

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นางสาวณัฐสุภา พรสมบุญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PROMOTING SELF-EFFICACY PROGRAM ON PERCEIVED
SELF-STIGMA OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY

Miss Natsupha Pornsomboon



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ
ความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
โดย นางสาวณัฐสุภา พรสมบุญ
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สตินเดชาวัักษ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ณัฐสุภา พรสมบุญ : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตรา
 บาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF PROMOTING SELF-EFFICACY
 PROGRAM ON PERCEIVED SELF-STIGMA OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN
 COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 134 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิต
 เภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเพื่อเปรียบเทียบ
 ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วย
 นอกโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 40 คน คัดเลือกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่ม
 ควบคุม 20 คน โดยการจับคู่ด้วยอายุ และระดับคะแนนอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง
 ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแล
 ตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบวัด
 ความรู้สึกตราบาป ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่า
 ความเที่ยงเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้
 สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตนต่ำกว่าจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5877302436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY / PROMOTING PERCEIVED SELF-EFFICACY PROGRAM / SELF-STIGMA OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA

NATSUPHA PORNSOMBOON: THE EFFECT OF PROMOTING SELF-EFFICACY PROGRAM ON PERCEIVED SELF-STIGMA OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY. ADVISOR: ASST. PROF. PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 134 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to compare the self-stigma of persons with schizophrenia before and after participation in a program aimed to promote perceived self-efficacy to those who participated in regular caring activities. The research sample was comprised of forty persons with schizophrenia who received services in the outpatient department at a community hospital who met the inclusion criteria. They were randomly assigned into one experimental group and one control group with 20 subjects in each by matching the age and Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). The research instruments were the promoting perceived self-efficacy program and the Self-Stigma of Mental Illness Scale. These instruments were tested for content validity by a panel of five experts. The reliability of the Self-Stigma of Mental Illness Scale was .87. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. The self-stigma of persons with schizophrenia in the community after participating in the promoting perceived self-efficacy program were significantly lower than before at a .05 level.

2. The self-stigma of persons with schizophrenia in the community who participated in the promoting perceived self-efficacy program were significantly lower than that of persons with schizophrenia who participated in the regular caring activities at a .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้และชี้แนะแนวทางในการทำวิจัย คอยกระตุ้นและเป็นแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ตลอดจนความเมตตา เอาใจใส่เสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำในการทำวิจัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ ลินเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ วรวิทย์ สัมฤทธิ์ดี คุณเกษสุตาพร แป้นทอง คุณจุฑามาศ ผดุงญาติ คุณระวีวรรณ เต็มวานิช และคุณดลกมล มัทย์ตร์ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย และขอขอบพระคุณ คุณสุธิสา ดีเพชร และคุณสุนันทา นวลเจริญ ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ คุณเกษสุตาพร แป้นทอง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลไชโย และหัวหน้างานสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีแรงบันดาลใจในการศึกษาต่อระดับมหาบัณฑิต ขอขอบพระคุณคุณวันเพ็ญ สมจิตต์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลน และคุณวิไลวรรณ สะไบแพร ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้สามารถทำวิจัยในครั้งนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ถ่ายทอดวิชาความรู้ และประสบการณ์อันมีคุณค่า ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารดำเนินการวิจัย

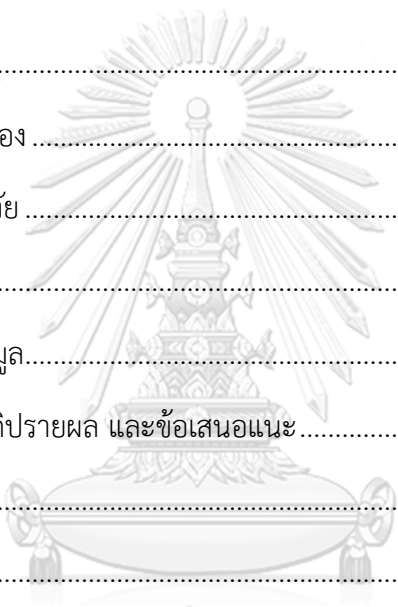
สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา นายสุวิช พรสมบุญ และนาง สุนันท์ พรสมบุญ ช่วยส่งเสริมการเรียน สนับสนุนทุนการศึกษาตลอดหลักสูตร และให้กำลังใจระหว่างการเรียนตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อนๆ ที่ให้กำลังใจ ช่วยเหลือ ตลอดจนทุกท่านที่ไม่สามารถเอ่ยชื่อได้ครบถ้วนในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
คำถามการวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตการวิจัย	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	13
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	20
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	22
4. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	29
5. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อลดความรู้สึกราบาปของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน	36
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41

7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	47
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	48
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	49
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
เกณฑ์การกำกับการทดลอง.....	54
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	77
สรุปผลการวิจัย.....	82
อภิปรายผลการวิจัย.....	83
ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล.....	89
ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย.....	90
รายการอ้างอิง.....	91
ภาคผนวก.....	100
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	101
ภาคผนวก ข แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์.....	103
ภาคผนวก ค พิจารณาจริยธรรม.....	108
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	110
ภาคผนวก จ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ.....	122



ภาคผนวก ฉ ตารางแสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	128
ภาคผนวก ช ตารางแสดงค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนราย ด้าน	131
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	134



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การบูรณาการการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	38
ตารางที่ 2 กำหนดการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยจิตเภท.....	56
ตารางที่ 3 ระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	67
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	70
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=40).....	72
ตารางที่ 6 คะแนนความรู้สึกตราบาป และการแปรผลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)	73
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20).....	74
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=20).....	75
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)	76
ตารางที่ 10 แสดงระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	129
ตารางที่ 11 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามระดับคะแนนอาการทางจิต(BPRS) และอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	130

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แสดงกระบวนการเกิดการรับรู้ตราบาป 24



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด และเป็นปัญหาสำคัญของโรคทางจิตเวช อาการของโรคจิตเภท แสดงออกมาได้หลายรูปแบบ อาการทางบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติของคำพูดและพฤติกรรม อาการทางลบ ได้แก่ พูดน้อย แยกตัว อารมณ์เฉยเมย ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมรวมถึงการดูแลตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีการแสดงออกผิดปกติจากคนทั่วไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) จากลักษณะดังกล่าว ส่งผลให้มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมทั้งมีปัญหาในการตัดสินใจและต้องพึ่งพิงผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่นและสังคมแอ่งลง (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539; สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) มีผลทำให้บุคคลทั่วไปไม่ยอมรับผู้ป่วย ประกอบกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคจิต ไม่ว่าจะป็นอาชญากรรม พฤติกรรมที่ผิดปกติ นำหวาดกลัว ทำให้ภาพในความคิด (Stereotypes) มองผู้ป่วยจิตเภทในทางลบและมีอคติเป็นตราบาปติดตัวผู้ป่วยตลอดชีวิต (Corrigan, 2004; พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2549; สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2558)

ความชุกของโรคจิตเภทในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 0.3-0.7 เพศชายและเพศหญิงพบได้พอกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) และอุบัติการณ์ของโรคพบได้ประมาณ 2.5-5 ต่อประชากร 1,000 คนต่อปีของประชากรทั่วโลก (คณางค์ ศิริเสถียร, 2550 ; สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) ทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภท 26 ล้านคน และเกือบร้อยละ 90 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่พบได้มากที่สุด จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทปัจจุบันจำนวน 412,394 ราย และเข้าถึงบริการโดยการวินิจฉัยและรักษาด้วยการใช้ยาที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 61 (กรมสุขภาพจิต, 2559)

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ มีนโยบายจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (ปี 2555-2559) (Laidlaw et al. , 2002 ; สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) นโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันที่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลให้น้อยที่สุด และส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน (ขวัญสุดา บุญทศ, 2556) เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการทุเลากลับสู่ชุมชน จะ

มีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง มีอาการหลงเหลืออยู่ อาจมีอาการด้านบวกอยู่บ้าง เช่น อาการหลงผิด อาการหูแว่ว แต่อาการด้านลบ จะอยู่ระดับคงที่ตลอดการเจ็บป่วย เช่น ขาดความสนใจในกิจกรรม ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ สีหน้าเรียบเฉย ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) ภายใน 1 ปีหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 50 - 70 จะมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำได้ (Linstrom and Bingefors, 2000 ; สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558)

ผู้ป่วยเมื่อได้รับการรักษาจนอาการทางจิตทุเลากลับสู่ชุมชนจะถูกเพื่อนบ้านและสังคมรังเกียจซ้ำเติมต่อว่าให้เกิดความสะเทือนใจ (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันทางด้านจิตใจได้ไม่ดี มักมีอาการกำเริบเมื่อมีความกดดันทางจิตใจ และเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตัวเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) อาการของโรคจิตเภททำให้ผู้อื่นตกใจกลัวหรือบางครั้งมีพฤติกรรมและการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เป็นที่น่าขบขันหรือน่ารำคาญ ทำให้บุคคลทั่วไปในสังคมไม่ให้การยอมรับ เนื่องจากเข้าใจว่าเป็นบุคคลอันตราย ก้าวร้าว (พันธุณา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2549 ; อุบลรัตน์ สิงห์เสณี, 2552) เนื่องบริบทของสังคมไทยยังคงเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเปรียบเสมือนตราบาปในสังคม ผู้ป่วยมีความรู้สึกอับอายเมื่อป่วยด้วยโรคทางจิตเวช หรือการมีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัวผู้ป่วยจะพยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเอง ทั้งกับคนในชุมชนและผู้ให้การรักษาพยาบาลที่ไม่ทราบประวัติเจ็บป่วยมาก่อน (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547; สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) จากปฏิกริยาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีมุมมองต่อตนเองในทางลบหรือที่เรียกว่า ความรู้สึกตราบาปในตนเอง(Self-stigma) ประเมินตัดสินตนเองทำให้เพิ่มความรู้สึกด้อยค่า ไร้ความสามารถ (Corrigan and Wassel, 2008) โรคทางจิตเป็นโรคที่น่าอับอาย น่าสงสารและน่ารังเกียจของสังคม ผู้ป่วยมีทัศนคติทางลบต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่และหาทางออกด้วยการฆ่าตัวตาย (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) เป็นอุปสรรคในการอยู่ร่วมกันในสังคมและการฟื้นฟูหายจากโรคที่เป็นอยู่ (Page, 1995 ; Fung et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปในตนเองในผู้เป็นโรคจิตเภทแถบยุโรปพบว่าร้อยละ 41.7 ของผู้เป็นโรคจิตเภทมีความรู้สึกตราบาปในตนเองในระดับปานกลางถึงสูง และในประเทศจีนพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกตราบาปอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง สำหรับประเทศไทยมีเพียงการศึกษาการรับรู้ตราบาป (Perceived stigma) ในผู้เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 (อุบลรัตน์ สิงห์เสณี, 2552) ซึ่งความรู้สึกตราบาปในตนเองมีความสำคัญกับการรักษาโรคจิตเภท กล่าวคือ ความรู้สึกตราบาปในตนเองในระดับสูงส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม (Angermeyer and Matschinger, 2003) ความสามารถปรับตัวในสังคมลดลง (Perlick et al., 2001; Corrigan, 2004) ความพึงพอใจในชีวิตและการรับรู้คุณค่าในตนเอง

ลดลง (Ying, Wolf and Wang, 2013) มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย (อุบลรัตน์ สิงหเสนี, 2552) ทำให้ผู้ป่วยคิดประเมินตนเองว่าเป็นคนที่ไม่มีความรู้และไม่ควรได้รับการยอมรับ (ธนวัต ปุณยกนก, 2553; Corrigan and Wassel, 2008) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Fung et al., 2007; Razali, Hussein and Ismail, 2010; Watson et al., 2007) รู้สึกไร้ความสามารถ (Kleim et al., 2008) ปกปิดการเจ็บป่วยของตนเอง (ภัทรารภรณ์ พุงป็นคำ และคณะ, 2551) มีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพกับผู้อื่น (อุบลรัตน์ สิงหเสนี และ เพ็ญ นภา แดงด้อมยุทธ์, 2552) มีแนวโน้มสูงที่จะมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้าสังคม ปกปิด เป็นความลับ เผลอใจความเครียดได้น้อยลง มีคุณภาพชีวิต มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการทำ หน้าที่ทางสังคมต่ำลง พ้นตัวได้น้อย (Gerlingger et al. , 2013) ทั้งยังส่งผลต่อการขาดความร่วมมือ ในการรักษา มีอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น ความสัมพันธ์ในครอบครัวแย่ ลง (Yilmaz and Okanli, 2015) และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภท (Kleim et al., 2008)

ความรู้สึกตราบาป (Self-stigma) หมายถึง ความรู้สึกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ ผู้ป่วยแปลความหมายจากการแสดงออกของสังคมในทางลบ รับรู้ว่าตนเองป่วยทางจิต มีทัศนคติทาง ลบต่อการเจ็บป่วย รู้สึกถูกแบ่งแยกกีดกัน ไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ อับอาย เพิ่มระดับความกังวลใจ ในการดำเนินชีวิต และแสดงพฤติกรรมออกมา เช่น ปกปิดการเจ็บป่วย ไม่รับประทานยา ไม่ไป โรงพยาบาลตามนัด แยกตัวเองออกจากสังคม แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 ตราบาปทาง สังคม (Public stigma) บางงานวิจัยใช้คำว่า Social Stigma หรือ Perceive public stigma เป็นผล จากความเข้าใจผิดหรือความไม่รู้ของคนในสังคม ทำให้เกิดอคติและการมองแบบเหมารวมทางลบ เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต แสดงการไม่ยอมรับ รังเกียจ กีดกัน หวาดกลัวไม่กล้าพูดคุยกับผู้ป่วยจิต เวช และ ประเภทที่ 2 ตราบาปในตนเอง (Internalize stigma) หรือที่เรียกว่า ความรู้สึกตราบาป (Self-stigma) เป็นความรู้สึกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแปลความหมายจากการ แสดงออกของสังคมในทางลบแล้วหันเหความรู้สึกเหล่านั้นเข้าสู่ตนเอง (Corrigan,2004; Fung et al., 2007; สุธิสา ดีเพชร ,2558 ; ชุศรี เกิดพงษ์บุญโชติและคณะ, 2558) ซึ่งเป็นผลจากการถูกตีตรา ว่าเจ็บป่วยทางจิต ส่งผลต่อความรู้สึกภายในของตัวผู้ป่วยเอง เช่น เกิดอารมณ์ในทางลบ วิตกกังวล ซึมเศร้า (Yanos et al., 2008; เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) กระบวนการที่ทำให้รับรู้ ตราบาป (self-stigma) เกิดจากการรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยทางจิต (stereotype awareness) และ ซึมซับความรู้สึกนั้นเข้าไปในตนเอง เกิดความเห็นหรือทัศนคติที่เหมือนกับสังคม (stereotype agreement) มีความรู้สึกว่านั่นเป็นตนเอง (self-concurrence) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดลง (self-esteem decrement) (Fung et al., 2007) ความรู้สึกตราบาป ทำให้ผู้ป่วยปกปิดการ เจ็บป่วย ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และแยกตัวออกจากสังคม (Kleim et al., 2008; Fung et

al.,2007; Corrigan et al. ,2004 ; สุธิสา ดีเพชร ,2558) มีความคิดในด้านลบ มีความเปราะบาง การรับรู้คุณค่าตนเองและความหวังที่ลดลง (Karakas et al. ,2016) การเข้าสังคมและการทำหน้าที่ลดลง เพิ่มอาการทางจิตที่รุนแรงมากขึ้น (Ben-Zeev et al., 2012)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกตราบาบ ประกอบด้วย 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยภายนอกและปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย ทศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และบุคคลทั่วไป วิธีการรักษา การถูกตีตราทางสังคมโดยการกำหนดนโยบาย การนำเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจิตเภทจากสื่อต่างๆ การได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม (ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติและคณะ, 2558; สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย การรับรู้คุณค่าในตนเองพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาบในผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความรู้สึกตราบาบในระดับสูง (Fung et al., 2007 ; Livingston and Boyd, 2010 ; สุธิสา ดีเพชร และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2558) การสนับสนุนทางสังคมพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกตราบาบ สามารถร่วมทำนายความรู้สึกตราบาบในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Livingston and boyd, 2010 ; ขวัญสุดา บุญทด และคณะ, 2554) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกตราบาบ (Watson et al., 2007 ; Kleim et al., 2008; Livingston and Boyd, 2010; อุบลรัตน์ สิงหเสนี, 2552) และจากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยด้านผู้ป่วยที่สำคัญคือ เนื่องจาก ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณภาพความสามารถ ขาดความหวัง ไร้พลัง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ การรับรู้ตราบาบและความรู้สึกตราบาบจะอยู่ในระดับสูง (Yanos et al.,2008; Livingston and boyd, 2010; อุบลรัตน์ สิงหเสนี, 2552; Hill and Startup, 2013; ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ และคณะ, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการจัดกระทำเพื่อลดความรู้สึกตราบาบในผู้ป่วยจิตเภท เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดการรับรู้และความรู้สึกตราบาบในผู้ป่วย พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ช่วยลดความรู้สึกตราบาบ (Uchino, et al., 2012) นอกจากนี้การใช้โปรแกรมฝึกทักษะทางการสื่อสารระหว่างบุคคล (อรัญญา คำพึ้ง, 2552) การศึกษาการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง (วรรษชา จำปาศรี และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2555) และการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2558) ซึ่งการศึกษาดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการจัดกระทำในการเพิ่มความรู้ ทักษะสื่อสารและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยได้มีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเน้นการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ การให้ข้อมูลความรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์ของตนแบบผู้ป่วยจิตเภทและการประเมินสภาวะด้วยการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับความรู้สึกตราบาบได้ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อต้องการ

เผชิญกับความรู้สึกตราบาป และส่งผลลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนำไปสู่การดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบมากที่สุดกับความรู้สึกตราบาป ผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้หรือการตัดสินใจพิจารณาในเรื่องที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการทำพฤติกรรมด้วยความมั่นใจ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงจะมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ (อุบลรัตน์ สิงหเสนี และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2552) ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณไม่มีความสามารถ ขาดความหวัง ไร้พลัง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ การรับรู้ตราบาปและความรู้สึกตราบาปจะอยู่ในระดับสูง (Yanos et al.,2008 ; Livingston and boyd, 2010 ; อุบลรัตน์ สิงหเสนี และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2552; Hill and Startup, 2013; ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติและคณะ, 2558) จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีหน้าที่ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ให้การพยาบาลดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่เชื่อว่าบุคคลจะตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆให้ประสบความสำเร็จได้ตามต้องการ และการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดๆ นั้น เกิดจากการที่บุคคลนั้นรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อในความสามารถและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยการส่งเสริมหรือสร้างให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นกระทำได้โดย 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ นำมาบูรณาการในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อจัดการกับปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความรู้สึกตราบาป ได้แก่ การให้ความรู้ ให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และปัจจัยภายในผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณเองเป็นผู้ป่วยทางจิตในทางบวก การปรับทัศนคติของผู้ป่วยที่เหมือนกับสังคมในทางลบ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยจึงได้นำส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในตนเอง เกิดจากความเชื่อและความหวัง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่สำเร็จตามที่คาดหวัง คือ สามารถดูแลตนเองได้เมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาป ซึ่งจะส่งผลให้เผชิญกับการรับรู้ตราบาปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปสู่สังคมและชุมชนของตนเอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง มีอาการหลงเหลืออยู่ มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) อาการของโรคจิตเภท ทำให้ผู้อื่นตกใจกลัว หรือบางครั้งมีพฤติกรรมและการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เป็นที่น่าขบขัน หรือนำรำคาญทำให้บุคคลทั่วไปในสังคมไม่ให้การยอมรับ (พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2549; อุบลรัตน์ สิงห์เสณี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2552) ถูกเพื่อนบ้านและสังคมรังเกียจ ซ้ำเติมต่อว่าให้เกิดความสะเทือนใจ (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) ความเข้าใจของคนในสังคมเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเปรียบเสมือนตราบาบในสังคม ทำให้รู้สึกอับอายเมื่อป่วยด้วยโรคทางจิตเวช หรือมีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัว ผู้ป่วยรู้สึกอับอายต่อความเจ็บป่วย พยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเอง ทั้งคนในชุมชนและผู้ให้การรักษาพยาบาล (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547; สุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2558) ผู้ป่วยมีการประเมินตัดสินตนเอง ทำให้เพิ่มความรู้สึกด้อยค่า ไร้ความสามารถ เกิดเป็นความรู้สึกตราบาบในตนเอง (Corrigan and Wassel, 2008) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้หรือการตัดสินใจพิจารณาในเรื่องที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการทำพฤติกรรมด้วยความมั่นใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงจะมีการรับรู้ตราบาบอยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยมั่นใจที่จะแสดงพฤติกรรม และสามารถนำประสบการณ์มาปรับใช้ในสถานการณ์ใหม่ๆ ได้เหมาะสมตามความเป็นจริง (อุบลรัตน์ สิงห์เสณี และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2552)

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่มีความเชื่อว่าผู้ป่วยจะตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ตามต้องการ เมื่อเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งเหล่านั้นให้สำเร็จได้ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำของผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาได้จาก 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) การพูดชักจูง ใช้คำพูดอธิบาย แนะนำ ชักชวน กระตุ้นเพื่อให้เชื่อว่าตนเองสามารถดูแลตนเองได้ และมั่นใจเมื่อต้องเผชิญกับตราบาบ เน้นการเปิดเผยเพื่อเรียนรู้ปัญหาร่วมกัน 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองก็สามารถ

ประสบความสำเร็จได้ตามตัวแบบ เกิดการเรียนรู้แนวทางในการจัดการกับความรู้สึกตราบาป 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเองจะเป็นประสบการณ์ตรงส่งผลต่อการรับรู้ เกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญกับความรู้สึกตราบาป 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ การกระตุ้นทางด้านลบทำให้เกิดอารมณ์เครียด ทำให้การรับรู้ความสามารถต่ำลง แต่หากเรียนรู้วิธีการผ่อนคลาย การเผชิญความเครียด จะช่วยให้การรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน ประกอบด้วย 4 กิจกรรมใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60-90 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพและชักจูงใจ ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ขจัดปัญหาความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยออกไปช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ นำไปสู่ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม (Corrigan and Rao, 2012) พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมและระยะเวลาในการทำกิจกรรม ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท จากนั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับรู้และการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้ระบายการรับรู้ประสบการณ์ความรู้สึกตราบาป โดยเน้นการเปิดเผยตนเอง เป็นการประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ เกิดความเข้าใจในตนเอง การให้กำลังใจช่วยเพิ่มความมั่นใจ เป็นการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558) โดยการให้ความรู้ การให้คำแนะนำและใช้คำพูดชักจูง ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (เวียดา สุวรรณชาติ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2557; Bandura, 1997) เพื่อให้ผู้ป่วยเมื่อได้รับคำแนะนำและคำพูดชักจูงจะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Efficacy beliefs) เกิดความเชื่อว่าสามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ (Bandura, 1997) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่เกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติช่วยลดความรู้สึกผิดที่มีต่อตนเอง (Corrigan and Watson, 2004)

กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้ผ่านตัวแบบ เป็นการกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบ เมื่อผู้ป่วยได้เห็นหรือสังเกตตัวแบบกระทำพฤติกรรมและมีความพึงพอใจต่อผลของการกระทำที่ได้รับ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าสามารถประสบความสำเร็จได้เช่นกัน (Bandura, 1997) โดยในกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีคะแนนความรู้สึกตราบาปในระดับต่ำ (สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558) และมีการดำเนินชีวิตตามเกณฑ์คุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด โดยผู้วิจัยจะให้ตัวแบบเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดความรู้สึกตราบาป ผลกระทบและวิธีการจัดการกับความรู้สึกตราบาป สะท้อนให้ผู้ป่วยปรับมุมมองของความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตราบาปและการแก้ไข เป็นการปรับความคิดที่ว่า

ตนเองต้องรู้สึกอับอายจากการเป็นโรคจิตเภทหรืออับอายที่ต้องรับประทานยาจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อโรคจิตเภทในทางบวกไม่คิดว่าการเจ็บป่วยของตนเป็นเหมือนกับที่บุคคลอื่นมองตนเอง (Arboleda-FLÓrez and Stuart,2012) ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเองได้ชัดเจนหรือเหมาะสมกับสถานการณ์มากยิ่งขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับตัวแบบและเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบ (Bandura, 1997) จากนั้นผู้วิจัยให้เบงงานบันทึกความรู้สึกที่มีต่อตนเองในขณะที่ใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน

กิจกรรมที่ 3 ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถมากที่สุด เพราะความสำเร็จจากการกระทำเป็นปัจจัยที่ตนเองได้รับโดยตรงเมื่อกระทำจนประสบความสำเร็จหลายครั้ง จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังในความสามารถของตนมากขึ้นและกระทำจนประสบความสำเร็จ ทำให้เพิ่มการรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วย (Bandura, 1997) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนและร่วมอภิปรายเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อตนเอง และจำลองสถานการณ์ที่พบเห็นได้บ่อยในสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกตราบาศ จากนั้นให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ซึ่งประสบการณ์ที่ผู้ป่วยถ่ายทอดแต่ละรายจะเป็นประสบการณ์ตรง มีผลต่อการรับรู้มากขึ้น เกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง การกระตุ้นให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สุนันทา นวลเจริญ และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; Bandura, 1997)

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในภาวะที่ผู้ป่วยมีความกลัว วิตกกังวล เกิดความเครียด ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด หรือคับข้องใจ จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (สุนันทา นวลเจริญ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; Bandura, 1997) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยอยู่ในสภาวะเครียด กัดดัน เมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาศ กลุ่มช่วยกันแลกเปลี่ยนวิธีการคิด และการแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เกิดความผ่อนคลายและมีการแสดงออกที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับการรับรู้ตราบาศ อภิปรายเรื่องความคิด การรับรู้ปัญหาและแลกเปลี่ยนวิธีคิด รวมทั้งการแก้ปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและมีการแสดงออกที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าทำได้และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเผชิญกับการรับรู้ตราบาศได้ เป็นการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สุธิสา ตีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ , 2558; Bandura, 1997)

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD - 10 ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนและมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคกลาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD - 10 มีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนและมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความรู้สึกตราบาป (Self-stigma) หมายถึง ความรู้สึกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแปลความหมายจากการแสดงออกของสังคมในทางลบ รับรู้ว่าตนเองป่วยทางจิต มีทัศนคติทางลบต่อการเจ็บป่วย รู้สึกถูกแบ่งแยกกีดกัน ไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ อับอาย เพิ่มระดับความกังวลใจในการดำเนินชีวิต และการแสดงพฤติกรรมออกมา เช่น ปกปิดการเจ็บป่วย ไม่รับประทานยา ไม่ไปโรงพยาบาลตามนัด แยกตัวเองออกจากสังคม สามารถประเมินได้จากแบบวัดความรู้สึกตราบาป (The Chinese version of The Self-Stigma of Mental Illness Scale: CSSMIS) ตามแนวคิดของ Fung et al. (2007) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2558)

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลจัดกระทำขึ้นสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความเชื่อเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตน มีความเชื่อมั่น และมั่นใจในการเผชิญกับความรู้อีกตราบาป ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ดำเนินการเป็นรายกลุ่มประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพและชักจูงใจ หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ ใช้คำพูดชักจูงให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับการรับรู้ตราบาป ประเมินความคิดที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเอง ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท แลกเปลี่ยนการรับรู้และการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์และระบายความรู้สึกตราบาป โดยเน้นการเปิดเผยตนเอง

กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้ผ่านตัวแบบ หมายถึง การกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบโดยให้ตัวแบบจริง เล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดการรับรู้ตราบาป ผลกระทบ และวิธีการจัดการกับความรู้อีกตราบาป เมื่อผู้ป่วยได้เห็นหรือสังเกตตัวแบบกระทำพฤติกรรม และมีความพึงพอใจต่อผลของการกระทำที่ได้รับจะทำให้รู้สึกว่าคุณสามารถประสบความสำเร็จได้เช่นกัน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในตัวแบบและเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบ สะท้อนให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มปรับมุมมองของความคิดเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตราบาปและการแก้ไข

กิจกรรมที่ 3 ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง หมายถึง การจำลองสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตราบาป แลกเปลี่ยนการรับรู้ ปัญหาและแลกเปลี่ยนวิธีคิดและการแก้ปัญหา สรุปประเด็น เปิดโอกาสให้ซักถาม/สิ่งที่ได้รับ

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ หมายถึง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันในการเผชิญปัญหา และวิธีการคิดและการแก้ไขเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ตราบาปที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด หรือไม่มั่นใจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองและเพิ่มความมั่นใจมากขึ้น

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD - 10 มีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนและได้รับการบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ไซโย จังหวัดอ่างทอง มีอาการทางจิตสงบ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลไซโย จังหวัดอ่างทอง ได้แก่ การให้บริการก่อนพบแพทย์ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การให้สุขศึกษา และการให้บริการหลังพบแพทย์ เช่น การแนะนำด้านสุขภาพ การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา และการให้คำปรึกษารายบุคคล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความมั่นใจในการเผชิญความรู้สึกตราบap และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกตราบapในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยลดความรู้สึกตราบapของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 ระบาดวิทยา
- 1.3 สาเหตุ
- 1.4 ลักษณะอาการและการวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.5 การดำเนินโรค
- 1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 2.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน
- 2.2 ลักษณะการดำเนินชีวิตและผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 3.1 ความหมายของความรู้สึกราบขา
- 3.2 กระบวนการเกิดความรู้สึกราบขา
- 3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกราบขา
- 3.4 ผลกระทบต่อความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.5 การประเมินความรู้สึกราบขา
- 3.6 การพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

- 4.1 แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 4.2 วิธีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 4.3 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 4.4 บทบาทพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

5. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อลดความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท มีผู้ให้ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ดังนี้

Sadock and Sadock (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment)

องค์การอนามัยโลก (The 10th Edition of the International Classification Diseases: ICD-10) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ และการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและมีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้เป็นหลักร่วมกับมีอาการไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย (blunted) ความสามารถทางสติปัญญาและสติสัมปชัญญะยังคงเป็นปกติแต่มีความเสื่อมเรื่องการรู้คิด (cognitive) ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นโรคจิต มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2556) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

สมภพ เรืองตระกูล (2557) ให้ความหมายของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ไม่มีความผิดปกติทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาเสพติด ความสามารถทางสติปัญญามักดีอยู่ แม้จะมีการเสื่อมด้านการรู้คิด

1.2 ระบาดวิทยา

ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคจิตเภทพบร้อยละ 0.3-0.7 เพศหญิงและเพศชายพบได้พอกัน การศึกษาภายในประเทศไทยพบความชุกของโรคร้อยละ 0.8 สัดส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1.1 ต่อ 1 ระยะที่พบอุบัติการณ์ของโรคบ่อยสุดทั้ง 2 เพศ คือช่วงอายุ 15-24 ปี โดยมีระยะเวลาการป่วยประมาณ 30-34 ปี (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.3 สาเหตุ

แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสมองและจัดเป็น neurodevelopment disorder แม้อาการของโรคจะแสดงออกในราวช่วงต้นวัย 20 ปี แต่ผู้ป่วยมีความผิดปกติตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิตอยู่แล้ว จากการศึกษาความเสี่ยงทางพันธุกรรม ร่วมกับปัจจัยต่างๆ เช่น มารดาขาดสารอาหาร การติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ การบาดเจ็บขณะคลอด เป็นต้น ผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อการพัฒนาของเซลล์สมองในด้าน การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท มีองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกันในการทำให้เกิดอาการของโรค ปัจจัยที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท ต่างๆ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) มีดังนี้

1.3.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1) พันธุกรรม (Genetic factors) ส่วนใหญ่พบว่าโรคจิตเภทมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกลุ่มที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสที่จะเป็นโรคจิตเภทถึงร้อยละ 35-58 ฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 16 (Wilson and Kneisl, 1996 อ้างอิงใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับ คือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าเป็นสาเหตุเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ postsynaptic receptor เนื่องจากพบว่า ยารักษาโรคจิตออกฤทธิ์ปิดกั้น dopamine receptor type 2 (D2 antagonist) สารส่งผ่านประสาทอีกชนิดคือ serotonin พบว่าการทำงานของ serotonin-2 (5-HT_{2A}) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับ serotonin

3) กายวิภาคของสมอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่ง มีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง ได้แก่ มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter และมี ventricle โตกว่าปกติ พบว่าการมี ventricle โตกว่าปกติสัมพันธ์กับอาการด้านลบ การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี และมีการบกพร่องด้าน cognition (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

4) ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบ และอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction

1.3.2 ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม

1) สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion) ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ ทำที่ไม่เป็นมิตรหรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป

2) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้สภาพทางสังคมต่ำลงกว่าเดิม (downward drift hypothesis) หรือสังคมที่บีบคั้นทำให้คนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis)

1.4 ลักษณะอาการและการวินิจฉัย โรคจิตเภท

อาการของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.4.1 กลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเด่นชัด คือ แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ได้แก่ 1) อาการหลงผิด (delusion) ชนิดที่พบบ่อยคือ คิดว่ามีคนปองร้าย (delusion of persecution) และคิดว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง (delusion of reference) 2) อาการประสาทหลอน (hallucination) ชนิดที่พบบ่อยคือ หูแว่ว (auditory hallucination) พบร้อยละ 75 เสียงที่ได้ยินอาจเป็นเสียงหรือคำพูด เช่น พูดว่าร้าย พูดเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยอาจบอกว่าได้ยินเฉยๆหรือพูดจาโต้ตอบด้วย 3) ความผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยจะมีปัญหาทางด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ทำให้พูดเรื่องราวไม่ต่อเนื่อง (loose association) หรือผู้ป่วยพูดฟังไม่รู้เรื่องเลย (incoherence) 4) ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวาย เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก พลุ่งพล่าน กระวนกระวายมาก แต่งกายแปลกประหลาด และมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

1.4.2 กลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ 1) อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง 2) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ใช้เวลานานในการตอบคำถาม เนื้อหาที่พูดมีน้อย หรือใช้เวลานานกว่าจะตอบ 3) ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิด ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่คนเดียวทั้งวันจนไม่สนใจร่วมกิจกรรมทางสังคม

การวินิจฉัยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยต้องมีอาการติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และในช่วงเวลาดังกล่าวต้องมีอาการในระยะเวลาที่โรคกำลังเป็นมาก (active phase) อย่างน้อย 1 เดือน หลักการวินิจฉัยโรคของ DSM-5 มีดังนี้ (American Psychiatric Association, 2013 อ้างอิงใน สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

ก. ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง โดยมีอาการเป็นเวลานาน 1 เดือน (ระยะเวลาอาจน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษา)

- 1) อาการหลงผิด
- 2) อาการประสาทหลอน
- 3) มีความผิดปกติของรูปแบบคำพูด
- 4) มีพฤติกรรมวุ่นวายหรืออาการคาทาโทเนีย
- 5) มีอาการทางลบ

ข. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง

ค. ผู้ป่วยมีอาการติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน(รวมเกณฑ์ในข้อ ก. และอาการนำ)

ง. ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

จ. อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติดหรือโรคทางกาย

1.5 การดำเนินโรค แบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 4 ระยะดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2558)

1.5.1 ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านสังคม การเคลื่อนไหว หรือด้าน cognitive ในระดับเล็กน้อยๆ ไม่ชัดเจน อาจพบลักษณะทางร่างกายต่างไปจากปกติ โดยเฉพาะส่วนของมือ เช่น ลักษณะของมือ นิ้วมือ หรือลายนิ้วมือ

1.5.2 ระยะอาการนำ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยช่วงแรกอาจมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามมาด้วยอาการด้านลบ โดยจะค่อยๆแยกตัว ไม่เข้าสังคมเหมือนเคย มีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ สนใจดูแลตัวเองลดลง ขณะเดียวกันเริ่มมีอาการทางบวกแบบน้อยๆ เช่น เชื่อเรื่องโชคลาง ไสยศาสตร์ มีการใช้สำนวนแปลกๆ มีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ อาจออกตุระแวง แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน มีอาการด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม และอาการด้าน cognitive เช่น สมาธิลดลง เหม่อลอย working memory ลดลง ญาติหรือคนใกล้ชิดสังเกตเห็นว่าเปลี่ยนแปลงไป ไม่เหมือนเดิม ระยะนี้ช่วงเวลาอาจไม่แน่นอน อาจนานตั้งแต่เป็นสัปดาห์ๆ จนถึงเป็นปี

1.5.3 ระยะโรคกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก โดยผู้ป่วยที่มีอาการนำจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบได้ตามช่วง

วัย ซึ่งเป็นปัจจัยกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเปราะบางอยู่แล้วในระดับหนึ่ง ไม่สามารถปรับตัวได้อีกต่อไป จึงแสดงอาการต่างๆของโรคออกมา โดยอาการที่พบบ่อยในระยนี้ คือ หลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติด้านความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ ระยะเวลาช่วงนี้นานประมาณ 5-10 ปี จัดเป็นช่วงต้นของการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นระยะสำคัญ

1.5.4 ระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (Chronic/Residual phase) ในระยะยาว อาการโรคจิตจะค่อยๆลดลงตามอายุที่มากขึ้น แม้จะมีอาการทางด้านบวกอยู่บ้าง ในขณะที่อาการทางด้านลบ และอาการด้าน cognitive จะยังอยู่คงที่ตลอดการเจ็บป่วยและไม่ตอบสนองต่อการรักษาในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นพักๆสลับกับช่วงอาการสงบ ร่วมกับการเสื่อมของการทำหน้าที่ต่างๆและผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10-15 ที่มีอาการโรคจิตรุนแรงแบบเรื้อรัง

1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) เสนอแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทไว้ ดังนี้

1.6.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากการใช้ยา เพื่อควบคุมเรื่องยากรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา มีปัญหาในการวินิจฉัยระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.6.2 การรักษาด้วยยา แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

1.6.2.1 ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป้าหมาย คือ ลดอาการทางจิตลง ควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว อาการรบกวนหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกเป็นผลมาจากยา ส่วนการรักษาอาการโรคจิตนั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

1.6.2.2 ระยะทำให้คงสภาพ (stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้อาการกำเริบซ้ำ และให้ยารักษาโรคจิตขนาดเดิมต่อไปอีก 6 เดือน การลดยาลงอย่างรวดเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

1.6.2.3 ระยะคงที่ (maintenance phase) เป็นระยะที่ให้ยาเพื่อป้องกันโรคกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องมีโอกาสกำเริบภายใน 1 ปี หลังจากหายอาการถึงร้อยละ 57 เป็นช่วงที่อาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงต้องให้ยาต่อเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ หากผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุมด้วยยาจึงสำคัญ

1.6.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) ใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรง หรือผู้ป่วยที่ Severe depression ร่วมด้วย

1.6.4 การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษาชนิดประคับประคอง เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้อาการดีขึ้นบ้าง

แล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆด้าน ประกอบด้วย

1.6.4.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการบำบัดแบบประคับประคอง ผู้รักษา ตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ ช่วยให้ค้นหาความเครียดหรือความกดดัน ดำเนินการทั้งรายบุคคลเป็นกลุ่มหรือครอบครัว (อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย, 2554)

1.6.4.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psycho education or family counseling) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้การทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้น

1.6.4.3 กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

1.6.4.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมการรักษา เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันไปตามอาการและระยะของการเจ็บป่วย แต่เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยจึงควรเป็นแบบผสมผสาน การรักษาด้วยยาและควรมีการบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยอรพรรณ ลีอนุธวัชชัย (2556) เสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.7.1 การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้าน ที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.7.1.1 การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร นอนหลับได้เพียงพอ เพียงใด พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย

1.7.1.2 การประเมินทางด้านความคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังพิเศษเพียงใด

1.7.1.3 การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนหรือไม่ และเมื่อไร มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.7.1.4 พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง ระบายผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

1.7.1.5 ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยายามต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจก่อน อย่าเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจและทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัด

1.7.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและสัมพันธภาพ

1.7.3 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนพยาบาลระยะสั้นและระยะยาว ดังนี้

1.7.3.1 การวางแผนพยาบาลระยะสั้น

1) การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังอุบัติเหตุที่เกิดจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

2) การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อนนอนหลับและสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

3) การดูแลด้านการบำบัดด้านชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

4) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า กำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ฟื้นฟูสภาพและการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะสับสนมึนงง

5) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจและสนับสนุนผู้ป่วย ให้เรียนรู้ประโยชน์และมีทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

6) พัฒนาการปรับตัว การมองตนเองและมองโลกในแง่ดี

1.7.3.2 การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต

1.7.3.3 กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล ทุกแผนการพยาบาลควรระบุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นและสามารถเป็นไปได้โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1.7.4 การปฏิบัติการพยาบาลพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิค ดังนี้ 1) เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ 2) ลดความวิตกกังวล ยอมรับส่งเสริมการเผชิญปัญหา 3) รักษาสมดุลด้านชีววิทยา 4) ใช้ความคงเส้นคงวาและชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร 5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการ

บำบัด 6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม 7) ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้อื่น

1.7. 5 การประเมินผล พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล

กล่าวโดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีความบกพร่องทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม การพยาบาลต้องให้ครอบคลุมเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (Bandura, 1997) คือ การดำรงชีวิตในสังคม ชุมชนอย่างมั่นใจ ไปตรวจตามนัด รับประทานยาตามแผนการรักษา และไม่เกิดอาการกำเริบ

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 ความหมายของชุมชน

กาญจนา แก้วเทพ (2538) ให้ความหมายไว้ว่า กลุ่มคนที่อาศัยอยู่อาณาเขต บริเวณเดียวกัน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด มีฐานะและอาชีพที่เหมือนหรือคล้ายกัน มีลักษณะการใช้ชีวิตร่วมกัน มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีความรู้สึกว่าเป็นคนชุมชนเดียวกัน นอกจากนี้ ยังมีการดำรงรักษาคุณค่า มรดกทางวัฒนธรรมศาสนา ถ่ายทอดไปยังลูกหลานด้วย เช่น ชุมชนหรือหมู่บ้านในชนบท

ประเวศ วะสี (2541) ให้ความหมายของชุมชนว่า หมายถึงการที่คนจำนวนหนึ่งเท่าใดก็ได้ มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารหรือรวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการเรียนรู้ร่วมกัน ในการกระทำ มีการจัดการเพื่อให้เกิดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ร่วมกัน

จินตนา สุจจันท์ (2549) ให้ความหมายไว้ว่า ชุมชน คือ คนที่อยู่บริเวณใกล้เคียงกัน มีความสัมพันธ์กัน และมีวัฒนธรรมเดียวกัน

โดยสรุปความหมายของชุมชน คือ การที่คนจำนวนหนึ่ง มาอยู่รวมกัน มีความสัมพันธ์ มีการติดต่อสื่อสาร เรียนรู้ร่วมกัน มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตร่วมกันและมีวัฒนธรรมเดียวกัน อาจมีขนาดตั้งแต่ขนาดเล็ก เช่น หมู่บ้าน ไปจนถึงขนาดใหญ่ เช่น เมือง ประเทศ

2.2 ลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการทุเลากลับสู่ชุมชน จะมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง มีอาการหลงเหลืออยู่ อาจมีอาการด้านบวกอยู่บ้าง เช่น อาการหลงผิด อาการหูแว่ว แต่อาการด้านลบ จะอยู่ระดับคงที่ตลอดการเจ็บป่วย เช่น ขาดความสนใจในกิจกรรม ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ สี

หน้าเรียบเฉยส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้ หลังจากกลับไปดูแลตัวเองต่อเองที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดีขึ้น สามารถประกอบอาชีพได้ ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น และมีโอกาสป่วยซ้ำได้อีก (Meijel et al., 2003; Bellack et al., 2007; สุธิสา ดีเพชร และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558)

ปัญหาที่พบบ่อยของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน ดังนี้

1) อาการกำเริบซ้ำ โดยผู้ป่วยจิตเภทที่กลับไปอยู่ในชุมชนจะอยู่ในระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นพักๆ สลับกับช่วงอาการสงบ ร่วมกับการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ต่างๆ และผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10-15 มีอาการโรคจิตรุนแรงแบบเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2) ปฏิเสธการเจ็บป่วย เกิดจากการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นสิ่งที่นำความเสื่อมเสียชื่อเสียงมาสู่ตนเองและครอบครัว รู้สึกอับอาย พยายามปกปิดเป็นความลับ กลัวเพื่อนบ้านและสังคมรังเกียจที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต ไม่ยอมมารับการรักษาต่อเนื่องตามนัด และหยุดรับประทานยาเอง (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547)

2.3 ผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทได้เปลี่ยนไปจากอดีต โดยมุ่งเน้นส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น (สุนทรีภรณ์, 2558) แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2.3.1 ผลกระทบด้านจิตใจ ความรู้ ความเชื่อ ทักษะคติเกี่ยวกับโรคจิตเภทของครอบครัว และชุมชนที่ยังเชื่อว่า การเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากเวรกรรม มีทัศนคติทางลบต่อการเจ็บป่วยทางจิต คนในสังคมรังเกียจและปฏิเสธที่จะให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (สุนทรีภรณ์, 2558) ผู้ป่วยเมื่อได้รับรู้ และซึมซับทัศนคติทางลบจากสังคม (Fung et al., 2007) เกิดความวิตกกังวลในการเข้าสังคม รู้สึกคับข้องใจ รู้สึกผิด แยกตัวเองจากสังคม (สุนทรีภรณ์, 2558)

2.3.2 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ในปัจจุบันยังคงมีข้อจำกัดในการรับผู้ป่วยจิตเภทเข้าทำงาน ทั้งๆที่ตัวผู้ป่วยเองมีความต้องการได้ทำงาน มีรายได้เพื่อเท่าเทียมกับคนในวัยเดียวกันที่ไม่ป่วย ภาวะความรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัวจึงตกแก่สมาชิกอื่นๆในครอบครัว (สุนทรีภรณ์, 2558) เกิดความรู้สึกด้อยค่า ไร้ความสามารถ (Corrigan and Wassel, 2008)

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มี 2 รูปแบบ คือ การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก และการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ครอบคลุมงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู (เพลิน เสียงโซคอยู่, 2548 ; สุธิสา ดีเพชร และ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2558)

การพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่

2.3.1 การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจปัญหา การเฝ้าระวังสังเกตอาการ และการดูแลตนเอง หรือคนในครอบครัวในชุมชน

2.3.2 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

2.3.3 พิจารณาปัจจัยที่อยู่ ครอบครัว ประสพการณ์ของสมาชิก ความเครียดและปัญหา

2.3.4 มุ่งเน้นการช่วยเหลือแบบบูรณาการ เพื่อนำไปใช้ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ

2.3.5 แนวคิดหรือมโนทัศน์ของชุมชน ต้องพิจารณากลุ่มเป้าหมาย สังคมของชุมชน เครือข่ายของสังคมเป็นอันดับแรก

โดยสรุป ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาและแพทย์อนุญาตให้กลับสู่ชุมชน รูปแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน จึงต้องครอบคลุมงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพ โดยพยาบาลต้องบูรณาการให้เข้ากับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.1 ความหมายของความรู้สึกราบขา มีผู้ให้ความหมายของทราบขา ดังนี้

Goffman (1963) กล่าวว่า ทราบขา เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล แบ่งเป็น 2 ด้านคือ การถูกตีตรา และการถูกแบ่งแยกกีดกัน นำไปสู่การตีตรา ไม่ให้ความสำคัญ โดยตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีตรานั้นควรถูกแบ่งแยกออกไปจากคนปกติ ซึ่งเป็นการตัดสินโดยกลุ่มคนตามพื้นฐานของการทำบทบาทหน้าที่ในสังคม ภายใต้บรรทัดฐานทางสังคม

Wahl (1999) กล่าวว่า ทราบขา เป็นกระบวนการทางสังคม ที่บุคคลได้รับผลกระทบ มาจากความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยทางจิต และการแบ่งแยกกีดกัน เนื่องมาจากความมีอคติของบุคคลที่มีต่อภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจ

Corrigan (2004) กล่าวว่า ทราบขา เป็นทัศนคติในทางลบของสังคมที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิต และมีการแสดงออกอย่างมีอคติ มีพฤติกรรมแบ่งแยกกีดกัน ไม่ให้โอกาสและไม่ให้สิทธิเท่าเทียมกับบุคคลอื่น

Fung et al. (2007) กล่าวว่า การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวช เกิดจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ปฏิกิริยาที่สังคมแสดงออกในทางลบ รับรู้ว่าตนเองคือผู้ป่วยทางจิต ไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ และซึมซับความรู้สึกเหล่านั้นเข้าไปในตนเอง เกิดความคิดที่เหมือนกันกับทัศนคติทางสังคม (stereotype agreement) รู้สึกว่าสิ่งนั้น เป็นตัวตนของตัวเอง (self-concurrence) และส่งผลต่อความมีคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement)

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ (2547) ให้ความหมายของตราบาปว่า ความรู้สึกที่บุคคลรับรู้จากกระบวนการทางสังคม และประสบการณ์ที่ถูกกีดกัน ปฏิเสธ ตำหนิ ตีเตียน หรือเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่า น่าอับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดที่บุคคลแปลความหมายจากการแสดงออกของสังคมในทางลบ

กล่าวโดยสรุป คือ ตราบาป หมายถึง กระบวนการทางความคิด ซึ่งส่งผลให้เกิดอารมณ์ความรู้สึก และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม เกิดจากการแปลความการแสดงออกของสังคมในทางลบ และเห็นด้วยกับความคิดหรือทัศนคตินั้น รับรู้ว่าตนเองป่วยทางจิต ถูกกีดกัน ไร้ค่า ไร้ความสามารถ และเพิ่มระดับความกังวลใจในการดำเนินชีวิตในสังคม

สรุป ความรู้สึกตราบาป (Self-stigma) หมายถึง ความรู้สึกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแปลความหมายจากการแสดงออกของสังคมในทางลบ รับรู้ว่าตนเองป่วยทางจิต มีทัศนคติทางลบต่อการเจ็บป่วย รู้สึกถูกแบ่งแยกกีดกัน ไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ อับอาย เพิ่มระดับความกังวลใจในการดำเนินชีวิต และแสดงพฤติกรรมออกมา เช่น ปกปิดการเจ็บป่วย ไม่รับประทานยา ไม่ไปโรงพยาบาลตามนัด แยกตัวเองออกจากสังคม

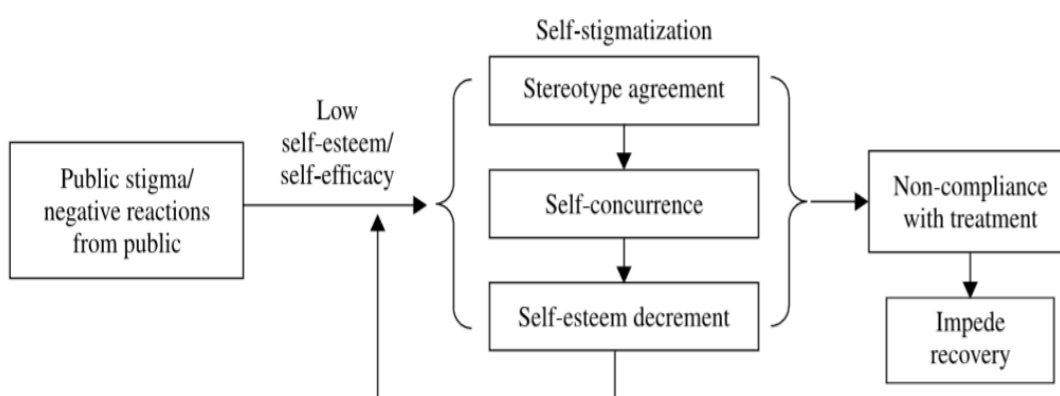
3.2 กระบวนการเกิดความรู้สึกตราบาป

จากการศึกษาของ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ(2547) ได้อธิบายตราบาปไว้ว่า เป็นกระบวนการทางความคิด ที่ระบบประสาททำหน้าที่แปลความหมายจากเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้น ร่วมกับการใช้ประสบการณ์ของบุคคลนั้นในการแปลความหมายและแสดงการรับรู้จากพฤติกรรมที่ผู้อื่นแสดงต่อตนเอง และจากทัศนคติในทางลบ ภาพตายตัวที่มองผู้ป่วยเป็นบุคคลอันตราย เอาแน่เอาอนไม่ได้ มีอคติ รู้สึกรังเกียจ เกิดการแบ่งแยกกีดกัน

Corrigan (2004) แบ่งลักษณะของตราบาปเป็น 2 ลักษณะ คือ ตราบาปทางสังคม (Public stigma) เป็นการที่บุคคลรับรู้ที่สังคมมองว่าผู้ป่วยโรคจิตเป็นบุคคลไม่มีค่า น่ารังเกียจ ไม่เป็นที่ยอมรับ ถูกแบ่งแยกกีดกันจากสังคม และความรู้สึกตราบาป (self-stigma) เป็นการที่บุคคลซึมซับความเชื่อหรือทัศนคติของสังคมที่มีต่อตนเองในทางลบ เข้าไปตัดสินประเมินตนเองว่าไม่มีคุณค่า และไม่ควรถูกได้รับการยอมรับ

Fung et al. (2007) กล่าวว่า ปัจจุบันกระบวนการในการซึมซับตราบาปทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชมีความชัดเจนมากขึ้น และสรุปเป็นกระบวนการได้ว่า เกิดจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ปฏิกิริยาที่

สังคมแสดงออกต่อผู้ป่วยในทางลบ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยทางจิต (Stereotype awareness) ซึมซับความรู้สึกเข้าไปในตนเอง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความคิดที่เห็นเหมือนกับทัศนคติของสังคม (stereotype agreement) รู้สึกว่าเป็นตัวตนเองตัวเอง (self-concurrence) และส่งผลต่อความมีคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement) ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา และการฟื้นฟูของโรค



ภาพที่ 1 แสดงกระบวนการเกิดการรับรู้ตราบาป

Fung et al. (2007)

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกตราบาป

3.3.1 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

3.3.1.1 การรับรู้คุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการประเมินตนเอง เกี่ยวกับการมีคุณค่า ความสำคัญ การประสบความสำเร็จ การยอมรับตนเอง (อุบลรัตน์ สิงหเสนี, 2552) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง (Fung et al., 2007; สุธิสา ดีเพชร และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558)

3.3.1.2 ความสามารถในการเผชิญปัญหา พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม ปกปิดการเจ็บป่วย เป็นการเผชิญปัญหาเพื่อหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลต่อการรับรู้ตราบาป (Kleim et al. ; เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547)

3.3.1.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการศึกษาของ อุบลรัตน์ สิงหเสนี (2552) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Watson et al. (2007)

3.3.1.4 ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาป ผู้ป่วยที่มีความหวังอยู่ในระดับสูง ทำให้มีความตั้งใจที่จะคิดจะทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และหาทางออกกับปัญหาด้วยเหตุผล ยอมรับสภาพปัญหาตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ (Lysager, Roe and Yanos, 2007; Yanos et al., 2008; อุบลรัตน์ สิงหเสนี, 2552)

