



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาบ
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน¹
THE EFFECT OF PROMOTING PERCEIVED SELF-EFFICACY PROGRAM
ON SELF-STIGMA OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY

ณัฐสุภา พรสมบุญ²

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธิ์³

Natsupha Pornsombuon

Pennapa Dangdomyouth

¹วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Part of thesis, Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Graduated student in Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

Author Email: nats103@hotmail.com

Received: May 5, 2018

Revised: November 18, 2019

Accepted: December 24, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยมีการจับคู่ด้วยอายุและระดับคะแนนอาการทางจิต เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบวัดความรู้สึกตราบาบ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.39, p = .00$) 2) ความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = -5.82, p = .00$)

คำสำคัญ : สมรรถนะแห่งตน, ความรู้สึกตราบาบ, ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to compare the self-stigma of persons with schizophrenia before and after participating in promoting perceived self-efficacy program, and to compare the self-stigma of persons with schizophrenia who participated in promoting perceived self-efficacy program and those who received regular nursing care. The subjects were forty persons with schizophrenia who received services in the outpatient department of 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. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The research findings were as follows: 1) The self-stigma of persons with schizophrenia in the community after participating in promoting perceived self-efficacy program were significantly lower than those before at a .05 level ($t = 10.39, p = .00$). 2) The self-stigma of persons with schizophrenia in the community who participated in promoting perceived self-efficacy program was significantly lower than those who participated in the regular nursing care, at the .05 level ($t = -5.82, p = .00$).

Keywords : self-efficacy, self-stigma, persons with schizophrenia in community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่พบบ่อยที่สุดและมีอาการของโรคจิตเภท ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติของคำพูดและพฤติกรรม พูดน้อย แยกตัว อารมณ์เฉยเมย ขาดความสนใจในการทำกิจกรรม รวมถึงขาดการดูแลตนเอง (Lortrakool & Sukanich, 2015) มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ รับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีการแสดงออกผิดปกติจากคนทั่วไป (Ruangtrakool, 2014) มีผลให้บุคคลทั่วไปไม่ยอมรับผู้ป่วย ทำให้มองผู้ป่วยในทางลบ มีอคติเป็นตราบาบติดตัวผู้ป่วยตลอดชีวิต (Deepet & Dangdomyouth, 2015) การตีตราบาบทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ (Crabb, et al., 2012) รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า อับอาย ไม่น่าเชื่อถือและขาดโอกาส มีผลต่อการรักษาและฟื้นฟู (Agrasuta & Pitanupong, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้สึกตราบาบในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศแถบ

ยุโรปพบว่า ร้อยละ 41.7 ของผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกตราบาบในระดับปานกลางถึงสูง (Brohan et al., 2010) ในประเทศไทยพบว่าการรับรู้ตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Singhasene, 2009) ความรู้สึกตราบาบมีความสำคัญกับการรักษาโรคจิตเภท ผู้ป่วยจะพยายามปกปิดอาการตนเอง ไม่ยอมรับการรักษาก็ทำให้มีอาการรุนแรง ส่งผลให้สังคมหวาดกลัวและรังเกียจผู้ป่วยมากขึ้น (Deepet & Dangdomyouth, 2015; Lee et al., 2006) มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพกับผู้อื่น มีแนวโน้มที่จะมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้าสังคม ปกปิดเป็นความลับ เผชิญความเครียดได้น้อยลง มีคุณภาพชีวิต มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการทำหน้าที่ทางสังคมต่ำลง (Gerlingger et al., 2013) รวมทั้งส่งผลต่อการขาดความร่วมมือในการรักษา มีอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น ความสัมพันธ์ใน

ครอบครัวแย่ง (Yilmaz & Okanli, 2015) และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภท (Kleim et al., 2008)

ความรู้สึกลดราบาป (self-stigma) หมายถึง ความรู้สึกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแปลความหมายจากการแสดงออกของสังคมในทางลบ ระบุว่าตนเองป่วยทางจิต มีทัศนคติทางลบต่อการเจ็บป่วย รู้สึกถูกแบ่งแยกกีดกัน ไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ อับอาย เพิ่มระดับความกังวลใจในการดำเนินชีวิต และแสดงพฤติกรรมออกมา แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ทรบาปทางสังคม (public stigma) เป็นผลจากความเข้าใจผิดหรือความไม่รู้ของคนในสังคม ทำให้เกิดอคติและการมองแบบเหมารวมทางลบเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต แสดงการไม่ยอมรับ รังเกียจ กีดกัน หวาดกลัวไม่กล้าพูดคุยกับผู้ป่วยจิตเวช และทรบาปในตนเอง (internalize stigma) หรือที่เรียกว่า ความรู้สึกลดราบาป (self-stigma) เป็น ความรู้สึกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแปลความหมายจากการแสดงออกของสังคมในทางลบแล้วหันเหความรู้สึกเหล่านั้นเข้าสู่ตนเอง (Deepet & Dangdomyouth, 2015; Fung et al., 2007; Kerdpong bunchote et al., 2015) ส่งผลให้เกิดอารมณ์ในทางลบ วิตกกังวล ซึมเศร้า (Agrasuta & Pitanupong, 2017; Dangdomyouth et al., 2004; Yanos et al., 2008)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกลดราบาป ประกอบด้วยปัจจัยภายนอก ได้แก่ ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และบุคคลทั่วไป การรักษา การเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจิตเภทจากสื่อต่าง ๆ การได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Kerdpong bunchote et al., 2015; Thongsai, 2014) และปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง (Deepet & Dangdomyouth, 2015; Fung et al., 2007; Livingston & Boyd, 2010) การสนับสนุนทางสังคม (Boontoch et al., 2013; Livingston

& Boyd, 2010) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Kleim et al., 2008; Livingston & Boyd, 2010; Singhasene, 2009; Watson et al., 2007) และปัจจัยด้านผู้ป่วยที่สำคัญคือ การขาดความหวัง ไร้พลัง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ โดยจะมีการรับรู้ทรบาปและความรู้สึกลดราบาป อยู่ใน ระดับ สูง (Hill & Startup, 2013; Kerdpong bunchote et al., 2015; Livingston & Boyd, 2010; Singhasene, 2009; Yanos et al., 2008)

การจัดกระทำเพื่อลดความรู้สึกลดราบาป ในผู้ป่วยจิตเภท เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดการรับรู้และความรู้สึกลดราบาปในผู้ป่วย พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ช่วยลดความรู้สึกลดราบาป (Uchino et al., 2012) นอกจากนี้ การใช้โปรแกรมฝึกทักษะทางการสื่อสารระหว่างบุคคล (Khamphueng, 2009) การศึกษาการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (Jumpasri & Dangdomyouth, 2012) และ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Deepet & Dangdomyouth, 2015) ซึ่ง การศึกษาดังที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการจัดกระทำเพื่อเพิ่มความรู้ทักษะสื่อสาร และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยได้มีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เน้นการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ การให้ข้อมูลความรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์ของต้นแบบผู้ป่วยจิตเภทและการประเมินสภาวะด้วยการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับความรู้สึกลดราบาปได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อต้องการเผชิญกับความรู้สึกลดราบาป และส่งผลลดความรู้สึกลดราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำไปสู่การดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงได้นำการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่เน้น

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และลดความรู้สึกตราบาปอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานวิจัย

1. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลจะตัดสินใจกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ตามต้องการ เมื่อเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งเหล่านั้นให้สำเร็จได้ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำของบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาได้จาก 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) การพูดชักจูง ใช้คำพูดอธิบาย แนะนำชักชวน กระตุ้นเพื่อให้เชื่อว่าตนเองสามารถดูแลตนเองได้ และมั่นใจเมื่อต้องเผชิญกับตราบาป เน้นการเปิดเผยเพื่อเรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองก็สามารถประสบความสำเร็จได้ตามตัวแบบ เกิดการเรียนรู้แนวทางในการจัดการกับความรู้สึกตราบาป 3) ประสบการณ์

ที่ประสบความสำเร็จ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเองจะเป็นประสบการณ์ตรงส่งผลต่อการรับรู้ เกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญกับความรู้สึกตราบาป 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ การกระตุ้นทางด้านลบทำให้เกิดอารมณ์เครียด ทำให้การรับรู้ความสามารถต่ำลง แต่หากเรียนรู้วิธีการผ่อนคลาย เผชิญความเครียด จะช่วยให้การรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 อาศัยและดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนที่มารับการบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ (normality) ตัวอย่างควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน (Burn & Grove, 2005) แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง จึงได้กำหนดตัวอย่างจำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ อายุและระดับคะแนนอาการทางจิต (brief psychiatric rating scale: BPRS) โดยการจับคู่ให้อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี และคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ห่างกันไม่เกิน 7 คะแนน เมื่อจับคู่ตัวอย่างครบ 20 คู่ จากนั้นจึงจับฉลากทีละคู่เพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีอายุ 20 - 59 ปี ทั้งหญิงและชาย 2) มีคะแนนการรับรู้ตราบาปอยู่

ในระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนนมากกว่า 216)
3) มีอาการทางจิตทุเลา (มีคะแนน BPRS น้อยกว่า
36 คะแนน) 4) สามารถสื่อสารฟังพูดด้วย
ภาษาไทย และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยมีโรค
แทรกซ้อนทางกาย/จิต และ 2) เข้าร่วมกิจกรรม
ไม่ครบทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3
ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง
คือ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด
ของ Bandura (1997) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม
ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที
ติดต่อกันทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพและชักจูงใจ
สร้างความคุ้นเคยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ชี้แจง
วัตถุประสงค์วิจัย ชี้แจงกิจกรรมและระยะเวลาใน
การทำกิจกรรม ประเมินความคิดที่ผู้ป่วยมีต่อ
ภาวะสุขภาพ ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ
โรคจิตเภท และการดูแลตนเอง ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง
เกี่ยวกับโรคจิตเภท แลกเปลี่ยนการรับรู้และ
การเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แลกเปลี่ยน
ประสบการณ์และระบายความรู้สึกตราบาป โดย
เน้นการเปิดเผยตนเอง ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย
การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ
และการรักษา ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ในการเอาชนะการเจ็บป่วยด้วยตนเองโดย
ผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต การให้
ความหมายใหม่ และคุณค่าทางสังคม

กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้ผ่านตัวแบบ ผู้วิจัย
ทบทวนเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท นำเสนอ
ตัวแบบจริงที่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับ
ความรู้สึกตราบาป ซึ่งเตรียมการไว้ล่วงหน้าแล้ว
โดยให้ตัวแบบจริงเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิด
ความรู้สึกตราบาป ผลกระทบ และวิธีการจัดการ
กับความรู้สึกตราบาป สะท้อนให้ผู้เข้าร่วมกลุ่ม
ปรับมุมมองของความคิด และใช้คำพูดทางบวก

เสริมแรง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดำรงชีวิต
ของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 ประสบความสำเร็จด้วย
ตนเอง โดยที่ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมที่ 1 และ 2
เรื่องความรู้โรคจิตเภท และเรื่องการเผชิญกับ
ความรู้สึกตราบาปในกิจกรรมที่ 2 ในช่วง 1
สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้มีการเผชิญกับความรู้สึกตรา
บาปอย่างไร หรือจากการทำใบงาน ได้มีความรู้สึก
ต่อตนเองอย่างไร โดยให้ผู้ป่วยได้นำเสนอด้วย
ตนเอง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันใน
การเผชิญปัญหา และวิธีการคิดและการแก้ไข
ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง
โดยชมเชย ให้กำลังใจ ภายในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกาย
และอารมณ์ ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมที่ 1, 2 และ 3
รวมทั้งประเมินการรับรู้อุปสรรคที่มีผลต่อตนเอง
โดยผู้วิจัยจำลองสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่
เกิดความรู้สึกตราบาป (สำรวจในกิจกรรมที่ 2
และ 3) จำนวน 2 - 3 เหตุการณ์ (ตามระยะเวลา
เหมาะสม) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับการกระตุ้นทาง
อารมณ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ปัญหา
ผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมใน
การอภิปราย แลกเปลี่ยนวิธีการคิด ความรู้สึก
และการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม สรุปกิจกรรม
สรุปประเด็น เปิดโอกาสให้ซักถาม/สิ่งที่ได้รับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
แบ่งเป็น 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่
เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และ 2) แบบประเมิน
การรับรู้ตราบาป ตามแนวคิดของ Fung et al.
(2007) นำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย
Deepet and Dangdomyouth (2015) ประกอบด้วย
4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การรับรู้ว่าตนเองเป็นผู้ป่วย
ทางจิต (stereotype awareness) ส่วนที่ 2 ความคิด
ที่เห็นเหมือนกับทัศนคติของสังคม (stereotype
agreement) ส่วนที่ 3 ความรู้สึกว่ามันเป็นตัวตน
ของตัวเอง (self-concurrence) และส่วนที่ 4
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem

decrement) แต่ละส่วนมีข้อความ 15 ข้อ รวมทั้งหมด 60 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบ มาตรฐานค่าแบบลิเคิร์ต 9 ช่วง ตั้งแต่ 1 - 9 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด การแปลผลใช้คะแนนรวม มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 60 - 540 คะแนนสูง หมายถึง ความรู้สึกตราบาป ระดับสูง และคะแนนต่ำ หมายถึง ความรู้สึกตราบาประดับต่ำ

3. เครื่องมือกำกับทดลอง ได้แก่ แบบวัด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ลักษณะข้อความเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า จำนวน 15 ข้อ ผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนอยู่ในระดับ 3.5 ขึ้นไป จึงเป็นผู้ผ่านเกณฑ์ การทดลอง

เครื่องมือแบบประเมินการรับรู้ตราบาป และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิง เนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95 และ .83 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่างจำนวน 30 คน ณ แผนกผู้ป่วย นอกโรงพยาบาลชุมชนอื่น แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .87 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์จังหวัดอ่างทอง ตามเอกสารรับรองเลขที่ ATGEC02/2561 โดยก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ ชี้แจงให้ตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิ์ในการตอบรับหรือ ปฏิเสธ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการให้บริการ ตามปกติ ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอ เป็นเพียงภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วย เมื่อทราบ รายละเอียดเรียบร้อยแล้ว จึงให้ผู้ป่วยลงนามใน ใบบินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลทั้งหมดจะถูก ทำลายภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการของ การเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเรื่องการใช้จ่าย การให้ คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย หรือในราย ที่มีปัญหาซับซ้อน และให้คำปรึกษาในรายที่ทำให้ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตราบาป

การเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเตรียมการวิจัย เตรียมความพร้อม ด้านความรู้ของผู้วิจัย สถานที่ ตัวอย่าง โดยเข้าพบ ตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพและการให้ความ ร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เตรียมการพิทักษ์สิทธิ์ ตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้สึก ตราบาป ประเมินระดับคะแนนอาการทางจิต และ ระดับสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมวิจัย

2) ระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือก ตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 40 คน แบ่ง เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่ง ตนต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3) ระยะสรุปผลการวิจัย หลังเสร็จสิ้น กิจกรรมทันทีในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลอง ในกลุ่มทดลองและหลังจากเสร็จสิ้น กิจกรรมแล้ว 1 สัปดาห์ แล้วในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัย ประเมินการรับรู้ตราบาป (post-test) ทั้งใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยความถี่ และร้อยละ

2) การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนใน กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้การทดสอบที่ แบบ Paired sample *t*-test

3. การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติใช้การทดสอบที่แบบ Independent sample *t*-test)

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 82.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.0 สถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 62.5 จบการศึกษาระดับการศึกษามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.5 ว่างานคิดเป็นร้อยละ 67.5 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5

2. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรม ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.39, p = .00$) (ตาราง 1)

3) ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.82, p = .00$) (ตาราง 2)

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้สึกตราบาป	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
กลุ่มทดลอง ($n = 20$)						
ก่อนการทดลอง	4.43	.74	ปานกลาง	19	10.39	.000
หลังการทดลอง	3.53	.67	ต่ำ	19		
กลุ่มควบคุม ($n = 20$)						
ก่อนการทดลอง	4.59	.55	ปานกลาง	19	-1.68	.110
หลังการทดลอง	4.70	.59	ปานกลาง	19		

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความรู้สึกตราบาป	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง ($n = 20$)	4.43	.74	ปานกลาง	38	-.75	.461
กลุ่มควบคุม ($n = 20$)	4.59	.55	ปานกลาง	38		
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง ($n = 20$)	3.53	.67	ต่ำ	38	-5.82	.000
กลุ่มควบคุม ($n = 20$)	4.70	.59	ปานกลาง	38		

การอภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.39, p = .00$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง แสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.82, p = .00$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อาจเนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบมากที่สุดกับความรู้สึกตราบาป ผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้หรือการตัดสินใจพิจารณาในเรื่องที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการทำพฤติกรรมด้วยความมั่นใจ และผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงจะมีความรู้สึกตราบาปอยู่ในระดับต่ำ (Singhasenee, 2009) ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณสมบัติความสามารถขาดความหวัง ไร้พลัง จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ แต่การรับรู้ตราบาปและความรู้สึกตราบาปจะอยู่ในระดับสูง (Hill & Startup, 2013; Kerdpong bunchote et al., 2015; Livingston and Boyd, 2010; Singhasenee, 2009; Yanos et al., 2008)

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่า คะแนนความรู้สึกตราบาปในกลุ่มควบคุมลดลง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 และมีคะแนนความรู้สึกตราบาปเท่าเดิม 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 จากการประเมิน ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติระหว่างที่ทำการทดลองบางรายมาโรงพยาบาลก่อนนัดเพื่อปรึกษาเป็นรายบุคคลถึงความไม่สบายใจในเรื่องต่าง ๆ ประกอบกับบางรายมีญาติไปทำธุระต่างจังหวัดนาน ๆ กลับมาอยู่ด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและส่งผลให้มีความคิดต่อตนเองในทางบวก ทำให้คะแนนความรู้สึกตราบาปลดลง

อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนความรู้สึกตราบาปเพิ่มขึ้น 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 ภายหลังให้คำปรึกษารายบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการมีเหตุการณ์ที่กระทบจิตใจทำให้เกิดความท้อแท้ ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ สอดคล้องกับทฤษฎีของ Corrigan and Wassel (2008) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีมุมมองต่อตนเองในทางลบหรือที่เรียกว่า ความรู้สึกตราบาปจากการประเมินตัดสินตนเอง ทำให้รู้สึกด้อยค่า ไร้ความสามารถ ไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดการแยกตัวเองจากสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Kleim et al. (2008) พบว่า มักมีการปกปิดการเจ็บป่วย แยกตัวเองออกจากสังคม ผู้วิจัยได้ให้ความช่วยเหลือด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคล และส่งต่ออาการให้กับพยาบาลที่ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น สรุปผลจากการวิจัยนี้ในเบื้องต้นได้ว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะช่วยลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปใช้ในการบำบัดแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะความมั่นใจในการดูแลตนเอง และการดำเนินชีวิต

ในครอบครัว สังคม และชุมชน ช่วยลดความรู้สึก
ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. หากจะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ต่อเนื่อ
ควรประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและ
ปรับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้มีความ
ต่อเนื่อง

3. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาปไป
ประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกของ
ผู้ดูแลส่งผลโดยตรงต่อความรู้สึกตราบาปของ
ผู้ป่วยจิตเภท

4. บุคลากรทางสุขภาพที่จะนำโปรแกรม
ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยควรเรียนรู้และฝึกทักษะ
เกี่ยวกับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนและควรมี
ทักษะในการทำกลุ่ม เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติ
กับผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & 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.
- Khamphueng, A. (2009). *Effect of the interpersonal communication skills training program on perceived stigma among persons with schizophrenia receiving services at Pichai Hospital, Uttaradit province* (Thesis of master's degree for psychiatric nursing). Faculty of nursing, Chaing Mai University, Chaing Mai.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy theory*. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 13-38). New York, NY: Academic Press.
- Boontoch, K., Saito, A. S., & Arunpongpaisal, S. (2013). Social support in patients with schizophrenia. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 58*(1), 89-100.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Crabb, J., Stewart, R. C., Kokota, D., Masson, N., Chabunya, S., & Krishnadas, R. (2012). Attitude towards mental illness in Malawi: A cross-sectional survey. *BMC Public Health, 12*, 1471-2458.
- Dangdomyouth, P., Lue Boontawatchai, O., & Chanokporn, J. (2004). Stigma: Perceived and impact of schizophrenic patients and caregivers. *Journal of Psychiatric Nursing, 18*(1), 1-9.
- Deepet, S., & Dangdomyouth, P. (2015). The effect of using empowerment program on self-stigma of persons with schizophrenia in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 29*(1), 123-138.
- Fung, K. M., Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheng W. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry, 53*, 408-418.
- Hill, K., & 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.
- Jumpasri, W., & Dangdomyouth, P. (2012). The effect of using group supportive psychotherapy on perceived stigma of schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 26*(2), 51-62.
- Kerdpongchote, C., Punyayong, B., & Wong-Anuchit, C. (2015). Internalized stigma of psychiatric patients. *Journal of Mental Health of Thailand, 23*(1), 25-37.
- Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R. D., Hayward, P., & Corrigan, P. W. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health, 15*(5), 482-491.
- Livingston, J. D., & 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.
- Lortrakool, M., & Sukanich, P. (2015). *Ramathibodi psychiatry*. Bangkok: Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.
- Ruangtrakool, S. (2014). *Psychiatric textbook*. Bangkok: Ruankaew Printing House.
- Singhasene, U. (2009). *Selected factors related to perceived stigma of schizophrenic patients* (Thesis of master's degree for psychiatric nursing). Faculty of nursing, Chulalongkorn University, Bangkok.
- Thongsai, S. (2014). Care of schizophrenic patients in the context of Thai society sustainably. *The Journal of Nursing Division, 42*(3), 159-167.
- Uchino, T., Maeda, M., & Uchimura, N. (2012). Psychoeducation may reduce self stigma of people with schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Kurume Medical Journal, 50*, 25-31.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathway between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric services, 59*(12), 1437-1442.