

ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นางสาวสุธิสา ดีเพชร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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.

THE EFFECT OF USING EMPOWERMENT PROGRAM ON SELF-STIGMA OF  
SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

The logo of Chulalongkorn University, featuring a central emblem with a sunburst and a tiered base, surrounded by a circular arrangement of rays.

Miss Sutisa Deepet

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึก

ตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดย

นางสาวสุธิสา ดีเพชร

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สุธิสา ดีเพชร : ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (THE EFFECT OF USING EMPOWERMENT PROGRAM ON SELF-STIGMA OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 134 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 36 คน ซึ่งคัดเลือกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน โดยการจับคู่ด้วยอายุ และกลุ่มอาการทางบวก ทางลบของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบวัดความรู้สึกตราบาปรูปแบบจีนซึ่งผู้วิจัยนำมาให้ผู้เชี่ยวชาญสองภาษาจำนวน 2 คน แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05
2. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

# # 5477311736 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING  
 KEYWORDS: SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY / EMPOWERMENT  
 PROGRAM / SELF-STIGMA OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

SUTISA DEEPET: THE EFFECT OF USING EMPOWERMENT PROGRAM ON  
 SELF-STIGMA OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY. ADVISOR:  
 PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 134 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare the self-stigma of schizophrenic patients before and after their participation in the empowerment program, and to compare the self-stigma between schizophrenic patients who participate in the empowerment program to those who participated in regular caring activities. Research samples were thirty-six schizophrenic patients who received services in the outpatient department at Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, who met the inclusion criteria. They were randomly assigned into one experimental group and control group with 18 subjects in each group by matching the age and Positive/Negative Symptoms. The research instruments were; the empowerment program developed by the researcher and The Chinese version of Self-Stigma of Mental Illness Scale which translated to Thai version by second language experts. These instruments were tested for content validity by panel of 5 experts. The reliability of The Self-Stigma of Mental illness Scale was .91. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follow:

1. The self-stigma of schizophrenic patients in community after participating the empowerment program were significantly lower than before, at the .05 level.
2. The self-stigma of schizophrenic patients in community who participated in the empowerment program were significantly lower than that of schizophrenic patients who participated in the regular caring activities, at the .05 level.

Field of Study: Mental Health and  
 Psychiatric Nursing

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2013

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถของอาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำวิจัย เป็นแรงบันดาลใจเกิดความมุ่งมั่น เกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่และให้กำลังใจต่อผู้วิจัย ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำในการทำวิจัย และเป็นกำลังใจให้เสมอมา และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ นพ.เจษฎา ทองเถาว์, คุณหทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, คุณโสธยา ศุภโรจน์, อาจารย์ ดร. กชพงศ์ สารการ และ อาจารย์โพรยทิพย์ สันตะพันธ์ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ รศ. ดร.ผ่องศรี ศรีมรกต และเรือเอกหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณอธิบดี กรมสุขภาพจิตที่ได้อนุมัติทุนสนับสนุนการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่ให้โอกาสศึกษาเรียนรู้ หัวหน้ากลุ่มภารกิจทางการแพทย์ โรงพยาบาล หัวหน้าหน่วยบริการผู้ป่วยนอกที่เอื้ออำนวยให้ความร่วมมืออันดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการวิจัย และขอขอบพระคุณบุคลากรหน่วยบริการผู้ป่วยนอก บุคลากรกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ครั้งนี้ให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ และประสบการณ์อันมีคุณค่า ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยด้วยดี ตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อนๆ นิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นกำลังใจ ช่วยเหลือ แบ่งปันประสบการณ์ ความประทับใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณจรรยาธิษั ยี่ภู ที่ให้ความกรุณาช่วยเหลือเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อทองสุข คุณแม่สมทรง ดีเพชรที่ให้กำลังใจ และให้การดูแล สนับสนุนเป็นอย่างดี ตลอดจนทุกท่านที่ไม่สามารถเอยนามได้ครบถ้วนในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดนี้คุณค่า และประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ให้สุขภาพกาย และสุขภาพใจที่สมบูรณ์ แข็งแรงตลอดไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	13
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	19
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	21
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	30
5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท.....	37
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	45
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง.....	45
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	46
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	46

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	47
เกณฑ์การกำกับการทดลอง .....	54
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย .....	54
การกำกับการวิจัย .....	66
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	67
สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง .....	68
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	77
สรุปผลการวิจัย .....	81
อภิปรายผลการวิจัย .....	82
ข้อเสนอแนะ .....	88
รายการอ้างอิง .....	89
ภาคผนวก .....	100
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	101
ภาคผนวก ข แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์ .....	103
ภาคผนวก ค พิจารณาจริยธรรม .....	109
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย(ตัวอย่าง) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .....	111
ภาคผนวก จ ตารางแสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	124
ภาคผนวก ฉ ตารางแสดงค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนรายตำบล .....	127
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	134



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ตารางบูรณาการ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน .....	40
ตารางที่ 2	กำหนดการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท.....	57
ตารางที่ 3	ระดับคะแนนแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ .....	66
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล .....	70
ตารางที่ 5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาตรฐานความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=36).....	72
ตารางที่ 6	คะแนนความรู้สึกตราบาบ และการแปลผลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	73
ตารางที่ 7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=18).....	74
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=18).....	75
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=36).....	76
ตารางที่ 10	แสดงระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	125
ตารางที่ 11	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มอาการทางคลินิก และอายุระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม .....	126

## สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 แสดงกระบวนการเกิดความรู้สึกราบยาต่อการการฟื้นฟูหายจากโรคจิตเวช (Fung et al., 2007)..... 23



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการของโรคจิตเภทสามารถแสดงออกมาได้หลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นอาการทางบวกได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของคำพูด ความผิดปกติของพฤติกรรม และอาการทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่พูด ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด และแยกตัวออกจากสังคม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) จากอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวไม่ว่าจะเป็นอาการก้าวร้าวทำให้ผู้อื่นตกใจกลัว การแสดงออกด้านพฤติกรรมและการตัดสินใจไม่เหมาะสมเป็นที่น่าขบขันหรือไร้ค่า มีผลทำให้บุคคลทั่วไปไม่ให้การยอมรับผู้ป่วย ประกอบกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคจิต ไม่น่าจะเป็นอาชญากรรม พฤติกรรมที่ผิดปกติ น่าหวาดกลัว ทำให้ภาพในความคิด (Stereotypes) ของคนในสังคมมองผู้ป่วยจิตเภทในทางลบ มีอคติเป็นตรรกะปดิดตัวผู้ป่วยตลอดชีวิต (Corrigan, 2004; พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2549; สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน, 2548; สมพร บุชราทิจ และณัฐธา สายเสวย, 2553)

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีนโยบายมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนให้เร็วขึ้น ลดวันนอนในโรงพยาบาล และเน้นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน (ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน, 2550) แต่จากการศึกษากระบวนการตีตราและความทุกข์ของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าคนในชุมชนยังมีความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ และอาการของโรคทางจิตเวช โดยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตสัมพันธ์กับความเชื่อ และวัฒนธรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้ารับการรักษาจนอาการทางจิตทุเลาก็ยังถูกตีตรา และถูกกล่าวโทษตามความเชื่อของคนในชุมชนนั้น (อรชรโหวทวิ, 2550) ที่สำคัญ ได้แก่ ความคิดที่ว่าผู้ป่วยทางจิตไม่ควรมีสิทธิเท่าเทียมกับผู้อื่น การป่วยทางจิตเป็นอุปสรรคต่อการทำงานและการเข้าสังคม (มาลี แจ่มพงษ์, ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน และบุญชัย นวมงคลวัฒนา, 2551) มีอคติต่อผู้ป่วยมองว่าเป็นบุคคลอันตราย รู้สึกไร้ค่า หวาดกลัวต่อพฤติกรรมที่คาดหวังไม่ได้ (Gilbert, 2003; Corrigan, 2004; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2549) ทำให้ชุมชนไม่พร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2549) มีพฤติกรรมการแบ่งแยกกีดกันผู้ป่วยออกจากสังคม ไม่ให้เกียรติ ไม่ได้รับสิทธิเท่าเทียมบุคคลอื่น (Corrigan, 2004) ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกอับอาย ด้อยค่าในการใช้ชีวิตในสังคม (Yang, 2007; Ying, Wolf and Wang, 2013) มีมุมมองและทัศนคติประหม่นตนเองในทางลบ เกิดความรู้สึกเป็นตรรกะปดิดตัวผู้ป่วยไปตลอดชีวิต (Corrigan et al., 2006; พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2549; สมพร บุชราทิจ และณัฐธา สายเสวย, 2553)

ตรรกะปดิด (Stigma) เป็นสิ่งที่สังคมสร้างขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ลักษณะที่ทำให้บุคคลเสื่อมเสียชื่อเสียง หรือน่าอับอายขายหน้าอย่างมาก ถูกลดทอนคุณค่าจากคนปกติให้กลายเป็นบุคคลที่มีมลทิน ไม่เป็นที่ต้องการหรือมีภาพตายตัวที่สังคมรังเกียจ ถูกมองในทางลบ มีอคติ ต่ำหนิ ไม่พูดคุ้ย ไม่คบค้าสมาคมด้วย สำหรับตรรกะปดิดในผู้ป่วยจิตเภทจะพบว่าผู้ป่วยถูกปฏิเสธ ถูกรังเกียจ แบ่งแยกกีดกัน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่า (Goffman, 1993; Wahl, 1999; Stuart, 2009; เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา, 2547; อุบลรัตน์ สิงห์เสนี, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า

มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท เช่น ใน 14 ประเทศในแถบยุโรป ได้แก่ ประเทศบัลแกเรีย โครเอเชีย สาธารณรัฐ เช็กเอสโตเนีย กรีซ ลิทัวเนีย มาซิโดเนีย โปแลนด์ โรมานีเย รัสเซีย สโลวีเนีย สเปน ตุรกี และยูเครน พบว่า ร้อยละ 41.7 ของผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกตราบาปในระดับปานกลางถึงสูง ส่วนในประเทศจีนซึ่งเป็นประเทศในแถบเอเชีย พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกตราบาปอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง สำหรับประเทศไทยมีเพียงการศึกษาการรับรู้ตราบาป (Perceived stigma) ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 (อุบลรัตน์ สิงหเสนี, 2552; วรราชา จำปาศรี, 2554) ซึ่งความรู้สึกตราบาปมีความสำคัญกับการรักษาโรคจิตเภท กล่าวคือ ความรู้สึกตราบาปในระดับสูงส่งผลให้เพิ่มระยะห่างทางสังคมออกไปอีก (Angermeyer and Matschinger, 2003) ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมลดลง (Perlick et al., 2001; Corrigan, 2004) ความพึงพอใจในชีวิต และการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง (Ying, Wolf and Wang, 2013) มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพกับคนอื่น การหาที่พักอาศัย การหางานทำ การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย (อุบลรัตน์ สิงหเสนี, 2552) ทำให้ผู้ป่วยพยายามปกปิดอาการ ไม่ยอมรับการรักษา มีผลให้อาการรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้สังคมหวาดกลัวและรังเกียจผู้ป่วยมากขึ้น (Lee et al., 2006)

ผู้ป่วยเมื่อได้รับการรักษาจนอาการทางจิตทุเลากลับสู่ชุมชน จะถูกเพื่อนบ้านและสังคมรังเกียจ ซ้ำเติมต่อว่าให้เกิดความสะเทือนใจ (เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา, 2547) ทำให้ผู้ป่วยคิดประเมินตนเองว่าเป็นคนที่ไม่มีความค่าและไม่ควรได้รับการยอมรับ (ธนวัต ปุณยนก, 2553; Corrigan and Wassel, 2008) เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ไร้พลังอำนาจ (Yanos et al., 2008) ไม่สามารถยอมรับตนเองได้ เกิดอารมณ์ในทางลบ เช่น ความวิตกกังวล อารมณ์โกรธ และภาวะซึมเศร้า ซึ่งนำไปสู่การแยกตัวเองออกจากสังคม (Kleim et al., 2008) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Fung et al., 2007; Razali, Hussein and Ismail, 2010; Watson et al., 2007) รู้สึกไร้ความสามารถ (Kleim et al., 2008) อับอาย พยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเอง และมีผลกระทบในเรื่องหน้าที่การงาน ภาวะทางเศรษฐกิจ ถูกลดความเชื่อถือ ไม่เป็นที่ต้องการของญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและคนในชุมชน ไม่มีใครคบหาสมาคมด้วย รู้สึกไม่ได้รับสิทธิและถูกกีดกันสิทธิเสรีภาพ จากการที่เป็นโรคจิตเภท (ภัทรารมณีย์ พุ่งปันคำ และคณะ, 2551)

โรคจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปมากที่สุด (Angermeyer and Schulze, 2001; Chung and Chan, 2004; Uçok et al., 2004; Yang et al., 2007; Lysager, 2007) ผู้ป่วยถูกตีตราแบ่งแยก กีดกันอย่างมาก และรุนแรงกว่าโรคจิตชนิดอื่น (Wahl, 1999; Angermeyer and Schulze, 2001) จากปฏิกิริยาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดมุมมองที่มีต่อตนเองในทางลบหรือที่เรียกว่า ความรู้สึกตราบาป (self-stigma) ซึ่งเป็นการซึมซับตราบาปภายในตนเอง (internalize stigma) และตราบาปจากสังคม (public stigma) เข้าไปประเมินและตัดสินตนเองทำให้เพิ่มความรู้สึกด้อยค่า ไร้ความสามารถ (Corrigan and Wassel, 2008) แยกตัวออกจากสังคม (Fung et al., 2007; Kleim et al., 2008) ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ไม่เป็นที่ยอมรับและไม่พึงประสงค์ของสังคม (นิธิตา แสงสิงแก้ว, 2549; ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2554) ทำให้มีแนวโน้มที่จะอยู่คนเดียว ไม่อยากขอความช่วยเหลือจากใคร (Corrigan, 2004; Vauth et al., 2007) หลีกเลี่ยงการแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งบริการ (Vauth et al., 2007) ขาดความต่อเนื่องในการรักษา

และการฟื้นฟูหายจากโรคที่เป็นอยู่ (Fung et al., 2007) ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคไม่ดีและการกลับเป็นซ้ำ (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545; Yanos et al., 2008) เกิดความรู้สึกซึมเศร้า (Staring et al., 2009; Livingston and Boyd, 2010; Corrigan and Rao, 2012) ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่สุดท้ายทางออกด้วยการฆ่าตัวตาย (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา, 2547; Yanos et al., 2008)

ความรู้สึกตราบาปมี 2 ลักษณะ คือ ความรู้สึกตราบาปทางสังคม (Public stigma) ที่เกิดจากการรับรู้การแสดงออกทางสังคมต่อผู้ป่วยที่แตกต่างกับคนทั่วไป และความรู้สึกตราบาปจากตนเอง (Self-stigma) (ธนวัต ปุณยกนก, 2553; Corrigan, 2004) ซึ่งเป็นผลกระทบจากการถูกตีตราว่าเจ็บป่วยทางจิตส่งผลต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ป่วยเอง เช่น การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ความรู้สึกอับอายต้องเก็บเป็นความลับเรื่องการเจ็บป่วย (Byrne, 2001; Link and Phelan, 2001) เกิดอารมณ์ในทางลบ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า (Yanos et al., 2008; เพ็ญญาแดงด้อมยุทธ์ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา, 2547) จากลักษณะดังกล่าว Fung et al. (2007) ได้สรุปกระบวนการที่ทำให้เกิดความรู้สึกตราบาป (self-stigma) ในผู้ป่วยจิตเวชว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ปฏิกิริยาที่สังคมแสดงออกในทางลบ รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไร้ความสามารถ รับรู้ว่าตนเองคือผู้ป่วยทางจิต (stereotype awareness) และซึมซับความรู้สึกตราบาปเข้าไปในตนเอง เกิดความคิดที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติของสังคม (stereotype agreement) มีความรู้สึกว่านั่นเป็นตัวตนของตัวเอง (self-concurrence) และความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัย ได้แก่ การรับรู้คุณค่าในตนเอง พบว่าการรับรู้คุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยทางจิต กล่าวคือ ผู้ป่วยทางจิตหรือผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความรู้สึกตราบาปในระดับสูง (Fung et al., 2007; Razali, Hussein and Ismail, 2010; Livingston and Boyd, 2010; Manojlovic and Nikolic-Popovic, 2012) ความสามารถในการเผชิญปัญหา พบว่า การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ปกปิดการเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกตราบาปแยกตัวออกจากสังคม (Kleim et al., 2008) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Watson et al., 2007; Kleim et al., 2008; Livingston and Boyd, 2010) ความหวัง พลังอำนาจ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกตราบาป กล่าวคือ ผู้ป่วยที่รับรู้ตนไม่มีความสามารถ ขาดความหวัง ไม่มีพลัง การรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ การรับรู้ตราบาปและความรู้สึกตราบาปอยู่ในระดับสูง (Lysager, Roe and Yanos, 2007; Yanos et al., 2008; Livingston and Boyd, 2010) และการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาป สามารถร่วมทำนายการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Mueller et al., 2006; Livingston and Boyd, 2010; ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2554) ความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท (self-stigma) ส่งผลต่อภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ รู้สึกอับอายขายหน้า (Ying, Wolf. and Wang, 2013) ทำให้การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ สมรรถนะแห่งตนลดลง (Brohan et al., 2010; Corrigan and Rao, 2012) ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการเจ็บป่วย เกิดความท้อแท้ หดหวัง

(hopelessness) ไม่เชื่อว่าจะดูแลสุขภาพตนเองได้ (Miller, 1992; Vauth et al., 2007) ขาดแรงจูงใจในชีวิต (Greenglass and Fiksenbaum, 2009) บกพร่องในการเผชิญปัญหา ปกปิดและแยกตัว (Vauth et al., 2007) ประกอบกับทัศนคติทางสังคม ชุมชนแสดงความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2549) ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (Meuller et al., 2006)

การลดความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท (self-stigma) ควรเพิ่มการรับรู้คุณค่า และลดความรู้สึกด้านลบที่มีต่อตนเอง (วรรณษา จำปาศรี, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sibitz et al. (2011) พบว่า การลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณค่าในตนเอง การเสริมพลังอำนาจ และคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจและการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคมช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับพฤติกรรมการถูกตีตราจากสังคมของผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Brohan et al., 2010) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Lecomte et al. (1999) และหทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี (2554) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความคิดและความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อสังคม พึงพอใจในตนเอง เกิดความหวัง มีพลัง และมีกำลังใจในการรักษา มีทักษะในการเผชิญปัญหาสามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จารุวรรณ จินตามงคล และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2541)

โรคจิตเภทเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง การจัดการกับความเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพ คือความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ซึ่งจากแนวคิดในเรื่องของภาพลักษณ์ทางสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตราบาปมองตนเองในทางลบ รู้สึกอับอายเสียหน้า (Yang, 2007) สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ขาดความพึงพอใจในชีวิต (Ying, Wolf and Wang., 2013) เป็นภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (ภัทรารักษ์ พุงปันคำ และคณะ, 2551) ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา การฟื้นหายจากโรคที่เป็นอยู่ และการกลับเป็นซ้ำ (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพิ่มขึ้น (ยุวดี วงษ์แสง, 2548) เพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร เขียวโสธร, 2545; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา (จารุวรรณ จินตามงคล และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2541) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองช่วยลดความรู้สึกตราบาปนำไปสู่การรับรู้คุณค่า และความสามารถในการดำรงชีวิตในสังคมได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) เชื่อว่าพลังอำนาจ (Power) คือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคล และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลในการควบคุมสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และมีผลต่อความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วย นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการกระทำที่บุคคลรู้สึกมั่นใจ มั่นคง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการกระทำภารกิจให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ได้รับการยอมรับ สนับสนุนส่งเสริมและมีอิสระในการตัดสินใจกระทำ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2541) และจากการศึกษาของดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธ์

(2545) เรื่องการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทของสังคมไทยพบว่า ผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนเองในการจัดการกับการเจ็บป่วย สอดคล้องกับ Miller (1992) ที่เชื่อว่าพลังอำนาจ คือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตนโดยแหล่งพลังอำนาจ มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงานความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ และระบบความเชื่อ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกตราบาปความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทไม่สมดุลหรือมีความอ่อนแอ ดังจะเห็นได้จาก การรับประทานยาจิตเวชบางตัวทำให้เกิดอาการข้างเคียง บางตัวมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันทางร่างกาย ทำให้ไม่สุขสบาย รู้สึกว่าการรักษาทำให้สุขภาพแย่ง กลัวตนเองจะเป็นอันตราย มองตนเองไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพ มองตนเองไร้ความสามารถ วิตกกังวล กลัวการเข้าสังคม ผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีภาวะซึมเศร้า รู้สึกหมดหวังต่อแ่แยกตัวเองออกจากสังคม ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ รับรู้และมองตนเองไม่มีคุณค่าจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทพยายามปกปิดการเจ็บป่วย ปฏิเสธการรักษา และการแสวงหาความช่วยเหลือบกพร่องในการดูแลตนเอง ขาดแรงจูงใจในชีวิตยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ ไร้ความหวัง เชื่อว่าตนเป็นผู้ป่วยทางจิตมองตนเองในทางลบ

ความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจในผู้ป่วย และความเข้มแข็งของพลังอำนาจนำไปสู่ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ กล่าวคือความเข้มแข็งทางกายภาพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วย ความเข้มแข็งทางจิตช่วยในการดำรงความคิดทางด้านบวก ป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวัง การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในภาวะที่ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาหรือช่วยเหลือ การมีอัตมโนทัศน์เชิงบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองว่าความสามารถหรือศักยภาพในการดูแลสุขภาพอยู่ในตนเอง ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุม ตัดสินใจเลือกในการดูแลตนเอง แรงจูงใจส่งเสริมความเชื่อมั่นในตัวเองของผู้ป่วย และความเชื่อมีผลต่อความคาดหวังที่มีต่อการเจ็บป่วย (ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งของผู้ป่วยจิตเภทต้องมีความเข้มแข็งหรือสมดุลเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจของตนได้

ความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ส่งผลต่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทไม่สมดุลหรือมีความอ่อนแอ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการกับความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้หลักการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจที่เข้มแข็งสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขตามศักยภาพที่ผู้ป่วยมีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกราบอบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกราบอบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## คำถามการวิจัย

1. ความรู้สึกราบอบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังจากการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ความรู้สึกราบอบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) ที่กล่าวว่าพลังอำนาจ (Power) คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน การที่ผู้ป่วยมีพลังอำนาจ หมายความว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อชีวิตของตนเอง และตัดสินใจในการดูแลตนเอง หรือให้ผู้อื่นช่วยเหลือทำให้มีการปรับตัวที่ดีขึ้น แหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วย ตามแนวคิดของ Miller (1992) มี 7 รูปแบบได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) 3) อัจฉริยะเชิงบวก (Positive self-concept) 4) พลังงาน (Energy) 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) 6) แรงจูงใจ (Motivation) และ 7) ระบบความเชื่อ (Belief system) ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ รับรู้ตนเองไม่มีคุณค่า ไร้ความสามารถ ขาดความหวัง (Livingston and Boyd, 2010) ขาดแรงจูงใจ (Greenglass and Fiksenbaum, 2009) ส่งผลต่อความรู้สึกราบอบของผู้ป่วยจิตเภทได้

พลังอำนาจของผู้ป่วยแต่ละคนจะมีแหล่งพลังอำนาจมากน้อยแตกต่างกัน การสูญเสียพลังอำนาจนำไปสู่ความรู้สึกวิตกกังวล เก็บกด ซึมเศร้า และนับถือตนเองต่ำลง เป็นสาเหตุของความรู้สึกหมดหวัง (Hopelessness) ที่หม่นเวียนอยู่ในตัวบุคคล (Miller, 1992) และความเข้มแข็งของพลังอำนาจนำไปสู่ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยสามารถพัฒนาให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นมาได้ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจคือการช่วยให้บุคคลมีความสามารถบรรลุถึงการมีชีวิตที่มีคุณภาพ ยอมรับตนเอง พึงพอใจในความสำเร็จในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับ การเพิ่มแหล่งพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ได้แก่ การนับถือตนเอง ความสามารถในการควบคุมตนเอง และการเชื่อในสมรรถนะแห่งตน เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพิ่มความสามารถ และมีสุขภาวะที่ดี (Deborah, 2004; ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์, 2545) เพิ่มความหวัง และพลังอำนาจใน



การควบคุมการรับรู้ตราบาป ลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Yanos et al., 2008; Corrigan and Rao, 2012)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่พัฒนาจากแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) และประยุกต์ปรับปรุงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจากการศึกษาของ ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) เพื่อเป็นการช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความรับรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ปรับจากเดิม 6 ขั้นตอน เหลือ 4 ขั้นตอน โดยยังครอบคลุมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเดิม ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ ขั้นตอนที่ 2 การค้นหา สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภท ขั้นตอนที่ 3 การเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ ทักษะ ส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจ และสนับสนุนการใช้ชีวิตในชุมชน ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินกิจกรรมเป็นลักษณะกิจกรรมกลุ่ม โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 4 สัปดาห์ นานครั้งละ 90 นาที

**สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ** เป็นการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในการค้นหาความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยเอง โดยผู้วิจัยใช้การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยตามรูปแบบการสร้างสัมพันธภาพ บนพื้นฐานของการเคารพซึ่งกันและกัน ความไว้วางใจ และความเท่าเทียมกัน (Malin and Teasdale, 1991) จัดปัญหาความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยออกไปเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ นำไปสู่ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเอง การที่ผู้ป่วยได้เปิดเผยตนเองช่วยส่งเสริมความรู้สึกของการมีพลังอำนาจ (Corrigan and Rao, 2012) และเป็นการประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ เกิดความเข้าใจในตนเอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท เน้นเป็นโรคที่เกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติ ช่วยลดความรู้สึกผิดที่มีต่อตนเอง (Corrigan and Watson, 2004) สนับสนุนและส่งเสริมพลังอำนาจในการเอาชนะการเจ็บป่วยด้วยตนเองโดยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย การให้ความหมายใหม่ และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย และปรับตัวในระยะต่อมา

**สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 การค้นหา สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภท** เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสดงออกของสังคม การรับรู้ตราบาป ช่วยให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพความเป็นจริง สะท้อนคิดผ่านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ การรับรู้ ความคิด พฤติกรรม ที่ส่งผลต่อความรู้สึกตราบาป (Corrigan and Wassel, 2008) และจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นถึงพลังความสามารถ ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาได้ การให้ข้อมูลแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อการตัดสินใจและจัดการเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยได้เพิ่มวิถีทางใหม่ในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Suk Bling, 1998) เป็นกระบวนการซึ่งจะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน ตระหนักถึงความเข้มแข็ง ความสามารถ ความต้องการของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจ และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง (Corrigan and Wassel, 2008)

**ลัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 3 การเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ ทักษะและส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจ และสนับสนุนการใช้ชีวิตในชุมชน** เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ เปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังทางกาย เบาหวาน ความดันโลหิต ที่ต้องมีความรู้ในการจัดการกับอาการของโรค การให้ความรู้เรื่องโรค ตาม “คู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน” เป็นการเน้นการจัดการกับชุดปัญหามากกว่าการจัดการกับวินิจัย ซึ่งมุมมองดังกล่าวจะช่วยให้ปัญหาสุขภาพจิตมีความต่อเนื่องเป็นปกติเหมือนโรคทั่วไปลดความรู้สึกรับผิดชอบในผู้ป่วยลงได้ (Hayward and Bright, 1997) การฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (อรัญญา คำพิง, 2552) โดยการแสดงบทบาทสมมติ การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจตนเอง เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบและตัดสินใจในการดูแลตนเอง เป็นการเพิ่มพลังอำนาจ เพิ่มขีดความสามารถและการรับรู้คุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย องค์ประกอบของพลังอำนาจ เช่น ความรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองเพื่อป้องกันหรือเอาชนะต่อภาวะการสูญเสียพลังอำนาจได้ (Miller, 1992)

ภายหลังที่ผู้ป่วยได้ผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 3 ขั้นตอน ผู้ป่วยจะดำเนินการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมที่สุด ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ทำให้เกิดการร่วมปรึกษา และวิธีการได้รับการยอมรับสร้างความรู้สึกร่วมในการแสดงความคิดเห็น ช่วยให้การตัดสินใจแก้ไขปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น (รัชณี ศรีหิรัญ, 2544)

**ลัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ** เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยโดยใช้หลักของแนวความคิดการแก้ไขปัญหา การมีเจตคติที่ดีต่อปัญหา มองปัญหาในทางบวก มองปัญหาเป็นเรื่องท้าทาย เป็นโอกาสได้เปรียบที่เป็นประโยชน์ของตน เชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ยอมรับความจริงว่าการแก้ปัญหาคงใช้เวลาและความพยายาม (D’Zurilla and Golefried, 1971) อังใน รัชสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) เมื่อบุคคลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนต่างๆ ข้างต้นจนกระทั่งบุคคลรับรู้และตระหนักถึงความสามารถในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนได้ ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองด้วยตนเองได้มากขึ้นจากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

#### **สมมติฐานของการวิจัย**

1. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD -10 ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วยโรงพยาบาล 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกทั้งชายและหญิง มีอาการทางจิตทุเลา ซึ่งผู้วิจัยทำการคัดเลือกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**ตัวแปรที่ศึกษา** มีดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. ตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาแหล่งพลังอำนาจ เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยในชุมชน ตามแนวคิดของ Miller (1992) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินการวิจัยในกลุ่มผู้มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นลักษณะกิจกรรมกลุ่ม เน้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่า มีความสามารถเพื่อลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทสร้างเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ** เป็นการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในการค้นหาความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยเอง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเองเป็นการประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ เกิดความเข้าใจในตนเอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท เน้นเป็นโรคที่เกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติ โดยสนับสนุนและส่งเสริมพลังอำนาจในการเอาชนะการเจ็บป่วยด้วยตนเองโดยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย การให้ความหมายใหม่ และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย และปรับตัวในระยะต่อมา

**ขั้นตอนที่ 2 การค้นหา สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภท** เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออกของสังคม การรับรู้ตราบาปรวมถึงการช่วยให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพความเป็นจริง ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา สะท้อนคิดผ่านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การรับรู้ ความคิด พฤติกรรม ที่ส่งผลต่อความรู้สึกตราบาป และจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นถึงพลัง

ความสามารถ ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาได้ การให้ข้อมูลแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อการตัดสินใจและจัดการเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม และฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน ตระหนักถึงความเข้มแข็ง ความสามารถ ความต้องการของตนเอง เกิดความรู้สึกรับประกันในความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเอง ในการดูแลตนเองมากขึ้น และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

**ขั้นตอนที่ 3 การเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ ทักษะและส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจ และสนับสนุนการใช้ชีวิตในชุมชน** เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ตราบาป ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ เปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังทางกาย เบาหวาน ความดันโลหิต ที่ต้องมีความรู้ในการจัดการกับอาการของโรค การให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ตาม “คู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน” เป็นการเน้นการจัดการกับชุดปัญหามากกว่าการจัดการกับวินิจฉัย ซึ่งมุมมองดังกล่าวจะช่วยให้ปัญหาสุขภาพจิตมีความต่อเนื่องเป็นปกติเหมือนโรคทั่วไป การฝึกทักษะการสื่อสาร การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจตนเอง เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เลือกลงและตัดสินใจในการดูแลตนเอง เพิ่มขีดความสามารถและการรับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น

ภายหลังที่ผู้ป่วยได้ผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 3 ขั้นตอน ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ทำให้เกิดการร่วมปรึกษา และวิธีการได้รับการยอมรับสร้างความรู้สึกร่วมร่วมในการแสดงความคิดเห็น ช่วยให้การตัดสินใจแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

**ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ** การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนต่างๆ ข้างต้นจนกระทั่งบุคคลรับรู้และตระหนักถึงความสามารถในตนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนได้

**ความรู้สึกรับบาป** หมายถึง อารมณ์ที่ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้จากสิ่งต่างๆรอบตัว และเกิดเป็นการกระทำต่อความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วยของตนเองในทางลบ เกิดความรู้สึกอับอาย เสียหน้า ร่วมกับการซึมซับความเชื่อและทัศนคติทางสังคมเข้ามาตัดสินหรือประเมินตนเองว่าเป็นคนที่ไม่มีความรู้สึกรับบาปและไม่ควรได้รับการยอมรับ ประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้สึกรับบาปที่พัฒนาจาก The Chinese version of The Self-Stigma of Mental illness Scale (CSSMIS) ของ Fung, Tsang, Corrigan, Lam and Cheng (2007) โดยนำมาแปล และเรียบเรียงเป็นภาษาไทยข้อคำถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 บุคคลตระหนักถึงภาพที่สังคมมองผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต (stereotype awareness) ส่วนที่ 2 ความคิดที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติของสังคม (stereotype agreement) ส่วนที่ 3 ความรู้สึกว่าเป็นตัวตนของตนเอง (self-concurrence) และส่วนที่ 4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement) แต่ละส่วนประกอบด้วยข้อคำถาม 15