3.3.1.5 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมและการสนับสนุนให้ใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้นทำให้เกิดผลกระทบทางลบกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท สามารถร่วมทำนายนการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Mueller et al. 2005) ผู้ป่วยไม่ได้มีความสำคัญกับสิ่งที่ปรากฏเห็นเป็นรูปธรรม แต่มีความต้องการการตอบสนองด้านการให้คุณค่า ด้านอารมณ์และการมีอาชีพที่เหมาะสม และการได้รับการสนับสนุนที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าและแรงจูงใจต่อการรักษา (ขวัญสุตา บุญทศ และคณะ, 2554)

3.3.2 ปัจจัยส่วนบุคคล

3.3.2.1 เพศ พบว่า การรับรู้ตราบาปของเพศชายและหญิง ไม่มีความแตกต่างกัน (Dickerson et al., 2002)

3.3.2.2 อายุ จากการศึกษาของ สมชาย พลอยล้อมแสงและชรินทร์ ลឹมนธิกุล (2547) ที่สำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต ตราบาปและการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิต พบว่า ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Werner, Aviv and Barak. (2008) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากมีการรับรู้ตราบาปน้อยกว่าที่มีอายุน้อย

3.3.2.3 ระดับรายได้ จากการศึกษาของ Dickerson et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มีโอกาสได้รับการถูกกีดกันออกจากสังคมสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมชาย พลอยล้อมแสงและชรินทร์ ลឹมนธิกุล(2547) พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการรับรู้ตราบาป

3.3.2.4 ภาวะการเจ็บป่วย จากการศึกษาของ Ertugrul and Ulug (2004) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก ได้แก่ มีความคิดหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน มีความผิดปกติของพฤติกรรม จะมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พุดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และการเก็บตัว

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีส่วนสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปประกอบด้วย ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความสามารถในการเผชิญปัญหา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งการรับรู้ตราบาปนี้มีส่วนสำคัญทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถปรับตัวเพื่อดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนและอาจทำให้กลับมาป่วยซ้ำได้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เมื่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น ซึ่งเกิดจากการที่

ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้หรือการตัดสินใจพิจารณาในเรื่องที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีการรับรู้ตราบาปต่ำ ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย มีการทานยาสม่ำเสมอ และการมารับการตรวจตามนัด ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะดำรงชีวิตในสังคม และสามารถนำประสบการณ์ที่ได้รับมาปรับใช้ในสถานการณ์ได้เหมาะสมตามความเป็นจริง

3.4 ผลกระทบต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทต้องประสบกับปัญหา เมื่อผู้อื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต คนทั่วไปจะหลีกเลี่ยง ไม่อยากคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะ มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคนไม่น่าเชื่อถือ ไม่น่าไว้วางใจ ไร้ความสามารถขาดอิสรภาพในการตัดสินใจ บางรายถูกทอดทิ้ง ต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ต้องประสบปัญหาเรื่องที่พักอาศัย การหางานทำ ไม่มีคนจ้าง หรือให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน (พันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549) ครอบครัวต้องประสบกับปัญหา เมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตก็จะมีทัศนคติทางลบ หวาดกลัว ไม่กล้าคบหา เมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจ หรือไม่ติดต่อไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยถูกตัดโอกาสในการมีกิจกรรมและการใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคม ทำให้ขาดทักษะที่จะเป็นในการดำรงชีวิต อยู่อย่างว่าเหว่และรู้สึกว่าตนเองมีความผิดปกติ เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม รับรู้ว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นสิ่งที่นำความเสื่อมเสียชื่อเสียงมาสู่ตนเองและครอบครัว รู้สึกอับอาย พยายามปกปิดเป็นความลับ กลัวเพื่อนบ้านและสังคมรังเกียจที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต รู้สึกไร้ค่า และไม่มั่นใจในตนเอง ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่ยอมมารักษาต่อเนื่องตามนัด และหยุดรับประทานยาเอง (เพ็ญธนา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547)

สรุปได้ว่า ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีผลต่อความรู้สึกตราบาป เนื่องจากอาการของโรคทำให้ผู้อื่นตกใจกลัว มีทัศนคติทางลบ หวาดกลัว ไม่กล้าคบหา รู้สึกรังเกียจ ไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวครอบครัว คิดว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นสิ่งที่น่าอาย รู้สึกไร้ค่า ไม่มั่นใจในตนเองและพยายามปกปิดการเจ็บป่วยจากบุคคลอื่น ปฏิเสธการเจ็บป่วย และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

3.5 การประเมินความรู้สึกตราบาป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้ใช้แบบประเมินตราบาปแตกต่างกันไป ปัจจุบันเน้นเฉพาะมาตรวัดที่เหมาะสมกับผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิต

3.5.1 แบบประเมินตามประสบการณ์ของกลุ่มผู้มีความผิดปกติทางจิต (Consumer Experiences of Stigma Questionnaire : CESQ) ของ Wahl (1999) โดยสร้างแบบวัดในการสำรวจประสบการณ์การถูกตีตราและการถูกแบ่งแยกในกลุ่มผู้มีความผิดปกติทางจิต เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือกลุ่มผู้มีความผิดปกติให้หายกลับสู่สภาพเดิม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับการถูกตีตราของบุคคล ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับการถูกแบ่งแยกกีดกัน

3.5.2 แบบประเมินการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของอุบลรัตน์ สิงห์เสนี และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2552) พัฒนาจาก ภัทรภรณ์ พุงปันคำ และอรรณว วรณชาติ (2550) ดัดแปลงตามแนวคิดของ Wahl (1999) ประเมินการรับรู้ตราบาปของผู้เป็นโรคจิตเภท ประกอบด้วย คำถาม 21 ข้อ โดยวัดการรับรู้ตราบาป 2 ด้าน ด้านการถูกตีตราจำนวน 9 ข้อ และด้านการถูกแบ่งแยกกีดกันจำนวน 12 ข้อ ซึ่งคำถามส่วนใหญ่เป็นคำถามด้านลบ โดยมีข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด 4 ข้อ โดยนำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ 0.9 และวัดความเชื่อมั่นของแบบวัดได้เท่ากับ 0.76

3.5.3 แบบวัดความรู้สึกตราบาปของผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชรูปแบบประเทศจีน (The Chinese version of The Self-Stigma of Mental Illness Scale : CSSMIS) ของ Fung et al. (2007) ต่อมา สุธิสา ดีเพชร และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2558) ได้นำมาพัฒนา แปล และเรียบเรียงเป็นภาษาไทยให้ใกล้เคียงกับบริบทของสังคมไทย โดยมีเนื้อหา องค์ประกอบ 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การรับรู้ว่าตนเองเป็นผู้ป่วยทางจิต (Stereotype awareness) ส่วนที่ 2 ความคิดที่เห็นเหมือนกับทัศนคติของสังคม (stereotype agreement) ส่วนที่ 3 ความรู้สึกว่ามันเป็นตัวตนเองตัวเอง (self-concurrence) และส่วนที่ 4 ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement) แต่ละส่วนประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม รวมเป็น 60 ข้อ มีลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 9 ช่วง ตั้งแต่ 1-9 ระดับ คือ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของแต่ละข้อคำถามมารวมกัน มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 60 ถึง 540 คะแนน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความรู้สึกตราบาปของ สุธิสา ดีเพชร และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2558) ซึ่งแปลมาจาก CSSMIS ของ Fung et al. (2007) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีความครอบคลุมทั้ง 4 ด้านคือ การตีตรา การถูกแบ่งแยก ครอบคลุมไปถึงความเชื่อทัศนคติ และการประเมินคุณค่าในตนเองที่แบบประเมินที่ผ่านมายังไม่มี และยังเป็นแบบประเมินในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท

3.6 การพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Arboleda-Flórez and Stuart (2012) ได้เสนอวิธีการลดตราบาปไว้ 6 วิธี ได้แก่

3.6.1 การให้ความรู้ ทำให้เพิ่มความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ความตระหนักถึงความสำคัญของการเจ็บป่วยทางจิต เป็นความพยายามที่จะแทนที่ความคิดเดิม ให้ความรู้ ทำให้มีความคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต

3.6.2 การเรียกร้อย หรือต่อต้านการนำเสนอภาพลักษณ์ในทางลบของผู้เจ็บป่วยทางจิต จะได้ผลก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนจากสื่อ อย่างไรก็ตามการประท้วงจะส่งผลกระทบต่อตราบาปได้ในระยะเวลาอันสั้น แต่การเรียกร้อยไม่ได้ช่วยส่งเสริมให้สังคมมองภาพของผู้เจ็บป่วยทางจิตดีขึ้น (Corrigan, 2004)

3.6.3 การมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง หรือมีการพูดคุยกับผู้ป่วยที่อาการทางจิตสงบ ส่งผลอย่างมากต่อการเพิ่มความรู้อคติทางลบ และลดระยะห่างทางสังคม และการติดต่อสื่อสารกันในสถานการณ์ทั่วไป หรือสถานการณ์ที่ไม่เป็นทางการนั้นจะช่วยลดการรับรู้ตราบาปได้ดีที่สุด (Corrigan, 2004)

3.6.4 การปฏิรูปกฎหมาย เพื่อป้องกันการแบ่งแยกกีดกันในสังคม เพิ่มสวัสดิการทางสังคม เช่น การจัดที่พักอาศัยในพื้นที่จ้างงาน การให้การศึกษา

3.6.5 สนับสนุนผู้ป่วยทางจิตได้รับสิทธิและเสรีภาพ และช่องทางในการรับสิทธิ

3.6.6 สนับสนุนให้มีการจัดการรับรู้ตราบาปด้วยตนเอง สอดคล้องกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเอง โดยผ่านกระบวนการรับรู้สมรรถนะ ช่วยลดการรับรู้ตราบาป เพิ่มความมั่นใจในการดำรงชีวิตในสังคม

Corrigan and Watson (2004) กล่าวว่า การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวช เป็นโรคทางสมอง เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ช่วยลดความรู้สึกผิดในผู้ป่วยจิตเวช และเพิ่มมุมมองด้านบวก ได้รับความสงสารและเห็นใจจากภาวะอาการแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตราย

สรุปได้ว่า การลดความรู้สึกตราบาป สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การให้ความรู้ การนำเสนอประชาสัมพันธ์จากสื่อ การมีปฏิสัมพันธ์ การปฏิรูปกฎหมาย การสนับสนุนสิทธิเสรีภาพ และการสนับสนุนให้มีการจัดการความรู้สึกตราบาปด้วยตนเองซึ่งจะเป็นวิธีที่ยั่งยืน

เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ประกอบด้วย การใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นร่างกายและอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสามารถของตนเอง เชื่อในสมรรถนะของตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ (Badura, 1997) คือ ลดความรู้สึกตราบาปสามารถดำรงชีวิตในสังคม ชุมชนอย่างมั่นใจ ไปตรวจตามนัด รับประทานยาตามแผนการรักษา และไม่เกิดอาการกำเริบ

4. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4.1 แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Bandura (1997) ได้อธิบายแนวคิด โดยกล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนามาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก คือ 1) แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation learning) 2) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulatory) 3) แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็น ความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการจัดการ โดยบุคคลตัดสินความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมบางอย่าง และการดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ โดยบุคคลที่ เชื่อความสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ จะกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคคลนั้นปฏิบัติ กิจกรรมดังกล่าวจนบรรลุผลสำเร็จ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น ส่งผลต่อการกระทำของบุคคล โดยแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆดังนี้

1) ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมี ความสามารถ และมั่นใจที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการปฏิบัตินั้นๆจนประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็น ความเชื่อก่อนที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ หรือแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งการรับรู้ สมรรถนะเป็นผลที่ได้จากการเรียนรู้จากตัวแบบในสังคม (social behavior) หรือการได้กระทำ พฤติกรรมนั้นๆด้วยตนเอง

2) ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการกระทำ (outcome expectancies) เป็นความเชื่อมั่น ของบุคคลที่ใช้ประเมินพฤติกรรมของตนเอง ว่าส่งผลตามที่คาดหวังไว้ เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นใน สมรรถนะแห่งตนจะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนเองต้องการจนประสบความสำเร็จ มีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย จนประสบความสำเร็จในที่สุด

สรุปคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนประกอบด้วย ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและความ คาดหวังในผลลัพธ์ ซึ่งส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม หากเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถ และมั่นใจว่า ทำได้ ก็จะลงมือปฏิบัติอย่างไม่ท้อถอย จนประสบความสำเร็จตามที่คาดหวัง

ในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของกระบวนการความคิด การรับรู้ อารมณ์ และ การรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ยิ่งป่วยเรื้อรังนานจะยิ่งมีความบกพร่อง ทางเขาวนปัญญาและความคิดมากขึ้นนั้น ทำให้ยากต่อการแก้ไข ทั้งในเรื่องการเรียนรู้ การรับรู้ การ เพิ่มทักษะ การพัฒนาตนเองในด้านต่างๆให้กลับมาเป็นปกติ (ยาใจ สิทธิมงคล ,2539) ความเรื้อรัง ของโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทค่อยๆสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ถูกปฏิเสธจาก ครอบครัวและสังคม ไม่มีงานทำ ต้องพึ่งพาผู้อื่น สร้างความทุกข์ทรมานตลอดชีวิต เป็นข้อจำกัดของ

ผู้ป่วยที่จะใช้ชีวิตตามปกติ ความคาดหวังในชีวิตลดลง ผู้ป่วยจิตเภทจึงมักได้รับการตัดสินว่าไร้ความสามารถมาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว (มาโนช หล่อตระกูล, 2541) จึงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ประเมินตนเองว่าด้อยค่า ไร้ความสามารถ (Corrigan and Wassel, 2008)

4.2 วิธีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ได้อธิบายว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคล มีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล 4 ประการ

4.2.1 การเลือกกระทำพฤติกรรม บุคคลจะมีการตัดสินใจอยู่ตลอดว่าจะเลือกกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม เป็นผลมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ถ้าบุคคลเชื่อว่าสามารถกระทำพฤติกรรมให้บรรลุผลสำเร็จได้ แสดงให้เห็นถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง และถ้าบุคคลไม่มีสมรรถนะเพียงพอในการกระทำให้บรรลุผลสำเร็จ หลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรม แสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ

4.2.2 การใช้ความพยายามและความอดทน โดยสมรรถนะของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดความพยายามและความอดทนว่าจะใช้เท่าใด ถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะอดทนและพยายามในการทำงานมาก และมักประสบความสำเร็จ ในทางตรงกันข้าม เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ทำให้ขาดความพยายามในการทำงานและเลิกไปในที่สุด

4.2.3 รูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความเอาใจใส่และพยายามกระทำพฤติกรรมต่างๆสูง ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ จะเกิดความยากลำบากในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ เกิดความเครียดและทำลายสมรรถนะความสามารถของตนเอง

4.2.4 กำหนดการกระทำพฤติกรรมเอง โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะคิดรู้สึก และกระทำพฤติกรรมที่มีความน่าสนใจ มีความท้าทาย หากยังไม่บรรลุเป้าหมายจะมีความพยายามมากยิ่งขึ้น หากล้มเหลวในการกระทำพฤติกรรมจะใช้เวลาล้มเหลวนั้นเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งแตกต่างจากบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ มักจะใช้สมรรถนะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตตนเอง มีความพยายามและความทะเยอทะยานต่ำ เครียดและวิตกกังวลเป็นอย่างมาก เมื่อพบกับปัญหาอุปสรรคก็จะล้มเลิกกระทำพฤติกรรมนั้น

จากแนวคิดข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการกระทำพฤติกรรมและบุคคลจะรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นขึ้นอยู่กับมิติการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดังนี้

1) มิติระดับความยากง่ายของพฤติกรรม (level) บุคคลใดที่รับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ง่าย และรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าสามารถทำได้ จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น และหากบุคคลรับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมเป็นเรื่องยาก จะทำให้บุคคลขาดความมั่นใจ หลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรม

2) มิติการเชื่อมโยงประสบการณ์ (generality) เมื่อบุคคลพบเหตุการณ์ที่มีความคล้ายคลึงกับประสบการณ์เดิมในอดีตที่ประสบความสำเร็จ บุคคลนั้นจะเชื่อมโยงทักษะประสบการณ์ และมีความมั่นใจกระทำพฤติกรรมใหม่

3) มิติระดับความเข้มแข็งของบุคคล (strength) บุคคลที่มีความเข้มแข็งจะเชื่อมั่นว่าตนมีสมรรถนะและมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งไม่ยากเกินความสามารถของตนเองและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น

4.3 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

มีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยทั่วไปที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1997) ดังนี้ คือ

แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไปของ Sherer and Maddux (1982) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยสร้างเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนขึ้น เรียกว่า แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป (The general Self-efficacy) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต 4 อันดับ ซึ่งจะวัดคุณลักษณะ 3 ประการของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนำไปทดสอบกับนักศึกษาวิชาจิตวิทยา จำนวน 376 คน จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์องค์ประกอบและตัดข้อคำถามที่ไม่เข้าเกณฑ์ความเชื่อมั่นออกจนเหลือข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไปจำนวน 17 ข้อ และส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านสังคมจำนวน 6 ข้อ โดยข้อคำถามทั้ง 2 ส่วนจะเป็นการประเมินระดับความรู้สึนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติ หรือกระทำกิจกรรมใดๆกิจกรรมหนึ่งเป็นการประเมินในการกระทำกิจกรรมโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

Littlefield and Daneman (1992) ได้ปรับเครื่องมือวัดสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งพาอินซูลินของคินเจอร์และกลาสโกว์ เพื่อนำมาประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในเด็ก ซึ่งไม่ได้กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีกี่มิติ การให้คะแนนโดยใช้สัญลักษณ์ คือ A+ หมายถึง มั่นใจมาก A หมายถึง มั่นใจปานกลาง และ F หมายถึง ไม่มั่นใจเลย ซึ่ง Littlefield กล่าวถึงการให้คะแนนแบบใช้สัญลักษณ์เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กสนใจและง่ายต่อการตอบ

Jerusalem and Schwarzer (1993) ได้สร้างเครื่องมือวัดสมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป ตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1997) โดยข้อคำถามถึงความเชื่อมั่นของบุคคลจำนวน 10 ข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จาก 23 ประเทศ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.76-0.90

ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ได้สร้างเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการวัดความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การทำ

กิจกรรมและการออกกำลังกาย การควบคุมความเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การพักผ่อนและการจัดการกับความเครียด ข้อคำถาม 17 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 0.84

ศรินธร มังคะมณี (2547) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดัดแปลงแบบสอบถามของศศิธร ชัยวิเศษ (2541) ซึ่งสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และใช้ในการตรวจสอบโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์วันรุ่นครรภ์แรก ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วันรุ่นครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ตามแนวคิดของ Bandura

สุนันทา นวลเจริญ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดัดแปลงมาจาก แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของศรินธร มังคะมณี (2547) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 30 คน โดยผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ .99 และด้านความเที่ยงเท่ากับ .84

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสุนันทา นวลเจริญ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) โดยมีทั้งหมด 20 ข้อคำถาม และใช้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่ในงานวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงได้แปลงความหมายของเนื้อหา และตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องออกเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อใช้สอบถามความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภท ได้จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ หากผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับมาก แสดงว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตเมื่อต้องเผชิญกับความรู้อีกตราบาป ส่งผลให้ความรู้อีกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทลดลงด้วย

4.4 การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีดังนี้

การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น Bandura (1997) ได้เสนอแหล่งข้อมูลในการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการที่คนเราจะสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ 4 แหล่ง ดังนี้

4.4.1 ประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experiences) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของบุคคลมากที่สุด เพราะความสำเร็จจากการกระทำเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้การนำเสนอประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน ที่ผู้ป่วยประสบด้วยตนเอง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การในการเผชิญปัญหา มาใช้เป็นแนวทางส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4.4.2 การได้เห็นตัวแบบ (modeling) หรือประสบการณ์ของคนอื่น (Vicarious experience) เป็นการกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบ เมื่อบุคคลได้เห็นและสังเกตตัวแบบกระทำพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และมีความพึงพอใจต่อผลการกระทำที่ได้รับ จะทำให้ผู้ที่สังเกตตัวแบบเกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จได้เช่นกัน โดยการได้เห็นตัวแบบ ประกอบด้วยกระบวนการดังนี้

1) กระบวนการตั้งใจ (attentional process) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต ถ้าไม่มีความตั้งใจและการรับรู้ถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมา ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านตัวแบบ และองค์ประกอบด้านผู้สังเกต โดยตัวแบบจะต้องมีลักษณะเด่นชัด ไม่ซับซ้อน นำไปใช้ประโยชน์ได้ ด้านผู้สังเกต ต้องมีการเห็น การได้ยิน การรับรส รวมทั้งความสามารถด้านปัญญา ระดับความตื่นตัว ความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว

2) กระบวนการเก็บจำ (retention process) บุคคลจะต้องจดจำลักษณะของตัวแบบ และจัดโครงสร้างเพื่อให้ง่ายขึ้น เมื่อบุคคลจำจึงจะมีความสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทันที หรือเลียนแบบหลังจากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะหนึ่ง

3) กระบวนการกระทำ (production process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่จำไว้แสดงออกมาเป็นการกระทำ

4) กระบวนการจูงใจ (motivational process) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตได้จากตัวแบบ อาจแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับสิ่งจูงใจภายนอก ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบเป็นที่น่าพอใจ จะมีแนวโน้มสูงที่ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจและคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ

สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรม จนเกิดกระบวนการดังกล่าวข้างต้น ก็จะเกิดการแสดงพฤติกรรมนั้นๆออกมาตามตัวแบบที่สังเกต โดยการใช้นั้นประกอบด้วยตัวแบบ 2 ประเภท ดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

1) ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (live model) หมายถึง ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ผู้สังเกตสามารถมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง ข้อดีของตัวแบบบุคคลจริง คือ สามารถปรับปรุงพฤติกรรม เพื่อให้การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมนั้นชัดเจน หรือเหมาะสมกับสถานการณ์ให้มากขึ้น และยังช่วยให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจในตัวแบบและเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้ดี

2) ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) ได้แก่ การนำเสนอตัวแบบจากภาพยนตร์ วิดีโอเทป หนังสือ ภาพพลิก การ์ตูน โดยมีการจัดเตรียมเรื่องราวไว้นำเสนอผลดีของตัวแบบ ลักษณะคือ สามารถมุ่งเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรม รวมทั้งควบคุมพฤติกรรมและผลกระทบของตัวแบบได้ และสามารถเก็บไปใช้ได้อีก

ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง เป็นบุคคลที่เคยมีความรู้สึกตราบาปในอดีต ปัจจุบันสามารถจัดการกับความรู้สึกตราบาปได้ เพื่อให้ตัวแบบได้นำเสนอประสบการณ์ให้กลุ่มฟัง และปัจจุบันตัวแบบมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น รับประทานยาต่อเนื่อง ไป

ตรวจตามนัด ไม่รู้สึกอับอายที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ไม่รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรง สามารถตอบคำถามและเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้

4.4.3 การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการรับคำแนะนำ ชักจูงจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาสมรรถนะของตนเองทำให้บุคคลเกิดความเชื่อต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ทำให้ประสบความสำเร็จ รวมทั้งเป็นการให้กำลังใจ เพิ่มความมั่นใจ และควรใช้ร่วมกับประสบการณ์ความสำเร็จ พร้อมทั้งใช้คำพูดชักจูงให้บุคคลพัฒนาและกระทำพฤติกรรมจนสำเร็จ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำขั้นตอนการใช้คำพูดชักจูง ในกิจกรรมที่ 1 คือ การสร้างสัมพันธภาพและชักจูงใจ ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เมื่อผู้ป่วยได้ความรู้ คำแนะนำและคำพูดชักจูงเกี่ยวกับโรคจิตเภทจะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Efficacy beliefs) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทว่า เกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติช่วยลดความรู้สึกผิดที่มีต่อตนเอง เป็นการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมกับผู้ป่วย ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง

4.4.4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (physiological and emotional arousal) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในภาวะที่มีความกลัว วิดกกังวล เกิดความเครียด ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด จะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียดจะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (สุนันทา นวลเจริญ และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; Bandura, 1997) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถเผชิญกับความรูสึกตราบาปได้ เป็นส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้กับการกระทำ มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) มาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตเมื่อต้องเผชิญกับการรับรู้ตราบาป

4.5 บทบาทพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยดังนี้

4.5.1 บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Practitioners) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทด้านสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น พยาบาลต้องมีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) เพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการรายบุคคล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และ

จิตวิญญาณ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) มีความสามารถในการพัฒนาจัดการ และกำกับระบบการดูแล กลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะหรือโรคเฉพาะ (Care Management) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท โดยในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น พยาบาลยังมีบทบาทการเป็นผู้ให้การดูแล (Caregiver) ดูแลสุขภาพ ป้องกัน ส่งเสริม พัฒนาคุณภาพ

4.5.2 บทบาทผู้ให้ความรู้ (Educator) เน้นการบูรณาการการใช้ข้อมูลหลักฐานทางการพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเองตนเอง เน้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้การมีสมรรถนะแห่งตน พิจารณาในเรื่องที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง มั่นใจที่จะแสดงพฤติกรรม และนำมาปรับใช้ในสถานการณ์เมื่อเกิดการรับรู้ตราบาปได้เหมาะสม ตามแนวคิดของ Bandura (1997) เป็นตัวแทนในการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย (Advocacy) ด้านความเทียบเท่าในสังคม การรักษาพยาบาล รวมทั้งพัฒนาความร่วมมือระหว่างวิชาชีพต่างๆในการแสดงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการรับรู้ตราบาป

4.5.3 บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) พยาบาลต้องมีความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาในการดูแล แสดงถึงการเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิต และจิตเวชนั้น สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะที่ตนเชี่ยวชาญ (Consultation) มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) ประสานความร่วมมือกับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร บุคลากรในทีมสุขภาพ ครอบครัวของผู้ป่วยและแหล่งสนับสนุนในชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยและดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในชุมชน

4.5.4 บทบาทด้านการวิจัย (Researcher) มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) และนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัย เป็นผู้นำการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาความรู้และนำผลวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลในการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาล

4.5.5 บทบาทการเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ (Role model) รวมถึงด้านสุขภาพจิต และกระบวนการคิดการรับรู้ พยาบาลมีการแสดงบุคลิกลักษณะเปิดเผยเพื่อเป็นแบบอย่าง ให้ผู้ป่วยมีการเปิดเผยตนเอง ไม่แสดงความแบ่งแยกกีดกัน ให้ผู้ป่วยได้รู้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นเรื่องปกติ ไม่ได้เป็นเรื่องน่ารังเกียจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนอย่างมีความสุข

ดังนั้น พยาบาล จึงเป็นผู้มีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้มากขึ้น ให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดำรงชีวิตของตนเอง ตามแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนอย่างมีความสุข

5. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่มีความเชื่อว่า บุคคลจะตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆให้ประสบความสำเร็จได้ตามต้องการ เมื่อเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งเหล่านั้นให้สำเร็จได้ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำของบุคคล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาได้จาก 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) การพูดชักจูง ใช้คำพูดอธิบาย แนะนำชักชวน กระตุ้นเพื่อให้เชื่อว่าตนเองสามารถดูแลตนเองได้ และมั่นใจเมื่อต้องเผชิญกับตราบาป เน้นการเปิดเผยเพื่อเรียนรู้ปัญหาพร้อมกัน 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองก็สามารถประสบความสำเร็จได้ตามตัวแบบ เกิดการเรียนรู้ แนวทาง 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเองจะเป็นประสบการณ์ตรง ส่งผลต่อความรู้สึก เกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญกับความรู้สึกตราบาป 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ การกระตุ้นทางด้านลบทำให้เกิดอารมณ์เครียด ทำให้การรับรู้ความสามารถต่ำลง แต่หากเรียนรู้การเผชิญกับความเครียดทั้งทางร่างกายและอารมณ์ จะช่วยให้การรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น (Bandura, 1997) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกตราบาปจากการรับรู้ตราบาปจากสังคม จะมีการรับรู้คุณค่าและสมรรถนะแห่งตนลดลง มีความรู้สึกว่าการศึกษาทำให้สุขภาพแย่ลง ไม่เชื่อว่าตนเองจะดูแลสุขภาพได้ มีทัศนคติต่อตนเองในทางลบ ไม่ดูแลตนเอง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Corrigan, 2004; Fung et al., 2007; เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547; สุธิสา ดีเพชร และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำกระบวนการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 4 ขั้นตอน 4 กิจกรรม ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60-90 นาที ติดต่อกันทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพและชักจูงใจ โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ ใช้คำพูดเพื่อชักจูงให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาป เริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป สร้างความคุ้นเคย ช่วยให้เกิดความไว้วางใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงกิจกรรมและระยะเวลาในการทำกิจกรรม ประเมินความคิดที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเอง ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง แลกเปลี่ยนการรับรู้และการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์และระบาย

