผู้วิจัยระดับปริญญาโท จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารฉบับนี้ทำขึ้นเพื่ออธิบายเกี่ยวกับโครงการที่ท่านกำลังได้รับเชิญเข้าร่วม กรุณาอ่านอย่างละเอียดถี่ถ้วน และถามคำถามกับกาวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้ท่านอาจจะถามภายหลังเมื่อใดก็ได้ หลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการแล้ว

**เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำกาวิจัย**

โรคทางจิตเวชเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นผ่านประวัติศาสตร์ที่ยาวนานในทุกๆบริบทของสังคม ไม่ว่าจะเป็นในสังคมยุโรปหรือเอเชีย รวมทั้งประเทศไทย โรคทางจิตเวชเป็นโรคที่มีความพิเศษอย่างหนึ่งคือ มีการเปลี่ยนแปลงความคิดความเชื่อเกี่ยวกับผู้ที่เจ็บป่วยมาอย่างต่อเนื่อง และโดยส่วนมากมักจะเป็นความคิดทางลบทั้งสิ้น ยกตัวอย่างเช่น ความคิดเกี่ยวกับแม่มดในสังคมตะวันตก หรือความเชื่อเรื่องเหนือธรรมชาติเช่น เป็นการกระทำของอำนาจลึกลับ หรือ ผีทำ หรืออาจถูกโยงเข้ากับแนวคิดเรื่องบุญ-กรรม เหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดสิ่งๆหนึ่งเรียกว่า มลทินประทับ หรือ ตราบาป กับผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

Version3.0 วันที่ 6 พฤษภาคม 2558





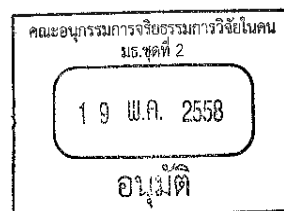
ดังนั้น เมื่อระบบสังคมพัฒนามากขึ้น เริ่มเล็งเห็นความสำคัญของสิทธิมนุษยชน มีแนวคิดเรื่องความเท่าเทียมของคนในสังคม ทำให้เหล่านักวิชาการทางสังคม แพทย์ ผู้นำทางการเมืองเริ่มเล็งเห็นการถูกกดขี่ที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย และมีเป้าหมายที่จะจัดมลทินประท้วงเหล่านี้ให้หมดไปจากสังคม เพื่อให้สังคมมองผู้ป่วยจิตเวชอย่างปราศจากอคติ และความหวาดกลัว ที่สำคัญคือมองในฐานะมนุษย์คนหนึ่งเช่นเดียวกับคนทั่วไป

เนื่องจากผู้ศึกษาเป็นนักศึกษาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และความพยายามที่จะจัดมลทินประท้วงนั้น ถือว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ผู้ศึกษาเล็งเห็นว่า การศึกษาการทำงานของมลทินประท้วงนั้น จะเป็นรากฐานในการจัดมลทินประท้วงให้ออกไปจากสังคมไทย หรืออย่างน้อยที่สุดคือช่วยลดความเข้มข้นของมลทินเหล่านั้นลงไปได้ แต่การทำความเข้าใจการทำงานของมลทินประท้วงนั้น ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ศึกษาจะเข้าใจได้ด้วยตนเองหรือสามารถศึกษาจากงานวิจัยอื่นๆ ได้เสียทั้งหมด เนื่องจากเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมที่ต่างกันของคนในแต่ละพื้นที่ มลทินประท้วงอาจมีการทำงานที่ต่างกันไป

เนื่องจากแนวคิดและทฤษฎีทางสังคม หรือแม้แต่นโยบายสังคมต่างๆ ล้วนแล้วเกิดจากการรวบรวมข้อมูลจากหน่วยพื้นฐานที่สุดคือ บุคคลผู้เป็นเจ้าของประสบการณ์นั้นๆ สอดคล้องกับทฤษฎีรากฐานที่ผู้ศึกษาใช้ คือปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับโลกเชิงประสบการณ์ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเลือกทำนเข้าร่วมโครงการวิจัยชิ้นนี้ เพราะผู้ศึกษาต้องการเรียนรู้ประสบการณ์จริงของผู้เข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับมลทินประท้วง เพราะตัวผู้ร่วมโครงการเองทำนั้นที่จะสามารถบอกเล่าถึงความรู้สึกนึกคิด หรือเหตุการณ์ต่างๆที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจกล่าวโดยรวมน่าจะเป็นมลทินที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะต่างๆ ซึ่งย่อมมีความแตกต่างกันไปตามเวลาและสถานที่ และจากที่กล่าวมาข้างต้น คือข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัยร่วมแลกเปลี่ยนนั้นถือว่าเป็นข้อมูลจากมุมมองของคนในที่มีคุณค่าอย่างมาก และสามารถนำไปวิเคราะห์เพื่อสร้างข้อสรุปหรือพื้นฐานความรู้ใหม่ๆ ให้กับนักศึกษาและผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

เพื่อศึกษาการทำงานของมลทินประท้วงและความตระหนักในมลทินที่เกิดขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย



**วิธีดำเนินการวิจัย**

**ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย:** การวิจัยนี้ศึกษากรณีศึกษาทั้งหมด 5 กรณีศึกษา ในแต่ละกรณีศึกษาประกอบไปด้วยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 4 กลุ่ม คือ 1.ผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหลังจำหน่ายในชุมชน 2.สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล 3.ผู้อาวุโสในชุมชน 4.สมาชิกในชุมชน

**วิธีการศึกษา:** ประกอบด้วย การศึกษาเอกสาร และการศึกษาจากการเก็บข้อมูลภาคสนาม

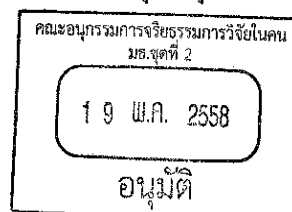
**การเก็บข้อมูลภาคสนาม:** สำหรับท่านที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์ พุคคุยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยเป็นเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน อย่างน้อย 2 ครั้ง หรืออาจมากกว่า ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยการสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง ตามประเด็นที่ได้ตั้งไว้ อิงจากโครงสร้างคำถามที่กำหนดเอาไว้ และผู้วิจัยขออนุญาตทำการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยโครงสร้างคำถามคือ

**แนวคำถามที่ 1 สำหรับผู้ป่วย**

1. เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว เช่น อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ
2. สาเหตุและประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยมีความเป็นมาอย่างไร และให้ความหมายกับความเจ็บป่วยทางจิตของตนเองอย่างไร
3. ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับมลทินประทับที่เกิดขึ้นอย่างไรบ้าง ในบริบทใด ผ่านการกระทำทางสังคมแบบใด
4. ผู้ป่วยการรับรู้เกี่ยวกับมลทินที่เกิดขึ้นกับตนเอง และต่อรองหรือตอบได้มลทินนั้นๆอย่างไร

**ความเสี่ยงและความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้น:** ไม่มีความอันตรายต่อร่างกายของท่าน สำหรับทางด้านจิตใจนั้น ผู้วิจัยมีเครื่องมือ (แนวคำถาม) ที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนมาแล้ว และตัวผู้วิจัยจะไม่ถามคำถามที่อาจกระทบกระเทือนจิตใจของผู้เข้าร่วมโครงการ ถ้าหากข้อคำถามใดที่ผู้เข้าร่วมโครงการไม่สบายใจที่จะตอบ สามารถแจ้งกับผู้วิจัย เพื่อหยุดการสัมภาษณ์ในประเด็นนั้นได้ทันที

**ผลประโยชน์ที่จะได้รับ:** การวิจัยนี้อาจไม่ได้ก่อให้เกิดผลประโยชน์โดยตรง แต่ผู้วิจัยเชื่อมั่นว่า การปรากฏตัวขึ้นของผู้วิจัยชุมชนและการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยให้หน่วยงานทางสาธารณสุขในชุมชนให้



ความสำคัญกับปัญหาเรื่องมลพิษประทุบและเป็นความรู้เพื่อช่วยนักสังคมสงเคราะห์ในการลดมลพิษ  
ประทุบที่เกิดขึ้นกับผู้เปราะบาง

ข้อปฏิบัติของท่านขณะร่วมโครงการวิจัย: ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยขอให้ตรงตามเวลานัด  
หมาย/หากมีเหตุ ไม่สะดวก ขอให้ท่านโทรแจ้งผู้วิจัยล่วงหน้าก่อนเวลานัดอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

การตอบแทน ขดเซยกแก่อาสาสมัคร: ไม่มีค่าตอบแทนให้สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้เดินทางไปพบท่าน  
ด้วยตนเอง

การรักษาความลับ: ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการอย่างเป็นความลับที่สุด ดังต่อไปนี้

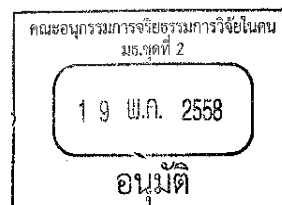
- ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วม โครงการจะใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น
- เสียงที่ถูกบันทึก จะ ไม่ถูกเผยแพร่ให้ผู้อื่นรับทราบนอกจากตัวผู้วิจัย และผู้วิจัยจะลบบันทึกเสียงดังกล่าว  
ออกจากอุปกรณ์บันทึกและคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยทันทีที่การวิจัยเสร็จสิ้น
- ข้อมูลที่ผู้วิจัยบันทึก โดยการจด เขียนลงในสมุดบันทึกขณะทำการสัมภาษณ์ จะถูกเก็บไว้อย่างปลอดภัย  
เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้อื่นรับรู้อย่างเด็ดขาด และจะไม่ถูกนำไปเผยแพร่ให้ผู้อื่นทราบเช่นกัน
- ผู้วิจัยจะใช้นามสมมุติแทนชื่อจริงของผู้ร่วม โครงการวิจัย รวมถึงชื่อชุมชนของผู้ร่วมโครงการว่า ชุมชน  
แห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่
- การเผยแพร่ข้อมูลจะถูกเผยแพร่ในรูปแบบของบทความวิจัยและวิทยานิพนธ์เท่านั้น ซึ่งจะไม่มีความใด  
ที่บ่งบอกตัวตนของผู้เข้าร่วม โครงการ

ความสมัครใจในการร่วมโครงการ: การเข้าร่วมโครงการของท่านเป็นแบบสมัครใจ ท่านมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วม  
หรือถอนตัวโดย ไม่จำเป็นต้องมีเหตุผลแก่ผู้วิจัย การเข้าร่วม โครงการนี้จะไม่มีผลใดๆตามมา ทั้งการเรียน  
(ในกรณีที่เป็นนักเรียน/นักศึกษา) หรือการทำงาน และการถอนตัวจากการวิจัยก็จะมีผลต่อกระบวนการ  
รักษาอาการป่วยของท่านแต่อย่างใด

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับทราบถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะ ได้รับจากการวิจัย
3. ท่านจะได้รับทราบถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย



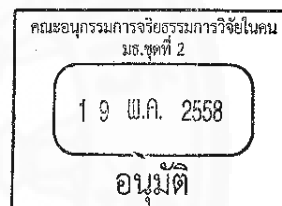
001/2558

5

แบบฟอร์ม EF10\_1

5. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอลถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอลถอนตัวจากโครงการ โดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 หากท่านไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัยท่านสามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 งานวางแผนและบริหารงานวิจัย กองบริหารการวิจัย อาคารสำนักงานอธิการบดี ชั้น 3 โทรศัพท์ 0-2564-4440-79 ต่อ 1804 โทรสาร 0-2564-3151



001/2558

1

แบบฟอร์ม EF10\_1

## เอกสารแจ้งข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (สำหรับสมาชิกในชุมชน)

ชื่อโครงการวิจัย : กระบวนการทำงานของมลทินประทับ และความตระหนักในมลทินประทับของผู้ป่วยจิต

เวชหลังจำหน่ายและบุคคลแวดล้อมในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่

นักวิจัย: นาย ชัยพร อุโฆษจันทร์

ที่อยู่ 151/120 หมู่ 9 บ้านหลักชัย ตำบล สันนาเม็ง อำเภอ สันทราย จังหวัดเชียงใหม่ 50210

เบอร์มือถือ 081 951 6127

E-mail: crossfrtan@hotmail.com

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อ.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....มือถือ.....

E-mail : .....

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

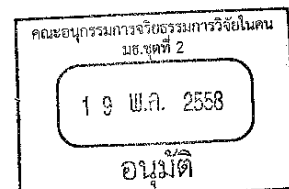
ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ซึ่งดำเนินโดยผู้วิจัยระดับปริญญาโท จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารฉบับนี้ทำขึ้นเพื่ออธิบายเกี่ยวกับโครงการที่ท่านกำลังได้รับเชิญเข้าร่วม กรุณาอ่านอย่างละเอียดถี่ถ้วน และตามคำถามกับการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้ท่านอาจสอบถามภายหลังเมื่อใดก็ได้ หลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการแล้ว

เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

โรคทางจิตเวชเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นผ่านประวัติศาสตร์ที่ยาวนานในทุกๆริบของสังคม ไม่ว่าจะเป็นในสังคมยุโรปหรือเอเชีย รวมทั้งประเทศไทย โรคทางจิตเวชเป็นโรคที่มีความพิเศษอย่างหนึ่งคือ มีการเปลี่ยนแปลงความคิดความเชื่อเกี่ยวกับผู้ที่เจ็บป่วยมาอย่างต่อเนื่อง และโดยส่วนมากมักจะเป็นความคิดทางลบทั้งสิ้น ยกตัวอย่างเช่น ความคิดเกี่ยวกับแม่มดในสังคมตะวันตก หรือความเชื่อเรื่องเหนือธรรมชาติเช่น เป็นการกระทำของอำนาจลึกลับ หรือ ผีทำ หรืออาจถูก โยงเข้ากับแนวคิดเรื่องบุญ-กรรม เหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดสิ่งๆหนึ่งเรียกว่า มลทินประทับ หรือ ตราบาป กับผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

Version3.0 วันที่ 6 พฤษภาคม 2558



## ภาคผนวก ค

## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (สำหรับญาติ/ผู้ดูแล)

001/2558

1

แบบฟอร์ม EF10\_1

## เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (สำหรับญาติ/ผู้ดูแล)

ชื่อโครงการวิจัย : กระบวนการทำงานของมลทินประทับ และความตระหนักในมลทินประทับของผู้ป่วยจิต

เวชหลังจำหน่ายและบุคคลแวดล้อม ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่

นักวิจัย: นาย ชัยพร อุโฆษจันทร์

ที่อยู่ 151/120 หมู่ 9 บ้านหลักชัย ตำบล ตันนาเม็ง อำเภอ สันทราย จังหวัดเชียงใหม่ 50210

เบอร์มือถือ 081 951 6127

E-mail: crossfitan@hotmail.com

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อ.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....มือถือ.....

E-mail : .....

เรียน ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย

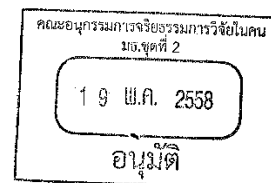
ท่านได้รับเชิญเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ ซึ่งดำเนิน โดยผู้วิจัยระดับปริญญาโท จาก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารฉบับนี้ทำขึ้นเพื่ออธิบายเกี่ยวกับโครงการที่ท่านกำลังได้รับเชิญเข้าร่วม กรุณาอ่านอย่างละเอียดถี่ถ้วน และถามคำถามกับการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วม โครงการ นอกจากนี้ท่านอาจจะถามภายหลังเมื่อใดก็ได้ หลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการแล้ว

เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

โรคทางจิตเวชเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นผ่านประวัติศาสตร์ที่ยาวนานในทุกๆบริบทของสังคม ไม่ว่าจะเป็นในสังคมยุโรปหรือเอเชีย รวมทั้งประเทศไทย โรคทางจิตเวชเป็นโรคที่มีความพิเศษอย่างหนึ่งคือ มีการเปลี่ยนแปลงความคิดความเชื่อเกี่ยวกับผู้ที่เจ็บป่วยมาอย่างต่อเนื่อง และโดยส่วนมากมักจะเป็นความคิดทางลบทั้งสิ้น ยกตัวอย่างเช่น ความคิดเกี่ยวกับแม่มดในสังคมตะวันตก หรือความเชื่อเรื่องเหนือธรรมชาติเช่น เป็นการกระทำของอำนาจลึกลับ หรือ ผีทำ หรืออาจถูกโยนเข้ากับแนวคิดเรื่องบุญ-กรรม เหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดสิ่งๆหนึ่งเรียกว่า มลทินประทับ หรือ ทรานาป กับผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

Version2.0 วันที่ 11 มีนาคม 2558



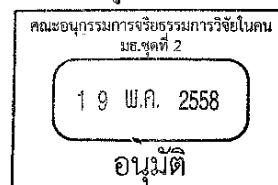


ดังนั้น เมื่อระบบสังคมพัฒนามากขึ้น เริ่มเล็งเห็นความสำคัญของสิทธิมนุษยชน มีแนวคิดเรื่องความเท่าเทียมของคนในสังคม ทำให้เหล่านักวิชาการทางสังคม แพทย์ ผู้นำทางการเมืองเริ่มเล็งเห็นการถูกลดขี่ที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย และมีเป้าหมายที่จะจัดมลทินประท้วงเหล่านี้ให้หมดไปจากสังคม เพื่อให้สังคมมองผู้ป่วยจิตเวชอย่างปราศจากอคติ และความหวาดกลัว ที่สำคัญคือมองในฐานะมนุษย์คนหนึ่งเช่นเดียวกับคนทั่วไป

เนื่องจากผู้ศึกษาเป็นนักศึกษาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และความพยายามที่จะจัดมลทินประท้วงนั้น ถือว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ผู้ศึกษาเล็งเห็นว่า การศึกษาการทำงานของมลทินประท้วงนั้น จะเป็นรากฐานในการจัดมลทินประท้วงให้ออกไปจากสังคมไทย หรืออย่างน้อยที่สุด คือช่วยลดความเข้มข้นของมลทินเหล่านั้นลงไปได้ แต่การทำความเข้าใจการทำงานของมลทินประท้วงนั้น ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ศึกษาจะเข้าใจได้ด้วยตนเองหรือสามารถศึกษาจากงานวิจัยอื่นๆ ได้เสียทั้งหมด เนื่องจากเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมที่ต่างกันของคนในแต่ละพื้นที่ มลทินประท้วงอาจมีการทำงานที่ต่างกันไป

เนื่องจากการวิจัยชิ้นนี้มีทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์เป็นรากฐานในการศึกษา ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงให้ความสำคัญกับโลกของประสบการณ์เป็นที่ตั้ง พยายามทำความเข้าใจว่าผู้ร่วมโครงการพบเจออะไร คิดอย่างไร เลือกหรือตัดสินใจ และลงมือกระทำอย่างไร เพราะทุกอย่างล้วนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมเฉพาะถิ่นซึ่งมีความแตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ นอกจากนั้น ผู้เข้าร่วมโครงการคือเจ้าของประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับมลทินประท้วง ซึ่งอาจแฝงอยู่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน แน่แน่นอนว่าประสบการณ์ของท่านนั้นย่อมมีความเฉพาะ และแตกต่างประสบการณ์ของผู้อื่น ดังนั้นการพูดคุย (เก็บข้อมูล) กับผู้เข้าร่วมโครงการจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่ง

มลทินประท้วงไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เอง มลทินประท้วงนั้นเกิดขึ้นจากหลากหลายปัจจัย และผู้ป่วยจะรู้สึก/ตระหนักถึงมลทินเหล่านั้นได้ แสดงว่าต้องมีผู้กระทำ อีกนัยหนึ่งคือบุคคลแวดล้อมคือผู้ที่สร้างมลทินให้กับผู้ป่วย ไม่ว่าจะด้วยความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม การศึกษามลทินประท้วงจึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญกับความคิดที่ผู้เข้าร่วม โครงการมีกับผู้ป่วย รวมถึงลักษณะการแสดงออกที่ผู้เข้าร่วมโครงการมีต่อผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้เป็นการดำเนินผู้เข้าร่วม โครงการแต่อย่างใด เพราะแนวคิดเรื่องการลดมลทินประท้วงต่างๆ นั้น เป็นแนวความคิดที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจไม่เคยได้ยินมาก่อน ดังนั้น การศึกษาชิ้นนี้อาจเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี สำหรับการให้ความสำคัญกับมลทินประท้วงที่ผู้ป่วยจิตเวชต้องเผชิญ



**วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย**

เพื่อศึกษาการทำงานของมลทินประพับและความตระหนักในมลทินที่เกิดขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย: การวิจัยนี้ศึกษากรณีศึกษาทั้งหมด 5 กรณีศึกษา ในแต่ละกรณีศึกษาประกอบไปด้วยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 4 กลุ่ม คือ 1.ผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหลังจำหน่ายในชุมชน 2.สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล 3.ผู้อาวุโสในชุมชน 4.สมาชิกในชุมชน

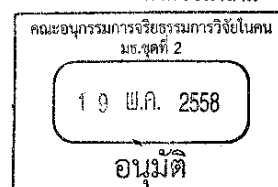
วิธีการศึกษา: ประกอบด้วย การศึกษาเอกสาร และการศึกษาจากการเก็บข้อมูลภาคสนาม

การเก็บข้อมูลภาคสนาม: สำหรับท่านที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์ พูดคุยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยเป็นเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน อย่างน้อย 2 ครั้ง หรืออาจมากกว่า ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยการสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง ตามประเด็นที่ได้ตั้งไว้ อิงจากโครงสร้างคำถามที่กำหนดเอาไว้ และผู้วิจัยขออนุญาตทำการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยโครงสร้างคำถามคือ

**แนวคำถามที่ 2 สำหรับญาติ /สมาชิกในครอบครัว**

1. เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว เช่น อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ
2. สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยคืออะไร และญาติให้ความหมายกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างไร
3. ญาติและผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการใช้ชีวิต และจัดการกับผู้ป่วยเป็นอย่างไร
4. ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับมลทินประพับที่เกิดขึ้นอย่างไรบ้าง ในบริบทใด ผ่านการกระทำทางสังคมแบบใด

ความเสี่ยงและความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้น: ไม่มีความอันตรายต่อร่างกายของท่าน สำหรับทางด้านจิตใจนั้น ผู้วิจัยมีเครื่องมือ (แนวคำถาม) ที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนมาแล้ว และตัวผู้วิจัยจะไม่ถามคำถามที่อาจกระทบกระเทือนจิตใจของผู้เข้าร่วมโครงการ ถ้าหากข้อคำถาม



ใดที่ผู้เข้าร่วมโครงการ ไม่สบายใจที่จะตอบ สามารถแจ้งกับผู้วิจัย เพื่อเหตุการณ์สัมภาษณ์ในประเด็นนั้นได้ทันที

**ผลประโยชน์ที่จะได้รับ:** การวิจัยชิ้นนี้อาจไม่ได้ก่อให้เกิดผลประโยชน์โดยตรง แต่ผู้วิจัยเชื่อมั่นว่า การปรากฏตัวขึ้นของผู้วิจัยชุมชนและการวิจัยชิ้นนี้ จะช่วยให้หน่วยงานทางสาธารณสุขในชุมชนให้ความสำคัญกับปัญหาเรื่องมลพิษประทุบและเป็นความรู้เพื่อช่วยนักสังคมสงเคราะห์ในการลดมลพิษประทุบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยลง

**ข้อปฏิบัติของท่านจะร่วมโครงการวิจัย:** ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยขอให้ตรงตามเวลานัดหมาย/หากมีเหตุ ไม่สะดวก ขอให้ท่าน โทรแจ้งผู้วิจัยล่วงหน้าก่อนเวลานัดอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

**การตอบแทน ชดเชยแก่อาสาสมัคร:** ไม่มีค่าตอบแทนให้สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้เดินทางไปพบท่านด้วยตนเอง

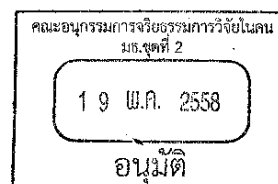
**การรักษาความลับ:** ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการอย่างมีความลับที่สุด ดังต่อไปนี้

- ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมโครงการ จะใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น
- เสียงที่ถูกรับบันทึก จะ ไม่ถูกเผยแพร่ให้ผู้อื่นรับทราบนอกจากตัวผู้วิจัย และผู้วิจัยจะลบบันทึกเสียงดังกล่าวออกจากอุปกรณ์บันทึกและคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยทันทีที่การวิจัยเสร็จสิ้น
- ข้อมูลที่ผู้วิจัยบันทึกโดยการจด เขียนลงในสมุดบันทึกขณะทำการสัมภาษณ์ จะถูกเก็บไว้อย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้อื่นรับรู้อย่างเด็ดขาด และจะไม่ถูกนำไปเผยแพร่ให้ผู้อื่นทราบเช่นกัน
- ผู้วิจัยจะใช้นามสมมุติแทนชื่อจริงของผู้ร่วมโครงการวิจัย รวมถึงชื่อชุมชนของผู้ร่วมโครงการว่า ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่
- การเผยแพร่ข้อมูลจะถูกเผยแพร่ในรูปแบบของบทความวิจัยและวิทยานิพนธ์เท่านั้น ซึ่งจะไม่มีความใดที่บ่งบอกตัวตนของผู้เข้าร่วมโครงการ

**ความสมัครใจในการร่วมโครงการ:** การเข้าร่วมโครงการของท่านเป็นแบบสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวโดยไม่จำเป็นต้องมีเหตุผลแก่ผู้วิจัย การเข้าร่วมโครงการนี้จะไม่มีผลใดๆตามมา ทั้งการเรียน (ในกรณีที่เป็นนักเรียน/นักศึกษา) หรือการทำงาน และกรถอนตัวจากการวิจัยก็จะมีผลต่อกระบวนการรักษาอาการป่วยของท่านแต่อย่างใด

**สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

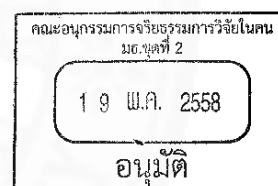
Version 2.0 วันที่ 11 มีนาคม 2558



ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอลถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอลถอนตัวจากโครงการ โดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 หากท่านไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัยท่านสามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 งานวางแผนและบริหารงานวิจัย กองบริหารการวิจัย อาคารสำนักงานอธิการบดี ชั้น 3 โทรศัพท์ 0-2564-4440-79 ต่อ 1804 โทรสาร 0-2564-3151



**ประวัติผู้เขียน**

ชื่อ	นายชัยพร อุโฆษจันทร์
วันเดือนปีเกิด	22 พฤศจิกายน 2530
วุฒิการศึกษา	ปี 2553: ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ประวัติการทำงาน	นักสังคมสงเคราะห์ สหทัยมูลนิธิ เจ้าหน้าที่มูลนิธิพุทธรักษา
ทุนการศึกษา	ทุนสนับสนุนการวิจัย ประเภททุนวิจัยทั่วไปสำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา จากเงินกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีงบประมาณ 2558