ข้อ รวม 60 ข้อ มีลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 9 ช่วงตั้งแต่ 1 ถึง 9 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด

**ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามการใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เมื่ออาการทุเลา แพทย์ได้อนุญาตให้กลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว ชุมชน และได้รับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่ชุมชน ในรูปแบบการรักษาพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก มีอาการทางจิตสงบโดยประเมินอาการทางจิตด้วย BPRS (Brief Psychiatric Scale) ค่าคะแนนน้อยกว่า 30

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การให้บริการก่อนพบแพทย์ เช่น การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การให้สุศึกษา และการให้บริการหลังพบแพทย์ เช่น การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การให้คำแนะนำการใช้ยา และการให้คำปรึกษารายบุคคลตามสภาพปัญหา

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมการดูแลทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคมที่ส่งผลต่อความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย โดยนำรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุ อากาการ การดำเนินของโรคจิตเภทและการวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.3 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

#### 2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 2.1 ลักษณะการดำเนินชีวิตและปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### 3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 3.1 ความหมายของตราบาป
- 3.2 กระบวนการเกิดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกตราบาป
- 3.4 ผลกระทบต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.5 แบบประเมินความรู้สึกตราบาป
- 3.6 การพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### 4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

- 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพลังอำนาจ
- 4.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจกับตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท
- 4.5 บทบาทพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### 5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

#### 6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท ได้มีผู้ให้ความหมายโรคจิตเภท (Schizophrenia) ไว้ดังนี้

Sadock and Sadock (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) ถึงแม้จะไม่มีภาวะผิดปกติทางการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment)

Boyd (2005) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต ส่วนมากมักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม มีระยะเวลาการป่วย

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นอย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภทมีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ ความเป็นจริง อารมณ์และสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป คือ มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ มีประสาทหลอน เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม

สรุปความหมายของโรคจิตเภท ได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่พบความผิดปกติจากโรคทางกาย หรือโรคทางสมอง

### 1.2 สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรคจิตเภทและการวินิจฉัยโรค ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท แต่เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆ สาเหตุ ดังนี้

#### 1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ

1) พันธุกรรม ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมาก ยิ่งมีโอกาสสูง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2552) ในกลุ่มผู้ที่มีญาติพี่น้องใกล้ชิดป่วยด้วยโรคจิตเภทจะมีอัตราการเกิดโรคสูงถึงร้อยละ 10-16 (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

2) ระบบสารเคมีในสมอง โรคจิตเภทเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ postsynaptic receptor เนื่องจากยารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการไปปิดกั้น dopamine receptor type 2 (D2 antagonist) และสารสื่อประสาทชนิด serotonin พบว่าการทำงานของ serotonin-2 (5-HT<sub>2A</sub>) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

3) กายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็น

อาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552; สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

4) ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

### 1.2.2 ปัจจัยทางจิตสังคม ประกอบด้วย

1.2.2.1 ปัจจัยด้านกระบวนการภายในจิตใจ คือ ความขัดแย้งภายในจิตใจที่เกิดขึ้นจากสัญชาตญาณทางธรรมชาติ ได้แก่ ความอยาก ความต้องการ ถ้าพลังความอยากความต้องการมีมากกว่าพลังควบคุม บุคคลทำตามความอยากความต้องการ เกิดความรู้สึกผิด เกิดความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง ทำให้เกิดความโกรธ หรือหักห้ามใจตนเองมากจนไม่ได้ตอบสนองความอยากความต้องการอย่างเพียงพอก็จะทำให้เกิดความคับข้องใจและไร้ความสุข (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

#### 1.2.2.2 ปัจจัยด้านกระบวนการระหว่างบุคคลได้แก่

1) ลักษณะการเลี้ยงดูในวัยเด็ก โดยเฉพาะในระยะ 3 ขวบแรกของชีวิต ถ้าได้รับความรักความอบอุ่นเด็กจะเรียนรู้ที่จะรักตนเองและรักผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความผูกพันกับบุคคลในแวดล้อม และการเลี้ยงดูบางรูปแบบทำให้เด็กโตขึ้นป่วยเป็นผู้ป่วยจิตเภท เช่น การสื่อสารที่มีความขัดแย้งกันเองที่เรียกว่า Double bind communication (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

2) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ค่านิยม ทัศนคติ และแบบแผนการสื่อความหมายเป็นการถ่ายทอดจากบุคคลในแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวันเด็ก พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูจะเป็นผู้ปลูกฝังแบบแผนความคิดและความเชื่อ เด็กเรียนรู้และซึมซับโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ และจะถูกปลูกฝังโดยผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ในชีวิตประจำวัน

3) สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ซึ่งสังคมแวดล้อมและวัฒนธรรมบางอย่างส่งเสริมพฤติกรรมปัญหา เช่น การพึ่งพาคนอื่น เกือบกต โทก (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) จากการศึกษา พบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

### 1.2.3 ปัจจัยด้านครอบครัว

1) การสื่อสารไม่ชัดเจนในครอบครัว จากการศึกษาลักษณะการสื่อสารในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ครอบครัวมีการสื่อสารที่ไม่ตรงไปตรงมา ไม่กระจ่างแจ้ง และไม่สอดคล้องกันในด้านคำพูดและพฤติกรรม (indirect, unclear, incongruent) ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ยับยั้งและขัดขวางสมาชิกครอบครัวโดยเฉพาะเด็กไม่หิมีพัฒนาการ และการสื่อสารที่เรียกว่า Double-bind communication ได้แก่ การสื่อสารที่ตรงกันข้ามกันซึ่งจะทำให้เด็กเกิดการสับสนในการสื่อสารในเวลาต่อมา (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

2) ครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมักมีพยาธิสภาพบางลักษณะ โดยเฉพาะด้านการสื่อสาร เด็กที่เติบโตภายใต้บรรยากาศการสื่อสารไม่ดีจะถูกบั่นทอนความสามารถเด็กในการรับรู้สิ่งแวดล้อม นอกจากนั้นบรรยากาศด้านความสัมพันธ์และอารมณ์ในครอบครัวก็มี



อิทธิพลต่อการเกิดอาการจิตเภท การศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สมาชิกครอบครัวมีลักษณะไม่อบอุ่น วิพากษ์วิจารณ์ ไม่เป็นมิตร และเข้ายุ่งเกี่ยวในเรื่องคนอื่น เรียกครอบครัวที่มีบรรยากาศแบบนี้ว่าครอบครัวที่แสดงอารมณ์และความรู้สึก (expressed-emotion) บรรยากาศแบบนี้จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยด้านจิตเภทมากขึ้น (สுவินีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion; EE) มีผลต่อการกำเริบของโรค (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

อาการทางคลินิกที่สำคัญของโรค แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) คือ

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) ส่วนใหญ่จะแสดงออกมาให้เห็นชัดเจน และสามารถเกิดขึ้นช่วงใดช่วงหนึ่งของโรคก็ได้ ซึ่งอาการทางบวกนี้เป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) กลุ่มอาการทางบวกมีดังต่อไปนี้

1.1 อาการหลงผิด (Delusion) ที่พบบ่อยได้แก่ หลงผิดคิดไปเองว่ามีคนคอยปองร้าย และหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน

1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยคือหูแว่ว (auditory hallucination) เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเสียงหรือคำพูด บางคนอาจรับฟังเฉยๆ หรือพูดจาโต้ตอบด้วย

1.3 อาการผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ บางครั้งคำพูดไม่ต่อเนื่อง (loose association) หรือผู้ป่วยพูดฟังไม่รู้เรื่องเลย (incoherenc)

1.4 ความผิดปกติด้านพฤติกรรม เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก กระวนกระวาย อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก หรือในลักษณะแปลกประหลาด มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ส่งเสียงร้องตะโกน

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นการลดหน้าที่ปกติ เช่น การลดลงของพลังงานและแรงจูงใจ และการลดลงของการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งอาการทางลบจะพบได้บ่อยและคงอยู่นาน (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) ขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ สีหน้าเรียบเฉย ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทางพูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (Avolition) ไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

กล่าวโดยสรุป โรคจิตเภทมีอาการหลักๆ คือ กลุ่มอาการทางบวกและกลุ่มอาการทางลบ ซึ่งผู้ป่วยจะแสดงอาการออกมาแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย อาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ การที่พยาบาลสามารถเข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีส่วนช่วยในการวางแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินโรคจิตเภททั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) ได้แก่

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ สัมพันธภาพ การเรียน การทำงานแย่ง เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่อง

สุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจด้านปรัชญา ศาสนาหรือจิตวิทยา มีการใช้ถ้อยคำแปลกๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม

2. ระยะกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนและหวาดระแวง เกิน 1 เดือน โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการอาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมาก อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หวาดระแวง อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการซึมเศร้าด้วย ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบ ที่พบบ่อยได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตนเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่านและมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตนเอง

การวินิจฉัยโรค เกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่นิยมใช้ปัจจุบันมี 2 เกณฑ์ คือเกณฑ์ของสมาคมอเมริกัน ฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (4<sup>th</sup> ed. Text revision) และเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD 10) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

เกณฑ์ของสมาคมอเมริกันฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา(DSM-IV-TR) ประกอบด้วยเกณฑ์ดังนี้

1. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ และเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือน (อาจจะน้อยกว่า 1 เดือนก็ได้ ถ้าหากได้รับการรักษา) ได้แก่

- 1.1 หลงผิด
- 1.2 ประสาทหลอน
- 1.3 มีความผิดปกติของคำพูด
- 1.4 มีพฤติกรรมสับสนอย่างเห็นได้ชัดเจน
- 1.5 มีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด

หมายเหตุ อาการข้อ 1.1 หรือ 1.2 มีอาการเพียงอย่างเดียวก็อาจถือว่าครบเกณฑ์

2. มีความบกพร่องในด้านสังคมหรืออาชีพ  
3. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องมีอาการตามที่กล่าวข้างต้น เป็นเรื้อรายนานต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

4. จะต้องไม่ใช่โรคจิตชนิดอื่น คือ schizoaffective disorder

5. อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

6. ถ้าเคยเป็น autistic disorder หรือ pervasive development disorder มาก่อน จะวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการหลงผิด หรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่าถ้าการรักษาได้ผลดี)

เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD 10) อาการต่างๆของโรคจิตเภทสามารถแบ่งเป็นกลุ่มเพื่อสร้างเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรค 9 ประเภท ดังนี้

1. โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia)
2. โรคจิตเภทชนิดเฮบิฟรินิก (Hebephrenic Schizophrenia)
3. โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic Schizophrenia)
4. โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual Schizophrenia)

5. โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated Schizophrenia)
6. โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-Schizophrenic Depression)
7. โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple Schizophrenia)
8. โรคจิตเภทชนิดอื่นๆ (Other Schizophrenia)
9. โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Schizophrenia)

### 1.3 การรักษาผู้ป่วยจิตเภทการรักษาโรคจิตเภทที่สำคัญได้แก่

1.3.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาที่ต้องดูแลใกล้ชิด และมีปัญหาในการวินิจฉัยระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.3.2 การรักษาด้วยยาเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกและลดการกำเริบซ้ำของโรค (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) การรักษานั้นอาจแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

1) ระยะเวลาควบคุมอาการ (acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว อาการรบกวนหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

2) ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้อาการกำเริบซ้ำ และควรให้ขนาดเดิม

3) ระยะเวลาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดีการควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งที่สำคัญ ขนาดยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก แล้วจะค่อยๆ ลดยาลง ร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือนจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้

1.3.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลการรักษาไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยาโดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรงผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยที่มี Severe depression ร่วมด้วย โดยการรักษาด้วยไฟฟ้าต้องทำร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต

1.3.4 การรักษาด้านจิตสังคมการรักษาด้านจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้ หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆ ด้าน การรักษาด้านจิตสังคมประกอบด้วย

1) จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการบำบัดแบบประคับประคอง ผู้รักษาตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ ช่วยให้หาวิธีแก้ปัญหาในแบบที่ทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ อาจดำเนินการทั้งรายบุคคล เป็นกลุ่ม หรือครอบครัวตามความเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psycho education or family counseling) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์เพื่อให้การทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้น

3) กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4) นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่ทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา คຸ້ມກັນให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จะเห็นได้ว่า โรคจิตเภทมีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม และลักษณะของโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทจึงไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ควรมีการผสมผสานการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม

#### 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

##### 1.4.1 การพยาบาลทั่วไป (สวณีย์ เกียรติแก้ว, 2554) ประกอบด้วย

1) ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไปด้านความคิด ได้แก่ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้ทราบความคิดของผู้ป่วย และการให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง (reinforcing reality)

2) ด้านจิตใจอารมณ์ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติของผู้ป่วย เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

3) ด้านสังคม ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาไม่สนใจกิจกรรมสังคม พยาบาลควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และการเสริมสร้างทักษะทางสังคม ส่งเสริมการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องด้วยหลักการการเรียนรู้ เช่น การให้รางวัล การชมเชย เป็นต้น

##### 1.4.2 การใช้กระบวนการพยาบาล (สวณีย์ เกียรติแก้ว, 2554; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ประกอบด้วย

1) การประเมินสภาพปัญหา โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านการคิด การรับรู้ พฤติกรรมและด้านสัมพันธภาพเพื่อวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

2) การวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพทางร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสัมพันธภาพโดยทั่วไปข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท

3) การวางแผนการพยาบาล ได้แก่ การวางแผนระยะสั้นเน้นการช่วยระยะแรก โดยเฉพาะระยะที่มีอาการจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆ และการ

วางแผนระยะยาวเน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง และควรระบุวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ลักษณะพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นและสามารถเป็นไปได้

4) การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และปรับตามความเหมาะสมและใช้เทคนิคการพยาบาลต่างๆ

5) การประเมินผล ในการประเมินผลผู้ป่วยจิตเภทนั้นพยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล เพื่อประเมินว่าปัญหาได้ได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่

กล่าวโดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีปัญหาความบกพร่องทั้งด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม พยาบาลต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### 2.1 ลักษณะการดำเนินชีวิตและปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะอาการสงบ (Johnson, 1993)เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลจนอาการทุเลา มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้ หลังจากกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถประกอบอาชีพได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น และมีโอกาสป่วยซ้ำได้อีก (Meijel et al, 2003; Alan et al., 2007) ลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ป่วยจะขาดทักษะในการดูแลตนเอง การสังเกตอาการนำก่อนอาการทางจิตกำเริบ การเผชิญปัญหา การหาแหล่งสนับสนุนเมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ (ยุวดี วงษ์แสง, 2548) ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยมักแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง สะเทือนใจ อับอายและมีปมด้อย บางรายมีพฤติกรรมรบกวนคนอื่น เกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวมีทัศนคติทางลบกับผู้ป่วย เชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จึงล่าช้าเพื่อแก้ปัญหา (ไพลิน โปธิ์สุวรรณ และคณะ 2544) นอกจากนี้เพื่อนร่วมงานไม่ยอมรับ แสดงท่าทีรังเกียจ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและสูญเสียความภาคภูมิใจ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบความรู้สึกของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจะเปลี่ยนไปจากเดิม รู้สึกหวาดกลัวต่อการถูกผู้ป่วยทำร้าย (หยกฟ้า บุญชิต, 2545) ผู้ป่วยบางรายไม่มีความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าคุณค่าไม่มีพลังอำนาจในการควบคุมสิ่งต่างๆ หรือการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ (สรินธร เชี่ยวโสธร, 2545; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547)

### ปัญหาที่พบของผู้ป่วยในชุมชน มีดังต่อไปนี้

1. การกำเริบซ้ำของโรค ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น และศักยภาพการดำเนินชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยจิตเภทก็จะเสื่อมลงมากเท่านั้น (มานอช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

2. การไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยจิตเภทมักจะปฏิเสธความผิดปกติของตนเองหรือไม่ทราบว่าตนเองมีความผิดปกติ ส่งผลไปยังจิตใต้สำนึกและแสดงออกถึงการตัดสินใจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา การไม่สามารถทนฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา (ทัศนีย์ ใจตรง และคณะ, 2542) ทำให้การดูแลเกิดปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน

3. การใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทบางรายใช้สารเสพติดเพื่อลดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค ลดอาการซึมเศร้า และแก้อาการด้านลบ การใช้สารเสพติดมีผลต่อประสิทธิภาพของยารักษาอาการทางจิต อาจทำให้อาการทางจิตแย่ลง หรือทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา (มานุษย หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

4. การไม่รู้และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภททำให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้าน หุดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และเข้าใจผิดคิดว่ายานั้นไม่ถูกต้องกับโรคตนเอง ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบได้

ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระยะอาการสงบ แต่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ปัญหาที่สำคัญที่พบคือ บกพร่องในการดูแลตนเอง สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว สังคม และชุมชน การเผชิญปัญหา ความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีพลังอำนาจความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลตนเองให้เหมาะสมได้ ซึ่งปัญหาเหล่านี้สมควรได้รับการแก้ไข หากปล่อยไว้จะกลายเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้การดูแลช่วยเหลือยุ่งยากซับซ้อน

## 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมี 2 รูปแบบ คือ การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก และการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ครอบคลุมถึงงานรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ (เพลิน เสียงโชคอยู่, 2548) เป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในงานสุขภาพจิตชุมชน ตามหลักการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน (ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และคณะ, 2546) ดังนี้

### 2.2.1 การพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่

1) การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจปัญหาและความรุนแรง ความสูญเสียในการรักษา การเฝ้าระวัง การสังเกต และการดูแลตนเอง หรือคนในครอบครัวในชุมชน

2) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อให้สามารถเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ และการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในชุมชน

2.2.2 พิจารณาปัจจัยถิ่นที่อยู่ สังคม ครอบครัว ประสบการณ์ของสมาชิกความเครียด และปัญหาชีวิต เพื่อใช้เป็นข้อมูลแนะแนวทางที่จะเพิ่มศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพ

2.2.3 มุ่งเน้นให้การช่วยเหลือบุคคลด้วยการบูรณาการและผสมผสานศาสตร์สหวิทยาการโดยมีการประยุกต์แนวคิดเพื่อนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.4 แนวคิดหรือมโนทัศน์ของชุมชนต้องพิจารณากลุ่มเป้าหมาย สังคมของชุมชน เครือข่ายของสังคมเป็นอันดับแรก

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่ออาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และได้รับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่ชุมชน ในรูปแบบการรักษาพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและในชุมชน ซึ่งครอบคลุมทั้งงานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค และงานฟื้นฟูสภาพ โดยมีการบูรณาการผสมผสานแนวคิดต่างๆ กับการกำหนดจัด

กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเองได้

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### 3.1 ความหมายของตราบาป

คำว่าตราบาปในภาษาอังกฤษใช้คำว่า “Stigma” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก จากคำว่า “Stigmata” ในอดีตหมายถึง สัญลักษณ์ทางร่างกายที่แสดงถึงลักษณะที่ผิดปกติ แผล รอย และบกร่องทางศีลธรรม เดิมใช้สัญลักษณ์ประทับตราให้กับทาส และนำมาใช้สัญลักษณ์กับกลุ่มนักโทษที่มีความผิดร้ายแรง โดยเน้นที่สัญลักษณ์ที่ประทับรอยไว้บนร่างกาย ปัจจุบันนักสังคมวิทยาชื่อ Erving Goffman (1963) ได้ทำการศึกษาและรวบรวมความรู้เกี่ยวกับมโนทัศน์ของตราบาป โดยเน้นถึงความอับอายจากการถูกตีตรามากกว่าตัวสัญลักษณ์ทางร่างกายจริงๆ และอธิบายว่า ตราบาปเป็นสิ่งที่สังคมเป็นผู้สร้างขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม มีการให้ความหมายและจัดจำแนกบุคคลต่อคุณลักษณะที่ผิดปกติ ไม่พึงประสงค์ เป็นบุคคลอันตราย หรือ ลักษณะที่ทำให้บุคคลเสื่อมเสียชื่อเสียง และถูกลดทอนคุณค่ากลายเป็นคนที่มีมลทิน ไม่เป็นที่ต้องการหรือมีภาพตายตัวที่สังคมรังเกียจ ลักษณะดังกล่าวเหล่านั้นถือว่าเป็นตราบาป (Goffman, 1963)

Wahl (1999) กล่าวว่า ตราบาปในบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต เป็นกระบวนการทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบมาจากความผิดปกติทางด้านจิตใจ เกิดการตีตรา และการแบ่งแยก กีดกันที่เป็นผลมาจากความมื่อคติต่อภาวะความเจ็บป่วย

Corrigan (2004) กล่าวว่า ตราบาปเป็นทัศนคติในทางลบของสังคมที่มีต่อบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิต (stereotypes) และมีการแสดงออกอย่างมื่อคติ (Prejudice) มีพฤติกรรมแบ่งแยกกีดกันไม่ให้โอกาสและไม่ได้รับสิทธิเท่าเทียมบุคคลอื่น

Ritsher, Otilingam and Grajales (2003) ได้อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกตราบาปของผู้เจ็บป่วยทางจิตไว้ว่า เป็นความรู้สึกที่พวกเขาไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมอย่างเต็มที่ รู้สึกถึงการถูกแบ่งแยก กีดกัน และจำยอมต่อภาวะการถูกลดคุณค่า การไม่ให้ความสำคัญทำให้เกิดผลต่อความรู้สึกด้านจิตใจ การสูญเสียคุณค่าในตนเอง และเพิ่มระดับความกังวลใจต่อการดำเนินชีวิตในสังคม

Fung et al. (2007) ได้อธิบายว่า ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเวชเกิดจากการที่ผู้ป่วยทางจิตรับรู้ปฏิบัติการที่สังคมแสดงออกในทางลบรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยทางจิต (stereotype awareness) ไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ และซึมซับความรู้สึกเหล่านั้นเข้าไปในตนเอง เกิดความคิดที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติของสังคม (stereotype agreement) รู้สึกว่านั่นเป็นตัวตนของตัวเอง (self-concurrence) และส่งผลต่อความมีคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement)

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา (2547) ให้ความหมายของตราบาป หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลรับรู้จากกระบวนการทางสังคม และประสบการณ์จากการถูกกีดกัน ปฏิเสธ ต่ำหนิติเตียน หรือเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่า น่าอับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดที่บุคคลแปลความหมายจากการแสดงออกของสังคมในทางลบ

กล่าวโดยสรุปความหมายของตราบาป หมายถึง กระบวนการทางความคิดที่บุคคลแปลความหมายจากการแสดงออกของสังคมในทางลบ เกิดการรับรู้ว่าตนเองป่วยทางจิต รู้สึกถูกกีดกัน แบ่งแยก ไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ และเพิ่มระดับความกังวลใจต่อการดำเนินชีวิตในสังคม

### 3.2 กระบวนการเกิดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ Corrigan and Wessel (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลและรูปแบบตราบาปของผู้เจ็บป่วยทางจิต (stigma models) โดยอธิบายถึงการเกิดตราบาปภายใต้กระบวนการคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral model) กล่าวว่า พฤติกรรมและการรับรู้ของบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ มีสถานการณ์ที่แสดงออกต่อบุคคล บุคคลเกิดการรับรู้ และมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมเนื่องมาจากการรับรู้ นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญภาแดง ต่อมยุทธ์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา (2547) ที่อธิบายการรับรู้ตราบาปไว้ว่า การรับรู้ตราบาปเป็นกระบวนการทางความคิด ที่ระบบประสาททำหน้าที่แปลความหมายจากเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้น ร่วมกับการใช้ประสบการณ์ของบุคคลนั้นในการแปลความหมาย และแสดงการรับรู้จากพฤติกรรมที่ผู้อื่นแสดงต่อตนเอง และจากทัศนคติในทางลบ ภาพในความคิด (stereotypes) ที่มองผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลอันตราย เอาแน่นอนไม่ได้ มีอคติ (Prejudice) กลัวเนื่องจากพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้เจ็บป่วยทางจิตแสดงออก เป็นภาพที่ตายตัว รู้สึกรังเกียจ เกิดพฤติกรรมการแบ่งแยกกีดกัน (discrimination) บังคับรักษาหรือ ไม่ได้รับสิทธิและโอกาสเท่าเทียมบุคคลอื่น เกิดการว่างงาน

จากแนวคิดดังกล่าวทำให้รูปแบบตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชถูกแบ่งออกเป็นหลายลักษณะดังเช่น

Corrigan (2004) แบ่งลักษณะของตราบาปออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ตราบาปทางสังคม (Public stigma) เป็นการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าของผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตว่าเป็นคนที่ไม่มีความสำคัญ ไม่เป็นที่ต้องการ หรือไม่เป็นที่ยอมรับ มีพฤติกรรมที่แสดงออกต่อผู้ป่วยในทางลบ แบ่งแยก กีดกันไม่ให้เกียรติ ต่ำหนิ มีอคติ และความรู้สึกตราบาป (self-stigma) เป็นการที่บุคคลซึมซับความเชื่อหรือทัศนคติที่สังคมมีต่อตนเองในทางลบ เข้าไปตัดสินและประเมินตนเองมองตนเองไม่มีคุณค่า และไม่ควรถูกได้รับการยอมรับ

Thornicroft et al. (2007) มองลักษณะตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ปัญหาของการขาดความรู้มองในเรื่องของการปฏิเสธผู้ป่วย หรือการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ผิดบิดเบือน ปัญหาของทัศนคติจากควมมีอคติต่อผู้ป่วยทางจิต และปัญหาของพฤติกรรม เกิดพฤติกรรมแบ่งแยกกีดกันผู้ป่วย

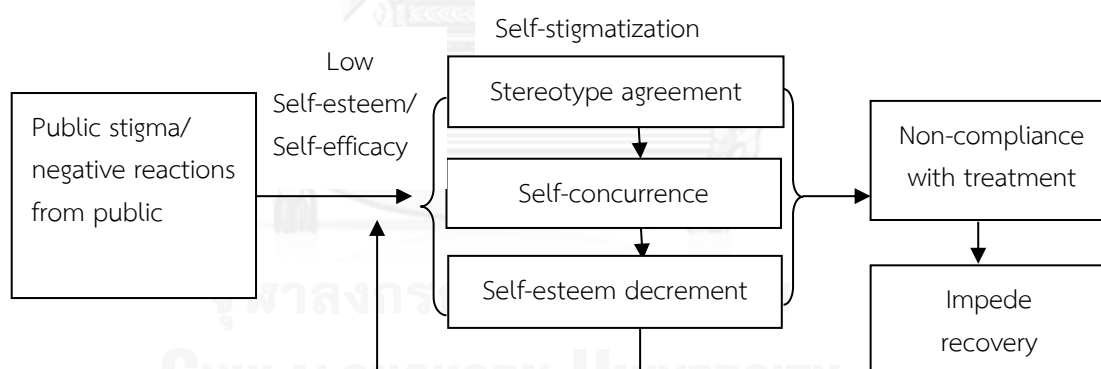
Byrne (2001) ได้อธิบายลักษณะของ ตราบาป (stigma) เป็นการทำความหมายว่า “ป่วยทางจิต” มีผลกระทบทั้งภายใน และภายนอกบุคคล ภายในได้แก่ การเก็บเป็นความลับ คุณค่าในตนเองลดลง และความรู้สึกอับอาย และผลกระทบจากภายนอก เช่น การถูกแยกออกจากสังคม ความมีอคติและการเลือกปฏิบัติ และ มุมมองที่มีต่อตนเองดังกล่าวอาจจะเรียกว่า ตราบาปภายใน (internal stigma) เนื่องมาจากการที่บุคคลมีการซึมซับเอาความเชื่อหรือค่านิยมของสังคมและบุคคลใกล้เคียงเข้ามาประเมินและตัดสินตนเอง มองตนเองไม่มีคุณค่า และไม่ควรถูกได้รับการยอมรับ



Link and Phelan (2001) กล่าวถึงลักษณะของตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชว่า เป็นเรื่องจิตวิทยาทางสังคมที่สังคมมองและมีภาพในความคิดเป็นภาพที่ตายตัว มีอิทธิพลอย่างมากต่อการเกิดความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเวช

Gilbert (2003) ระบุแนวคิดตราบาปที่ว่า ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตยากที่จะถูกสังคมมองในมุมมองด้านบวก แต่จะถูกมองในทางลบ ถูกเยาะเย้ย และถูกรังเกียจและจากมุมมองดังกล่าวเป็นผลอย่างมากต่อการสนองตอบการรับรู้ คือเป็นการเพิ่มความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง เกิดอารมณ์ในทางลบ เช่น ความวิตกกังวล อารมณ์โกรธ และภาวะซึมเศร้า ซึ่งนำไปสู่การจำกัดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การลดความสัมพันธ์

อย่างไรก็ตามกระบวนการเกิดความรู้สึกตราบาปได้รับอิทธิพลจากบรรทัดฐานทางสังคม (Goffman, 1963) ที่มองและมีพฤติกรรมที่แสดงออกต่อผู้ป่วยจิตเวชในทางลบ Fung et al. (2007) กล่าวว่า ปัจจุบันกระบวนการในการซึมซับตราบาปทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น และได้สรุปกระบวนการที่ทำให้เกิดความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชว่า เกิดจากที่ผู้ป่วยรับรู้ปฏิสัมพันธ์ที่สังคมแสดงออกในทางลบ รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไร้ความสามารถ รับรู้ว่าตนเองคือผู้ป่วยทางจิต (stereotype awareness) และซึมซับความรู้สึกเหล่านั้นเข้าไปในตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความคิดที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติทางสังคม (stereotype agreement) ความรู้สึกว่าเป็นตัวตนของตัวเอง (self-concurrence) และความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement) ซึ่งกระบวนการเกิดความรู้สึกตราบาป ดังกล่าวส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา และการฟื้นฟูจากโรคทางจิตเวชซึ่งสรุปออกมาเป็นแผนภาพได้ ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงกระบวนการเกิดความรู้สึกตราบาปต่อการการฟื้นฟูจากโรคจิตเวช (Fung et al., 2007)

### 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกตราบาป

จากแนวคิดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชของ Corrigan and Wassel (2008) โดยแบ่งลักษณะของตราบาปเป็น 2 รูปแบบ คือ รูปแบบตราบาปทางสังคม (Public stigma) และรูปแบบตราบาปภายในตนเอง (internalized stigma) หรือที่เรียกว่า ความรู้สึกตราบาป (self-stigma) (Fung et al., 2007) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท (self-stigma) จึงได้ทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

3.3.1 การรับรู้คุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการประเมินตนเองเกี่ยวกับความมีคุณค่า ความสำคัญ การประสบความสำเร็จ การยอมรับตนเอง การมีประโยชน์ต่อสังคม ตลอดจนการได้รับการยอมรับจากผู้มีอำนาจเหนือกว่า (อุบลรัตน์ สิงหเสนี, 2552) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ความรู้สึกตราบาป โดยพบว่าผู้ป่วยทางจิตและผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีการรับรู้ตราบาปหรือความรู้สึกตราบาปในระดับสูง (King et al., 2007; Funget al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การรับรู้ตราบาปและความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศจีนของ Ying (2013) และ Yang (2007) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทจะรู้สึกอับอาย รู้สึกเสียหน้า ถูกมองในทางลบ เกิดการแบ่งแยกกีดกันทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงด้วย

3.3.2 ความสามารถในการเผชิญปัญหา จากการศึกษาตราบาป การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวของ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา (2547) ได้กล่าวว่า การแก้ไขปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเมื่อพบเห็นพฤติกรรมที่สังคมแสดงออกต่อผู้ป่วยในทางลบ คือให้ผู้ป่วยแยกตัวออกมา ไม่คบหาบุคคลอื่นทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม เก็บกดความรู้สึก จากการแก้ไขปัญหาดังกล่าวยังเป็นการเพิ่มความรู้สึกที่เป็นตราบาปในผู้ป่วยจิตเวช รู้สึกขาดความมั่นใจในตนเอง กังวล กลัวการเข้าสังคม แยกตัวและปฏิเสธการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kleim et al. (2008) พบว่า พฤติกรรมการแยกตัวออกจากสังคม การปกปิดการเจ็บป่วยเป็นการเผชิญปัญหาเพื่อหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลต่อความรู้สึกที่เป็นตราบาป