การรับรู้ตราบาป โดยเน้นการเปิดเผยตนเอง ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการรักษา ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเอาชนะการเจ็บป่วยด้วยตนเองโดยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต การให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคม

กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้ผ่านตัวแบบ

ผู้วิจัยนำเสนอตัวแบบจริงที่ประสบความสำเร็จกับการจัดการกับความรูสึกตราบาป ซึ่งมีการกำหนดสถานการณ์ไว้ล่วงหน้าแล้ว โดยให้ตัวแบบจริงเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดความรูสึกตราบาป ผลกระทบ และวิธีการจัดการกับความรูสึกตราบาป สะท้อนให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มปรับมุมมองของความคิดและใช้คำพูดทางบวกเสริมแรง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดำรงชีวิตของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง

ผู้วิจัยจำลองสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความรูสึกตราบาป เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับรู้ปัญหา ผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการอภิปรายแลกเปลี่ยนวิธี การคิดการรับรู้ และการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม สรุปประเด็น เปิดโอกาสให้ซักถาม/สิ่งที่ได้รับ

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันในการเผชิญความรูสึกตราบาป เมื่อเครียด ไม่สบายใจ แลกเปลี่ยนการเผชิญปัญหา อภิปรายและแลกเปลี่ยนวิธีการคิด การรับรู้และการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ชมเชย ให้กำลังใจกันภายในกลุ่ม ให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ตราบาป

ตารางที่ 1 การบูรณาการการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura(1997)	โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา
<p>1. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการรับคำแนะนำชักจูงจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาสมรรถนะของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆให้ประสบความสำเร็จ</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพและชักจูงใจ</p> <p>ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ขจัดปัญหาความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยออกไปช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ นำไปสู่ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม (Corrigan and Rao, 2012) พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมและระยะเวลาในการทำกิจกรรม ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท จากนั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับรู้และการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้ระบายการรับรู้ประสบการณ์ตราบาป โดยเน้นการเปิดเผยตนเอง เป็นการประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ เกิดความเข้าใจในตนเอง การให้กำลังใจช่วยเพิ่มความมั่นใจ เป็นการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สุทธิสา ดีเพชร และเพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์, 2558) โดยการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ และใช้คำพูดชักจูงส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2557; Bandura, 1997) เพื่อให้ผู้ป่วยเมื่อได้รับคำแนะนำและคำพูดชักจูงจะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Efficacy beliefs) เกิดความเชื่อว่าสามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ (Bandura, 1997) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่เกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติช่วยลดความรู้สึกผิดที่มีต่อตนเอง (Corrigan and Watson, 2004)</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน Bandura(1997)	โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา
<p>2. การได้เห็นตัวแบบ (modeling) เมื่อผู้ป่วยได้เห็นและสังเกตตัวแบบกระทำพฤติกรรม และมีความพอใจต่อผลของการกระทำ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความ รู้สึกว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จได้เช่นกัน มีดังนี้</p> <p>2.1 กระบวนการความตั้งใจ (attentional process) ผู้ป่วยไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการ สังเกต หากขาดซึ่งความตั้งใจ และรับรู้ถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมา</p> <p>2.2 กระบวนการเก็บจำ (retention process) โดยผู้ป่วยจะต้องจดจำลักษณะของตัวแบบ เมื่อผู้ป่วยมีความจำจึงจะสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทันทีหรือเมื่อผ่านไประยะหนึ่ง</p> <p>2.3 กระบวนการกระทำ (production process) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยแปลงสัญลักษณ์ที่จำไว้แสดงออกมาเป็นการกระทำ</p> <p>2.4 กระบวนการจูงใจ (motivational process) พฤติกรรมของตัวแบบที่น่าพอใจ จะมีแนวโน้มสูงที่ผู้ป่วยเกิดความพอใจและคามหวังผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้ผ่านตัวแบบ เป็นการกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบ เมื่อผู้ป่วยได้เห็นหรือสังเกตตัวแบบกระทำพฤติกรรมและมีความพึงพอใจต่อผลของการกระทำที่ได้รับ จะเกิดการจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าสามารถประสบความสำเร็จได้เช่นกัน (Bandura, 1997) โดยในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีคะแนนการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ (สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญนภา แดงด้อม ยุทธ์,2558) มีทัศนคติต่อโรคจิตเภทในทางบวก เห็นคุณค่าในตนเองว่า ถึงแม้จะป่วยด้วยโรคจิตเภทแต่ก็สามารถช่วยเหลือตนเอง หรือครอบครัวได้ ไม่เก็บมาคิดเมื่อถูกล้อเลียน และมีพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการไม่ตีตราตนเอง เช่น รับประทานยาต่อเนื่อง ไปตรวจตามนัด ทำกิจกรรมตามปกติ เช่น ไปตลาด ไปวัด ไม่แยกตนเองออกจากสังคม โดยผู้วิจัยจะให้ตัวแบบเล่าพูดถึงการมีพฤติกรรมข้างต้น วิธีการจัดการกับการรับรู้ตราบาป สะท้อนให้ผู้ป่วยปรับมุมมองของความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตราบาป วิธีการแก้ไข เกิดการเก็บจำและปรับความคิดที่ว่า ตนเองต้องรู้สึกอับอายจากการเป็นโรคจิตเภทหรืออับอายที่ต้องรับประทานยาจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อโรคจิตเภทในทางบวกไม่คิดว่าการเจ็บป่วยของตนเป็นเหมือนกับที่บุคคลอื่นมองตนเอง (Arboleda-FLOrez and Stuart, 2012) ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเองได้ชัดเจนหรือเหมาะสมกับสถานการณ์มากยิ่งขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับตัวแบบและเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบ (Bandura, 1997) จากนั้นผู้วิจัยให้ใบงานบันทึกความรู้สึกที่มีต่อตนเองในขณะใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านในแต่ละวัน โดยเน้นผลกระทบจากความรู้สึกตราบาป</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน Bandura(1997)	โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา
<p>3. ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experiences) ความสำเร็จทำให้เพิ่มสมรรถนะของบุคคล ดังนั้นจึงจำเป็น ต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะอย่างเพียงพอเพื่อให้กระทำพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถมากที่สุด เพราะความสำเร็จจากการกระทำเป็นปัจจัยที่ตนเองได้รับโดยตรงเมื่อกระทำจนประสบความสำเร็จหลายๆครั้ง จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังในความสามารถของตนมากขึ้นและกระทำจนประสบความสำเร็จ ทำให้เพิ่มการรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วย (Bandura, 1997) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนและร่วมอภิปรายเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ที่ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยนำเสนอเป็นรายบุคคล จากนั้นมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเผชิญปัญหา วิธีการคิดและการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ประสบการณ์ความสำเร็จของผู้ป่วยแต่ละรายจะเป็นประสบการณ์ตรง มีผลต่อการรับรู้มากขึ้น เกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง การกระตุ้นให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สุนันทา นवलเจริญ และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; Bandura, 1997)</p>

แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตน Bandura(1997)	โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา
<p>4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (physiological and emotional arousal) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในภาวะอารมณ์ที่บุคคลมีความกลัว วิดก กังวล เกิดความเครียด ซึ่ง ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่ง ตนที่จะกระทำ พฤติกรรมนั้นๆ</p>	<p>กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในภาวะที่ผู้ป่วยมีความกลัว วิดก กังวล เกิดความเครียด ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด หรือคับข้องใจ จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (สุนันทา นวลเจริญ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; Bandura, 1997) ผู้วิจัยได้ช่วยให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและมีการแสดงออกที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าทำได้และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเผชิญกับความรู้อีกตราบ่าบได้ เป็นการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ , 2558; Bandura, 1997)</p>

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศ

ศรินธร มังคะมณี (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จับคู่ด้วยคะแนนของแบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรส โปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม 6 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 3 และ 5 ไม่มีกิจกรรม) ผลการศึกษาพบว่า 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อรัญญา คำพิง (2552) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ต่อการรับรู้ตราบาบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพิชัยจังหวัดอุดรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพิชัยจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 14 คน ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลในระยะ 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล

อุบลรัตน์ สิงหเสนี (2552) ได้ทำการศึกษาการรับรู้ตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการทางบวก ทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราบาบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 120 คน ผลการศึกษา พบว่า 1) การรับรู้ตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาบของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.404, -.398, -.383$ ตามลำดับ) กลุ่มอาการทางบวก ทางลบ การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาบของผู้ป่วยจิตเภท

ศิริพร ชวนชาติ (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทั้งเพศชายและหญิง ปีการศึกษา 2551 จำนวน 2 โรงเรียน จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน โปรแกรมประกอบด้วย 7 กิจกรรม ใช้เวลา 7 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า 1) พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะแห่งตน หลังการทดลอง 2 สัปดาห์และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะแห่งตน หลังการทดลอง 2 สัปดาห์และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มเด็กวัยรุ่นที่ได้รับความรู้ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภาวดี บุญชู อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2551) ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทตามคุณสมบัติจำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน โปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม

ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้ว่าการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนันทา นวลเจริญ และ อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมาโรงพยาบาลเสนาจำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน คือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมรับรู้สมรรถนะแห่งตน โปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า 1) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) หลังการทดลองพบว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรรษชา จำปาศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2555) ได้ทำการศึกษาการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ต่อการรับรู้ตราบาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยการจับคู่ตามเพศ และอาการทางจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังรับการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง และเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาประหว่างกลุ่มที่ได้รับการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า 1) การรับรู้ตราบาของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) การรับรู้ตราบาหลังการทดลองของกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิดา สุวรรณชาติ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2557) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตด้วยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตด้วยผู้ใหญ่ อายุ 18-59 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคจิต โรงพยาบาลแก่งกระจาน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 คน จับคู่โดยเพศ และระดับการควบคุมโรคจิต กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมรับรู้สมรรถนะแห่งตน โปรแกรมประกอบด้วย 4 แนวทาง ใช้เวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตด้วยผู้ใหญ่ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตด้วยผู้ใหญ่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เอมทัย ศรีจันท์ (2557) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเภทที่รับบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน จับคู่ด้วยจำนวนมวนในการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้เวลา 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2558) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 36 คน คัดเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม การจับคู่ด้วยอายุ และกลุ่มอาการทางบวก อาการทางลบของกลุ่มตัวอย่าง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาป ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โปรแกรมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ขั้นตอนรวม 4 สัปดาห์ พบว่า 1) ความรู้สึกรับตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) ความรู้สึกรับตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Angermeyer and Matscinger (2003) ศึกษาเรื่องตราบาปในผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาผลกระทบของตราบาปต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ชาวเยอรมันจำนวน 5,025 คน ผลการศึกษาพบว่า ตราบาปในโรคทางจิตเวชมีผลกระทบอย่างมาก โดยเฉพาะการมีภพตายตัวในเรื่องเป็นอันตราย มีผลทางด้านลบต่อปฏิกริยาทางอารมณ์ที่บุคคลมีต่อผู้ป่วยจิตเภท และเพิ่มระยะห่างทางสังคม โดยการตราบาปไม่มีผลกระทบต่อทัศนคติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Corrigan et al. (2004) ได้ทำการศึกษาโครงสร้างของตราบาปจากการเจ็บป่วยทางจิตและการถูกแบ่งแยกกีดกัน การเลือกปฏิบัติ เพื่อขยายความเข้าใจของกระบวนการเกิดตราบาปต่อผู้ป่วยทางจิต ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ ได้นำมาปรับใช้ในทางจิตเวช ในรูปแบบของการไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ (Disability model) โดยมีปรากฏการณ์ที่สำคัญคือ การปรับตัวทางสังคม

Werner et al. (2008) ได้ทำการศึกษาการรับรู้ตราบาป การรับรู้คุณค่าในตนเอง และอายุในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราบาป และการรับรู้คุณค่าในตนเองในผู้ป่วย

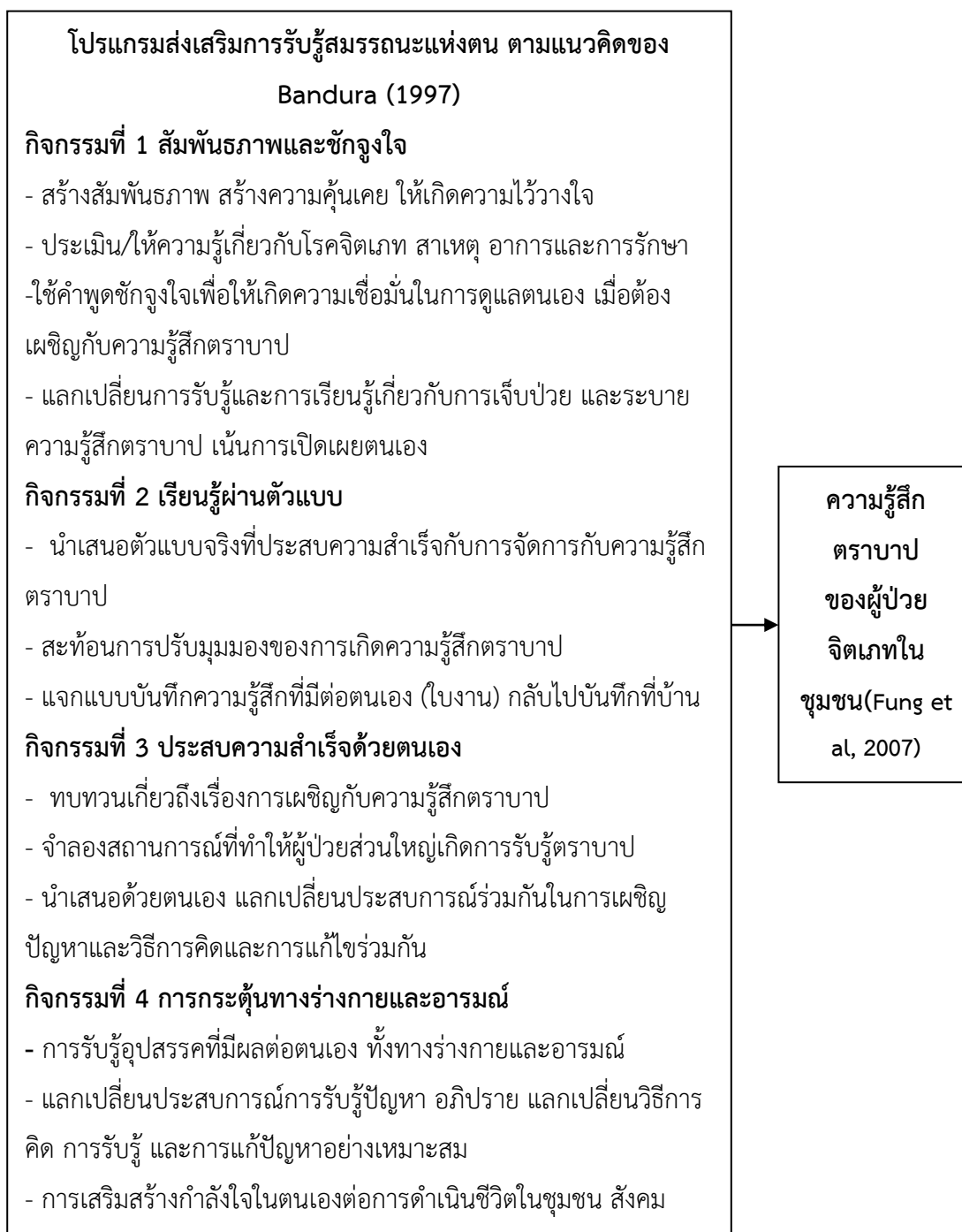
จิตเภท กลุ่มที่มีอายุน้อยกับกลุ่มที่มีอายุมาก โดยทำ Face to Face Interview ในผู้ป่วยจิตเภท 86 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่มีอายุมาก จะมีการรับรู้ตราบาปน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย

Brohan et al. (2010) ศึกษาการรับรู้ตราบาป ปลั่งอำนาจ และการรับรู้การแบ่งแยกกีดกันของผู้ป่วยจิตเภทใน 14 ประเทศในยุโรป ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง คิดเป็นร้อยละ 41.7

Uchino et al. (2012) ได้ทำการศึกษาให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิต อารมณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอารมณ์ ที่มารับการรักษาในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 56 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษากับกลุ่ม ควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ระยะห่างจากสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา การหยิ่งรู้เรื่องโรคจิต มี นัยสัมพันธ์ทางสถิติที่ 0.01 และพบว่า การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษามีส่วนสำคัญที่ จะช่วยลดการรับรู้ตราบาปได้

Gerlinger et al. (2013) ได้ทำการปริทัศน์เป็นระบบ โดยศึกษาความชุก ความสัมพันธ์ และผลกระทบของการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท ได้ศึกษางานวิจัยทั้งหมด 54 งาน ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ปี 1994-2011 พบว่า มีเพียง 2 งานวิจัยเท่านั้นที่มีลักษณะจำเพาะในการจัดกระทำเกี่ยวกับการรับรู้ ตราบาป ผลการวิจัยพบว่า โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปร้อยละ 64.5 (พิสัย 45.0-80.0) มีประสบการณ์ตราบาปร้อยละ 55.9 (พิสัย 22.5-96.0) และรู้สึกอับอายร้อยละ 49.2 (พิสัย 27.9- 77.0)

7. กรอบแนวคิดการวิจัย



โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ สัมพันธภาพและชักจูงใจ การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นทางอารมณ์ เพื่อจูงใจผู้ป่วย ปรับมุมมองของการเกิดความรู้สึกตราบาป เสริมสร้างกำลังใจและความเชื่อมั่นในตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาป

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Burns & Grove, 2003) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง ความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

O₂ หมายถึง ความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

X หมายถึง การใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

O₃ หมายถึง ความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง ความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD - 10 อาศัยและดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD - 10 อาศัยและดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. มีคะแนนการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนนมากกว่า 216)
3. มีอาการทางจิตทุเลา (มีคะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน)
4. สามารถสื่อสารฟังพูดด้วยภาษาไทย
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกายและทางจิต
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้งานวิจัยของสุธิสา ตีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2558) ซึ่งได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมพลังอำนาจต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนที่เหมาะสมต่อการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท คือ ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยจึงได้กำหนดผู้ป่วยจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับการจับคู่ (Matched Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบท่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. อายุ เนื่องจากพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่ามีการรับรู้ตราบาปน้อยกว่าผู้ที่อายุน้อย (Werner et al., 2008)
2. ระดับคะแนนอาการทางจิต (BPRS) (วรธษา จำปาศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2555)

ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) โดยให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คนแล้วนำมาจับคู่ (Matched Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ อายุ เนื่องจากพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่ามีการรับรู้ตราบาปน้อยกว่าผู้ที่อายุน้อย (Werner et al., 2008) และระดับคะแนนอาการทางจิต (BPRS) โดยการจับคู่ให้อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี และคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ห่างกันไม่เกิน 7 คะแนน เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างครบ 20 คู่ จากนั้นจับฉลากทีละคู่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 20 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชโย มากกว่า 90 วัน ประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale และขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินการรับรู้ตราบาป
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด คือ BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตทุเลา และมีคะแนนการรับรู้ตราบาปมากกว่า 216 คะแนน คืออยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป จำนวน 40 คน
3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง
4. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ (Matched Pair) โดยควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ อายุ เนื่องจากพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่ามีการรับรู้ตราบาปน้อยกว่าผู้ที่อายุน้อย (Werner et al., 2008) และระดับคะแนนอาการทางจิต (BPRS) (วรธษา จำปาศรี และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2555) จากนั้นจับฉลากทีละคู่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 20 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยและเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก แนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลา เพื่อขอความร่วมมือ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะออกจากกรวิจัยโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับ จึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ได้รับการอนุมัติตามรหัสโครงการวิจัยเลขที่ ATGEC02/2561 รับรองตั้งแต่วันที่ 5 มีนาคม 2561 ถึงวันที่ 4 มีนาคม 2562 (เอกสารภาคผนวก ค)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **เครื่องมือดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีขั้นตอนดังนี้

1) ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกตราบาบในผู้ป่วยจิตเภท การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

2) สร้างแผนการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยประยุกต์จากแนวคิดที่ศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม กำหนดโครงสร้างของกิจกรรม วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการและการประเมินผล โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การพูดชักจูง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) การประสบความสำเร็จด้วย และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ มาปรับเป็นกิจกรรมในโปรแกรม 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) สัมพันธภาพและชักจูงใจ 2) เรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 4) การผ่อนคลายทางอารมณ์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญตราบาบ โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกันทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพและชักจูงใจ ระยะเวลา 60-90 นาที

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความพร้อมและแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา ประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ เกิดความเข้าใจในตนเอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท ช่วยลดความรู้สึกผิดที่มีต่อตนเอง ให้ความหมายใหม่ และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้ผ่านตัวแบบ ระยะเวลา 60-90 นาที

สาระสำคัญ ให้ตัวแบบแนะนำตนเอง และเล่าเรื่องเหตุการณ์ตราบาบที่เคยเกิดในอดีต และปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรู้สึกตราบาบในตอนแรก เช่น ไม่รับประทานยา หงุดหงิด นอนไม่หลับ และเล่าถึงการปรับตัวของตัวแบบ วิธีคิดที่ไม่รู้สึกเป็นตราบาบ และมีพฤติกรรมไปในทางเหมาะสม รับประทานยาต่อเนื่อง มาตรฐานตามนัด ไม่รู้สึกเครียด กังวล หรือไม่รู้สึกไม่มั่นใจที่จะทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น โดยมีผู้วิจัยช่วยในการถามคำถามต่อตัวแบบ เมื่อผู้ป่วยได้เห็นและสังเกตตัวแบบ และมีความพอใจต่อผลของการกระทำ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ตนเองสามารถประสบความสำเร็จได้ สะท้อนให้ผู้ป่วยปรับมุมมองของความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตราบาบและการแก้ไข เป็นการปรับความคิดที่ว่า ตนเองต้องรู้สึกอับอายจากการเป็นโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อโรคจิตเภทใน

ทางบวก เป็นการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทางบวก

กิจกรรมที่ 3 ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ระยะเวลา 60-90 นาที

สาระสำคัญ จำลองสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกตราบาบ แลกเปลี่ยนการรับรู้ปัญหาและแลกเปลี่ยนวิธีคิดและการแก้ปัญหา เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น มีการแสดงออกที่เหมาะสม ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณป่วยทางจิตมีความสามารถไม่แตกต่างจากคนทั่วไป เป็นการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย และการเสริมความรู้เรื่อง แนวทางการดูแลตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาบ ให้ผู้ป่วยมีแนวทางและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ระยะเวลา 60-90 นาที

สาระสำคัญ ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยเผชิญความรู้สึกตราบาบในอดีต ที่เคยทำให้รู้สึกวิตกกังวล เครียด หรือไม่มั่นใจในตนเอง แลกเปลี่ยนวิธีการคิดและการแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีการแสดงออกที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับการรับรู้ตราบาบ อภิปรายเรื่องความคิด ความเชื่อมั่นในตนเอง และให้สมาชิกชื่นชม และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น มีการแสดงออกที่เหมาะสม เมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาบ

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. **ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)** โดยนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่พัฒนา ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน และพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี 1 คน โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทุกขั้นตอนให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวที่ใช้ในการศึกษาครั้งจำนวน 5 คน โดยทดลองใช้ทั้ง 4 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ทั้งด้านความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกตราบาบ (The Chinese version of The Self-Stigma of Mental Illness Scale : CSSMIS) ตามแนวคิดของ Fung et al. (2007) นำมาแปลและเรียบเรียง

เป็นภาษาไทยโดย สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2558) โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .95 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

ข้อคำถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การรับรู้ว่าคุณเองเป็นผู้ป่วยทางจิต (Stereotype awareness)

ส่วนที่ 2 ความคิดที่เห็นเหมือนกับทัศนคติของสังคม (stereotype agreement)

ส่วนที่ 3 ความรู้สึกว่ามันเป็นตัวตนเองตัวเอง (self-concurrence)

ส่วนที่ 4 ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement)

แต่ละส่วนประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม รวมเป็น 60 ข้อ มีลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 9 ช่วง ตั้งแต่ 1-9 ระดับ คือ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของแต่ละข้อคำถามมารวมกันมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 60 ถึง 540 คะแนน การแปลผลคะแนนระดับการรับรู้ตราบาป จะพิจารณาตามเกณฑ์ออกเป็น 5 ระดับ น้อยมาก ต่ำ ปานกลาง สูง และสูงมาก โดยใช้หลักทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด)/5 (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

หมายถึง

1.00-2.60 (คะแนน 60-108)	การรับรู้ตราบาปในระดับต่ำมาก
2.61-4.20 (คะแนน 109-216)	การรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ
4.21-5.80 (คะแนน 217-324)	การรับรู้ตราบาปในระดับปานกลาง
5.81-7.40 (คะแนน 325-432)	การรับรู้ตราบาปในระดับสูง
7.41-9.00 (คะแนน 433-540)	การรับรู้ตราบาปในสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ คือ แบบประเมินความรู้สึกตราบาป นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก่ไขเนื้อหา ภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้ระดับความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน มากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา .95 โดยใช้สูตรคำนวณดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนเท่ากับ 3 หรือ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

2) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีความตรงทางเนื้อหา คือแบบประเมินการรับรู้ตราบาป ที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป ได้ค่าความเที่ยงส่วนที่ 1 เท่ากับ .67, ส่วนที่ 2 เท่ากับ .74, ส่วนที่ 3 เท่ากับ .73, ส่วนที่ 4 เท่ากับ .52 และรวมค่าความเที่ยงทั้ง 4 ส่วนเท่ากับ .87 (ดังแสดงในภาคผนวก ง.)

3. เครื่องมือกำกับทดลอง ได้แก่ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ (Bandura, 1997) ดัดแปลงจากแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ สุรินทร์ นวลเจริญ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2555) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 15 ข้อ มี 5 ระดับดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด
- 2 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจมาก
- 5 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจมากที่สุด

เกณฑ์คะแนนรายข้อและโดยรวม คิดได้จากคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแต่ละข้อรวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามของแบบสอบถาม ได้ค่าคะแนนดังนี้

คะแนน 1.00-1.49	คะแนน	หมายถึง	มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 1.50-2.49	คะแนน	หมายถึง	มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ
คะแนน 2.50-3.49	คะแนน	หมายถึง	มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 3.50-4.49	คะแนน	หมายถึง	มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับค่อนข้างสูง
คะแนน 4.50-5.00	คะแนน	หมายถึง	มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การกำกับการทดลอง

ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะต้องมีคะแนนอยู่ในระดับค่อนข้างสูงขึ้นไป (3.5 ขึ้นไป) จึงเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง กรณีที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าระดับที่กำหนด ผู้วิจัยจะพูดคุยเป็นรายบุคคลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาในแต่ละกิจกรรม หลังจากนั้นจะทำการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอีกครั้ง จนกระทั่งคะแนนผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ คือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหา ภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) .83 จากนั้นนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีความตรงทางเนื้อหา คือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .81 (ดังแสดงในภาคผนวก ง.)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเวลาเตรียมการทดลอง

1) เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกราบในผู้ป่วยจิตเภท การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำนวน 6 หน่วยกิต และวิชาให้คำปรึกษาทางการพยาบาลจำนวน 3 หน่วยกิต ฝึกประสบการณ์และเรียนในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 4 เดือน ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยมีทักษะและมีความมั่นใจที่จะดำเนินการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2) พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จัดทำแผนดำเนินการวิจัย และเตรียมเครื่องมือ ได้แก่

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบสอบถามความรู้สึกตราบาป
3. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

3) เตรียมสถานที่ในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และหนังสือจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เลขที่ ATGE02/2561 ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลไซโย จังหวัดอ่างทอง เพื่อขี้งวดฤประสงคการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก

4) ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแก่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ซึ่งเป็นหัวหน้าแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลไซโย จังหวัดอ่างทอง ขออนุญาตศึกษาสถิติ แฟ้มประวัติและทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่ม

5) เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน ขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการรับรู้ตราบาป และแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)

6) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนขอบเขต และระยะเวลาของการวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูล เกิดความไว้วางใจและร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจับคู่ผู้ป่วยด้วย อายุ และระดับคะแนนอาการทางจิต(BPRS) แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่ นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

7) เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดและผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อช่วยในการจดบันทึก เก็บข้อมูล และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมต่างๆในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน รายละเอียดของเครื่องมือ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกำหนด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมี ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มละ 10 คน โดยที่กลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในเช้าของวันอังคาร และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในเช้าของวันพุธ โดยการสอบถามความสมัครใจและความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นานครั้งละ 60-90 นาที ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

2.1 กลุ่มควบคุม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินการรับรู้ตราบาป ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติเมื่อมาติดตามการรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง ซึ่งได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการของการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเรื่องการใช้จ่าย การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย หรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อนและให้คำปรึกษาในรายที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตราบาป

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน ตามวันเวลาและสถานที่ที่กำหนดไว้

ตารางที่ 2 กำหนดการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

สัปดาห์ที่/กลุ่มที่	วันเดือนปี/เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2	3 เมษายน 2561 เวลา 9.00 น. 4 เมษายน 2561 เวลา 9.00 น.	กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพและชักจูงใจ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยตนเอง เกิดความเข้าใจในตนเอง เพิ่มความมั่นใจให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2	10 เมษายน 2561 เวลา 9.00 น. 11 เมษายน 2561 เวลา 9.00 น.	กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้ผ่านตัวแบบ เป็นการสร้างแรงจูงใจทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จได้เช่นกัน มีทัศนคติต่อโรคจิตเภทในทางบวก เห็นคุณค่าในตนเอง และมีพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการไม่ตีตราตนเอง
สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2	17 เมษายน 2561 เวลา 9.00 น. 18 เมษายน 2561 เวลา 9.00 น.	กิจกรรมที่ 3 ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ การรับรู้ ความคิดของตนเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้มีความรู้สึกตราบาป เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเผชิญกับความรู้สึกตราบาปได้ เป็นการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

สัปดาห์ที่/กลุ่มที่	วันเดือนปี/เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2	24 เมษายน 2561 เวลา 9.00 น. 25 เมษายน 2561 เวลา 9.00 น.	กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกตราบาบ เป็นการกระตุ้นร่างกายและอารมณ์ ทำให้ให้อยู่ในภาวะเครียดกดดัน ไม่มั่นใจในตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์วิธีการเผชิญกับความ รู้สึกตราบาบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น มั่นใจในตนเอง และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพและซังกุงใจ

สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลไชโย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอก

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันภายในกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับโรค มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุอาการและการรักษา
4. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ กล้าเปิดเผยตนเอง เกิดความร่วมมือ และมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย ความรู้สึกตราบาบของตนเองได้
3. ผู้ป่วยสามารถบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความพร้อมและแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆมากขึ้น การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็น

ปัญหาของ ตนเอง เป็นการประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ เกิดความเข้าใจในตนเอง การให้ข้อมูล เกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นโรคที่เกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติ โดยเน้นการเปิดโอกาส ผู้ป่วยได้ พุดคุยระบายการรับรู้การตีตรา และหลีกเลี่ยงการแบ่งปัญหาสุขภาพกับการเจ็บป่วยทางจิต ทุกอย่างมีความต่อเนื่องกัน เน้นการจัดการกับปัญหามากกว่าการจัดการกับวินิจฉัย การใช้คำพูดชักจูง เป็นการใช้คำพูดอธิบาย การให้คำแนะนำชักชวนและกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองมีความสามารถดูแลตนเองในการเผชิญกับความรู้สึกตราบาปและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตในชุมชนต่อไป

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย สร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลายโดยพูดคุยซักถามเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลาย สร้างความไว้วางใจ
2. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวเอง และให้ผู้ป่วยแต่ละคนแนะนำตนเอง พร้อมทั้งแจกใบแนะนำโครงการ
3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วม กิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมโดยเปรียบเทียบการดำเนินการแต่ละสัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นภาพกิจกรรมชัดเจนขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
4. ผู้นำกลุ่ม พาผู้ป่วยร่วมกิจกรรม “สวัสดี” และ “นกนางนวล” เพื่อสร้างบรรยากาศไว้วางใจ เสริมสร้างสัมพันธภาพ ส่งเสริมการแสดงออก นำไปสู่การเปิดเผยตนเองมากขึ้น จากเดิมที่นั่งเฉยๆ เฝ้ายกคนเดียว หลังที่เริ่มทำกิจกรรมนี้ผู้ป่วยแต่ละคนมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มมากขึ้น มีการยิ้ม หัวเราะ ให้กันและชวนกันสนทนา เกิดการผ่อนคลายและเปิดเผยตนเองมากขึ้น
5. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 1.1 ให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกัน ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปราย ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นการอภิปรายและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และแจกใบความรู้ที่ 1 ขณะทำกิจกรรมผู้ป่วยบางคนกังวลเกี่ยวกับการประเมินความรู้เนื่องจากไม่ถนัดการเขียน ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเข้าช่วยเขียนในรายที่มีปัญหา ดังกล่าว
6. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์การเจ็บป่วย อาการสำคัญ และการรักษาที่ได้รับ และเปิดโอกาสให้เพื่อนผู้ป่วยซักถาม ในขั้นตอนนี้มีผู้ป่วยที่มีลักษณะกล้าแสดงออกเป็นคนเริ่มพูด ก่อน โดยได้รับความสนใจ ซักถามจากผู้ป่วยในกลุ่ม เปิดเผยตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยคนต่อไปมั่นใจในตนเอง กล้าที่จะเล่าเรื่องราวของตนเอง
7. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 1.2 ให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มแสดงถึง มุมมอง ความคิด ความเชื่อและความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยด้วยจิตเภท เน้นเป็นมุมมองของตนเอง จากประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่ารู้สึกอาย ไม่อยากบอกคนอื่น ไม่อยากให้คนอื่นรู้ว่าตัวเองเป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งบอกว่า รู้สึกไม่ค่อยมั่นใจเวลาอยู่ในที่ๆมีคนเยอะๆ จากนั้นอธิบายให้ผู้ป่วยในกลุ่มฟัง เพื่อ

เป็นการสื่อสาร ความรู้สึกที่เป็นตราบาปจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยในกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นเรื่องที่คล้ายกัน และมีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวยุคนอนอย่างไร

8. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่ได้ เชื่อมโยงการให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภท ตราบาปและผลกระทบต่อความรู้สึกตราบาป เพื่อเป็นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

9. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยดูแผนภาพเปรียบเทียบโรคจิตเภท และโรคเบาหวาน จากนั้นถามถึงความรู้สึกหลังกิจกรรม ถ้าไม่มีความรู้สึกตราบาป โรคจิตเภทที่เป็นอยู่ ก็เหมือนกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั่วไป ไม่ว่าจะเป็น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ ที่ต้องปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้เรื่องโรคจิตเภท พร้อมสรุปเน้น “โรคจิตเภทเป็นโรคทางสมองชนิดหนึ่ง การทำงานหรือหลังสารออกมาไม่สมดุลทำให้เกิดอาการ กำเริบจึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ต้อง รับประทานยาต่อเนื่อง ห้ามหยุดหรือขาดยา” จากกิจกรรมนี้ผู้ป่วยจะเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง เป็นการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคม ลดความรู้สึกผิดที่มีต่อตนเอง และเป็นการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

10. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นอีกครั้งและกล่าวชมเชยและสนับสนุนให้กำลังใจสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้เกิดความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาป

11. นัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกได้รู้จักและเกิดความคุ้นเคยกัน
2. สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตราบาปร่วมกัน
3. สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท

ผลการดำเนินงานกลุ่ม

หลังจากทำกิจกรรม “สัมพันธ์ภาพและซึ้งใจ” สมาชิกกลุ่มได้ทำความรู้จักและคุ้นเคยกันมากยิ่งขึ้น สังเกตได้จากการพูดคุยกันภายในกลุ่มมากขึ้นกว่าตอนเริ่มกลุ่ม เช่น สอบถามถึงเรื่องการเดินทางมาโรงพยาบาล การเดินทางกลับ เสนอให้ติดรถไปด้วยกัน แสดงถึงความมีน้ำใจ ทำให้เริ่มคุ้นเคยกันมากขึ้น สมาชิกกลุ่มบางคนเริ่มเปิดใจ เล่าเรื่องประสบการณ์ตราบาปของตนเองให้สมาชิกคนอื่นฟัง และสมาชิกกลุ่มทุกคนสามารถตอบคำถามเรื่องโรคจิตเภทได้อย่างถูกต้อง คือ ทราบบว่าเป็นโรคจากความผิดปกติของสมอง ทำให้สารสื่อประสาทมีปริมาณผิดปกติ รักษาได้โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

สัปดาห์ที่ 2

กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้ผ่านตัวแบบ

สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลไชโย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอก

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาปให้เกิดความสำเร็จได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับแนวทางการดูแลตนเอง เมื่อต้องเผชิญความรู้สึกตราบาป และสามารถประยุกต์ใช้แนวทางการเผชิญการรับรู้ตราบาปจากการสังเกตตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการเผชิญความรู้สึกตราบาป

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางการเผชิญกับความรู้สึกตราบาปจากการสังเกตตัวแบบได้
2. ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาปได้

สาระสำคัญ

เมื่อผู้ป่วยได้เห็นและสังเกตตัวแบบ และมีความพอใจต่อผลของการกระทำ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จได้ สะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยปรับมุมมองของความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตราบาปและการแก้ไข เป็นการปรับความคิดที่ว่า ตนเองต้องรู้สึกอับอายจากการเป็นโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อโรคจิตเภทในทางบวก เป็นการให้ความหมายใหม่ และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทางบวก

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก และเปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายกันโดยพูดเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยมากขึ้น
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนเกี่ยวกับกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต ตราบาป และผลกระทบของความรู้สึกตราบาป เป็นการเน้นย้ำการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคม ลดความรู้สึกผิดที่มีต่อตนเอง และเป็นการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
3. แจกให้สมาชิกทราบถึง แนวทางการสังเกตตัวแบบ ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาป เช่น วิธีการคิด การแสดงออกเมื่อพบกับเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกตราบาป
4. แจกใบงานที่ 2.1 “สิ่งที่ฉันเห็นจากตัวแบบ” เพื่อใช้ในการสังเกตตัวแบบ

5. นำเสนอตัวแบบจริงที่ประสบความสำเร็จกับการจัดการกับการรับรู้ตราบาป โดยมีทัศนคติต่อโรคจิตเภทในทางบวก เห็นคุณค่าในตนเองว่า ถึงแม้จะป่วยด้วยโรคจิตเภทแต่ก็สามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัวได้ ไม่เก็บมาคิดเมื่อถูกล้อเลียน และมีพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการไม่ตีตราตนเอง เช่น รับประทานยาต่อเนื่อง ไปตรวจตามนัด ทำกิจกรรมตามปกติ เช่น ไปตลาด ไปวัด ไม่แยกตนเองออกจากสังคม โดยผู้นำกลุ่มจะให้ตัวแบบเล่าถึงประสบการณ์ที่พบเจอในอดีต ผลของความรู้สึกตราบาป วิธีการจัดการกับความรู้สึกตราบาป ในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยในกลุ่มให้ความสนใจ ตั้งใจฟัง และมีการซักถามตัวแบบเพิ่มเติมถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในขั้นตอนนี้เมื่อผู้ป่วยเห็นและสังเกตตัวแบบ บอกว่า “ปกติก็ไม่คิดว่าจะมีคนที่เป็นแบบนี้ รู้สึกแบบนี้เหมือนกัน คิดว่าตัวเองรู้สึกอยู่คนเดียว” เกิดการรับรู้ว่ามีคนที่พบเจอกับเหตุการณ์เดียวกันก็ยังสามารถผ่านมาได้ ทำให้คิดว่าตนเองก็สามารถผ่านความรู้สึกตราบาปเหล่านั้นได้เช่นกัน

6. ให้สมาชิกอภิปรายร่วมกันถึงลักษณะของตัวแบบที่ได้สังเกต จากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นอภิปรายสะท้อนการปรับมุมมองของการเกิดความรู้สึกตราบาป ปรับความคิดที่ว่า ตนเองต้องรู้สึกอับอายจากการเป็นโรคจิตเภท ในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อโรคจิตเภทในทางบวกมากขึ้น “ยังรู้สึกอายที่จะบอกใคร หรือให้ใครรู้ว่าเป็นโรคจิตเภทอยู่บ้าง แต่ความรู้สึกมันเบาบางลงมาก จิตเภทก็โรคหนึ่งที่เราต้องรักษา วันนี้ก็รู้สึกดีที่ได้พบกับกลุ่ม กับคนที่มีความคิดความรู้สึกเหมือนกัน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกันมากขึ้นกว่านั่งรอหน้าห้องตรวจอย่างเดียว”

7. แจกใบความรู้ที่ 2 “แนวทางการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาปให้ประสบความสำเร็จ” พร้อมทั้งทบทวนความเข้าใจอีกครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นควรว่า “ไม่ควรถือสากับผู้อื่นที่มารุกรานเรา ล้อเลียน หรือมองด้วยสายตาที่ผิดปกติ หากรู้สึกไม่สบายใจ อับอาย ให้เดินออกมาจากตรงนั้น แล้วพยายามลืม เพราะการเจ็บแค้นก็เหมือนกับการกำก้อนหินไว้ในมือ ก้อนหินคือคำพูดที่ไม่ดี เราถือไว้เราก็เจ็บอยู่คนเดียว เพราะฉะนั้นอย่าเก็บมาคิดให้ตัวเองไม่มีความสุข”

8. แจกใบงานที่ 2.2 (การบ้าน) “ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง” เพื่อทบทวนว่าที่ผ่านมามีเหตุการณ์อะไรบ้างที่ทำให้ตนเองมีความรู้สึกตราบาป ความรู้สึกที่มีต่อตนเองในอดีตกับปัจจุบัน และให้จดบันทึกลงในใบงาน

9. นัดหมายครั้งต่อไป พร้อมนำใบงาน (การบ้าน) มาด้วย

การประเมินผล

1. จากการสังเกต สีหน้า ท่าทาง ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ
2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงแนวทางการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาปให้ประสบความสำเร็จได้

ผลการดำเนินกลุ่ม

ก่อนเริ่มกลุ่มสมาชิกมีความคุ้นเคยกันมากกว่าสัปดาห์ก่อน มีการแสดงน้ำใจโดยการช่วยกัน ซักถามและบริการหยิบขนมให้สมาชิกภายในกลุ่ม บางคนเล่าว่าอาศัยรถมาคันเดียวกัน

หลังจากทำกิจกรรม “เรียนรู้ผ่านตัวแบบ” ตัวแบบได้เล่าถึงเหตุการณ์ตราบาปที่เคยเกิดในอดีต และปฏิกิริยาตอบสนองของตัวแบบต่อความรู้สึกตราบาปในตอนแรก เช่น ไม่รับประทานยา หงุดหงิด นอนไม่หลับ และเล่าถึงวิธีการปรับตัว วิธีคิดของตัวแบบ ที่คิดอย่างไรให้ไม่ให้ความรู้สึกตราบาป และการมีพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม สมาชิกกลุ่มตั้งใจฟังและแสดงความสนใจโดยการ สอบถามถึงเรื่องราวเหตุการณ์ตราบาปในอดีต วิธีการรักษาตนเองไม่ให้เกิดอาการกำเริบ และ หลังจากการสนทนาสรุปภายในกลุ่ม สมาชิกสามารถบอกแนวทางการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญ ความรู้สึกตราบาป โดยมีตัวแบบเป็นแบบอย่างได้

สัปดาห์ที่ 3

กิจกรรมที่ 3 ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง

สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลไชโย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอก

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาป
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญความรู้สึกตราบาป เกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญความรู้สึกตราบาปได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาป เพื่อให้ประสบความสำเร็จได้
2. ผู้ป่วยบอกถึงความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญความรู้สึกตราบาปได้

สาระสำคัญ

จำลองสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกตราบาบ แลกเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา และแลกเปลี่ยนวิธีคิดและการแก้ปัญหา เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น มีการแสดงออกที่เหมาะสม ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณป่วยทางจิตมีความสามารถไม่แตกต่างจากคนทั่วไป เป็นการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย และการเสริมความรู้เรื่อง แนวทางการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาบ ให้ผู้ป่วยมีแนวทางและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยเรื่องต่างๆไป
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนสรุปกลุ่มครั้งก่อน สอบถามเรื่องการทบทวนและร่วมอภิปรายเกี่ยวกับใบงานที่ 2.2 (การบ้าน) “ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง” ที่ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยได้นำเสนอเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ถือสากับผู้อื่นที่มาล้อเลียน หรือมองด้วยสายตาที่ผิดปกติ หากรู้สึกไม่สบายใจ อับอาย ให้เดินออกมาจากตรงนั้น แล้วพยายามลืมมัน อย่าเก็บมาคิดให้ตัวเองไม่มีความสุข ตัวเองเป็นคนมีคุณค่า” “บางครั้งมีความคิด อยากจะด่ากลับ แต่มั่นคงไม่ตีกับตัวเอง มีแต่จะทำให้เรื่องแย่เสียเปล่า”
3. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 3.1 “เจอแบบนี้ จะทำอย่างไร” โดยจำลองสถานการณ์ ดังนี้ ขณะที่กำลังเดินกลับบ้าน มีเด็กแถวละแวกบ้าน อายุประมาณ 6-7 ขวบ ทำท่าล้อเลียน ชี้แล้วบอกว่า คนบ้าๆ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตราบาบ จากนั้นให้แบ่งกันแสดงพฤติกรรมต่อเหตุการณ์เป็น 4 รูปแบบ 1) พฤติกรรมด้านบวก ในใจคิดบวก 2) พฤติกรรมด้านลบ ในใจคิดลบ 3) พฤติกรรมนิ่งเฉย ในใจพยายามคิดบวก 4) พฤติกรรมนิ่งเฉย ในใจคิดลบ หลังจากแสดงพฤติกรรมจนครบทั้ง 4 พฤติกรรม ให้แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนความรู้สึกร่วมกัน โดยผู้ป่วยเห็นว่า พฤติกรรมที่จะเป็นปัญหาคือข้อ 2) อาจเกิดการทะเลาะกัน หรืออาจจะทำร้ายร่างกายกันได้ วิธีที่ 1) ฝืนตัวเองเกินไป วิธีที่ 4) เมื่อเวลาผ่านไปนานๆเข้าจะทนไม่ไหว อาจจะแสดงพฤติกรรมทางลบออกมา และตัวเองก็เครียด ผู้ป่วยคิดเห็นเหมือนกันว่าวิธีที่ดีที่สุดคือ 3) พฤติกรรมนิ่งเฉย ในใจพยายามคิดบวก ไม่เก็บมาคิดมาก เดินผ่านไปซะ ถ้าเขาเห็นเราทำเฉยๆวันหนึ่งเดียวเขาก็จะเลิกไป
4. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นการอภิปรายเพิ่มเติมกิจกรรมในการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญความรู้สึกตราบาบที่ยังขาด และให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ผู้นำกลุ่มแจกใบความรู้ 3 “คิดแตกต่าง สร้างพลังบวก” กลุ่มสรุปได้ว่า คนทุกคนไม่ว่าจะเจ็บป่วยก็มีคุณค่าในตนเอง สามารถดูแลตนเอง บางคนยังสามารถดูแลคนอื่นในบ้านได้อีกด้วย เป็นการส่งเสริมคุณค่าในตนเอง และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
5. ผู้นำกลุ่มแจกการบ้าน ใบงานที่ 3.2 “ทำแล้ว รู้สึกดี” โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและสรุปสิ่งที่ได้จากการร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งการได้นำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง
6. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นการสนทนา และนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สมาชิกบอกถึงการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาป เพื่อให้ประสบความสำเร็จได้
2. สมาชิกบอกถึงความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญความรู้สึกตราบาปได้
3. จากการสังเกตความสนใจในกลุ่ม

ผลการดำเนินกลุ่ม

สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนเกี่ยวกับประสบการณ์ตราบาปในอดีต มีความมั่นใจในการเล่าเรื่องตนเองให้สมาชิกกลุ่มฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหลังจากการจำลองสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกตราบาป โดยสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่ยอมรับว่ารู้สึกโกรธ แต่เลือกที่จะนิ่งเฉยแล้วเดินหนีออกมาจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกตราบาป บางคนมีความคิดที่จะต่อว่าและต่่ากลับ แต่กลุ่มช่วยกันโน้มน้าวว่า การแสดงความรุนแรงมีแต่จะทำให้เรื่องราวแย่ อาจเกิดการทะเลาะกันได้ “คนที่มาล้อเลียนเดี๋ยวเขาก็ลืม เราจะเก็บคำพูดเขามาทำร้ายใจเราทำไม” กลุ่มมีการช่วยกันแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหาาร่วมกัน และช่วยกันหาทางออกไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์

สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลไชโย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอก

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยนำวิธีการคิดและการแก้ปัญหาในการเผชิญความรู้สึกตราบาปไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยสามารถบอกการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ได้
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการคิด และการแก้ปัญหา เพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

สาระสำคัญ

ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึก ที่ทำให้อยู่ในสภาวะเครียด กดดัน แลกเปลี่ยนวิธีการคิด และการแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สภาวะทางด้านร่างกาย และอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เมื่ออยู่ในสภาวะตึงเครียดจะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง การฝึกฝนตนเองเพื่อเผชิญกับสภาวะเครียดทั้งทางร่างกายและอารมณ์ จะช่วยให้มีการแสดงออกที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาป เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง จากนั้นให้สมาชิกชื่นชม และให้กำลังใจกัน ช่วยให้มีมั่นใจและเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายและพูดคุยกับสมาชิก
2. ผู้นำกลุ่มกล่าวทบทวน กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 เรื่อง ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ทบทวน ใบงานที่ 3 (การบ้าน) “ทำแล้ว รู้สึกดี” ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเห็นว่า หากมีเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ อับอาย เป็นเหมือนกับตราบาปในใจเรา ให้เดินออกมาจากตรงนั้น แล้วพยายามลืม อย่าเก็บมาคิดมากให้ตัวเองไม่มีความสุข และบอกว่ามีความรู้สึกมั่นใจมากขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาป
3. ผู้นำกลุ่ม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ตราบาป ที่ทำให้รู้สึกเครียด กดดัน วิตกกังวล ชี้แจงให้ผู้ป่วยเห็นว่า เมื่ออยู่ในสภาวะเครียดจะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง อ่อนไหวไปกับความรู้สึกตราบาปนั้น ทำให้ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ แต่การฝึกฝนตนเองเพื่อเผชิญกับสภาวะเครียดทั้งทางร่างกายและอารมณ์ จะช่วยให้มีการแสดงออกที่เหมาะสม จากนั้นให้ผู้ป่วยร่วมการเสนอวิธีการเมื่อเกิดการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ โดยผู้ป่วยเสนอให้ใช้เทคนิคการนับ 1-10 หรือนับไปเรื่อยๆจนกว่าจะหายโกรธแล้วเดินออกไปจากตรงนั้น การกำหนดลมหายใจเข้าออกลึกๆ การฟังเพลงผ่อนคลาย การออกกำลังกายให้สารความสุขหลัง เช่น วิ่ง ปั่นจักรยาน เดินเล่น การพูดคุยระบายกับคนที่ไว้ใจหรืออาจจะเป็นเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลให้คำแนะนำ ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิธีการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย ช่วยให้สามารถเผชิญกับความรู้สึกตราบาปได้อย่างมั่นใจ
4. ผู้นำกลุ่มแจกใบความรู้ที่ 4 “คิดบวกกับสถานการณ์” สรุปประเด็นการอภิปรายเพิ่มเติม เรื่อง ความคิด ความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม จากนั้นให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยเชื่อว่าถ้าเราไม่เก็บความรู้สึกแค้นไว้ในใจเรา เราก็จะไม่ทุกข์ สุขหรือทุกข์อยู่ที่ตัวเราเอง
5. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นการอภิปราย และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามและพูดถึงสิ่งที่ได้รับในการทำกิจกรรม และนัดหมายสัปดาห์ต่อไป เพื่อการประเมินผล

การประเมินผล

1. ประเมินผลจากการสังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิด และการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ตราบาปที่กระตุ้นร่างกายและอารมณ์
2. ผู้ป่วยสามารถนำวิธีการคิด และการแก้ปัญหาไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ผลการดำเนินกลุ่ม

หลังจากทำกิจกรรม “การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์” สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนเกี่ยวกับประสบการณ์ตราบาปของตนเองในอดีต ประสบการณ์ที่กดดันจิตใจ เช่น “คนข้างบ้านมาล้อทุกวันว่า บ้า กินยาแก้บ้า ฉีดยาแก้บ้า สะสมมาเรื่อย จนวันหนึ่งไม่ไปรับยา ไม่ฉีดยา อ้างว่าตนเองติดธุระ ต้องออกทำงานก่อสร้างทุกวันไม่มีเวลา ร่วมกับเครียดจึงดื่มสุราทุกวัน ทำให้อาการกำเริบ ต้องส่งไปโรงพยาบาลศรีธัญญา เตือดร้อนทุกคนในบ้าน ต้องเสียค่ารถไปเยี่ยม ต้องเดินทางไปไกล ไม่ได้อยู่บ้านสบายๆ พอได้มาเข้ากลุ่มก็ได้กลับมามองตนเองว่า ทำไมถึงปล่อยให้คำพูดของคนอื่นมาทำร้ายตนเอง และคนในครอบครัว ถือเสียว่าคนอื่นไม่เข้าใจ แต่ยังไงก็ขอให้เราเข้าใจตนเองก็พอ” สมาชิกได้เล่าเรื่องที่รู้สึกกดดันของตนเองให้กลุ่มฟัง ร่วมการเสนอวิธีการเมื่อเกิดการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิธีการแก้ไขปัญหามากมาย ช่วยให้สามารถเผชิญกับความรู้สึกตราบาปได้อย่างมั่นใจและสามารถบอกวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

การกำกับการทดลอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองโดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภททันที ผลการกำกับการทดลองดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คนที่	ก่อนการทดลอง	ระดับ	หลังการทดลอง	ระดับ
1	4.13	ค่อนข้างสูง	4.60	สูง
2	4.40	ค่อนข้างสูง	4.60	สูง
3	2.80	ปานกลาง	3.67	ค่อนข้างสูง
4	3.87	ค่อนข้างสูง	4.07	ค่อนข้างสูง
5	3.20	ปานกลาง	3.67	ค่อนข้างสูง
6	3.67	ค่อนข้างสูง	3.93	ค่อนข้างสูง
7	3.20	ปานกลาง	3.67	ค่อนข้างสูง
8	3.47	ปานกลาง	3.93	ค่อนข้างสูง
9	3.73	ค่อนข้างสูง	4.60	สูง
10	4.40	ค่อนข้างสูง	4.60	สูง
11	2.80	ปานกลาง	3.67	ค่อนข้างสูง
12	3.87	ค่อนข้างสูง	4.07	ค่อนข้างสูง
13	3.60	ค่อนข้างสูง	3.67	ค่อนข้างสูง
14	3.73	ค่อนข้างสูง	3.93	ค่อนข้างสูง
15	2.80	ปานกลาง	3.67	ค่อนข้างสูง
16	3.87	ค่อนข้างสูง	3.93	ค่อนข้างสูง
17	3.20	ปานกลาง	4.60	สูง
18	4.00	ค่อนข้างสูง	4.60	สูง
19	3.20	ปานกลาง	3.67	ค่อนข้างสูง
20	3.47	ปานกลาง	4.07	ค่อนข้างสูง

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย ก่อนการทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่อนข้างสูง จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดมีระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะอยู่ในระดับสูงขึ้นไป ส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่อนข้างสูง จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 และอยู่ในระดับสูง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และการรับรู้ ตราบาป (Pre-test) ก่อนการทดลอง

3.2 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการกำกับกับการทดลอง ในกลุ่มทดลองทันที ด้วยแบบประเมิน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ

3.3 ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ตราบาป (Post-test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากเสร็จสิ้นการดำเนิน กิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บ รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองมาคำนวณหาค่าทางสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยนำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณร้อยละ
2. ค่าคะแนนมาตรวัดการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังได้รับโปรแกรม ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ ใช้สถิติทดสอบที (Paired Sample t-test)
3. ค่าคะแนนมาตรวัดการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD - 10 อาศัยและดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ที่มารับการบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched Pair) ด้วยอายุ และระดับคะแนนอาการทางจิต โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนพฤษภาคม 2561 ผลงานวิจัยสรุปนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ดังแสดงในตารางที่ 4

ส่วนที่ 2 สถิติเชิงบรรยายความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ดังแสดงในตารางที่ 5 และ 6

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 7 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดังแสดงในตารางที่ 8

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 9

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	15	75.0	18	90.0	33	82.5
หญิง	5	25.0	2	10.0	7	17.5
อายุ						
20-29 ปี	3	15.0	3	15.0	6	15.0
30-39 ปี	6	30.0	8	40.0	14	53.0
40-49 ปี	6	30.0	5	25.0	13	32.5
50-59 ปี	5	25.0	4	20.0	7	17.5
สถานภาพสมรส						
โสด	17	85.0	8	40.0	25	62.5
คู่	3	15.0	1	5.0	4	10.0
หม้าย	0	0.0	1	5.0	1	2.5
หย่า	0	0.0	1	5.0	1	2.5
แยก	0	0.0	9	45.0	9	22.5
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ประถมศึกษา	3	15.0	6	30	9	22.5
มัธยมศึกษา	10	50.0	13	65	23	57.5
อนุปริญญา	7	35.0	1	5	8	20.0
ปริญญาตรี	0	0.0	0	0.0	0	0.0
อื่นๆระบุ...	0	0.0	0	0.0	0	0.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ว่างงาน	10	50.0	17	85.0	27	67.5
รับราชการ	0	0.0	0	0.0	0	0.0
เกษตรกรกรรม	5	25.0	0	0.0	5	12.5
รับจ้าง	3	15.0	2	10	5	12.5
ค้าขาย	2	10.0	0	0.0	2	5.0
อื่นๆ	0	0.0	1	5	1	2.5
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย						
1-5 ปี	7	35.0	5	25.0	12	30.0
6-10 ปี	7	35.0	10	50.0	17	42.5
11-15 ปี	0	0.0	4	20.0	4	10.0
16-20 ปี	4	20.0	1	5.0	5	12.5
21 ปีขึ้นไป	2	10.0	0	0.0	2	5.0

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 82.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปีคิดเป็นร้อยละ 53.0 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 62.5 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.5 ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 67.5 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5

ส่วนที่ 2 สถิติเชิงบรรยายความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=40)

ด้านที่	\bar{X}	SD	ระดับ
1. บุคคลตระหนักถึงภาพที่สังคมมองผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต	4.74	1.96	ปานกลาง
2. ความคิดเห็นที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติของสังคม	4.62	1.84	ปานกลาง
3. ความรู้สึกว่าเป็นตัวตนของตนเอง	4.34	1.92	ปานกลาง
4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง	4.34	1.86	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม แบ่งเป็นรายด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 บุคคลตระหนักถึงภาพที่สังคมมองผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต (stereotype awareness) ด้านที่ 2 ความคิดเห็นที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติของสังคม (stereotype agreement) ด้านที่ 3 ความรู้สึกว่าเป็นตัวตนของตนเอง (self-concurrence) และด้านที่ 4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement) พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทตราบาปด้านที่ 1 บุคคลตระหนักถึงภาพที่สังคมมองผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.74$) ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อคำถามที่ว่า ความคิดเห็นของคุณ คนทั่วไปคิดว่าผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่ไม่สามารถหางานทำ หรือไม่มีงานประจำทำ ($\bar{X} = 6.13$) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ฉันคิดว่าการเจ็บป่วยทางจิตส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อ ($\bar{X} = 2.90$) ดังแสดงในตาราง (ภาคผนวก ฉ) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด มี 2 ด้าน คือด้านที่ 3 ความรู้สึกว่าเป็นตัวตนของตนเอง และ ด้านที่ 4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ $\bar{X} = 4.34$

สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 6 คะแนนความรู้สึกราบขา และการแปรผลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คู่มือ	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	232	ปานกลาง	248	ปานกลาง	151	ต่ำ	266	ปานกลาง
2	238	ปานกลาง	328	สูง	189	ต่ำ	335	สูง
3	348	สูง	273	ปานกลาง	307	ปานกลาง	306	ปานกลาง
4	239	ปานกลาง	225	ปานกลาง	189	ต่ำ	268	ปานกลาง
5	329	สูง	241	ปานกลาง	242	ปานกลาง	262	ปานกลาง
6	221	ปานกลาง	329	สูง	217	ปานกลาง	318	ปานกลาง
7	246	ปานกลาง	308	ปานกลาง	196	ต่ำ	332	สูง
8	252	ปานกลาง	234	ปานกลาง	190	ต่ำ	254	ปานกลาง
9	257	ปานกลาง	297	ปานกลาง	196	ต่ำ	311	ปานกลาง
10	235	ปานกลาง	273	ปานกลาง	220	ปานกลาง	279	ปานกลาง
11	344	สูง	247	ปานกลาง	245	ปานกลาง	247	ปานกลาง
12	239	ปานกลาง	241	ปานกลาง	209	ต่ำ	223	ปานกลาง
13	329	สูง	271	ปานกลาง	283	ปานกลาง	261	ปานกลาง
14	226	ปานกลาง	265	ปานกลาง	157	ต่ำ	230	ปานกลาง
15	273	ปานกลาง	333	สูง	218	ปานกลาง	343	สูง
16	239	ปานกลาง	287	ปานกลาง	199	ต่ำ	303	ปานกลาง
17	338	สูง	294	ปานกลาง	273	ปานกลาง	303	ปานกลาง
18	224	ปานกลาง	264	ปานกลาง	182	ต่ำ	257	ปานกลาง
19	247	ปานกลาง	244	ปานกลาง	195	ต่ำ	248	ปานกลาง
20	262	ปานกลาง	301	ปานกลาง	182	ต่ำ	294	ปานกลาง
X	265.90		275.15		212.00		282.00	

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 265.90 และ 275.15 ตามลำดับ หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 212.00 และ 282.00 พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคะแนนความรู้สึกตราบาปลดลงทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 และในกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้สึกตราบาปลดลง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 คะแนนความรู้สึกตราบาปเท่าเดิม 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 และมีคะแนนความรู้สึกตราบาปเพิ่มขึ้น 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

ค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาป	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	4.43	0.74	ปานกลาง	19	10.39	.000
หลังการทดลอง	3.53	0.67	ต่ำ	19		
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	4.59	0.55	ปานกลาง	19	-1.68	.110
หลังการทดลอง	4.70	0.59	ปานกลาง	19		

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=10.39$) โดยค่าเฉลี่ยของความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=20)

ด้านที่	X	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
1. บุคคลตระหนักถึงภาพที่สังคมมองผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต						
ก่อนการทดลอง	4.66	0.77	ปานกลาง	19	8.48	.000
หลังการทดลอง	3.71	0.58	ปานกลาง	19		
2. ความคิดเห็นที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติของสังคม						
ก่อนการทดลอง	4.68	0.62	ปานกลาง	19	9.06	.001
หลังการทดลอง	3.60	0.67	ปานกลาง	19		
3. ความรู้สึกว่าเป็นตัวตนของตนเอง						
ก่อนการทดลอง	4.17	0.98	ปานกลาง	19	3.71	.002
หลังการทดลอง	3.53	0.82	ต่ำ	19		
4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง						
ก่อนการทดลอง	4.22	0.94	ปานกลาง	19	6.69	.000
หลังการทดลอง	3.29	0.94	ต่ำ	19		

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในรายด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองทั้ง 4 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (t=8.48, 9.06, 3.71 และ 6.69) ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในรายด้านหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองทั้ง 4 ด้าน

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

ค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาป	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	4.43	0.74	ปานกลาง	38	-0.75	0.461
กลุ่มควบคุม	4.59	0.55	ปานกลาง	38		
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.53	0.67	ต่ำ	38	-5.82	0.000
กลุ่มควบคุม	4.70	0.59	ปานกลาง	38		

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้สึกตรา
บาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยค่าเฉลี่ยความรู้สึกตรา
บาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($t=-5.82$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติ
ฐานที่ 2 นั่นคือ ความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่ำกว่า
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน โรงพยาบาลไชโย ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และตัวแปรตามคือ ความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD – 10 อาศัยและดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ที่มารับการบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีอาการทางจิตทุเลา (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) (วรรณษา จำปาศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2555) และมีคะแนนการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนนมากกว่า 216) โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกราบขา (สุริสา ดีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของ ตามแนวคิดของ Bandura (1997) บูรณาการเป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อลดความรู้สึกตราบาป ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และชักจูงใจ กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้ผ่านตัวแบบ กิจกรรมที่ 3 ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 4 การผ่อนคลายทางอารมณ์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญตราบาป แต่ละกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที รวมระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา รูปแบบเนื้อหาของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน จากนั้นได้นำมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวที่ใช้ในการศึกษาครั้งจำนวน 5 คน โดยทดลองใช้ทั้ง 4 กิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกตราบาป (The Chinese version of The Self-Stigma of Mental Illness Scale : CSSMIS) ตามแนวคิดของ Fung et al. (2007) นำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2558) โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .95 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และทำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเที่ยงเท่ากับ .87

3. เครื่องมือกำกับการวิจัย คือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ (Bandura, 1997) ดัดแปลงจาก สุนันทา นวลเจริญ และอรพรรณ ลือบุญ รัชชชัย (2555) และนำมาพัฒนาให้เหมาะกับผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยจำนวน 15 ข้อคำถาม ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .83 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และทำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเที่ยงเท่ากับ .81

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1) เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกราบอบในผู้ป่วยจิตเภท การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำนวน 6 หน่วยกิต และวิชาให้คำปรึกษาทางการพยาบาลจำนวน 3 หน่วยกิต ฝึกประสบการณ์และเรียนในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 4 เดือน ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยมีทักษะและมีความมั่นใจที่จะสามารถดำเนินการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2) พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จัดทำแผนดำเนินการวิจัย และเตรียมเครื่องมือ ได้แก่

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบสอบถามความรู้สึกราบอบ
3. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

3) เตรียมสถานที่ในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และหนังสือจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เลขที่ ATGE02/2561 ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง เพื่อขออนุญาตประกอบการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก

4) ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแก่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าแผนกจิตเวช โรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ขออนุญาตศึกษาสถิติ แพ้มประวัติและทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่ม

5) ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการรับรู้ทราบอบ และแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)

6) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนขอบเขต และระยะเวลาของการวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูล เกิดความไว้วางใจและร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลเรื่องการรักษาสิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นนำมาจับคู่ด้วย อายุ และระดับคะแนนอาการทางจิต แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่ นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

7) เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดและผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อช่วยในการจัดบันทึก เก็บข้อมูล และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มใน

การดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมต่างๆในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน รายละเอียดของเครื่องมือ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

2. ระยะดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกำหนด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมี ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มละ 10 คน โดยที่กลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในเช้าของวันอังคาร และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในเช้าของวันพุธ โดยการสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นานครั้งละ 60-90 นาที ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 3 เมษายน 2561 – 2 พฤษภาคม 2561 ณ ห้องประชุมชั้น 2 โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มที่ 1 ดำเนินการในวันที่ 3 เมษายน 2561 กลุ่มที่ 2 ดำเนินการวันที่ 4 เมษายน 2561 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและชักจูงใจ เป็นการสร้างความพร้อมและแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา ประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ เกิดความเข้าใจในตนเอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท ช่วยลดความรู้สึกผิดที่มีต่อตนเอง ให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย กระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองมีความสามารถดูแลตนเองในการเผชิญกับการรับรู้ตราบาปและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตในชุมชนต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มที่ 1 ดำเนินการในวันที่ 10 เมษายน 2561 กลุ่มที่ 2 ดำเนินการวันที่ 11 เมษายน 2561 กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้ผ่านตัวแบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นและสังเกตตัวแบบที่มีประสบการณ์ตราบาปและผ่านเหตุการณ์ต่างๆมาได้ เมื่อผู้ป่วยมีความพอใจต่อผลของการกระทำ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ตนเองก็สามารถประสบความสำเร็จได้ สะท้อนให้ผู้ป่วยปรับมุมมองของความคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตราบาปและวิธีการแก้ไข ปรับความคิดที่ว่า ตนเองต้องรู้สึกอับอายจากการเป็นโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อโรคจิตเภทในทางบวก เป็นการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทางบวก

สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มที่ 1 ดำเนินการในวันที่ 17 เมษายน 2561 กลุ่มที่ 2 ดำเนินการวันที่ 18 เมษายน 2561 กิจกรรมที่ 3 ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เป็นการจำลองสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกตราบาป แลกเปลี่ยนการรับรู้ปัญหาและแลกเปลี่ยนวิธีคิดและการแก้ปัญหา เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น มีการแสดงออกที่เหมาะสม ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าทางจิตมีความสามารถไม่แตกต่างจากคนทั่วไป เป็นการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย

และการเสริมความรู้เรื่อง แนวทางการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความรู้อีตราบาป ให้ผู้ป่วยมีแนวทางและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ

สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มที่ 1 ดำเนินการในวันที่ 24 เมษายน 2561 กลุ่มที่ 2 ดำเนินการวันที่ 25 เมษายน 2561 กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญตราบาป ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ปัญหา แลกเปลี่ยนวิธีการคิด และการแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมีการแสดงออกที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับความรู้อีตราบาป อภิปรายเรื่องความคิด ความกดดันเมื่ออยู่ในสถานการณ์ตราบาปที่ทำให้เกิดการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ แลกเปลี่ยนวิธีการคิด ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และให้สมาชิกชื่นชม และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น มีการแสดงออกที่เหมาะสม เมื่อต้องเผชิญกับความรู้อีตราบาป

การกำกับการวิจัย

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการกำกับการวิจัยโดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภททันที

3. ระบุสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre-test) ก่อนการทำกิจกรรม 1 สัปดาห์ในวันที่ 27 มีนาคม 2561 โดยใช้แบบประเมินความรู้อีตราบาป และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 4 กิจกรรม ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ในวันที่ 1 และ 2 พฤษภาคม 2561 ผู้วิจัยทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้อีตราบาป (Post-test) และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าได้สิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองมาคำนวณหาค่าทางสถิติดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยนำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณร้อยละ

ค่าคะแนนมาตรวัดการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ ใช้สถิติทดสอบที (Paired Sample t-test)

ค่าคะแนนมาตรวัดการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย 2 ประการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนความรู้สึกตราบาปต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนความรู้สึกตราบาปต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้สึกตราบาปต่ำลง

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ ร้อยละ 82.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.0 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 62.5 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.5 ว่างาน คิดเป็นร้อยละ 67.5 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5

จากผลวิจัยดังกล่าวอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างพบมากที่สุดในช่วงอายุ 30-39 ปี ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการเกิดโรค พบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ว่างาน เนื่องจาก อาการของโรคจิตเภท ที่มีความผิดปกติของคำพูดและพฤติกรรม พูดน้อย แยกตัว ขาดความสนใจในการทำกิจกรรม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ส่งผลให้มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น กระทบต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่นและสังคม (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539; สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) ส่งผลต่อการปรับตัวทางสังคมในทุกด้าน (อุบลรัตน์ สิงหเสนี, 2552) ผู้ป่วยจิตเภทจะถูกปฏิเสธในการรับเข้างาน และหลีกเลี่ยงที่จะเข้าใกล้ หลังจากที่ถูกคนอื่นได้ทราบว่ามีอาการเจ็บป่วยทางจิต (สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558) ผู้ป่วยมีจิตเวชมีแนวโน้มในการทำหน้าที่ ทักษะทางสังคม เสื่อมถอยและขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ

2. ผลเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนความรู้สึกตราบาบต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

จากผลการวิจัยครั้งนี้ อภิปรายผลได้ว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการรับรู้ตราบาบลดลง ซึ่งในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่เชื่อว่าบุคคลจะตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆให้ประสบความสำเร็จได้ตามต้องการ และการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดๆนั้น เกิดจากการที่บุคคลนั้นรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อในความสามารถและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยการส่งเสริมหรือสร้างให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นกระทำโดย 4 ขั้นตอน คือ 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ นำมา

บูรณาการเป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อจัดการกับปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความรู้สึกตราบาบ ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพและชักจูงใจ กิจกรรมประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ทำให้มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ ปรับมุมมองเกี่ยวกับโรค เข้าใจโรคและวิธีการปฏิบัติตัวมากขึ้น ให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย สัมพันธภาพที่เกิดขึ้น คือสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย และผู้ป่วยด้วยกันเองภายในกลุ่ม ที่ค่อยๆเกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรม ทำให้เกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะแสดงออก และแสดงตัวตนของตนเองออกมา ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้ผ่านตัวแบบ ผู้ป่วยจะคุ้นเคยกันมากขึ้นเนื่องจากผ่านกิจกรรมสัมพันธภาพและชักจูงใจมาก่อนแล้ว ทำให้กล้าแสดงตัวตนมากขึ้น กิจกรรมนี้ใช้ตัวแบบจริง (Live Model) ผู้ป่วยสามารถสังเกตและสามารถพูดคุยซักถามได้ ขณะที่ให้ตัวแบบเล่าเรื่อง ผู้ป่วยให้ความสนใจโดยการตั้งใจฟัง บางครั้งก็แสดงความคิดเห็นคล้ายกับตนเองหลุดไปอยู่ในเหตุการณ์ขณะนั้นของตัวแบบด้วย แต่เมื่อถึงวิธีการรับมือกับความรู้สึกตราบาบของตัวแบบจะแตกต่างกันกับผู้ป่วย โดยตัวแบบมีวิธีการไม่เก็บมาคิดมาก ไม่ถือสา ไม่อยากให้เป็นเรื่องราวใหญ่โต ปล่อยผ่านไป เดียวก็ลืม เมื่อคิดเช่นดังตัวแบบก็จะสามารถมีพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการไม่ตีตราตนเองได้ เช่น รับประทานยาต่อเนื่อง ไปตรวจตามนัด ทำกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติเหมือนกับคนอื่นๆ ไม่ต้องกังวลสายตาคคนอื่นที่มอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตราบาบนี้เอง จะทำให้ผู้ป่วยจะเกิดการเก็บจำและปรับความคิดที่ว่า ตนเองต้องรู้สึกอับอายที่ต้องรับประทานยาจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อโรคจิตเภทในทางบวก การมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับตัวแบบและเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบ

กิจกรรมที่ 3 ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่จำลองสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกตราบาบ ดังนี้ ขณะที่กำลังเดินกลับบ้าน มีเด็กแถวละแวกบ้าน อายุประมาณ 6-7 ขวบ ทำท่าล้อเลียน ชี้แล้วบอกว่า คนบ้าๆ จากนั้นให้ผู้ป่วยแบ่งกันแสดงความคิดเห็นว่าจะทำอย่างไรต่อเหตุการณ์ ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนวิธีคิดและการแก้ไขปัญหา เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจด้วยตนเองและยิ่งมั่นใจยิ่งขึ้นเมื่อกลุ่มก็ตัดสินใจเหมือนกัน คือ แสดงพฤติกรรมนิ่งเฉยในใจพยายามคิดบวกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งกิจกรรมประสบความสำเร็จด้วยตนเองนี้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถมากที่สุด เพราะความสำเร็จจากการกระทำเป็นปัจจัยที่ตนเองได้รับโดยตรง จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังในความสามารถของตนมากขึ้น ประสบการณ์ความสำเร็จของผู้ป่วยแต่ละรายจะเป็นประสบการณ์ตรง มีผลต่อการรับรู้มากขึ้น เกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้เพิ่มการรับรู้สมรรถนะความมั่นใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในภาวะที่ผู้ป่วยมีความกลัว วิตกกังวล เกิดความเครียด ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เมื่ออยู่ในสภาวะเครียดจะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง อ่อนไหวไปกับความรู้สึกตราบานั้น ทำให้ควบคุมร่างกายและอารมณ์ไม่ได้ แต่การฝึกฝนตนเองเพื่อเผชิญกับสภาวะเครียดทั้งทางร่างกายและอารมณ์ จะช่วยให้มีการแสดงออกที่เหมาะสม ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงเหตุการณ์ที่รู้สึกเครียด เป็นความรู้สึกตราบานั้น จากนั้นร่วมการเสนอวิธีการแก้ปัญหา เมื่อเกิดการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ โดยผู้ป่วยเสนอให้ใช้เทคนิคต่างๆ ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิธีการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความรู้สึกตราบานั้นได้อย่างมั่นใจ เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเผชิญกับความรู้สึกตราบานั้นได้ เป็นการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3. ผลจากการวิจัย พบว่า ความรู้สึกตราบานั้นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบมากที่สุดกับความรู้สึกตราบนั้น ผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้หรือการตัดสินใจพิจารณาในเรื่องที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการทำพฤติกรรมด้วยความมั่นใจ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงจะมีความรู้สึกตราบนั้นอยู่ในระดับต่ำ (อุบลรัตน์ สิงหเสนี, 2552) ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณภาพความสามารถ ขาดความหวัง ไร้พลัง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ การรับรู้ตราบนั้นและความรู้สึกตราบนั้นจะอยู่ในระดับสูง (Yanos et al., 2008 ; Livingston and boyd, 2010 ; อุบลรัตน์ สิงหเสนี, 2552; Hill and Startup, 2013; ชูศรี เกิดพงษ์ บุญโชติ และคณะ, 2558) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ ซึ่ง เป็นการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนส่งผลให้ช่วยลดความรู้สึกตราบนั้นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลปกติ คือผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชโย กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการของการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย ในรายที่มีปัญหาซับซ้อนหรือเกิดตราบนั้นจะทำการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล พบว่าคะแนนความรู้สึกตราบนั้นในกลุ่มควบคุมลดลง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 คะแนนความรู้สึกตราบนั้นเท่าเดิม 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติเหล่านี้ ในช่วงระหว่างที่ผู้วิจัยทำการทดลองบางรายได้มีการมาพบพยาบาลก่อนนัดเพื่อปรึกษาเป็นรายบุคคลถึงเรื่องที่ไม่สบายใจ ประกอบกับบางรายมีคนใกล้ชิดที่เคย

จากไปหรือเคยไปทำธุระต่างจังหวัดนานๆ กลับมาอยู่ด้วย ทำให้รู้สึกอ่อนใจ สบายใจ ส่งผลทำให้มีความคิดต่อตนเองในทางบวก ทำให้คะแนนความรู้สึกตราบาปลดลง

นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนความรู้สึกตราบาปเพิ่มขึ้น 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 หลังให้คำปรึกษารายบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการมีเหตุการณ์ที่มากกระตุ้น ทำให้เกิดความท้อแท้ ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ สอดคล้องกับทฤษฎีของ Corrigan and Wassel (2008) ที่ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีมุมมองต่อตนเองในทางลบหรือที่เรียกว่า ความรู้สึกตราบาป ประเมินตัดสินตนเองทำให้ รู้สึกด้อยค่า ไร้ความสามารถ รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดการแยกตัวออกจากสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Kleim et al (2008) พบว่าการปกปิดการเจ็บป่วย แยกตัวเองออกจากสังคม ผู้วิจัยได้ให้ความช่วยเหลือด้วยการ ให้คำปรึกษา รายบุคคล และส่งต่ออาการให้กับพยาบาลที่ดูแลเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้สึกตราบาปต่ำลง คิดเป็นร้อยละ 100 จากผลการวิจัย สรุปได้ว่า ความรู้สึกตราบาปที่ต่ำลง เกิดจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรม ได้แก่

1. สัมพันธภาพและชักจูงใจ กิจกรรมนี้เป็นการสร้างความพร้อม ความคุ้นเคยและจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เปิดเผยตนเอง โดยผู้วิจัยได้ใช้กิจกรรม สวัสดิ์ และ นกนางนวล ในการเริ่มต้นทำกลุ่ม หลังทำกิจกรรมผู้ป่วยมีท่าทางที่ผ่อนคลาย เช่น การยิ้ม หัวเราะ สบตากับเพื่อนในกลุ่ม เปิดเผยความรู้สึกภายในกลุ่มกันมากขึ้น และเมื่อผลัดให้เป็นคนออกคำสั่งครั้งแรกๆ ในบางรายจะมีท่าทางเขิน แต่ก็มีอาการให้กำลังใจกันเองภายในกลุ่มว่า “ทำได้ๆ” เกิดการกระตุ้นและให้กำลังใจกัน

นอกจากนี้กิจกรรมนี้ยังมีการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา เกิดมุมมองที่ดีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง เข้าใจในตนเอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทเปรียบเทียบกับโรคทางกาย ให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย เป็นกลยุทธ์ในการลดความรู้สึกผิดที่มีต่อตนเอง (สุธิสา ดีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558; Corrigan and Watson, 2004) กระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองมีความสามารถดูแลตนเองในการเผชิญกับการรับรู้ตราบาปและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตในชุมชนต่อไป

2. เรียนรู้ผ่านตัวแบบ โดยให้ตัวแบบแนะนำตนเอง และเล่าเรื่องเหตุการณ์ตราบาปที่เคยเกิดในอดีต และปฏิบัติกริยาตอบสนองต่อความรู้สึกตราบาปในตอนแรก เช่น ไม่รับประทานยา หงุดหงิดนอนไม่หลับ และเล่าถึงการปรับตัวของตัวแบบ วิธีคิดให้ไม่รู้สึกเป็นตราบาป และมีพฤติกรรมไปในทางเหมาะสม รับประทานยาต่อเนื่อง มาตรวจตามนัด ไม่รู้สึกเครียด กังวล หรือไม่รู้สึกไม่มั่นใจที่จะทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น โดยมีผู้วิจัยช่วยในการถามคำถามต่อตัวแบบ โดยผู้ป่วยให้ความสนใจและตั้งใจฟัง แสดงความสนใจโดยการสอบถามถึงเรื่องราวเหตุการณ์ตราบาปในอดีต วิธีการรักษาตนเองไม่ให้เกิดอาการกำเริบ และหลังจากการสนทนาสรุปภายในกลุ่ม ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญความรู้สึกตราบาป โดยมีตัวแบบเป็นแบบอย่างได้ จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีความพอใจต่อผลของการกระทำ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ตนเองก็สามารถประสบความสำเร็จได้

สะท้อนให้ผู้ป่วยปรับมุมมองของความคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงบาปและวิธีการแก้ไข ปรับความคิดที่ว่า ตนเองต้องรู้สึกอับอายจากการเป็นโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อโรคจิตเภทในทางบวก เป็นการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทางบวก เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถดำเนินการทำพฤติกรรมต่างๆด้วยความมั่นใจ (รัชนิ อุทัยพันธ์ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2556) ดังคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

“คนที่มีความทุกข์ไม่ใช่มีแค่เราคนเดียว”

“เค้า(ตัวแบบ) เจอมาเยอะนะ แต่ก็ไม่เคยท้อแท้”

“ใช้ชีวิตเราให้เป็นของเรา ไม่ใช่ฟังคำคนอื่นมากเกินไปจะทุกข์”

“ถ้าคิดว่าอาย มันก็จะอาย ทำเฉยๆซะดีกว่า นานไปก็จะดีเอง” ผู้ป่วยคนหนึ่งกล่าวแนะนำเพื่อนในกลุ่มที่รู้สึกประหม่าเมื่ออยู่ที่สาธารณะ

“มาคุยกันแบบนี้ก็ดี ปกติก็อยู่คนเดียว วันนี้ได้มาแลกเปลี่ยนกันกับเพื่อนก็มองว่าที่ผ่านมาปัญหาเราก็ไม่ได้ใหญ่อะไรเลย”

3. ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เป็นการจำลองสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกตราบาป เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของบุคคลมากที่สุด เพราะความสำเร็จจากการกระทำเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง (สุนันทา นวลเจริญ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; Bandura, 1997) หลังจากที่ถูกผู้ป่วยได้ทบทวนเกี่ยวกับประสบการณ์ตราบาปในอดีต ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเล่าเรื่องตนเองให้ผู้ป่วยคนอื่นในกลุ่มฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหลังจากการจำลองสถานการณ์ที่พบเห็นได้บ่อยในสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกตราบาป โดยสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่ยอมรับว่ารู้สึกโกรธ แต่เลือกที่จะนิ่งเฉยกับการถูกล้อถูกแซว แล้วเดินหนีออกมาจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกตราบาป บางคนมีความคิดที่จะต่อว่าและด่ากลับคนที่มาแซว แต่กลุ่มช่วยกันโน้มน้าวว่า การแสดงความรุนแรงมีแต่จะทำให้เรื่องราวแยะ อาจเกิดการทะเลาะกันได้ จึงไม่ควรถือสาและเอามาเป็นเรื่องให้ขุ่นเคืองในหัวใจ “คนที่มาล้อเลียนเดี่ยวเขาก็ลืม เราจะเก็บคำพูดเขามาทำร้ายใจเราทำไม” กลุ่มมีการช่วยกันแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหาาร่วมกัน และช่วยกันหาทางออกไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสมการได้แลกเปลี่ยนการรับรู้ปัญหาและแลกเปลี่ยนวิธีคิดและการแก้ปัญหา ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น มีการแสดงออกที่เหมาะสม ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพทางจิตมีความสามารถไม่แตกต่างจากคนทั่วไป เป็นการให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย และการเสริมความรู้เรื่อง แนวทางการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาป ให้ผู้ป่วยมีแนวทางและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ หลังจากให้แสดงบทบาทตามสถานการณ์เมื่อผู้ป่วยเดินผ่านแล้วมีเด็กข้างบ้านอายุประมาณ 6-7 ปี ทำท่าล้อเลียนว่าเราเป็นคนบ้า ซึ่งแบ่งให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ออกมา 4 แบบ ได้แก่ 1) คิดบวก

แสดงออกทางบวก 2) คิดลบ แสดงออกทางลบ 3)เฉยๆ แต่ในใจคิดลบ 4)เฉยๆแต่ในใจพยายามคิดบวก มีคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

“ทุกอย่างขึ้นอยู่กับตัวเรา ชีวิตเราเลือกเอง”

“ใช้อารมณ์ผิด ชีวิตเปลี่ยน”

และจากการบ้าน ใบงาน คิดแตกต่างสร้างพลังบวก มีคำพูดของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับตนเอง ดังนี้

“อย่าไปคิดว่าเราแปลก เราประหลาด เวลาอยู่ที่ตลาดเราก็ทำเฉยๆไว้ ไม่มีใครมาสนใจมาจับผิดเราหรอก ต่างคนก็ต่างมีธุระตัวเอง”

“กิจกรรมในชุมชน เขาขอให้ทำเราก็ต้องให้ความร่วมมือ เพื่อชุมชน อย่าไปคิดอาย กลัวคนนินทา มันจะไม่สนุก ไม่มีความสุข”

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ปัญหา แลกเปลี่ยนวิธีการคิด และการแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มักได้รับการตัดสินว่าไร้ความสามารถตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว (มาโนช หล่อตระกูล, 2541) จึงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ประเมินตนเองว่าด้อยค่า ไร้ความสามารถ (Corrigan and Wassel, 2008) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตราบาป ที่ทำให้อยู่ในสภาวะเครียด กดดัน แลกเปลี่ยนวิธีการคิด และการแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เกิดความผ่อนคลายและมีการแสดงออกที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาป อภิปรายเรื่องความคิด ความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้เกิดความผ่อนคลายทางร่างกายและอารมณ์ และให้สมาชิกชื่นชม และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น มีการแสดงออกที่เหมาะสม เมื่อต้องเผชิญกับการรับรู้ตราบาป ดังคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

“อยู่คนเดียวมันคิดไม่ออก คิดแต่เดิมๆ เป็นพวกเส้นผมบังภูเขา ถ้าได้คุยกับคนอื่นมันจะดีกว่า ดีขึ้นกว่าอยู่คนเดียวนะ”

“ทำอะไรต้องมีสติ อยู่กับปัจจุบัน ถ้ามันแต่คิดเรื่องเก่าๆ มันแก้ไขอะไรไม่ได้แล้ว แต่ถ้ามันคิดถึงอนาคต มันคือเพื่อฝันมากเกินไป มันจะเหนื่อย ต้องมีสติอยู่กับตัวเอง อยู่กับปัจจุบัน”

และให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนวิธีการผ่อนคลายเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกตราบาป

“ได้แลกเปลี่ยนวิธีกัน หลายคนหลายวิธี”

“กำหนดลมหายใจ ทำให้มีสมาธิ อยู่กับตัวเอง ไม่ใช่อยู่กับคำพูดของคนอื่น”

“หาอะไรทำให้ไม่ว่าง ใจจะได้ไม่ว้าวุ่น”

“เครียดได้ มันเป็นปกติ แต่อย่าเครียดข้ามวันข้ามคืน”

นอกจากนี้สมาชิกกลุ่มยังได้ทบทวนเกี่ยวกับประสบการณ์ตราบาปของตนเองในอดีต ประสบการณ์ที่กดดันจิตใจ เช่น “คนข้างบ้านมาล้อทุกวันว่าบ้า กินยาแก้บ้า ฉีดยาแก้บ้า สะสมมา

เรื่อย จนวันหนึ่งไม่ไปรับยา ไม่ฉีดยา อ้างว่าตนเองติดธุระ ต้องออกทำงานก่อสร้างทุกวันไม่มีเวลาร่วมกับเครือญาติมีสุราทุกวัน ทำให้อาการกำเริบ ต้องส่งไปโรงพยาบาลศรีธัญญา เตือนเตือนทุกคนในบ้าน ต้องเสียค่ารถไปเยี่ยม ต้องเดินทางไปไกล ไม่ได้อยู่บ้านสบายๆ พอได้มาเข้ากลุ่มก็ได้กลับมามองตนเองว่า ทำไมถึงปล่อยให้คำพูดของคนอื่นมาทำร้ายตนเองและคนในครอบครัว ถือเสียว่าคนอื่นไม่เข้าใจ แต่อย่างไรก็ขอให้เราเข้าใจตนเองก็พอ” สมาชิกได้เล่าเรื่องที่รู้สึกกดดันของตนเองให้กลุ่มฟัง และบอกวิธีการคิด แก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปใช้ในการบำบัดแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ ความมั่นใจในการดูแลตนเอง และการดำเนินชีวิตในครอบครัว สังคม และชุมชน ช่วยลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. ตราบาปที่เกิดจากการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว พยายามปกปิดไม่ให้ผู้อื่นรู้ว่ามีคนไข้จิตเวชอยู่ในครอบครัว (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547; สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) จึงควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาปไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งความรู้สึกของผู้ดูแลส่งผลโดยตรงต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

3. การเลือกผู้ป่วยที่เป็นตัวแบบในกิจกรรมที่ 2 (Live model) ควรเลือกผู้ป่วยที่กล้าเปิดเผยความรู้สึก มีเรื่องเล่าที่เคยมีตราบาปในอดีตเพื่อนำมาบอกเล่าภายในกลุ่ม และเป็นผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยคนอื่นเชื่อถือ เพราะมีพฤติกรรมที่ผู้ป่วยอื่นมองเห็นได้มาสักระยะหนึ่งแล้ว เช่น มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ไม่เคยขาดยา หรืออาการกำเริบ โดยผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลเหล่านี้กับกลุ่มเพื่อประกอบความน่าเชื่อถือของตัวแบบ ให้ผู้ป่วยอื่นรู้สึกว่าตัวเองก็ทำได้และอย่างทำตามเพื่อให้เกิดผลเช่นเดียวกับตัวแบบ โดยอาจให้เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ดูแลประจำช่วยในการคัดเลือกตัวแบบที่เหมาะสมตามคุณสมบัติ

3. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านจิตเวช ให้ความรู้ความเข้าใจ และมีการปรับทัศนคติบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ เรื่องบุคลากรเองเป็นผู้สร้างตราบาปให้ผู้ป่วยเอง และบุคลากรสาธารณสุขด้านจิตเวชได้นำความรู้เรื่องโรคและการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปใช้กับผู้ป่วยในชุมชน

4. บุคลากรสาธารณสุขด้านจิตเวช ที่นำไปโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยควรเรียนรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 ขั้นตอน และควรมีทักษะในการทำกลุ่ม เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

1. ควรทำวิจัยผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่น เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะความท้อแท้ หรือรู้สึกหมดกำลังใจในตนเอง หรือมีภาพตายตัวในทางลบ
2. ควรมีการประเมินต่อเนื่องเป็นระยะ เพื่อประเมินความคงอยู่ของโปรแกรม และผลของโปรแกรมในการลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. (2559). กรมสุขภาพจิตชวนร่วมงาน “วันจิตเภท” ชีวิตที่มีความหวังและ

ความหมาย **ย้ำจิตเภทรักษาได้ ผู้ป่วย-ครอบครัว-สังคม พลังสำคัญสู่เส้นทางการหาย**
ป่วย. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 เมษายน, 2560, จาก :

http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=82662

ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุขโชโตะ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภท. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 58 (1). 89-100.

คณางค์ ศิริเสถียร. (2550). **การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.** สารนิพนธ์
พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

จินตนา ยูนิพันธ์. (2528). **การพยาบาลจิตเวช เล่มที่ 2.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, เบญจพร ปัญญา และชูชาติ วงศ์อนุชิต. (2558). การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วย
จิตเวช. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 23(1): 25-37.

ธนวัต ปุณยกนก. (2553). **การประทับตราว่าด้อยค่าในการแสวงหาความช่วยเหลือด้านจิตใจ :**
การ พัฒนามาตรวัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะ
จิตวิทยาบัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประคอง กรรณสูตร. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2549). **จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน. เชียงใหม่:** โรงพิมพ์นันทพันธ์
เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา. (2547). ตราบาป : การรับรู้
และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. **วารสารการพยาบาลจิตเวช**. 18(1):
1-9.

เพลิน เสียงโซคอยู่. (2548). **ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มต่อ**
พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันสมเด็จพระ
เจ้าพระยา. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต
เวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ภัทรารณณ์ พุงปันคำ, สรัญญา วรณชัยกุล, สุวิท อินทอง, สมบัติ สกุฬพรรณ, ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, ซาลินี สุวรรณยศ และขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2551). **คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท: มุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล**. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. (2552). **แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาชุมชน**. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 เมษายน, 2560, จาก
file:///C:/Users/Administrator/Downloads/Community_Study.pdf
- มาโนช หล่อตระกูล. (2541). ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา. **วารสารคลินิก**. 67(14): 761-765.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ยาใจ สิทธิมงคล.(2539). ภาวะของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: วิเคราะห์รายงานการวิจัย. **วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล** 1 : 19-26.
- รัชณี อุทัยพันธ์ และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2556).ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 27(1): 136-148.
- วรรณษา จำปาศรี และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์.(2555). ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประของต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 26(2):51-62.
- วิดา สุวรรณชาติ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตด้วยผู้ใหญ๋. **วารสารเกื้อการุณย์**. 23(1): 60-72.
- ศรินธร มังคะมณี. (2547). **ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์. (2538). **การรับรู้สมรรถนะตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิต วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริจิต สุทธิจิตต์ และ มานิต ศรีสุรภานนท์.(2552). โรคจิตเภท (Schizophrenia) : ระบาดวิทยาและ การรักษา.**วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 54(ฉบับผนวก1).21-37.
- ศิริพร ชวนชาติ. (2551). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะต่อ พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้น**. ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุจิตรา วรสิงห์ , ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และ ชนัดดา แนบเกษร. (2557). ปัจจัยสัมพันธ์กับการรับรู้
 ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท. **วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ**. 9(3): 98-104.
- สุธิสา ดีเพชร และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 ต่อการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและ
 สุขภาพจิต**. 29(1):123-138.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. **วารสารกองการ
 พยาบาล** 42(3) : 159-168.
- สุนันทา นวลเจริญ และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้
 สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. **วารสาร
 การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 25(2):117-129.
- สุพัฒนา สุขสว่าง. (2548). **การศึกษาตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท** .กรุงเทพมหานคร: การประชุม
 วิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 4: 69-70.
- สุภาวดี บุญชู และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2552). **ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของ
 ตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท**. ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
 สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี : โรงพิมพ์
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมชาย พลอยล้อมแสง และชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล. (2547). การสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับ
 สุขภาพจิตตราบาป และการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในสถานบริการ
 สุขภาพจิต. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 12 (2) : 71-79.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาสิต. (2549). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรง
 พิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2554). **ตำราประสาทจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือน
 แก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
 เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2559).
**บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย อังกฤษ-ไทย เวอร์ชัน 2016 เล่มที่
 1 ตารางการจัดกลุ่มโรค**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศรีเมืองการพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:
 สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรัญญา คำพึ่ง. (2552). **ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพิชัยจังหวัดอุดรดิตถ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อาชวศรี คำหอม. (2552). **การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแล ทักษะชีวิต และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบลรัตน์ สิงห์เสนี. (2552). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท.** ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอมหทัย ศรีจันทร์. (2557). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท.** ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association.(2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder.** 5th ed. Arlington, VA:American Psychiatric Association. P:87-122.
- Angermeyer ,M.C. and Matschinger, H.(2003).The stigma of mental illness: effects of Labeling on public attitudes towards people with mental disorder. **Acta Psychiatry Scand.** 108: 304-309.
- Arboleda-Flòrez J. and Stuart, H. (2012). From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses. **The Canadian Journal of Psychiatry.** 57(8): 457-462.
- Bandura A.(1997). **Self-efficacy Theory.**In Ramachaudran,V.S..(Ed), Encyclopedia of human behavior. New York : Academic Press. P:13-38.
- Bellack, A. S., Green, M. F., Cook, J. A., Fenton, W., Harvey, P. D., Heaton, R. K., Laughren, T., Leon, A. C., Mayo, D. J., Patrick, D. L., Patterson, T. L., Rose, A., Stover, E. and Wykes, T.(2007). Assessment of Community Function in People With Schizophrenia and other Severe Mental Illness : A White Paper Based on an NIMH-Sponsored Workshop. **Schizophrenia Bulletin.** 33(3) : 805-822.

- Ben-Zeev ,D., Frounfelker,R. , Morris, S.B., and Corrigan,P.W.(2012). Predictors of Self-Stigma in Schizophrenia : New Insights Using Mobile Technologies. **Journal of dual diagnosis**. 8(4):305-314.
- Burns, N., and Grove, S.K. (2005). **The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization**. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Brohan , E., Elgie, R.,Sartorius, N. and Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. **Schizophrenia Research**. 122: 232-238.
- Cohen S.(2004). Social Relationships and Health. **American Psychologist**. 59(8), Nov 2004, 676-684.
- Corrigan, P.W.(2004). Hoe Stigma interferes with mental care. **American Psychologist**. 59: 614-625.
- Corrigan, P.W. and Gelb, B.(2006). Three programs that use mass approaches to challenge the stigma of mental illness. **Psychiatric Service**. 57:393-398.
- Corrigan, P.W., Markowitz, F.E., and Watson A.C. (2004). Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. **Schizophrenia Bulletin**. 30(3): 481-491.
- Corrigan, P.W. and Rao, D.(2012). On the Self-Stigma of Mental Illness : Stages, Disclosure, and Strategie foe Chang. **The Canadian Journal of Psychiatry**. 57(8): 464-469.
- Corrigan, P.W. and Wassel, A. (2008). Understanding and Influencing the Stigma of Mental Illness. **Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services**. 46(1): 42-48.
- Corrigan, P.W. and Watson, A.C.(2004). At Issue : Stop stigma : Call Mentall Illness a Brain Disease. **Schizophrenia Bulletin**. 30(3):477-479.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C. and Barr, L.(2004). The self-stigma of Mental Illness Implication foe Self-Esteem and Self-efficacy. **Jounal of Social and Clinical Psychology**. 25(8): 875-884.
- Dickerson, F.B., Pratt, F. and Ringel, N. (2002). The relationship among three measures of social in outpatients with schizophrenia. (Electronic version). **Journal of Chincal Psychology**. 56(2): 1509-1519.

- Ertugrul A. and Ulug B.(2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**.39(1):73-77.
- Fung K.M., Tsang H.W., Corrigan P.W.,Lam C.S. and Cheng W.(2007). Measuring Self-stigma of Mental Illness in China and Its implications for Recovery. **International Journal of Social Psychiatry**. 53 : 408-418.
- Fung K.M., Tsang H.W.,and Cheng W.(2011). Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. **Psychiatry Research**. 189 : 208-214.
- Gerlinger ,G., Hauser,M., Hert,M.D., Lacluyse,K., Wampers,M., and Correll, C.U.(2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorder : a systematic review of prevalence rates, correlate, impact and interventions. **World psychiatry**. 12:155-164.
- Goffman, E.(1993). **Stigma : Note on the management of spoiled identity**. Englewood cliffs. New Jersey : Parentice Hall.
- Griffiths , K.M., Carron-Arthur ,B. Parsons, A. and Reid, R.(2014). Effectiveness of program for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. **World psychiatry**. 13:161-175.
- Hill, K. and Startup, M. (2013). The relation between internalized stigma, Negative symptoms and social functioning in schizophrenia : The mediating role of self-efficacy. **Psychiatry Research**. 206 : 151-157.
- Holmes, E.P. and River, L.P.(1998). **Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness**. Cognitive and Behavioral Practice . 5: 231-239.
- Karakas ,S.A., Okanli, A. and Yilmaz, E.(2016).The effect of Internalized Stigma on the Self Esteem in Patients with Schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing**. 30: 648-652.
- Kingdon, D.G. and Turkington, D.(1991).The use of cognitive behaviour with a normalizing rationale in schizophrenia: preliminary report. **The journal of Nervous and Mental Disease**. 179: 207-211.
- Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, Rolf-Dieter, Hayward, P. and Corrigan, P.W.(2008). Perceived stigma Predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. **Journal of Mental Health**. 15(5): 482-491.

- Knight, M.T.D., Wykes, T. and Hayward, P.(2006). Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia : a waiting list trial of efficacy. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**. 34: 305-318.
- Kopelowicz,A., Liberman, R.P. and Zarate, R.(2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**. 32: 12-23.
- Jerusalem, M. and Schwarzer, R.(1993). **The General Self-efficacy Scale (GSE)**. Retrieved April 8, 2017, from <http://www.fu-berlin.de/gesund>
- Laidlaw, T,M., Coverdale, J,H., Falloon, I, R., and Kydd, R,R. (2002). Caregiver' stress when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. **Community mental health journal** 38 (4) : 303-310.
- Landeen, J.L., Seeman, M.V., Goering, P., and Streiner, D.(2007). Schizophrenia : Effects of Perceived Stigma on Two Dimensions of Recovery. **Clinical Schizophrenia & Related Psychoses** 1: 64-68.
- Lauriello, J., Bustillo, J. and Keith, S.J.(1999). A critical review of research on psychosocial treatment of schizophrenia. **Biological Psychiatry**. 46: 1409-1417.
- Lee , S., Chiu, Y.L.M., Tsang, A.Chiu, H. and Kleinman, A.(2006). Stigmatizing experience and structural discrimination associated with treatment of scizophrenia in Hong Kong. **Social Science & medicine**. 62:1685-1696.
- Link, B.G. and Phelan, J.C.(2001). Conceptualizing Stigma. **Annual Review of Sociology**. 27: 363-385.
- Linstrom, E. and Bingefors, K. (2000).Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. **Pharmacoeconomics** 18 : 105-124.
- Littlefield, C.H., and Daneman.(1992).Relationship of Self-efficacy and binding to adherence to diabete regimen among adolescent. **Diabetes care**, 15(1): 90-94.
- Livingston, J.D. and Boyd, J.E.(2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness : A systematic review and meta-analysis. **Social Science & Medicine**. 71: 2150-2161.
- Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R. S. and Grypdonck, M. H. F.(2003).Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia : The Aplicacion of an Intervention Protocal in nursing Practice. **Archives of Psychiatric nursing**. 17(4) : 165-172.

- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P.C. and Roessler, W. (2006). Social support modifies perceived Stigmatization in first year of mental illness: A longitudinal approach. **Social Science and Medicine**. 62: 39-49.
- Ochoa, S., Martinez-Zambrano, F., Garcia-Franco, M., Vilamala, S., Ribas, M., Arenas, O., Garcia-Morales, E., Alvarez, I., Escardin, G., Villellas, R., Escandell, M. J., Martinez-Raves, M., Lopez-Arias, E., Cunyat, C., and Haro, J.M.(2015). Development and validation of the Self-Stigma Questionnaire (SSQ) for people with schizophrenia and its relation to social functioning. **Comprehensive Psychiatry**. 62:93-99.
- Page, S. (1995) . Effects of the mental illness label in 1993 : acceptance and rejection in the community. **Journal of Health and Social Policy**. 7:61-68.
- Perlick , D.A., Rosenheck, R.A., Clarkin, J.F., Sirey, J.A, Salah, J., Struening, E.L. and Link, B.G.(2001). Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of person diagnosed with bipolar affective disorder. **Psychiatric Services**. 52(12): 1627-1632.
- Razali, S. M., Hussein, S. and Ismail, Tg, A. (2010). Perceived Stigma and Self-Esteem among Patients with Schizophrenia. **International Medical Journal**. 17(4): 255-260.
- Sadock, J. B., and Sadock, A. V. (2000). **Comprehensive Textbook of the Psychiatry**. Philadelphia : Williams & Wilkins.
- Sherer, M.and Maddux, J.E.(1982). The Self-efficacy Scale : Construction and Validation. **Psychological report**, 51, 663-671.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T. and Amering, M.(2011). Stigma Resistance in patients with schizophrenia. **Schizophrenia Bull**.37(2): 316-323.
- Stuart, G.W.(2009). **Principle and practice of Psychiatric Nursing**. 9th ed Mosby: affiliate of Elsevier.
- Uchino, T., Maeda, M. and Uchimura, N.(2012). Psychoeducation may reduce self stigma of people with schizophrenia and schizoaffective disorder. **Kurume Med. J**. 50: 25-31.
- Wahl, O.F.(1999). Mental health consumer' experience of stigma. **Schizophrenia Bulletin**. 25(3): 467-478.

- Watson, A.C., Corrigan, P.W., Larson, J.E. and Sells, M.(2007). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. **International Psychogeriatric** 20(1) : 174-187.
- Werner, P., Aviv, A. and Barak, Y.(2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. **International Psychogeriatrics**. 20:174-187.
- Wilson, H.S. and Kneisl, C.R. (1996). **Psychiatric Nursing**. New York Addison-Wesley.
- Wood, L. , Byrne, R., Varese, F., Morrison, A. P.(2016). Psychosocial intervention for internalised stigma in people with a schizophrenia-spectrum diagnosis: A systematic narrative synthesis and meta-analysis. **Schizophrenia Research**. 176: 291-303.
- Yanos, P.T., Roe, D., Markus, K. and Lysaker, P.H. (2008). Pathway Between Internalized Stigma and Outcomes Pelated to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. **Psychiatric services**. 59(12): 1437-1442
- Yilmaz,E. and Okanli, A.(2015). The effect of Internalized Stigma on the Adherence to Treatment in Patient With Schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing**. 29: 297-301.
- Ying Lv, Wolf, A. and Wang, X. (2013). Experience stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. **General Hospital Psychiatry**. 35: 83-88.





รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์วรวิทย์ สัมฤทธิ์ดี	นายแพทย์ชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช และกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. นางเกษสุดาพร แป้นทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลไชโย
3. นางจุฑามาศ ผดุงญาติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลป่าโมก
4. นางระวีวรรณ เต็มวาณิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลศรีธัญญา
5. นางสาวดลกมล มัธยม	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีธัญญา



แบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามแนบท้ายหนังสือฉบับนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาปของ
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวณัฐสุภา พรสมบุญ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลน ตำบลโผงเผง

อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 035-867040

โทรศัพท์มือถือ 094-9954121 Email : nats103@hotmail.com

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนจากผู้วิจัย
ชื่อ นางสาวณัฐสุภา พรสมบุญ ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งทราบถึงผล
ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจ
เกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าวและมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการเข้าร่วมใน
การวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผล
ต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับต่อไป

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่า
จะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า
ต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงนาม.....อาสาสมัครวิจัย (.....) ตัวบรรจง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	ลงนาม.....ผู้วิจัย (นางสาวณัฐสุภา พรสมบุญ) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ลายเซ็นพยานอย่างน้อย ๑ คน (แล้วแต่กรณี) ลงนาม.....พยาน (.....) ตัวบรรจง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	ลงนาม.....พยาน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และได้อ่านข้อความข้างต้น
แล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้ว

ในเอกสารข้อมูลข้างต้น จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Inform Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาปของ
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวณัฐสุภา พรสมบูรณ์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลน ตำบลโผงเผง

อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 035-867040

โทรศัพท์มือถือ 094-9954121 Email : nats103@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านในการวิจัย ก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยขอชี้แจงให้ท่านได้
ทำความเข้าใจและทราบว่างานวิจัยนี้ทำเพื่อต้องการทราบว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่ง
ตนต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือไม่ อย่างไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลนี้
อย่างละเอียดรอบคอบ โดยท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

2.1 โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึก
ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.2 มีวัตถุประสงค์การวิจัยคือ เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล
ตามปกติ

2.3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับ
ผู้เข้าร่วมการวิจัย โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน เป็นโปรแกรมที่ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่ม
ตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 20 ราย และกลุ่มที่ได้รับ
โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจำนวน 20 ราย

3. รายละเอียดของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย ประชากรตัวอย่างคือ ผู้ป่วย
จิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่อาศัยและดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ที่มารับ
การบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม
คุณสมบัติ ดังนี้

- 3.1 มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
- 3.2 มีคะแนนความรู้สึกตราบาปอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป
- 3.3 มีอาการทางจิตทุเลา

3.4 สามารถสื่อสารฟังพูดด้วยภาษาไทย

3.5 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากประชากรตัวอย่าง คือ มีโรคแทรกซ้อนทางกายและทางจิต และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน

4. รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย

4.1 ครั้งที่ 1 สัมภาษณ์และซักจูงใจ ใช้เวลา 60-90 นาที

พยาบาลผู้วิจัยสร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลายโดยพูดคุยซักถามเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลาย สมาชิกทุกคนในกลุ่มประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกัน ร่วมแสดงมุมมอง ความคิด ความเชื่อและความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยด้วยจิตเภท トラบาป โรคจิตเภท และผลกระทบต่อการใช้ชีวิต

4.2 ครั้งที่ 2 เรียนรู้ผ่านตัวแบบ

พยาบาลผู้วิจัยนำเสนอตัวแบบจริงที่ประสบความสำเร็จกับการจัดการกับความรู้สึกตราบาป มีทัศนคติต่อโรคจิตเภทในทางบวก เห็นคุณค่าในตนเองว่า ถึงแม้จะป่วยด้วยโรคจิตเภทแต่ก็สามารถช่วยเหลือตนเอง หรือครอบครัวได้ ไม่เก็บมาคิดเมื่อถูกล้อเลียน และมีพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการไม่ตีตราตนเอง เช่น รับประทานยาต่อเนื่อง ไปตรวจตามนัด ทำกิจกรรมตามปกติ เช่น ไปตลาด ไปวัด ไม่แยกตนเองออกจากสังคม และร่วมกันอภิปรายผู้วิจัยให้ในงานบันทึกความรู้สึกที่มีต่อตนเอง

4.3 ครั้งที่ 3 ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง

จำลองสถานการณ์ที่พบเห็นได้บ่อยในสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกตราบาป จากนั้นให้ผู้ป่วยทำใบงาน ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง โดยให้ผู้ป่วยร่วมกันนำเสนอ และให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนการรับรู้ปัญหาและแลกเปลี่ยนวิธีคิด รวมทั้งการแก้ปัญหา

4.4 ครั้งที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับการกระตุ้นทางอารมณ์เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญตราบาป พยาบาลผู้วิจัย จัดให้ผู้ป่วยทบทวนและร่วมอภิปรายเกี่ยวกับ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเผชิญปัญหา วิธีการผ่อนคลาย การคิดและการแก้ไขปัญหา

5. ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากงานวิจัยนี้ แต่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโครงการพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ

6. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้

7. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นในการเข้าร่วมการวิจัย และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

8. การเข้าร่วมเป็นประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นความสมัครใจ และ
 ปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มี
 ผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับอยู่

9. การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

10. ข้อมูลใดๆที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัย จะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้นเพื่อประโยชน์
 ทางการศึกษาวิจัย

หากผู้วิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการ
 พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฝ่ายวิจัยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคาร
 อานันท์มหิตลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ 1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุม
 วัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2616-9115-6



ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวณัฐสุภา พรสมบูรณ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY





รหัสโครงการวิจัยเลขที่..ATGEC02/๒๕๖๑

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทอง

โครงการวิจัย: ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

รหัสโครงการ: ATGEC02/๒๕๖๑

หัวหน้าโครงการ: นางสาวณัฐสุภา พรสมบุญ

สถานที่ดำเนินการวิจัย: แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชโย

เอกสารที่พิจารณา

1. โครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทอง
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย
3. เอกสารแนะนำโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัครและหนังสือยินยอม
4. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อการวิจัย, แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทองได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก อนึ่งท่านต้องทำรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯ ทราบ (ระบุระยะเวลา/ปี) เพื่อขออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่าจะหมดอายุโครงการ



(นางรัตน์เกล้า สุมานิก)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รองประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทอง
รักษาการประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทอง



กรรมการและเลขานุการ

(นายเสกสรรค์ สวัสดิ์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ประชุมครั้งแรก...วันที่.....5.....มกราคม...พ.ศ.2561.....

รับรองตั้งแต่วันที่...วันที่.... 5 มีนาคม พ.ศ.2561.....ถึงวันที่....4 มีนาคม ..พ.ศ.2562.....



แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง () หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพการสมรส

() โสด

() หย่า

() คู่

() แยกกันอยู่

() หม้าย

4. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้เรียน

() อนุปริญญา

() ประถมศึกษา

() ปริญญาตรี

() มัธยมศึกษา

อื่นๆ ระบุ.....

5. อาชีพ

() วางงาน

() รับจ้าง

() รับราชการ

() ค้าขาย

() เกษตรกรรม

อื่นๆ ระบุ.....

6. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกทราบ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้ให้ละเอียด และให้ลงคะแนนหมายเลขให้ตรงกับความรู้สึกของท่าน โดยแต่ละข้อจะมีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 1 ถึง 9 ในการตอบ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วย

เห็นด้วยอย่างยิ่ง



ส่วนที่ 1

“ในสังคมปัจจุบันที่มีความหลากหลายของทัศนคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ความคิดเห็นของคุณเกี่ยวกับทัศนคติเหล่านี้”

ความเห็นของคุณ คนทั่วไปคิดว่า

- 1) _____ อากาทางจิตส่วนใหญ่สามารถติดต่อกันได้
- 2) _____ ผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่ไม่สามารถไว้วางใจ
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____
- 11) _____
- 12) _____
- 13) _____
- 14) _____ ผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลตนเองได้
- 15) _____ ผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่เป็นคนมีความสามารถพิเศษ

ส่วนที่ 2

“ในขณะที่ คุณมีความคิดเห็นอย่างไรกับพฤติกรรมเหล่านี้ คุณเห็นด้วยกับข้อความข้างล่างนี้หรือไม่”

ฉันคิดว่า

- 1) _____ ผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่เมื่อพบปัญหาจะรู้สึกตำหนิตนเอง
- 2) _____ ผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่มีพฤติกรรมแปรปรวน
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____
- 11) _____
- 12) _____
- 13) _____
- 14) _____ ผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่เป็นคนอัจฉริยะ
- 15) _____ ผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่มักจะตื้อ เหมือนเด็กไร้เดียงสา



ส่วนที่ 3

“ข้อความต่อไปนี้ แสดงถึงความคิดเห็นต่อการเจ็บป่วยทางจิตของคุณ พฤติกรรมข้างล่างนี้ พบในตัวคุณหรือไม่”

ฉันป่วยทางจิตเพราะ

- 1) _____ สติปัญญาของฉันต่ำกว่าบุคคลทั่วไป
- 2) _____ ฉันมีความรู้สึกว่ามันแปลกประหลาดกว่าคนทั่วไป
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____
- 11) _____
- 12) _____
- 13) _____
- 14) _____ ฉันสามารถก่อให้เกิดอันตรายได้
- 15) _____ ฉันเป็นที่น่ารำคาญของบุคคลอื่น

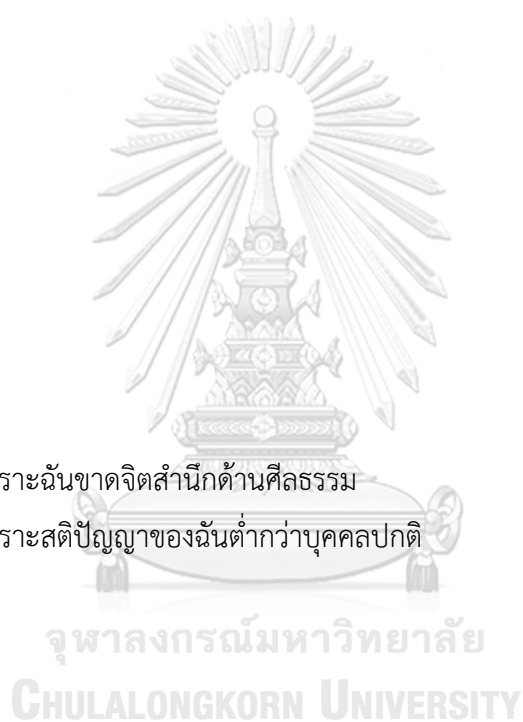


ส่วนที่ 4

“พฤติกรรมเหล่านี้มีผลกระทบต่อความรู้สึกมั่นใจในตนเองหรือความนับถือตนเอง”

ขณะนี้ฉันไม่มีความนับถือตนเอง

- 1) _____ เพราะฉันไม่สามารถดูแลตนเองได้
- 2) _____ เพราะฉันไม่สามารถหางานปกติทำได้ หรือทำงานได้นาน
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____
- 11) _____
- 12) _____
- 13) _____
- 14) _____ เพราะฉันขาดจิตสำนึกด้านศีลธรรม
- 15) _____ เพราะสติปัญญาของฉันต่ำกว่าบุคคลปกติ



(เครื่องมือกำกับการวิจัย) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมั่นใจของท่านในการจัดการกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ท่านรับการรักษาโรคจิตเภท ทั้งในโรงพยาบาลและเมื่ออยู่ในชุมชน ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วพิจารณาว่า ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นอย่างไร ในข้อที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ระดับความมั่นใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถทำกิจกรรมร่วมกับคนในหมู่บ้าน/ชุมชน ได้					
2. ฉันสามารถสังเกตตนเองได้ เมื่อรู้สึกเครียด					
3. ฉันสามารถถามคำถามเพิ่มเติม เมื่อฉันไม่ได้รับคำตอบที่ชัดเจน หรือไม่เข้าใจคำตอบ					
4. ฉันมั่นใจว่า.....					
5. ฉันสามารถ.....					
6. ฉันสามารถ.....					
7. ฉันพร้อมที่จะ.....					

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ระดับความมั่นใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8. ฉันสามารถสังเกต.....					
9. ฉันสามารถหา.....					
10. ฉันสามารถ.....					
11. ฉันสามารถ.....					
12. ฉันมั่นใจ.....					
13. ฉันมั่นใจว่า					
14. ฉันมั่นใจว่า ฉันเป็นคนที่บุคคลอื่นสามารถไว้วางใจ ฉันได้					
15. ฉันมั่นใจว่า สติปัญญาของฉันไม่ต่างจากบุคคลอื่น					

แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

ไม่มีอาการ = 1 คะแนน มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง = 2 คะแนน มีอาการเล็กน้อย = 3 คะแนน

มีอาการปานกลาง = 4 คะแนน ค่อนข้างรุนแรง = 5 คะแนน มีอาการรุนแรง = 6 คะแนน

มีอาการรุนแรงมาก = 7 คะแนน

หัวข้อ		อาการและอาการแสดง	คะแนน						
G	1	(Somatic concern) คุณรู้สึกว่าคุณเป็นโรคทางกายหรือไม่	1	2	3	4	5	6	7
G	2	(Anxiety) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกกังวล กลัวอะไรบางอย่าง/ความคิดนี้รบกวนจิตใจบ่อยไหม/มีอาการเหงื่อออกใจสั่น/ อาการมีผลต่อการทำกิจวัตรทำงานของคุณ?							
N	3	(Emotional withdrawal) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่แสดงอารมณ์ เฉยเมย							
P	4	(Conceptual Disorganization) พูดไม่เป็นเรื่องเป็นราว ไม่เชื่อมโยง พูดอ้อมค้อมไม่ต่อเนื่อง(ดู 15 นาทีแรก)							
G	5	(Guilt feeling) รู้สึกตำหนิตนเองในสิ่งที่ทำไม่ดี หรือเสียใจในสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่							
G	6	(Tension) มองจากท่านั่งรู้สึกตึงเครียด ขณะพูดอาจมีอาการกระตุก เสียงสั่น							
G	7	(Mannerism and Posturing) มีท่าทางการเคลื่อนไหวไม่เป็นธรรมชาติ ดูแข็งก้าง แข็ง ดูแปลกๆ							
P	8	(Grandiosity) รู้สึกมีความสามารถพิเศษบางอย่างหรือไม่/ที่ผ่านมาเป็นใครที่มีชื่อเสียงหรือไม่							
G	9	(Depressive mood) คุณรู้สึกไม่มีความสุข หรือเศร้าไหม/ รู้สึกบ่อยขนาดไหน สามารถเบนความสนใจไปทำเรื่องที่มีความสุขได้ไหม/ ความรู้สึกนี้รบกวนกิจวัตรหรือการทำงานของคุณไหม							
P	10	(Hostility) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อยๆ เคยมีปัญหาชกต่อยหรือทะเลาะกับคนอื่น/ สัมพันธภาพกับคนอื่น คนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เป็นอย่างไร							

P	11	(Suspiciousness) รู้สึกเหมือนมีคนมาคอยจับผิด มีคนคิดร้ายบ้างไหม/ โดยวิธีใด/ รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการคิดคิดของใครบางคนไหม							
P	12	(Hallucination) คุณได้ยินเสียงหรือมีคนพูดด้วยโดยไม่เห็นตัวหรือไม่/ คุณมองหรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้สึกร/ ประสบการณ์นี้มีผลต่อชีวิตประจำวันไหม							
G	13	(Motor Retardation) การพูดการเคลื่อนไหวเชิงช้า (สังเกตพฤติกรรม)							
G	14	(Uncooperativeness) มีท่าทีต่อต้าน ระมัดระวังไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
G	15	(Unusual thought content) ความคิดแปลก เช่น มีความเชื่อเรื่องพลังจิตวิญญาน (หากพบข้อ Somatic Grandiosity Delusion จะพบข้อนี้ด้วย)							
N	16	(Blunted Affect) สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
P	17	(Excitement) มีท่าทีลุกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว อยู่ไม่เป็นสุข							
G	18	(Disorientation) ถามวันเวลา สถานที่ และบุคคล							
คะแนนรวม									

**ตัวอย่างคู่มือโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อลดความรู้สึกลดราบาบ
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพและชักจูงใจ

สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลไชโย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอก

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันภายในกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับโรค มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุอาการและการรักษา
4. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ กล้าเปิดเผยตนเอง เกิดความร่วมมือ และมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย ความรู้สึกลดราบาบของตนเองได้
3. ผู้ป่วยสามารถบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความพร้อมและแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆมากขึ้น การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของ ตนเอง เป็นการประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ เกิดความเข้าใจในตนเอง การให้ข้อมูล เกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นโรคที่เกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติ โดยเน้นการเปิดโอกาส ผู้ป่วยได้ พูดคุยระบายการรับรู้การตีตรา และหลีกเลี่ยงการแบ่งปัญหาสุขภาพกับการเจ็บป่วยทางจิต ทุกอย่างมีความต่อเนื่องกัน เน้นการจัดการกับปัญหามากกว่าการจัดการกับวินิจฉัย การใช้คำพูดชักจูง เป็นการใช้คำพูดอธิบาย การให้คำแนะนำชักชวนและกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองมีความสามารถดูแลตนเองในการเผชิญกับความรู้สึกลดราบาบและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตในชุมชนต่อไป

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย สร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลายโดยพูดคุยซักถามเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลาย สร้างความไว้วางใจ

2. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวเอง และให้ผู้ป่วยแต่ละคนแนะนำตนเอง พร้อมทั้งแจกใบแนะนำโครงการ
3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วม กิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมโดยเปรียบเทียบการดำเนินการแต่ละสัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นภาพกิจกรรมชัดเจนขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
4. ผู้นำกลุ่ม พาผู้ป่วยร่วมกิจกรรม “สวัสดี” และ “นกนางนวล” เพื่อสร้างบรรยากาศไว้วางใจ เสริมสร้างสัมพันธภาพ ส่งเสริมการแสดงออก นำไปสู่การเปิดเผยตนเองมากขึ้น
5. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 1 ให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกัน ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปราย ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นการอภิปรายและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และแจกใบความรู้ที่ 1
6. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์การเจ็บป่วย อาการสำคัญ และการรักษาที่ได้รับ และเปิดโอกาสให้เพื่อนผู้ป่วยซักถาม
7. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 2 ให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มแสดงถึง มุมมอง ความคิด ความเชื่อและความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยด้วยจิตเภท เน้นเป็นมุมมองของตนเอง จากประสบการณ์ที่ผ่านมา และอธิบายให้ผู้ป่วยในกลุ่มฟัง เพื่อเป็นการสื่อสาร การรับรู้ที่เป็นตรรกะจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยในกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นเรื่องที่คล้ายกัน และมีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนอย่างไร
7. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่ได้เชื่อมโยงการให้ความรู้กับการให้ความรู้เรื่อง ตรรกะ โรคจิตเภท และผลกระทบต่อกรรับรู้ตรรกะ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง
8. ผู้นำกลุ่มถามถึงความรู้สึกหลังกิจกรรม ถ้าไม่มีความรู้สึกตรรกะ โรคจิตที่เป็นอยู่ ก็เหมือนกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั่วไป ไม่ว่าจะ เป็น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ ที่ต้องปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้เรื่องโรคจิตเภท พร้อมสรุปเน้น “โรคจิตเภทเป็นโรคทางสมองชนิดหนึ่ง การทำงานหรือหลังสารออกมาไม่สมดุลทำให้เกิดอาการ กำเริบจึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ห้ามหยุดหรือขาดยา” เพื่อให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคม ลดความรู้สึกผิดที่มีต่อตนเอง ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
9. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นอีกครั้งและกล่าวชมเชยและสนับสนุนให้กำลังใจสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้เกิดความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญกับตรรกะ
10. นัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกได้รู้จักและเกิดความคุ้นเคยกัน
2. สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรรกะร่วมกัน
3. สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท



ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินความรู้สึกตราบาป

ส่วนที่ 1

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.667	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a1	66.0000	128.069	.125	.671
a2	65.8667	127.637	.203	.660
a3	65.0333	130.240	.062	.680
a4	65.6667	118.161	.443	.631
a5	64.7333	108.271	.540	.609
a6	65.5333	121.706	.281	.651
a7	65.6667	128.920	.158	.665
a8	66.1667	134.282	.041	.673
a9	65.2667	125.168	.173	.666
a10	64.2667	122.685	.222	.660
a11	64.5333	113.292	.467	.623
a12	64.1333	114.464	.400	.632
a13	64.4333	103.978	.582	.598
a14	65.9667	118.585	.429	.633
a15	65.3333	131.609	.012	.691

ส่วนที่ 2

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.744	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	62.5333	136.395	.493	.717
p2	61.1333	133.706	.487	.716
p3	61.0000	141.793	.234	.743
p4	60.4667	132.740	.437	.720
p5	61.2000	148.234	.154	.748
p6	60.7667	135.151	.396	.725
p7	62.4333	142.185	.321	.733
p8	61.8333	139.040	.304	.735
p9	60.8000	126.441	.529	.708
p10	63.1333	148.533	.296	.736
p11	62.0333	138.447	.349	.730
p12	61.8667	139.154	.366	.728
p13	61.4667	144.602	.245	.739
p14	62.1000	147.610	.138	.751
p15	63.1000	137.955	.475	.720

ส่วนที่ 3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.731	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
s1	60.4000	153.972	.315	.719
s2	59.7667	144.668	.461	.702
s3	60.6667	150.092	.382	.712
s4	61.5000	152.466	.427	.709
s5	59.8000	143.959	.489	.699
s6	61.0667	146.271	.501	.699
s7	60.2000	156.993	.283	.722
s8	60.4667	150.464	.325	.718
s9	60.4333	152.875	.340	.716
s10	60.4333	163.564	.128	.736
s11	61.5333	165.016	.076	.743
s12	60.2667	148.892	.447	.705
s13	60.0000	136.966	.657	.678
s14	60.0667	157.926	.228	.728
s15	60.6000	173.352	-.083	.754

ส่วนที่ 4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.542	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
e1	60.1333	70.809	.508	.461
e2	57.7333	73.926	.234	.516
e3	60.8667	76.740	.441	.492
e4	60.1333	86.809	-.058	.561
e5	58.9333	74.340	.274	.506
e6	59.0667	78.409	.208	.522
e7	60.0000	79.724	.330	.511
e8	59.4667	79.499	.185	.527
e9	58.7000	75.872	.228	.517
e10	57.0667	83.375	.017	.560
e11	59.5667	72.185	.290	.501
e12	58.8667	79.637	.116	.542
e13	60.0000	73.034	.395	.483
e14	60.6333	83.137	.017	.562
e15	58.7667	85.771	-.060	.576

รวมส่วนที่ 1,2,3,4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.867	60

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือกำกับการทดลองแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยจิตเภท

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.810	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
se1	46.3000	38.079	.239	.816
se2	45.7667	35.564	.501	.793
se3	45.9667	37.068	.324	.809
se4	45.4000	38.248	.245	.814
se5	45.3333	42.299	-.071	.825
se6	45.4000	36.938	.532	.793
se7	45.5000	35.431	.579	.788
se8	45.6667	37.126	.410	.800
se9	45.7333	38.202	.360	.804
se10	45.8333	35.592	.704	.782
se11	45.9333	38.892	.497	.799
se12	46.0000	34.690	.668	.781
se13	46.1000	33.472	.647	.780
se14	45.6333	37.895	.452	.798
se15	45.9000	38.093	.386	.802



ตารางที่ 10 แสดงระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คนที่	ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	4.13	ค่อนข้างสูง	4.6	สูง
2	4.4	ค่อนข้างสูง	4.6	สูง
3	2.8	ปานกลาง	3.67	ค่อนข้างสูง
4	3.87	ค่อนข้างสูง	4.07	ค่อนข้างสูง
5	3.2	ปานกลาง	3.67	ค่อนข้างสูง
6	3.67	ค่อนข้างสูง	3.93	ค่อนข้างสูง
7	3.2	ปานกลาง	3.67	ค่อนข้างสูง
8	3.47	ปานกลาง	3.93	ค่อนข้างสูง
9	3.73	ค่อนข้างสูง	4.6	สูง
10	4.4	ค่อนข้างสูง	4.6	สูง
11	2.8	ปานกลาง	3.67	ค่อนข้างสูง
12	3.87	ค่อนข้างสูง	4.07	ค่อนข้างสูง
13	3.6	ค่อนข้างสูง	3.67	ค่อนข้างสูง
14	3.73	ค่อนข้างสูง	3.93	ค่อนข้างสูง
15	2.8	ปานกลาง	3.67	ค่อนข้างสูง
16	3.87	ค่อนข้างสูง	3.93	ค่อนข้างสูง
17	3.2	ปานกลาง	4.6	สูง
18	4	ค่อนข้างสูง	4.6	สูง
19	3.2	ปานกลาง	3.67	ค่อนข้างสูง
20	3.47	ปานกลาง	4.07	ค่อนข้างสูง

ตารางที่ 11 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามระดับคะแนนอาการทางจิต(BPRS) และอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	คะแนนอาการทางจิต (BPRS)		อายุ	
1	18	22	40	38
2	30	24	35	36
3	24	27	26	28
4	23	23	49	51
5	20	24	34	33
6	26	23	59	56
7	21	22	58	57
8	19	24	26	24
9	21	24	40	42
10	27	25	35	33
11	28	32	36	38
12	27	20	58	56
13	19	24	34	31
14	25	25	54	53
15	22	23	59	55
16	23	20	26	24
17	25	21	40	39
18	29	23	35	39
19	23	22	49	46
20	19	23	48	44

ภาคผนวก ข
ตารางแสดงค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกราบাপของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนรายด้าน



Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
a1	40	2.00	9.00	4.6000	1.90546
a2	40	1.00	7.00	4.0750	1.28876
a3	40	2.00	9.00	5.0000	2.00000
a4	40	1.00	8.00	4.9750	1.86035
a5	40	2.00	9.00	6.1250	2.17430
a6	40	1.00	9.00	4.5250	1.96100
a7	40	1.00	7.00	3.6000	1.48151
a8	40	1.00	7.00	3.6750	1.49164
a9	40	1.00	9.00	4.5250	2.27571
a10	40	1.00	9.00	4.9500	2.46982
a11	40	3.00	9.00	5.7500	1.89128
a12	40	1.00	9.00	4.8500	2.31550
a13	40	1.00	9.00	5.2500	2.37238
a14	40	1.00	9.00	4.4750	1.92137
a15	40	1.00	8.00	4.6500	2.04501
p1	40	1.00	7.00	4.2500	1.46322
p2	40	2.00	9.00	5.5000	2.03810
p3	40	1.00	9.00	4.6000	2.04814
p4	40	1.00	9.00	5.9250	1.91335
p5	40	1.00	9.00	4.9500	1.96051
p6	40	2.00	9.00	5.5500	1.72389
p7	40	1.00	8.00	2.9000	1.70670
p8	40	1.00	9.00	5.0500	2.07488
p9	40	1.00	9.00	5.3000	2.30050
p10	40	2.00	6.00	3.6750	1.26871
p11	40	1.00	9.00	4.4750	2.02532
p12	40	1.00	8.00	4.3000	1.69766
p13	40	2.00	9.00	4.9750	1.77573
p14	40	1.00	8.00	4.4000	1.78023
p15	40	1.00	6.00	3.5000	1.78311

s1	40	1.00	8.00	3.7250	1.78293
s2	40	1.00	9.00	5.0000	2.18386
s3	40	1.00	8.00	4.5000	1.82574
s4	40	1.00	8.00	3.2000	1.60448
s5	40	1.00	9.00	5.8000	2.06559
s6	40	1.00	8.00	3.7750	1.80438
s7	40	3.00	9.00	5.0000	1.82574
s8	40	1.00	8.00	3.9000	2.06062
s9	40	1.00	8.00	4.2500	2.19265
s10	40	1.00	7.00	4.0750	1.65464
s11	40	1.00	8.00	3.2500	1.66024
s12	40	1.00	8.00	4.6250	1.98310
s13	40	2.00	9.00	4.8750	2.17430
s14	40	1.00	9.00	4.6750	2.01771
s15	40	1.00	9.00	4.4250	2.01135
e1	40	1.00	9.00	4.0500	1.85293
e2	40	1.00	9.00	5.9750	1.99342
e3	40	1.00	8.00	3.2250	1.86035
e4	40	2.00	8.00	3.7250	1.43201
e5	40	2.00	9.00	4.5500	1.89399
e6	40	2.00	9.00	5.0000	1.64862
e7	40	1.00	6.00	3.3000	1.15913
e8	40	3.00	8.00	4.7250	1.61702
e9	40	2.00	9.00	4.6000	1.98456
e10	40	1.00	8.00	4.9000	2.28484
e11	40	1.00	9.00	4.5000	2.38586
e12	40	1.00	9.00	4.9500	2.09945
e13	40	1.00	8.00	3.7750	1.62493
e14	40	1.00	9.00	3.1000	1.90546
e15	40	1.00	9.00	4.7000	2.10250
Valid N (listwise)	40				

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวณัฐสุภา พรสมบุญ เกิดวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2529 สถานที่เกิด โรงพยาบาล อ่างทอง อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาจากโรงเรียนอนุบาลวัดอ่างทอง สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาจากโรงเรียนอ่างทองปัทมโรจน์วิทยาคม สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีการศึกษา 2551 ภายหลังจากสำเร็จการศึกษาได้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก ตั้งแต่ปี 2552 ภายหลังเปลี่ยนชื่อเป็นหอผู้ป่วยตาในปี 2553 ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2554 จากนั้นย้ายกลับภูมิลำเนาจังหวัดอ่างทอง โดยได้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลไชโย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 เริ่มปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในตั้งแต่ มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2555 จากนั้นย้ายไปปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอก แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช ตั้งแต่ 1 เมษายน พ.ศ. 2555 ทำหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาล มีโอกาสได้เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รุ่นที่ 7 ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา วันที่ 1 กุมภาพันธ์-31 พฤษภาคม 2556 โดยเป็นผู้มีผลการเรียนยอดเยี่ยมอันดับ 1 จากนั้นได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานให้ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ) ปีการศึกษา 2558 ระหว่างการศึกษาได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2558 จึงได้ย้ายสถานที่ทำงานเพื่อบรรจุราชการ ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลน ตำบลโผงเผง อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง