



การพัฒนาต้นแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, กศ.ม.

เพชร คันทสายบัว, พย.ม.

โสธยา ศุภโรจน์, พย.ม.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาต้นแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบผู้ป่วยในและประเมินผลโปรแกรม

วัสดุและวิธีการ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ พัฒนาต้นแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบผู้ป่วยในตามมาตรฐานการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมองค์ความรู้และเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มศึกษาด้วยตนเองและประเมินผลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ สุ่มโดยการจับคู่ด้วยเพศและระดับอาการทางจิตกลุ่มละ 20 คน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ตราบาปด้วย t-test

ผล โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยในประกอบด้วยกิจกรรมแบบกลุ่ม 4 ขั้นตอน 4 ครั้ง 2 ครั้ง/สัปดาห์ จัดทำเป็นคู่มือการจัดกิจกรรม สำหรับพยาบาลวิชาชีพเพื่อศึกษาด้วยตนเอง ดำเนินกิจกรรมในผู้ป่วยจิตเภท อายุเฉลี่ย 38.2 ปี มีระยะเวลาป่วยต่ำกว่า 5 ปี ประสบการณ์ที่ถูกกีดกันด้านการหาสถานศึกษาร้อยละ 82 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที

สรุป โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยในโรงพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มใช้ศึกษาด้วยตนเอง เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท เหมาะแก่การนำไปใช้ในงานบริการของหน่วยงานกรมสุขภาพจิต

คำสำคัญ : จิตเภท ตราบาป พลังอำนาจ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



Prototype development: empowerment program on internalized stigma for schizophrenic inpatients

Chusri Kerdpong bunchote, M.Ed.

Petcharee Kuntasaibour, M.Ns.

Soraya Suparo chanee, M.Ns.

Abstract

Objective To develop the prototype of empowerment program on internalized stigma of schizophrenic inpatients and to evaluate the program.

Materials and methods Divided into two stages: Developing the prototype of empowerment program on internalized stigma for schizophrenic inpatients based on the Department of Mental Health's innovative knowledge and technology research and development standard for nurses experiencing in group activities and evaluating samples of two schizophrenic inpatients groups-experimental group and treatment as usual (TAU) group-at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Each random-selected group composed of 20 subjects classified by match pair design according to sex and brief psychotic rating scales. T-test was used to compare stigma scores.

Results The prototype of empowerment program on internalized stigma for schizophrenic inpatients including a four-stage group activity conducted four times twice a week was used as a manual for experienced nurses in order to do a self study. The program was proceeded with the schizophrenic inpatients at the average age of 38.2(9.5), whose illness duration occurred less than five years and experienced in educational discrimination in finding the institution approximately 82 percent. The internalized stigma score was significantly reduced after the end of empowerment program.

Conclusion The prototype of the empowerment program was group activities enhancing power of schizophrenic inpatients. The program was effective in reducing internalized stigma and could conducted by the nurses experiencing in group activities. The program can be applied in psychiatric hospitals under the Department of Mental Health.

Key words : empowerment, schizophrenia, stigma

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการครั้งแรกช่วงวัยรุ่น และมีอาการแสดงออกของความผิดปกติทางความคิด มีอาการหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอนและพฤติกรรมก้าวร้าวหรืออาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หมกมุ่นกับตนเอง ไม่มีเป้าหมาย และการทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่อง¹ มีผลทำให้คนทั่วไปมองผู้ป่วยจิตเภทว่าค่อนข้างอันตราย ทำนายไม่ได้ ไร้ความสามารถ และปฏิเสธผู้ป่วยโรคจิตเภทและไม่อยากเข้าใกล้หรือมีระยะห่าง² ซึ่งเป็นการตีตรากับผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต เกิดเป็นตราบาป

ตราบาปมี 2 ลักษณะ คือตราบาปทางสังคมและตราบาปภายในใจของผู้ป่วย ตราบาปทางสังคมเป็นผลจากความเข้าใจผิดหรือไม่รู้ของคนในสังคม³ ทำให้เกิดอคติและมองแบบเหมารวมทางลบ ไม่ยอมรับ รังเกียจ กีดกัน หวาดกลัว ไม่กล้าพูดคุยกับผู้ป่วยทางจิต⁴ ส่วนตราบาปภายในใจของผู้ป่วยประกอบด้วยการรับรู้ว่าคุณเหมารวม (stereotype awareness) เห็นด้วยกับการเหมารวม (stereotype agreement) และกลายเป็นการยอมรับตราบาป (self application) เป็นการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเอง (internalized stigma หรือ self-stigma)⁵ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตจึงมักไม่เปิดเผยความเจ็บป่วยของตนทำให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลเสียต่อการหายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁶ ในขณะที่ผู้ป่วยมักจะขาดโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม^{3,4} สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองและเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ รับรู้ว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไร้ความสามารถ ขาดความหวัง ขาดแรงจูงใจ^{6,8} ทั้งนี้ตราบาป การเสริมสร้างพลังอำนาจ และความภาคภูมิใจมีความสัมพันธ์กัน⁹

การเสริมสร้างพลังอำนาจและการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จะสามารถลดการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้¹⁰⁻¹² เพราะพลังอำนาจ คือแหล่งสนับสนุนภายในตนเองสำหรับการจัดการกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน พลังอำนาจในบุคคลมี 7 แหล่ง ได้แก่ 1. ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2. ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3. อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4. พลังภายในบุคคล 5. ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6. แรงจูงใจ 7. ระบบความเชื่อ¹³

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็งซึ่งเป็นพลังอำนาจในตนเอง และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง ช่วยให้สามารถควบคุมสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและตัดสินใจเลือกดูแลตนเองได้ เกิดความพึงพอใจเมื่อจัดการได้ หรือยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นทำให้มีการปรับตัวดีขึ้นและมีชีวิตที่มีคุณภาพ¹⁴ กลวิธีลดตราบาปในใจตนเองมีหลายวิธี เช่น การให้ความรู้ การให้ความรู้ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม และหลายกลวิธีร่วมกัน เช่น การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนความคิด การสร้างแรงจูงใจ การจัดการความเครียด ทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา¹⁵ ในประเทศไทยมีผู้พัฒนาโปรแกรมการลดตราบาป เช่น โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุดรธานี¹⁶ โปรแกรมการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วย

โรคจิตเภท¹⁷ และโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน¹⁸ ขณะนี้ยังไม่มีโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการลดตราบาปในใจตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะรูปแบบที่มีความเหมาะสมในทางปฏิบัติภายใต้บทบาทวิชาชีพพยาบาลและสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับตราบาปภายในใจตนเองได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาต้นแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบผู้ป่วยในและประเมินผลโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการของหน่วยงานกรมสุขภาพจิตต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ การพัฒนาต้นแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และประเมินผลโปรแกรม

การพัฒนาต้นแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ดำเนินการตามมาตรฐานการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม องค์ความรู้และเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต เริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อค้นหาโปรแกรมลดการรับรู้ตราบาปของผู้เจ็บป่วยทางจิต ทำการคัดเลือกโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน วิเคราะห์ความเหมาะสมของโปรแกรมต่อบริบทของผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยใน และกำหนดเป็นแนวคิดในการจัดทำนวัตกรรมต้นแบบที่ต้องการเลือกได้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ สุริสา ดีเพชร¹⁸ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Miller¹³ แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน วิเคราะห์ สังเคราะห์เนื้อหาของกิจกรรมให้มีความ

เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เน้นบทบาทของการพยาบาลเป็นหลัก ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ทดสอบความเป็นปรนัยเพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้โปรแกรมไปใช้ความเข้าใจกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ความเหมาะสมของเวลา การบูรณาการโปรแกรมเข้าไปในระบบบริการแบบผู้ป่วยใน ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ปรับปรุงให้สมบูรณ์แล้วยกย่องคู่มือเรียนรู้ด้วยตนเอง

การประเมินผลโปรแกรม เป็นการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ทั้งชายและหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 40 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียสมาชิกกลุ่มระหว่างการทดลอง¹⁹ เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากหอยผู้ป่วยสามัญชาย 1 ตึก หอยผู้ป่วยสามัญหญิง 1 ตึก แล้วสุ่มอย่างง่ายเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คืออาการทางจิตทุเลา อ่านเขียนหนังสือได้หอยละ 20 คน แต่ละหอยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน โดยการจับคู่ ด้วยเพศและระดับอาการทางจิต สำหรับกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เช่นกิจกรรมการดูแลทั่วไป ด้านร่างกายและด้านจิตสังคมซึ่งไม่มีกิจกรรมใดในระบบบริการปัจจุบันของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่ใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจ

หรือมุ่งลดตราบาปผู้ป่วยทางจิต ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกายหรือมีอาการทางจิตกำเริบระหว่างการทดลองหรือเข้ากิจกรรมไม่ครบ 4 ครั้งจะคัดออกจากโครงการวิจัย

เครื่องมือ เป็นแบบสอบถามการรับรู้ตราบาปประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต (Internalized Stigma of Mental Illness : ISMI) ฉบับภาษาไทยแปลโดยชูชาติ วงศ์อนุชิต และคณะ ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ 0.98 ค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้ออยู่ในช่วง 0.86-1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับ 0.89 และรายด้านอยู่ในช่วง 0.75- 0.81 (ติดต่อกัน) มีข้อคำถาม 29 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้านได้แก่ ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม การถูกมองแบบเหมารวม ประสิทธิภาพการถูกเลือกปฏิบัติ การแยกตนเองออกจากสังคมและความต้านทานต่อการรับรู้ตราบาป เลือกตอบแบบประเมินค่า 4 ระดับ ให้ผู้ป่วยอ่านและทำด้วยตนเองก่อนเริ่มโปรแกรม 1 วัน และหลังจบโปรแกรม 1 วัน และแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของสุริยชาติเพชร¹⁸ เป็นแบบสัมภาษณ์ ข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบแบบประเมินค่า 5 ระดับ มีค่าความเที่ยง 0.90 ใช้ประเมินทันทีหลังเสร็จสิ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ให้ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม ๒๕๕๗ ถึงมีนาคม ๒๕๕๘

ผล

ด้านนวัตกรรม ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน วิเคราะห์ความเหมาะสมของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อการนำมาใช้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีสถานภาพการรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่ามีความเหมาะสมในประเด็นต่อไปนี้ได้แก่ เป็นการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่ม บำบัดผู้ป่วยได้ครั้งละหลายคน เหมาะกับสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพไม่จำเป็นต้องฝึกทักษะเพิ่มเติมและการกำหนดให้มี 4 ขั้นตอน เวลา 2 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 90 นาที เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังสนใจต่อกิจกรรมดี ในส่วนที่ต้องปรับแก้ได้แก่ แบบแผนและโครงสร้างของกิจกรรมขาดความชัดเจน ส่งผลต่อการดำเนินกลุ่ม ไปงานตามกิจกรรมมีจำนวนมากทำให้สมาชิกไม่ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือแสดงความรู้สึกต่อกัน บางไปงานหรือสื่อประกอบการทำกลุ่มไม่ระบุวัตถุประสงค์ทำให้การเลือกนำไปใช้ไม่มีเป้าหมาย การมอบหมายงานให้ผู้ป่วยฝึกทักษะเป็นการบ้านไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล จากนั้นจึงยกร่างโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้ในโรงพยาบาล โดยเพิ่มเนื้อหา กิจกรรมการพัฒนาความรู้ลึกรู้คุณค่าและ กิจกรรมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มมากขึ้น ผู้เชี่ยวชาญ 5 คนตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้ 0.80 ทดสอบความเป็นปรนัยของโปรแกรมด้านความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของผู้ป่วย ความเหมาะสมของเวลา พบว่าการดำเนินกลุ่มเป็นไปได้ด้วยดี

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลุ่มบำบัดแบบปิดมี 4 ขั้นตอนๆละ 90 นาทีทั้งหมด 4 ครั้ง 2 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้ง กลุ่มละ 10 คน พยาบาล 2 คนเป็นผู้ดำเนินกลุ่มในหอผู้ป่วย ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาล นำไปสู่ความร่วมมือในการพยาบาล เช่น ความร่วมมือในการรับประทานยา ความพึงพอใจต่อบริการ ฯลฯ

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหา สะท้อนความคิด และการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริง มุ่งให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา สาเหตุ และวิถีจัดการกับปัญหา ให้สามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับความเครียด ความรู้สึกของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การเฝ้าอำนาจข้อมูล ความรู้ทักษะและส่งเสริมพลังอำนาจ และสนับสนุนการใช้ชีวิตให้มีความรู้ โรคจิตเภท รับรู้การเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริง ดูแลตนเองเพื่อลดการรับรู้ตราบาปและการป่วยซ้ำ

ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการฝึกทักษะรับฟังอย่างตั้งใจ คิดพิจารณาและร่วมแลกเปลี่ยน วางแผนแก้ไขปัญหา พยาบาลทำหน้าที่สนับสนุนและเฝ้าอำนาจให้เกิดการเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่เหมาะสม สร้างความมั่นใจในตนเองว่ามีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้

โปรแกรมนี้ใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเมื่ออาการทางจิตทุเลา โดยไม่ต้องมีญาติเข้าร่วมกิจกรรม ควรมีผู้ช่วยจัดกิจกรรม

1 คน เทคนิคที่ใช้ในกลุ่มได้แก่ การระบาย การอภิปราย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การสะท้อนคิด การให้ความรู้ การให้กำลังใจ และการเสริมแรงจิตใจ สามารถวางแผนจัดกลุ่มในช่วงเช้า เวลา 10.00-11.30 น. หรือช่วงบ่ายเวลา 13.30-15.00 น. จัดทำในรูปแบบหนังสือคู่มือ 1 เล่ม สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มศึกษาด้วยตนเอง เนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย 3 บท ได้แก่ บทนำ ชุดความรู้และโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ด้านประเมินผลโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย เพศหญิงและเพศชายสัดส่วนเท่ากันร้อยละ 50 อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปีร้อยละ 45 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา, อนุปริญญาร้อยละ 65 สถานภาพโสดร้อยละ 58 ระยะเวลาเจ็บป่วยต่ำกว่า 5 ปีร้อยละ 52 มีประสบการณ์การถูกกีดกันจากการมีภาวะทางจิตในการหาสถานศึกษามากที่สุดร้อยละ 82 รองลงมาก็คือการหางานร้อยละ 78 โดยกลุ่มได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มได้รับการดูแลปกติมีระดับอาการทางจิตไม่แตกต่างกัน

ก่อนการทดลอง กลุ่มได้รับโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองในภาพรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเอง ต่ำกว่าก่อนทดลองในภาพรวมและรายด้านทุกด้าน ยกเว้นด้านความต้านทานต่อการรับรู้ตราบาปมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ตราบาภายในใจตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทของกลุ่มได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ตราบาภายในใจ	ก่อนการทดลอง		p	หลังการทดลอง		p	ผลต่างคะแนนเฉลี่ย ก่อน-หลังการทดลอง		p
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	
ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม	15.3 (2.8)	16.1 (3.7)	0.42	14.1 (2.4)	9.7 (2.2)	<.01	1.2 (1.8)	6.4 (4.3)	<.01
การถูกมองแบบเหมารวม	16.3 (3.9)	18.6 (2.3)	.03	15.0 (3.0)	11.2 (2.2)	<.01	1.3 (1.8)	7.4 (3.5)	<.01
ประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ	12.3 (2.1)	13.4 (2.2)	0.10	11.4 (2.0)	7.9 (2.1)	<.01	0.9 (1.5)	5.6 (2.4)	<.01
การแยกตนเองออกจากสังคม	15.4 (2.1)	17.1 (2.5)	.02	14.2 (1.9)	10.1 (2.5)	<.01	1.2 (1.0)	7.1 (3.3)	<.01
ความต้านทานต่อการรับรู้ตราบา	9.5 (3.0)	9.8 (2.1)	0.72	11.5 (2.6)	12.0 (2.9)	0.57	2.0 (1.8)	2.2 (3.0)	0.80
คะแนนรวม	68.7 (5.5)	75.0 (7.3)	<.01	66.1 (5.5)	50.8 (7.9)	<.01	2.6 (4.2)	24.3 (9.8)	<.01

วิจารณ์

ต้นแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง จะต้องจัดตามลำดับทั้ง 4 ขั้นตอนเนื่องจากขั้นตอนแรกผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องทำความรู้จัก ไว้วางใจกัน เปิดเผยความคิดความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยและการรับรู้ตราบาภายในใจ จากนั้นผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหาและวิธีจัดการปัญหาของตนเองอย่างชัดเจน ค้นพบวิธีจัดการปัญหาใหม่ แล้วจึงร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุน สุดท้ายคือการปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ จึงต้องเป็นกระบวนการบำบัดที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดมุมมองใหม่ที่เข้มแข็งในตนเอง เช่น ความคิดของผู้ป่วยเปลี่ยนจาก “คิดว่าการป่วยด้วยโรคจิตเหมือนตราบา รู้สึกน้อยใจกับโชคชะตาตนเอง” เป็น “การกินยาต่อเนื่องจะทำให้เหมือนคนปกติ” “คนในหมู่บ้านซุบซิบนินทาว่าออกจากโรงพยาบาลบ้า ทำให้ไม่กล้าออกไปไหน” เป็น “การเจ็บป่วยทางจิตเป็นความผิดปกติของสมองเราไม่ใช่คนบ้าทำให้ไม่ต้องอายใคร” และ “รู้สึกเสียใจที่คนอื่นมองว่าเป็นคนไม่ดีเพียงเพราะว่าเจ็บป่วยทางจิต” เป็น “จะขยันทำงาน

และพิสูจน์ตัวเองให้คนยอมรับไม่สนใจว่าใครจะพูดว่าอย่างไร” โปรแกรมนี้นอกจากเป็นการบำบัดระดับบุคคลโดยตรงแล้ว ยังเป็นกลยุทธ์ที่เน้นการจัดการกับตราบาภายในใจอย่างเปิดเผย สามารถลดการรับรู้ตราบาและความทุกข์ทรมานในการดำเนินชีวิตในสังคมและยอมรับการรักษาและการรับประณายาอย่างต่อเนื่องด้วยความเข้าใจโรคของตนเอง ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มซึ่งใช้เทคนิคพื้นฐานการทำกลุ่ม ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมเพียง 2 สัปดาห์ เพื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พร้อมจะจำหน่ายกลับบ้านจะยังคงให้ความร่วมมือทำกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมจนครบกำหนด

ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมนี้มีการรับรู้ตราบาภายในใจตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในภาพรวมและรายด้าน สอดคล้องกับผลของการศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน¹⁸ ความรู้สึกตราบาพลังอำนาจ และการรับรู้การแบ่งแยกกีดกันของผู้ป่วยโรคจิตเภทในยุโรป 14 ประเทศ ระบุหลักสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความรู้สึกตราบา คือทัศนคติทางลบของสังคมที่มีต่อผู้รับ

บริการทางจิต การเพิ่มพลังอำนาจและการเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะช่วยลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้¹² และการศึกษาอื่นๆ เกี่ยวกับการลดตราบาปด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย อาการ ความเครียด การจัดการกับความเครียด การช่วยเหลือตนเอง การติตราและผลกระทบ การยอมรับตนเอง (self acceptance) และการปรับ/ท้าทายความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการติตรา²⁰ และการพัฒนาโปรแกรมการจัดการรับรู้ตราบาป (ending self-stigma) แบบกลุ่ม 9 ครั้ง โดยการใช้แบบฝึกหัดปรับความคิดพฤติกรรม การอภิปราย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสนับสนุนสมาชิกกลุ่ม การฝึกทักษะทางสังคมและทักษะการแก้ปัญหา ก็ได้ผลดีเช่นกัน^{14, 20-21}

กลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาปลดลงหลังการรักษาด้วย แม้จะน้อยกว่ากลุ่มได้รับโปรแกรม อาจเป็นผลจากอาการทางจิตดีขึ้นจากการรักษา ทำให้มีมุมมองต่อตนเองเปลี่ยนไป เนื่องจากการรับรู้ตราบาปภายในใจมีความสัมพันธ์ปานกลางกับความรุนแรงของอาการทางจิต⁶ อีกส่วนหนึ่งอาจเป็นผลที่เกิดจากกระบวนการดูแลในรูปแบบต่างๆ ที่จัดไว้ในระบบบริการตามปกติ เช่น กลุ่มบำบัด การดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับยา การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เรื่องโรค การเปิดเผยและยอมรับการเจ็บป่วย การศึกษาพบว่าทำให้ความรู้ การเปิดเผย การยอมรับการเจ็บป่วยมีผลลัพธ์ที่ดีต่อการรับรู้ตราบาปในใจตนเอง¹¹

การที่กลุ่มได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มได้รับการ

ดูแลตามปกติ นั้น เป็นเพราะกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยได้²² ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกที่ดี มีความสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี พัฒนาความคิดรู้ และความเข้าใจรวมทั้งการยอมรับความจริง ควบคุมตนเองได้ เกิดความมั่นใจและพยายามหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม²³ รวมทั้งสามารถเพิ่มขีดความสามารถและเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตัวเอง ลดการรับรู้ตราบาปในใจตนเองของผู้ป่วยจิตเวชได้²⁴ ในขณะเดียวกัน ยังกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อสังคม เกิดความหวัง มีพลังและมีกำลังใจในการบำบัดรักษา รวมทั้งมีทักษะในการเผชิญปัญหาการเจ็บป่วย สามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁵

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสุ่มให้มีเพศหญิงและเพศชายสัดส่วนเท่ากันเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน แต่ยังพบความแตกต่างโดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มได้รับโปรแกรมน้อยกว่าแต่มีประสบการณ์การถูกกีดกันจากการมีภาวะทางจิตด้านการยอมรับของสังคมมากกว่ากลุ่มควบคุม น่าจะสร้างความกดดันในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมากกว่ากลุ่มควบคุม เพราะผู้ที่อายุมากขึ้นจะรับรู้ว่าการมีปัญหาสุขภาพจิตมิใช่ตราบาป²⁶ และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากมีการรับรู้ตราบาปต่ำกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย^{27, 28} ส่งผลให้เมื่อได้รับโปรแกรมที่ประคับประคองปัจจัยด้านความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม การถูกมองแบบเหมารวม ประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติและการแยกตนเองออกจากสังคมที่บูรณาการอยู่ในกิจกรรมของโปรแกรม ทำให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาป

ด้านความต้านทานต่อการรับรู้ตราบาปของกลุ่มได้รับโปรแกรมดีขึ้นหลังจบโปรแกรม แต่ทั้งกลุ่มได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของการมีประสบการณ์ของความต้านทานตราบาปภายในใจสูงกว่าก่อนทดลอง น่าจะเป็นผลของข้อคำถามในแบบวัดการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต (Internalized Stigma of Mental Illness : ISMI) ที่สะท้อนถึงการมีประสบการณ์ของความต้านทานตราบาปภายในใจ²⁹ ได้เพียงทัศนคติของการทนทานต่อการเหมารวมจากสังคม เช่น ข้อคำถามว่า “คนที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตสามารถมีส่วนร่วมสำคัญในการทำประโยชน์ให้กับสังคม” “การดำรงชีวิตอยู่ได้กับภาวะเจ็บป่วยทางจิตทำให้ฉันเป็นบุคคลผู้ซึ่งมีชีวิตที่แข็งแกร่ง” “โดยทั่วไปฉันสามารถดำเนินชีวิตไปในวิถีทางที่ฉันต้องการได้” ทำให้กลุ่มควบคุมแม้ไม่ได้รับโปรแกรมโดยตรง แต่การได้อยู่ท่ามกลางนักวิชาชีพที่เข้าใจ ให้เกียรติ ได้รับการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม จึงสามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยการมีประสบการณ์ของความต้านทานตราบาปภายในใจได้คล้ายกับกลุ่มได้รับโปรแกรมที่ได้รับกิจกรรมของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อถึงระยะเวลานานไป เช่น 3 เดือนแล้วผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวอาจเปลี่ยนแปลงไป จึงควรมีการศึกษาวิจัยต่อไป