3.3.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการศึกษาของ อุบลรัตน์ สิงหเสนี (2552) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้ตราบาป หรือความรู้สึกตราบาปในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ (Watson et al., 2007; Kleim et al., 2008; Fung et al., 2007)

3.3.4 ความหวัง จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท (Lysager, Roe and Yanos, 2007; Yanos et al., 2008; อุบลรัตน์ สิงหเสนี, 2552) โดยอุบลรัตน์ สิงหเสนี (2552) อธิบายไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีความหวังระดับสูงทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่คิด ทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้และหาทางออกของปัญหาด้วยเหตุผลยอมรับสภาพปัญหาตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังระดับสูงมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ และการที่ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง สิ้นหวัง ขาดความอบอุ่นทางใจ จะมีการถอยหนีจากสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความมั่นใจเหล่านี้มักเกิดจากผลกระทบจากการถูกตีตราทางสังคม (Lysager, Roe and Yanos, 2007)

3.3.5 การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ Mueller et al. (2005) พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนให้ใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดผลกระทบทางลบกับการรับรู้ตราบาป และสามารถร่วมทำนายนการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้ สอดคล้องกับคำกล่าวของ Mueller et al. (2005) ที่อธิบายว่าการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอและถูกต้องส่งผลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้ และจากการศึกษา

ของ ขวัญสุดา บุญทศ (2554) เรื่องการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยไม่ได้ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ปรากฏเป็นรูปธรรม แต่มีความต้องการการตอบสนองด้านการให้คุณค่า การตอบสนองด้านอารมณ์และการให้คุณค่าต่อการที่มีอาชีพที่เหมาะสม และการได้รับการสนับสนุนที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าและแรงจูงใจต่อการรักษา

### 3.3.6 ปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1) เพศ จากการศึกษาของ Dickerson, Pratt and Ringel (2002) เรื่องประสบการณ์ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า การรับรู้ตราบาประหว่างเพศชายและหญิงไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาโมเดลเจตจำนงต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ บทบาทการส่งผ่านของการประทับตราว่าด้อยค่าของ ธนวัต ปุณยนก (2553) พบว่า เพศหญิงและเพศชายการรับรู้ตราบาปไม่แตกต่างกัน

2) อายุ จากการศึกษาของสมชาย พลอยล้อมแสง และชรินทร์ ลิ่มสนธิกุล (2547) ที่สำรวจทัศนคติของประชาชนที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต ตราบาป และการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิต พบว่า ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และรับรู้สุขภาพจิตมิใช่ตราบาปสอดคล้องกับการศึกษาของ Werner, Aviv and Barac (2008) ที่ศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราบาปและการรับรู้คุณค่าในตนเองกับอายุของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากรับรู้ตราบาปน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย

3) ระดับรายได้ ฐานทางเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีมีโอกาสได้รับการถูกกีดกันออกจากสังคมสูง (Dickerson, Pratt and Ringel, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย พลอยล้อมแสง และชรินทร์ ลิ่มสนธิกุล (2547) ที่สำรวจทัศนคติของประชาชนที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต ตราบาปและการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิต พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวมีผลต่อทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต

4) ภาวะการเจ็บป่วย จากการศึกษาของ Ertugrul and Ulug (2004) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มอาการทางบวก และกลุ่มอาการทางลบ พบว่า กลุ่มอาการทางบวก เช่น มีความคิดหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน มีความผิดปกติของพฤติกรรม และมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตระดับสูงจะมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูงกว่ากลุ่มอาการทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยชา พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และเก็บตัว

กล่าวโดยสรุปพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกตราบาปมีหลายปัจจัย ได้แก่ การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความสามารถในการเผชิญปัญหา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ซึ่งแต่ละปัจจัยพบมาก และมีความสำคัญต่อการรับรู้ตราบาปและความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อสังคม พึงพอใจในตนเอง เกิดความหวัง มีพลังและกำลังใจในการรักษา รวมทั้งมีทักษะในการเผชิญปัญหาสามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม สามารถลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทลงได้

### 3.4 ผลกระทบความรู้สึกตราบาปต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากนโยบายการให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนเร็วขึ้น (Deinstitutionalization) มีแนวคิดที่ว่า เมื่อผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน หากบุคคลในชุมชนมีทัศนคติ และพฤติกรรมการแสดงออกที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทแล้วจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุข รู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ รวมทั้งยอมรับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน, 2550) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่10 (ปีพ.ศ.2550-2554) ที่เน้นการให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยที่สามารถดูแลและจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตทั้งของตนเอง ครอบครัวและผู้อื่นในชุมชนได้ แต่ในปัจจุบันยังไม่มี การประเมินทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยทางจิต การมีภาพในความคิดที่ตายตัว และความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท การที่ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนเร็วขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ (2549) ที่ศึกษาประสบการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องประสบกับปัญหาเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต คนทั่วไปจะหลีกเลี่ยง ไม่อยากคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วยที่มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือ ไม่น่าไว้วางใจ นอกจากนี้สังคมยังมองว่าไร้ความสามารถ ขาดอิสรภาพในการตัดสินใจ บางรายถูกทอดทิ้ง ต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ต้องประสบปัญหาในเรื่อง การหาที่พักอาศัย การหางานทำไม่มีคนจ้าง หรือให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน

จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตัวเองและเรียกร้องความสนใจจากคนในครอบครัว พี่งพาผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกว่าตนเองขาดสิ่งจำเป็นทางจิตใจ ในด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยกับบุคคลอื่น หรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น หรือมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น (สุวิมล สมัตถะ, 2541) สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ อรพรรณ ลือบุญวัชชัยและชนกพร จิตปัญญา (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวต้องประสบกับปัญหา เมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตก็จะมิตทัศนคติทางลบ หวาดกลัวไม่กล้าคบหา เมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจ หรือไม่ติดต่อ ไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยถูกตัดโอกาสในการมีกิจกรรมและการใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมของตนทำให้ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต อยู่อย่างว่าเหว่และรู้สึกว่าตนเองมีความผิดปกติ เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม รวมทั้งมองตนเองไร้ค่า ไม่มีความมั่นใจในตนเอง

สรุปได้ว่า ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ตราบาป เนื่องจากจากอาการของโรคจิตเภททำให้ผู้อื่นตกใจกลัว หรือบางครั้งมีพฤติกรรมและการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เป็นที่น่าขบขัน หรือน่ารำคาญ ทำให้บุคคลทั่วไปในสังคมไม่ให้การยอมรับ โดยทั่วไปทัศนคติของคนในชุมชนที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทยังมีทัศนคติในทางลบ หวาดกลัว ไม่กล้าคบหาเมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงรับรู้และมีภาพในความคิดที่ตายตัว มองผู้ป่วยทางจิตมีพฤติกรรมเอาแน่เอานอนไม่ได้ รู้สึกรังเกียจหรือไม่ติดต่อ ไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วย

จิตเภท คิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่น่าอาย พยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเองจากบุคคลอื่นๆ และการเจ็บป่วยทางจิตยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ทั้งในเรื่องของหน้าที่การงาน สังคมและสถานะ เศรษฐกิจ และคิดว่าไม่เป็นที่ต้องการของญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและคนในชุมชนเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกรับทราบในผู้ป่วยจิตเภท

### 3.5 แบบประเมินความรู้สึกรับทราบ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ใช้แบบประเมินเพื่อวัดทราบที่แตกต่างกัน จากหลายมุมมอง และนำมาศึกษากับผู้ใช้ที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว หรือผู้ดูแล แต่ในปัจจุบันเน้นเฉพาะมาตรวัดที่เหมาะสมกับผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิต โดยมุ่งเน้นไปที่ทราบของบุคคล การมีอคติ การแบ่งแยกกีดกันของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต ดังนี้

3.5.1 แบบประเมินตามประสบการณ์ของกลุ่มผู้มีความผิดปกติทางจิต (Consumer Experiences of Stigma Questionnaire : CESQ) ของ Wahl (1999) โดยสร้างแบบวัดในการสำรวจประสบการณ์การถูกตีตราและการถูกแบ่งแยกกีดกันในกลุ่มผู้มีความผิดปกติทางจิตเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้นำมาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือกลุ่มผู้มีความผิดปกติทางจิตให้หายกลับสู่สภาพเดิม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีแบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การตีตราของบุคคล มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับการถูกแบ่งแยกกีดกัน จำนวน 12 ข้อ

3.5.2 แบบประเมินการรับรู้ทราบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ และอรวรรณ วรรณชาติ (2550) ที่ศึกษาทราบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้นำแบบสอบถามประเมินทราบตามประสบการณ์ของกลุ่มผู้มีความผิดปกติทางจิต (Consumer Experiences of Stigma Questionnaire : CESQ) ตามแนวคิดของ Wahl (1999) มาพัฒนาเป็นแบบประเมินการรับรู้ทราบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ โดยวัดการรับรู้ทราบ 2 ด้าน คือ ด้านการถูกตีตรา จำนวน 9 ข้อ และด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน จำนวน 12 ข้อ ซึ่งคำถามส่วนใหญ่เป็นคำถามด้านลบ โดยมีข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด จำนวน 4 ข้อ โดยนำมาตรวัดตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ 0.9 และวัดค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดได้เท่ากับ 0.76 (ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ และอรวรรณ วรรณชาติ, 2550)

3.5.3 มาตรวัดการประทับว่าด้อยค่าในการแสวงหาความช่วยเหลือ ของธนวัต ปุณยนก และ อรัญญา ต้อยคัมภีร์ (2553) เนื่องจากเล็งเห็นว่าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประทับตราว่าด้อยค่าเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวแปรหนึ่งในการทำนายการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา จึงได้พัฒนามาตรวัดการประทับตราว่าด้อยค่า ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) มาตรวัดการประทับตราว่าด้อยค่าจากสังคม พัฒนาจากมาตรวัดการประทับตราว่าด้อยค่าจากสังคมสำหรับการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตวิทยา (Stigma scale for Receiving Psychological Help) ที่พัฒนาขึ้นโดย Komiya, Good และ Sherrod (2000) 2) มาตรวัดการประทับตราว่าด้อยค่าจากบุคคลใกล้ชิด พัฒนาจากแนวคิด เอกสารวรรณกรรมการรับรู้การประทับตราว่าด้อยค่าของบุคคลรอบข้างสำหรับการแสวงหาความช่วยเหลือ (Perceptions of Stigmatization by Other for Seeking Help) ที่พัฒนาโดย Vogel, Wade and Aschman (2009) 3) มาตรวัดประทับตราว่าด้อยค่าจากตนเอง พัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิด เอกสารวรรณกรรมการประทับตราว่าด้อยค่าจากตนเองสำหรับการแสวงหาความช่วยเหลือ (Self-Stigma of seeking Help Scale) พัฒนาโดย Vogel, Wade and

Haake (2006) การแปลผลค่าคะแนนดิบคือ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 12 ถึง 60 คะแนน โดยที่คะแนนสูง หมายถึงการรับรู้การถูกประทุษร้ายว่าด้อยค่าสูง ถ้าบุคคลแสวงหาความช่วยเหลือ และคะแนนต่ำ หมายถึงการรับรู้การถูกประทุษร้ายว่าด้อยค่าน้อย ถ้าบุคคลแสวงหาความช่วยเหลือ

3.5.4 แบบประเมินความรู้สึกตราบาปของผู้เจ็บป่วยทางจิต (Internalized stigma of mental illness: ISMI) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Ritsher, Otilingam and Grajales (2003) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้สึกถูกแบ่งแยก 2) ด้านความรู้สึกถูกมองภาพการเจ็บป่วยทางจิต 3) ด้านความรู้สึกจากประสบการณ์ที่ถูกกีดกัน 4) ด้านความรู้สึกสังคมนิ่งเกียด และ 5) ด้านความอดทนต่อความรู้สึกตราบาป โดยพัฒนาจากข้อคำถามมาตรฐานวัดความรู้สึกตราบาปของกลุ่มรักร่วมเพศ (internalized homophobia) ของ Ross and Rosser (1996) มีข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ มีลักษณะการตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 4 ช่วง คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 29 ถึง 116 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง การความรู้สึกตราบาปที่สูง ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึง การความรู้สึกตราบาปที่ต่ำ และ Brohan et al. (2010) ได้นำมาใช้เพื่อการศึกษา การความรู้สึกตราบาป การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการรับรู้การแบ่งแยกของผู้ป่วยจิตเภทใน 14 ประเทศในยุโรปได้มีการกำหนดเกณฑ์การแปลผลในเชิงคุณภาพโดยการหาค่าคะแนนเฉลี่ย ถ้าน้อยกว่า 2 หมายความว่า ระดับความรู้สึกตราบาปอยู่ในระดับน้อยมาก ถ้าอยู่ในช่วง 2 ถึง 2.5 หมายความว่า ความรู้สึกตราบาปอยู่ในระดับต่ำ ถ้าอยู่ในช่วง 2.6-3 หมายความว่า ความรู้สึกตราบาปอยู่ในระดับกลาง และถ้ามากกว่า 3 หมายความว่า ความรู้สึกตราบาปอยู่ในระดับสูง

3.5.5 แบบวัดความรู้สึกตราบาปของผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชรูปแบบประเทศจีน (The Chinese version of The Self-Stigma of Mental Illness Scale : CSSMIS) ของ Fung et al. (2007) ที่พัฒนาจาก The Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS) ของ Corrigan, Watson and Barr (2006) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การรับรู้ว่าตนเองคือผู้ป่วยทางจิต (stereotype awareness) ส่วนที่ 2 ความคิดที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติทางสังคม (stereotype agreement) ส่วนที่ 3 ความรู้สึกว่ามันเป็นตัวตนของตัวเอง (self-concurrence) และ ส่วนที่ 4 ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement) แต่ละส่วนประกอบด้วย 15 ข้อคำถามรวมเป็น 60 ข้อ มีลักษณะการตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 9 ช่วง ตั้งแต่ 1 ถึง 9 ระดับ คือ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของแต่ละข้อคำถามมารวมกัน มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 60 ถึง 540 โดยที่คะแนนสูง หมายถึง การความรู้สึกตราบาประดับสูง และคะแนนต่ำ หมายถึง การความรู้สึกตราบาประดับต่ำ

จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยยังไม่มีเครื่องมือวัดระดับความรู้สึกตราบาป (Self-stigma) ของผู้ป่วยจิตเภท มีเฉพาะแบบประเมินการรับรู้ตราบาปโดยวัดการรับรู้ตราบาป 2 ด้าน คือ ด้านการถูกตีตรา และด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการประเมินความรู้สึกตราบาป (Self-stigma) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เกิดจากการซึมซับความเชื่อและทัศนคติที่สังคมมีต่อผู้ป่วยในทางลบ เข้าไปตัดสินและประเมินความมีคุณค่าในตนเอง มองตนเองไม่มีคุณค่า และการเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินต้องมีบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรมที่คล้ายคลึง ใกล้เคียงกับ

บริบทของสังคมไทย ผู้วิจัยจึงได้นำแบบประเมินความรู้สึกลดตราบาปของผู้ป่วยทางจิตเวชรูปแบบประเทศจีน (The Chinese version of The Self-Stigma of Mental Illness Scale: CSSMIS) มาพัฒนา โดยการแปล และเรียบเรียงเป็นภาษาไทยเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยดังกล่าว

### 3.6 การพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกลดตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้กล่าวถึงวิธีลดความรู้สึกลดตราบาปไว้ดังนี้

Arboleda-Florez and Stuart (2012) ได้มีการทบทวนวรรณกรรมและเสนอบทความภายใต้ชื่อ “From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illness” ได้เสนอวิธีการลดตราบาปไว้ 6 วิธีได้แก่

1) การให้ความรู้ เป็นความพยายามที่จะแทนที่ความคิดเดิมเป็นความคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้เพิ่มความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการเจ็บป่วยทางจิต เพิ่มการรับรู้อาการแสดงก่อนได้รับการวินิจฉัย และการแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา กลยุทธ์ในการให้ความรู้ความคิดเห็นในเรื่องการลดพฤติกรรมยังไม่ชัดเจนในบางการศึกษาก่อนหน้านี้ ความรู้เกี่ยวกับอาการแสดง สาเหตุ และผลที่ตามมาของการเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะเมื่อนำเสนอมุมมองของโรคทางสมองเชื่อมโยงกับภาพลักษณ์ในทางลบและการแบ่งแยกทางสังคมที่เพิ่มมากขึ้น

2) การเรียกร้อง คือ การที่กลุ่มตัวแทนออกมาเรียกร้องหรือต่อต้านการนำเสนอภาพลักษณ์ในทางลบของผู้เจ็บป่วยทางจิต กลยุทธ์นี้จะได้ผลเมื่อได้รับการสนับสนุนจากสื่อ เช่น กลยุทธ์ในการเปลี่ยนการตลาดด้านภาพยนตร์จิตวิทยา อย่างไรก็ตามการประท้วงจะส่งผลให้สังคมรับรู้และสามารถระงับการกระทำตราบาปได้ในระยะเวลาอันสั้น และประสิทธิภาพการเรียกร้องจะช่วยระงับไม่ให้เกิดการกระทำที่แสดงถึงความรู้สึกลดตราบาป แต่การเรียกร้องไม่ได้ช่วยส่งเสริมให้สังคมมองภาพของผู้เจ็บป่วยทางจิตที่ดีขึ้น (Corrigan, 2004)

3) การมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง คือการที่คนทั่วไปได้มีปฏิสัมพันธ์ หรือมีการพูดคุยกับผู้ป่วยที่อาการทางจิตสงบส่งผลอย่างมากต่อการเพิ่มความรู้ ลดทัศนคติทางลบ และลดระยะห่างทางสังคมและการติดต่อสื่อสารกันในสถานการณ์ทั่วไปหรือสถานการณ์ที่ไม่เป็นทางการนั้นจะช่วยลดความรู้สึกลดตราบาปได้ดีที่สุด (Corrigan, 2004)

4) การปฏิรูปกฎหมายเพื่อป้องกันการแบ่งแยกกีดกันในสังคม เพิ่มสวัสดิการทางสังคม เช่น การจัดหาที่พักอาศัยในพื้นที่จ้างงาน การให้การศึกษาและที่อยู่อาศัย ในเรื่องสิทธิมนุษยชน

5) สนับสนุนให้ผู้เจ็บป่วยทางจิตได้รับสิทธิ เสรีภาพ และจัดหาช่องทางในการได้รับสิทธิ

6) สนับสนุนการจัดการความรู้สึกลดตราบาปด้วยตนเอง สอดคล้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนและส่งเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเวชในการเอาชนะการเจ็บป่วยด้วยตัวเอง โดยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยและให้ความหมายใหม่และคุณค่าทางสังคม ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกลดตราบาป เพิ่มการรับรู้คุณค่า และพลังอำนาจในตนเอง

Hayward and Bright (1997) เสนอวิธีเพื่อลดความรู้สึกลดตราบาป โดยเน้นการให้ความรู้ความเข้าใจในการประเมิน และการต่อสู้กับความเชื่อที่ว่าทุกคนผิดพลาดได้ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยยอมรับตนเอง การผสมผสานแนวคิดแบบองค์รวมดูแลทั้งกายและจิตใจ โดยเน้นการดูแลจิตใจเปิดโอกาสผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึกลดตราบาป การรับรู้การตีตรา และหลีกเลี่ยงการแบ่งปัญหาสุขภาพกับการ

เจ็บป่วยทางจิตทุกอย่างมีความต่อเนื่องกัน เน้นการจัดการกับชุดปัญหา มากกว่าการจัดการกับวินิจฉัย มุมมองดังกล่าวจะช่วยให้ปัญหาสุขภาพจิตมีความต่อเนื่องเป็นปกติเหมือนโรคทั่วไปลดความรู้สึกที่เป็นตราบาป

Corrigan and Watson (2004) กล่าวว่า การให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชว่า เป็นโรคทางสมองเป็นกลยุทธ์หนึ่งช่วยลดความรู้สึกผิดในผู้ป่วยจิตเวช และเพิ่มมุมมองด้านบวกได้รับความสงสาร เห็นใจจากภาวะอาการแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตราย

Corrigan and Wassel (2008) กล่าวว่า การเพิ่มพลังอำนาจให้กับบุคคลเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เลือกและตัดสินใจในการดูแลตนเอง สามารถเพิ่มขีดความสามารถและการรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นลดความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชได้

กล่าวโดยสรุป วิธีการลดความรู้สึกตราบาปมีหลากหลายวิธีได้แก่ การให้ความรู้ การเรียกร้อง การมีปฏิสัมพันธ์ การปฏิรูปกฎหมายการสนับสนุนให้ผู้ป่วยทางจิตได้รับสิทธิ เสรีภาพ และจัดหาช่องทางในการได้รับสิทธินั้น และการสนับสนุนการจัดการความรู้สึกตราบาปด้วยตนเอง ซึ่งต้องมีการผสมผสานแต่ละวิธีเพื่อช่วยลดความรู้สึกตราบาปแก่ผู้ป่วยจิตเภท การเพิ่มพลังอำนาจเป็นวิธีการหนึ่งสามารถเพิ่มขีดความสามารถและการรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ลดความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทได้

#### 4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

##### 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Hawks (1991) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจมีการเตรียมความรู้ ทรัพยากร วิธีการและสภาพแวดล้อม รวมถึงภูมิหลังของแต่ละฝ่ายเพื่อนำมาพัฒนาเพิ่มความสามารถของฝ่ายรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Miller (1992) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจสำหรับบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 7 แหล่ง ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิต และการสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ และระบบความเชื่อ ซึ่งการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจส่งผลถึงการเพิ่มพลังอำนาจ และการมีพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยของตนได้

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของบุคคลที่จะใช้พัฒนา และใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จำเป็นทำให้ความคิดของตนเองมีความหมายเป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคลเพื่อให้บุคคลแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและการแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองเป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง และสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2541) กล่าวถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพยายามที่จะทำ ให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่นผูกพันและมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายของตนเองเพื่อการ



ปฏิบัติหรือทำภารกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในการที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจดีมีน้ ผูกพันต่อตนเองหรือหน่วยงานเพื่อให้สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง บุคคลจะเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้สำเร็จ บุคคลจะต้องได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำต่างๆ ด้วยตนเอง

ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ หมายถึง การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาในการกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้บุคคลตระหนักในจุดแข็งความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหาพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการดำเนินการ ประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเองภายใต้การสนับสนุนข้อมูล และทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ การสนับสนุนครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือบุคคล รวมทั้งการส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้บุคคลสามารถสร้างทางเลือกสำหรับการดูแลสุขภาพตนเอง และมีความมุ่งมั่นที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนกำหนดไว้

จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีหลายแนวคิด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Miller (1992) มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งแนวคิดของ Miller (1992) จะมุ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจในตัวบุคคล ซึ่งมี 7 แห่ง คือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ และ 7) ระบบความเชื่อ ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยทำให้เกิดความรู้สึกตราบาป ดังนั้นการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจส่งผลถึงการเพิ่มพลังอำนาจ และการมีพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ มีความเป็นอิสระ และรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า สามารถจัดการกับการเจ็บป่วยของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทได้ และนำแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทของสังคมไทย มาพัฒนาเพื่อลดความรู้สึกตราบาปให้เหมาะกับบริบทของสังคมไทย

#### 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับพลังอำนาจ

Miller (1992) กล่าวว่า พลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน Miller เชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพที่จะประเมินความเป็นอยู่ของตนเองและเอาชนะต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้น และใช้รูปแบบของแหล่งพลังอำนาจเป็นกรอบแนวคิดในการตรวจสอบสาเหตุและกิจกรรมที่กระทำต่อผู้ป่วย โดยการที่จะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้นั้นขึ้นอยู่กับ การเพิ่มแหล่งพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการตัดสินใจกับโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะขาดแหล่งของพลังอำนาจ ซึ่งแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังตามแนวคิดของ Miller มีองค์ประกอบดังนี้ (Miller, 1992: ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545)

1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength and reserve) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพทางกาย และตามพลังสะสมทางกายภาพ (Physical reserve) เมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังในการกระทำใดๆ ของบุคคลจะลดลง สภาวะความเข้มแข็งทางกายภาพขณะนั้นจะมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วย พลังสะสมทางกายภาพเป็นความสามารถของร่างกายที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุลเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย

2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) ความเข้มแข็งทางจิต เป็นความยืดหยุ่นที่ปรากฏในบุคคลเป็นเอกลักษณ์ของบุคคล ปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจต้องการการช่วยเหลือในการดำรงไว้ซึ่งความคิดทางด้านบวก การป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวังที่อาจเกิดขึ้น ส่วนการสนับสนุนทางสังคม เป็นสัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ ความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล รวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือเป็นรูปธรรม เช่น การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ สำหรับการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์และการสนับสนุนทางข้อมูล

3) อັตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) เป็นความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบ ประกอบด้วย ภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ของตนเอง ความเป็นตัวตนของบุคคล ได้แก่ คุณธรรม ความคิดเห็นและความคาดหวังส่วนบุคคล และการนับถือตนเองซึ่งการนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของอັตมโนทัศน์ในตนเอง และเป็นตัวชี้วัดหน้าที่ความรู้สึกถึงการมีคุณค่า และนำไปสู่การกระทำเพื่อพัฒนาสุขภาพ การสร้างอັตมโนทัศน์ในตนเองใหม่เป็นการปรับตัวในระยะเจ็บป่วย คือการบูรณาการการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อັตมโนทัศน์เกี่ยวกับทางบวก โดยการทำ ความเข้าใจความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง และพยายามจะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วยที่มีต่อตน

4) พลังงาน (Energy) คือ ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของบุคคลหรือความสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อน และแรงจูงใจ การใช้พลังงานในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การจัดการกับความเครียด หรือการทํากิจกรรมต่างๆ การขาดพลังงานในการใช้ระดับพื้นฐานจะมีผลต่อการใช้พลังงานสำหรับสนองความต้องการในระดับสูง การกระทำใดๆ จะเป็นไปได้ถ้ามีความเข้มแข็งและมีพลังงาน รวมถึงกิจกรรมในปกป้องหรือพัฒนาสุขภาพของตน

5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) ที่เกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นต่อตน การปรับตัวต่อแผนการรักษาที่ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเอง การจัดการกับความเครียดทั้งทางกายและจิตใจ ความรู้ช่วยในการตัดสินใจ ตระหนักถึงทางเลือกและความคาดหวัง ลดความไม่แน่นอนอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย และช่วยพัฒนาแผนที่ทางปัญญาสำหรับการตัดสินใจ การช่วยเหลือ ค้นพบความหมายของสภาพการณ์ที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย เป็นความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการและดำรงไว้ซึ่งความสมดุลทางจิต

6) แรงจูงใจ (Motivational) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังแรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนที่จะกล้าเสี่ยง แรงจูงใจช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา ภายใต้ความเชื่อที่ว่ามนุษย์มีแรงขับเคลื่อนให้

ประสบความสำเร็จ บุคคลจะพยายามที่จะลดความไม่สอดคล้องระหว่างความเชื่อ และพฤติกรรมงูใจที่ซ่อนอยู่ภายในช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง โดยที่พฤติกรรมแรงงูใจที่ซ่อนอยู่ภายในมี 2 ลักษณะ คือ ค้นหาสิ่งเร้าและลดความไม่สอดคล้อง

7) ระบบความเชื่อ (Belief) ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพ ความเชื่อในตน รวมถึงความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ช่วยสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหา และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษามีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการรักษา ผู้ป่วยโรคเรื้อรังค้นพบความหมายของการเจ็บป่วยโดยอาศัยความเชื่อทางศาสนาและโชคชะตา ซึ่งความเชื่อในโชคชะตาและความหวังจะช่วยส่งเสริมพลังอำนาจในบุคคลที่รับรู้การควบคุม และอาจส่งผลต่อการรักษา

กล่าวโดยสรุป แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีหลายองค์ประกอบ ความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจจะส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจในผู้ป่วย และความเข้มแข็งของพลังอำนาจในผู้ป่วยจะนำไปสู่ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังมีความบกพร่องของแหล่งพลังอำนาจ แต่องค์ประกอบของแหล่งพลังอำนาจที่เหลือของผู้ป่วยสามารถที่จะพัฒนาให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นมาได้

### 4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพลังอำนาจ

#### 4.3.1 ปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

1) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เกิดจากการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอกที่ไม่ชัดเจนอันเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย ประกอบด้วย (Mishel, 1990) ความรู้สึกคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย ความสับสนซับซ้อนเกี่ยวกับแผนการรักษา และระบบการดูแลการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างจากข้อมูลเดิมการไม่สามารถทำนายเกี่ยวกับการดำเนินและพยากรณ์ของโรคได้ความไม่แน่นอนของสุขภาพ การกลับเป็นซ้ำของโรค หรืออาการที่รุนแรงขึ้นและการขาดข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค

2) ความรู้สึกหมดหวังต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นผลมาจาก (Miller, 1992) ความรู้สึกหมดหวังที่สามารถรักษาได้ และแพทย์ลงความเห็นว่าคงไม่สามารถรักษาได้การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนไม่สามารถแก้ไขได้ความกลัวผลของการที่ปัญหาสุขภาพไม่สามารถรักษาได้และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ความถี่ของอาการกำเริบ

3) การที่สภาพร่างกายแย่งลง (Suk, 1998)

4) การรักษาพยาบาลที่ได้รับ การปฏิบัติตามแผนการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา (Miller, 1992; Suk, 1998)

#### 4.3.2 ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย (Suk, 1998)

1) ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง ความรักในตนเอง และความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

2) ความเชื่อ (Beliefs) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลในการช่วยบุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลหรือเชื่อว่าการที่ได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น ในทางตรงข้ามบุคคลที่ไม่เชื่อต่อผลของการรักษา คิดว่า

เป็นเรื่องของโชคชะตาที่กำหนดให้เป็นไป จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดหวัง ไม่เชื่อในความสามารถดูแลตนเอง

3) เป้าหมายในชีวิต (Determination) เกิดจากการที่บุคคลมีความเข้มแข็งและแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย

4) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อความเชื่อ อัตมโนทัศน์ แรงจูงใจในตัวผู้ป่วยรวมถึงประสบการณ์ที่บุคคลที่ได้รับจากการศึกษา การอ่าน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

5) ความเชื่ออำนาจในการควบคุม (Locus of Control) คือการที่บุคคลรับรู้ว่าการเกิดเหตุหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นตนสามารถควบคุมได้ บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตนมีแนวโน้มที่จะรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งทางบวกและลบเป็นผลมาจากการกระทำของตนอยู่ภายใต้การควบคุมตน ในขณะที่บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน มีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าการเกิดเหตุที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตน

#### 4.3.3 ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) ประกอบด้วย

1) ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อผู้อื่น ปัจจัยที่มาจากสัมพันธภาพกับผู้อื่นเป็นสาเหตุหนึ่งของการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยอันเกิดขึ้นเนื่องจากความรู้สึกต้องพึ่งพิงผู้อื่นและเป็นภาวะของครอบครัว (Suk, 1998)

2) สัมพันธภาพกับผู้อื่น คือความรู้สึกของบุคคลที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคมได้รับการยอมรับ ยกย่องมีคุณค่าและเป็นที่ต้องการจากผู้อื่น การไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เคยทำได้ และการถูกแยกออกจากสังคมอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยมีผลต่อความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย (Suk, 1998)

4.3.4 ปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ สำหรับระบบบริการสุขภาพและการทำงานเป็นทีมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยทุกฝ่ายมุ่งหวังที่จะให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลที่กำหนดขึ้นโดยที่ผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วม หรือมีส่วนร่วมน้อย ทั้งที่ทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยระยะสั้นเมื่อเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและญาติกับทีมสุขภาพ ที่ไม่มีความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับวิถีชีวิต บริบททางสังคมวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในการรักษา รู้สึกว่าเป็นความทุกข์ทรมาน จึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมในการกำหนดและตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทำให้ผลการรักษาไม่ดี (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

กล่าวโดยสรุป พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจมีหลายปัจจัย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วย เพื่อให้การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 4.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจกับตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชจะมีการรับรู้คุณค่าและสมรรถนะแห่งตนลดลง เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังไร้พลัง ซึ่งจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ปฏิกริยาทางสังคมที่มีต่อตนเองในทางลบ ประกอบกับซึมซับความเชื่อและค่านิยมเหล่านั้นเข้าไปประเมินตนเอง เพิ่มความรู้สึก

ที่เป็นตราบาปในตนเองส่งผลต่อความวิตกกังวล กลัวการเข้าสังคม กลัวถูกทำให้ขายหน้า แยกตัวเอง ออกจากสังคม จำกัดสัมพันธ์ภาพเฉพาะกับคนใกล้ชิดเท่านั้น บางรายรุนแรงถึงขั้นมีความคิดฆ่าตัวตาย จากปฏิกริยาต่างๆเหล่านี้แสดงให้เห็นผู้ป่วยทางจิตเวชมีความบกพร่องในการจัดการกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง โดย Miller (1992) เรียกภาวะนี้ว่า ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ และอธิบายว่า พลังอำนาจมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละคนมีความพร่องของแหล่งพลังอำนาจแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามองค์ประกอบของแหล่งพลังอำนาจที่เหลือของผู้ป่วยสามารถที่จะพัฒนาให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นมาได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการกลวิธีในการจัดการเพื่อทดแทนแหล่งพลังอำนาจที่พร่องไปและสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เหลือ เช่น ความหวัง และอัตมโนทัศน์เชิงบวกโดยเฉพาะอย่างยิ่งการนับถือตนเองขึ้นมา โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทของสังคมไทย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธ์, 2545) ดังนี้

1. การสร้างความร่วมมือ เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการประเมินสภาพชีวิตของผู้ป่วยจากทัศนะของผู้ป่วยเองว่าผู้ป่วยมีมุมมองอย่างไรต่อสภาวะสุขภาพดี และสภาวะสุขภาพไม่ดี ช่วยให้เจ้าหน้าที่สุขภาพทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และความต้องการของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือสร้างพฤติกรรมใหม่เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของตน รวมถึงการช่วยให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพความเป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

3. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์สถานการณ์อย่างรอบด้าน เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดียิ่งขึ้น ในขั้นตอนนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกลึกซึ้งมีพลังอำนาจในการควบคุม และตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง เกิดความรู้สึกลับใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะในการดูแลตนเอง และเพิ่มการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร รวมถึงการสร้างแรงจูงใจที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผลและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ และสามารถประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ โดยความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรนั้นเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเอง เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง บทบาทของพยาบาล คือ การร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยถึงสิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. การดำเนินการด้วยตนเอง ในขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนที่บุคคลจะดำเนินการแก้ปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม

และดีที่สุด ภายใต้เงื่อนไขเป็นวิธีการแก้ไขปัญหาก็กับตนเองได้ สอดคล้องกับการดูแลของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่และตอบสนองความต้องการของตนเอง ผ่านการร่วมปรึกษา และได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ สร้างความยอมรับ และสามารถเปิดกว้างในการผู้ป่วยคนอื่น ๆ จะนำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

6. การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนต่างๆ จนกระทั่งบุคคลรับรู้และตระหนักถึงความสามารถในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนได้แล้ว บุคคลก็กระทำกิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 อย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองด้วยตนเองได้มากขึ้นตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) โดยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Miller (1992) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เป็นลักษณะโรคเรื้อรัง และมีอาการหลงเหลือถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตทุเลาแล้วแต่ครอบครัว ชุมชน ยังมีภาพในความคิดถึงความบกพร่อง กลัวในพฤติกรรมของผู้ป่วย มีผลกระทบทางด้านจิตใจเป็นตราบาปติดตัวผู้ป่วยตลอดชีวิต อีกทั้งภาวะเสื่อมจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และผลกระทบต่อการปรับตัวเข้าสังคม เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดต่ำลง ไม่มีพลังอำนาจในการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ทั้งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน ซึ่งตามแนวคิดของ Miller เชื่อว่าเกิดจากความบกพร่องของแหล่งพลังอำนาจ

#### 4.5 บทบาทพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบพลังอำนาจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการกำหนดการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และสิ่งที่จะต้องคำนึงในการกำหนดบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย (ยูวดี วงษ์แสง, 2548) การปฏิบัติการพยาบาลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจที่คำนึงถึงคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

- 1) การให้คุณค่าต่อผู้ป่วยในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพ และมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพตนเอง
- 2) การยอมรับการเป็นหุ้นส่วนคุณค่าและความสามารถของผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังอำนาจคือการสร้างความเป็นหุ้นส่วน ซึ่งให้ความเคารพและให้คุณค่าทั้งต่อตนเองและผู้อื่น โดยมีเป้าหมายที่จะพัฒนาความเชื่อด้านบวกในตนเองและในอนาคต
- 3) การให้การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยสร้างพลังอำนาจให้ตน
- 4) การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และมีอิสระในการตัดสินใจ
- 5) การแสวงหาความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร เพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ
- 6) การปรับเปลี่ยนความคิด ทศนคติ

การนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล ควรคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการดูแลตนเอง โดยการยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย และคำนึงประโยชน์แท้จริงที่ผู้ป่วยจะได้รับ

## 5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความรู้สึกราบยาของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และความรู้สึกราบยาของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Miller (1992) เชื่อว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละคน มีความพร้อมของแหล่งพลังอำนาจแตกต่างกัน ผู้ป่วยสามารถที่จะพัฒนาให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นมาได้ และความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจ และนำไปสู่ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเอง สร้างความหวัง และอึดมั่นในทัศนคติเชิงบวกควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่มากกระทบกับชีวิตของตนเองได้ รูปแบบแหล่งพลังอำนาจ (Power resources) ประกอบด้วย 7 แหล่ง ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ คือความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความสมดุลเมื่อต้องเผชิญปัญหากับการเจ็บป่วย 2) ความเข้มแข็งทางจิต และการสนับสนุนทางสังคม คือ ความยืดหยุ่นของบุคคลในการเผชิญกับวิกฤตการณ์การเจ็บป่วย สามารถที่จะดำรงความสมดุลทางจิตได้ การสนับสนุนทางสังคม คือ สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์การช่วยเหลือ การให้ออกาส การสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร 3) อึดมั่นในทัศนคติเชิงบวก คือ ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในทางบวก 4) พลังงาน คือ ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพ ทั้งการทำงาน และการทำกิจกรรมต่าง ๆ 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตน ช่วยในการเลือก และตัดสินใจ ตระหนักรู้ภายในตนเอง เพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง 6) แรงจูงใจ คือความสามารถของบุคคลที่จะจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความรู้สึกถึงประสิทธิภาพนั้นด้วย 7) ระบบความเชื่อของบุคคลช่วยสร้างความเข้มแข็งและสามารถในการจัดการกับปัญหา และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษามีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการรักษา สามารถเอาชนะต่อปัญหาต่างๆ ได้ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ตราบาปทางสังคม เกิดความรู้สึกราบยา จะมี การรับรู้คุณค่าและสมรรถนะแห่งตนลดลง เกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจ ความรู้สึกว่าการรักษาทำให้สุขภาพแย่ลง ไม่เชื่อว่าตนเองจะดูแลสุขภาพตนเองได้ สังคมมีอคติ แบ่งแยกกีดกันขาดแรงสนับสนุนจากสังคม มีทัศนคติต่อตนเองในทางลบ ปกปิด แยกตัว ซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง มองตนเองเป็นคนไร้ค่า ไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้แสดงถึงแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในภาวะไม่สมดุล แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งของผู้ป่วยต้องมีความเข้มแข็งหรือสมดุลเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจของตนได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนจากการสูญเสียพลังอำนาจไปสู่การมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่พัฒนาจากแนวคิดของ Miller (1992) ของดาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) มีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือ 2) ขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย 3) ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) ขั้นตอนการเอื้ออำนาจ ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร 5) ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตัวเองและ 6) ขั้นตอนการ

ปรับเปลี่ยนความคิด และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้เหมาะกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คำนึงถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินการวิจัยในกลุ่มผู้มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 6 ขั้นตอน และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดความรู้สึกตราบาป พบว่า ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือ เป็นการสร้างการยอมรับของผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และการยอมรับผู้ป่วยด้วยตนเองเพื่อการเปิดเผยข้อมูล นำไปสู่การมีส่วนร่วมในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนต่อไป ขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์ที่เป็นจริงเป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาป ดำเนินการไปพร้อมกับการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจปัญหา การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและตระหนักถึงปัญหาการดำเนินชีวิตที่เกิดกับตน เกิดการยอมรับและมองปัญหาได้รอบด้านมากยิ่งขึ้น ส่วนขั้นตอนการสนับสนุนความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเพื่อใช้ในการดำเนินการตามแผน เป็นขั้นตอนที่มีความต่อเนื่องและต้องติดตามร่วมกัน ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีความมั่นใจในการตัดสินใจในการดำเนินการตามแผนที่กำหนด โดยใช้การติดตามทางโทรศัพท์เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้รวมเนื้อหาในบางขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการดำเนินการพร้อมกัน โดยยังคงไว้ซึ่งโครงสร้างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเดิม พัฒนาเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความรู้สึกตราบาปที่มีความเหมาะสมในการดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยนอก โดยใช้รูปแบบการทำกลุ่มกิจกรรม และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ การดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนใช้เวลาประมาณ 90 นาที รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ขั้นตอน ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ** การสร้างสัมพันธภาพ เริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การมีกิจกรรมร่วมกันก่อนดำเนินกิจกรรม เป็นการสร้างความคุ้นเคย ให้เกิดความไว้วางใจ และความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเองเป็นการประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ เกิดความเข้าใจในตนเอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท เน้นเป็นโรคที่เกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติ โดยสนับสนุนและส่งเสริมพลังอำนาจในการเอาชนะการเจ็บป่วยด้วยตนเองโดยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย การให้ความหมายใหม่ และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย และปรับตัวในระยะต่อมา

**สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 การค้นหา สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภท** เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออกของสังคม การรับรู้ตราบาป รวมถึงการช่วยให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพความเป็นจริง ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นและการแก้ไขปัญหามา สะท้อนคิดผ่านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ การรับรู้ ความคิด พฤติกรรม ที่ส่งผลต่อความรู้สึกตราบาป และจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นถึงพลังความสามารถ ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาได้ การให้ข้อมูลแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อการตัดสินใจและจัดการเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม และฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน ตระหนักถึงความเข้มแข็ง ความสามารถ



ความต้องการของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเอง ในการดูแลตนเองมากขึ้น และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

**สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 3 การเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ ทักษะและส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจ และสนับสนุนการใช้ชีวิตในชุมชน** เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ตราบาป ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ เปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังทางกาย เบาหวาน ความดันโลหิต ที่ต้องมีความรู้ในการจัดการกับอาการของโรค การให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากรักษาอาการทางจิต การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ตาม “คู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน” เป็นการเน้นการจัดการกับชุดปัญหามากกว่าการจัดการกับวินิจัย ซึ่งมุมมองดังกล่าวจะช่วยให้ปัญหาสุขภาพจิตมีความต่อเนื่องเป็นปกติเหมือนโรคทั่วไป การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจตนเอง เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เลือกลงและตัดสินใจในการดูแลตนเอง เพิ่มขีดความสามารถและการรับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น

ภายหลังที่ผู้ป่วยได้ผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 3 ขั้นตอน ผู้ป่วยจะดำเนินการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมที่สุด ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ทำให้เกิดการร่วมปรึกษา และวิธีการได้รับการยอมรับ สร้างความรู้สึกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ช่วยให้การตัดสินใจแก้ไขปัญหานั้นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

**สัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ** เมื่อบุคคลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนต่างๆ ข้างต้นจนกระทั่งบุคคลรับรู้และตระหนักถึงความสามารถในตนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนได้ ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองด้วยตนเองได้มากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วยสำหรับในรายที่ไม่ประสบความสำเร็จให้ทบทวนปัญหา/อุปสรรค ในการนำแผนนั้นไปปฏิบัติ ผู้วิจัยเอื้อให้เกิดบรรยากาศการค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาใหม่ (D’Zurilla and Nezu, 2007 อ้างใน รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการเผชิญปัญหาจากการรับรู้ตราบาป และลดความรู้สึกตราบาปในตนเองได้

กล่าวโดยสรุป การเสริมสร้างพลังอำนาจ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง และช่วยลดความรู้สึกตราบาป และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเอง สร้างความหวัง และอัตโนมัติเชิงบวกควบคุมเหตุการณ์ต่างๆได้ สามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

ตารางที่ 1 ตารางบูรณาการ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกตราบาปของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992)	กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	การบูรณาการ การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความรู้สึกตราบาป
<p>การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจสำหรับบุคคลให้บุคคลสามารถบรรลุถึงการมีชีวิตที่มีคุณภาพ แหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วย มี 7 รูปแบบได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ</li> <li>2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม</li> <li>3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก</li> <li>4) พลังงาน</li> <li>5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา</li> <li>6) แรงจูงใจ</li> <li>7) ระบบความเชื่อ ความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจและนำไปสู่ความสามารถในการจัดการกับ การเจ็บป่วยที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย สภาพการณ์ที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องของพลังอำนาจหรือการสูญเสียพลังอำนาจ และความรู้สึกถึงการสูญเสียพลังอำนาจที่มากขึ้นผู้ป่วยจะเกิดการนับถือตนเองลดลง ไม่เชื่อมั่นว่าตนจะดูแลสุขภาพตนเองได้ ดังนั้น เป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ การเพิ่มความสามารถและ </li></ol>	<p><b>ขั้นตอนที่ 1</b> การสร้างความร่วมมือ</p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 1</b> การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือดำเนินการสร้างความร่วมมือ โดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับผู้ป่วย และผู้ป่วยด้วยกันเอง การมีกิจกรรมสะท้อนมุมมองของการสร้างบรรยากาศความไว้วางใจ ผู้ป่วยเปิดเผยตนเอง เกี่ยวกับประสบการณ์ การเจ็บป่วย และผลกระทบต่อความรู้สึกตราบาป ผ่านกิจกรรมการวาดภาพและเล่าเรื่อง เชื่อมโยงการให้ความรู้เรื่อง ตราบาป โรคจิตเภท และผลกระทบต่อ การรับรู้ตราบาป ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมฝึกจินตนาการไล่ความรู้สึกที่เป็นตราบาป ให้ผู้ป่วยยอมรับตนเอง เน้นการจัดการกับชุดปัญหามากกว่าการจัดการกับวินิจัย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพลังผ่านกิจกรรมการสร้างความหวัง</p>
<p>หรือการสูญเสียพลังอำนาจ และความรู้สึกถึงการสูญเสียพลังอำนาจที่มากขึ้นผู้ป่วยจะเกิดการนับถือตนเองลดลง ไม่เชื่อมั่นว่าตนจะดูแลสุขภาพตนเองได้ ดังนั้น เป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ การเพิ่มความสามารถและ</p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 2</b> การค้นหาศักยภาพการจริงของผู้ป่วย</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 3</b> สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ</p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 2</b> การค้นหา สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภทดำเนินการให้ผู้ป่วยเห็นมุมมองการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาของตนเองผ่านกิจกรรมเรียนรู้ เข้าใจปัญหา เชื่อมโยงความรู้ การรับรู้ ความคิด และพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสถานการณ์ที่เกิดตามสภาพความเป็นจริง จูงใจให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองของปัญหาผ่านวิถีทัศนเพลง “ก้อนหินก้อนนั้น” กระตุ้นให้ผู้ป่วยมองปัญหาเป็นเรื่องท้าทาย และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ฝึกการแก้ไขปัญหาผ่านใบงาน สร้างบรรยากาศในการให้กำลังใจ มองเห็นคุณค่าในตัวเองผ่านกิจกรรมเรียนรู้ เข้าใจตนเอง</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992)	กิจกรรม	การบูรณาการ
ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการกำหนดแนวทางทางดูแลและควบคุมสุขภาพตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพให้บุคคลตระหนักถึงจุดแข็งความสามารถและอำนาจในตนเอง การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมในการค้นหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน การดำเนินการและการประเมินผลลัพธ์และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือบุคคล รวมถึงการให้ข้อมูล และ/หรือ การส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาล และดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนเองได้กำหนดขึ้น	<p><b>ขั้นตอนที่ 4</b> การเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร</p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 3</b> การเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ ทักษะและส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจและสนับสนุน การใช้ชีวิตในชุมชน</p> <p>ดำเนินการให้ความรู้ ตามคู่มือ “การส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน” เน้นการจัดการกับชุดปัญหา มากกว่าการจัดการกับวินิจฉัย ฝึกทักษะการสื่อสารผ่านกิจกรรมจับสลาก สถานการณ์และเล่นบทบาทสมมติ สร้างบรรยากาศในการให้กำลังใจ เพิ่มพลังความมั่นใจผ่านวิดีโอทัศน์ “10 วิธีทรงพลังเพื่อคนคิดบวกกิจกรรมการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การใช้ความรู้เพื่อป้องกันกลับเป็นซ้ำ ฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดผ่านวิดีโอทัศน์ นิตหมายการติดตามทางโทรศัพท์สร้างความรู้สึกการร่วมกันในการแก้ไขปัญหาเพื่อเพิ่มความรู้สึกมั่นใจในตนเองมากขึ้น</p>
	<p><b>ขั้นตอนที่ 5</b> การดำเนินการด้วยตนเอง</p>	
	<p><b>ขั้นตอนที่ 6</b> การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย</p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 4</b> การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>ดำเนินการนำเสนอความรู้สึกต่อตนเองในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จได้นำเสนอก่อน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมแสดงความคิดเห็น ให้กำลังใจ และให้ผู้ป่วยที่ไม่ประสบความสำเร็จได้นำเสนอพร้อมกระตุ้นให้เกิดบรรยากาศการร่วมค้นหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาใหม่ การให้กำลังใจ ร่วมแสดงความรู้สึกต่อโรคจิตที่เป็นอยู่ ความเชื่อที่มีต่อตนเอง เป้าหมายที่จะทำ สิ่งที่วางแผนไว้ในอนาคต ผู้นำกลุ่มสรุปกิจกรรมผ่านสมุดกิจกรรม เน้นการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ความกล้าในการเผชิญปัญหา การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และสร้างบรรยากาศในการให้กำลังใจซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม</p>

## 6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าและโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) ทักษะของการเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับความรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย แบ่งการจัดการกับการเจ็บป่วยตามแผนการรักษาและตามคำแนะนำ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย คือ การเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่สุขภาพ และการคำนึงถึงบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่คิดว่าการรักษาพยาบาลเป็นหน้าที่ของแพทย์ ผู้ป่วยมีหน้าที่ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ 2) ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย ได้แก่ แรงจูงใจ ความหวัง การได้รับสนับสนุนจากผู้อื่น การมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ การมีทัศนคติทางบวกต่อโรคที่เป็นอยู่ และการยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ 3) การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย มีปัจจัยเกิดจากผลกระทบของการเจ็บป่วย การขาดความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ 4) การรับรู้บทบาทของพยาบาล ตามทักษะของผู้ป่วย คือการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ การปฏิบัติตามหน้าที่ การช่วยสนับสนุนด้านจิตใจ และช่วยกระตุ้นผู้ป่วยในการฟื้นฟูสุขภาพ

ยุวดี วงษ์แสง (2548) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ซึ่งคัดเลือกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการจับคู่ตามระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุบลรัตน์ สิงหเสนี (2552) ศึกษาการรับรู้ตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการทางบวก ทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราบาบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศรีธัญญาและโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 120 คน ผลการศึกษา พบว่า 1) การรับรู้ตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาบของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.405, -.398, -.383$  ตามลำดับ) และ 3) กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาบของผู้ป่วยจิตเภท

วรรณษา จำปาศรี (2554) ได้ทำการศึกษา ผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ トラบาปของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการศึกษาทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จำนวน 40 คน คัดเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ด้วยการจับคู่ตามเพศ และอาการทางจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ トラบาป ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง และเปรียบเทียบการ รับรู้ トラบาประหว่างกลุ่มที่ได้รับการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง กับกลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ พบว่า 1) การรับรู้ トラบาปของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) การรับรู้ トラบาปหลังการทดลองของ กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

Angermeyer and Matscinger (2003) ศึกษาเรื่อง トラบาปในผู้ป่วยจิตเวช โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการ トラบาปที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทและโรคซึมเศร้า โดยการสำรวจ ชาวเยอรมันจำนวน 5,025 คน ผลการศึกษาพบว่า トラบาปในโรคทางจิตเวชมีผลกระทบต่อผู้ป่วย จิตเภทอย่างมาก โดยเฉพาะการมีภาพตายตัวในเรื่องอันตราย มีผลด้านลบอย่างมากต่อปฏิกริยาทาง อารมณ์ที่บุคคลมีต่อผู้ป่วยจิตเภท และเพิ่มระยะห่างทางสังคมต่อบุคคลด้วย โดย トラบาปไม่มี ผลกระทบต่อทัศนคติของสาธารณชนที่มีต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Werner, Aviv and Barak (2008) ศึกษาการรับรู้ トラบาป การรับรู้คุณค่าในตนเองและอายุ ของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ トラบาป และรับรู้คุณค่าในตนเองในผู้ป่วยจิต เภท กลุ่มที่อายุน้อยและกลุ่มที่มีอายุมาก จำนวน 86 คน ในโรงพยาบาลจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากรับรู้ トラบาปน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย

Brohan et al. (2010) ศึกษาความรู้สึกร トラบาป พลังอำนาจ และการรับรู้การแบ่งแยกกีด กันของผู้ป่วยจิตเภท 14 ประเทศในยุโรป พบว่า ระดับความรู้สึกร トラบาปของผู้ป่วยจิตเภท ระดับกลางถึงสูง คิดเป็นร้อยละ 41.7 ซึ่งจากการที่ประเทศในยุโรปมีค่าความรู้สึกร トラบาปที่สูงมอง ประเด็นหลักสำคัญที่ทัศนคติทางลบที่สังคมมีต่อผู้รับบริการทางจิต และการเพิ่มพลังอำนาจและการ เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะช่วยลดความรู้สึกร トラบาปในผู้ป่วยจิตเภทได้

## 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Miller, 1992)

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ คือ

**สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ สร้างความคุ้นเคย ให้เกิดความไว้วางใจ และความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมมุ่งเน้นการเปิดเผยตนเอง การระบายความรู้สึก

**สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 2** การค้นหา สะท้อนคิด และสร้างความเข้าใจในสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภท ค้นหาปัญหาอุปสรรค และการแก้ไขที่ผ่านมา สะท้อนคิดการปรับเปลี่ยนมุมมองของปัญหาและการตัดสินใจแก้ไขปัญหาโดยผู้ป่วยเอง เสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้กำลังใจและการเห็นคุณค่าของผู้ป่วยเอง

**สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 3** การเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและส่งเสริมพลังอำนาจ และสนับสนุนการใช้ชีวิตในชุมชน ให้ความรู้ผ่านคู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน การฝึกทักษะทางสังคม การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการมีสัมพันธภาพกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม การติดตามทางโทรศัพท์ ร่วมปรึกษาวិธีการแก้ไขปัญหา

**สัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนที่ 4** การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับอาการเจ็บป่วย

ความรู้สึกตราบาบ

ของผู้ป่วยจิตเภท

(Fung et al, 2007)

- การรับรู้ตัวตนคือผู้ป่วยทางจิต
- ความคิดที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติทางสังคม
- ความรู้สึกว่านั้นเป็นตัวตนของตนเอง
- ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือการค้นหาสะท้อนคิด และสร้างความเข้าใจในสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภท การเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ทักษะและส่งเสริมพลังอำนาจสนับสนุนการใช้ชีวิตในชุมชน และการปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดความรู้สึกตราบาบในผู้ป่วยจิตเภทได้

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experiment Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Control group design) (Polit and Beck, 2004) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึก トラบาบในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแปรตาม คือ ความรู้สึก トラบาบของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	กลุ่มทดลอง
O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>	กลุ่มควบคุม

O<sub>1</sub> หมายถึง การประเมินความรู้สึก トラบาบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

O<sub>2</sub> หมายถึง การประเมินความรู้สึก トラบาบของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

X หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

O<sub>3</sub> หมายถึง การประเมินความรู้สึก トラบาบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการ พยาบาลตามปกติ

O<sub>4</sub> หมายถึง การประเมินความรู้สึก トラบาบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการ พยาบาลตามปกติ

#### ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD - 10 และที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วยโรงพยาบาล 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวช เลยราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกทั้งชายและหญิง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี หรือเป็นผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นานมากกว่า 90 วัน ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และมา รับการตรวจตามนัดสม่ำเสมอที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
2. มีอาการทางจิตทุเลา โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน
3. มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2.5
4. สามารถอ่าน - เขียนภาษาไทยได้ และสามารถสื่อสารได้
5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกายและทางจิต
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มต้องแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวิจัยแบบกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normality) มากที่สุดสามารถอ้างอิงกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn and Grove, 2005) แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นจำนวน 36 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 18 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับการจับคู่ (Matched Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. กลุ่มอาการทางบวก อาการทางลบ เนื่องจากกลุ่มอาการทางบวก อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกตราบาบในผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกัน (Ertugrul and Ulug, 2004)
2. อายุ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากความรู้สึกตราบาบน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย (Werner, Aviv and Barak, 2008)

ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน แล้วนำมาจับคู่ (Matched Pair) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ กลุ่มอาการทางบวก ทางลบ และ อายุ และจับคู่กลุ่มตัวอย่างจนครบ 18 คู่

### ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือเป็นผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี นานมากกว่า 90 วัน จำนวน 36 คนโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตทุเลา และทำ



แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2.5 แสดงว่ามีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำดังแสดงในตารางที่ 10 (ในภาคผนวก จ)

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินอาการทางบวก ทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS-T)

5. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ (Matched pair) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดโดยผู้วิจัยจับคู่ด้วยอาการทางบวก อาการทางลบ (Ertugrul and Ulug, 2004) และอายุ (Werner, Aviv and Barak, 2008) แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 11 (ในภาคผนวก จ)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2556 และผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ คุณสมบัติของผู้เข้าร่วม ขั้นตอนการดำเนินการ วัน เวลา สถานที่ ระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใด ๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไหร่ก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล การบริการ หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด และเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อ และนามสกุลที่แท้จริง การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ ผู้วิจัยจะเสนอ ในภาพรวมเท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างได้รับความผิดปกติเนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความคุ้มครองทางกฎหมาย โดยต้องแจ้งความผิดปกติให้ผู้วิจัยทราบทันที และผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างจะยุติการบันทึกข้อมูลเมื่อไหร่ก็ได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมโครงการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจใน

ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (दारणी जामजूरी และจินตना युनिपन्ठु, 2545) มาพัฒนาสร้างเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดตราบาป ความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท การเสริมสร้างพลังอำนาจ และกระบวนการเสริมสร้างพลังในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของ ดारणी जामजूरी และจินตना युनिपन्ठु (2545) ซึ่งมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือ 2) ขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย 3) ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) ขั้นตอนการสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร 5) ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตัวเอง และ 6) ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งการจัดการกับการเจ็บป่วย เพื่อให้เหมาะสมกับการนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้รวบรวมขั้นตอนเข้าด้วยกัน มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ที่ครอบคลุมกระบวนการเดิมทั้ง 6 ขั้นตอน และเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียพลังอำนาจ ปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจ และพลังอำนาจกับความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพในการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถ การมีทักษะการเผชิญปัญหา และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

2. สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินการวิจัยในกลุ่มผู้มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จึงได้รวมเนื้อหาในบางขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการดำเนินการพร้อมกันโดยครอบคลุมการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่า มีความสามารถลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท สร้างเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็น 4 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ โดยทุกขั้นตอนของการวิจัยผู้วิจัยได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3. จัดทำ คู่มือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และจัดทำ เอกสารที่ใช้ประกอบการทำกิจกรรม เช่น ใบงาน ใบความรู้ โปสเตอร์ วีดิทัศน์ สมุดกิจกรรม “การเสริมสร้างพลังให้กับทุกวันของชีวิต” และ “คู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน”

4. กระบวนการใช้โปรแกรม ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้รูปแบบการทำกลุ่มกิจกรรม การดำเนิน แต่ละขั้นตอนเป็นแบบขั้นบันไดมีความเชื่อมโยง และต่อเนื่องโดยการมอบหมายการบ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ แต่ละกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 90 นาที รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ขั้นตอน ดังนี้

### **ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1)**

**ระยะเวลา 90 นาที**

**สาระสำคัญ** การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การมีกิจกรรมร่วมกันก่อนดำเนินกิจกรรม เป็นการสร้างความคุ้นเคย ให้เกิดความไว้วางใจ และความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเองเป็นการประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ เกิดความเข้าใจในตนเอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท เน้นเป็นโรคที่เกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติ โดยสนับสนุนและส่งเสริมพลังอำนาจในการเอาชนะการเจ็บป่วยด้วยตนเองโดยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย การให้

ความหมายใหม่ และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย และปรับตัวในระยะต่อมาและมีการมอบหมาย การบ้านในประเด็นการค้นหาปัญหาในการดำเนินชีวิต เพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่กระบวนการขั้นตอนต่อไป

**ขั้นตอนที่ 2** การค้นหา สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภท (ดำเนิน กิจกรรมสัปดาห์ที่ 2)

ระยะเวลา 90 นาที

**สาระสำคัญ** เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสดงออกของสังคม การรับรู้ トラบาป รวมถึงการช่วยให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพความเป็นจริง ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา สะท้อนคิดผ่านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สถานการณ์ การรับรู้ ความคิด พฤติกรรม ที่ส่งผลต่อความรู้สึกตราบาป และจงใจให้ผู้ป่วยเห็นถึงพลัง ความสามารถ ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาได้ การให้ข้อมูลแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อการตัดสินใจและ จัดการเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม และฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา ซึ่งจะส่งผลให้ บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่ เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน ตระหนักถึงความเข้มแข็ง ความสามารถ ความ ต้องการของตนเอง เกิดความรู้สึกรับรู้ในความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการ ดูแลตนเองมากขึ้นช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง และมอบหมายการบ้านประเด็นการ บ้านที่กแผนการดำเนินชีวิต ประเมินความรู้สึกต่อปัญหาหรือสถานการณ์ในการดำเนินชีวิตในช่วง 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเอง มองเห็นปัญหาและความต้องการความรู้และทักษะที่จำเป็นใน การดำเนินชีวิต เพื่อการเชื่อมโยงการดำเนินกิจกรรมขั้นตอนต่อไป

**ขั้นตอนที่ 3** การเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ ทักษะและส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจ และสนับสนุนการ ใช้ชีวิตในชุมชน (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3)

ระยะเวลา 90 นาที

**สาระสำคัญ** เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ตราบาป ให้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ เปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังทางกาย เบาหวาน ความดันโลหิต ที่ต้องมีความรู้ในการจัดการกับอาการของโรค การให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากรักษาอาการทางจิต การสื่อสาร อย่างมีประสิทธิภาพ ตาม “คู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน” เป็นการเน้นการจัดการกับสภาพ ปัญหามากกว่าการจัดการกับวินิจฉัย ซึ่งมุมมองดังกล่าวจะช่วยให้ปัญหาสุขภาพจิตมีความต่อเนื่อง เป็นปกติเหมือนโรคทั่วไป การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจตนเอง เป็นการ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เลือกลงและตัดสินใจในการดูแลตนเอง เพิ่มขีดความสามารถ และการรับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น

ภายหลังที่ผู้ป่วยได้ผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 3 ขั้นตอน ผู้ป่วยจะดำเนินการ แก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ ตนเองคิดว่าเหมาะสมที่สุด ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ทำให้เกิดการร่วมปรึกษา และวิธีการได้รับการ

ยอมรับสร้างความรู้สึกร่วมกันในการแสดงความคิดเห็น ช่วยให้การตัดสินใจแก้ไขปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

#### **ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4)**

**ระยะเวลา 90 นาที**

**สาระสำคัญ** การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนต่างๆ ข้างต้นจนกระทั่งบุคคลรับรู้และตระหนักถึงความสามารถในตนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนได้ ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองด้วยตนเองได้มากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย

##### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) โดยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่สร้างขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาหลังตรวจสอบเนื้อหา และภาษาที่ถูกต้อง เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 1 คน และพยาบาลจิตเวชระดับชำนาญการ 1 คน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา และความตรงเชิงโครงสร้าง รวมทั้งความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบเนื้อหา กิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คน จากทั้งหมด 5 คน ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทมีประเด็นที่ต้องปรับปรุง ดังนี้

1.1 ปรับเรื่องระยะเวลากับเนื้อหากิจกรรมให้กระชับในแต่ละขั้นตอนหาความสอดคล้องของกิจกรรม ในประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความสอดคล้องของกิจกรรมในการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1.1.1 ขั้นตอนที่ 1 เพิ่มกิจกรรม “ตุ๊กตาล้มลุก” เพื่อสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจนำเข้าสู่เนื้อหาเรื่องการเปิดเผยตนเอง

1.1.2 ขั้นตอนที่ 2 ได้นำวีดิทัศน์เพลง “ก้อนหินก้อนนั้น” เกิดการเปลี่ยนมุมมองของปัญหา และนำเข้าสู่การมองปัญหาเป็นเรื่องท้าทาย

1.1.3 ขั้นตอนที่ 3 ปรับกิจกรรม จากเดิมให้ผู้ป่วยช่วยกันกำหนดสถานการณ์ เป็นการจัดทำบัตรคำกำหนดสถานการณ์สมมติแทน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย

1.1.4 เพิ่ม “คู่มือสำหรับผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองที่บ้าน” ในการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปทบทวนความรู้ได้ในภายหลัง เพื่อกระชับเวลา

1.1.5 ปรับเรื่องระยะเวลาดำเนินการให้เหมาะสมเป็น 90 นาที และการดำเนินกิจกรรมกลุ่มใหญ่ไม่มีการแบ่งกลุ่มย่อย เพื่อรักษาสัมพันธภาพภายในกลุ่มให้ต่อเนื่อง

1.2 การปรับชื่อขั้นตอนที่ 2 จากการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการค้นหาสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์

1.3 ให้พิจารณาประเด็นการแบ่งกลุ่มย่อยโดยให้ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นผู้นำกลุ่มย่อย จะความมั่นใจได้อย่างไรว่าผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจะสามารถดำเนินกลุ่มย่อยได้ทัดเทียมผู้นำกลุ่ม ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยให้ดำเนินการในกลุ่มเดียวไม่มีการแบ่งกลุ่มย่อย เพื่อการดำเนินการที่ราบรื่น กระชับเวลา และการมีสัมพันธภาพภายในกลุ่มต่อเนื่อง

1.4 ปรับกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 ให้เพิ่มเติมกิจกรรมที่แสดงให้เห็นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยผู้วิจัยได้เพิ่มการติดตามทางโทรศัพท์การรับฟังปัญหา และเสริมสร้างแรงจูงใจ

1.5 ปรับวัตถุประสงค์ จากเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เพื่อเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท

1.6 ปรับชื่อเรียกกลุ่มเป้าหมายจากผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก

2. ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่ผู้ป่วยกลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 5 คนโดยทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครบทั้งหมด 4 ขั้นตอน เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมแล้วพบว่า

2.1 ประเด็นคำถาม “ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต” ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกไม่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นตราบาป เปลี่ยนประเด็นคำถามเป็น “มุมมอง ความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต” ทำให้ผู้ป่วยร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกตราบาปได้ตรงประเด็นมากขึ้น

2.2 การใช้ประเด็นคำถาม “มุมมองของคนอื่นที่มีต่อโรคจิต” ผู้ป่วยร่วมแสดงความคิดเห็นมองสังคมในเชิงบวก เปลี่ยนประเด็นคำถาม “ปัญหาการดำเนินชีวิตของฉัน” โดยเน้นปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต ทำให้มุมมอง ความคิด และพฤติกรรมที่สังคมแสดงออกต่อผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น

2.3 การเพิ่มสื่อการสอนให้น่าสนใจ สามารถฝึกปฏิบัติไปพร้อมกับวีดิทัศน์ และกระชับเวลา โดยเพิ่มสื่อวีดิทัศน์ “10 วิธีทรงพลังเพื่อการคิดบวก” “การหายใจคลายเครียด” “การนวดคลายเครียด”

หลังดำเนินการทดลองใช้ผู้วิจัยได้นำประเด็นปัญหาดังกล่าวไปรวมแก้ไขกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้ในจริง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะการทำงาน การมีบทบาทในครอบครัว อายุที่เริ่มป่วย ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ดูแลหลัก

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความรู้สึกตราบาปของผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชรูปแบบประเทศจีน (The Chinese version of The Self-Stigma of Mental Illness Scale : CSSMIS) ของ Fung, Tsang, Corrigan, Lam and Cheng (2007) ที่พัฒนาจาก The Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS) ของ Corrigan, Watson and Barr (2006) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาให้ผู้เชี่ยวชาญสองภาษาจำนวน 2 คน จากโครงการจัดตั้งสถาบันการศึกษานานาชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ทำการแปล และ เรียบเรียงเป็นภาษาไทย ข้อคำถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 บุคคลตระหนักถึงภาพที่สังคมมองผู้เจ็บป่วยทางจิต (stereotype awareness) ส่วนที่ 2 ความคิดที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติของสังคม (stereotype agreement) ส่วนที่ 3 ความรู้สึกว่าเป็นตัวตนของตนเอง (self-concurrence) และส่วนที่ 4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement) แต่ละส่วนประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ รวม 60 ข้อ มีลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 9 ช่วงตั้งแต่ 1 ถึง 9 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด

การแปลผลคะแนนระดับความรู้สึกตราบาป จะพิจารณาตามเกณฑ์ออกเป็น 5 ระดับ คือน้อยมาก ต่ำ ปานกลาง สูง และสูงมาก โดยใช้หลักทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 5 (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	หมายถึง
1.00 – 1.80 (คะแนน 60 – 108)	ความรู้สึกตราบาปในระดับน้อยมาก
1.81 – 3.60 (คะแนน 109 – 216)	ความรู้สึกตราบาปในระดับต่ำ
3.61 – 5.40 (คะแนน 217 – 324)	ความรู้สึกตราบาปในระดับปานกลาง
5.41 – 7.20 (คะแนน 325 – 432)	ความรู้สึกตราบาปในระดับสูง
7.21 – 9.00 (คะแนน 433 – 540)	ความรู้สึกตราบาปในระดับสูงมาก

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index) ผู้ศึกษานำแบบประเมินความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ทำการตรวจสอบ โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คน จากทั้งหมด 5 คน จากนั้นหาค่า Content validity index (CVI) ซึ่งใช้เกณฑ์มากกว่า .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบ แบบประเมินความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1.1 ส่วนที่ 1 ข้อคำถามที่ 3 ปรับคำว่า “ศิลปะ” เป็น “ความสามารถทางการวาดรูปภาพและการเขียนหนังสือ”

1.2 ส่วนที่ 1 ข้อคำถาม 10 ส่วนที่ 2 ข้อคำถามที่ 9 ส่วนที่ 3 ข้อคำถามที่ 1 และ ส่วนที่ 4 ข้อคำถามที่ 15 ปรับคำว่า “เขาวนปัญญา” เป็น “สติปัญญา”

1.3 ส่วนที่ 1 ข้อคำถาม 15 ปรับคำว่า “พรสวรรค์” เป็น “ความสามารถพิเศษ”

1.4 ส่วนที่ 3 ข้อคำถามที่ 13 และส่วนที่ 4 ข้อคำถามที่ 12 ปรับจาก “พฤติกรรมที่ไม่แน่นอน” เป็น “พฤติกรรมแปรปรวน”

จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ภายใต้การดูแลและการให้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สึกราบยาที่ปรับปรุงกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวม เท่ากับ .91 (ดังแสดงในภาคผนวก ง)

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Miller (1992) ซึ่งยวดี วงษ์แสง (2548) ได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง คือ ระบบความเชื่อ อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความอดทนทางจิต และการสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ และความเข้มแข็งทางสังคม ซึ่งสามารถประเมินแหล่งพลังอำนาจเป็นรายด้าน ได้ 6 ด้าน คือ

- 1) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย
- 2) ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย
- 3) ด้านความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง
- 4) ด้านการรับรู้ต่อตนเอง อัตมโนทัศน์ในตนและแรงจูงใจ
- 5) ด้านความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ
- 6) ด้านบทบาทและสัมพันธ์ภาพกับสิ่งแวดล้อม

ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนประเมินแหล่งพลังอำนาจมีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยเลือกตอบ 1 คำตอบ เป็นมาตรฐานประเมินค่าแบบลิเคิร์ต 5 ช่วง แบ่งเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยรายรวม ของคะแนนแหล่งพลังอำนาจของกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ว่าต้องได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป โดยนำจำนวนข้อมาหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด เป็นคะแนนดังนี้

คะแนน 4.50 – 5.00	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดีมาก
คะแนน 3.50 – 4.49	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดี
คะแนน 2.50 – 3.49	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1.50 – 2.49	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อย
คะแนน 1.00 – 1.49	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

### เกณฑ์การกำกับการทดลอง

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะต้องได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.50 ขึ้นไป หรือมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป จึงเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง

2. กรณีผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 2.50 หรือคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระดับปานกลางถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การทดลอง (ยุวดี วงษ์แวง, 2548) ผู้วิจัยจะพูดคุยกับผู้ป่วยถึงปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตในชุมชน ร่วมกับประเมินแหล่งพลังอำนาจเพื่อดูว่าผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจด้านใด จากนั้นเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยขาดและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา หรืออุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโดยเน้นการมีคุณค่าในตนเอง และแรงจูงใจที่จะแก้ไขปัญหาอุปสรรคเหล่านั้นให้สำเร็จ หลังจากนั้นประเมินแหล่งพลังอำนาจใหม่อีกครั้ง จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกคนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง นั่นคือ เป็นผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ดังแสดงในตารางที่ 3

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ทำการตรวจสอบ และผลการตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .90 (แสดงในภาคผนวก ง)

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

#### 1. ระยะเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ การรับรู้ตราบาป ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจำนวน 6 หน่วยกิต และวิชาการให้คำปรึกษาจำนวน 3 หน่วยกิต และเข้ารับการอบรมหลักสูตรการบำบัดด้วยกลุ่มระยะเวลา 3 วัน รวมทั้งเป็นผู้สังเกตการณ์และฝึกประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในหอผู้ป่วย ภายใต้การนิเทศของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและ



จิตเวช (APN) ประกอบกับผู้วิจัยมีประสบการณ์เป็นผู้นำกลุ่มบำบัดมากกว่า 5 ปี ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยมีทักษะและมีความมั่นใจที่จะสามารถดำเนินการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.2 จัดทำแผนการดำเนินการวิจัย และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.2.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบสอบถามความรู้สึกตราบาป

1.2.3 แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท

1.3 เตรียมสถานที่ที่ใช้ทำการวิจัย ติดต่อประสานงานโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตทำการการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกบริการผู้ป่วยนอก โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการทดลองวิจัยในมนุษย์เมื่อวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2556

1.4 ผู้วิจัยชี้แจงกับหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการทางการแพทย์ทางพยาบาลโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยวิธีการดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และประสานงานหัวหน้าหน่วยบริการผู้ป่วยนอกเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัยตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งเสร็จสิ้นการทดลอง

1.5 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน เพื่อขออนุญาตดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนขอบเขตและระยะเวลาของการวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูล และเกิดความไว้วางใจนำไปสู่การให้ความร่วมมือ ในการศึกษาการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเพื่อวัดระดับความรู้สึกตราบาป และผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อประเมินแหล่งพลังอำนาจรวมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาทำการจับคู่ด้วยอาการทางบวก อาการทางลบ (Ertugrul and Ulug, 2004) และอายุ (Werner, Aviv and Barac, 2008) แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.7 เตรียมผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการจัดบันทึกการเก็บข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมต่าง ๆ ในคู่มือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รายละเอียดของเครื่องมือ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อเข้าใจบทบาทตนเองได้ชัดเจน

## 2. ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกำหนด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมี ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มละ 9 คน โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้าของวันพุธ และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้าของวันพฤหัสบดี หรือตามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง โดยการสอบถามความสนใจของตัวอย่าง การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นานครั้งละ 90 นาที ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการ และระดับความรุนแรงด่วนของการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย ทบทวนและให้คำแนะนำวิธีการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช และให้คำปรึกษาปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตราบาศ

2.2 กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้

ตารางที่ 2 กำหนดการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ  
สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

สัปดาห์ที่ / กลุ่มที่	วันเดือนปี/เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มที่ 1  กลุ่มที่ 2	18 กันยายน 2556 เวลา 09.00 น.  25 กันยายน 2556 เวลา 09.00 น.	<b>ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ</b> มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยตนเอง เกิดความเข้าใจในตนเองและ ส่งเสริมพลังอำนาจในการเอาชนะการเจ็บป่วยด้วยตนเองโดยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย การให้ความหมายใหม่ และคุณค่าทางสังคม
สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มที่ 1  กลุ่มที่ 2	26 กันยายน 2556 เวลา 09.00 น.  3 ตุลาคม 2556 เวลา 09.00 น.	<b>ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์</b> เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงการรับรู้ตราบาปให้ผู้ป่วยยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง การแก้ไขปัญหา สะท้อนคิดสถานการณ์ การรับรู้ ความคิดและพฤติกรรม จูงใจให้ผู้ป่วยเห็นพลังความสามารถกับการแก้ไขปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยได้ประเมินและวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ทุกแง่มุม ฝึกการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง
สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มที่ 1  กลุ่มที่ 2	10 ตุลาคม 2556 เวลา 09.00 น.  9 ตุลาคม 2556 เวลา 09.00 น.	<b>ขั้นตอนที่ 3 การเื้ออำนาจข้อมูล ความรู้ ทักษะและส่งเสริมพลังอำนาจ และการสนับสนุนการใช้ชีวิตในชุมชน</b> ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนการจัดการต่อการรับรู้ตราบาปให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการกับอาการ เน้นการจัดการกับชุดปัญหา มากกว่าการจัดการกับวินิจฉัยโดยเปรียบเทียบโรคเรื้อรังทางกาย เบาหวาน ความดันโลหิต การให้ความรู้ตาม “คู่มือส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน” ฝึกทักษะการสื่อสารผ่านกิจกรรมบัตรคำ กำหนดสถานการณ์สมมติ การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ตั้งเป้าหมายตนเอง เลือกลงและตัดสินใจในการดูแลและจัดการกับการรับรู้ตราบาปด้วยตนเอง พร้อมสนับสนุนพลังความสามารถผ่านการติดตามทางโทรศัพท์ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น
สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มที่ 1  กลุ่มที่ 2	17 ตุลาคม 2556 เวลา 09.00 น.  16 ตุลาคม 2556 เวลา 09.00 น.	<b>ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ</b> ช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองด้วยตนเองได้มากขึ้นและสามารถพัฒนาวิธีปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## สัปดาห์ที่ 1

### ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับผู้ป่วย และผู้ป่วยด้วยกันภายในกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และกล้าเปิดเผยตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนิน ระยะเวลา รูปแบบเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
4. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือ และมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย ความรู้สึกตราบาปของตนเองได้
3. ผู้ป่วยสามารถบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน รูปแบบกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมได้

#### สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว ซักถามความเป็นอยู่ทั่วไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การมีกิจกรรมร่วมกันก่อนดำเนินกิจกรรม เป็นการสร้างความคุ้นเคย ให้เกิดความไว้วางใจ และความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเองเป็นการประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ เกิดความเข้าใจในตนเอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นโรคที่เกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติโดย เน้นการเปิดโอกาสผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึกการรับรู้การตีตรา และหลีกเลี่ยงการแบ่งปัญหาสุขภาพกับการเจ็บป่วยทางจิต ทุกอย่างมีความต่อเนื่องกัน เน้นการจัดการกับชุดปัญหามากกว่าการจัดการกับวินิจฉัย สนับสนุนและส่งเสริมพลังอำนาจในการเอาชนะการเจ็บป่วยด้วยตนเองโดยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย การให้ความหมายใหม่ และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย และปรับตัวในระยะต่อมา

#### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง และให้ผู้ป่วยแต่ละคนแนะนำตนเอง
2. พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลาย สร้างความไว้วางใจ
3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมโดยเปรียบเทียบการดำเนินการแต่ละสัปดาห์เป็นแบบขั้นบันได เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นภาพกิจกรรมชัดเจนขึ้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
4. ผู้นำกลุ่มพาผู้ป่วยร่วมกิจกรรม “ตุ๊กตาล้มลุก” เพื่อสร้างบรรยากาศไว้วางใจ ความเชื่อมั่นในเพื่อนผู้ป่วยภายในกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินกลุ่มครั้งนี้ตกลงกติกา เน้นการฟังอย่างตั้งใจและการร่วมแสดงความคิดเห็น
5. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์การเจ็บป่วย อาการสำคัญ และการรักษาที่ได้รับ และเปิดโอกาสให้เพื่อนผู้ป่วยซักถาม

6. ให้ผู้ป่วยแต่ละคนวาดภาพ “ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต” โดยเป็นภาพแสดงถึง มุมมอง ความคิด ความเชื่อและความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยด้วยจิตเภท เน้นเป็นมุมมองของตนเอง จาก ประสบการณ์ที่ผ่านมา และอธิบายภาพให้ผู้ป่วยในกลุ่มฟังเพื่อเป็นการสื่อสารความรู้สึกที่เป็น トラบาปจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยในกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใน ประเด็น”เรื่องที่เหมือนหรือคล้าย” และ “มีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนอย่างไร” ผู้ช่วย ผู้นำกลุ่มบันทึกใน Flip chart

7. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่ได้เชื่อมโยงการให้ความรู้กับการให้ความรู้เรื่อง トラบาป โรค จิตเภท และผลกระทบต่อการรับรู้ トラบาป

8. ผู้นำกลุ่มพาผู้ป่วยร่วมกิจกรรมฝึกจินตนาการ โดยนำภาพ “ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยด้วย โรคจิต” มาวางไว้ข้างหน้า ปลูกไล่ตีความรู้สึก トラบาปตามร่างกาย โดยการไล่ตีความรู้สึกจาก ปลายเท้า ขา ตามลำตัว ศีรษะ หน้า แขน นำความรู้สึก トラบาปทั้งหมดมาใส่ลงที่ภาพ พับเก็บ ความรู้สึก トラบาปส่งมาให้ผู้นำกลุ่มเก็บไว้

9. ผู้นำกลุ่มถามถึงความรู้สึกหลังกิจกรรม ถ้าไม่มีความรู้สึก トラบาปโรคจิตที่เป็นอยู่ ก็ เหมือนกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั่วไป ไม่ว่าจะ เป็น เบาหวาน ความดันโลหิต หัวใจ ที่ต้องปฏิบัติ ตัวเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้เรื่องโรคจิตเภท พร้อมสรุปเน้น “โรคจิตเภทเป็นโรคทางสมองชนิดหนึ่ง การทำงานหรือหลังสารออกมาไม่สมดุลทำให้เกิดอาการ กำเริบจึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ห้ามหยุดหรือขาดยา”

10. ให้ผู้ป่วยเขียนข้อความ “แม้ฉันจะป่วยเป็นโรคจิตต่อไปชีวิตฉันจะ...” และ “ความ คาดหวังในชีวิตของฉัน”

11. ผู้นำกลุ่มส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพลัง โดยใช้ประโยค “นี่คือสัญญาของฉัน...ต่อไปชีวิตของ ฉันจะ” และให้ผู้ป่วยแต่ละคนอ่านข้อความของตนเอง และสร้างบรรยากาศการให้กำลังใจภายในกลุ่ม

12. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ มอบหมายการบ้านและ นัดหมายการทำกลุ่ม ครั้งต่อไป

### การประเมินผล

กิจกรรมในขั้นตอนนี้ ผู้นำกลุ่มได้ให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรม “ตึกตาล้มลุก” ซึ่งช่วยให้เกิด บรรยากาศที่ไว้วางใจ ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นกันและกันภายในกลุ่ม ดังคำพูดของสมาชิก เช่น

*“มั่นใจว่าเขาไม่ทิ้งเรา”*

*“แค่เห็นหน้ากันครั้งแรก ยังเชื่อว่าเราทำได้ ให้ใจเต็มร้อย”*

ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สามารถเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วย อาการ สำคัญ และการรักษาที่ได้รับ สามารถแลกเปลี่ยน “ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต” ของตนเอง จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ トラบาปของตนเอง นอกจากนั้นผู้นำกลุ่มได้ให้ผู้ป่วยไล่ ความรู้สึกที่เป็น トラบาปตามร่างกาย โดยการไล่ตีความรู้สึก ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั่วไป เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง

จากสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ความเชื่อมั่นภายใน กลุ่ม ทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ กล้าในการเปิดเผยข้อมูล และการแสดงออกถึงความรู้สึก トラบาป การได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ปัญหาไม่ได้

เกิดกับตนเพียงคนเดียว รู้จักประเมินปัญหาของตนเอง การสร้างความหวังและแรงจูงใจทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

## สัปดาห์ที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหา สะท้อนคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 90 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ ค้นหา ระบุ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับสถานการณ์ สามารถวางแผนการจัดการกับปัญหาและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ตามสภาพความเป็นจริง
3. สร้างแรงจูงใจเกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. รับรู้สภาพการณ์การเจ็บป่วยทางจิต ได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน
2. ยอมรับสภาพการที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพความเป็นจริง เกิดความต้องการที่จะจัดการแก้ไขปัญหา หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ค้นหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา
3. ผู้ป่วยเลือกและตัดสินใจในการจัดการกับปัญหา และแสดงความมั่นใจที่จะตัดสินใจจัดการกับปัญหา

### สาระสำคัญ

เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออกของสังคม การรับรู้ตราบาปรวมถึงการช่วยให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพความเป็นจริง ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและการแก้ไขปัญหานั้นที่ผ่านมา สะท้อนคิดผ่านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ การรับรู้ ความคิด พฤติกรรม ที่ส่งผลต่อความรู้สึกตราบาปรวม และจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นถึงพลังความสามารถ ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ การให้ข้อมูลแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อการตัดสินใจและจัดการเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม และฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้เห็นกลับมาองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน ตระหนักถึงความเข้มแข็ง ความสามารถ เกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถ การตัดสินใจ และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มทักทาย พูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพในเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลาย
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมและใบความรู้ ในประเด็น “ผลกระทบต่อการรับรู้ตราบาปรวม” เชื่อมโยงให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้าน “ปัญหาในการดำเนินชีวิตของฉันทันปัจจุบัน” เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมหรือประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน ในประเด็น

“ชอบหรือไม่ชอบอย่างไร” “การแก้ไขที่ผ่านมา” “ผลที่ได้รับเป็นอย่างไร” ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มบันทึกใน Flip chart

3. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น ปัญหา/สถานการณ์ที่เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางจิต พร้อมเชื่อมโยง ใบความรู้ที่ 2 “การรับรู้ ความคิด และพฤติกรรม” ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของความรู้สึกตราบาปที่เกิดขึ้นภายในตัวเราเอง และตราบาปทางสังคม กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจริง โดยใช้คำถาม “คิดอย่างไรกับสิ่งที่สังคมแสดงออก...” “เราจะเปลี่ยนแปลงความคิดหรือพฤติกรรมของคนอื่นได้หรือไม่” “ทำอย่างไรที่จะให้ตนเองสามารถอยู่ในสังคมได้..นั่นคือปัญหาที่เราต้องเผชิญ” เปิดวีดิทัศน์เพลงก๊อนหินก๊อนนั้น” เพื่อจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองของปัญหา “ถ้าคุณจัดการกับมันได้..คุณมองหรือรู้สึกกับตนเองอย่างไร” เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองปัญหาเป็นเรื่องท้าทาย

4. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ที่ 3 เรื่อง “ขั้นตอนการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ” และให้ผู้ป่วยทบทวนปัญหาในการดำเนินชีวิตของตนเอง และจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และเลือกปัญหาที่สำคัญที่สุดมา 1 ปัญหา

5. แจกใบงานที่ 5 ให้สมาชิกดำเนินการฝึกการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ (ให้เวลา 10 นาที) และให้ผู้ป่วยแต่ละคนนำเสนอ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น โดยเน้นให้เห็นผลทางบวก สร้างบรรยากาศในการให้กำลังใจภายในกลุ่ม กระตุ้นให้เกิดข้อความจริง โดยใช้ประโยค “คุณคิดหรือรู้สึกอย่างไรในวิธีการเลือกและตัดสินใจแก้ไขปัญหาระดับนี้..คุณมองเห็นภาพอะไร”

6. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ โดยใช้ประโยค “คุณเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างไร” “ถ้าคุณเผชิญกับปัญหานั้นได้คุณจะรู้สึกอย่างไร” สร้างบรรยากาศให้เกิดพลังจูงใจในการนำวิธีการไปใช้ในชีวิตประจำวัน

7. ผู้นำกลุ่มแจกกระดาษรูปหัวใจ ใบงานที่ 6 เขียนข้อความในกระดาษ (ให้เวลา 10 นาที) หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยอ่านข้อความในกระดาษรูปหัวใจของตนเอง กระตุ้นให้เกิดบรรยากาศการให้กำลังใจ โดยบอกในสิ่งที่ผู้นำกลุ่มสังเกตเห็น ให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองมีความสามารถมีคุณค่าโดยใช้ประโยค “นี่คือคุณค่าของคุณ และคุณค่าที่เพื่อนสังเกตเห็น” “ฉันเชื่อมั่นในตัวคุณ” มอบหมายการบ้านการนำวิธีการแก้ไขปัญหาไปใช้ในชีวิตประจำวัน

8. ผู้นำกลุ่มสรุปภาพรวมกิจกรรมทำความเข้าใจการบ้านและนัดหมายครั้งต่อไป

**การประเมินผล**  
กิจกรรมในขั้นตอนนี้ ทำให้ผู้ป่วยรับทราบปัญหาหรือสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วย ดังคำพูดของผู้ป่วย เช่น

*“เรามองว่าเราเป็นคนมีไม่งานทำ”*

*“เขาเอาโรคเอาเปรียบครอบครัวผมมาตั้งแต่เด็ก”*

*“ครอบครัวไม่อบอุ่น พี่ไม่เข้าใจ ทวงบุญคุณ ชอบใช้อารมณ์”*

ผู้นำกลุ่มได้เปิดวีดิทัศน์เพลง “ก๊อนหินก๊อนนั้น” ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนมุมมองของปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน ตระหนักถึงความเข้มแข็ง มั่นใจในความสามารถ การตัดสินใจ และรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

### สัปดาห์ที่ 3

#### ขั้นตอนที่ 3 การเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและส่งเสริมพลังอำนาจ และสนับสนุนการใช้ชีวิตในชุมชน

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภทและ รับรู้การเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริง
2. ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงอาการของโรคจิตเภทกับการดำเนินชีวิตประจำวันได้
3. ผู้ป่วยทราบบทบาทของตนเองและวางแผนในการจัดการกับปัญหาต่อความรู้สึกตราบาปของตนเองได้

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยเข้าใจโรคจิตเภท เกิดการยอมรับตนเองมากขึ้น
2. ผู้ป่วยร่วมแสดงความคิดเห็นและสามารถบอกถึงแผนการปฏิบัติตนในครอบครัว ชุมชนได้
3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการกับปัญหา การดูแลตนเองเพื่อลดการรับรู้ตราบาปในตนเองได้
4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

#### สาระสำคัญ

เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ตราบาป ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ เปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังทางกาย เบาหวาน ความดันโลหิต ที่ต้องมีความรู้ในการจัดการกับอาการของโรค เป็นการเน้นการจัดการกับชุดปัญหามากกว่าการจัดการกับวินิจฉัย ซึ่งมุมมองดังกล่าวจะช่วยให้ปัญหาสุขภาพจิตมีความต่อเนื่อง เป็นปกติเหมือนโรคทั่วไป การส่งเสริมสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจตนเอง เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และตัดสินใจในการดูแลตนเอง เพิ่มขีดความสามารถและการรับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น

ภายหลังที่ผู้ป่วยได้ผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 3 ขั้นตอน ผู้ป่วยจะดำเนินการแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมที่สุด ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ทำให้เกิดการร่วมปรึกษา และวิธีการได้รับการยอมรับสร้างความรู้สึกร่วมในการแสดงความคิดเห็น ช่วยให้การตัดสินใจแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

#### กิจกรรม

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทบทวนกิจกรรมครั้งที่แล้ว ประโยชน์และความรู้สึกที่มีต่อตนเองในปัจจุบันเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของเนื้อหา



2. ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์และข้อตกลงรวมกันในการทำกลุ่มครั้งนี้ โดยให้ทุกคนฟังอย่างตั้งใจ จับประเด็น และร่วมแสดงความคิดเห็น พร้อมให้ผู้ป่วยแต่ละคนนำเสนอการบ้าน “การดำเนินชีวิตใน 1 สัปดาห์” เน้นปัญหาอุปสรรค เปิดโอกาสให้เกิดบรรยากาศการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มบันทึกใน Flip Chart

3. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน นำเข้าสู่บรรยากาศการให้ความรู้เรื่องโรค โดยใช้ประโยค “ก่อนที่จะดำเนินการกับปัญหาและอุปสรรคต้องเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น และการดูแลตนเองเบื้องต้น” พร้อมแจก “คู่มือสำหรับการดูแลตนเองที่บ้าน” ผู้นำกลุ่มสุ่มผู้ป่วยอ่านเนื้อหาในคู่มือบางหัวข้อ และหัวข้อสุดท้ายเรื่อง “การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ” เพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่กิจกรรมฝึกทักษะการสื่อสาร

4. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยจับสลาก (ใบงานที่ 8) จนครบทุกคนจากนั้นให้เปิดอ่าน และให้แสดงบทบาทสมมติในประเด็นที่ตนจับได้ ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นเพื่อทำความเข้าใจบทบาทที่ได้รับ และให้ผู้ป่วยเลือกและขอความช่วยเหลือจากเพื่อนผู้ป่วยในบทบาทร่วมแสดง

5. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยในกลุ่มตั้งใจฟังและร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทที่เพื่อนแสดง และสร้างบรรยากาศในการให้กำลังใจกันภายในกลุ่ม

6. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็น “การขอความช่วยเหลือ” ยกตัวอย่างสถานการณ์ และให้ผู้ป่วยร่วมแสดงความคิดเห็นผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นพร้อมเปิดวีดิทัศน์ “10 วิธีทรงพลังเพื่อคนคิดบวก”

7. แจกกระดาษ ใบงานที่ 9 ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเขียน “บุคคลที่ท่านรู้สึกพึ่งพา และสามารถช่วยเหลือท่านได้” และ “เพื่อน/บุคคลที่ท่านอยากมีสัมพันธภาพด้วย” (ให้เวลา 5 นาที) แล้วให้ผู้ป่วยแต่ละคนบอกถึงการตัดสินใจจะทำอะไรเกี่ยวกับรายชื่อต่าง ๆ โดยใช้คำถาม “ท่านรู้สึกอย่างไรกับบุคคลเหล่านี้” “ท่านจะกระชับความสัมพันธ์นั้นได้อย่างไร”

8. ผู้นำกลุ่มร่วมกับผู้ป่วยสรุปทักษะทักษะที่ได้ฝึกทั้งหมด เน้นการดูแลตนเองป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (ใบความรู้ที่ 4) เชื่อมโยงเนื้อหาการผ่อนคลายความเครียด ฝึกการหายใจคลายเครียด เปิดวีดิทัศน์เรื่อง “หายใจคลายเครียด” “การนวดคลายเครียด” พร้อมร่วมกันฝึกปฏิบัติ

9. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนเป้าหมายที่วางไว้ และให้แต่ละคนสรุปการนำความรู้ที่ได้ไปวางแผนการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างไรโดยใช้คำถาม “สิ่งที่คุณได้เรียนรู้ครั้งนี้จะนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตอย่างไร” “ถ้ามีปัญหาคุณจะทำอย่างไร” และเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

10. ผู้นำกลุ่มสรุปเนื้อหาภายในสมุดกิจกรรม “การเสริมสร้างพลังให้กับทุกวันของชีวิต” พร้อมแนะนำวิธีการใช้สมุด วิธีการบันทึกการประเมินความรู้สึกต่อตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน สำเร็จหรือไม่สำเร็จตามแผน การเปลี่ยนแผนและผลที่ได้เป็นอย่างไร จำนวน 7 วัน นัดหมายการติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อติดตามการทำความเข้าใจการใช้สมุดบันทึก และนัดหมาย การนำเสนอครั้งต่อไป

#### การประเมินผล

กิจกรรมในขั้นตอนนี้ เกิดบรรยากาศการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันของผู้ป่วยในประเด็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท

เปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆ สาเหตุ อาการ การใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากรักษาอาการทางจิต ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีมุมมองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็นปกติเหมือนโรคทั่วไป ผู้ป่วยสามารถระบุบุคคลที่จะสามารถฟังพา หรือช่วยเหลือเขาได้ และสามารถบอกถึงวิธีการสื่อสารบุคคลเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้นำกลุ่มได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจตนเอง มีส่วนร่วมรับผิดชอบ เลือกลงและตัดสินใจในการดูแลตนเอง เพิ่มขีดความสามารถและการรับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น

รวมทั้งการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ผู้นำกลุ่มได้ติดตามทางโทรศัพท์ ร่วมปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินชีวิตและให้กำลังใจผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจแก้ไขปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมาก

#### สัปดาห์ที่ 4

#### ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางการดำเนินชีวิตของตนเอง
2. ผู้ป่วยบอกถึงความมั่นใจสามารถควบคุมสถานการณ์หรือจัดการกับการดำเนินชีวิตของตนเองได้

#### สาระสำคัญ

การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนต่างๆ ข้างต้นจนกระทั่งบุคคลรับรู้และตระหนักถึงความสามารถในตนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนได้ ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองด้วยตนเองได้มากขึ้นตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย

#### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มทักทายสมาชิก แจ้งให้ทราบว่าวันนี้จะเป็นการดำเนินกลุ่มครั้งสุดท้าย กล่าวชื่นชมให้กำลังใจผู้ป่วย สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ผ่อนคลาย
2. ผู้นำกลุ่มแจ้งวัตถุประสงค์ และข้อตกลงในการดำเนินกลุ่มครั้งนี้จะเป็นบรรยากาศของการช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้เกียรติและฟังอย่างตั้งใจ และให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินชีวิตตามแผนที่วางไว้ (ใบงานที่ 8)

3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่รู้สึกกว่าตนเองประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตได้นำเสนอก่อนเปิดโอกาสให้เพื่อนซักถาม และกล่าวความรู้สึกต่อการดำเนินการที่ผ่านมา ความรู้สึกต่อความสำเร็จ การให้กำลังใจ และให้ความมั่นใจ

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่ดำเนินการไม่ได้ตามแผนนำเสนอปัญหาอุปสรรค และให้ผู้ป่วยได้ร่วมแสดงความคิดเห็น สร้างบรรยากาศการค้นหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาใหม่ และให้ผู้ป่วยร่วมกันให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติและการเรียนรู้กับผู้ประสบความสำเร็จให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

5. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยทบทวนกิจกรรม(ใบงานที่ 9) เชื่อมโยงกับการการดำเนินชีวิตในครอบครัว และชุมชน โดยใช้คำถาม “สิ่งที่คุณรู้สึกต่อตนเองในขณะนี้” “อะไรที่คุณเชื่ออย่างนั้น” “เป้าหมายต่อไปของคุณจะทำอะไร” “คุณวางแผนอย่างไรที่จะทำให้สำเร็จ” ให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

6. ผู้นำกลุ่มสรุปการใช้สมุดกิจกรรม “การเสริมสร้างพลังให้กับทุกวันของชีวิต” เชื่อมโยงกับการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้

7. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกต่อการเรียนรู้ในการเข้ากลุ่มทั้ง 4 สัปดาห์และสร้างบรรยากาศของการให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในความสามารถของผู้ป่วย

8. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ปิดกลุ่ม

#### การประเมินผล

กิจกรรมในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึกต่อสิ่งที่ตนเองประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต ผู้นำกลุ่มและสมาชิกผู้ป่วยในกลุ่มกล่าวชื่นชม ให้กำลังใจกัน ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง ส่วนผู้ป่วยที่ดำเนินการไม่ได้ตามแผน ใช้กระบวนการกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยร่วมกันให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติ และการเรียนรู้กับผู้ประสบความสำเร็จ ทำให้มีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาใหม่ ช่วงท้ายของกิจกรรมผู้ป่วยภายในกลุ่มให้กำลังใจกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความภูมิใจ เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองด้วยตนเองได้มากขึ้น ดังคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“ สักวันหนึ่งผมจะเป็นคนปกติ ต้องสู้”

“อนาคตจะตั้งใจเรียนคิดแต่สิ่งดีๆ เราก็เหมือนคนปกติทั่วไป”

“สักวันชีวิตเราจะดีขึ้น ผ่านมาแล้วผ่านไป มีความสุขตลอดไป”

“ เราต้องผ่านมันไปให้ได้ เรามีความสามารถเหมือนคนอื่น”

“หนูว่าพี่เค้าทำได้ค่ะ หนูคิดว่าพี่เค้ามีความอดทน”

“ผมสู้อยู่แล้วครับและอยากเป็นกำลังใจให้ทุกคน”

ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยด้วยการให้ความมั่นใจว่า “คุณทำได้”

ผู้ป่วยมีการแสดงออกทาง คำพูด สีหน้า ท่าทาง ซึ่งแสดงถึงความมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองดูแลและการจัดการกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิต การดูแลตนเอง ยอมรับและมีมุมมองต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ว่าเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง เน้นการจัดการกับชุดปัญหามากกว่าการจัดการกับวินิจฉัย

### การกำกับการวิจัย

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการกำกับการวิจัยโดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภททันที แสดงผลการกำกับการวิจัยดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คนที่	ก่อนการวิจัย	ระดับ	หลังการวิจัย	ระดับ
1	3.6	ดี	3.8	ดี
2	2.75	ปานกลาง	4.75	ดีมาก
3	3.4	ปานกลาง	4.15	ดี
4	3.1	ปานกลาง	3.6	ดี
5	3.65	ดี	4.05	ดี
6	4.3	ดี	4.6	ดีมาก
7	3.2	ปานกลาง	3.85	ดี
8	4.25	ดี	5	ดีมาก
9	3.2	ปานกลาง	3.6	ดี
10	3.2	ปานกลาง	3.55	ดี
11	3.45	ปานกลาง	3.6	ดี
12	3.5	ดี	4.3	ดี
13	2.7	ปานกลาง	2.9	ปานกลาง
14	3.6	ดี	4.55	ดีมาก
15	3.55	ดี	4.75	ดีมาก
16	3.85	ดี	4.35	ดี
17	3.6	ดี	4.4	ดี
18	4.4	ดี	4.45	ดี

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยก่อนการวิจัยมีคะแนนแหล่งพลังอำนาจส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.56 หลังการวิจัย พบว่าผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดมีคะแนนแหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีคะแนนแหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดี จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.22 และอยู่ในระดับดีมาก 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.78 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการเสริมสร้างมีแหล่งพลังอำนาจเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

### 3. ระยะสรุปผลการดำเนินงานกิจกรรม

3.1 ก่อนการดำเนินงานกิจกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre-test) ก่อนการทำกิจกรรม 1 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกราบขา และสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลตามแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินงานครบ 4 ขั้นตอน ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยในการตอบแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยของจิตเภททันที และภายหลังจากทดลอง 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้สึกราบขาประเมินหลังการศึกษา (Post-test)

3.3 ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด ก่อนนำไปวิเคราะห์

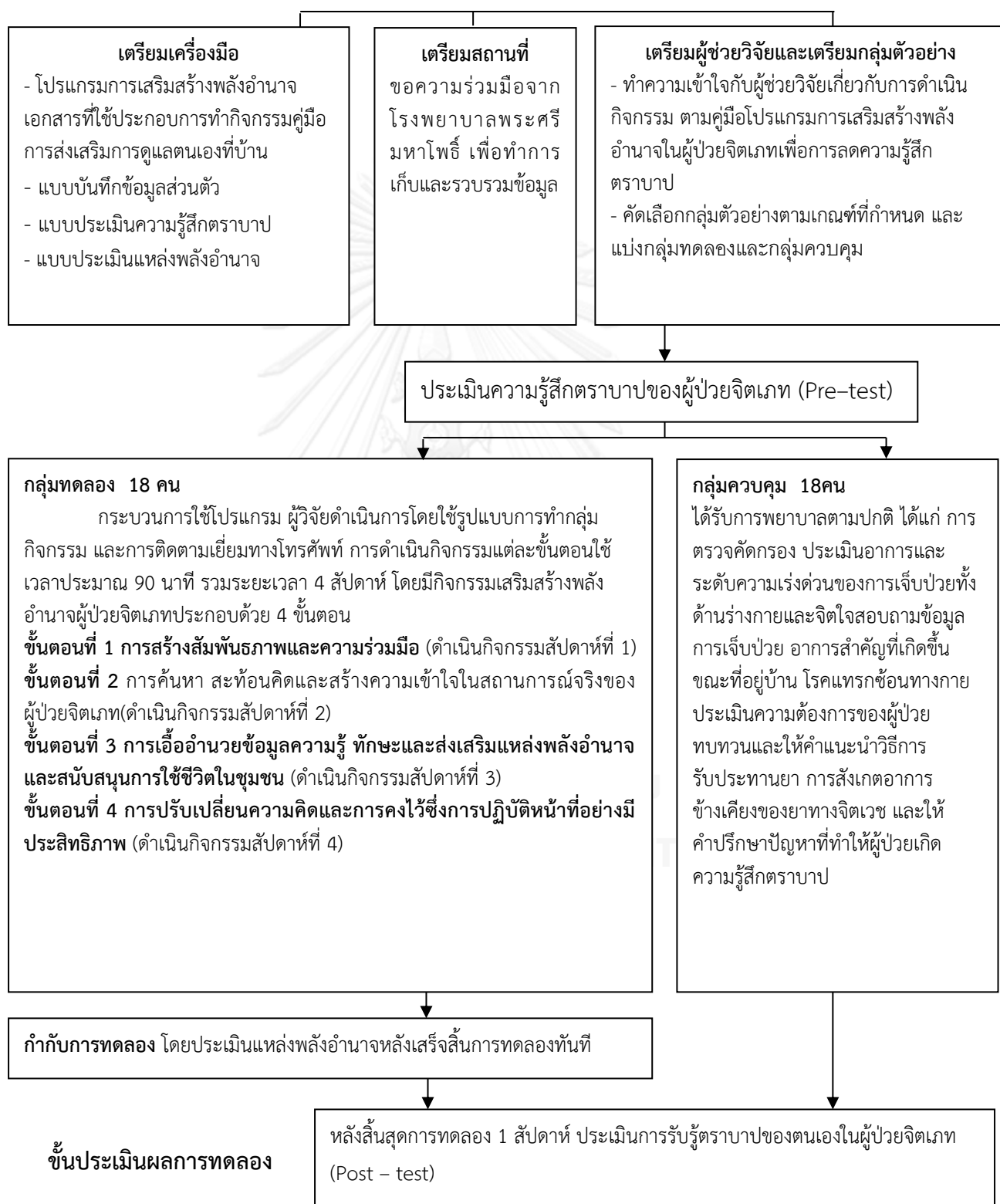
#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ
2. ค่าคะแนนมาตรวัดความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Pair t – test)
3. ค่าคะแนนมาตรวัดความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t – test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

### ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง



## บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experiment Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกทั้งชายและหญิง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลามากกว่า 90 วัน ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 คน และกลุ่มทดลอง 18 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched Pair) ด้วยกลุ่มอาการทางบวก ทางลบ และอายุโดยเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนตุลาคม 2556 ผลงานวิจัยสรุปนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ดังแสดงในตารางที่ 4

ส่วนที่ 2 สถิติเชิงบรรยายความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ดังแสดงในตารางที่ 5 ตารางที่ 6

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 7 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดังแสดงในตารางที่ 8

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 9

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง  
 ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		รวม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	8	44.4	11	61.1	19	52.8
หญิง	10	55.6	7	38.9	17	47.2
<b>อายุ</b>						
20-29 ปี	3	16.7	2	11.1	5	13.9
30-39 ปี	9	50	9	50	18	50
40-49 ปี	5	27.8	6	33.3	11	30.5
50-59 ปี	1	5.6	1	5.6	2	5.6
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	15	83.3	10	55.6	25	69.5
คู่	1	5.6	6	33.3	7	19.4
หม้าย	0	0	0	0	0	0
หย่าร้าง	2	11.1	1	5.6	3	8.3
แยกกันอยู่	0	0	1	5.6	1	2.8
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	3	16.7	6	33.3	9	25
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	22.2	7	38.9	11	30.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	17.8	3	16.7	8	22.2
/ป.ว.ช.						
อนุปริญญา/ป.ว.ส.	3	16.7	1	5.6	4	11.1
ปริญญาตรี	3	17.6	1	5.6	4	11.1
<b>อาชีพ</b>						
เกษตรกรกรรม	8	44.4	13	72.2	21	38.3
รับจ้าง	3	16.7	4	22.2	7	19.4
ค้าขาย	1	5.6	0	0	1	2.8
แม่บ้าน	1	5.6	1	5.6	2	5.6
อื่นๆ	5	27.8	0	0	5	13.9
<b>ลักษณะของการทำงาน</b>						
ทำงานเต็มเวลา	3	16.7	2	11.1	5	13.9
รับงานบางเวลา	6	33.3	10	55.6	16	44.4
ว่างงาน	9	50	6	33.3	15	41.7



ตารางที่ 4(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		รวม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การมีบทบาทในครอบครัว</b>						
พ่อ/แม่	1	5.6	2	11.1	3	8.4
พี่/น้อง	6	33.3	1	5.6	7	19.4
บุตร	11	61.1	11	61.1	22	61.1
อื่นๆ	0	0	4	22.2	4	11.1
<b>อายุที่เริ่มเจ็บป่วย</b>						
10-19 ปี	5	27.8	2	11.1	7	19.4
20-29 ปี	8	44.4	7	38.9	15	41.7
30-39 ปี	3	16.67	7	38.9	10	27.8
40-49 ปี	2	11.1	2	11.1	4	11.1
<b>ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน</b>						
1-5 ปี	5	27.8	7	38.9	12	33.3
6-10 ปี	4	22.2	6	33.3	10	27.7
11-15 ปี	6	33.3	3	16.7	9	25
16-20 ปี	1	5.6	1	5.6	2	5.6
21 ปีขึ้นไป	2	11.1	1	5.6	3	8.4
<b>จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</b>						
น้อยกว่า 3 ครั้ง	10	55.6	14	77.8	24	66.7
ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	8	44.4	4	22.2	12	33.3
<b>ผู้ดูแลหลัก</b>						
มี	18	100	18	100	36	100

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูล ส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 69.5 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 30.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 38.3 ส่วนใหญ่รับงานบางเวลา คิดเป็นร้อยละ 44.4 มีบทบาทในครอบครัวเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 61.1 อายุที่เริ่มเจ็บป่วยอยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.7 และมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 66.7 และมีผู้ดูแลหลักคิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนที่ 2 สถิติเชิงบรรยาย ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=36)

ด้านที่	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. บุคคลตระหนักถึงภาพที่สังคมมองผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต	4.90	1.255	ปานกลาง
2. ความคิดที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติของสังคม	4.72	1.307	ปานกลาง
3. ความรู้สึกว่าเป็นตัวตนของตนเอง	4.14	1.650	ปานกลาง
4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง	4.21	1.785	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มเมื่อแบ่งเป็นรายด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 บุคคลตระหนักถึงภาพที่สังคมมองผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต (stereotype awareness) ด้านที่ 2 ความคิดที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติของสังคม (stereotype agreement) ด้านที่ 3 ความรู้สึกว่าเป็นตัวตนของตนเอง (self-concurrence) และด้านที่ 4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement) พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในด้านที่ 1 บุคคลตระหนักถึงภาพที่สังคมมองผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต ค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปสูงที่สุด ( $\bar{X}$  = 4.90) ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ( $\bar{X}$  = 5.78) คือข้อคำถามที่ว่า ความคิดเห็นของคุณ คนทั่วไปคิดว่าผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่ไม่สามารถไว้วางใจ และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X}$  = 3.67) คือข้อคำถามที่ว่า ความคิดเห็นของคุณ คนทั่วไปคิดว่าผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่มีความสามารถทางการวาดรูปและการเขียนหนังสือมากกว่าคนทั่วไปดังแสดงในตาราง(ในภาคผนวก ฉ) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X}$  = 4.14) คือ ด้านที่ 3 ความรู้สึกว่าเป็นตัวตนของตนเอง

สรุปได้ว่า ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 6 คะแนนความรู้สึกตราบาป และการแปลผลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คู่ที่	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	311	ปานกลาง	342	สูง	202	ต่ำ	173	ต่ำ
2	317	ปานกลาง	185	ต่ำ	159	ต่ำ	259	ปานกลาง
3	165	ต่ำ	305	ปานกลาง	110	ต่ำ	222	ปานกลาง
4	132	ต่ำ	410	สูง	126	ต่ำ	411	สูง
5	279	ปานกลาง	370	สูง	175	ต่ำ	322	ปานกลาง
6	211	ปานกลาง	364	สูง	145	ต่ำ	360	สูง
7	349	สูง	238	ปานกลาง	255	ปานกลาง	267	ปานกลาง
8	185	ต่ำ	368	สูง	160	ต่ำ	336	สูง
9	238	ปานกลาง	298	ปานกลาง	146	ต่ำ	324	ปานกลาง
10	257	ปานกลาง	300	ปานกลาง	107	น้อยมาก	352	สูง
11	324	ปานกลาง	300	ปานกลาง	189	ต่ำ	319	ปานกลาง
12	188	ต่ำ	261	ปานกลาง	145	ต่ำ	239	ปานกลาง
13	257	ปานกลาง	193	ต่ำ	219	ปานกลาง	237	ปานกลาง
14	171	ต่ำ	257	ปานกลาง	135	ต่ำ	281	ปานกลาง
15	266	ปานกลาง	319	ปานกลาง	139	ต่ำ	339	สูง
16	304	ปานกลาง	244	ปานกลาง	171	ต่ำ	270	ปานกลาง
17	235	ปานกลาง	124	ต่ำ	160	ต่ำ	168	ต่ำ
18	233	ปานกลาง	315	ปานกลาง	165	ต่ำ	337	สูง
$\bar{X}$	245.66		288.50		161.55		289.77	

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 245.66 และ 288.50 หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 161.55 และ 289.77 พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคะแนนความรู้สึกตราบาปลดลงทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 และในกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้สึกตราบาปลดลง จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 และคะแนนความรู้สึกตราบาปสูงขึ้น จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง  
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของ  
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=18)

ค่าเฉลี่ยความรู้สึก ตราบาป	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการทดลอง	4.0954	1.08376	ปานกลาง	17	7.163	.000
หลังการทดลอง	2.6963	0.62192	ต่ำ	17		
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการทดลอง	4.9019	1.38848	ปานกลาง	17	.220	.828
หลังการทดลอง	4.8454	1.12491	ปานกลาง	17		

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการ  
ทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 7.163$ ) โดยค่าเฉลี่ย  
ของความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง  
ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับการ  
เสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=18)

ด้านที่	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
1. บุคคลตระหนักถึงภาพที่สังคมมองผู้เจ็บป่วยทางจิต						
ก่อนการทดลอง	4.660	1.233	ปานกลาง	17	5.33	.000
หลังการทดลอง	3.147	.916	ต่ำ	17		
2. ความคิดเห็นที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติของสังคม						
ก่อนการทดลอง	4.355	1.170	ปานกลาง	17	6.70	.000
หลังการทดลอง	2.763	.595	ต่ำ	17		
3. ความรู้สึกว่าเป็นตัวตนของตนเอง						
ก่อนการทดลอง	3.763	1.354	ปานกลาง	17	5.60	.000
หลังการทดลอง	2.307	.781	ต่ำ	17		
4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง						
ก่อนการทดลอง	3.655	1.510	ปานกลาง	17	4.01	.001
หลังการทดลอง	2.574	.876	ต่ำ			

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในรายด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ทั้ง 4 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 5.335, 6.705, 5.608, \text{ และ } 4.010$ ) ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในรายด้านหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองทั้ง 4 ด้าน

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=36)

ค่าเฉลี่ยความรู้สึกราบขา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	4.0954	1.08376	ปานกลาง	34	1.943	.519
กลุ่มควบคุม	4.9019	1.38848	ปานกลาง	34		
<b>หลังการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	2.6963	.62192	ต่ำ	34	7.093	.007
กลุ่มควบคุม	4.8454	1.12491	ปานกลาง	34		

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยความรู้สึกราบขาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $t = 7.093$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความรู้สึกราบขาในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experiment Research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกราบอบในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกราบอบในผู้ป่วยจิตเภท

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกราบอบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกราบอบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานของการวิจัย

1. ความรู้สึกราบอบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. ความรู้สึกราบอบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี และ/หรือเป็นผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนานมากกว่า 90 วัน ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์ ICD-10 มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี อาการทางจิตทุเลา โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) และมีระดับความรู้สึกราบอบในตนเองอยู่ในระดับต่ำกว่า 2.5 คะแนน โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกราบอบในผู้ป่วย (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือในการทดลอง** คือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของ ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) นำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก บูรณาการเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อลดความรู้สึกตราบาป ประกอบด้วยกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ ขั้นตอนที่ 2 การค้นหา สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภท ขั้นตอนที่ 3 การเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ ทักษะและส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจ และสนับสนุนการใช้ชีวิตในชุมชน และขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ละขั้นตอนใช้เวลาประมาณ 90 นาที รวมระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบเนื้อหาของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 5 คน โดยทดลองใช้จนครบ 4 ขั้นตอน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะการทำงาน การมีบทบาทในครอบครัว อายุที่เริ่มป่วย ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกตราบาปเนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีแบบวัดความรู้สึกตราบาป (self-stigma) ของผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง พบเพียงแต่แบบวัดการรับรู้ตราบาป (Perceive stigma) ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยทางจิตเวชรูปแบบประเทศจีน (The Chinese version of The Self-Stigma of Mental Illness Scale : CSSMIS) ของ Fung et al. (2007) นำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญสองภาษาจำนวน 2 คนจากโครงการจัดตั้งสถาบันการศึกษานานาชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี นำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของสังคมไทย ซึ่งข้อคำถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 บุคคลตระหนักถึงภาพที่สังคมมองผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต (stereotype awareness) ส่วนที่ 2 ความคิดที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติของสังคม (stereotype agreement) ส่วนที่ 3 รู้สึกว่าเป็นตัวตนของตนเอง (self-concurrence) และส่วนที่ 4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement) แต่ละส่วนประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ รวม 60 ข้อ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ด้วยการนำแบบประเมินความรู้สึกตราบาปไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ แล้วนำมาหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า แบบประเมินความรู้สึกตราบาป ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index :CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข



ตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

### เครื่องมือกำกับการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างตามแนวคิดของ Miller (1992) โดยสัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) และนำมาพัฒนาให้เหมาะกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดย ยุวดี วงษ์แสง (2548) ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงให้เหมาะกับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต และจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .90

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

#### 1. ระยะเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และการเข้ารับการอบรม “การทำกลุ่มบำบัด” และเป็นผู้สังเกตการณ์การดำเนินกิจกรรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหญิงที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ และร่วมฝึกประสบการณ์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในหอผู้ป่วย ภายใต้การนิเทศของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN)

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย

1.3 เตรียมสถานที่ที่ใช้ดำเนินการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยประสานงานกับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการทดลองวิจัยในมนุษย์ ได้ประสานงานผ่านหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการทางการแพทย์ หัวหน้าหน่วยบริการผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

1.4 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มและแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความรู้สึกราบ (Pre - test) ผู้วิจัยนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาทำการจับคู่ด้วย

อาการทางบวก อาการทางลบ (Ertugrul and Ulug, 2004) และอายุ (Werner, Aviv and Barak, 2008) แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเบอร์โทรศัพท์เพื่อการติดต่อ

1.5 เตรียมผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูล และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มบำบัด และผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้วิจัยชี้แจงกิจกรรมตาม “คู่มือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” สำหรับเจ้าหน้าที่ และรายละเอียดของเครื่องมืออย่างชัดเจนก่อนดำเนินการ

## 2. ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกำหนด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 9 คน โดยดำเนินการเฉพาะภาคเช้า ช่วงเวลา 09.00 - 11.00 น. กลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้าของวันพุธ และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้าของวันพฤหัสบดี หรือตามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ระหว่างวันที่ 18 กันยายน 2556 - 17 ตุลาคม 2556 ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัด หน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** กลุ่มที่ 1 ดำเนินการในวันที่ 18 กันยายน 2556 กลุ่มที่ 2 ดำเนินการวันที่ 25 กันยายน 2556 กิจกรรมขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยตนเอง เกิดความเข้าใจในตนเองและ ส่งเสริมพลังอำนาจในการเอาชนะการเจ็บป่วยด้วยตนเองโดยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย การให้ความหมายใหม่ และคุณค่าทางสังคม

**สัปดาห์ที่ 2** กลุ่มที่ 1 ดำเนินการในวันที่ 26 กันยายน 2556 กลุ่มที่ 2 ดำเนินการ 3 ตุลาคม 2556 กิจกรรมขั้นตอนที่ 2 การค้นหาสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงการรับรู้ตราบาปให้ผู้ป่วยยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง การแก้ไขปัญหา สะท้อนคิดสถานการณ์ การรับรู้ ความคิดและพฤติกรรม จูงใจให้ผู้ป่วยเห็นพลังความสามารถกับการแก้ไขปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยได้ประเมินและวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ทุกแง่มุม ฝึกการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง

**สัปดาห์ที่ 3** กลุ่มที่ 1 ดำเนินการในวันที่ 10 ตุลาคม 2556 กลุ่มที่ 2 ดำเนินการ 9 ตุลาคม 2556 กิจกรรมขั้นตอนที่ 3 การเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและส่งเสริมพลังอำนาจ และการสนับสนุนการใช้ชีวิตในชุมชน ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนการจัดการต่อความรู้สึกตราบาปให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการกับอาการ เน้นการจัดการกับชุดปัญหามากกว่าการจัดการกับวินิจฉัยโดยเปรียบเทียบโรคเรื้อรังทางกาย เบาหวาน ความดันโลหิต การให้ความรู้ตาม “คู่มือส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน” ฝึกทักษะการสื่อสารผ่านกิจกรรมบัตรคำกำหนดสถานการณ์สมมติ การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ตั้งเป้าหมายตนเอง เลือกและตัดสินใจในการดูแลและจัดการกับความรู้สึกตราบาปด้วยตนเอง พร้อมสนับสนุนพลังความสามารถผ่านการติดตามทางโทรศัพท์ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

**สัปดาห์ที่ 4** กลุ่มที่ 1 ดำเนินการในวันที่ 17 ตุลาคม 2556 กลุ่มที่ 2 ดำเนินการ 16 ตุลาคม 2556 กิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองด้วยตนเองได้มากขึ้นและสามารถพัฒนาวิธีปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### **การกำกับการวิจัย**

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยทำการกำกับการวิจัย โดยให้ผู้ป่วยทำแบบวัดแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภททันที

#### **3. ระบุสรุปผลการดำเนินกิจกรรม**

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre – test) ก่อนการทำกิจกรรม 1 สัปดาห์ ในวันที่ 11 กันยายน 2556 และวันที่ 19 กันยายน 2556 โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกราบอบ และแบบสอบถามเพื่อประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท และหลังดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 4 ขั้นตอน ประเมินแหล่งพลังอำนาจทันที และหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้สึกราบอบ (Post – test) และผู้วิจัยได้แจ้งกับผู้ป่วยให้ทราบว่าได้สิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ ในวันที่ 24 ตุลาคม 2556 และวันที่ 25 ตุลาคม 2556

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ

คะแนนความรู้สึกราบอบของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t – test)

คะแนนความรู้สึกราบอบของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t – test)

กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### **สรุปผลการวิจัย**

จากการวิจัยผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกราบอบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ความรู้สึกราบอบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความรู้สึกราบอบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย 2 ประการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนความรู้สึกราบาบต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนความรู้สึกราบาบต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้สึกราบาบต่ำลง

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกราบาบในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 50 สถานภาพโสด ร้อยละ 69.5 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 38.3 ส่วนใหญ่รับงานบางเวลา ร้อยละ 44.4 มีบทบาทในครอบครัวเป็นบุตร ร้อยละ 61.1 อายุที่เริ่มเจ็บป่วยอยู่ในช่วงอายุ 20 - 29 ปี ร้อยละ 41.7 และมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 33.3 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ 66.7 และมีผู้ดูแลหลักคิดเป็นร้อยละ 100

จากผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างพบมากที่สุดในช่วงอายุ 30 - 39 ปี โดยมีอายุที่เริ่มเจ็บป่วยอยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการเกิดโรคพบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากในช่วงอายุ 15 - 54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2552) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Vogel et al.(2007) ที่ว่าเพศชายได้รับอิทธิพลจากตราบาบทางสังคมและการรับรู้ตราบาบมากกว่าเพศหญิงเนื่องจากเพศชายสังคมมองว่าบทบาททางเพศของผู้ชายจะต้องมีลักษณะที่แสดงถึงความสามารถในการพึ่งพาตนเอง สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีความเข้มแข็งอดทนต่อปัญหาต่าง ๆ ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ประกอบอาชีพเกษตรกร รับงานบางเวลา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อย แยกตัว ส่งผลต่อการปรับตัวทางสังคมในทุกด้าน (อุบลรัตน์ สิงห์เสนี, 2552) และผู้ป่วยจิตเภทจะถูกปฏิเสธในการรับเข้าสมัครงานและหลีกเลี่ยงที่จะเข้าใกล้ หลังจากที่ถูกคนอื่นได้รับทราบผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต (Holzinger, 2003; Lee, Chiu, Tsang, Chi and Kleinman, 2006) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีผู้ดูแล ซึ่งครอบครัวนับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดตราบาบ สัมพันธภาพที่เป็นไปในทางลบ (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Corrigan and Wessel (2008) พบว่า หากผู้ดูแลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยทางจิตว่าเป็นสิ่งไม่ดี จะทำให้การแสดงออกต่อผู้ป่วยออกมาในลักษณะของการตีตราต่ออาการหรือต่อผู้ป่วยจิตเภท และความรู้สึกลูกตีตราจากบุคคลใกล้ชิดจะส่งผลให้เกิดการซึมซับเข้าไปเป็นความรู้สึกราบาบต่อตนเอง (Ludwikowski, Vogel and Armstrong, 2009) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 5 - 10 ปี และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 ครั้ง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุดเมื่อป่วยระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป (มาโนช หล่อตระกูล

และปราโมทย์ สุขนิชย์, 2548) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มการทำหน้าที่ ทักษะทางสังคมเสื่อมถอย และขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช, 2542 อ่างใน วรราชา จำปาศรี, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ วรรณชาติ (2550) พบว่า ทักษะชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกรับตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนความรู้สึกรับตราบาปต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้สึกรับตราบาปลดลง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาจากแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) โดยผู้วิจัยได้นำรูปแบบกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของดาร์ณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน มาประยุกต์ใช้ในการลดความรู้สึกรับตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินการ จึงได้รวมเนื้อหาในบางขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อดำเนินการพร้อมกันโดยครอบคลุมการพัฒนาการจัดการกับความรูสึกับตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท มาประยุกต์สร้างเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็น 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ ขั้นตอนที่ 2 การค้นหา สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภท ขั้นตอนที่ 3 การเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ ทักษะและส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจ และขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการใช้ชีวิตในชุมชน และการปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้รูปแบบกลุ่ม ซึ่งจะช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ลดการสูญเสียพลังอำนาจช่วยลดความรู้สึกรับตราบาป ดังจะเห็นได้จากคำพูดของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

*“คิดแต่สิ่งดีๆ มองโลกในแง่ดี ทำมาหากิน ทำให้เรามีความสุข”*

*“ถ้าเขามาชวนกินเหล้า จะบอกว่ากินไม่ได้ รักษาโรคอยู่ ยังไม่หาย”*

*“เราไม่ได้ด้อยค่า..เราก็เหมือนคนทั่วไปที่เจ็บป่วยได้..ทำกิจวัตรประจำวันให้เรียบร้อย และหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุด”*

*“ถ้ามีปัญหาเรื่องโรคก็จะปรึกษาคุณหมอ ต้องทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา ดูแลตนเองไม่ให้อาการกำเริบ ดูแลน้องดูแลพ่อแม่”*

*“เชื่อว่าตนเองทำได้ โรคจิตก็เป็นอย่างนี้เอง”*

*“เราก็เป็นคนหนึ่งในสังคม โรคที่เป็นก็เป็นแค่โรคประจำตัวเท่านั้น”*

*“เอาประสบการณ์มาแก้ปัญหา ลู๊ ลู๊ เราต้องทำได้”*

การเสริมสร้างพลังอำนาจที่นำมาบูรณาการใช้ในการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ ช่วยการให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ ปรับมุมมองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เน้นการจัดการกับชุดปัญหามากกว่าวินิจฉัย (Hayward and Bright, 1997) ผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย ผลกระทบที่ได้รับ การเผชิญปัญหา และเพิ่มทักษะทางสังคม เรียนรู้การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Brohan et al.,

2010) การเพิ่มการรับรู้คุณค่า (Sibitz et al., 2011; วรรณษา จำปาศรี, 2554) ซึ่งจะสามารถลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้ และการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความคิดและความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อสังคม พึงพอใจในตนเอง เกิดความหวัง มีพลังและมีกำลังใจในการรักษา รวมทั้งมีทักษะในการเผชิญปัญหาสามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lecomte et al., 1999; หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554)

3. จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีคะแนนความรู้สึกตราบาปต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Corrigan and wassel (2008) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับบุคคลสามารถเพิ่มขีดความสามารถและเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตัวเอง ลดการรับรู้ตราบาปของตนเองในผู้ป่วยจิตเวชได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณจินตามงคล (2541) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทได้ และจากการศึกษาของ Brohan et al. (2010) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหากับพฤติกรรมการถูกตีตราจากสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเฉพาะการมุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างพลังอำนาจและการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะสามารถลดการรับรู้ตราบาปของตนเองในผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมโดยใช้รูปแบบกลุ่มแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มการพัฒนาด้านความสัมพันธ์ภายในกลุ่มและด้านอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมได้ดีขึ้น เนื่องจากเป็นการให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้เข้าใจตนเองและผู้อื่น ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้นและนำไปสู่เป้าหมาย คือผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้ตราบาปลดลง (วรรณษา จำปาศรี, 2554) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยดำเนินกิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้ความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่ำลงได้

ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ คือผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การให้บริการก่อนพบแพทย์ เช่น การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การให้สุขศึกษา และการให้บริการหลังพบแพทย์ เช่น การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การให้คำแนะนำการใช้ยา และการให้คำปรึกษารายบุคคลตามสภาพปัญหา ซึ่งภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้สึกตราบาปของตนเองต่ำลง จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 สาเหตุที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้สึกตราบาปต่ำลงจากการให้คำปรึกษารายบุคคลหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ก่อนการทดลองประสบปัญหาขัดแย้งกับผู้ดูแล ถูกตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ จู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป รู้สึกไม่เป็นอิสระ ต้องถูกควบคุมอย่างมากจนรู้สึกคับข้องใจ หลังมารับยาที่โรงพยาบาลได้รับความรู้สุขภาพจิตศึกษา คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ประกอบกับการพูดคุยกับเพื่อนผู้ป่วยรายอื่น การเปิดเผยตนเอง รับรู้ว่าปัญหาไม่ได้เกิดขึ้นกับตนคนเดียว เกิดการยอมรับกับสภาพปัญหา สอดคล้องกับ Corrigan and Rao (2012) ที่ว่าการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตราบาปในตนเองสิ่งแรกคือผู้ป่วยต้องยอมรับและเปิดเผยตนเอง และแสดงให้เห็น

เห็นว่าการพยาบาลปกติแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการบำบัดรักษา ส่งผลให้ความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลง

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ความรู้สึกตราบาปเพิ่มขึ้น จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 หลังการให้คำปรึกษารายบุคคลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีมุมมองหรือประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนมากเกินไป ความเป็นจริง รับรู้ว่าคุณค่าไม่ได้รับการยอมรับ ถูกมองด้วยท่าทีดูหมิ่น แยกตัวออกจากสังคม อยู่โดยลำพัง มารับการรักษาต่อเนื่องเพราะคิดว่าที่โรงพยาบาลเป็นที่พึ่งสุดท้ายที่ไม่อยากสูญเสียการได้รับการยอมรับ บางรายมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kleim et al. (2008) พบว่า พฤติกรรมการแยกตัวออกจากสังคม การปกปิดการเจ็บป่วยเป็นการเผชิญปัญหาเพื่อหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลต่อความรู้สึกตราบาปของตนเอง ผู้วิจัยได้ให้การช่วยเหลือโดยการทำจิตบำบัดจิตบำบัดประคับประคองรายบุคคลโดยใช้หลักการจิตบำบัดประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของ วรราชา จำปาศรี (2554) และส่งต่ออาการเพื่อรับการตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และในการวิจัยครั้งนี้ หลังการทดลองพบว่า คะแนนความรู้สึกตราบาปในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยคะแนนความรู้สึกตราบาปในกลุ่มทดลองมีระดับต่ำลง คิดเป็นร้อยละ 100

จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทต่ำลง ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนและผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอน พบว่าแต่ละขั้นตอนมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกตราบาปต่ำลง และเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในการดำเนินชีวิตในชุมชน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพและความร่วมมือ ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ทำให้เกิดความร่วมมือและความไว้วางใจ โดยในงานวิจัยครั้งนี้ได้ใช้กิจกรรมตุ๊กตาล้มลุกให้ผู้ป่วยได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน สร้างความรู้สึกไว้วางใจกันภายในกลุ่ม ดังคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

*“มั่นใจในความสามารถเพื่อนว่าจะรับเราได้”*

*“แค่เห็นหน้ากันครั้งแรก ยังเชื่อว่าเขารับเราได้ ให้ใจเต็มร้อย”*

ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เปิดเผยตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ความรู้สึกตราบาปต่อการเจ็บป่วยทางจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Atkinson et al. (1996) พบว่า การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่นส่งผลให้การรับรู้ตราบาปลดลง และการมีสัมพันธ์ภาพในสถานการณ์ที่ไม่เป็นทางการช่วยลดความรู้สึกตราบาปที่ดีที่สุด (Corrigan, 2004) การเปิดเผยตนเองส่งเสริมความรู้สึกของการมีพลังอำนาจ (Corrigan and Rao, 2012) นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นโรคทางสมอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์ในการลดความรู้สึกผิดในผู้ป่วยจิตเภท (Corrigan and Watson, 2004) และเปรียบเทียบโรคจิตเภทกับโรคเรื้อรังทั่วไป เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย เน้นการจัดการกับชุดปัญหามากกว่าการจัดการกับวินิจัย (Hayward and Bright, 1997) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความต้องการความคาดหวังของตนเองได้ ดังคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

*“มีหลายคนที่เป็นเหมือนผม รักษาหายเหมือนกัน”*

“ตอนนี้ดีขึ้น มีความหวังและมีคนให้กำลังใจมาก”

“เราก็มีการเจ็บป่วยเหมือนคนทั่วไป..ถ้าดูแลตนเองดีกินยาตามหมอสั่งก็ทำงานได้..หนูคิดว่าหนูทำได้ดีกว่าคนปกติเสียอีก”

“อยากมาอีก..อยากเข้ากลุ่มแบบนี้รู้สึกดีจะมาเข้ากลุ่มให้ได้ทุกครั้งเลยคะ”

2. การค้นหาสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริงในการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา การให้ความรู้เรื่องการรับรู้ ความคิด และพฤติกรรมช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพตนเองชัดเจนขึ้น เกิดการเปลี่ยนการรับรู้ ความคิด และพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Macinnes D.L. and Lewis M.(2008) พบว่าการบำบัดทางความคิด กับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพจิตสามารถลดความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชได้ ผู้วิจัยได้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนมุมมองของปัญหาและมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาอย่างมีระบบกระตุ้นผู้ป่วยกล่าวข้อความจริงเพื่อให้สมาชิกรับรู้ว่ามีคุณค่า มีความสามารถในการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งการกล่าวข้อความแรงจูงใจ (Self Motivation Statement; SMS) ทำให้ผู้ป่วยได้ยิน ได้รับทราบสิ่งที่ตนเองพูด เป็นการยืนยันรับรองข้อความที่ตีงามของตนเองซ้ำ ๆ แรงจูงใจของผู้ป่วยก็จะมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) และการเน้นย้ำคุณค่าของผู้ป่วยโดยใช้คำพูดที่ว่า “ฉันเชื่อมั่นในตัวคุณ” เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างศักยภาพในตนเอง (Self-efficacy) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถตัดสินใจที่จะดำเนินการทำพฤติกรรมด้วยความมั่นใจ (รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) ดังข้อความแรงจูงใจของผู้ป่วย ดังนี้

“รู้สึกว่าจะตนเองทำได้..มีคุณค่า เราก็คงคนหนึ่งเหมือนกัน”

“รู้สึกดีใจ..เหมือนมีทางออกต่อไปเพื่อนชวนไปกินเหล้าก็บอกว่ากินไม่ได้รักษาโรคอยู่ยังไม่หาย”

“เจอคนที่กินเหล้าชอบดูถูกเราไม่ให้เกียรติ..รู้แล้วว่าไม่ควรไปถือสาดูเขาแย่กว่าเราเสียอีก”

“หนูรู้แล้วคะว่าหนูจะทำอย่างไร..มีกิจกรรมตั้งหลายอย่างให้ทำโดยที่ไม่ต้องหมกมุ่นในความคิดของตนเอง”

“หนูอยากให้คุณหมอบอกไปให้ข้อมูลว่าโรคจิตที่เป็นอยู่ เป็นโรคทางสมองอย่างหนึ่งกับคนในชุมชนเค้าจะได้รู้และเลิกคิดรังเกียจเราเสียที”

3. การเื้ออำนาจข้อมูล ความรู้ ทักษะและส่งเสริมพลังอำนาจ และการสนับสนุนการใช้ชีวิตในชุมชน โดยการเปรียบเทียบโรคจิตเภทกับโรคเรื้อรังทางกายทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเป็นปกติเหมือนโรคทั่วไป และการให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาทางจิตการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนเอง เพิ่มขีดความสามารถและการรับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น เพิ่มความสามารถต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในชุมชนได้ (ยุวดี วงษ์แสง, 2548) ส่งผลต่อการลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Shin and Lukens, 2002) และผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะทางสังคมในประเด็นการสื่อสารระหว่างบุคคลอื่น และการขอความช่วยเหลือซึ่งส่งผลต่อการรับรู้และทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ช่วยลดระยะห่างทางสังคม (Corrigan, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา คำพิง (2552) ที่



ได้ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า การฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น และได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้างมากขึ้นส่งผลให้ความรู้สึกรับตราบาปลดลง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Mueller, 2005) ฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดและวิตกกังวลและผู้วิจัยได้สนับสนุนพลังความสามารถของผู้ป่วยผ่านการติดตามทางโทรศัพท์ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ McIntosh and Worley (1994) และรัชณี ศรีหิรัญ (2544) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยโรคจิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

4. การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพการให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติตามแผนด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเจ็บป่วย และสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ช่วยเหลือกัน สร้างความหวังและแรงจูงใจโดยผ่านกลุ่ม ส่งผลให้เกิดความร่วมมือต่อเนื่อง และคงไว้ซึ่งการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้พลังกลุ่ม ผู้ป่วยให้กำลังใจซึ่งกันและกันทำให้การรับรู้ตราบาปลดลง (รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) และการให้ข้อมูลในสมุดกิจกรรม “การเสริมสร้างพลังให้กับทุกวันของชีวิต” เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับตราบาป โรคจิตเภท ผลกระทบของตราบาป การแก้ไขปัญหามุมมองปัญหาของผู้เจ็บป่วยทางจิต เทคนิคการจัดการกับความเครียด การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และกิจกรรมการเปิดเผยตนเอง กิจกรรมการรับรู้สภาพการเจ็บป่วย กิจกรรมการตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง กิจกรรมการเรียนรู้แหล่งช่วยเหลือ และแผนการทำกิจกรรมทางสังคม ร่วมกับการให้คำชื่นชมกับผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนประสบผลสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2545) พบว่า การเสริมแรงทางสังคม ร่วมกับการให้ข้อมูลจะทำให้เกิดแรงเสริมในการดำเนินกิจกรรมต่อไป

“สมุดเล่มนี้ให้เลยไหมคะ..หนูจะได้นำไปทบทวนการใช้ในชีวิตประจำวัน”

“เหมือนได้สมุดบันทึกเล่มหนึ่งเอาไว้อ่านมีประโยชน์”

“ผมจะทำแบบนี้ต่อไปครับ ชีวิตจะได้มีความสุข”

“หนูรู้สึกว่าการจัดการกับอาการคิดมากได้แล้ว รู้สึกมีความสุข..หนูจะทำต่อไปบันทึกกิจกรรมที่ทำเหมือนเราได้อยู่กับปัจจุบัน อยู่กับตัวเองมากขึ้น”

การเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้สึกรับตราบาปลดลง สมาชิกในกลุ่มมีการสนับสนุน ส่งเสริมกันและกัน ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเจ็บป่วย และสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

## ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อเป็นการกระตุ้น สนับสนุนความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย ส่งเสริมความรู้สึกรับผิดชอบและความสามารถในการดำรงชีวิตในครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุขลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทีมสุขภาพจิตในเครือข่าย โดยการประชุมชี้แจง การปรับทัศนคติ การเสริมความรู้ และการพัฒนาทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้บุคลากรในเครือข่ายสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในชุมชนได้ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ต่างอำเภอ หรือมีข้อจำกัดในการเดินทาง และจำเป็นต้องอาศัยสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน
3. ผู้บำบัดต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ความเคารพต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคลไม่ใช่วัตถุ และในเรื่องการปรับเปลี่ยนเจตคติที่ว่าผู้บำบัดคือผู้อำนวยความสะดวก (Facilitators) รับฟังผู้ป่วยอย่างแท้จริงว่าผู้ป่วยต้องการอะไร โดยการอบรมและฝึกปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดทักษะสามารถนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

1. ควรพัฒนาโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มอื่น เช่น ผู้ดูแล เพราะผู้ดูแลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและมีส่วนทำให้เกิดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมากที่สุด โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ในการสนับสนุน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผน และการช่วยให้ผู้ป่วยได้คงไว้ซึ่งการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ให้ความร่วมมือในการรักษา การแสดงข้อมูลสะท้อนกลับของผู้ดูแลภายใต้บรรยากาศความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ และสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ มีพลังอำนาจและความต่อเนื่องของการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรทำวิจัยผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยทางจิตอื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และหรือมีภาพที่ตายตัวในทางลบ โดยเพิ่มการสนับสนุน ให้อำนวยความสะดวกและทักษะในการจัดการกับปัญหา เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน และควรมีการติดตามการดำเนินการด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้าน การนัดประเมินผลเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการศึกษาระยะยาว และติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างน้อยเดือนละครั้งเพื่อประเมินความคงอยู่ของโปรแกรมต่อความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท และประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

## รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2550). รายงานสถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุขโชโตะ และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2554). การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. *Srinagarind. Med. J.* 26: 186-189.
- จารุวรรณ จินตามงคล และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2541). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธ์. (2545). รายงานการวิจัยการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ดารณี จามจรี, ชุศักรตี ชัมภลิต, จินตนา ยูนิพันธ์ และมนัส บุญประกอบ. (2545). พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. *วารสารกองพยาบาล* 29(3): 22-36.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. (2550). โครงการรณรงค์ระดับชาติเพื่อคืนชีวิตใหม่และสร้างกำลังใจในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต. [Online]. แหล่งที่มา : <http://www.dmh.moph.go.th/main> [13 มกราคม 2556]
- ทัศนีย์ ใจตรง และคณะ. (2542). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ ห้องปรึกษาปัญหาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช* 1: 49-57.
- ธนวัต ปุณยกนก. (2553). การประทับตราว่าด้อยค่าในการแสวงหาความช่วยเหลือด้านจิตใจ: การพัฒนามาตรวัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยาบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนวัต ปุณยกนก และอรัญญา ต้อยคำภีร์. (2554). บทความพินพิวิชาการ: การประทับตราว่าด้อยค่าในบริบทการรับบริการด้านจิตใจจากนักวิชาชีพ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 19: 1-10.
- นิธิตา แสงสิงแก้ว. (2549). ผลของ stigma ในบ้านของคนบ้า. [Online]. แหล่งที่มา : <http://www.prachatai.com/colum-archives/node/1580> [13 กันยายน 2555]
- ปนิดา อินทรารักษ์. (2550). ประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประคอง กรรณสูตร. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). **ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). **ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พันธ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2549). **จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน**. เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทพันธ์.
- เพ็ญนภา แดงต่อมยุทธ์ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา. (2547). **ตราบาป: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว**. วารสารการพยาบาลจิตเวช. 18(1):1-9.
- เพลิน เสียงโชคอยู่. (2548). **ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา**. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพลิน โพธิ์สุวรรณ และคณะ. (2544). **องค์ความรู้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน จังหวัดสกลนคร**. รายงานการวิจัย
- ภัทรารักษ์ พุ่งปันคำ และคณะ. (2551). **คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท: มุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล**. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มธุรส ศิริสถิตกุล. (2550). **การตีตรา: ผลกระทบทางสังคมของความเจ็บป่วย**. ใน โภมาทร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ), **วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยา แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์**. หน้า103-110. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- มาลี แจ่มพงษ์, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และบุญชัย นวมงคลวัฒนา. (2551). **ทัศนคติประชาชนไทยต่อผู้ป่วยทางจิต**. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย. (2548). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย. (2552). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.

- ยวดี วงษ์แสง. (2548). **ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท**. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). **คู่มือ การบำบัดทางจิตสังคม**. นครปฐม: บริษัท มิสเตอร์ก๊อปปี (ประเทศไทย) จำกัด.
- รัชณี อุทัยพันธ์. (2555). **ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชณี ศรีหิรัญ. (2544). **ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย**. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วรรษชา จำปาศรี. (2554). **ผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร, กาญจน์กนก สุรินทร์ชมพู, ภาวิณี สถาพรธีระ, ประพัตรา จันธนะสมบัติและนริสา วงศ์พนารักษ์. (2546). **การบริการสุขภาพจิตชุมชน: การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ธรรมขันธ์.
- ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). **โรคจิตเภท (Schizophrenia) : ระบาดวิทยาและการรักษา**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 54(ฉบับผนวก1). 21S-37S.
- สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). **ผลของการเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา**. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2548). **ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุรางค์ ตันติวิญญพงศ์. (2542). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ที่เป็นตราบาป ความหวังและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์**. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุวิมล สมัตถะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมชาย พลอยล้อมแสง และชรินทร์ ลีมนธิกุล. (2547). การสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต ทราบาบ และการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12(2): 71-79.
- สมพร บุขราทิจ และณัฏฐา สายเสวย. (2553). จิตเวชก้าวหน้า 2553. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2549). การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2553). ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สัมพันธ์ มณีนรัตน์. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2545). การศึกษาพลังอำนาจอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริษัทสamsungไทย. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- หยกฟ้า บุญชิต. (2545). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. (2554). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหญิงที่มีความมีคุณค่าในตนเองต่ำ. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรชรโวทวี. (2550). สิ่งที่ไม่อาจจำเริญยก: กระบวนการตรึงตราและความทุกข์ของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในชุมชน. ราชบุรี: โรงพยาบาลบางแพะ จังหวัดราชบุรี.
- อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: วีพรีนท์.
- อรวรรณ วรณชาติ. (2550). ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ทราบาบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อรัญญา คำพึ่ง. (2552). ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อการรับรู้ตราบาปของ  
ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพิชัยจังหวัดอุดรดิติถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบลรัตน์ สิงหนเสนี. (2552). ปัจจัยค้ดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท.  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพชนิษฐ สมานวงศ์ไทย. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิต  
เภท:กรณีศึกษา:โรงพยาบาลศรีรัษฎา. *วารสารโรงพยาบาลศรีรัษฎา* 9(3): 128-139.
- Alan, S. et al. (2007). Assessment of Community Functioning in People With  
Schizophrenia and other Severe Mental Illnesses: A White Paper Based on an NIMH-  
Spomsoed Workshop. *Schizophrenia Bulletin*. 33(3): 805-822.
- Angermeyer, M.C. and Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: How the focus on  
Forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally  
ill. *International Journal of Law and Psychiatry*. 24: 469-486.
- 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-FlÓrez J. and Stuart, H. (2012). From Sin to Science: Fighting the Stigmatization  
of Mental Illnesses. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 57(8): 457-462.
- Boyd, M.A. (2005). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia:  
Lippincott.
- 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.
- Burn, N. and Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique  
and Utilization*. 5<sup>th</sup> ed. Philandelphia: W.B. Saunder.
- Byrne. P. (2001). *Psychiatric Stigma*. *The British Journal of Psychiatry*. 178: 281-284.
- Chung, K.F. and Chan, J.H. (2004). Can a Less pejorative Chinese translation for  
Schizophrenia reduce stigma? A study of adolescents' attitudes toward people with  
schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 58: 507-515.

- Corrigan, P.W. (1997). **The construct validity of empowerment among consumers of Mental Health Service.** Chicago:University of Chicago Center of Psychiatric Rehabilitation.
- Corrigan, P.W. (2004). How stigma interferes with mental care. **American Psychologist** 59:614-625.
- Corrigan, P.W. (2004). **Beat the stigma and discrimination Four Lessons for Mental Health advocates..** Chicago: University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Corrigan et al. (2006). Three programs that use mass approaches to challenge the stigma of mental illness. **Psychiatric Services.** 57: 393-398.
- Corrigan, P.W. and Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. **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 the stigma : Call Mental Illness a Brain Disease. **Schizophrenia Bulletin.** 30(3): 477 – 479
- Corrigan, P.W., Watson A.C. and Barr L. (2006). The self-stigma of Mental Illness Implication for Self-Esteem and Self-Efficacy. **Journal of Social and Clinical Psychology.** 25(8): 875 – 884.
- Dalky H.K. (2012). Mental Illness Stigma Reduction Interventions: Review of Intervention Trials. **Western Journal of Nursing Research.** 34(4): 520-543.
- Deborah, L. F. (2004). Empowerment of Individuals with Enduring Mental Health Problems Results From Concept Analyses and Qualitative Investigations. **Advances in Nursing Science.** 27(1): 44-52.
- 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.
- D’Zurilla, T. J. and Nezu, A. M. (2007). **Problem-Solving Therapy.** (3 ed.). NEW YORK: Springer Publishing Company, LLC.



- Ertugrul and Ulug. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. 39(1): 73-77.
- Finfgeld, D. L. (2004). Empowerment of Individuals With Enduring Mental Health Problems Results From Concept Analyses and Qualitative Investigations. **Advances in Nursing Science**. 27(1): 44-52.
- Fleischhacker, W. W. et al. (2003). Treatment of schizophrenia with long-acting injectable risperidone: a 12-month open-label trial of the first long-acting second-generation antipsychotic. **J Clin Psychiatry**. 64(10): 1250–1257.
- 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.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. **Journal of Advanced Nursing**. 21: 1201-1210.
- Gilbert, P. (2003). Shame, stigma and the family: Skeletons in the Cupboard and the role of shame. In: Every Family in the Land: Understanding Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness (ed Crisp, A.), revised edition. **The Royal Society of Medicine Press, London**. 122-136.
- Greenberg, J. S. et al. (1993). Mother caring for an adult child with schizophrenia. **Family relation**. 42: 205-211.
- Greenglass, E. R. and Fiksenbaum, L. (2009). Proactive Coping, Positive Affect, and Well-Being: Testing for Mediation Using Path Analysis. In: J. P. Ziegelmann, S. Lippke eds. Invited paper. **European Psychologist**. 14(1): 29-39.
- Goffman, E. (1963). **Stigma: Notes on the management of spoiled identity**. Englewood cliffs :Prentice Hall.
- Goffman. (1993). **Stigma: Note on the management of spoiled identity**. Eaglewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall.
- Hayward, P. and Bright, J. (1997). Stigma and mental illness: a review and critique. **Journal of Mental Health**. 6: 345-354.
- Johnson, B.S. (1993). **Psychiatric Mental Health**. 3rd ed. Pennsylvania: J.B. Lippincott.

- 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.
- Kunika, H., Mino and Nakajima (2005). Quality of life of schizophrenic patients living in the community: The relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**. 59: 163-169.
- Kirkpatrick, B. and Tek, C. (2005). **Schizophrenia: Clinical features and psychopathology concepts**. In: **Sadock, B. J., V. A eds. comprehensive textbook of psychiatry**. 8th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lecomte, T., Cry, M., Lesage, A., Wilde, J., Leclerc, C. and Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-Esteem Module in the Empowerment of Individuals with Schizophrenia. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. 187(7): 406-413.
- Lee, S., Chiu, Y.L.M., Tsang, A. Chiu, H. and Kleinman, A. (2006). Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia 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.
- 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.
- Ludwikowski, W.M.A., Vogel, D.L. and Armstrong, P.I. (2009). Attitudes toward career counseling: The role of public and self-stigma. **Journal of Counseling Psychology**. 56: 408-416.
- Lysager, P.H., Roe, D. and Yanos, T.P. (2007). Toward Understanding the Insight Paradox: Internalized Stigma Moderates the Association Between Insight and Social Functioning, Hope, and Self-esteem Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders. **Schizophrenia Bulletin**. 33(1): 192-199.

- Macinnes, D. L. and Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 15: 59-65.
- Meijel et al. (2003). Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia: The Application of an Intervention Protocol in nursing Practice. **Archives of Psychiatric nursing**. 17(4): 165-172.
- Miller, J.F. (1992). **Coping with Chronic Illness:Overcoming Powerlessness**. 2<sup>nd</sup> ed.Philadelphia: F.A. Davis.
- Mishel M. H. (1990). Uncertainty in Illness. Image: **Journal of of Nursing Scholarship**. 20(4): 225-232.
- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P.C. and Roesler, W. (2006). Social support modifies perceived Stigmatization in first year of mental illness: A longitudinal approach. **Social Science and Medicine**. 62: 39-49.
- Pallanti, S., Quercioli, L, and Hollander, E. (2004). Social anxiety in outpatients with schizophrenia: A relevant cause of disability. **American Journal Psychiatry**. 161(1): 53-58.
- Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Clarkin, J.F., Sirey, J.A., Salahi, 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.
- Polit, D.F. and Beak, C.T. (2004). **Nursing research: Principles and method**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 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.
- Ritsher, J.B., Otilingam, P.G. and Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. **Psychiatry Research**. 121: 31-49.
- Sadock, J. B. and Sandock, A. V. (2000). **Comprehensive Textbook of the Psychiatry**. Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., and Amering, M. (2011). Stigma Resistance in Patients With Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**. 37(2): 316-323.

- Staring, A.B.P. Van den Gaag, M., Duivenvoorden, H. J. and Mulder, C.L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. **Schizophrenia Research**. 115: 363 - 369.
- Stuart, G.W. (2009). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 9<sup>th</sup> ed Mosby: affiliate of Elsevier.
- Suk, B. and Mok, S. (1998). **A Model Empowerment for Hong Kong Chinese Cancer Patients The Role of Self-help Group in The Empowering Process**. Dissertation: Ph.D. (Nursing). Hong Kong: The Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.
- Ucok, A., Polat, A., Sartorius, N., Erkok, S. and Atakli, C. (2004). Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**. 58: 89-91.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., and Corrigan, P.W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. **Psychiatry Research**. 150: 71-80.
- Vogel, D.L., Wade, N.G. and Ascheman, P.L. (2009). Measuring perceptions of stigmatization by others for seeking psychological help: Reliability and validity of a new stigma scale with colleges students. **Journal of Counseling Psychology**. 56: 301-308.
- Vogel, D.L., Wade, N.G. and Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. **Journal of Counseling Psychology**. 35: 325-337.
- Wahl, O.F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. **Schizophrenia Bulletin**. 25(3): 467-478.
- Watson, A.C., Corrigan P.W., Larson J.E. and Sells M. (2007). Self-stigma in People With Mental Illness. **Schizophrenia Bulletin**. 33(6): 1312- 1318.
- Werner, Aviv and Barac. (2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. **Internatationl Psychogeriatric**. 20(1): 174-187.
- World Health Organization. (2009). Mental health: a state of well-being. [online]. Available from: [www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/index.html/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/index.html/) [2013, January 26].


- Yang, L.H., Kleinman, A., Link, B.G. Phelan, J.C., Lee, S., and Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. **Social Science & Medicine**. 64:1524-1535.
- Ying Lv, Wolf, A. and Wang, X. (2013). Experience stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. **General Hospital Psychiatry**. 35: 83-88.
- 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.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ เจษฎา ทองเถาว์	นายแพทย์ชำนาญการ ประธานคณะกรรมการคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี
2. นางหทัยรัตน์ ปฎิพัทธ์ภักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) กลุ่มภารกิจบริการทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี
3. นางสาวโสธยา ศุภโรจณี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
4. ดร.กชพงศ์ สารการ	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
5. นางโปรยทิพย์ สันตะพันธ์์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี





ภาคผนวก ข  
แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**แบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**  
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัยผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ตราบาปของตนเองในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เลขที่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวสุธิสา ดีเพชร ที่อยู่ 304 หมู่ที่ 4 ต.แจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี เบอร์โทรศัพท์ 085-7774884 และเข้าใจข้อมูลที่อยู่ในเอกสารขอมูลยินยอมให้ทำการศึกษาวิจัยดังกล่าวข้างต้น เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย สิ่งที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และเปิดโอกาสให้ถามคำถามและปรึกษารายละเอียดของการวิจัยก่อนการเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้าได้รับการชี้แจงถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็น การได้รับความเสียหายหรือความรู้สึกลำบากใจหรือรู้สึกกังวลที่จะให้ข้อมูลผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินการและให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาเบื้องต้นทันที

ข้าพเจ้ายืนยันว่า การยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นไปโดยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง และเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีอิสระที่จะถอนตัวเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ผู้ที่ชี้แจงให้หลักประกันได้ว่า ข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับการวิจัยจะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลเสียหาย การนำเสนอข้อมูลจะเสนอในลักษณะภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เป็นทีมวิจัยเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงการบันทึกข้อมูล หรือศึกษาข้อมูลของข้าพเจ้าได้เต็มที่ ข้อมูลที่ได้จะใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น ชื่อ ที่อยู่ของข้าพเจ้าจะไม่ปรากฏในเอกสารสาธารณะใดๆ

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกับที่ผู้วิจัยเก็บไว้ เป็นส่วนตัวข้าพเจ้า 1 ชุด

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัยเพื่อประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วในข้างต้น โดยการลงนามข้างล่างนี้

<p>.....</p> <p>ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ตัวบรรจง)</p>	<p>.....</p> <p>ลายมือชื่อ</p>	<p>...../...../.....</p> <p>วันที่/เดือน/ปี</p>
<p>.....</p> <p>ผู้วิจัย (ตัวบรรจง)</p>	<p>.....</p> <p>ลายมือชื่อ</p>	<p>...../...../.....</p> <p>วันที่/เดือน/ปี</p>
<p>.....</p> <p>พยาน (ตัวบรรจง)</p>	<p>.....</p> <p>ลายมือชื่อ</p>	<p>...../...../.....</p> <p>วันที่/เดือน/ปี</p>

**เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**  
(Patient/ Participant Inform Sheet )

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาว สุธิสา ดีเพชร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน)** โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

(ที่บ้าน) 304 หมู่ 4 ต.แจระแม อ.เมืองอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 045-352567

โทรศัพท์มือถือ 085-7774884

Email : [sutisa@windowslive.com](mailto:sutisa@windowslive.com)

**วันที่ชี้แจง** .....

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อทบทวนและช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ หากท่านอ่านแล้วมีข้อสงสัยต้องการซักถาม กรุณาสอบถามได้จากผู้วิจัยซึ่งจะสามารถให้ความกระจ่างแก่ท่านได้และหากท่านได้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะได้รับสำเนาใบยินยอมที่ท่านได้ลงนามไว้จำนวน 1 ฉบับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น**ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของท่าน หรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้

**โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย**

อาการของโรคจิตเภทสามารถแสดงออกมาได้หลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นอาการด้านบวกได้แก่อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของคำพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนอาการด้านลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด และแยกตัวออกจากสังคม นอกจากนี้อาการก้าวร้าวทำให้ผู้อื่นตกใจกลัว การแสดงออกด้านพฤติกรรมและการตัดสินใจไม่เหมาะสมเป็นที่น่าขบขันหรือรำคาญทำให้บุคคลทั่วไปไม่ให้การยอมรับ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจากสื่อที่แสดงถึงอาชญากรรม พฤติกรรมที่ผิดปกติที่น่าหวาดกลัวของผู้ป่วยทางจิตทำให้ภาพในความคิด หรือทัศนคติของคนในสังคมมองผู้ป่วยจิตเภทในทางลบ มีอคติ รู้สึกเป็นตราบาบติดตัว

ผู้ป่วยตลอดชีวิต ซึ่งหากผู้ป่วยมีความรู้สึกตราบาปในระดับสูงส่งผลให้เพิ่มระยะห่างทางสังคม ความสามารถปรับตัวในสังคมลดลง **ความพึงพอใจในชีวิต และการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง** มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพกับคนอื่น การหาที่พักอาศัย การหางานทำ การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย **ทำให้ผู้ป่วยพยายามปกปิดอาการ ไม่ยอมรับการรักษา มีอาการรุนแรงมากขึ้น** ผู้ป่วยคิดประเมินตนเองว่าเป็นคนที่ไม่มีความรู้ค่าและไม่ควรได้รับการยอมรับ รู้สึกสิ้นหวัง ไร้พลังอำนาจ นำไปสู่การแยกตัวเองออกจากสังคม ถูกลดความเชื่อถือ ไม่เป็นที่ต้องการของญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและคนในชุมชน ไม่มีใครคบหาสมาคมด้วย รู้สึกไม่ได้รับสิทธิ และถูกกีดรอนสิทธิเสรีภาพ จากการที่เป็นโรคจิตเภท