สรุป

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยใน ในการจัดการกับตราบาปภายในใจตนเอง และพัฒนาให้เหมาะสมกับบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะหลักการทำกลุ่มบำบัดอยู่แล้ว คู่มือจัดกิจกรรมตาม

โปรแกรมสามารถศึกษาด้วยตนเอง ดำเนินกิจกรรมด้วยพยาบาลและผู้ช่วยดำเนินการ 1 คนในเวลาปฏิบัติงานปกติ สามารถบำบัดผู้ป่วยได้ครั้งละหลายคน เหมาะกับบริบทหน่วยงานที่มีอัตรากำลังจำกัด จึงควรบูรณาการลงไปในระบบบริการพยาบาลก่อนการจำหน่ายหรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงเบญจพร ปัญญาียง ให้การปรึกษาการดำเนินการวิจัยและจัดทำนิพนธ์ต้นฉบับ และนางอุณจิตร कुमारิกษ์ วิเคราะห์ข้อมูล

References

1. Arunpongpaissal S. Diagnosis and differential diagnosis. In: Udomratn P, Vasignanon S, editor. Textbook of schizophrenia. Songkla: The Psychiatric Association of Thailand; 2009. p.101-18.
2. Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, Schomerus G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. Br J Psychiatry 2011;199:367-72.
3. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. BMC Health Service Research 2010.10.80 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/80>.
4. Corrigan PW. On the stigma of mental illness. Washington, DC.: American Psychological Association 2005.
5. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. Am J Sociol 1987;92:96-112.

6. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis *Soc Sci Med* 2010;71:2150-61.
7. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bull* 2007;33:192-9
8. Link BG, Mirotnik J, Cullen FT. The effectiveness of stigma coping orientation: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided. *J Health and Soc Beh* 1991;32:302-20
9. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009;8:75-81.
10. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathway between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 2008;59:1437-42.
11. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry* 2012;57:164-9.
12. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G, the GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 2010;122:232-8.
13. Miller JF. Coping with chronic illness : Overcoming powerlessness. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis. 1992.
14. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Stigma as a barrier of recovery: perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatr Serv* 2001;52:1615-20.
15. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsch N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv* 2012;63:963-73.
16. Khamphueng A. Effect of the Interpersonal Communication Skill Training Program on Perceived Stigma Among Persons with Schizophrenia Receiving Services at Pichai Hospital, Uttaradit Province [master thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2009.
17. Jumpasri W. The Effect of using group supportive psychotherapy on perceived stigma of schizophrenic inpatients. [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011.
18. Deepet S. The effect of using empowerment program on self-stigma of schizophrenic inpatients in community. [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
19. Burn N, Grove SK. The practice of nursing research: Conduct critique and utilization. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders. 2005.
20. MacInnes DL, Lewis M. The evaluation of a short group programme to reduce self stigma in people with serious and enduring mental health problems. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15:59-65.
21. Lucksted A, Drapalski A, Calmes C, Forbes C, DeForge B, Boyd J. Ending self-stigma: pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illness. *Psychiatr Rehab J* 2011;58:170-82.
22. Putkhao S. Factors affecting medication compliance in schizophrenia patients. [master thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1977.
23. Chamroomsawadi S. Effect of relationship establishing health teaching and contracting compliance of schizophrenic patient in Chiang Mai Neuro-Psychiatric Hospital. [master thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1972.
24. Gibson CH. The Process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Advanced Nursing* 1995;21:1201-10.
25. Jamchuree D, Eunipan J. The empowerment for coping strategies with chronic illness in Thai society. Study report. Bangkok: Samcharoen Panich. 2545.

26. Ploylearmsang S, Limsontikul CA. Survey of population's attitude in mental health, stigma, and mental health service to the decision of mental health service Use. J Ment Health Thai 2004;12:71-9.
27. Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. Int Psychogeriatr 2008;20:174-87.
28. Singhasene U. Selected factors related to perceived stigma of schizophrenic inpatients.[master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009.
29. Ritscher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiat Res 2003;121:31-49.