ความรู้สึกตราบาปมี 2 ลักษณะ คือ ความรู้สึกตราบาปจากสังคม และความรู้สึกตราบาปต่อตนเองซึ่งเป็นผลกระทบจากการถูกตีตราว่าป่วยทางจิต กระบวนการที่ทำให้เกิดความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชเชื่อว่า เกิดจากการที่ผู้ที่เจ็บป่วยรับรู้ปฏิกิริยาที่สังคมแสดงออกในทางลบ รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไร้ความสามารถ ระบุว่าตนเองคือผู้ป่วยทางจิตและซึมซับความรู้สึกตราบาปเข้าไปในตนเองมีความคิดที่เห็นพ้องกับทัศนคติของสังคม รู้สึกว่ามุมมองเหล่านั้นเป็นตัวตนของตัวเองจริงส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงไร้ความสามารถ เหล่านี้ส่งผลต่อภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ รู้สึกอับอายขายหน้ารับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ เชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการเจ็บป่วย เกิดความท้อแท้ หมดหวัง ไม่เชื่อมั่นว่าจะดูแลสุขภาพตนเองได้ ประกอบกับชุมชนแสดงถึงความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยขาดแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยแสวงหาแหล่งประโยชน์จากแหล่งอื่นในสังคม บกพร่องในการเผชิญปัญหาปกปิดและขาดแรงจูงใจในชีวิตและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณค่าในตนเอง การเสริมพลังอำนาจ และคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างพลังอำนาจและการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะสามารถลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความคิดและความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ระบุว่าตนเองมีประโยชน์ต่อสังคม พึ่งพอใจในตนเอง เกิดความหวัง มีพลังและมีกำลังใจในการรักษา รวมทั้งมีทักษะในการเผชิญปัญหาสามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจยังช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับพฤติกรรมที่ถูกตีตราจากสังคม และช่วยลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้อีกด้วย ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ลดการสูญเสียพลังอำนาจซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทลงได้โดยมี **วัตถุประสงค์เพื่อ**

- 1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 2) เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้**

1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
3. มีอาการทางจิตทุเลา มีคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

**จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร**

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการที่ห้องทำกลุ่มบำบัด หน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 36 คน

**ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัย** ท่านจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยระยะเวลาแต่ละครั้งประมาณ 90 นาที

**หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง**

หากท่านได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยรวมถึงได้เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วท่านจะได้รับการปฏิบัติดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ก่อนดำเนินกิจกรรมตอบแบบสอบถามความรู้สึกทราบ
3. เข้ากิจกรรมตามวัน เวลา สถานที่ที่นัดหมาย ซึ่งจะแบ่งเป็นกลุ่มละ 9 คน โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้าของวันพุธ และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้าของวันพฤหัสบดี
4. ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้ง 4 ครั้ง ตอบแบบสอบถามเพื่อวัดแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภททันที และหลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ ตอบแบบสอบถามความรู้สึกทราบของผู้ป่วยจิตเภท

**ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น**

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ส่งผลอันตรายต่อผู้ถูกวิจัยเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติที่เหตุการณ์ใดๆที่เป็นารุกล้ำร่างกายและคุกคามด้านจิตใจ แต่อาจต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของผู้ถูกวิจัย และถ้าผู้ถูกวิจัยได้รับความเสียหายหรือความรู้สึกลำบากใจหรือรู้สึกกังวลที่จะให้ข้อมูลผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมและให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาเบื้องต้น

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย**

ผลของการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อท่าน คือ ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง มองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและนำไปปฏิบัติได้ เกิดความมั่นใจ ความภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง เพิ่มความหวังในการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข ซึ่งเป็นการ เพิ่มความสามารถในการจัดการกับความรู้สึกทราบของผู้ป่วยได้ และจะเป็นแนวทางการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อการส่งเสริมพลังอำนาจในการจัดการกับความรู้สึกทราบของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชรายอื่นได้

### ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น และจะไม่ได้รับความเสียหายใดๆ เนื่องจาก เป็นการให้ข้อมูลซึ่งเป็นการสัมภาษณ์เท่านั้น หากเกิดสถานการณ์ที่ท่านต้องการความช่วยเหลือในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษา หรือส่งต่อเพื่อรับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมจากทีมการรักษาต่อไป

### ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ท่านได้รับของที่ระลึกที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทนในการให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยครั้งนี้

### ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริงของท่าน การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง หากมีความเสียหายใดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็นความลับและจะดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของท่านได้ และจะไม่มี การอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ทั้งนี้สิทธิประโยชน์อื่น อันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้โดยจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใดๆ รวมทั้งถ้าท่านมีเหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้ โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหากท่านไม่สะดวกใจและการตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อ การปฏิบัติงานของท่าน

### หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัย นางสาวสุธิสา ดีเพชร นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยศรี ที่อยู่ 304 หมู่ที่ 4 ตำบลแจระแม อําเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ (มือถือ) 085-7774884

### หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02-2181152 ในวันและเวลาราชการ

ข้าพเจ้าหวังว่าจะได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นางสาวสุธิสา ดีเพชร)



ภาคผนวก ค  
พิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

## แบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการ..... เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ตราบาของตนเองในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน”

เจ้าของการวิจัย / ผู้ขออนุมัติศึกษาวิจัย .... นางสาวสุธิสา ตีเพชร

## ผลการพิจารณา

- อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
- อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข ในประเด็น
- ให้ปรับปรุงแล้วนำเสนอเพื่อพิจารณาใหม่ ยังไม่อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ


ลงนาม ..... *S. W.* .....

(นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

*6, 12, 50*  
.....





ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย(ตัวอย่าง)  
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ID.....

## ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ
1. 20 - 29 ปี  2. 30 - 39 ปี
3. 40 - 49 ปี  4. 50 - 59 ปี
3. สถานภาพสมรส
1. โสด  2. คู่
3. หม้าย  4. หย่าร้าง
5. แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
1. ไม่ได้เรียน  2. ประถมศึกษา
3. มัธยมศึกษาตอนต้น  4. มัธยมศึกษาตอนปลาย /ป.ว.ช.
5. อนุปริญญา/ป.ว.ส.  6. ปริญญาตรี
7. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
1. เกษตรกรรม  2. รับจ้าง
3. ค้าขาย  4. แม่บ้าน
5. รับราชการ /รัฐวิสาหกิจ  6. อื่นๆ .....
6. ลักษณะของการทำงาน
1. ทำงานเต็มเวลา  2. รับงานบางเวลา( Part time)  3.ว่างงาน
7. การมีบทบาทในครอบครัว
1. พ่อ/แม่  2. พี่ / น้อง  3.บุตร  4. อื่น ๆ ระบุ.....
8. อายุที่เริ่มเจ็บป่วย ..... ปี
9. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน ..... ปี
10. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน
1. น้อยกว่า 3 ครั้ง  2. ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป
11. มีผู้ดูแลหลักหรือไม่  1. มี ระบุ .....  2. ไม่มี

ID.....

## แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS

No	อาการและอาการแสดง	1	2	3	4	5	6	7
1	Somatic concern (G) คุณรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นโรคทางกายหรือไม่							
2	Anxiety (G) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างใหม่/ความคิดนี้รบกวนจิตใจบ่อยไหม/รู้สึกมีอาการใจสั่น เหงื่อออก/อาการที่บอกมีผลต่อการทำงานของสมองของคุณไหม							
3	Emotional withdrawal (N) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับผู้อื่น ไม่แสดงอารมณ์ หน้าเฉยเมย							
4	Conceptual disorganization (P) พูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม ไม่ค่อยต่อเนื่อง (ดูใน 15 นาทีแรก)							
5	Guilt Feeling (G) รู้สึกตำหนิตนเอง ในสิ่งที่ทำไม่ดี หรือเสียใจในสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่							
6	Tension (G) มองจากท่านั่งรู้สึกตึงเครียด ขณะพูดอาจมีการกระตุก เสียงสั่น							
7	Mannerism and posturing (G) มีท่าทางและการเคลื่อนไหวไม่เป็นธรรมชาติ เก้งก้าง แข็ง ดูแปลก							
8	Grandiosity (P) คุณรู้สึกมีความสามารถพิเศษบางอย่างหรือไม่/ที่ผ่านมาคิดว่าเป็นใครที่มีชื่อเสียงหรือไม่							
9	Depressive mood (G) คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีความสุขหรือความเศร้าใหม่/รู้สึกเศร้าบ่อยแค่ไหน สามารถเบนความสนใจไปเรื่องที่ทำให้มีความสุขได้ไหม/ความรู้สึกรบกวนการทำงานของคุณไหม							
10	Hostility (P) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อย ๆ เคยมีปัญหาชกต่อย หรือทะเลาะกับคนอื่น/สัมพันธ์ภาพกับคนอื่น คนในครอบครัว เพื่อนร่วมงานเป็นอย่างไร							
11	Suspiciousness (P) คุณรู้สึกเหมือนกับมีคนคอยจับผิด มีคนคิดร้ายบ้างใหม่/โดยวิธีใด/รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการคิดร้ายของใครบางคนไหม							
12	Hallucinatory behavior (P) คุณได้ยินเสียงหรือมีคนพูดคุยด้วยโดยไม่เห็นตัวหรือไม่ คุณมองเห็นหรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้สึก/ประสบการณ์นี้มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไหม							
13	Motor retardation (G) การพูด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (สังเกตพฤติกรรม)							
14	Uncooperativeness (G) มีท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ประเมิน							
15	Unusual thought content (G) ความคิดแปลก เช่น มีความเชื่อเรื่องพลังจิต วิญญาณ หากพบในข้อ SomaticGrandiosityDelusion จะพบในหัวข้อนี้ด้วย							
16	Blunted affect (N) สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17	Excitement (P) มีท่าทีลุกลี้ลุกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว อยู่ไม่เป็นสุข							
18	Disorientation (G) ถามวันที่ สถานที่ เวลา บุคคล							
	คะแนนรวม							

การให้คะแนน 1 = ไม่มีอาการ 2 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 3 = มีอาการเล็กน้อย

4 = อาการปานกลาง 5 = อาการค่อนข้างรุนแรง 6 = อาการรุนแรง 7 = อาการรุนแรงมาก

### แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ และวงกลมรอบตัวเลขที่บ่งชี้ว่าข้อความต่อไปนี้เป็นจริง  
ตรงตามความรู้สึกของท่านโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้องหรือผิด เลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ

- |   |         |  |
|---|---------|--|
| 4 | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา    |
| 3 | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย        |
| 2 | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง |
| 1 | หมายถึง | ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย      |

โปรดวงรอบตัวเลขเพียง 1 วง เท่านั้น ในแต่ละข้อ

ข้อความ	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้น			
	ตลอดเวลา	บ่อย ๆ	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เลย
1. ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น ๆ	4	3	2	1
2. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันยังมีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการ	4	3	2	1
3. ....	4	3	2	1
4. ....	4	3	2	1
5. ....	4	3	2	1
6. ....	4	3	2	1
7. ....	4	3	2	1
8. ....	4	3	2	1
9. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าตนเป็นคนไร้ประโยชน์	4	3	2	1
10. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีเลยในตัวเอง	4	3	2	1

แบบฟอร์มการให้คะแนน PANSS QuickScore (กรมสุขภาพจิต, 2550)

ชื่อผู้ป่วย.....HN.....ผู้ตรวจ.....วันที่.....ครั้งที่.....

- [ ] P 1 อาการหลงผิด (delusion)  
 [ ] P 2 ความคิดสับสน (conceptual disorganization)  
 [ ] P 3 อาการประสาทหลอน (hallucinatory behavior)  
 [ ] P 4 อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)  
 [ ] P 5 ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง (grandiosity)  
 [ ] P 6 ความรู้สึกระแวงว่ามีความมุ่งร้าย (suspicious/persecution)  
 [ ] P 7 ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility)  
 [ ] N 1 การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect)  
 [ ] N 2 การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawa)  
 [ ] N 3 มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (poor rapport)  
 [ ] N 4 การแยกตัวจากสังคม (passive/apathetic social withdrawal)  
 [ ] N 5 มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (difficulty in abstract thinking)  
 [ ] N 6 กระแสการสนทนาขาดการต่อเนื่องอย่างราบรื่น (lack of spontaneity)  
 [ ] N 7 การคิดอย่างตายตัว (stereotyped thinking)  
 [ ] G 1 ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (somatic concern)  
 [ ] G 2 ความวิตกกังวล (anxiety)  
 [ ] G 3 ความรู้สึกผิด (quilt feelings)  
 [ ] G 4 ความตึงเครียด (tension)  
 [ ] G 5 ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (mannerism and posturing)  
 [ ] G 6 อาการซึมเศร้า (depression)  
 [ ] G 7 การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (motor retardation)  
 [ ] G 8 ความไม่ร่วมมือ (uncooperativeness)  
 [ ] G 9 เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content)  
 [ ] G 10 อาการไม่รู้เวลา สถานที่บุคคล (disorientation)  
 [ ] G 11 อาการสมาธิ และความสนใจเสีย (poor attention)  
 [ ] G 12 การตัดสินใจและการหยั่งรู้ตนเองเสีย (lack of judgment and insight)  
 [ ] G 13 การไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง (disturbance of volition)  
 [ ] G 14 ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี (poor impulse control)  
 [ ] G 15 ความคิดหมกมุ่น (preoccupation)  
 [ ] S 1 ความรู้สึกโกรธ (anger)  
 [ ] S 2 อุดใจรอการตอบสนองความต้องการไม่ได้ (difficulty in delaying gratification)  
 [ ] S 3 อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (affective lability)

เกณฑ์ในการให้คะแนน

- |                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| 1 ไม่มีอาการ        | 5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง |
| 2 มีอาการขั้นต่ำสุด | 6 มีอาการรุนแรง         |
| 3 มีอาการเล็กน้อย   | 7 มีอาการรุนแรงมาก      |
| 4 มีอาการปานกลาง    |                         |

**แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ**

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ว่าตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้องหรือผิด เลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ					
2. ท่านสามารถควบคุมตนเองได้					
3. ท่านมีความหวังว่าจะดูแลตนเองได้ดีขึ้น					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ....					
10. ....					
11. ....					
12. ....					
13. ....					
14. ....					
15. ....					
16. ....					
17. ....					
18. ....					
19. ท่านเชื่อว่าการรับประทานยาจะช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น					
20. ท่านเชื่อมั่นว่ายังมีโอกาสรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นอยู่ได้					

### แบบสอบถามความรู้สึกราบ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้ให้ละเอียด และให้ลงคะแนนหมายเลขให้ตรงกับความรู้สึกของท่าน โดยแต่ละข้อจะมีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 1 ถึง 9 ในการตอบ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง			เห็นด้วย			เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

#### ส่วนที่ 1

“ ในสังคมปัจจุบันที่มีความหลากหลายของทัศนคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ความคิดเห็นของคุณเกี่ยวกับทัศนคติเหล่านี้”

ความเห็นของคุณ คนทั่วไปคิดว่า

- 1) \_\_\_\_\_ อารมณ์ทางจิตส่วนใหญ่สามารถติดต่อกันได้
- 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) \_\_\_\_\_ .....
- 3) \_\_\_\_\_ .....
- 4) \_\_\_\_\_ .....
- 5) \_\_\_\_\_ .....
- 6) \_\_\_\_\_ .....
- 7) \_\_\_\_\_ .....
- 8) \_\_\_\_\_ .....
- 9) \_\_\_\_\_ .....
- 10) \_\_\_\_\_ .....
- 11) \_\_\_\_\_ .....
- 12) \_\_\_\_\_ .....
- 13) \_\_\_\_\_ .....
- 14) \_\_\_\_\_ .....
- 15) \_\_\_\_\_ .....



## ส่วนที่ 3

ข้อความต่อไปนี้ แสดงถึงความคิดเห็นต่อการเจ็บป่วยทางจิตของคุณ พฤติกรรมข้างล่างนี้ พบในตัวคุณหรือไม่ “ฉันป่วยทางจิตเพราะ”

- 1) \_\_\_\_\_ สถิติปัญญาของฉันต่ำกว่าบุคคลทั่วไป
- 2) \_\_\_\_\_ .....
- 3) \_\_\_\_\_ .....
- 4) \_\_\_\_\_ .....
- 5) \_\_\_\_\_ .....
- 6) \_\_\_\_\_ .....
- 7) \_\_\_\_\_ .....
- 8) \_\_\_\_\_ .....
- 9) \_\_\_\_\_ .....
- 10) \_\_\_\_\_ .....
- 11) \_\_\_\_\_ .....
- 12) \_\_\_\_\_ .....
- 13) \_\_\_\_\_ .....
- 14) \_\_\_\_\_ .....
- 15) \_\_\_\_\_ .....

ส่วนที่ 4

“พฤติกรรมเหล่านี้มีผลกระทบต่อความรู้สึกมั่นใจในตนเองหรือความนับถือตนเอง”  
 ขณะนี้ฉันไม่มีความนับถือตนเอง

- 1) \_\_\_\_\_ เพราะฉันไม่สามารถดูแลตนเองได้
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_
- 9) \_\_\_\_\_
- 10) \_\_\_\_\_
- 11) \_\_\_\_\_
- 12) \_\_\_\_\_
- 13) \_\_\_\_\_
- 14) \_\_\_\_\_
- 15) \_\_\_\_\_ เพราะสติปัญญาของฉันต่ำกว่าบุคคลปกติ

## ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบสอบถามความรู้สึกราบ

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.916	60

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
stigmaOne1	199.7000	2665.114	.279	.916
stigmaOne2	198.0000	2635.379	.351	.915
stigmaOne3	198.7667	2681.151	.185	.917
stigmaOne4	199.0000	2623.655	.415	.915
stigmaOne5	199.0000	2660.207	.290	.916
stigmaOne6	199.0667	2664.478	.272	.916
stigmaOne7	198.9333	2680.961	.185	.917
stigmaOne8	199.1333	2649.292	.301	.916
stigmaOne9	198.2667	2688.616	.159	.917
stigmaOne10	199.4333	2684.806	.172	.917
stigmaOne11	198.2667	2633.168	.438	.914
stigmaOne12	198.5000	2645.293	.320	.915
stigmaOne13	198.0667	2611.030	.438	.914
stigmaOne14	199.1667	2623.661	.412	.915
stigmaOne15	198.3667	2654.654	.284	.916
stigmaTwo1	198.3000	2715.114	.050	.918
stigmaTwo2	198.0000	2723.310	.017	.918
stigmaTwo3	198.5333	2624.051	.404	.915
stigmaTwo4	199.6333	2642.723	.357	.915
stigmaTwo5	199.8667	2681.706	.322	.915
stigmaTwo6	198.7667	2676.116	.264	.916
stigmaTwo7	199.9000	2618.576	.546	.914
stigmaTwo8	199.0667	2652.823	.307	.915
stigmaTwo9	199.3000	2668.355	.288	.916
stigmaTwo10	200.0000	2678.414	.304	.915
stigmaTwo11	199.9000	2620.231	.559	.914

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
stigmaTwo12	199.5333	2578.602	.663	.912
stigmaTwo13	199.5667	2674.668	.238	.916
stigmaTwo14	199.7333	2665.513	.302	.915
stigmaTwo15	199.2667	2650.685	.359	.915
stigmaThree1	200.1000	2619.128	.570	.913
stigmaThree2	200.2000	2636.786	.518	.914
stigmaThree3	199.3333	2617.126	.475	.914
stigmaThree4	200.1000	2666.300	.372	.915
stigmaThree5	199.4000	2613.007	.486	.914
stigmaThree6	200.0000	2592.966	.591	.913
stigmaThree7	199.2667	2669.789	.203	.917
stigmaThree8	200.2000	2601.683	.600	.913
stigmaThree9	199.8667	2603.775	.497	.914
stigmaThree10	199.3667	2623.964	.448	.914
stigmaThree11	200.4667	2660.602	.391	.915
stigmaThree12	199.4667	2710.051	.080	.917
stigmaThree13	198.7667	2607.633	.518	.914
stigmaThree14	200.1667	2644.764	.410	.915
stigmaThree15	200.0000	2669.310	.375	.915
stigmaFour1	200.0333	2612.999	.515	.914
stigmaFour2	199.4333	2641.426	.293	.916
stigmaFour3	200.4667	2634.533	.549	.914
stigmaFour4	200.4333	2636.323	.393	.915
stigmaFour5	200.0667	2661.030	.353	.915
stigmaFour6	200.2000	2590.717	.725	.912
stigmaFour7	200.1333	2611.568	.636	.913
stigmaFour8	199.8333	2718.144	.041	.918
stigmaFour9	200.1000	2662.852	.332	.915
stigmaFour10	199.9000	2601.541	.594	.913
stigmaFour11	200.3000	2638.769	.570	.914
stigmaFour12	199.6000	2655.214	.307	.915

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
stigmaFour13	199.9000	2581.197	.687	.912
stigmaFour14	200.6333	2634.033	.575	.914
stigmaFour15	200.3667	2620.102	.722	.913

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินแหล่งพลังงาน

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.900	20

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
empower1	68.7000	134.562	.409	.898
empower2	68.3667	132.309	.628	.893
empower3	68.5667	127.840	.645	.891
empower4	69.5333	134.120	.396	.898
empower5	68.7000	135.528	.424	.897
empower6	68.9333	128.478	.642	.892
empower7	68.6667	130.989	.439	.898
empower8	68.9333	132.547	.329	.903
empower9	68.8333	135.730	.288	.902
empower10	69.5333	124.878	.656	.891
empower11	68.9667	128.585	.617	.892
empower12	68.1333	135.499	.519	.896
empower13	68.4667	129.913	.648	.892
empower14	68.7000	128.562	.529	.895
empower15	68.8333	130.695	.540	.894
empower16	68.9333	130.478	.533	.895
empower17	68.6667	125.678	.806	.887
empower18	68.3000	133.390	.567	.894
empower19	68.3000	132.424	.708	.892
empower20	68.2667	132.409	.522	.895



ภาคผนวก จ  
ตารางแสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 10 แสดงระดับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คนที่	ระดับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	2.4	ต่ำ	2.4	ต่ำ
2	1.9	ต่ำ	2.4	ต่ำ
3	2.4	ต่ำ	2.4	ต่ำ
4	2.4	ต่ำ	2.3	ต่ำ
5	2.0	ต่ำ	2.4	ต่ำ
6	2.4	ต่ำ	2.4	ต่ำ
7	2.1	ต่ำ	2.3	ต่ำ
8	2.3	ต่ำ	2.3	ต่ำ
9	2.4	ต่ำ	2.4	ต่ำ
10	2.2	ต่ำ	2.1	ต่ำ
11	2.4	ต่ำ	2.3	ต่ำ
12	1.9	ต่ำ	2.4	ต่ำ
13	2.1	ต่ำ	2.4	ต่ำ
14	2.4	ต่ำ	2.3	ต่ำ
15	2.4	ต่ำ	2.3	ต่ำ
16	2.3	ต่ำ	2.4	ต่ำ
17	2.2	ต่ำ	2.2	ต่ำ
18	2.3	ต่ำ	2.4	ต่ำ

ตารางที่ 11 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มอาการทางคลินิก และอายุระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	กลุ่มอาการทางคลินิก		อายุ	
1	อาการทางลบ	อาการทางลบ	43	43
2	อาการทางบวก	อาการทางบวก	23	24
3	อาการทางลบ	อาการทางลบ	43	42
4	อาการทางลบ	อาการทางลบ	56	54
5	อาการทางบวก	อาการทางบวก	28	28
6	อาการทางลบ	อาการทางลบ	37	39
7	อาการทางบวก	อาการทางบวก	34	34
8	อาการทางบวก	อาการทางบวก	37	40
9	อาการทางลบ	อาการทางลบ	36	35
10	อาการทางลบ	อาการทางลบ	33	33
11	อาการทางลบ	อาการทางลบ	46	45
12	อาการทางลบ	อาการทางลบ	29	30
13	อาการทางลบ	อาการทางลบ	37	37
14	อาการทางลบ	อาการทางลบ	43	41
15	อาการทางบวก	อาการทางบวก	31	32
16	อาการทางลบ	อาการทางลบ	31	31
17	อาการทางลบ	อาการทางลบ	33	31
18	อาการทางลบ	อาการทางลบ	47	49

หมายเหตุ การจับคู่อายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี



ภาคผนวก ฉ

ตารางแสดงค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนรายด้าน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ตราบาย	36	1	9	4.08	2.771
s2	36	1	9	5.78	2.642
s3	36	1	9	3.67	2.390
s4	36	1	9	5.00	2.651
s5	36	1	9	5.17	2.783
s6	36	1	9	5.00	2.242
s7	36	1	9	5.33	2.473
s8	36	1	9	4.53	2.524
s9	36	1	9	4.89	2.459
s10	36	1	9	5.14	2.344
s11	36	1	9	5.67	2.138
s12	36	1	9	4.86	2.642
s13	36	1	9	5.36	2.295
s14	36	1	9	5.25	2.089
s15	36	1	9	3.89	2.627
s16	36	2	9	5.58	2.310
s17	36	2	9	6.14	1.915
s18	36	1	9	4.25	2.395
s19	36	1	9	5.36	2.463
s20	36	1	9	4.50	1.978
s21	36	1	9	4.94	2.518
s22	36	1	9	3.25	2.143
s23	36	1	9	4.50	2.324
s24	36	1	9	5.03	2.210
s25	36	1	9	3.61	2.142
s26	36	1	9	5.03	2.184
s27	36	1	9	5.19	2.424
s28	36	1	9	4.39	2.555
s29	36	1	9	4.14	2.696

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
s30	36	1	9	5.03	2.396
s31	36	1	9	4.22	2.684
s32	36	1	9	4.69	2.628
s33	36	1	9	4.61	2.296
s34	36	1	9	4.44	2.688
s35	36	1	9	4.89	2.806
s36	36	1	9	3.78	2.652
s37	36	1	9	4.50	2.657
s38	36	1	9	3.69	2.692
s39	36	1	9	3.92	2.500
s40	36	1	9	4.25	2.882
s41	36	1	9	2.67	1.912
s42	36	1	9	5.08	2.395
s43	36	1	9	4.22	2.554
s44	36	1	9	3.33	2.230
s45	36	1	9	3.81	2.494
s46	36	1	9	4.08	2.687
s47	36	1	9	4.97	2.762
s48	36	1	9	4.22	2.706
s49	36	1	9	4.17	2.646
s50	36	1	9	3.97	2.731
s51	36	1	9	4.78	2.542
s52	36	1	9	3.31	2.528
s53	36	1	9	4.47	2.184
s54	36	1	9	3.89	2.539
s55	36	1	9	5.22	2.716
s56	36	1	9	4.81	2.400
s57	36	1	9	4.61	2.321
s58	36	1	9	3.56	2.634

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
S59	36	1	8	2.81	1.954
s60	36	1	9	4.39	2.358
Valid N (listwise)	36				



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตัวอย่างคู่มือ  
โครงการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความรู้สึกราบาบ ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### สัปดาห์ที่ 1

#### ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ

สถานที่ห้องทำกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก

กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับผู้ป่วย และผู้ป่วยด้วยกันภายในกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และกล้าเปิดเผยตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนิน ระยะเวลา รูปแบบเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
4. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือ และมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย ความรู้สึกราบาบของตนเองได้
3. ผู้ป่วยสามารถบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน รูปแบบกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมได้

#### สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว ซักถามความเป็นอยู่ทั่วไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การมีกิจกรรมร่วมกันก่อนดำเนินกิจกรรม เป็นการสร้างความคุ้นเคย ให้เกิดความไว้วางใจ และความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเอง เป็นการประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ เกิดความเข้าใจในตนเอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นโรคที่เกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติโดย เน้นการเปิดโอกาสผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึกรับรู้การตีตรา และหลีกเลี่ยงการแบ่งปัญหาสุขภาพกับการเจ็บป่วยทางจิต ทุกอย่างมีความต่อเนื่องกัน เน้นการจัดการกับชุดปัญหามากกว่าการจัดการกับวินิจฉัย สนับสนุนและส่งเสริมพลังอำนาจในการเอาชนะการเจ็บป่วยด้วยตนเองโดยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย การให้ความหมายใหม่ และคุณค่าทางสังคมให้กับผู้ป่วย และปรับตัวในระยะต่อมา

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1 “เปิดเผยตนเอง”
2. ใบงานที่ 2 “ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต”
3. ใบงานที่ 3 “แม้ฉันจะเจ็บป่วยทางจิต...ต่อไปชีวิตฉันจะ”
4. ใบงานที่ 4 การบ้าน “เรียนรู้เข้าใจปัญหา”
5. ใบความรู้ที่ 1 “ตราบาป โรคจิตเภท และผลกระทบต่อการใช้ชีวิต”
6. กระดาษ A4, กระดาษ Flip Chart, ปากกาไวท์บอร์ด, สีเทียน, ก่อ่ง (เก็บความรู้สึกราบาบ)

## กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง และให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตนเอง
2. พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลาย สร้างความไว้วางใจ
3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมโดยเปรียบเทียบการดำเนินการแต่ละสัปดาห์เป็นแบบขั้นบันไดเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นภาพกิจกรรมชัดเจนขึ้น
4. ผู้นำกลุ่มพาผู้ป่วยร่วมกิจกรรม “ตุ๊กตาล้มลุก” เพื่อสร้างบรรยากาศไว้วางใจ ความเชื่อมั่นในเพื่อนผู้ป่วยภายในกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินกลุ่มครั้งนี้ตลกขบขัน เน้นการฟังอย่างตั้งใจและการร่วมแสดงความคิดเห็น
5. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์การเจ็บป่วย อาการสำคัญ และการรักษาที่ได้รับ (ใบงานที่1) และเปิดโอกาสให้เพื่อนผู้ป่วยซักถาม
6. แจกใบงานที่ 2 และสี่เทียน ให้สมาชิกแต่ละคนวาดภาพ “ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต” โดยเป็นภาพแสดงถึงมุมมอง ความคิด ความเชื่อและความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยด้วยจิตเภท เน้นเป็นมุมมองของตนเอง จากประสบการณ์ที่ผ่านมา (ใช้เวลา 5 นาที)แล้วให้ผู้ป่วยแต่ละคนอธิบายภาพให้ผู้ป่วยในกลุ่มฟังเพื่อเป็นการสื่อสารความรู้สึกที่เป็นตราราบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยในกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เหมือนหรือคล้าย ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มบันทึกใน Flip chart
7. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่ได้เชื่อมโยงการให้ความรู้กับการให้ความรู้เรื่อง ตราราบ โรคจิตเภท และผลกระทบต่อการรับรู้ตราราบ (ใบความรู้ที่ 1)
8. ผู้นำกลุ่มพาผู้ป่วยร่วมกิจกรรมฝึกจินตนาการ โดยนำภาพ “ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต” มาวางไว้ข้างหน้า ปลูกไล่ตีความรู้สึกตราราบตามร่างกาย โดยการไล่ตีความรู้สึกจากปลายเท้า ขา ตามลำตัว ศีรษะ หน้า แขน นำความรู้สึกตราราบทั้งหมดมาใส่ลงในภาพ พับเก็บความรู้สึกตราราบส่งมาให้ผู้นำกลุ่มเก็บไว้
9. ผู้นำกลุ่มถามถึงความรู้สึกหลังกิจกรรม เมื่อไม่มีความรู้สึกตราราบโรคจิตที่เป็นอยู่ ก็เหมือนกับ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั่วไป ไม่ว่าจะ เป็น เบาหวาน ความดันโลหิต หัวใจ ที่ต้องปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้สึกเรื่องโรคจิตเภท พร้อมสรุป โรคจิตเภทเป็นโรคทางสมองชนิดหนึ่ง การทำงานหรือหลั่งสารออกมาไม่สมดุลทำให้เกิดอาการกำเริบจึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ห้ามหยุดหรือขาดยา

## การประเมินผล

จากสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และความเชื่อมั่นภายในกลุ่ม เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ความกล้าในการเปิดเผยข้อมูล และการแสดงออกถึงความรู้สึกตราราบ การได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ปัญหาไม่ได้เกิดกับตนเพียงคนเดียว รู้จักประเมินปัญหาของตนเอง การสร้างความหวังและแรงจูงใจทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุธิสสา ดีเพชร เกิดเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2517 ที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เมื่อปีการศึกษา 2545 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2554

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชชาย วิกฤต ฉุกฉิน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY