

ปัจจัยคัตสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท



เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO PERCEIVED  
STIGMA OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS



Flt.Lt. Ubonrat Singhasenee

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 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วย  
จิตเภท

โดย

เรืออากาศเอกหญิง อุดรรัตน์ สิงห์เสนี

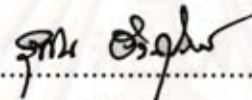
สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

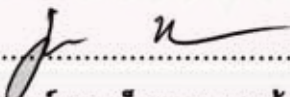


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุทิน อังสุโรจน์)

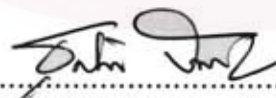
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอญูรัชชัย)



..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)



..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อุบลรัตน์ สิงห์เสนี : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท.  
(SELECTED FACTORS RELATED TO PERCEIVED STIGMA OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ.ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 127 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลเมืองจะเข็งเทรา จำนวน 120 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิต แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินความหวัง แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการปรับตัวทางสังคม(ด้านการทำกิจกรรมประจำวัน ด้านการทำกิจกรรมยามว่าง) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้ตราบาป ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงของเครื่องมือ มีค่าความเที่ยง .72 .92 .94 .74 .86 .76 .98 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 50.52$ ,  $SD = 11.71$ )
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.405, -.398, -.383$  ตามลำดับ)
- 3.กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม ไม่มี ความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช..... ลายมือชื่อนิติ.....อุบลรัตน์ สิงห์เสนี.....  
ปีการศึกษา...2552..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 5077640836: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: PERCEIVED STIGMA/ STIGMA/ SCHIZOPHRENIC PATIENTS

UBONRAT SINGHASENEE: SELECTED FACTOR RELATED TO PERCEIVED STIGMA OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS.THESIS ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 127 pp.

The purposes of this descriptive correlation study were to examine the level perceived stigma and to study the relationships between positive negative symptoms, self-efficacy, hope, self-esteem, social adjustment, social support, satisfaction perceived stigma of schizophrenic patients. The subjects were 120 out patients with schizophrenia at Srithanya Hospital and Chachoengsao Hospital. They were selected by simple random sampling technique. Data was collected by using the Demographic Data Form, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Self-Efficacy scale, Hope scale, Rosenberg Self Esteem scale, Katz Adjustment scale, Social Support Questionnaire, and Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ).

The instruments were tested for content validity by a panel of experts. They demonstrated acceptable reliability with Cronbach's alphas at .72 .92 .94 .74 .86 .76 .98 and .80 respectively Statistical technique used in data analysis were descriptive statistics and Pearson's product-moment correction.

Major findings of this study were as follows:

1. Mean score of adherence to Perceived stigma of schizophrenic patients was at moderate level ( $\bar{X} = 50.52$ ,  $SD = 11.71$ )
2. Adequacy of self-efficacy, hope, social support of control were negative and significantly related to Perceived stigma of schizophrenic patients, at.05 level. ( $r = -.405$ ,  $-.398$ ,  $-.383$  spectively.)
3. Positive negative symptom, self-esteem, social adjustment, was not significantly related to Perceived stigma of schizophrenic patients.

Field of Study : ... Mental Health and Psychiatric Nursing...  
Academic Year:....2009.....

Student's Signature : *Ubonrat Singhasene*  
Advisor's Signature : *[Signature]*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและความเมตตาเป็นอย่างยิ่ง จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดข้อเสนอแนะด้วยความเอาใจใส่ และเป็นกำลังใจตลอดมา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลงได้ ศิษย์กราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชุตศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริรัฐัญญา และโรงพยาบาลเมืองชะเชิงเทรา คณะแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ และคอยอำนวยความสะดวกในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์ กองทัพอากาศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ฝ่ายการพยาบาล ที่สนับสนุนเวลาเพื่อการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อประสพโชค คุณแม่เพยาร์ และครอบครัว รัตนกำเนิด ที่เป็นกำลังใจ ตลอดจนช่วยเหลือดูแลบุตรสาวและบุตรชายให้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณ เรืออากาศเอกอดิศักดิ์ สิงห์เสนี ที่ให้ความรัก ความห่วงใย เป็นกำลังใจ สนับสนุนผู้วิจัยและครอบครัวเสมอมา ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตทุกท่านที่เป็นกำลังใจและมอบรอยยิ้มให้กับผู้วิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี สุดท้ายนี้ คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ขอให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่แข็งแรงและสมบูรณ์ตลอดไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมุติฐาน.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	12
1.1 ความหมายของโรคจิตเภท.....	12
1.2 สาเหตุ.....	13
1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท.....	13
1.4 อาการ.....	15
1.5 การดำเนินโรค.....	15
1.6 ผลกระทบของโรคจิตเภทต่อการรับรู้ตราบาป.....	16
1.7 การรักษาโรคจิตเภท.....	17
1.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก.....	19

บทที่	หน้า
2. ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท.....	22
2.1 ความหมายของตราบาป.....	22
2.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับตราบาป.....	23
2.3 การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท.....	26
2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท.....	28
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
การหาความตรงของเครื่องมือ.....	56
การหาความเที่ยงของเครื่องมือ.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	77
สรุปผลการวิจัย.....	80
อภิปรายผลการวิจัย.....	80
ข้อเสนอแนะ.....	86
รายการอ้างอิง.....	87
ภาคผนวก.....	98
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	99
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	101
ภาคผนวก ค ตัวอย่างการขอพิจารณาจริยธรรม.....	109
ภาคผนวก ง เอกสารพินัยสิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถาม และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	112
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	124
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	127



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ประชากรของโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
2	ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI).....	57
3	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเมื่อนำไปทดลองใช้และเมื่อนำไปเก็บ ข้อมูลจริง.....	58
4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้.....	62
5	ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วย จิตเภท จำแนกตาม อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท.....	63
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มอาการทางลบทางบวก จำแนก รายข้อ.....	64
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำแนกรายข้อ.....	65
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความหวัง จำแนกรายข้อ.....	66
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการเห็นคุณค่าในตนเอง จำแนกรายข้อ.....	67
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ของการปรับตัวทางสังคม (ด้านการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน) จำแนกรายข้อ.....	68
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ของการปรับตัวทางสังคม (ด้านการทำกิจกรรมยามว่าง)จำแนกรายข้อ.....	69
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปรับตัวทางสังคมรายด้าน.....	70
13	จำนวน ร้อยละ และระดับของการปรับตัวทางสังคม.....	70
14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายข้อ...	71
15	จำนวน ร้อยละ และระดับของการสนับสนุนทางสังคม.....	72
16	ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม.....	73

ตารางที่	หน้า
17 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ตราบาป.....	73
18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการถูกตีตรา จำแนกเป็นรายข้อ.....	74
19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน จำแนกเป็นรายข้อ.....	75
20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ กลุ่มอาการทางลบทางบวก การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท.....	76



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังและกำเริบได้บ่อยครั้ง การหายกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วยพบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากอาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้น หรือมีความเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นชัดในระยะหลังจะเป็นอาการทางลบมากกว่า (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) อุบัติการณ์ของโรคจิตเภทในบุคคลทั่วไป คือ 15.2 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ความชุกเท่ากับ 2.5-5.3 ต่อประชากร 1,000 คน ความชุกตลอดชีพ (Lifetime prevalence) 4.0 ต่อ 1,000 เพศชายมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรค จิตเภทได้มากกว่าเพศหญิง 1.4 เท่า (ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิต ศิริสุรภานนท์, 2552) เพศชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าเพศหญิงซึ่งพบในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

ในปี พ.ศ.2551 พบผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 389,337 คน จากจำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตทั้งหมด 1,438,432 คน ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกทางสุขภาพจิตของประเทศไทย ส่วนราชการส่วนกลางและกระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ (กรมสุขภาพจิต, 2551) ในส่วนราชการส่วนกลาง หน่วยงานที่สังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกมากเป็นอันดับ 1 จำนวน 28,859 คน รองลงมาคือโรงพยาบาลที่สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย 11,163 คน โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร 6,121 คน และโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงกลาโหม 4,427 คน รวม 56,463 คน จากจำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิต 229,609 คน ตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด พบว่ามีผู้ป่วย จิตเภทเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 332,914 คน กระจายอยู่ตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด โดยในเขต13 จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ มีผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกมากเป็นอันดับ 1 จำนวน 44,466 คน (กรมสุขภาพจิต, 2551)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่นแต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2549) ผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันทางด้านจิตใจได้ไม่ดี

อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันทางจิตใจอาการเปลี่ยนแปลงที่พบบ่อยคือ มีการนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตัวเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขณิชย์, 2548) อาการของโรคจิตเภททำให้ผู้อื่นตกใจกลัว หรือบางครั้งมีพฤติกรรมและการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เป็นที่น่าขบขัน หรือน่ารำคาญ ทำให้บุคคลทั่วไปในสังคมไม่ให้การยอมรับเนื่องจากมีความเข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเวชนั้นอันตราย ก้าวร้าว ทั้งที่ในความเป็นจริงมีผู้ป่วย จิตเวชเพียง 3 % เท่านั้นที่มีพฤติกรรมรุนแรง แต่จากสื่อที่แสดงถึงข่าวอาชญากรรมที่กระทำโดยผู้ป่วยจิตเวช ทำให้สังคมเกิดการไม่ยอมรับผู้ป่วยเข้าสู่สังคมของตน (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549) ผู้ป่วยด้วยโรคนี้มีความผิดปกติทางด้านความคิดและพฤติกรรม การกลับไปอยู่ในสังคมเดิมของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความยากลำบากในการปรับตัว การไม่ได้รับการยอมรับ และการที่สังคมไม่ไว้วางใจต่อผู้ที่ผิดปกติเหล่านั้นทำให้คนทั่วไปแสดงท่าทีรังเกียจ หวาดกลัว ไม่อยากคบค้าสมาคม มองผู้ป่วยในแง่ลบและสังคมพยายามกีดกันผู้ป่วยออกจากกลุ่ม ผลเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยพยายามปกปิดอาการของตนเองและไม่ยอมรับการรักษา (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549) การมีทัศนคติในเชิงลบและท่าทีของสังคม ไม่เพียงเป็นการสร้างตราบาปให้เกิดกับคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตเท่านั้น ยังเป็นการลดทอนโอกาสที่ผู้ป่วยเหล่านั้นจะได้แก้ไขปัญหของตนเอง รวมทั้งโอกาสที่จะขอความช่วยเหลือจากสังคมอีกด้วย (วรวัธน์ ไชยชาญ, 2549)

ตราบาปเปรียบเสมือนสิ่งแสดงให้บุคคลทั่วไปเห็นว่าบุคคลที่ถูกตีตราบาปไม่ดีเท่าคนอื่น ๆ และไม่ควรรค่าแก่การนับถือ (อภิสมัย ศรีรังสรรค์, 2546) ซึ่ง Goffman (1963) ได้กล่าวถึงตราบาปว่าเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีต่อลักษณะ หรือ พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ไม่เหมาะสมของบุคคลหรือเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลทั่วไปแสดงต่อผู้ที่มีภาวะผิดปกติที่ทำให้มีความแตกต่างไปจากบุคคลอื่น และทำให้บุคคลนั้นไม่ได้รับการยอมรับยกย่องอย่างเต็มที่ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคหรือมาพบจิตแพทย์ผู้ป่วยจะถูกตราหน้าตั้งแต่นั้นว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตซึ่งจะเป็นตราบาปที่ติดตัวไปตลอดชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ Wahl (1999) ได้ทำการสำรวจการมีประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิตพบว่าบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทจะมีประสบการณ์การถูกตีตราและการถูกแบ่งแยกกีดกันมากกว่าและรุนแรงกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตอื่นๆ จากการศึกษาผลกระทบของการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวพบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาทางจิตจนหายสามารถกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน จะถูกเพื่อนบ้านและคนในสังคมที่รู้ว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยทางจิตแสดงท่าทีรังเกียจ และซ้ำเติมต่อว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เกิดความสะเทือนใจ (เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา, 2547)

จากนโยบายการให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนเร็วขึ้น (Deinstitutionalization) ทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ เพื่อลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลทั้งทางบวกและทางลบ ในประเทศไทย นโยบายการให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนเร็วขึ้น มีแนวคิดที่ว่าเมื่อผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน หากบุคคลในชุมชน ในสังคมมีทัศนคติ และพฤติกรรมที่แสดงออกที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทแล้วจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุข รู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ รวมทั้งยอมรับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, 2550) ในต่างประเทศ ผลทางบวก คือนโยบายนี้เน้นการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคล ในทางลบ เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนเองต้องมีการใช้ชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม แต่เนื่องจากชุมชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับผู้ป่วยทำให้มีปฏิสัมพันธ์ทางลบต่อผู้ป่วยจิตเภท เช่นพฤติกรรมกีดกันแบ่งแยกรังเกียจ (Lamb, 2001) แม้ว่ากรมสุขภาพจิตได้จัดทำแผนกลยุทธ์ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (ปีพ.ศ.2550-2554) โดยมีเป้าหมายหลัก คือการให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดี ต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต สามารถดูแล และจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตทั้งของตนเอง ครอบครัว และผู้อื่นในชุมชนได้ (กรมสุขภาพจิต, 2550) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการประเมินถึงผลลัพธ์โครงการดังกล่าวว่ามีผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติของชุมชนต่อการเกิดตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Corrigan and Penn (1999) ที่กล่าวว่ายังไม่สามารถประเมินถึงทัศนคติของคนในชุมชนว่ามีความเข้าใจโรคจิตเภท และทำให้ผู้ป่วยจิตเภท มีการรับรู้ตราบาปลดน้อยลงอย่างไร

ในประเทศไทยปัญหาการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีอยู่มาก จากการศึกษามุมมองของชุมชนต่อการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท แม้ว่าชุมชนรู้สึกเห็นใจครอบครัวผู้ป่วยมีทัศนคติทั้งทางบวกและทางลบต่อผู้ป่วยคือสงสารเห็นใจที่ไม่ได้รับความเป็นธรรม แต่ก็รำคาญ หวาดกลัวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ดารุณี จงอุดมการณ์, กฤตยา แสงวงเจริญ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และสมจิต แดนสีแก้ว, 2548) กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ ได้จัดให้มีโครงการรณรงค์ระดับชาติ (กรมสุขภาพจิต, 2550; ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, 2550) โดยมีแนวคิดที่ว่าเมื่อชุมชนและสังคมมีทัศนคติ และพฤติกรรมที่แสดง ออกทางบวกที่เกิดจากความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทแล้วจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุข รู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง และสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ รวมทั้งยอมรับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ มีข้อสรุปว่าโครงการเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ และ

สามารถดูแลตัวเองได้ ดังนั้นการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาคารตีตราบาปและถูกรังเกียจจากสังคมอย่างมาก พยาบาลจิตเวชเป็นบุคคลที่เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและเป็นผู้ที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองทางด้านจิตใจ รวมทั้งการให้การดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมเป็นสำคัญ เนื่องจากอาการของผู้ป่วยจิตเภทมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึง ถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในทุกด้าน การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้กลับมาอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และสามารถดูแลตนเองได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

Goffman (1963) กล่าวถึง ตราบาปว่าเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีต่อคุณลักษณะหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคล หรือเป็นปฏิกริยาที่สังคมและบุคคลทั่วไปมีต่อผู้ที่มีภาวะผิดปกติ ทำให้มีความแตกต่างไปจากบุคคลทั่วไปในลักษณะรูปร่างหน้าตาของบุคคล พฤติกรรมท่าทางที่ผิดปกติ นำไปสู่การเกิดการตีตรา การไม่ให้ความสำคัญต่อความเป็นบุคคลของบุคคลนั้นๆ โดยมีการตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีตรานั้นควรถูกแบ่งแยกออกไปจากคนปกติ ซึ่งเป็นการตัดสินโดยกลุ่มคนตามพื้นฐานของการทำบทบาทหน้าที่ในสังคม ภายใต้บรรทัดฐานทางสังคม (Goffman, 1963) เน้นว่ากระบวนการ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลที่ส่งผลในการกำหนดความแตกต่างในคุณลักษณะทางสังคมของบุคคลนั้นให้กลายเป็นลักษณะที่เป็นอยู่อย่างเดียวกับตราบาป โดยคุณสมบัตินี้ไม่เพียงประสงค์นี้รวมถึงบุคคลที่เลวร้าย อันตราย หรือ อ่อนแอ Goffman (1963) ให้ความหมายตราบาปครอบคลุมถึง ลักษณะซึ่งบุคคลเปลี่ยนจากบุคคลปกติธรรมดา กลายเป็นบุคคลที่ไม่บริสุทธิ์เป็นบุคคลที่ไม่มีค่า ไม่น่าคบหา มีรอยมลทินต่างพร้อย มีรอยบาปหรือประพฤติก

ผิดด้วยการกระทำที่ไม่เป็นที่ยอมรับหรือเป็นผู้ที่ดูยกว่าผู้อื่น (visual social identity) ซึ่งบุคคลนั้น อาจไม่คาดคิดว่าตนเองได้รับการคาดหวังจากบุคคลอื่นก็ได้

แนวคิดตราบาป Goffman (1963) อธิบายว่าเป็นการให้ความหมายทางสังคม โดยกลุ่มคนในสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสร้างความหมายของตราบาปนั้นขึ้นมา ซึ่งได้กำหนดคุณลักษณะ 3 อย่างที่ก่อให้เกิดตราบาปในบุคคล คือ

1. บุคคลที่มีความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ หรือกิจกรรมทางสังคมได้เท่ากับบุคคลทั่วไป ได้แก่ ความพิการ หูหนวก ตาเหล่ เป็นต้น

2. บุคคลที่มีลักษณะแตกต่างจากบุคคลทั่วไป มีจุดด้อยในตัว หรือเคยมีความเสื่อมเสียในอดีต ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติทางจิต คนที่ติดคุก คนติดยาเสพติด คนมีพฤติกรรมรักร่วมเพศ คนว่างงาน คนที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น

3. บุคคลที่เป็นสมาชิกของกลุ่มเชื้อชาติหรือศาสนา ที่มีลักษณะแตกต่างจากคนทั่วไป ได้แก่ ชนกลุ่มน้อย ชาวผิวดำ เป็นต้น

ส่วน Wahl (1999) ได้นำแนวคิดของกอฟแมนมาทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท โดยแบ่งการรับรู้ตราบาปออกเป็น 2 ด้านคือ 1. การถูกตีตรา เป็นปฏิกริยาที่บุคคลอื่นแสดงต่อคนที่มีคุณลักษณะที่มีความเสื่อมเสีย น่ารังเกียจ 2. การถูกแบ่งแยก กีดกัน เป็นการตัดสินของกลุ่มคนหมู่มากโดยใช้บทบาทการทำหน้าที่ในสังคมมาตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีตราเป็นคนที่ไม่เหมือนกับบุคคลอื่น ๆ จึงควรถูกแบ่งแยกออกไปจากคนปกติ นอกจากนี้ Wahl (1999) ยังได้ทำการสำรวจการมีประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิตพบว่าบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทมีประสบการณ์การถูกตีตราและการถูกแบ่งแยกกีดกันมากกว่าและรุนแรงกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตอื่น ๆ จากการศึกษาของ Landeen, Seema, Goering, and Streiner (2007) ที่ทำการศึกษาผลกระทบของการรับรู้ตราบาปใน 2 มิติ ต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยจิตเภทโดยหาความสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาป แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของกลุ่มอาการโรคจิตเภท ระยะเวลาในการเจ็บป่วย โดยใช้แบบประเมินความหวังของ Miller (1992) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Sherer (1982) แบบประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้ตราบาปของ Wahl (1999) แบบประเมินอาการทางบวกทางลบ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ของ Kay, Fiszbein, and Opler (1987) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1984) กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 70 คน พบว่า ความหวัง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปที่ระดับ .01 การเห็นคุณค่าในตนเองและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ทำให้การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ส่วน

ผลกระทบทางด้านพฤติกรรม คือการลดโอกาสการเข้ารับการทํางานเหมือนกับบุคคลปกติอื่นๆ และผลระยะยาวที่ตามมาคือผู้ป่วยจะแยกตัวเองหลีกหนีและออกห่างจากสถานการณ์ที่ถูกรังเกียจจากกลุ่มคนเหล่านั้น (Link, 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตราบาปและการถูกแบ่งแยกกีดกันของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรดังรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มอาการทางบวกทางลบ Lysaker, Roe, and Yanos (2007) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีกลุ่มอาการทางบวกมีการรับรู้ตราบาปสูงกว่ากลุ่มอาการทางลบ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการทางบวก มีพฤติกรรมแปลกๆและมีการตัดสินใจไม่เหมาะสมทำให้คนทั่วไปไม่ยอมรับ (พันธู์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ertugrul and Ulug (2004) ที่ทำการศึกษาการรับรู้ ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มอาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในระดับสูง

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน Watson, Corrigan, Larson, and Sells (2007) ได้ทำการศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการเห็นคุณค่าในตนเองลดต่ำลง มีการรับรู้ตราบาปในตนเอง และมีประสบการณ์การเกิดตราบาปคล้ายคลึงกัน และจากการศึกษาของ Landeen และคณะ (2007) ที่ทำการศึกษาผลกระทบของการรับรู้ตราบาปใน 2 มิติ ต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยจิตเภท โดยหาความสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปพบว่า ความหวัง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท

3. ความหวัง Lysaker และคณะ (2007) พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยมีความรู้สึกหมดหวัง ขาดความอบอุ่นใจ มีการถอยหนีจากสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดความมั่นใจ เป็นการสร้างตราบาปจากคนในสังคม (Gray,2002) และจากการศึกษาของ Landeen และคณะ (2007) ที่ทำการศึกษาผลกระทบของการรับรู้ตราบาปใน 2 มิติ ต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยจิตเภท โดยหาความสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปพบว่า ความหวัง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ McCay and Seeman (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดความหวัง จะทำให้มีการรับรู้ตราบาปเพิ่มมากขึ้น

4. การเห็นคุณค่าในตนเอง Lysaker และคณะ (2007) พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ King, Dinos, and Watson (2007) และ Link (2001) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยทางจิตพบว่าผลที่เกิดขึ้น



ตามมาจากการเกิดตราบาปในผู้ป่วยทางจิตคือผู้ป่วยมีการเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ และจากการศึกษาของ Barrowclough, Haddock, Lobban, and Jones (2003) ที่ทำการศึกษารับรู้ตราบาป และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีการเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McCay and Seeman (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะทำให้มีการรับรู้ตราบาปเพิ่มมากขึ้น

5. การปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสามารถในการปรับตัวทางสังคมลดลง จะทำให้มีการรับรู้ตราบาปเพิ่มมากขึ้น (McCay and Seeman, 2007) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกไม่เหมาะสม การดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน จึงส่งผลกระทบต่อปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วย จิตเภทในทุกด้าน (Gallagher, 1980 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตตะ, 2541) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนได้น้อยกว่า 6 เดือน ถือว่าประสบความล้มเหลวในการปรับตัว และการกลับเป็นซ้ำของโรคในระยะเวลา 2 ปี หลังจำหน่าย ถือเป็นสัญญาณเตือนถึงการพยากรณ์โรคไม่ดี ซึ่งแสดงถึงการขาดความสามารถในการปรับตัว (Anderson, Hogarty, and Reiss, 1980) โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทมักจะมองและประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองมากกว่าความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและมีการรับรู้ที่ตนเองไม่มีความสามารถในการจัดการหรือการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น (Lukoff et al, 1984 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตตะ, 2541) จึงเกิดปัญหาการปรับตัวได้ง่าย ซึ่งจากการศึกษาปัญหาการปรับตัวทางสังคมที่พบในผู้ป่วยจิตเภทมี 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 2) ด้านการทำกิจกรรมยามว่าง 3) ด้านการปรับตัวด้านจิตใจ และจากการศึกษาของ Perlick และคณะ (2001) ที่ทำการศึกษาเรื่องโครงสร้าง และระดับการเจ็บป่วยทางจิตต่อการเกิดตราบาปและการถูกแบ่งแยกกีดกันในผู้ป่วยจิตเวชพบว่าปรับตัวทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

6. การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ Mueller และคณะ (2005) พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมและการสนับสนุนให้ใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้น ทำให้เกิดผลกระทบทางลบกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท จากแนวคิดของ (Cobb, 1976; Schaefer et al, 1981 อ้างถึงใน บุญพา ณ นคร, 2538) การสนับสนุนทางสังคมที่พบในผู้ป่วยมี 5 ด้าน 1) การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 2) การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การได้รับการช่วยเหลือด้านหาแหล่งสนับสนุนด้านการเงินสิ่งของ และ 5) การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร จากการศึกษา

ของ Mueller และคณะ (2005) ในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายนายการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้

### สมมุติฐานการวิจัย

กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตาม ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตเภทและมารับบริการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลศรีรัษฎุญา และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ เดือน มกราคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2553 โดยมีตัวแปรที่ใช้ในศึกษาดังนี้

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**กลุ่มอาการทางบวกทางลบ** หมายถึง อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงถึงภาวะผิดปกติ อาการทางบวกมีลักษณะอาการดังนี้คือ มีความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน การรับรู้ผิดจากสภาพเป็นจริงไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอดมีความผิดปกติของการพูด พูดไม่เป็นเรื่องราวขาดการเชื่อมโยง การติดต่อกับผู้อื่น มีความผิดปกติของพฤติกรรม นั่งไม่เคลื่อนไหวอยู่ในท่าแปลกๆ หรือเอะอะโวยวาย หงุดหงิด รู้สึกกังวลเหมือนจะมีคนมาทำร้ายโดย อาการทางลบมีลักษณะอาการดังนี้คือ มีการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด แยกตัว โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ที่กรมสุขภาพจิต แปลและเรียบเรียงมาจากแนวคิดของ Overall and Gorham (1962)

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** หมายถึง การรับรู้ หรือการตัดสินใจพิจารณาในเรื่องที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะดำเนินการทำพฤติกรรมด้วยความมั่นใจ บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ 3 ด้านประกอบด้วย ระดับการรับรู้ความสามารถตามความยากง่ายของพฤติกรรม ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรม และระดับความสามารถที่จะถ้อยแถลงประสบการณ์อื่น ๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ โดยประเมินจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ชญาณีษัฐ ปัญญาทอง (2545) แปลและเรียบเรียงจากแนวคิดของ (Sherer, 1982 อ้างถึงในชญาณีษัฐ ปัญญาทอง, 2545)

**ความหวัง** หมายถึง การมีกระบวนการความคิดที่ต่อเนื่องอย่างมีเป้าหมายในทางบวกต่อการรับรู้ตราบาป โดยมี 2 องค์ประกอบ คือ พลังแห่งความตั้งใจ ประกอบด้วย การคิด ตั้งใจที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย และพลังแห่งแนวทาง ประกอบด้วย การหาทางออกในการแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล ยอมรับปัญหาตามความเป็นจริง โดยประเมินได้จากแบบประเมินความหวัง ที่อังคณา หมอนทอง (2549) พัฒนามาจากแนวคิดของ (Snyder, 1994 อ้างถึงใน อังคณา หมอนทอง, 2549)

**การเห็นคุณค่าในตนเอง** หมายถึง การพิจารณาตัดสินตนเองตามความรู้สึกและทัศนคติที่มี ในเรื่องการประสบความสำเร็จ การประสบความสำเร็จล้มเหลว การปฏิเสธตนเอง การยอมรับตนเอง การพึ่งตนเอง การคิดเกี่ยวกับคุณค่าของตนเองในสังคม ตลอดจนการได้รับการยอมรับจากสังคมว่าตนเองมีค่าหรือควรค่าแก่การเคารพนับถือ โดยประเมินได้จากแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของ รูบินีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล (2545) ที่พัฒนาจากแนวคิดของ Rosenberg, 1965 อ้างถึงใน รูบินีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล, 2545)

**การปรับตัวทางสังคม** หมายถึง การมีกระบวนการในการพยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาด้านบุคลิกภาพ ให้เข้ากับความต้องการของตน ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม จนเป็นสถานการณ์ที่ตนสามารถทนอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้นๆ อย่างมีความสุข ที่ครอบคลุมกิจกรรมในด้าน การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมในยามว่าง โดยประเมินได้จากแบบประเมินของจรรยา ธีัญญาดี (2537) ที่พัฒนาจากแนวคิดของ (Katz and Lyerly, 1963 อ้างถึงใน จรรยา ธีัญญาดี, 2537)

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การได้รับ ความรักใคร่ ห่วงใย ไว้วางใจ ความสนใจเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อเรียนรู้และประเมินผลตนเองในสังคม ที่ครอบคลุม การได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า โดยการให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยประเมินได้จาก แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ของ บุญพา ณ นคร (2538) สร้างขึ้นตามแนวความคิดของ (Cobb, 1976; Schaefer et al, 1981 อ้างถึงใน บุญพา ณ นคร, 2538)

**การรับรู้ตราบาป** หมายถึง การมีกระบวนการทางความคิดร่วมกับการใช้ประสบการณ์ในการแปลความหมาย จากเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้น และแสดงการรับรู้ จากพฤติกรรมที่ผู้อื่นแสดงต่อตนเอง รับรู้ว่าตนเองไม่เป็นที่ยอมรับ มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป อันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ถูกแบ่งแยกกีดกัน โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือด้านการถูกตีตรา และด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ตราบาป ของ อรวรรณ วรณชาติ และภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ (2550) โดยแปลและพัฒนาตามแนวคิดของ Wahl (1999)

**ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด ส่งผลให้มีการรับรู้อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตาม ICD-10 ว่าเป็น โรคจิตเภทมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพจิตได้สามารถนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมและปรับปรุงให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลสุขภาพที่ดีต่อไป
2. เพื่อเป็นแนวทางศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทในแง่มุมอื่นต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดและทฤษฎี

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุ
- 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท
- 1.4 อาการ
- 1.5 การดำเนินโรค
- 1.6 ผลกระทบของโรคจิตเภทต่อการรับรู้ตราใบ
- 1.7 การรักษาโรคจิตเภท
- 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก

#### 2. ตราใบในผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของตราใบ
- 2.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับตราใบ
- 2.3 การรับรู้ตราใบในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยจิตเภท

#### 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท(Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (thought process) เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ในปี ค.ศ.1911 จิตแพทย์ชาวสวิสได้ใช้คำว่า โรคจิตเภท แทนคำว่า Dementia Precox จากอาการที่ผิดปกติที่ไม่ใช่อาการเสื่อมทางสมอง (Bleuler, 1911 อ้างถึงใน อรพรรณ ลีอนุวัชชัย, 2549)

ในการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder Forth Edition: DSM-IV) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าหมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ซึ่งประกอบ ด้วยอาการแสดง ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น เฉยชา เก็บตัว เป็นต้น ลักษณะอาการเหล่านี้เป็นอยู่อย่างน้อย 1 เดือน อาจมีอาการที่แสดงความแปรปรวนเรื่องอื่นๆ ร่วมด้วย เป็นเวลานาน 6 เดือน ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน (American Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน อรรพรรณ วรรณชาติ, 2550)

องค์การอนามัยโลก (The 10\*Edition of the International Classification Diseases: ICD-10) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิด และการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ มีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มีสติสัมปชัญญะ ความสามารถด้านเชาวน์ปัญญามักดีอยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการนึกคิด โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน (WHO, 2006 อ้างถึงใน อรรพรรณ วรรณชาติ, 2550)

อรพรรณ ลีอนุวัชชัย (2549) กล่าวว่า โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึงผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆที่ไม่มีจริง ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ พบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย และมีพฤติกรรมแปลกๆ

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

อุบัติการณ์โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยพบในร้อยละ 0.5-1 ของประชากรทั่วไป พบในคนทุกเชื้อชาติ ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน อายุเมื่อเริ่มเป็นโรคอยู่ระหว่างวัยรุ่นตอนปลาย ผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเป็นเท่าๆกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะยากจน และการศึกษาชั้นน้อย (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) ความชุก 2.5 – 5.3 ต่อ 1000 ความชุกตลอดชีพ (lifetime prevalence) 7.0 – 9.0 ต่อ 1000 เพศหญิงและเพศชายพบได้พอๆกัน เพศชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าเพศหญิง อายุพบในช่วง 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

**1.2 สาเหตุ** โรคจิตเภทถูกวินิจฉัยได้และรู้จักมานานแต่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเป็น Brain disorder โดยมีการพบหลักฐานทางชีวภาพในด้านต่างๆ มากขึ้นเรื่อยๆ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

### 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท

**1.3.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ** แนวคิดปัจจุบันมองว่า โรคจิตเภทเป็น Brain disorder โดยมีการพบหลักฐานทางชีวภาพในด้านต่างๆ มากขึ้นเรื่อยๆ หลักฐานทางชีวภาพในโรคจิตเภทที่มีหลักฐานสนับสนุนค่อนข้างมาก

**1.3.1.1 พันธุกรรม** จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไปยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง การศึกษาเพื่อหา ยีน ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคยังไม่พบตำแหน่งยีนที่ผิดปกติชัดเจน เชื่อว่าโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกัน

**1.3.1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง** สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ dopamine hypothesis เชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติ post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type2 (D2 antagonist)

สารนำสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่ง คือ serotonin พบว่า การทำงานของ serotonin-2 (5-HT<sub>2A</sub>) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (serotonin-dopamine antagonists) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ serotonin

การศึกษาในระยะหลังพบว่า N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดโรคนี้การทดลองพบว่าหาก NMDA receptor ถูกยับยั้ง จะทำให้ glutamatergic neurotransmission ที่ receptor complex นี้

ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภท รวมทั้งยังพบอาการด้านลบ และ cognitive dysfunction ด้วย

**1.3.1.3 กายวิภาคของสมอง** ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง เช่น ventricular โตกว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter การศึกษาในระดับเซลล์ไม่พบว่ามี gliosis หรือหลักฐานอื่นที่บ่งชี้ว่าโรคนี้เป็น neurodegenerative disorder แนวคิดในปัจจุบันมองว่าโรคนี้เป็น neuro developmental disorder

**1.3.1.4 ประสาทสรีรวิทยา** พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตามแนวคิดปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทมิได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หากแต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งในระดับ cortical และ subcortical อาจมองว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ disturbed neural connectivity

### 1.3.2 ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

**1.3.2.1** เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท การศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้

สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion; EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement)

**1.3.2.2** ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจฐานต่ำ ซึ่งมีสมมุติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลายๆสาเหตุ (multifactorial) แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้



เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

สรุปได้ว่าการเกิดโรคจิตเภท ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลายๆสาเหตุ แนวคิดปัจจุบันมองว่า โรคจิตเภทเป็น brain disorder โดยมีการพบหลักฐานทางชีวภาพในโรคจิตเภทสนับสนุนในด้านต่าง ๆ มากขึ้น

**1.4 ลักษณะอาการทางคลินิก** อาการที่สำคัญของโรคจิตเภท คือ มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยมีระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อยนาน 1 เดือน โดยทั่วไปแบ่งอาการเป็น 2 กลุ่ม (สมภาพ เรืองตระกูล, 2549; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) คือ

**1.4.1 กลุ่มอาการด้านบวก** แสดงออกในด้านความผิดปกติดังต่อไปนี้ ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน การรับรู้ผิดจากสภาพความเป็นจริง ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ ความผิดปกติของการพูดคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว มักใช้ประโยคหรือใช้คำศัพท์แปลกๆ ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายในลักษณะต่างๆ ตั้งแต่มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก จนถึงพลังผ่านกระวนกระวายอย่างรุนแรง อาจไม่สนใจดูแลตัวเอง แต่งตัวสกปรก หรือแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

**1.4.2 กลุ่มอาการด้านลบ** เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปมี แสดงออกในด้านความผิดปกติดังต่อไปนี้ อารมณ์เฉยเมยไม่ยินดียินร้าย พูดน้อย หมดความกระตือรือร้น ไม่สนุกกับชีวิต บกพร่องทางเชาวน์ความคิด

สรุปได้ว่า อาการของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการทางบวก ได้แก่ มีความคิดหลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติของการพูด ลักษณะการพูดไม่มีแบบแผน และมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม กลุ่มอาการทางลบ ได้แก่ มีอารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมทุกชนิด จากอาการดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทถูกมองว่าเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติ แตกต่างจากบุคคลทั่วไป

**1.5 การดำเนินโรค** การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) คือ

**1.5.1 ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase)** ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่งลง ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

ระยะเวลา โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ

**1.5.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase)** เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก

**1.5.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase)** อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า

ในระยะเวลาอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลศรีรัษฎา และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในระยะ อาการหลงเหลือ และกลับไปใช้ชีวิตประจำวันอยู่ในสังคม เป็นการให้การรักษาในระยะยาว จากอาการที่หลงเหลืออยู่ของผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้ อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทในด้านจิตใจ การปรับตัวให้เข้ากับสภาพความเป็นอยู่ทางสังคม และอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

**1.6 การรักษา** สาเหตุของโรคจิตเภทอาจไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งแต่เพียงอย่างเดียว สาเหตุอาจมีมาจากหลายๆ ทาง (เช่น จากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม) ทำให้ยากแก่การให้การรักษาที่เหมาะสมนี้คือหนึ่งในเหตุผลที่ว่า การรักษาผู้ป่วยแต่ละคนต่างก็ไม่เหมือนกัน การรักษาที่ผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม และอาชีวบำบัด เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผลการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยออกมาดี (สมภพ เรืองตระกูล, 2549; มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) การรักษาอาจแบ่งออกเป็น 3 ระยะใหญ่ ตามลักษณะอาการ

**1.6.1 การรักษาระยะอาการกำเริบ (acute treatment)** หมายถึง การรักษาในระยะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการด้านบวกกำเริบ ทั้งในการป่วยครั้งแรกหรือครั้งถัดๆ มา เป้าหมายของการรักษา คือ ควบคุมอาการที่กำเริบให้ได้โดยเร็ว จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ควบคุมอาการก้าวร้าวรุนแรง สร้างสัมพันธภาพในการรักษา กับผู้ป่วยและญาติ ควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งเป็นระยะที่ญาติเห็นความสำคัญของการรักษาเพื่อที่เขาจะได้ร่วมมือด้วยดีในระยะต่อไป ในระยะนี้การปรับขนาดยาและการให้การช่วยเหลือในด้านจิตสังคมอย่างจริงจังเป็นเรื่องสำคัญ ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกต้องทำการตรวจอย่างละเอียดรวมทั้งส่งตรวจพิเศษตามที่เห็นว่าจำเป็นเพื่อแยกจากโรคทางกายหรือจากสารที่ทำให้เกิดอาการ

คล้ายคลึง กับโรคจิตเภท สิ่งที่ควรระวังในขณะนี้คือความคิดฆ่าตัวตาย ควรถามทุกครั้ง รวมทั้งเสียงแว่วที่สั่งหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยที่มีลักษณะเหล่านี้จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยมีลักษณะที่อาจก่อความรุนแรงหรืออาจทำอันตรายต่อผู้อื่น การรักษาทางจิตสังคมในขณะนี้จะเน้นการลดสิ่งเร้าหรือความกดดันที่มีต่อผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมควรส่งเสริมความรู้สึกผ่อนคลาย สงบ หลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วยหรือให้ทำกิจกรรมที่ยุ่งยากหรือต้องใช้สมาธิความตั้งใจมาก การสื่อสารควรสั้นๆ ชัดเจน กิจกรรมประจำวันควรชัดเจนแน่นอน

**1.6.2 การรักษาในระยะอาการทุเลา (stabilization phase)** ระยะนี้อาการต่างๆ ที่กำเริบเริ่มทุเลาลง ผู้ป่วยเริ่มพอควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น อาการด้านบวกยังคงมีอยู่แต่ความรุนแรงลดลง เป้าหมายของการรักษาคือ ลดความกดดันที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือทางจิตใจ ช่วยในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมควบคุมอาการยาที่ใช้ในระยะนี้ควรเท่ากับขนาดในระยะอาการกำเริบนานอย่างน้อย 6 เดือน ระยะนี้กิจกรรมต่างๆ อาจไม่ต้องชัดเจนและแน่นอนมากเหมือนในระยะแรก ควรช่วยในการปรับพฤติกรรมให้อยู่ในสังคมได้ โดยเฉพาะกับสภาพที่บ้าน หากกลับไปทำงานควรเปลี่ยนลักษณะงานที่ยังไม่ต้องรับผิดชอบหรือมีความกดดันมากนัก

**1.6.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ (stable phase)** เป้าหมายสำคัญของการรักษาระยะยาว ป้องกันการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำ หรือช่วงอาการเฉียบพลันอีก ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสังคมได้ ป้องกันผลข้างเคียงของการรักษา

สรุปได้ว่า แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกตามลักษณะอาการของโรค โดยมีเป้าหมายการรักษาและการบำบัดแตกต่างกันไปตามอาการ แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา มีแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในทุก ๆ ระยะของการเจ็บป่วย ในการรักษาช่วงระยะอาการคงที่ มีการรักษาด้วยยาควบคู่ไปกับการรักษาทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสภาพโดยผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

**1.7 ผลกระทบของโรคจิตเภทต่อการรับรู้ตราบาป** จากนโยบายการให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนเร็วขึ้น (Deinstitutionalization) ทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ เพื่อลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ในประเทศไทย นโยบายการให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนเร็วขึ้น มีแนวคิดที่ว่าเมื่อผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน หากบุคคลในชุมชน ในสังคมมีทัศนคติ และพฤติกรรมที่แสดงออกที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทแล้วจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุข รู้สึกมีคุณค่า มี

ความภาคภูมิใจในตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ รวมทั้งยอมรับการดูแลตนเองอย่างต่อเนือง (ทวิติลปี วิษณุโยธิน, 2550) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (ปีพ.ศ.2550-2554) ที่เน้นการให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดี ต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต สามารถดูแล และจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตทั้งของตนเอง ครอบครัว และผู้อื่นในชุมชนได้ (กรมสุขภาพจิต, 2550) แต่กลับพบว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ชุมชนของตนเร็วขึ้นทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วย

จากการศึกษาของ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2549) ที่ศึกษาประสบการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องประสบกับปัญหาเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต คนทั่วไปจะหลีกเลี่ยง ไม่อยากคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือ ไม่น่าไว้วางใจ นอกจากนี้สังคมยังมองว่าไร้ความสามารถ ขาดอิสรภาพในการตัดสินใจ บางรายถูกทอดทิ้ง ต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ต้องประสบปัญหาในเรื่องการหาที่พักอาศัย การหางานทำไม่มีคนจ้าง หรือบางครั้งให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน และจากการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าระยะแรก ผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตัวเองและเรียกร้องความสนใจจากคนในครอบครัว พี่งพาผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกว่าตนเองขาดสิ่งจำเป็นทางจิตใจ ในด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยกับบุคคลอื่น หรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น (สุวิมล สมัตถะ, 2541) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวต้องประสบกับปัญหา เมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต ก็จะมีทัศนคติทางลบ หวาดกลัวไม่กล้าคบหา เมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจหรือไม่ติดต่อ ไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยถูกตัดโอกาสในการมีกิจกรรมและการใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมของตน ทำให้ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต อยู่อย่างว่าเหว่และรู้สึกว่าตนเองมีความผิดปกติเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม รวมทั้งมองตนเองไร้ค่า ไม่มีความมั่นใจในตนเอง

สรุปได้ว่า ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ตราบาป เนื่องจากอาการของโรคจิตเภท ทำให้ผู้อื่นตกใจกลัว หรือบางครั้งมีพฤติกรรมและการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เป็นที่น่าขบขัน หรือน่ารำคาญ ทำให้บุคคลทั่วไปในสังคมไม่ให้การยอมรับ โดยทั่วไปทัศนคติของคนในชุมชนที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทยังมีทัศนคติในทางลบ หวาดกลัวไม่กล้าคบหา

เมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจหรือไม่ติดต่อ ไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่น่าอาย พยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเองจากบุคคลอื่นๆ การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อตนเอง ทั้งในเรื่องของหน้าที่การงาน สังคมและสถานะเศรษฐกิจ และคิดว่าไม่เป็นที่ต้องการของญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและคนในชุมชน

**1.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก** จากนโยบายการให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนเร็วขึ้น (Deinstitutionalization) เพื่อลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ในประเทศไทย นโยบายการให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนเร็วขึ้น ทำให้รูปแบบการพยาบาลเปลี่ยนไปจากเดิม โดยเน้นการให้การพยาบาลในเชิงรุก สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (ปีพ.ศ.2550-2554) ที่เน้นการให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดี ต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต สามารถดูแล และจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตทั้งของตนเอง ครอบครัว และผู้อื่นในชุมชนได้ (กรมสุขภาพจิต, 2550) ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาจนสามารถกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน พยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก ถือเป็นบุคคลสำคัญที่จะประเมินผล ติดตาม ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคโดยมีบทบาทดังนี้

1.8.1 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นที่มสุขภาพต้องให้ความสำคัญในการติดตามรักษา ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540) การพยาบาลจิตเวช เป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1.8.2 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความแตกต่างจากผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นในทีม จิตเวช คือ การปฏิบัติการพยาบาลมุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคนมีลักษณะเป็นหน่วยเดียว มีองค์ประกอบด้าน กาย จิต วิญญาณ อยู่รวมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ โดยใช้ศาสตร์การพยาบาล และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกมีดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542 ; อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1.8.2.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง โดยการทำการประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อให้การวางแผนการพยาบาลและตัดสินใจในคลินิก จัดระบบบริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

แต่ละราย สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน พร้อมทั้งประสานงานกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้อง ร่วมปรึกษาวางแผนการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ประสานงานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและสภาพชีวิตความเป็นสุขของ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

1.8.2.2 ด้านบริหารจัดการ ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทีม เสนอแนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการพยาบาล เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ร่วมปรึกษาและประเมินระบบบริการพยาบาล เพื่อนำไปปรับปรุงการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.8.2.3 ด้านการให้ความรู้ พยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่ให้ความรู้ สอน ให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว ทักษะชีวิต การให้ความรู้ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยและครอบครัว

1.8.2.4 ด้านการเป็นที่ปรึกษา เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตให้กับครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยรายกรณี

1.8.2.5 ด้านการวิจัย พยาบาลต้องติดตามงานวิจัยใหม่ๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขการให้การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และต้องมีการทำวิจัยจากปัญหาที่พบ เพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

1.8.2.6 จัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

1.8.2.7 บทบาทของผู้บำบัด พยาบาลจิตเวชสามารถให้การบำบัด โดยใช้วิธีจิตบำบัดรายบุคคล และรายกลุ่ม ให้การบำบัดครอบครัว พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว สนับสนุนให้กำลังใจ

นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นที่มสุขภาพต้องให้ความสำคัญในการติดตามรักษา ฟันฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค จึงควรมีการติดตามและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยมีเป้าหมาย ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยทั่วไปเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข มีคุณค่า ปฏิบัติอาชีพการงานได้ Pelletier (1997 อ้างถึงใน อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2549) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านไว้พอสรุปได้ดังนี้

- 1) เป็นการพัฒนาสัมพันธภาพและความร่วมมือของผู้ให้บริการด้านสุขภาพทั้งหมด

- 2) เป็นการเตรียมการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติในการให้การพยาบาลจิตเวช
  - 3) เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ
  - 4) มีการจัดเตรียมการดูแลที่กว้างขวางมีหลายทางเลือกที่อยู่ในระบบของโรงพยาบาล หรืออยู่ในชุมชน
  - 5) มีการเปลี่ยนจากการดูแลรักษาของโรงพยาบาลมาสู่บ้าน
  - 6) มีการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในประเด็นการให้ยา การรับประทานอาหาร
  - 7) การดูแลตนเอง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะทางสังคม วิธีการแก้ปัญหาส่วนบุคคล
  - 8) ช่วยลดอาการแสดงและเพิ่มความรู้สึกมีค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และการควบคุมตนเอง
- ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จึงมีลักษณะดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)
- 1) การประเมินสถานะผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
  - 2) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน โดยมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจ การยอมรับและความเชื่อถือไว้วางใจ
  - 3) การพัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว มุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจในกันและกันของสมาชิกในครอบครัว
  - 4) สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว ทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว
  - 5) ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม ซึ่งสามารถกระทำได้ทั้งให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และการให้คำปรึกษาครอบครัว
  - 6) การสนับสนุนให้กำลังใจ ในโอกาสที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ
  - 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย และสมาชิกทุกคนในครอบครัวให้เข้าใจ มั่นใจในบทบาท ความสามารถและความรับผิดชอบของตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง
  - 8) ประสานงานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป็นการสร้างความร่วมมือกับชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

9) ประเมินผล และปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้เหมาะสมตามความต้องการมากที่สุด

สรุปได้ว่า พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลเมืองชะเชิงเทรา คำนึงถึงสภาพสังคม และวัฒนธรรม ของบุคคล ครอบครัว และชุมชนนั้นๆ และมีบทบาทที่เน้นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ดี ลดการกลับเป็นซ้ำ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณค่าในตนเอง และสามารถปฏิบัติหน้าที่การงานได้ ดังนั้นการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท นอกจากจะคำนึงถึง สภาพสังคม และวัฒนธรรม ทักษะชีวิตของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ยังต้องคำนึงถึง การดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่จะต้องอยู่ร่วมกันกับบุคคลทั่วไปในชุมชนจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้เรื่องราวที่เกิดขึ้นจากสังคมลดลง เพื่อให้คงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

## 2. ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท

### 2.1 ความหมายของตราบาป

ความหมายของตราบาป ในปี ค.ศ.1999 Stigma (พหูพจน์ของ Stigmata) เป็นคำภาษากรีก ซึ่งในรากศัพท์ดั้งเดิมหมายถึง รอยสักชนิดหนึ่งเป็นการใช้ในกลุ่มนักบวชผู้มีความเสียสละในการให้บริการช่วยเหลือสังคม ต่อมาได้ถูกนำมาใช้ในการประทับตราทาส เพื่อทำเครื่องหมายกับผู้ที่เป็นอาชญากร หรือทาส เพื่อเป็นสัญลักษณ์เพื่อชี้เฉพาะและแสดงให้เห็นเป็นการตำหนิและแสดงถึงความเป็นคนที่มีความผิดปกติทางศีลธรรม ซึ่งคนเหล่านี้จะถูกแยกตัวออกจากสังคม และหลีกเลี่ยงการปรากฏตัวในที่สาธารณะ ต่อมาคำว่าตราบาปถูกนำมาประยุกต์ใช้กับลักษณะส่วนบุคคลกรณีอื่นๆ เช่นคนที่ถูกทำให้อับอายหรือถูกทำให้ลดความน่าเชื่อถือ (Mason et al, 2001 อ้างถึงใน อรวรรณ วรรณชาติ, 2550) โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Goffman (1963) กล่าวถึงตราบาปว่า เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล หรือเป็นปฏิกริยาที่บุคคล หรือปฏิกริยาที่บุคคลทั่วไปมีต่อผู้ที่มีภาวะผิดปกติ ที่ทำให้มีความแตกต่างไปจากบุคคลทั่วไปในลักษณะรูปร่างหน้าตาของบุคคล พฤติกรรมที่ผิดปกติ เป็นต้น นำไปสู่การตีตรา ไม่ให้ความสำคัญ โดยมีการตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีดรานั้นควรถูกแบ่งแยกออกไปจากคนปกติ ซึ่งเป็นการตัดสินโดยกลุ่มคนตามพื้นฐานของการทำบทบาทหน้าที่ในสังคม ภายใต้บรรทัดฐานทางสังคม



Wahl (1999) กล่าวถึงตราบาปว่าเป็นกระบวนการทางสังคมที่บุคคลได้รับผลกระทบมาจากคุณลักษณะที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยทางจิต และการแบ่งแยกกีดกันที่เนื่องมาจากความมืดตติของบุคคลที่มีต่อภาวะความผิดปกติทางด้านจิตใจ

Mann and Himelein (2004 อ้างถึงใน Stuart, 2009) กล่าวถึงตราบาปว่าเป็นเครื่องหมายที่แสดงถึงความเสื่อมเสียชื่อเสียง การขาดความน่าเชื่อถือ เป็นการกำหนดและแบ่งแยกบุคคลที่มีความเป็ยงเบน เป็นบาป หรือเป็นอันตราย

New Freedom Commission on mental Health (NFCMH) (2003 อ้างถึงใน Stuart, 2009) กล่าวถึงตราบาปว่าเป็นการจัดกลุ่มจากทัศนคติทางลบ และความเชื่อที่ทำให้บุคคลทั่วไปในชุมชน รู้สึกกลัว ปฏิเสธ หลีกเลียงและแบ่งแยกกีดกันบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต

Stuart (2009) กล่าวถึงตราบาปว่าเป็นคุณลักษณะเฉพาะที่ถูกกำหนดโดยบุคคลแวดล้อมในสังคม ให้เป็นไปในทางลบ มีความแตกต่าง และได้รับการดูหมิ่น

Social stigma มลลักษณะทางสังคม (พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา, 2532) หมายถึงเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์แห่งความอัปยศหรือความเสื่อมเสียเกียรติที่สังคมตราให้แก่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลอันเนื่องมาจากความผิดปกติทางร่างกาย หรือผิดจริยธรรม หรือความเป็นชาติพันธุ์ที่ด้อยของบุคคลหรือกลุ่มคนนั้น

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ (2547) กล่าวถึงตราบาปว่าเป็นกระบวนการทางสังคมหรือประสบการณ์ของบุคคลที่ได้รับการปฏิเสธ ถูกแบ่งแยกกีดกัน ตาหนิติเตียน ทำให้รู้สึก ไม่มีคุณค่า น่าอับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง เป็นผลมาจากการตัดสิน ของกลุ่มบุคคลในสังคมนั้นๆ

สรุปได้ว่า ตราบาป หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะที่บุคคลในสังคมได้ตัดสินให้กับบุคคลที่มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคม ทำให้บุคคลนั้นถูกปฏิเสธ รังเกียจ ถูกแบ่งแยกกีดกัน ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกไม่มีคุณค่า น่าอับอาย ทำให้ถูกลดความน่าเชื่อถือ

## 2.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับตราบาป

### 2.2.1 ทฤษฎีการตราหน้า (Labeling theory)

แนวคิดนี้เชื่อว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่ถูกนิยามโดยบุคคลอื่นในสังคมและที่สำคัญการตราหน้านี้จะมีผลทำให้ผู้ที่ถูกตราหน้าถูกปฏิเสธ สังคมจะลดคุณค่าของบุคคลที่ถูกนิยามว่าเบี่ยงเบน ให้มีสถานภาพที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป ผลในทางลบคือ ผู้ที่ถูกตราหน้าจะทำพฤติกรรมแบบเดียวกับที่ถูกตราหน้าไว้ และถูกผลักดันให้เข้าไปรวมกลุ่มและเกิดสังคมย่อยของตนเอง ทฤษฎีโครงสร้างและการทำหน้าที่ในสังคม (Structural functional theory) เป็นการมองภาพรวมของสังคม สอดคล้องกับแนวคิดของ (Becker, 2001 อ้างถึงใน อรรถวณิช วรรณชาติ, 2550) กล่าวว่า กลุ่มบุคคลทางสังคมเป็นผู้กำหนดความแตกต่างของบุคคล โดยการสร้างกฎเกณฑ์ภายใต้บรรทัดฐานของกลุ่มบุคคลใน

สังคม และนำเกณฑ์นี้มาใช้ในสังคม ทำการตีตราบุคคลจากลักษณะภายนอกและเชื่อว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่เกิดจากการให้นิยามของกลุ่มบุคคลในสังคมที่มีผลทำให้ผู้ที่ถูกตีตรามีการกระทำเบี่ยงเบนไปตามตราบาปนั้น ทฤษฎีการตีตรา ได้อธิบายถึงผลที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ซึ่งเกิดจากการถูกสังคมนิยามทำให้เกิดการแบ่งแยกกลุ่มคนออกจากสังคม แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลทางสังคมที่มีต่อการรับรู้คุณค่าของบุคคล ส่งผลต่อบุคคล ส่งผลต่อบุคคลที่ถูกตีตรา แนวคิดนี้มีแนวคิดพื้นฐานมาจาก 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีโครงสร้างและการทำหน้าที่ในสังคม (Structural functional theory) และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic interaction theory) ทฤษฎีโครงสร้างและการทำหน้าที่ในสังคม (Structural functional theory) เป็นการมองภาพรวมของสังคม Corrigan and Penn (2004) ได้ทำการศึกษา ระดับโครงสร้างของตราบาปจากการเจ็บป่วยทางจิตและการแบ่งแยกกีดกันรูปแบบส่วนใหญ่ที่ใช้ในปัจจุบัน ที่เกี่ยวข้องกับตราบาปของการเจ็บป่วยทางจิตที่มองโดยกระบวนการทัศนคติทางจิตเวชในระดับบุคคล ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ ได้นำมาปรับใช้ในทางจิตเวชในรูปแบบของการไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ (disability model) ในรูปแบบนี้ปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญที่สุดคือการปรับตัวทางสังคม อีกทฤษฎีหนึ่งคือทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic interaction theory) โดยเน้นว่า บุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันโดยใช้สัญลักษณ์เป็นสื่อกลาง การตีตราเป็นลักษณะการให้ความหมายทางสังคม เมื่อบุคคลพฤติกรรมความเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานทางสังคม ย่อมถูกตีตราจากสังคม

พันธ์ทิพย์ รามสูตร ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับปฏิกิริยาทางสังคมต่อบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนแตกต่างไปจากบุคคลทั่วไปโดยได้กล่าวถึงปฏิกิริยาทางสังคมที่มีต่อบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, 2537 อ้างถึงใน เพ็ญศรี วงษ์พุด, 2545)

1) ระดับการตอบสนองต่อตนเอง (Self response) เป็นการที่บุคคลจะนิยามต่อสถานการณ์ นั้นๆ ซึ่งเป็นการปลุกฝังโดยผ่านกระบวนการทางสังคมตั้งแต่เด็ก เช่น บุคคลเคยถูกอบรมสั่งสอนว่าพฤติกรรมรักร่วมเพศเป็นพฤติกรรมที่ผิดเมื่อถึงวัยผู้ใหญ่หากเขามีประสบการณ์รักร่วมเพศเขาจะเกิดความรู้สึก ว่าตนเองได้ประพฤติออกจากแนวทางที่ถูกต้องของสังคม เกิดการตอบสนองต่อตนเองในลักษณะของความรู้สึกผิด เป็นต้น

2) ระดับการตอบสนองต่อการคาดการณ์ (Anticipated response) เป็นพื้นฐานที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารจากประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวกับการจัดการของสังคมต่อพฤติกรรม

เบี่ยงเบน เช่น สังคมส่วนร่วมมีปฏิริยาต่อพฤติกรรมรักร่วมเพศในทัศนะที่ว่าเป็นโรคที่สมควรต้องได้รับการรักษา เขาจะหาทางรักษาเป็นต้น

3) ระดับการตอบสนองตามการรับรู้ (Perceived response) เป็นการให้ความหมายต่อพฤติกรรมโดยบุคคลอื่นบุคคลจะประเมินการตอบสนองของบุคคลอื่นต่อพฤติกรรมต่างๆ ผ่านสัญลักษณ์ที่ใช้ร่วมกัน และเข้าใจความหมายตรงกัน ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันในสังคม การตอบสนองการรับรู้เป็นผลจากการที่บุคคลมีการคาดการณ์ต่อไป

4) ระดับการตอบสนองเชิงภาวะวิสัย (Objective response) เป็นปฏิริยาตอบสนองต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งในสถานการณ์ปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ได้แก่ ปฏิริยาจากบุคคลใกล้ชิด เช่น ครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เป็นต้น และปฏิริยาจากบุคคลกลุ่มนอก เช่น จากสาธารณชน

5) ระดับการตอบสนองในระดับองค์กรหรือสถาบัน เป็นปฏิริยาที่แสดงต่อผู้ฝ่าฝืน หรือ มีศาล สถานพินิจ โรงพยาบาลจิตเวช เป็นต้น

การตอบสนองจากสังคมที่กล่าวมา ทั้ง 5 ระดับ จะเป็นการประทับตราหรือปิดป้ายสำหรับบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือฝ่าฝืนระเบียบจนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้น เป็นพฤติกรรม ที่สังคมมอบให้แก่บุคคลเหล่านั้นโดนกระบวนการตราหน้า (Labeling process) บุคคลจะเกิดสถานภาพใหม่แทนที่สถานภาพเก่า เมื่อบุคคลได้ถูกจัดว่า เป็นคนฝ่าฝืนระเบียบตามสถานภาพหลักที่ได้มา บุคคลก็จะเริ่มแสดงตัวเองตามสถานภาพที่ถูกจัดให้เรียกว่าการแสดงตัวโดยสำนึกของตนเอง (self-conscious identification) ในการแสดงโดยสำนึกของตนเองนี้จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมหวาดระแวง อ่อนไหวต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว

### 2.2.2. แนวคิดตราบาปของ Goffman (1963)

Goffman ได้เสนอว่าตราบาปเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม ตราบาปคือ คุณลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ลักษณะแตกต่างจากคนทั่วไป เป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ ซึ่งส่งผลให้บุคคลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม อย่างไรก็ตามคุณลักษณะทางด้านสังคมหรือความแตกต่างทางกายภาพดังกล่าวไม่ได้เป็นสาเหตุเพียงพอที่จะกำหนดคุณสมบัติที่ไม่พึงประสงค์ของสังคม แต่คุณสมบัติดังกล่าวถูกกำหนดโดยอาศัยกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นเครื่องมือในการให้ความหมาย การตราหน้าจึงเป็นการให้ความหมายต่อบุคคลและพฤติกรรมโดยสังคม ผ่านกระบวนการ การมีปฏิสัมพันธ์และสัมพันธ์กับแนวคิดของสังคมในการให้คุณค่าสิ่งต่างๆ และการให้หรือใช้สัญลักษณ์แทนความหมายและคุณค่านั้นๆ Goffman (1963) เน้นว่าโดยกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลที่ส่งผลในการกำหนดความแตกต่างในคุณลักษณะทางสังคมของบุคคลให้กลายเป็นคุณลักษณะที่เป็นอย่างเดียวกับตราบาปคุณสมบัติที่ไม่พึง

ประสงค์นี้รวมถึงบุคคลที่เลวร้าย อันตราย หรือ อ่อนแอ และให้ความหมายตราบาปครอบคลุมถึงลักษณะซึ่งบุคคลเปลี่ยนจาก “บุคคลปกติธรรมดา” กลายเป็นบุคคลที่ไม่บริสุทธิ์เป็นบุคคลที่ไม่มีค่า ไม่น่าคบหา มีรอยมลทินต่างพร้อย มีรอยบาป หรือประพฤติดัดด้วยการกระทำที่ไม่เป็นที่ยอมรับ หรือเป็นผู้ที่ด้อยกว่าผู้อื่น ตราบาปจะเกิดขึ้น เมื่อเป็นเรื่องระหว่างบุคคลที่คาดหวังบุคคลอื่น (visual social identity) ซึ่งบุคคลอาจไม่คาดคิดว่าตนเองได้คาดหวังบุคคลอื่นก็ได้

สรุปได้ว่า ทฤษฎีการตราหน้า และแนวคิดตราบาปมีความคล้ายคลึงกัน มีความแตกต่างในเรื่องพฤติกรรม การตราหน้าจะครอบคลุมถึงความสัมพันธ์ของอิทธิพลทางสังคม และให้ความหมายการตราหน้าของบุคคลในลักษณะสะท้อนให้เห็นความน่ารังเกียจ ส่วนแนวคิดตราบาปของ Goffman (1963) เน้นว่าตราบาป เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล หรือเป็นปฏิกิริยาที่สังคมและบุคคลทั่วไปมีต่อผู้ที่มีภาวะผิดปกติที่ทำให้มีความแตกต่างไปจากบุคคลทั่วไปในลักษณะรูปร่างหน้าตาของบุคคล พฤติกรรมท่าทางที่ผิดปกติ เป็นต้น นำไปสู่การเกิดการตีตรา การไม่ให้ความสำคัญ โดย Wahl (1999) ได้แบ่งการรับรู้ตราบาปออกเป็น 2 ด้านคือ ด้านการถูกตีตรา และด้านการถูกแบ่งแยกก็ดกัน โดยมีการตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีตรานั้นควรถูกแบ่งแยกออกไปจากคนปกติ ซึ่งเป็นการตัดสินโดยกลุ่มคนตามพื้นฐานของการทำบทบาทหน้าที่ในสังคม ภายใต้บรรทัดฐานทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดตราบาปของ Wahl (1999) ซึ่งแบ่งการรับรู้ตราบาปออกเป็น 2 ด้านอย่างชัดเจน ซึ่งจากการศึกษาของ Wahl (1999) ผลกระทบจากประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อการรับรู้ตราบาป การมีประสบการณ์ถูกตีตราจากสังคม และการมีประสบการณ์ถูกแบ่งแยกและลดค่าของบุคคลทำให้เกิดการลดโอกาสในการดำเนินชีวิตปกติสังคมมีผลต่อการรับรู้ตนเองของผู้ที่ถูกตีตรา เช่น รู้สึกอับอาย เกลียดตนเองและตีตราประณามตนเอง

## 2.3 การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท

### ความหมายของการรับรู้

เดิมศักดิ์ คชวานิช (2546) การรับรู้ หมายถึง กระบวนการในการแปลความหมายที่เกิดขึ้นภายหลังร่างกายเกิดการสัมผัสจากสิ่งเร้าทั้งหลาย ในการแปลความหมายของสมองจะถูกต้อง ละเอียด และชัดเจน มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิม ความรู้ที่สะสมไว้ ความจำ ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมซึ่งแตกต่างกัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ การรับรู้ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ (จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2551) ได้แก่

1) ปัจจัยเกี่ยวกับผู้รับรู้ (Perceiver) ได้แก่ ทศนคติ แรงจูงใจ ความสนใจ ประสบการณ์ ความคาดหวัง

2) ปัจจัยเกี่ยวกับ สิ่งที่ถูกรับรู้ หรือเป้าหมาย (Perceived objects or target) ได้แก่ ความใกล้ชิด ความแปลกใหม่ เสียง ขนาด และตัวแปรที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้ถูกรับรู้ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว การตัดสินจากผู้อื่น ซึ่งอาจนำไปสู่ความเจ็บปวดและความไม่ชื่นชอบ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ถูกรับรู้หลีกเลี่ยงที่จะเปิดเผยตัวเอง (Rotter, 1967 อ้างถึงในจุฑาทิธิน เอื้ออำนวย, 2551)

3) ปัจจัยเกี่ยวกับ สถานการณ์ (Situation) ได้แก่ เวลา รอบการทำงาน บริบท สังคม

สรุปได้ว่า การรับรู้หมายถึง กระบวนการการแปลความหมาย ที่ระบบประสาทสัมผัส คือ การเห็น การได้ยิน การรู้สึก การสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่น แปลความหมายจากเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้น ร่วมกับการใช้ประสบการณ์ของบุคคลนั้นในการแปลความหมาย หากบุคคลมีประสบการณ์ ที่แตกต่างกัน จะทำให้มีการรับรู้แตกต่างกัน

**การรับรู้ตราบาป** การรับรู้ตราบาปเป็นกระบวนการทางความคิด ที่ระบบประสาททำหน้าที่แปลความหมายจากเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้น ร่วมกับการใช้ประสบการณ์ของบุคคลนั้นในการแปลความหมาย และแสดงการรับรู้ จากพฤติกรรมที่ผู้อื่นแสดงต่อตนเอง (เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) การที่บุคคลได้รับการถูกแบ่งแยกกีดกัน ถูกปฏิเสธ ถูกตำหนิติเตียนนั้นเป็นผลมาจากการตัดสินของกลุ่มคนในสังคมนั้นๆ (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล อ้างถึงใน เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) นอกจากนี้ Wahl (1999) ได้นำแนวคิดของ Goffman (1963) มาทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ 1.การถูกตีตรา เป็นปฏิกริยาที่บุคคลอื่นแสดงต่อคนที่มีคุณลักษณะที่มีความเสื่อมเสีย น่ารังเกียจ Goffman (1963) โดยจากการศึกษาของ (จันทรีฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก โดยผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นปมด้อย เป็นตราบาป ครอบครัวย่อมอมรับ สังคมรู้สึกรังเกียจ มีผลทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคมเพิ่มขึ้น 2. การถูกแบ่งแยก กีดกัน เป็นการตัดสินของกลุ่มคนหมู่มากโดยใช้บทบาทการทำหน้าที่ในสังคมมาตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีตราเป็นคนที่ไม่เหมือนกับบุคคลอื่นๆจึงควรถูกแบ่งแยกออกไปจากคนปกติ Goffman (1963) และ Wahl (1999) ยังได้ทำการสำรวจการมีประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิต พบว่าบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท มีประสบการณ์การถูกตีตราและการถูกแบ่งแยกกีดกันมากกว่าและรุนแรงกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตอื่นๆ

เมื่อเกิดการรับรู้ตราบาปขึ้นภายในตัวบุคคล บุคคลนั้นจะมีกระบวนการปรับตัวของแต่ละบุคคล แตกต่างกันไป มีหลายรูปแบบดังนี้ Goffman (1963)

- 1) บุคคลปิดบังซ่อนเร้นความเจ็บป่วยความพิการที่ถูกตีตราบาปจากสังคม (Hiding their illness)
- 2) บุคคลมีการเบี่ยงเบนความสนใจจากเหตุการณ์ที่ถูกตีตราบาปจากสังคม (Covering)
- 3) บุคคลมีการเปิดเผยตนเองเพื่อขอความเห็นใจ (Disclosing )
- 4) บุคคลมีการปฏิเสธไม่ยอมรับว่าเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนบอกว่าสิ่งที่ตนเป็นนั้นไม่ได้ทำให้ตนเองแตกต่างจากผู้อื่น (Deviance disavowal )
- 5) บุคคลนั้นไม่ยอมรับว่าตนถูกตีตราและในทางกลับกัน ตนเองก็ตีตราคนอื่นๆ ในสังคมว่า โง่ ไม่มีศีลธรรม (Challenging, resist social norms)

สรุปได้ว่า แนวคิดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท เป็นแนวคิดหนึ่งที่จะสามารถช่วยให้เข้าใจการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท และกระบวนการที่ทำให้เกิดการรับรู้ตราบาป ของแต่ละบุคคล รวมทั้งสามารถประเมินพฤติกรรมการแสดงออกในการปรับตัวของแต่ละบุคคลต่อการรับรู้ตราบาปได้ ดังนั้นหากพยาบาลมีความเข้าใจในกระบวนการเกิดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ก็จะทำให้เข้าใจและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

## 2.4 ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดตราบาป มีดังนี้ (พินธุภษา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549)

2.4.1 ตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมแปลกๆ ควบคุมตนเองไม่ได้ ทำให้ผู้อื่นตกใจกลัว หรือบางครั้งมีพฤติกรรมและการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เป็นที่น่าขบขัน หรือน่ารำคาญ ทำให้คนทั่วไปไม่ยอมรับ

2.4.2 ทักษะคติของบุคลากร โดยในโรงพยาบาลจิตเวชได้เสริมตราบาปให้กับผู้ป่วย โดยตีจิตเวชโครงสร้างตีเป็นแบบเฉพาะไว้สำหรับควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย และถูกตัดสิทธิ์ส่วนตัว เช่น ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามที่กำหนด หากไม่ทำตามจะถูกประเมินว่าไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

2.4.3 แพทย์ทั่วไป เมื่อจบเป็นแพทย์ได้พบผู้ป่วยทั่วไปที่เริ่มมีอาการทางจิต ไม่สามารถวินิจฉัย และรักษาได้ เพราะจากประสบการณ์ที่พบ ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยจิตเวชต้องมีอาการหนักอยู่ในสภาพเสื่อมถอยชัดเจน

2.4.4 วิธีการรักษา การรักษาด้วยไฟฟ้า คนทั่วไป และบุคลากรมองว่าเป็นเรื่องน่ากลัว ป่าเถื่อน การรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับไม่ได้

2.4.5 ตราบาปทางสังคม คนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเวชนั้นอันตราย ก้าวร้าว ทั้งที่มีผู้ป่วยจิตเวชเพียง 3 % เท่านั้นที่มีพฤติกรรมรุนแรง แต่จากสื่อที่แสดงถึงข่าวอาชญากรรมที่กระทำโดยผู้ป่วยจิตเวช ทำให้สังคมเกิดการไม่ยอมรับเข้าสู่สังคมของตน

2.4.6 ครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ครอบครัวมักจะรู้สึกผิด คิดว่าตนมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วย ต้องรับผิดชอบต่อการป่วยครั้งนี้ โรคทางจิตเวชสามารถทำลายครอบครัวได้ การหย่าร้างพบได้บ่อย สัมพันธภาพเป็นไปในทางลบ และยังมีค่าใช้จ่ายต่อเนื่องที่เกิดจากการรักษาที่ครอบครัวต้องรับผิดชอบ ดังนั้นผู้ป่วยจิตเวช ควรเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมและการเตรียมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม รวมถึงการให้คำแนะนำช่วยเหลือแก่ครอบครัวด้วย

2.4.7 การประกัน บริษัทประกันมักไม่ครอบคลุมสำหรับโรคทางจิตเวช เนื่องจากเชื่อว่าเป็นโรคที่เรื้อรังรักษาไม่หาย

สรุปได้ว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดตราบาปทั้งภายในและภายนอกตัวของผู้ป่วยจิตเภท หากพยาบาลทราบถึงปัจจัยต่างๆเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการพยาบาลอย่างตรงตามความต้องการของผู้ป่วย เป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะราย ซึ่งหากปัญหาเหล่านี้ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถเผชิญกับตราบาปที่เกิดขึ้น มีการรับรู้ตราบาปลดลงและสามารถอยู่ในสังคม ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

## 2.5 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท

### 2.5.1 กลุ่มอาการทางบวกทางลบกับการรับรู้ตราบาป

2.5.1.1 อาการทางบวก แสดงออกในด้านความผิดปกติดังต่อไปนี้ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2549)

- 1) ความคิดหลงผิด (Delusion) อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อย คือ
  - Delusion of persecution ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนปองร้าย
  - Delusion of reference ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน เช่นเห็นคนคุยกันก็คิดว่าเขานินทาว่าร้ายตน
  - Delusion of control ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดและการกระทำของตนเองถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอกบางอย่าง
  - Thought withdrawal ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดของตนเองถูกดึงออกไปจากสมอง ด้วยอำนาจบางอย่าง
  - Thought insertion ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตน แต่เป็นความคิดของคนอื่นใส่เข้ามาในสมองตน

Thought broadcasting ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดของตนส่งออกไปเป็นเสียง ทำให้ผู้อื่นล่วงรู้ความคิดของผู้ป่วย

2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ผู้ป่วยจะมีประสาทหลอนชนิดต่างๆ ชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ หูแว่ว โดยพบร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงเสียงหรือคำพูด คำพูดที่พบบ่อย คือเสียงคนพูดว่า หรือสบประมาท หรือพูดเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคนๆเดียว หรือหลายคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆ พูดโต้ตอบหรือรู้สึกกลัว ลักษณะของเสียงแว่วที่มีความสำคัญเพราะมักพบในโรคจิตเภท คือเสียงคนสองคน หรือมากกว่าพูดคุยกัน เสียงคนพูดวิจาร์ณความคิด หรือการกระทำของผู้ป่วย ลักษณะของเสียงแว่วดังกล่าวถือว่าเป็น Schneider's first-rank symptoms ด้วยเช่นกัน

3) ความผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีปัญหาในด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผลไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลารับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว โดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ความผิดปกตินี้เรียกว่า loose associations หรือผู้ป่วยพูดฟังไม่รู้เรื่องเลย เรียกว่า incoherence หรือ word salad

4) ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุ่มรวยในลักษณะต่างๆ ตั้งแต่มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก จนถึงพลังผ่านกระวนกระวายอย่างรุนแรง อาจไม่สนใจดูแลตัวเอง แต่งตัวสกปรก หรือแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

พฤติกรรมแบบคาทาโทเนีย (catatonia) ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน การรับรู้ผิดจากสภาพความเป็นจริง ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ ความผิดปกติของการพูดคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว มักใช้ประโยคหรือใช้คำศัพท์แปลกๆ ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุ่มรวยในลักษณะต่างๆ ตั้งแต่มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก จนถึงพลังผ่านกระวนกระวายอย่างรุนแรง อาจไม่สนใจดูแลตัวเอง แต่งตัวสกปรก หรือแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

2.5.1.2 อาการทางลบ Kay, Fiszbein and Opler (1987) กล่าวว่าอาการทางลบคือ อาการที่ขาดไปจากสภาพปกติและมีลักษณะอาการดังต่อไปนี้

1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) หมายถึง การแสดงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น



2) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) คือ การขาดความสนใจ และความรู้สึกเกี่ยวข้องรวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต

3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) คือ การขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถเปิดตนเองในการพูดคุย ไม่สามารถแสดงความรู้สึกใกล้ชิด ขาดความสนใจ

4) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive / apathetic social withdrawal) คือ การมีความสนใจและการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชาไร้อารมณ์ ขาดพลัง หรือแรงผลักดันภายในทำให้การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง และละเลยการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

5) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) มีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม ซึ่งแสดงออกโดยมีปัญหาในการจัดหมวดหมู่ การสรุปเป็นกฎเกณฑ์โดยทั่วไป และการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความคิดในระดับสูง

6) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) คือ การมีกระแสคำพูดช้าลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการไร้อารมณ์ การขาดแรงกระตุ้นภายใน การระมัดระวังตนหรือความบกพร่องของการรับรู้ แสดงออกโดยการมีกระแสคำพูดที่สั้นไหลอย่างต่อเนืองน้อยลงและได้เนื้อหาในการติดต่อสื่อสารน้อยกว่าปกติ

7) การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) คือ ความคิดขาดความถี่ไหลความเป็นอิสระเป็นธรรมชาติและความยืดหยุ่น ซึ่งแสดงออกโดยการมีความคิดที่ตายตัว คิดซ้ำซากหรือมีความคิดว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิดจากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่าอาการทางลบ คือ ลักษณะอาการที่ขาดหายไปจากสภาพปกติ หรือมีอาการลดน้อยลงกว่าสภาพปกติไม่เป็นธรรมชาติ โดยแสดงออกอย่างชัดเจนทางด้านเนื้อหาในการพูดคุย ขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ การขาดความใส่ใจการร่วมกิจกรรม ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคม และมีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม คิดซ้ำซากอย่างตายตัว

**2.5.2 การประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท** Brief Psychiatric Rating Scale (Overall and Gorham, 1962) ได้สร้างเครื่องมือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการต่างๆ ของอาการทางจิต โดยประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่ามีการกำหนดความหมายของอาการต่างๆ และวิธีการในการใช้ประเมิน Positive and

Negative Symptoms และกลุ่มอาการอื่นๆ ของโรคจิตเภทอย่างละเอียดรอบคอบ เกณฑ์การให้คะแนนมี 7 ระดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันเป็นขั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอาเครื่องมือ Brief Psychiatric Rating Scale (Overall and Gorham, 1962) ที่กรมสุขภาพจิต แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Overall and Gorham (1962) มาใช้ โดยใช้วิธีการประเมินทั้งจากการสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ

### 2.5.3 แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท

Bandura (1986 ;1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ตามที่ต้องการ เนื่องจากบุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อเขาเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งนั้นให้สำเร็จ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีสมรรถนะไม่ต่างกันแต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าบุคคล 2 คนนี้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่น ถ้าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน ความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม

Stuart (2009) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อในศักยภาพของบุคคลที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต เป็นการกระทำที่มีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถ มีศักยภาพที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ตามความต้องการ

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นทฤษฎีที่ Albert Bandura (1986) ได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning Theory) ประกอบด้วยแนวคิด 3 ประการ คือ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation Learning) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self – Regulatory) และแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ( Self – Efficacy )

การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ขึ้นอยู่กับ ประสบการณ์ 4 ประเภทดังนี้ (Bandura, 1981 อ้างถึงใน นพมาศ ชูังพระ, 2551 ; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

1) ความสำเร็จในการทำ (performance accomplishment) Bandura เชื่อว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนโดยส่วนใหญ่และมาจากประสบการณ์ในการจัดการกับชีวิตของตัวเอง ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจะเพิ่ม efficacy expectations ส่วนความ

ล้มเหลวจะลด efficacy expectations และเมื่อประสบความสำเร็จบ่อยๆ จะทำให้คนไม่เสียกำลังใจเมื่อล้มเหลวบ้าง ตรงกันข้ามถ้าล้มเหลวบ่อยๆ ความสำเร็จเป็นครั้งคราวจะไม่กระตุ้นให้คิดว่าตัวเองก็มีสมรรถนะแห่งตน อย่างไรก็ตามเจตคติของความล้มเหลวดังกล่าวสามารถเปลี่ยนได้โดยการให้ประสบความสำเร็จหลายๆ ครั้ง ในขั้นต่อมา ซึ่งจะทำให้เขามูมานะมากขึ้นและประสบความสำเร็จมากขึ้น ในที่สุดความเพียรดังกล่าวจะทำให้เอาชนะอุปสรรคได้

2) การมีประสบการณ์ผ่านผู้อื่น (vicarious experiences) แม้ว่าการประสบความสำเร็จโดยตัวเองจะมีความสำคัญที่สุดต่อการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพราะได้จากการจัดการกับเหตุการณ์จริง แต่การมีประสบการณ์ผ่านผู้อื่นก็สามารถมีผลต่อความคาดหวังเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตน เช่นเดียวกัน กล่าวคือ การที่ได้เห็นคนอื่นทำแล้วประสบความสำเร็จก็อาจทำให้เพิ่มความคิดที่ว่า ถ้าตัวเองไปทำก็จะประสบความสำเร็จเช่นเดียวกัน การเห็นความสำเร็จของคนอื่นสามารถทำให้คิดว่าตัวเองก็น่าจะมีสมรรถนะแห่งตน เช่นเดียวกัน การเห็นคนอื่นล้มเหลวบ่อยๆ ก็อาจทำให้เสียกำลังใจเช่นเดียวกัน

3) การชักจูงโดยคำพูด (verbal persuasion) การใช้คำพูดให้กำลังใจคนว่า เขาทำได้เป็นสิ่งที่ทำกันมาก ยกตัวอย่างเช่น พ่อแม่เป็นจำนวนมากจะให้กำลังใจลูกโดยการบอกว่าลูกทำได้ ดังนั้นการให้กำลังใจด้วยคำพูดดังกล่าว จะเพิ่มกำลังใจให้ลูกและถ้าเขาทำแล้วประสบความสำเร็จ กำลังใจก็ยิ่งมา ทำให้คิดว่าตัวเองมีสมรรถนะแห่งตนที่จะจัดกับงานต่างๆ ได้ ทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นด้วย

4) การเร้าอารมณ์ (emotional arousal) สภาพที่กดดันและยากลำบากจะทำให้คนเครียด เมื่อกดดันมาก คนก็จะคิดว่าตัวเองจะล้มเหลวทำให้มีการรับรู้ว่ามีสมรรถนะแห่งตนที่จะทำสำเร็จต่ำลง ตรงกันข้ามสภาพที่ผ่อนคลายสบายๆ จะทำให้คนมีความคาดหวังเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น คิดว่าจะทำได้มากกว่า

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นมีที่มาจากแหล่งต่างๆ หลายประการดังกล่าวมาโดยอาจเกิดจากแหล่งที่มาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายๆ อย่างประกอบกันก็ได้ โดยที่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ครอบคลุมใน 4 เรื่องคือ Bandura (1986)

1) พฤติกรรมทางเลือก การดำเนินชีวิตประจำวันนั้น บุคคลจะต้องคิด ตัดสินใจ อยู่ตลอดเวลาว่าจะต้องการทำพฤติกรรมใด ใช้เวลานานเท่าใด การที่เลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดในสถานการณ์ใดนั้น ส่วนหนึ่งก็เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยบุคคลจะเลือกทำสิ่งนั้นถ้าเขาสามารถที่จะทำสิ่งนั้นให้สำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่าเขามีความสามารถไม่พอในการทำสิ่งนั้นก็มีแนวโน้มที่จะเลี่ยงการกระทำสิ่งนั้นๆ

2) การใช้พลังและการยืนหยัด ความสามารถของตนเองที่บุคคลประเมินนั้นจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลนั้นต้องใช้ความพยายามเท่าใดและจะต้องอดทนเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆ ได้นานเท่าใด ยิ่งบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงเท่าใดบุคคลนั้นก็ยิ่งมีความพยายามและอดทนในการทำสิ่งต่างๆ มากเท่านั้น และมักจะประสบความสำเร็จในสิ่งที่ท้าทายความสามารถ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำมักจะสงสัยในความสามารถของตนเองเมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรค

3) แบบแผนความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ การตัดสินใจในความสามารถของตนเอง หรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลต่อแบบแผนความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ของเขาเหล่านั้น การกระทำพฤติกรรมและการคาดการณ์กับสิ่งแวดล้อม บุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะต่ำมักจะรู้สึกว่าคุณมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหา ซึ่งเขามีโอกาสสร้างขึ้นได้จากการเรียนรู้ในงานที่ล้มเหลวนั้น ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการรับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะสูง จะเอาใจใส่และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ สูง การพบกับอุปสรรคจะเป็นการกระตุ้นตนเองให้มีความพยายามมากยิ่งขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นตัวกำหนดแบบแผนความคิดของบุคคล ในการแก้ปัญหา

4) เป็นผู้เลือกกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรมบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะคิด รู้สึกและกระทำ พฤติกรรมที่แตกต่างไปจากบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ โดยเขาจะสนใจและเลือกทำสิ่งที่ท้าทาย หากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งพยายามมากขึ้น ถ้าพบกับความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบความสำเร็จ และกระทำการต่างๆ อย่างไม่วิตกกังวลตรงกันข้ามผู้ที่รับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะต่ำ มักเอาความสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตน แต่ไม่พยายามใช้ความสามารถของตนโดยหลีกเลี่ยงงานที่ยาก เมื่อพบอุปสรรคก็เลิกล้มการกระทำ ทำให้มีความปรารถนา ทะเยอทะยานต่ำ และต้องพบกับความเครียด ความวิตกกังวลอย่างมาก

**การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน** การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตั้งเป้าหมายของบุคคลในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของบุคคลได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ ที่ประสบความสำเร็จในอดีต จึงทำให้แต่ละบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแตกต่างกัน และความแตกต่างนี้มีส่วนเกี่ยวข้อง กับการแสดงออกของพฤติกรรม กล่าวว่าการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะแปรผันไปตาม 3 มิติ ซึ่งจะสามารถนำมาประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้

1) ขนาดหรือระดับของการรับรู้ความสามารถ ตามความยากง่ายของพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะขึ้นกับความคาดหวังของแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกัน ตามระดับความยากง่ายของพฤติกรรม ซึ่งบุคคลเลือกที่จะกระทำในสถานการณ์นั้นๆ บุคคลหนึ่ง อาจจะสามารถในการทำกิจกรรมที่ง่ายๆ หรือมีระดับความยากปานกลางเท่านั้น

2) ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม ในสถานการณ์หนึ่ง อาจมีกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่บุคคลจะต้องปฏิบัติตามระดับความยากง่ายแตกต่างกัน บุคคลที่มีความเข้มแข็งหรือมีความมั่นใจ ก็จะมีความพยายามและมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นๆ หรือการเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้เป็นอย่างดี

3) ระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ บุคคลที่เคยประสบความสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างมาก่อนอาจมีความคาดหวัง หรือมีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในสถานการณ์อื่นๆ ได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ อังคณา หมอนทอง (2549) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Sherer (1982) โดยมีคำถามครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) ขนาดหรือระดับของการรับรู้ความสามารถ ตามความยากง่ายของพฤติกรรม 2) ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม 3) ระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่

สรุปได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตั้งเป้าหมายของบุคคลในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง โดยต้องรับรู้ตนเองถึงขนาดหรือระดับของการรับรู้ความสามารถ ตามความยากง่ายของพฤติกรรม ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม และระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่

#### 2.5.4 แนวคิดความหวังกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท

##### ความหมายของความหวัง

Herth (1990) ให้ความหมายเกี่ยวกับความหวังว่าเป็นความคาดหวัง และความเชื่อ มั่นใจว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต ซึ่งสามารถแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล

Miller (1992) ให้ความหมายเกี่ยวกับความหวังว่าเป็นความรู้สึกและความคิดต่อความเป็นไปได้ในการหลุดพ้นจากความรู้สึกไม่เป็นอิสระ ความทุกข์ทรมาน ความยากลำบาก โดยเกี่ยวข้องกับการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการเผชิญความจริง การแก้ไขปัญหาความผาสุกของจิตใจ เป้าหมาย และการตระหนักในความหมายของชีวิต

สรุปได้ว่า ความหวัง หมายถึง กระบวนการความคิดที่ต่อเนื่องอย่างมีเป้าหมาย ต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท โดยมี 2 องค์ประกอบ คือ พลังแห่งความตั้งใจ และพลังแห่งแนวทาง

**แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง** แนวคิดเกี่ยวกับความหวังนั้นได้มีผู้สนใจศึกษากว้างขวาง และได้เสนอแนวคิดไว้ต่างๆ กันดังนี้

1) แนวคิดของ Snyder (1994) ให้ความหมายของความหวังว่าเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องของกลุ่มความคิดที่มีเป้าหมาย ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นจะต้องผ่านกระบวนการของความคิดที่มุ่งเป้าหมาย หรือความหวังก่อน โดยมี 2 องค์ประกอบ

1.1) พลังแห่งความตั้งใจ (Willpower) เป็นการคิดที่เต็มไปด้วยความตั้งใจที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย ซึ่งความคิดเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าเขาสามารถที่จะริเริ่มและคงไว้ซึ่งการกระทำที่นำไปสู่เป้าหมายนั้นๆ ได้ พลังแห่งความตั้งใจไม่เพียงแต่จะช่วยผลักดันให้บุคคลสู่เป้าหมายเท่านั้น แต่ยังช่วยให้บุคคลเอาชนะอุปสรรคที่ขวางกั้นการไปสู่เป้าหมายอีกด้วย

1.2) พลังแห่งแนวทาง (Waypower) เป็นการคิดเพื่อหาแนวทางวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย และเมื่อเกิดอุปสรรคหรือพบปัญหาในแนวทางเดิมก็สามารถหาแนวทางใหม่หลายๆแนวทางเพื่อที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายได้

2) แนวคิดของ Miller (1992) เสนอไว้ว่า ความหวังประกอบด้วย การมองโลกในแง่ดี มีความรู้สึกที่ต่าง ๆ มีทางเป็นไปได้ ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง มีอิสระ มีความเข้มแข็งของ อีโก้ (ego) มีความคิดว่าชีวิตมีความหมาย มีการกำหนดเป้าหมายและพยายามทำให้สำเร็จ มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตไม่ยึดติดกับความสมบูรณ์แบบในทุกเรื่องราวของชีวิต มีทักษะทางปัญญา ที่เหมาะสมและมีพฤติกรรมพยายามแสวงหาวิธีการใหม่ๆ ในการปรับปรุงฟื้นฟูความเข้มแข็ง และคงความสามารถของตนมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มรู้สึกว่ายังมีผู้ที่ร่วมสุขด้วยโดยมีความรักให้กันอย่างปราศจากเงื่อนไข

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวัง** Snyder (1994) กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความหวังของบุคคล มีดังนี้

1) ความสามารถทางปัญญา เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์ที่คุกคามและการรับรู้ ความสามารถหรือศักยภาพของตนในการรับมือกับสถานการณ์นั้น เมื่อเกิดสถานการณ์เลวร้ายหรือคุกคามต่อบุคคล บุคคลมองว่าสถานการณ์นั้นมีทางออก มีทางแก้ไข

หรือบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีแนวทางสามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ จะเป็นบุคคลที่มีความหวังในระดับสูง

2) แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่บุคคลได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน ทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ รวมถึงการยอมรับจากสังคม การได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆเหล่านี้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความหวัง

3) ภาวะสุขภาพ มองว่าสุขภาพกายเป็นเป้าหมายพื้นฐานในการไปสู่เป้าหมายอื่นๆ เนื่องจากร่างกายกับจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด บุคคลที่มีสุขภาพกายแข็งแรงสมบูรณ์ย่อมมีพลังใจที่จะคิดหาแนวทางไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ รวมถึงมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมที่มุ่งเป้าหมายนั้นด้วย

4) ประสบการณ์ของความสำเร็จในอดีตของตนหรือของผู้อื่น หรือความสามารถเอาชนะอุปสรรคในการนำไปสู่เป้าหมายได้ โดยเฉพาะประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลในการกระตุ้นและเสริมสร้างให้บุคคลเกิดความหวัง

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของ Snyder (1994) ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นจะต้องผ่านกระบวนการของความคิดที่มุ่งเป้าหมายหรือความหวังก่อน โดยมี 2 องค์ประกอบ 1) พลังแห่งความตั้งใจ เป็นการคิดที่เต็มไปด้วยความตั้งใจที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย ซึ่งความคิดเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าเขาสามารถกระทำการเพื่อไปสู่เป้าหมายนั้นๆได้ และยังช่วยให้บุคคลเอาชนะอุปสรรคที่ขวางกั้นการไปสู่เป้าหมายอีกด้วย และ 2) พลังแห่งแนวทาง เป็นการคิดเพื่อหาแนวทาง วิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย และเมื่อเกิดอุปสรรคหรือพบปัญหาในแนวทางเดิมก็สามารถหาแนวทางใหม่ หลากๆแนวทาง

**ความหวังกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในผู้ป่วยจิตเภท ความหวังเป็นสิ่งสำคัญและมีอิทธิพลต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท โดยจากการศึกษาของ Lysaker และคณะ (2007) พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกหมดหวังจะมีการรับรู้ตราบาปเพิ่มสูงขึ้น และจากการศึกษาของ Lysaker และคณะ (2007) ที่ทำการศึกษาผลกระทบของการรับรู้ตราบาปใน 2 มิติ ต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยจิตเภท โดยหาความสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปพบว่า ความหวัง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบ

กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ McCay and Seeman (1998) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดความหวังมีการรับรู้ตราบาปเพิ่มขึ้นจากเดิม

สรุปได้ว่า ความหวังเป็นสิ่งสำคัญที่มีต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ป่วยจิตเภทดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตที่เป็นปกติสุข และลดการเกิดตราบาปลง

## 2.5.5 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

### ความหมายการเห็นคุณค่าในตนเอง

Rosenberg (1965 อ้างถึงใน Pensiero and Adums, 1987) การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความเคารพนับถือ ในตนเอง และคิดว่าตนเองมีค่า

Stuart (2009) การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีการตัดสินคุณค่าที่ได้มาจากการวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเองไปในทางที่ดี สอดคล้องกับความคิดเห็นส่วนบุคคล

สรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการประเมินตนเองเกี่ยวกับ ความมีคุณค่า ความสำคัญ การประสบความสำเร็จ การยอมรับตนเอง การมีประโยชน์ต่อสังคม ตลอดจนได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับการยอมรับจากผู้มีอำนาจเหนือกว่า

### การเห็นคุณค่าในตนเองกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาของ King และคณะ (2007) และ Link (2001) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยทางจิตและผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยทางจิตและผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ จะมีการรับรู้ตราบาปสูง และ จากการศึกษาของ Werner และคณะ (2007) และ Barrowclough และคณะ (2003) ที่ทำการศึกษาการรับรู้ตราบาป และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ จะมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McCay and Seeman (1998) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้มีการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้นเช่นกัน

สรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองอาจมีผลทำให้เกิดการรับรู้ตราบาปเพิ่มมากขึ้น หากพยาบาลได้คำนึงถึงปัจจัยนี้ ก็จะทำให้ทราบแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจ และสามารถมองเห็นคุณค่าในตนเอง

**แบบประเมินเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง** แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตัวเอง เป็นแบบประเมินที่ เสาวภา ชิตวาที (2534) ได้นำมาดัดแปลง แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย จากแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตัวเองของโรเซนเบิร์ก(Rosenberg's Self-



Esteem Scale) และนำมาใช้ศึกษาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง ของผู้ที่สูญเสียแขนขา มีความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.72 (n=100) ประกอบด้วยข้อความที่ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อความที่มีความหมายทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบ 5 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็น มาตรฐาน ประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ คะแนนรวมมาก แปลว่ามีการเห็นคุณค่าในตนเองดี

## 2.5.6 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวทางสังคม

### ความหมายการปรับตัวทางสังคม

วิภาพร มาพบสุข (2541) ให้ความหมายของการปรับตัวทางสังคม หมายถึง ผลของความพยายามของบุคคลที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง ไม่ว่าจะ เป็นปัญหาความต้องการ ด้านอารมณ์ และด้านบุคลิกภาพอื่นๆ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาเหล่านั้นเป็นไปด้วยความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม จนบุคคลนั้นสามารถจะอยู่ในสภาพแวดล้อมได้อย่างปกติสุข

สุชา จันทน์เอม (2552) ให้ความหมายของการปรับตัวทางสังคม หมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้แสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายต่างๆในสิ่งแวดล้อมของเขา

มุกดา ศรียงค์ และคณะ (2542) ให้ความหมายของการปรับตัวทางสังคม หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นหรือบุคคลพยายามหาวิธีที่จะตอบโต้สิ่งที่มากระทบจิตใจของเราทั้งจากภายในหรือภายนอก เป็นความพยายามที่บุคคลจะรักษาความสมดุลแห่งจิตใจและร่างกายของเขาไว้ให้มากที่สุด

เต็มศักดิ์ คทวณิช (2546) ให้ความหมายของการปรับตัวทางสังคม หมายถึง ความพยายามของบุคคลในการที่จะหาวิธีลดสภาวะความตึงเครียดทางอารมณ์ที่เกิดจากความไม่สมปรารถนาในสิ่งที่ตนหรือสังคมคาดหวัง รวมไปถึงการปรับพฤติกรรมต่างๆเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เผชิญอยู่ ความพยายามดังกล่าวมีจุดประสงค์เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

สรุปได้ว่าการปรับตัวทางสังคม หมายถึง ความพยายามของบุคคล ที่จะปรับพฤติกรรมและความต้องการต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

### แนวคิดการปรับตัวทางสังคม

การปรับตัวทางสังคมมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ประเมินได้จากการปรับตัวทางสังคมเข้าเป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค โดยเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ เช่น การงาน ความสัมพันธ์ทางสังคม และการดูแลตนเองในช่วงเวลา ก่อนป่วยกับช่วงระยะเวลาของการเกิดความผิดปกติขึ้น ซึ่งถือว่าเป็น

ระยะเวลาดำเนินของโรค จะพบว่าแตกต่างจากความสามารถที่เคยทำได้ในระดับสูงกว่านี้ ซึ่งปัจจัยเกี่ยวกับการปรับตัวผู้ป่วยจิตเวชนี้จากการศึกษาของ Kaplan and Sadock (1995) ซึ่งพบว่าบุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะเป็นแบบแยกตัว มีลักษณะเงียบเฉยไม่กล้าแสดงออก ผันกลางวัน เก็บตัว ถ้าเป็นผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวัยรุ่นมักจะไม่ค่อยมีเพื่อนสนิทเลยตั้งแต่ก่อนป่วย มักไม่สนใจ และหลีกเลี่ยงกิจกรรมทางสังคมผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกไม่เหมาะสม การดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานซึ่งส่งผลกระทบต่อปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยในทุกด้าน (Gallagher 1980 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตถะ, 2541) กล่าวว่าผู้ป่วยที่อยู่ชุมชนได้น้อยกว่า 6 เดือน ถือว่าประสบความสำเร็จในการปรับตัว และการกลับเป็นซ้ำของโรคในระยะเวลา 2 ปี หลังจำหน่าย ถือเป็นสัญญาณเตือนถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี จากการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทขาดการวางแผนในการดำเนินชีวิต หรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นอกจากนั้นยังขาดความใส่ใจที่จะปฏิบัติจากปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยที่ไม่ดีในทุกด้านทำให้เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำรงชีวิตจึงอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งแสดงถึงการขาดความสามารถในการปรับตัว (Anderson et al, 1980) โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทมักจะมองและประเมินปัญหามากกว่าความเป็นจริงและการรับรู้ว่าตนเองขาดความสามารถในการจัดการหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงเกิดปัญหาการปรับตัวได้ง่าย (Anderson et al, 1980) การปรับตัวทางสังคมที่พบในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

ด้านการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จากการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล คือ ด้านกิจวัตรประจำวัน ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว

ด้านการทำกิจกรรมยามว่าง ผู้ป่วยจิตเภทบางคนไม่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเลย อยู่ในห้องโดยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม (กฤษณ์ชดี เทียรทอง, 2547) ผู้ป่วยจิตเภทมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิด เพียงคน หรือสองคนเท่านั้น (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

สรุปได้ว่าหากผู้ป่วยมีการปรับตัวทางสังคมที่ดี อาจทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้ากับบุคคลใน สังคมได้ การรู้ตัวราบาก็จะลดลง ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนนั้นอย่างปกติสุข

### แบบประเมินการปรับตัวทางสังคม

แบบประเมินการปรับตัวทางสังคม ของจรรยา ภัฏญญาติ (2539) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้น โดยอาศัย Katz Adjustment scale ของ Katz (1963) เป็นแนวทางในการสร้างคำถาม ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านการทำกิจกรรมตามความคาดหวังของสังคม ในเรื่องการดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และการเข้าสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ด้านการทำกิจกรรมในเวลารว่าง ทั้งในและนอกร้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการปรับตัวทางสังคม ของจรรยา ภัฏญญาติ (2539) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Katz (1963) ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ด้าน คือ ด้านการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามความคาดหวังของสังคม ด้านการทำกิจกรรมในเวลารว่าง

### 2.5.7 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

#### ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Brandt and Weinert (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ ความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา เห็นคุณค่าในตนเองและได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ

Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าการสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรัก เอาใจใส่ สนใจ ยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคมเมื่อบุคคลนั้นเผชิญความ เครียดในชีวิต

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลหนึ่ง หรือหลายคน ซึ่งเป็นที่ไว้วางใจ เป็นที่พึ่งได้ เชื่อถือได้ ให้การดูแล และทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่ายังมีผู้ที่จะให้การดูแลตน และทำให้รู้สึกว่ามีค่า ตนเองเป็นคนคนหนึ่ง

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้ ได้รับความช่วยเหลือ ความสนใจ เอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ที่ครอบคลุม การได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ และการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร

### แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

1) แนวคิดของแบรนท์และไวเนิร์ท (1985) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลเกิดความอบอุ่นใจ การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลได้ติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม การสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ทำให้บุคคลได้รับการพัฒนาทั้งด้านความคิดการตัดสินใจ การสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมด้านได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ ซึ่งทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเองได้

2) แนวคิดของคอบบ์ (1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง และเห็นคุณค่า (Esteem Support) และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network Support)

### การสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเกิดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท โดยจากการศึกษาของ Erickson และคณะ (1998) และ Mueller และคณะ (2006) พบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท การที่จะลดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทนั้น จะต้องดำเนินการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและสนับสนุนให้ใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้นกับผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ป่วยจิตเภทมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมไม่ดีพอ ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปเพิ่มมากขึ้น

สรุปได้ว่าหากผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยหาแหล่งประโยชน์จากผู้อื่นในสังคมได้ ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนนั้นอย่างปกติสุข การรับรู้ตราบาปก็จะลดลงตามมา

### แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer และคณะ (1981) เป็นแบบประเมินที่บุญพา ณ นคร (2538) สร้างขึ้นตามแนวความคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer และคณะ (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 25 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มี 5 ข้อคือ ข้อ 1-5 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 5 ข้อ คือข้อ 6-10 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมี 5 ข้อ คือข้อ 11-15

การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของมี 5 ข้อ คือข้อ 16 – 20 การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารมี 5 ข้อ คือข้อ 21- 25

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด การสนับสนุนทางสังคม ตามแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่บุญพา ณ นคร(2538) สร้างขึ้นตามแนวความคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer และคณะ (1981) ประกอบด้วย 5 ด้าน เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆได้แก่ 1) การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 2) การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ 5) การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุญพา ณ นคร (2549) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดการตีตราในสังคม โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชนเกินกว่า 6 เดือน จำนวน 10 คน ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นดังนี้ 1) การดูแลตนเองให้หายจากโรค ได้แก่การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว 3) การมีส่วนร่วมในชุมชน

ปนิดา อินทรารักษ์ (2550) ได้ทำการศึกษา ประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังจากจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม โดยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก(In-depth interview) กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีการรับรู้ทางลบของสังคม จำนวน 17 ราย ผลการศึกษาแบ่งเป็นประเด็นหลัก 3 ประเด็นดังนี้ 1) ยอมรับสภาพการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคม คือ รู้จักปล่อยวางทำให้คนอื่นแสดงความเป็นปกติต่อตน และมีจิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน 2) ทำจิตใจให้เข้มแข็งขึ้น คือมีแนวทางในการควบคุมอารมณ์ที่ไม่ปรารถนา มีกำลังใจในชีวิต มีความมั่นใจในตนเอง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ และ 3) มีความสุขกับการมีชีวิตเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป คือรู้สึกดีที่ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น ฟังพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ (2547) ได้ทำการศึกษาการรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อบรรยายการให้ความหมาย ปัญหา และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว โดยการทำสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลแบบเจาะลึก (In-depth interview) ผู้ป่วยจิตเภท 5 คน ผู้ดูแลในครอบครัว 5 คน บันทึกเทป

ถอดความจากเทป นำมาวิเคราะห์สรุปผล พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทให้ความหมายคำว่าตราบาปว่าเป็นการถูกรังเกียจจากสังคม เป็นที่หน้าอับอาย ไม่ได้มีโอกาส ถูกมองในแง่ลบ ถูกแยกให้อยู่ต่างหากจากกลุ่ม ไม่คบค้าสมาคมหรือไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรม และพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้สึกสะเทือนใจเมื่อ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนสามารถกลับเข้าไปอยู่ในชุมชนคือการถูกรังเกียจและการถูกซ้ำเติมจากเพื่อนบ้าน

สมชาย พลอยเลื่อมแสง และชรินทร์ ลิ่มสนธิกุล (2547) ได้ทำการศึกษาโดยการสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต ตราบาป และการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจในการเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิต จากการสุ่มตัวอย่าง 1,500 คนจาก 5 ส่วนของประเทศไทย ผลการสำรวจมีผู้ตอบแบบสอบถาม 198 คน คิดเป็นร้อยละ 413.2 โดยประชาชนร้อยละ 40.9 ตัดสินใจในการเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิตเมื่อประสบปัญหาสุขภาพจิตมีเพียงปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิตคือการมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตไม่ใช่ตราบาป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2548) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : ชีวิตที่ด้อยโอกาสทับซ้อน เพื่ออธิบายทัศนคติและความคิดเห็นของชุมชนต่อการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย และแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงครึ่ง มีการบันทึกเทปการสนทนาถอดความจากเทป นำมาวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ 2 ชุมชน ชุมชนที่ 1 มีผู้นำชุมชนในการให้ข้อมูลจำนวน 8 คน กลุ่มเพื่อนบ้านผู้ป่วยจิตเวช 8 คน ชุมชนที่ 2 มีผู้นำชุมชนในการให้ข้อมูลจำนวน 5 คน กลุ่มเพื่อนบ้านผู้ป่วยจิตเวช 11 คน และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันคือสงสารและเห็นใจครอบครัวที่สมาชิกเจ็บป่วยทางจิต มีทัศนคติทั้งทางบวกทางลบต่อตัวผู้ป่วย คือสงสารผู้ป่วย แต่ก็รู้สึกหวาดกลัว รังเกียจ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมีการตีทะเล้าร่วมด้วย เป็นปัญหาสังคม ของชุมชน และพบประเด็นจากการศึกษาดังนี้ 1.ครอบครัวไม่มีความสุข 2.ชุมชนไม่ปลอดภัย 3.ทั้งสงสารทั้งรังเกียจ 4.ไม่เป็นธรรมกับผู้ป่วย เสียสิทธิประโยชน์ 5.เคยชินไม่มีปัญหา 6.ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลและควรมีสถานที่เฉพาะในการดูแลผู้ป่วยเพราะในชุมชนมีปัจจัยเสี่ยงคือเหล้า ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่หาย 7.การจ้างผู้ป่วยทำงาน ราคาถูก และพบประเด็นที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการทำงานจิตเวชในชุมชน คือ 1. งานจิตเวชชุมชนไม่อยู่ในแผนงาน/นโยบายหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ 2.เพื่อนบ้านชวนผู้ป่วยตีทะเล้า

สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2548) ได้ทำการศึกษาตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อศึกษาผลกระทบของตราบาป ในผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ

ศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1. ผู้ป่วยจิตเภท 2. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช 3. ผู้ที่อยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วย 4. บุคลากรสถานบริการสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท คิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่น่าอาย พยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเองจากบุคคลอื่นๆ การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อตนเอง ทั้งในเรื่องของหน้าที่การงานและ สถานะเศรษฐกิจ ความเชื่อถือของบุคคลอื่นๆรอบข้าง ไม่เป็นที่ต้องการของญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและคนในชุมชน ไม่อยากคบค้าสมาคมด้วย ไม่ได้รับสิทธิเหมือนผู้ป่วยโรคอื่นๆ ครอบครัว ผู้ดูแล รู้สึกเสียขวัญจากการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว รวมทั้งไม่มีโอกาสหรือได้รับความช่วยเหลือเท่าที่ควร ถูกตอกย้ำและซ้ำเติมเวลาที่พาผู้ป่วยที่อาการกำเริบมาโรงพยาบาล ผู้ที่อยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวช หวาดกลัว ไม่คบค้าสมาคมด้วย บุคลากรสาธารณสุข รู้สึกว่าผู้ป่วยจิตเภทน่าสงสาร อยากให้การดูแลและช่วยเหลือ แต่ขาดทักษะและความรู้ในการประเมินอาการ การพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

Michael (2002) ได้ทำการศึกษา トラบาปและการแสดงออกทางอารมณ์ : ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศจีน โดยวิธีการสัมภาษณ์ ในกลุ่มตัวอย่างครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 952 ราย และผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 608 ราย ที่อาศัยอยู่ในประเทศจีน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 – 2000 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 60 จากการสัมภาษณ์ ครอบครัวของผู้ป่วยได้รับผลกระทบตราบาปจากสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง และผลกระทบที่เกิดขึ้นจะอยู่ในระดับสูง ถ้าในครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงและถ้าผู้ป่วยมีอาการทางบวกรุนแรงขึ้น

Dickerson, Sommerville, Origoni, and Parente (2002) ได้ทำการศึกษา ประสพการณ์การมีตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการประเมินจากผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอก ที่เข้ารับการรักษาศูนย์ของชุมชน จำนวน 74 คนที่มีอาการคงที่ สัมภาษณ์ผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม เกี่ยวกับผู้ที่มีประสพการณ์เกี่ยวกับตราบาป (CESQ) ของ Wahl (1999) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทั้งทางบวกและทางลบ และการทำหน้าที่ทางสังคม โดยผู้ป่วยจิตเภทระบุว่าเคยมีประสพการณ์ที่ทำให้เกิดตราบาป อย่างน้อยหนึ่งครั้ง พบว่า ผู้ตอบมีความกังวลเกี่ยวกับการไม่ได้รับการยอมรับเนื่องจากมีอาการทางป่วยทางจิต (ร้อยละ 70) และหลีกเลี่ยงที่จะบอกเรื่องนี้กับผู้อื่น (ร้อยละ 58) และมักจะได้อินถ้อยคำที่ก้าวร้าวหรือทำให้ไม่สบายใจ (ร้อยละ 55) และจากสื่อ (ร้อยละ 43) มักนำเสนอเกี่ยวกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในทางลบ

Lee, Tsang, Chiu, and Kleinman (2005) ได้ทำการศึกษา ประสบการณ์การเกิด ตราบาป และโครงสร้างของการถูกแบ่งแยกกีดกัน ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษา ในประเทศ ฮองกง เพื่อศึกษาเก็บข้อมูลและเปรียบเทียบประสบการณ์การเกิดตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทกับ ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท 320 คน ผู้ป่วยเบาหวาน 160 คน แผนกผู้ป่วยนอก ประเทศฮ่องกง โดยการทำ Focus group พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 40 และผู้ป่วย เบาหวานร้อยละ 15 มีประสบการณ์การเกิดตราบาป จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและ ผู้ร่วมงาน และพบว่าโปรแกรมการต่อต้านการเกิดตราบาป เพียงอย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยน ทัศนคติของชุมชนต่อโครงสร้างการเกิดตราบาปได้

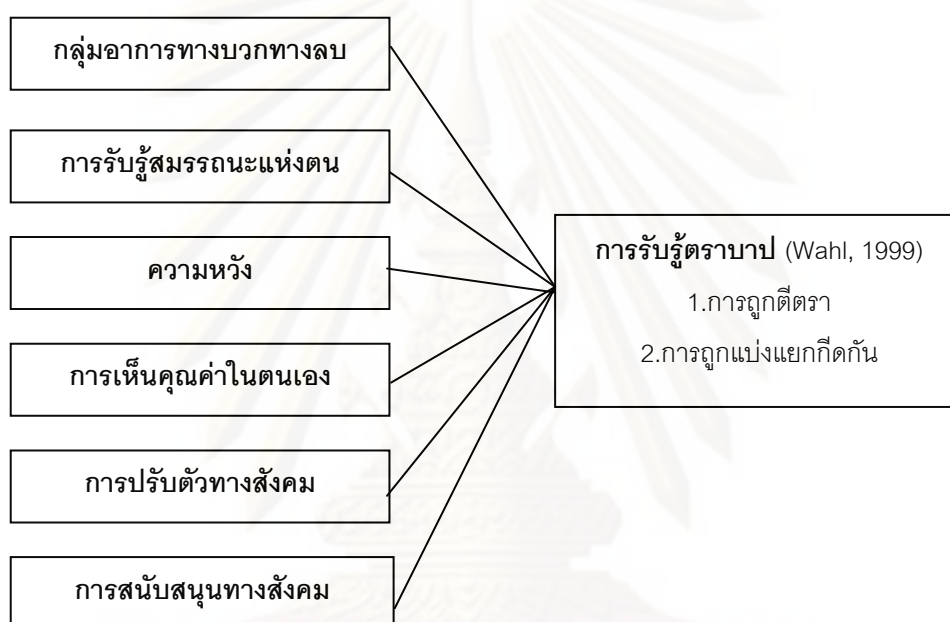
Werner, Aviv and Barac (2008) ได้ทำการศึกษา การรับรู้ตราบาป การรับรู้คุณค่าใน ตัวเอง และอายุในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ตราบาป และการรับรู้คุณค่า ในตัวเอง ในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่มีอายุน้อย และกลุ่มที่มีอายุมาก โดยการทำ Face to face interview ในผู้ป่วยโรคจิตเภท 86 คน เก็บข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช อายุเฉลี่ย 54 ปี 55% เป็นเพศหญิง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากรับรู้ตราบาปน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย

Corrigan และคณะ (2004) ได้ทำการศึกษา ระดับโครงสร้างของตราบาปจากการ เจ็บป่วยทางจิตและการแบ่งแยกกีดกันรูปแบบส่วนใหญ่ที่ใช้ในปัจจุบัน ที่เกี่ยวข้องกับตราบาปของ การเจ็บป่วยทางจิตที่มองโดยกระบวนทัศน์ทางจิตเวชในระดับบุคคล ในหัวข้อนี้ใช้กระบวนทัศน์ ด้านสังคม ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดเชิงโครงสร้างของการแบ่งแยกกีดกัน การเลือกปฏิบัติ เพื่อขยาย ความเข้าใจของกระบวนกรเกิดตราบาปต่อผู้ป่วยทางจิต ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ ได้นำมาปรับ ใช้ในทางจิตเวชในรูปแบบของการ ไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ (disability model) ในรูปแบบ นี้ปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญที่สุดคือการปรับตัวทางสังคม



### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราใบ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ คัดสรรตัวแปรที่อาจส่งผลต่อการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดตราใบของ Wahl (1999) ซึ่งแบ่งการรับรู้ตราใบออกเป็น 2 ด้านอย่างชัดเจน คือ การถูกตีตรา และการถูกแบ่งแยก กีดกัน



### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation research) เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท และหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับ การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

#### ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตาม ICD 10 มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในส่วนราชการส่วนกลางและในเขตสาธารณสุข รายจังหวัด ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากการสุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่พูดคุย สื่อสาร ได้ตอบได้ดี อายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในส่วนราชการส่วนกลางและในเขตสาธารณสุขรายจังหวัด ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ และยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ในการคำนวณ ดังนี้

$$n = 10k + 50 \quad (n = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} \quad k = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$n = (10 \times 7) + 50 = 120 \text{ คน}$$

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงเท่ากับ 120 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD 10
- 2) มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง
- 3) อยู่ในระยะอาการสงบ ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน
- 4) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ตอบได้ดี อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกไม่นำเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

- 1) มีอาการหูแว่ว มีอาการหลงผิด
- 2) มีความคิดสับสน มีอาการก้าวร้าวโดยแสดงออกทั้งทางสีหน้าและพฤติกรรม

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างจากหน่วยตัวอย่างทุกหน่วยประชากร โดยแต่ละหน่วยมีโอกาสถูกสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยเท่าเทียมกัน ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการจับฉลากเพื่อให้ได้ตัวแทนของประชากร โดยสุ่มจากส่วนราชการในส่วนกลาง 1 สังกัดจาก 5 สังกัด และในเขตสาธารณสุขรายจังหวัด 1 เขต ในส่วนราชการส่วนกลาง มี 5 สังกัดได้แก่ หน่วยงานที่สังกัดกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย จับฉลากได้ หน่วยงานที่สังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งมี 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาธรรณครินทร์ จับฉลากได้สถานที่ในการเก็บข้อมูล คือ โรงพยาบาลศรีธัญญา และตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัดจับฉลากได้ เขตที่ 8 มี 9 จังหวัด คือ จังหวัด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ นครนายก ชลบุรี ตรวาด จันทบุรี ระยอง นำรายชื่อจังหวัดในเขต 8 มาจับฉลากได้สถานที่ในการเก็บข้อมูล คือ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

4. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของผู้รับบริการ ในช่วง 1 มกราคม 2553 ถึง 31 มีนาคม 2553 โดยประชากรในแต่ละโรงพยาบาลมีดังนี้

**ตารางที่ 1** สัดส่วนประชากรของโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล

โรงพยาบาล	จำนวนผู้รับบริการ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลศรีธัญญา (ส่วนกลาง)	11,172	100
โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา (ตามเขตสาธารณสุข)	1,998	20

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 8 ส่วนได้แก่

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และ เศรษฐฐานะ

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ที่กรมสุขภาพจิต แปลและเรียบเรียงมาจาก แนวคิดของ Overall, Gorham (1962) ประกอบด้วย 18 หัวข้อ โดยแบ่ง ระดับคะแนนความรุนแรงของ อาการเป็น 1-7 ระดับ คิดเป็น คะแนนรวม 18 – 126 คะแนน ให้คะแนนโดยพิจารณาจากการสังเกต อาการของผู้ป่วยและการรายงานจากตัวผู้ป่วยเอง แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| 1) ไม่มีอาการ            | ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ                                 |
| 2) มีอาการขั้นต่ำสุด     | สงสัยว่ามีความผิดปกติหรือมีอาการแต่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| 3) มีอาการเล็กน้อย       | สงสัยว่ามีความผิดปกติเล็กน้อย                            |
| 4) มีอาการปานกลาง        | สงสัยว่ามีความผิดปกติปานกลาง                             |
| 5) มีอาการค่อนข้างรุนแรง | สงสัยว่ามีความผิดปกติค่อนข้างรุนแรง                      |
| 6) มีอาการรุนแรง         | สงสัยว่ามีความผิดปกติรุนแรง                              |
| 7) มีอาการรุนแรงมาก      | สงสัยว่ามีความผิดปกติรุนแรงมาก                           |

การแปลผลคะแนน

คะแนน	เท่ากับ	18	หมายถึง	ไม่มีอาการ
คะแนน	เท่ากับ	19 – 35	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
คะแนน	เท่ากับ	36 - 53	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
คะแนน	เท่ากับ	54 - 71	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
คะแนน	เท่ากับ	72 - 89	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
คะแนน	เท่ากับ	90 – 107	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
คะแนน	เท่ากับ	108 – 126	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

ความหมายของคะแนน

≤ 18	หมายถึง	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
19-36	หมายถึง	มีอาการทางจิต
37-126	หมายถึง	มีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้กรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1977) และใช้แนวคิดของ Sherer (1982) ที่อิงคณา หมอนทอง (2549) นำมาดัดแปลงและประยุกต์ ครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อโดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	รู้สึกเห็นด้วยอย่างมากที่สุดข้อความของประโยคนั้นๆ
เห็นด้วย	รู้สึกเห็นด้วยพอประมาณในข้อความของประโยคนั้นๆ
เฉยๆไม่แน่ใจ	รู้สึกไม่แน่ใจในข้อความของประโยคนั้นๆ
ไม่เห็นด้วย	รู้สึกไม่เห็นด้วยในข้อความของประโยคนั้นๆ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุดข้อความของประโยคนั้นๆ

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
3	คะแนน	หมายถึง	เฉยๆไม่แน่ใจ
4	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
5	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผลคะแนน มีเกณฑ์การคิดคะแนนจากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1-1.49	มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำสุด
1.50-2.49	มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ
2.50-3.49	มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง
3.50-4.49	มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง
4.50-5.00	มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงสุด

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินความหวังโดยใช้แนวคิดของ Synder (1994) ที่อังคณา หมอนทอง (2549) ได้นำมาดัดแปลงครอบคลุมความหวัง 2 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อโดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	รู้สึกเห็นด้วยอย่างมากที่สุดข้อความของประโยคนั้นๆ
เห็นด้วย	รู้สึกเห็นด้วยพอประมาณในข้อความของประโยคนั้นๆ
เฉยๆไม่แน่ใจ	รู้สึกไม่แน่ใจในข้อความของประโยคนั้นๆ
ไม่เห็นด้วย	รู้สึกไม่เห็นด้วยในข้อความของประโยคนั้นๆ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุดข้อความของประโยคนั้นๆ

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
3	คะแนน	หมายถึง	เฉย ๆ ไม่แน่ใจ
4	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
5	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผลคะแนน มีเกณฑ์การคิดคะแนนจากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ มีเกณฑ์การคิดค่าคะแนน โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1-1.49	มีความหวังอยู่ในระดับต่ำสุด
1.50-2.49	มีความหวังอยู่ในระดับต่ำ
2.50-3.49	มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง
3.50-4.49	มีความหวังการอยู่ในระดับสูง
4.50-5.00	มีความหวังอยู่ในระดับสูงสุด

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self Esteem Scale) ที่รูปนิย์ ตั้งจิตภักดีสกุล (2545) ได้นำมาดัดแปลง แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย เป็นแบบประเมินแบบเรียงอันดับ แบบ 5 มาตรา ประกอบด้วยข้อความที่ใช้สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อตนเอง มีจำนวน 10 ข้อ ข้อความทางบวก 5 ข้อ คือ 1,3,4,7,10 ข้อความทางลบ 5 ข้อ คือ 2,5,6,8,9

การหาความเชื่อมั่น เสาวภา ชิตวาที (2534) นำแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง มาใช้กับผู้สูงอายุเสีย แชนชา จำนวน 30 ราย และมีการหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา ครอนบาค เท่ากับ 0.72

ข้อความที่มีความหมายในทางบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
3	คะแนน	หมายถึง	เฉยๆไม่แน่ใจ
4	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
5	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความที่มีความหมายในทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
3	คะแนน	หมายถึง	เฉยๆไม่แน่ใจ
4	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
5	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย

การแปลผลคะแนน มีเกณฑ์การคิดค่าคะแนน โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1-1.49	มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำสุด
1.50-2.49	มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ
2.50-3.49	มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
3.50-4.49	มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง
4.50-5.00	มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูงสุด

**ส่วนที่ 6** แบบประเมินการปรับตัวทางสังคม เป็นแบบประเมินการปรับตัวทางสังคม ของ จรรยา ัญญาดี (2537) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้น โดยอาศัย Katz Adjustment scale โดย Katz and Lyerly (1963) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 ศึกษาเป้าหมายการบำบัดทางจิตเวช ว่าเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มมากขึ้นเป็นแนวทางในการสร้างคำถาม ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ด้าน คือ ด้านการทำกิจกรรมตามความคาดหวังของสังคม ในเรื่องการดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และการเข้าสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ และ 22 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

- 1) ไม่ได้ทำ ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน
- 2) ทำบ้าง ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน
- 3) ทำสม่ำเสมอ ให้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน

การแปลผลคะแนน

- 1) มีการปรับตัวอยู่ในระดับต่ำ คะแนน  $\leq 18$  คะแนน
- 2) มีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน = 19 – 20 คะแนน
- 3) มีการปรับตัวอยู่ในระดับสูง คะแนน  $> 20$  คะแนน

**ส่วนที่ 7** แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินที่บุญพา ณ นคร(2538) สร้างขึ้นตามแนวความคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 25 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มี 5 ข้อคือ ข้อ 1-5 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 5 ข้อ คือข้อ 6-10 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมี 5 ข้อ คือข้อ 11-15 การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของมี 5 ข้อ คือข้อ 16 – 20 การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารมี 5 ข้อ คือข้อ 21- 25

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

การหาความเชื่อมั่นโดย บุญพา ณ นคร(2538) นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .88

การแปลผลคะแนนโดยการหาคะแนนรวมของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างแล้วประเมินคะแนนรวมกับเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 25-57 หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
คะแนน 58-92 หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
คะแนน 93-125 หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

**ส่วนที่ 8** แบบวัดการรับรู้ตราบาป ตามแนวคิดของ Wahl (1999) ที่อรรณ วรณชาติ และ ภัทราภรณ์ พุงปันคำ (2550) ได้นำมาดัดแปลง แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ โดยวัดการรับรู้ตราบาป 2 ด้าน คือด้านการถูกตีตรา จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-9 ด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-21 ข้อคำถามส่วนใหญ่ เป็นข้อคำถาม



ด้านลบ โดยมีข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,7,16,20 และข้อคำถามด้านบวกจะกลับ  
คะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมด

การหาความเชื่อมั่นโดย อรวรรณ วรรัตนชาติ (2550) นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่ม  
ผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน 20 คน แล้วนำไปหา  
ความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .76

เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง บ่อยมาก

4 คะแนน หมายถึง บ่อยๆ

3 คะแนน หมายถึง บางครั้ง

2 คะแนน หมายถึง นานๆครั้ง

1 คะแนน หมายถึง ไม่เลย

0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยมีสถานการณ์นั้นเลย

การแปลผลคะแนน นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราบาป

แปลความหมายตามแนวคิดของ Wahl (1999) แบ่งเป็น 5 ระดับ

ค่าเฉลี่ย 0.00-1.00 หมายถึง ไม่เลย

ค่าเฉลี่ย 1.01-2.01 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง

ค่าเฉลี่ย 2.02-3.03 หมายถึง บางครั้ง

ค่าเฉลี่ย 3.03-4.03 หมายถึง บ่อย ๆ

ค่าเฉลี่ย 4.04-5.00 หมายถึง บ่อยมาก

การแปลงค่าคะแนน

ค่าเฉลี่ย 0-21 หมายถึง ไม่มีการรับรู้ตราบาป

ค่าเฉลี่ย 22-43 หมายถึง มีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 44-65 หมายถึง มีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 66-87 หมายถึง มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 88-105 หมายถึง มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ( Content validity)

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ( Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ใน  
การวิจัยทั้งหมดดังนี้คือ แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินความหวัง แบบประเมินการเห็น

คุณค่าในตนเอง แบบประเมินการปรับตัวทางสังคม และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูงจำนวน 1 คน พยาบาลเฉพาะทางมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 คน จิตแพทย์จำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2547) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาให้ข้อเสนอแนะความสอดคล้องในด้านต่างๆและนำมาปรับแก้ไข โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

คะแนน 2 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆสอดคล้องกับคำนิยามน้อย

คะแนน 3 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆสอดคล้องกับคำนิยาม

คะแนน 4 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆสอดคล้องกับคำนิยามมาก

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับปรุงแบบวัดทั้งด้านการปรับภาษาให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย ความเหมาะสมของเนื้อหาและกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา และมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน และสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Hambleton, 1975) อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2547) การยอมรับการตัดสินใจในแต่ละข้อของแบบวัดหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาแล้วต้องมากกว่า 3 ใน 5 คน

จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4

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

## ตารางที่ 2 ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI)

แบบสอบถาม	ค่า CVI	จำนวนข้อของเครื่องมือ	
		ก่อนผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ(ข้อ)	หลังผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ(ข้อ)
1. กลุ่มอาการทางบวกทางลบ	1.00	18	18
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1.00	10	10
3. ความหวัง	1.00	10	10
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง	1.00	10	10
5. การปรับตัวทางสังคม			
5.1 การทำกิจกรรมประจำวัน	.92	16	16
5.2 การทำกิจกรรมยามว่าง	.98	22	22
6. การสนับสนุนทางสังคม	1.00	25	25
7. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท	1.00	21	21

พบว่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าความตรง  
อยู่ในระดับสูง

### การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้แก้ไขปรับปรุง มาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง  
กับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย จำนวน 30 ราย โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษา  
ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่สถาบันเวชศาสตร์การบีน ในช่วงวันที่ 1-31  
กรกฎาคม 2552

2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ภายหลังกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลทันที หลังจากนั้น  
ลงคะแนนเพื่อเตรียมข้อมูลให้สมบูรณ์

3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือทุกชุดโดยใช้สูตร  
สัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งเมื่อพิจารณาค่า Correct  
Item – total Correlation และค่า Alpha if Item Delete ในแบบสอบถามทุกชุดที่นำไปทดลองใช้  
พบว่า แบบวัดการรับรู้ตราบาป ในข้อที่ 7, 11, 17 มีค่า Correct Item – total Correlation ต่ำกว่า  
0.3 เมื่อพิจารณาค่า Alpha if Item Delete แล้วพบว่าถ้าตัดข้อคำถามเหล่านี้ออกจะทำให้มีค่า  
ความเที่ยงเพิ่มขึ้น แต่เนื่องจากการตัดข้อคำถามออกไปจะมีผลทำให้ข้อคำถามไม่ครอบคลุม

เนื้อหาที่จะวัดได้ ดังนั้นผู้วิจัย ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาจึงทำการปรับปรุงข้อคำถาม โดยปรับภาษาให้ชัดเจน เข้าใจง่ายขึ้น และเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อที่ 7. มีค่า Correct Item – total Correlation เท่ากับ -.1402 ข้อคำถามเดิม ท่านเคยได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมชาติจากบุคคลที่ทราบว่าคุณได้รับการรักษาทางจิต ปรับข้อคำถามเป็น ท่านเคยได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมชาติเหมือนกับผู้อื่น จากบุคคลที่ทราบว่าคุณได้รับการรักษาทางจิต ข้อที่ 11 มีค่า Correct Item – total Correlation เท่ากับ -.4103 ข้อคำถามเดิม ท่านเคยถูกปฏิเสธการได้รับการรักษาทางจิตเนื่องจากประกันสุขภาพ ไม่ได้ครอบคลุม ค่าใช้จ่ายสำหรับโรคจิต ปรับข้อคำถามเป็น ท่านเคยถูกปฏิเสธการได้รับการรักษาทางจิต เนื่องจากสิทธิการรักษา ไม่ได้ครอบคลุม ค่าใช้จ่ายสำหรับโรคจิต ข้อที่ 17 มีค่า Correct Item – total Correlation เท่ากับ -.4754 ข้อคำถามเดิม ท่านเคยถูกปฏิเสธการทำประกันสุขภาพที่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากท่านมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ปรับข้อคำถามเป็น ท่านเคยถูกปฏิเสธหรือถูกยกเลิกการทำประกันสุขภาพจากบริษัทประกันชีวิต ที่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากท่านมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต เมื่อนำแบบสอบถามทั้งหมดไปใช้ในการเก็บข้อมูล พบว่าข้อคำถามในแบบสอบถามทุกชุดมีค่า Correct Item – total Correlation เพิ่มขึ้น และมีค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้น ซึ่งค่าความเที่ยงที่เพิ่มขึ้นนี้มีค่ามากกว่า .70 แสดงว่าแบบสอบถามที่ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าความเที่ยงสูง (ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และ ดิเรก ศรีสุข, 2544) แสดงในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเมื่อนำไปทดลองใช้และเมื่อนำไปเก็บข้อมูลจริง

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ฉบับทดลอง (N =30 คน)	ฉบับใช้จริง (N =120คน)
1. กลุ่มอาการทางลบทางบวก	.54	.72
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.91	.92
3. ความหวัง	.86	.94
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง	.72	.74
5. การปรับตัวทางสังคม		
5.1 การทำกิจกรรมประจำวัน	.78	.86
5.2 การทำกิจกรรมยามว่าง	.76	.76
6. การสนับสนุนทางสังคม	.95	.98
7. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท	.77	.80

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีรัษฎวงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เพื่อขี้อ้างอิงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยนัดหมายและเข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัษฎวงษ์ และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เพื่อขี้อ้างอิงวัตถุประสงค์การวิจัยและคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว ขี้อ้างอิงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขออนุญาตผู้ป่วยในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้เซ็นยินยอม

3. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการขี้อ้างอิงขั้นตอนในการทำแบบสอบถาม บางขั้นตอนเป็นการสังเกตและสัมภาษณ์ ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามที่ตรงกับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือนี้จำเป็นต้องเป็นพยาบาลจิตเวชที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้อง และแม่นยำมากที่สุด

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาตามปกติของแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด ขี้อ้างอิงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ หากต้องการยุติการให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลวิจัยขั้นตอนใดก็ตาม สามารถทำได้ในตลอดทุกขั้นตอนโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ในการทำวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะไม่มีการอ้างอิงถึงชื่อของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลงานวิจัยจะเป็นการนำเสนอในภาพรวมและเป็นไปในเชิงวิชาการเท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistic Package for the social science) โดยทำการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูล บัณฑิตส่วนบุคคล และปัจจัยคัดสรรของการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 และเปรียบเทียบค่า  $r$  โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540)

- เมื่อ  $r$  มีค่า .80 ขึ้นไป แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูงหรือสูงมาก
- เมื่อ  $r$  มีค่า .60-.79 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างสูง
- เมื่อ  $r$  มีค่า .40-.59 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ปานกลาง
- เมื่อ  $r$  มีค่า .20-.39 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ
- เมื่อ  $r$  มีค่า .19 ลงมา แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่ำ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

### ผลการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภท จากกลุ่มตัวอย่าง 120 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาสถานภาพส่วนบุคคล และปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และปัจจัยคัดสรร ได้แก่ กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภท แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4-16

ตอนที่ 2 การศึกษาการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภท แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 16-19

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภท แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 20

ตอนที่ 1 การศึกษาสถานภาพส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	68	56.7
หญิง	52	43.3
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	66	55
คู่	37	30.8
หม้าย	4	3.3
หย่าร้าง	8	6.7
แยกกันอยู่	5	4.2
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	4	3.3
ประถมศึกษา	34	28.3
มัธยมศึกษา	52	43.3
อนุปริญญา	12	10
ปริญญาตรี	15	12.5
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.5
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	51	42.5
รับจ้าง	31	25.8
พนักงานบริษัท	3	2.5
ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ	6	5
อื่นๆ	29	24.2



ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
0-5,000	16	13.3
5,001-10,000	77	64.2
10,001-15,000	27	22.5

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.7 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 55 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.3 อาชีพ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 42.5 ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท / เดือน คิดเป็นร้อยละ 64.2

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
21-30	27	22.5
31-40	33	27.5
41-50	38	31.67
51-60	15	12.5
61-70	6	5.0
71-80	1	0.83
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท (ปี)		
1-10	81	67.5
11-20	28	23.3
21-30	11	9.2

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท มีอายุ 22-75 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.67 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท 1 ปี ถึง 30 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.5

**ตารางที่ 6** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มอาการทางบวกทางลบ จำแนกรายข้อ

กลุ่มอาการทางบวกทางลบ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ป่วยเป็นโรคทางกาย	1.03	0.157	ต่ำสุด
2. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมากังวลหรือกลัว /มีผลต่อการทำงาน	1.31	0.464	ต่ำสุด
3. แยกตัวมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับผู้อื่นไม่แสดงอารมณ์ หน้าเฉยเมย	1.02	0.129	ต่ำสุด
4. พูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม ไม่ต่อเนื่อง	1.04	0.201	ต่ำสุด
5. รู้สึกตำหนิตนเอง ในสิ่งที่ทำไม่ได้ หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีต	1.03	0.180	ต่ำสุด
6. มองจากท่านั่งรู้สึกตึงเครียด ขณะพูดมีการกระตุก เสียงสั่น	1.02	0.129	ต่ำสุด
7. มีท่าทางและการเคลื่อนไหวไม่เป็นธรรมชาติ เก้งก้าง แข็ง ดูแปลกๆ	1.00	0.000	ไม่มีอาการ
8. รู้สึกมีความสามารถพิเศษบางอย่าง / คิดว่าเป็นใครที่มีชื่อเสียง	1.09	0.290	ต่ำสุด
9. รู้สึกว่าไม่มีความสุข / รู้สึกเศร้า / สามารถเบนความสนใจจากเรื่องที่ทำให้มีความรู้สึกเศร้า / ความรู้สึกรบกวนการทำงาน	1.11	0.312	ต่ำสุด
10. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อย ๆ / มีปัญหาหาคู่หรือทะเลาะกับคนอื่น / สัมพันธภาพกับผู้อื่นคนในครอบครัวเพื่อนร่วมงาน	1.75	0.506	ต่ำสุด
11. รู้สึกเหมือนกับมีคนคอยจับผิด มีคนคิดร้าย / โดยวิธีใด / รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการคิดร้าย	1.31	0.464	ต่ำสุด
12. ได้ยินเสียงหรือมีคนพูดด้วยโดยไม่เห็นตัว มองเห็นหรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้ / ประสบการณ์นี้มีผลกระทบชีวิตประจำวัน	1.16	0.367	ต่ำสุด
13. การพูด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (สังเกตพฤติกรรม)	1.00	0.000	ไม่มีอาการ
14. มีท่าที่ต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ	1.00	0.000	ไม่มีอาการ
15. ความคิดแปลก เช่น มีความเชื่อเรื่องพลังจิต วิญญาณ	1.02	0.129	ต่ำสุด
16. สีหน้าไม่แสดงความรู้สึก อารมณ์	1.07	0.250	ต่ำสุด
17. มีท่าที่ลุกลุกกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว อยู่ไม่เป็นสุข	1.02	0.129	ต่ำสุด
18. ถ้าม วันที สถานที่ เวลา บุคคล	1.00	0.000	ไม่มีอาการ
<b>กลุ่มอาการทางบวกทางลบ โดยรวมเฉลี่ย</b>	<b>1.108</b>	<b>0.0742</b>	<b>ต่ำสุด</b>

จากตารางที่ 6 พบว่าเมื่อพิจารณาอาการทางบวกทางลบเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของ กลุ่มอาการทางบวกอยู่ในระดับต่ำสุด โดยข้อที่มีอาการทางบวกคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อย ๆ / มีปัญหาชกต่อยหรือทะเลาะกับคนอื่น / สัมพันธภาพกับผู้อื่นคนในครอบครัวเพื่อนร่วมงาน ( $\bar{X} = 1.75$ ,  $SD = 0.506$ ) ข้อที่มีอาการทางบวกคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด มีท่าทีลึกลับลึกลน มีปฏิริยาโต้ตอบเร็ว อยู่ไม่เป็นสุข ( $\bar{X} = 1.02$ ,  $SD = 0.129$ ) ข้อที่มีอาการทางลบคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ สีหน้าไม่แสดงความรู้สึก อารมณ์ ( $\bar{X} = 1.07$ ,  $SD = 0.250$ ) ข้อที่มีอาการทางลบคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ แยกตัวมีปฏิริยาโต้ตอบกับผู้อื่นไม่แสดงอารมณ์ หน้าเฉยเมย ( $\bar{X} = 1.02$ ,  $SD = 0.129$ )

**ตารางที่ 7** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำแนกรายข้อ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ทำกิจกรรมต่างๆได้ตามความสามารถของตนเอง	4.22	0.957	สูงสุด
2. รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ในระดับที่แตกต่างกัน	3.89	1.222	สูง
3. กิจกรรมบางอย่างที่ยากเกินความสามารถยอมรับว่าฉันทำไม่ได้	3.90	1.286	สูง
4. มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง	3.82	1.263	สูง
5. มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง	3.74	1.325	สูง
6. มีความมั่นใจในแผนการรักษาของแพทย์	4.70	0.559	สูงสุด
7. สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาได้	3.33	1.362	ปานกลาง
8. สามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้หลายวิธี	3.23	1.370	ปานกลาง
9. มีวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคจิตเภทได้	3.54	1.340	สูง
10. รับรู้ถึงอาการของโรคจิตเภทของตนเองได้	3.86	1.204	สูง
<b>การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยรวมเฉลี่ย</b>	<b>3.82</b>	<b>0.926</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.82$ ,  $SD = 0.926$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ มีความมั่นใจในแผนการรักษาของแพทย์ ( $\bar{X} = 4.70$ ,  $SD = 0.599$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ สามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้หลายวิธี ( $\bar{X} = 3.23$ ,  $SD = 1.370$ )

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความหวัง จำแนกรายข้อ

ความหวัง	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. มีความตั้งใจจะดูแลตนเองให้หายจากโรคจิตเภท	4.58	0.559	สูงสุด
2. พยายามสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นก่อน	3.36	1.346	ปานกลาง
3. คิดว่าชีวิตตนเองมีคุณค่า และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต	3.54	1.359	สูง
4. ควบคุมตนเองรับประทานครุฑอย่างต่อเนืองได้	4.28	0.980	สูงสุด
5. สามารถศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ	3.60	1.344	สูง
6. หาทางออกกับปัญหาหนึ่งๆได้หลายแนวทาง	3.22	1.411	ปานกลาง
7. หาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล	3.50	1.353	สูง
8. ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นตามสภาพเป็นจริงได้	3.76	1.230	สูง
9. เห็นแนวทางที่จะสามารถเปลี่ยนเหตุการณ์ต่างๆไปในทางที่ดีได้	3.54	1.270	สูง
10. มีความเข้มแข็งภายในจิตใจ	3.32	1.366	ปานกลาง
<b>ความหวัง โดยรวม เฉลี่ย</b>	<b>3.67</b>	<b>1.007</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความหวัง เฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.67$ ,  $SD = 1.007$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ มีความตั้งใจจะดูแลตนเองให้หายจากโรคจิตเภท ( $\bar{X} = 4.58$ ,  $SD = 0.559$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ หาทางออกกับปัญหาหนึ่งๆได้หลายแนวทาง ( $\bar{X} = 3.22$ ,  $SD = 1.411$ )

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการเห็นคุณค่าในตนเอง จำแนกรายข้อ

การเห็นคุณค่าในตนเอง	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. โดยทั่วไปรู้สึกพอใจตนเอง	3.27	1.255	ปานกลาง
2. มีบ่อยครั้งที่คิดว่าตัวเองไม่มีอะไรดีเลย	2.97	1.184	ปานกลาง
3. รู้สึกว่ามีอะไรดี ๆ ในตัวเอง	3.31	1.136	ปานกลาง
4. สามารถทำอะไรได้ดีเหมือนคนอื่น ๆ	3.22	1.139	ปานกลาง
5. รู้สึกว่าตัวเองไม่มีอะไรน่าภาคภูมิใจมากนัก	2.98	1.237	ปานกลาง
6. รู้สึกบ่อย ๆ ว่าตัวเองไร้ค่า	3.02	1.230	ปานกลาง
7. รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าอย่างน้อยที่สุดเท่ากับคนอื่น	3.28	1.166	ปานกลาง
8. อยากภาคภูมิใจในตัวเองมากกว่านี้	4.27	0.695	สูงสุด
9. โดยรวมแล้วมีแนวโน้มจะรู้สึกว่าล้มเหลว	2.88	1.306	ปานกลาง
10. มีความรู้สึกที่ดีกับตัวเอง	3.18	1.277	ปานกลาง
<b>การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยรวมเฉลี่ย</b>	<b>3.24</b>	<b>0.287</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างการเห็นคุณค่าในตนเองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.24$ ,  $SD = 0.287$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ อยากภาคภูมิใจในตัวเองมากกว่านี้ ( $\bar{X} = 4.27$ ,  $SD = 0.695$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ โดยรวมแล้วมีแนวโน้มจะรู้สึกว่าล้มเหลว ( $\bar{X} = 2.88$ ,  $SD = 1.306$ )

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับ ของการปรับตัวทางสังคม (ด้านการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน) จำแนกรายข้อ

การปรับตัวทางสังคม(ด้านการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน)	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ช่วยงานบ้าน	0.48	0.502	ต่ำ
2. ไปเยี่ยมเพื่อน	0.02	0.129	ต่ำ
3. ไปเยี่ยมญาติ	0.00	0.000	ต่ำ
4. สัมผัสกับเพื่อนที่บ้าน	0.01	0.091	ต่ำ
5. อาบน้ำแต่งตัวและดูแลตัวเองได้	0.94	0.235	ต่ำ
6. มีส่วนช่วยเหลือครอบครัวในเรื่องค่าใช้จ่ายในบ้าน	0.40	0.492	ต่ำ
7. ทำสิ่งต่าง ๆ ที่สำคัญได้ทันเวลา	0.22	0.414	ต่ำ
8. เข้าได้กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ	0.19	0.395	ต่ำ
9. ไปงานเลี้ยงและร่วมกิจกรรมทางสังคม	0.00	0.000	ต่ำ
10. เข้าได้ดีกับเพื่อนบ้าน	0.04	0.201	ต่ำ
11. ช่วยครอบครัวในการจับจ่ายซื้อของ	0.11	0.312	ต่ำ
12. ช่วยเลี้ยงบุตร น้อง หรือหลาน	0.08	0.278	ต่ำ
13. ไปวัดหรือไปโบสถ์	0.03	0.180	ต่ำ
14. ทำงานอดิเรก	0.03	0.180	ต่ำ
15. ทำงานประกอบอาชีพหรือเรียน	0.44	0.499	ต่ำ
16. ช่วยเหลือจนเจือหาเลี้ยงครอบครัว	0.42	0.495	ต่ำ
<b>การปรับตัวทางสังคม (การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน)</b> <b>โดยรวมเฉลี่ย</b>	<b>0.21</b>	<b>0.146</b>	<b>ต่ำ</b>

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปรับตัวทางสังคม(การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 0.21$ ,  $SD = 0.146$ ) โดยข้อที่มีการปรับตัวทางสังคมสูงที่สุด คือ อาบน้ำแต่งตัวและดูแลตัวเองได้ ( $\bar{X} = 0.94$ ,  $SD = 0.235$ ) ข้อที่มีการปรับตัวทางสังคมต่ำที่สุดคือ ไปเยี่ยมญาติ และไปงานเลี้ยงและร่วมกิจกรรมทางสังคม ( $\bar{X} = 0.00$ ,  $SD = 0.00$ )

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับ ของการปรับตัวทางสังคม (ด้านการทำกิจกรรมยามว่าง)

การปรับตัวทางสังคม(ด้านการทำกิจกรรมยามว่าง)	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ดูแลงานบ้าน	0.25	0.435	ต่ำ
2. ดูแลสวนหรือลานบ้าน	0.10	0.301	ต่ำ
3. ทำงานอดิเรก	0.08	0.278	ต่ำ
4. ฟังวิทยุ	0.09	0.290	ต่ำ
5. ดูโทรทัศน์หรือวีดีโอ	0.30	0.460	ต่ำ
6. เขียนจดหมายหรือคุยโทรศัพท์	0.14	0.350	ต่ำ
7. ไปดูภาพยนตร์	0.02	0.129	ต่ำ
8. ไปฟังบรรยายหรือดูการแสดงบนเวที	0.02	0.129	ต่ำ
9. ไปร่วมงานสังสรรค์นอกบ้าน	0.03	0.157	ต่ำ
10. ไปซื้อของ	0.13	0.332	ต่ำ
11. มีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกับชุมชนหรือวัด	0.02	0.129	ต่ำ
12. เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย	0.01	0.091	ต่ำ
13. เล่นเกมส์ สนุกเกอร์ หรือไพ่	0.00	0.000	ต่ำ
14. ขับรถเที่ยวหรือนั่งรถเที่ยว	0.01	0.091	ต่ำ
15. ไปเยี่ยมเพื่อน	0.00	0.000	ต่ำ
16. ร่วมสังสรรค์กับเพื่อน	0.00	0.000	ต่ำ
17. เย็บปักถักร้อยหรืองานช่าง	0.00	0.000	ต่ำ
18. อ่านหนังสือ	0.03	0.180	ต่ำ
19. ไปห้องสมุด	0.02	0.129	ต่ำ
20. นิ่งเฉย ๆ และคิดไปเรื่อย ๆ	0.67	0.473	ต่ำ
21. ซอบอยู่บ้าน	0.86	0.350	ต่ำ
22. ไปที่โรงเรียนหรือที่ทำงาน	0.47	0.501	ต่ำ
การปรับตัวทางสังคม(ด้านการทำกิจกรรมยามว่าง) โดยรวมเฉลี่ย	0.14	0.220	ต่ำ

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปรับตัวทางสังคม(การทำกิจกรรมยามว่าง) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 0.14$ ,  $SD = 0.220$ ) โดยข้อที่มีการปรับตัวทางสังคมสูงที่สุด คือ ชอบอยู่บ้าน ( $\bar{X} = 0.86$ ,  $SD = 0.350$ ) ข้อที่มีการปรับตัวทางสังคมต่ำที่สุดคือ เล่นเกมส์ สุนัขเกอร์ หรือไฟ ไปเยี่ยมเพื่อน ร่วมสังสรรค์กับเพื่อน และเย็บปักถักร้อยหรืองานช่าง ( $\bar{X} = 0.00$ ,  $SD = 0.00$ )

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของการปรับตัวทางสังคม ภายด้าน

ระดับการปรับตัวทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน	3.416	2.332	ต่ำ
ด้านการทำกิจกรรมยามว่าง	3.233	3.468	ต่ำ
<b>รวม</b>	<b>6.65</b>	<b>3.468</b>	<b>ต่ำ</b>

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ และระดับของการปรับตัวทางสังคม

ระดับการปรับตัวทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
มีการปรับตัวอยู่ในระดับต่ำ	118	98.3
มีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง	2	1.7
มีการปรับตัวอยู่ในระดับสูง	0	0
<b>รวม</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 12-13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปรับตัวทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 98.3 ทั้งด้านการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และด้านการทำกิจกรรมยามว่าง โดยรวม ( $\bar{X} = 6.65$ ,  $SD = 3.468$ )

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของการสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายข้อ

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD
1. มีคนที่ไว้ใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆได้	3.50	1.053
2. คนรอบตัวไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้รู้สึกหมกมุ่นกังวลใจ	3.62	0.972
3. ได้รับความรักความอบอุ่น จากครอบครัว	3.67	1.087
4. ไม่เคยรู้สึกเหงา ว้าเหว่ แม้ต้องอยู่ตามลำพัง	3.38	1.070
5. เมื่อมีปัญหาใดๆก็ตามสามารถปรึกษาคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด	3.63	1.101
6. มีคนรอบข้างให้ความเคารพนับถือ	3.13	1.220
7. สามารถให้คำปรึกษาแก่คนที่มีปัญหาได้	2.90	1.212
8. เคยช่วยเหลือดูแลผู้อื่นเพื่อให้เขาได้รับความสุขสบาย	3.05	1.166
9. สามารถทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี	3.08	1.217
10. เป็นคนที่ไว้ใจได้เสมอเมื่อทำงานร่วมกับผู้อื่น	2.89	1.180
11. มีการติดต่อไปมาหาสู่กับผู้อื่นบ้างเป็นครั้งคราว	2.88	1.094
12. มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในบางโอกาส	2.75	1.147
13. เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ต่างๆภายในหมู่บ้าน	2.55	1.107
14. บุคคลรอบข้างให้การยอมรับ ให้ช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ	2.77	1.075
15. มีส่วนร่วมในการรับรู้เรื่องราวความเป็นไปต่างๆของคนในครอบครัว	3.38	1.117
16. มีเงินใช้จ่ายอย่างเพียงพอ	3.52	1.145
17. เมื่อต้องการสิ่งของ เครื่องใช้ต่างๆ สามารถหาซื้อได้อย่างสะดวกสบาย	3.63	1.160
18. เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย มีคนคอยช่วยเหลือเอาใจใส่ดูแล	3.72	1.137
19. เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการเงินท่านสามารถขอความช่วยเหลือ จากคนรอบข้างได้	3.58	1.193
20. ได้รับความสะดวกสบายในการบริการจากผู้อื่น เมื่อต้องการทำสิ่งต่างๆ	3.59	1.134
21. เมื่อต้องการทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ มีคนสามารถอธิบายให้ท่านเข้าใจ	3.75	1.055
22. เมื่อทำบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้องมีคนให้คำแนะนำ	3.92	1.014

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD
23. มีคนตกเดือน เมื่อไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ	3.95	1.036
24. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีคนที่สามารถ แก้ปัญหาหรือข้อสงสัยให้ได้	3.92	0.984
25. มีคนให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทาง ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนิน ชีวิต	3.98	0.979
<b>การสนับสนุนทางสังคม โดยรวม เฉลี่ย</b>	<b>3.389</b>	<b>0.907</b>

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ และระดับของการสนับสนุนทางสังคม

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	15	12.5
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	52	43.3
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	53	44.2
<b>รวม</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 14-15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.2 โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ มีคนให้คำแนะนำเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ( $\bar{X} = 3.98$ ,  $SD = 0.979$ ) รองลงมาคือ มีคนตกเดือนเมื่อไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ( $\bar{X} = 3.95$ ,  $SD = 1.036$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ต่างๆภายในหมู่บ้าน ( $\bar{X} = 2.55$ ,  $SD = 1.107$ )

ตอนที่ 2 การศึกษาการรับรู้ตราภาพของผู้ป่วยจิตเภท แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 16-19

ตารางที่ 16 ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) การรับรู้ตราภาพของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม

การรับรู้ตราภาพ	คะแนนเต็ม	Max	Min	$\bar{X}$	SD
การถูกตีตรา	45	37	9	26.53	7.402
การถูกแบ่งแยกกีดกัน	55	56	13	23.98	6.426
<b>การรับรู้ตราภาพโดยรวม</b>	<b>105</b>	<b>82</b>	<b>25</b>	<b>50.52</b>	<b>11.708</b>

จากตารางที่ 16 พบว่า การรับรู้ตราภาพของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม มีค่าคะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X} = 50.52$ ,  $SD = 11.708$ )

ตารางที่ 17 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ตราภาพ ( $n = 120$ )

ระดับการรับรู้ตราภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีการรับรู้ตราภาพ (0-21)	0	0
มีการรับรู้ตราภาพในระดับต่ำ (22-43)	33	27.5
มีการรับรู้ตราภาพในระดับปานกลาง (44-65)	76	63.3
มีการรับรู้ตราภาพในระดับสูง (66-87)	11	9.2
มีการรับรู้ตราภาพในระดับสูงมาก (88-105)	0	0

จากตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท มีระดับคะแนนการรับรู้ตราภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมา มีการรับรู้ตราภาพในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 27.5 และมีการรับรู้ตราภาพในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 9.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการถูกตีตรา จำแนกเป็นรายชื่อ

การรับรู้ตราบาปด้านการถูกตีตรา	$\bar{X}$	SD
1. หลีกเลี้ยงที่จะไม่บอกกับบุคคลอื่นๆ ว่าท่านได้รับการรักษาโรคจิต	3.77	1.331
2. ถูกบุคคลอื่นๆ ปฏิบัติในลักษณะที่มีความสามารถน้อยกว่าที่มีอยู่ เมื่อรู้ว่าได้รับการรักษาโรคจิต	2.64	1.075
3. เพื่อนๆ มีความเข้าใจและให้กำลังใจ เมื่อทราบว่าได้รับการรักษาโรคจิต	2.23	.950
4. ถูกบุคคลอื่นๆ หลีกเลี้ยงไม่เข้าใกล้ เมื่อทราบว่าได้รับการรักษาโรคจิต	2.67	1.324
5. โกรธ หงุดหงิด เมื่อได้ยินบุคคลอื่นพูดพาดพิงถึงบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตในทางที่ไม่ดี	3.46	1.593
6. ได้รับคำแนะนำให้ลดความคาดหวังในชีวิตลง เนื่องจากได้รับการรักษาทางจิตเวช	2.28	1.188
7. ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม จากบุคคลที่ทราบว่าท่านได้รับการรักษาทางจิต	2.40	1.118
8. รู้สึกเจ็บปวดและต่อต้านทุกครั้ง เมื่อพบข้อความ ในสื่อต่างๆ ที่กล่าวถึงผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต และการรักษาโรคจิต	3.27	1.638
9. รู้สึกวิตกกังวลว่าจะถูกมองในแง่ที่ไม่ดี เนื่องจาก ท่านกำลังได้รับการรักษาโรคจิต	3.82	1.512
<b>รวม</b>	<b>2.95</b>	<b>0.822</b>

จากตารางที่ 18 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท มีการรับรู้ตราบาปด้านการถูกตีตรา ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูง คือ เคยรู้สึกวิตกกังวลว่าจะถูกมองในแง่ที่ไม่ดี เนื่องจากกำลังได้รับการรักษาโรคจิต ( $\bar{X} = 3.89$ ,  $SD = 1.512$ ) รองลงมาคือ เคยหลีกเลี้ยงที่จะไม่บอกกับบุคคลอื่นๆ ว่าได้รับการรักษาโรคจิต ( $\bar{X} = 3.77$ ,  $SD = 1.331$ ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เพื่อนๆ มีความเข้าใจและให้กำลังใจ เมื่อทราบว่าได้รับการรักษาโรคจิต ( $\bar{X} = 2.23$ ,  $SD = 0.950$ )

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน จำแนกเป็นรายข้อ

การรับรู้ตราบาปด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน	$\bar{X}$	SD
1. ถูกให้ออกจากงานหรือปฏิเสธรับเข้าทำงานทั้งๆที่มีคุณสมบัติเพียงพอ เนื่องจากได้รับการรักษาโรคจิต	2.45	1.327
2. ถูกปฏิเสธ การได้รับการรักษาทางจิต เนื่องจากประกันสุขภาพไม่ได้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับโรคจิต	2.09	1.478
3. ประสบปัญหาในการเช่าห้องพัก หรือหาที่พักอาศัย หลังจากที่โรคจิตถูกเปิดเผย	1.25	0.651
4. ถูกตัดโอกาสทางการศึกษา เนื่องจากได้รับการรักษาทางจิต	1.31	.868
5. ถูกปฏิเสธในการให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เนื่องจากได้รับการรักษาทางจิต	1.18	.622
6. ถูกปฏิเสธให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพจิต เมื่อบุคคลอื่นทราบว่าได้รับการรักษาทางจิต	1.12	.597
7. ได้รับการสนับสนุน และความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน หรือหัวหน้างาน เมื่อบอกว่าได้รับการรักษาทางจิต	2.79	1.256
8. ถูกปฏิเสธการทำประกันสุขภาพที่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต	2.52	1.640
9. ถูกปฏิเสธ ในการออกหนังสือเดินทาง ใบอนุญาตขับขี่ หรือใบอนุญาตอื่นๆ เนื่องจากได้รับการรักษาโรคจิต	1.23	.716
10. ทราบว่า การได้รับการรักษาโรคจิต จะมีผลกระทบในการกระทำต่างๆ ในทางกฎหมาย เช่น การทำนิติกรรมบางอย่าง	1.73	1.172
11. ได้รับการปฏิบัติอย่างมีน้ำใจ และเข้าอกเข้าใจ เจ้าหน้าที่ทางกฎหมาย เมื่อบอกว่าได้รับการรักษาทางจิต	3.06	.973
12. หลีกเลี่ยงที่จะไม่กรอก/ระบุข้อมูลว่าได้รับ การรักษาทางจิตในเอกสารต่างๆ เกรงว่าจะมีผลต่อการสมัคร	3.26	1.817
<b>รวม</b>	<b>2.00</b>	<b>0.535</b>

จากตารางที่ 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท มีการรับรู้ตราบาปด้านการถูกแบ่งแยก กีดกัน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูง คือ เคยหลีกเลี่ยง ที่จะไม่กรอก/ระบุข้อมูลว่าได้รับการรักษาทางจิตในเอกสาร ต่างๆ (สมัครงาน ขอใบขับขี่ ฯลฯ) ด้วยเกรงว่าจะมีผลต่อการสมัคร ( $\bar{X} = 3.26, SD = 1.817$ ) รองลงมา คือ เคยได้รับการปฏิบัติอย่างมีน้ำใจ และเข้าอกเข้าใจ เจ้าหน้าที่ทางกฎหมาย (เช่น ตำรวจ) เมื่อทราบ ว่าได้รับการรักษาทางจิต ( $\bar{X} = 3.06, SD = 0.973$ ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือเคยถูกปฏิเสธให้เข้าร่วม กิจกรรมทางสุขภาพจิตเมื่อบุคคลอื่นทราบว่าได้รับการรักษาทางจิต ( $\bar{X} = 1.12, SD = 0.597$ )

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน ความหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การ สนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน( Pearson's Product Moment Correlation) กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท แสดงผลการ วิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท (n = 120)

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
1. กลุ่มอาการทางบวกทางลบ	.089	.334
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.405	.000*
3. ความหวัง	-.398	.000*
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง	-.044	.630
5. การปรับตัวทางสังคม	-.122	.183
6. การสนับสนุนทางสังคม	-.383	.000*

\*p < .05

จากตารางที่ 20 พบว่า กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การเห็นคุณค่าในตัวเองและการ ปรับตัวทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่ง ตน ความหวัง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.405, -.398 และ-.383 ตามลำดับ) โดยการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนและความหวัง มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับความสัมพันธ์ปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท และหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

#### สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตาม ICD 10 มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกทางจิตเวช ในส่วนราชการส่วนกลางและในเขตสาธารณสุขรายจังหวัด ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่พูดคุยสื่อสาร ภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจดี อายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม สำหรับในส่วนราชการส่วนกลางทำการสุ่มได้ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลศรีรัษฎุญา จำนวน 100 คน และในเขตสาธารณสุขรายจังหวัดที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชได้ เขตที่ 8 คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 20 คน ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2553 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2553

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 8 ส่วนได้แก่

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินความหวัง
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง
- ส่วนที่ 6 แบบประเมินการปรับตัวทางสังคม
- ส่วนที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 8 แบบวัดการรับรู้ตราบาป

### **คุณภาพของเครื่องมือ**

มีค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินความหวัง แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบประเมินการปรับตัวทางสังคม (การทำกิจกรรมประจำวัน การทำกิจกรรมยามว่าง) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการรับรู้ตราบาป คือ .72 .92 .94 .74 .86 .76 .98 และ .80 ตามลำดับ

### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล และขออนุญาตเก็บข้อมูล จากผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
2. ผู้วิจัย นัดหมายและเข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง และศึกษาข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วย จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้งหนึ่งก่อนคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง



4. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากนั้นให้เซ็นยินยอมในแบบฟอร์ม
5. ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนในการทำแบบสอบถาม และโดยใช้แบบสอบถามทั้ง 8 ส่วน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง
6. ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 ถึง 31 มีนาคม 2553 รวมระยะเวลา 3 เดือน
7. เมื่อได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 120 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาแจกแจงลงตาราง และวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistic Package for the social science) โดยทำการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ
2. วิเคราะห์กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท โดยรวม และรายด้าน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 50.52$ ,  $SD = 11.71$ ) การรับรู้ตราบาปด้านการถูกตีตรา ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูง คือ เคยรู้สึกวิตกกังวลว่าจะถูกมองในแง่ที่ไม่ดี เนื่องจากกำลังได้รับการรักษาโรคจิต ( $\bar{X} = 3.89$ ,  $SD = 1.512$ ) รองลงมาคือ เคยหลีกเลี่ยงที่จะไม่บอกกับบุคคลอื่นๆ ว่าได้รับการรักษาโรคจิต ( $\bar{X} = 3.77$ ,  $SD = 1.331$ ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ย

ต่ำสุด คือ เพื่อนๆมีความเข้าใจและให้กำลังใจ เมื่อทราบว่าได้รับการรักษาโรคจิต ( $\bar{X} = 2.23$ ,  $SD = 0.950$ ) การรับรู้ตราบาปด้านการถูกแบ่งแยกก็ดกกัน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูง เคยหลีกเลี่ยง ที่จะไม่กรอก/ระบุข้อมูล ว่าท่านได้รับการรักษาทางจิตในเอกสารต่างๆ (สมัครงาน ขอใบขับขี่ ฯลฯ) ด้วยเกรงว่าจะมีผลต่อการสมัคร ( $\bar{X} = 3.26$ ,  $SD = 1.817$ ) รองลงมาคือ เคยได้รับการปฏิบัติอย่างมีน้ำใจ และเข้าอกเข้าใจ เจ้าหน้าที่ทางกฎหมาย (เช่น ตำรวจ) เมื่อทราบว่าได้รับการรักษาทางจิต ( $\bar{X} = 3.06$ ,  $SD = 0.973$ ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เคยถูกปฏิเสธให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพจิตเมื่อบุคคลอื่นทราบว่าได้รับการรักษาทางจิต ( $\bar{X} = 1.12$ ,  $SD = 0.597$ )

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.405$ ,  $p - \text{value} = .000$ )

3. ความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.398$ ,  $p - \text{value} = .000$ )

4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.383$ ,  $p - \text{value} = .000$ )

5. กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

### อภิปรายผลการวิจัย

**การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 การรับรู้ตราบาปด้านการถูกตีตรา คือ ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกวิตกกังวลว่าจะถูกมองในแง่ที่ไม่ดี เนื่องจาก กำลังได้รับการรักษาโรคจิต และหลีกเลี่ยงที่จะไม่บอกกับบุคคลอื่นๆ ว่าได้รับการรักษาโรคจิต การรับรู้ตราบาปด้านการถูกแบ่งแยกก็ดกกัน ผู้ป่วยจิตเภทหลีกเลี่ยงที่จะไม่กรอกข้อมูลว่าได้รับการรักษาทางจิตในเอกสารต่างๆ (สมัครงาน ขอใบขับขี่ ฯลฯ) เพราะเกรงว่าจะมีผลต่อใบสมัครเช่นการถูกปฏิเสธ เป็นต้น จากแนวคิดของ Wahl (1999) การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ 1.การถูกตีตรา เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลอื่นแสดงต่อคนที่มีคุณลักษณะที่มีความเสื่อม เสียหน้ารังเกียจ 2.การถูกแบ่งแยก ก็ดกกัน เป็นการตัดสินของกลุ่มคนหมู่มากโดยใช้บทบาทการทำหน้าที่ในสังคมมาตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีตรา เป็นคนที่ไม่เหมือนกับบุคคลอื่นๆจึงควรถูกแบ่งแยกออกไปจากคนปกติ Goffman (1963) การรับรู้ตราบาปเป็นกระบวนการทางความคิด ที่ระบบประสาททำหน้าที่แปลความหมายจากเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้น ร่วมกับการใช้ประสบการณ์ของบุคคลนั้นในการแปลความหมาย และแสดงการรับรู้ จากพฤติกรรมที่ผู้อื่นแสดงต่อตนเอง (เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) การที่

บุคคลได้รับรู้การถูกแบ่งแยกก็คิดกัน ถูกปฏิเสธ ถูกตำหนิติเตียนนั้นเป็นผลมาจากการตัดสินใจของกลุ่มคนในสังคม นั้นๆ (พิมพัลย์ บุญมงคล อ้างถึงใน เพ็ญนภา แดงดีอมยุทธ์ และคณะ, 2547) และ Wahl (1999) ยังได้ทำการสำรวจการมีประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิต พบว่าบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท มีประสบการณ์การถูกตีตราและการถูกแบ่งแยกก็คิดกันมากกว่าและรุนแรงกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตอื่นๆ

### **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตัดสรรกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท**

**กลุ่มอาการทางบวกทางลบ** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับอาการขั้นต่ำสุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจแผนกผู้ป่วยนอก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับไม่มีอาการ ถึงระดับอาการขั้นต่ำสุด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติเหมือนบุคคลทั่วไป หรือใกล้เคียงกับบุคคลปกติ จึงทำให้การศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มอาการทางบวกทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Ertugrul and Ulug (2004) ศึกษาในเรื่องการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวกและทางลบ จำนวน 60 คน โดยการจับคู่ลักษณะกลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีกลุ่มอาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=-.405$ ) ที่ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง และพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.82$ ,  $SD=0.93$ ) ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง จะมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ และผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ จะมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับสูง เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้หรือการตัดสินใจพิจารณาในเรื่องที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะดำเนินการทำพฤติกรรมด้วยความมั่นใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ 3 ด้านประกอบด้วย ระดับการรับรู้ความสามารถตามความยากง่ายของพฤติกรรม ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรม และระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นๆมาใช้ในสถานการณ์ใหม่ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจที่จะแสดงพฤติกรรมตามระดับความยากง่ายและสามารถนำประสบการณ์เดิมมาปรับใช้ในสถานการณ์ใหม่ๆ ได้เหมาะสมตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Watson และคณะ (2007) ที่ได้ทำการศึกษารับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการเห็นคุณค่าในตนเองลดต่ำลง มีการรับรู้ตราบาปในตนเอง และมีประสบการณ์การเกิดตราบาปคล้ายคลึงกัน บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดต่ำลง จะทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์การเกิดตราบาปขึ้น และจากการศึกษาของ Landeen และคณะ (2007) ที่ทำการศึกษาผลกระทบของการรับรู้ตราบาปใน 2 มิติ ต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยจิตเภท โดยหาความสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปพบว่า ความหวัง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท

**ความหวัง** มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.398$ ) ในระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ และพบว่าความหวังมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.67$ ,  $SD = 1.01$ ) ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความหวังอยู่ในระดับสูง จะมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความหวังอยู่ในระดับต่ำ จะมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับสูง และผู้ป่วยจิตเภทที่มีความหวังอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากความหวังเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีกระบวนการความหวัง ความคิดที่ต่อเนื่องอย่างมีเป้าหมายต่อการรับรู้ตราบาป โดยมี 2 องค์ประกอบ คือ พลังแห่งความตั้งใจ ประกอบด้วย การคิด ตั้งใจที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย และพลังแห่งแนวทาง ประกอบด้วย การหาทางออกในการแก้ไขปัญหา ด้วยเหตุผลยอมรับปัญหาตามความเป็นจริง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความหวังอยู่ในระดับสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะคิด จะทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และหาทางออกกับปัญหาด้วยเหตุผล ยอมรับสภาพปัญหาตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lysaker และคณะ (2007) พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกหมดหวัง ลึกลับ หวัง ขาดความอบอุ่นใจ มีการถอยหนีจากสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดความมั่นใจ มักเกิดจากผลกระทบจากการถูกตีตราจากคนในสังคม Gray (2002) และจากการศึกษาของ Landeen และคณะ (2007) ที่ทำการศึกษาผลกระทบของการรับรู้ตราบาปใน 2 มิติ ต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยจิตเภท โดยหาความสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปพบว่า ความหวัง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ McCay and Seeman (1998) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดความหวัง จะมีการรับรู้ตราบาปที่เพิ่มขึ้น

**การเห็นคุณค่าในตนเอง** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเห็นคุณค่าในตนเองมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.236$ ,  $SD = 0.287$ ) ไม่ว่าจะผู้ป่วยจิตเภทจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง หรือต่ำ ก็จะไม่เกิดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทมากหรือน้อยตามไปด้วย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก การเห็นคุณค่าในตนเองเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทพิจารณาตัดสินตนเองตามความรู้สึกและทัศนคติที่มี ในเรื่องการประสบความสำเร็จ การประสบความสำเร็จล้มเหลว การปฏิเสธตนเอง การยอมรับตนเอง การพึ่งตนเอง การคิดเกี่ยวกับคุณค่าของตนเองในสังคม ตลอดจนการได้รับการยอมรับจากสังคมว่าตนเองมีค่าหรือควรค่าแก่การเคารพนับถือ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการพิจารณาตัดสินตนเองตามความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อการยอมรับตนเอง และการได้รับการยอมรับจากสังคมว่าตนเองมีค่าหรือควรค่าแก่การเคารพนับถือ

โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภท อยากรักษาภูมิใจในตัวเองมากกว่านี้ ( $\bar{X} = 4.27$ ,  $SD = 0.695$ ) แต่ยังรู้สึกว่าโดยรวมแล้วไม่มีแนวโน้มที่จะล้มเหลว ( $\bar{X} = 2.88$ ,  $SD = 1.306$ ) ซึ่งอายุของผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษาในครั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 40-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.67 โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากจะมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อย ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับ Werner Aviv and Barak (2008) ที่ศึกษาการรับรู้ตราบาป การเห็นคุณค่าในตนเอง และอายุ ในผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 18- 57 ปี จำนวน 46 คน และ 58 - 65 ปี จำนวน 40 คน โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในโรงพยาบาล ใช้แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self Esteem Scale) และแบบประเมินการรับรู้ตราบาปในตัวเอง (Internalized Stigma of Mental Health scale) พบว่าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีเพียง 20-33% เท่านั้นที่มีคะแนนการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับสูง โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากจะมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อย

**การปรับตัวทางสังคม** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า การปรับตัวทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 6.65$ ,  $SD = 3.47$ ) ไม่ว่าจะผู้ป่วยจิตเภทจะมีการปรับตัวทางสังคมอยู่ในระดับสูง หรือต่ำ ก็จะไม่เกิดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทมากหรือน้อยตามไปด้วย เนื่องจาก การปรับตัวทางสังคม เกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภท มีกระบวนการในการพยายามปรับสภาพปัญหา ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาด้านบุคลิกภาพ ให้เข้ากับความต้องการของตนเอง ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม จนเป็นสถานการณ์ที่ตนสามารถทนอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้นๆ

อย่างมีความสุข ที่ครอบคลุมกิจกรรมในด้านการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการทำกิจกรรมในยามว่าง จากการศึกษาคั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ 118 คน ร้อยละ 98.3 ทั้งด้านการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และด้านการทำกิจกรรมยามว่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวมีผู้ดูแล ไม่ได้ประกอบอาชีพ 51 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส โสด 66 คน คิดเป็นร้อยละ 55 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด และไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งยังอาศัยอยู่กับครอบครัวโดยมีผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อย แยกตัวส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในทุกด้าน

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมองและประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองมากกว่าความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและมีการรับรู้ที่ตนเองไม่มีความสามารถในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาเหล่านั้น จึงเกิดปัญหาการปรับตัวได้ง่าย โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภท สามารถปรับตัวในการอาบน้ำแต่งตัว และดูแลตัวเองได้ดี ( $\bar{X} = 0.94$ ,  $SD = 0.235$ ) มักชอบอยู่บ้าน ( $\bar{X} = 0.86$ ,  $SD = 0.350$ ) และมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อย จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทไปเยี่ยมญาติ และไปงานเลี้ยงและร่วมกิจกรรมทางสังคม ไปเยี่ยมเพื่อน ร่วมสังสรรค์กับเพื่อนน้อยมาก นานๆครั้ง หรือไม่เคยทำเลย ( $\bar{X} = 0.00$ ,  $SD = 0.00$ ) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะแรก ผู้ป่วยจะมีความสนใจ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของตนเองได้ แต่ต่อมา ผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว

ในด้านการทำกิจกรรมยามว่าง ผู้ป่วยจิตเภทบางคนไม่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเลย อยู่ในห้องโดยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม (กฤษณ์ชลิ เพียรทอง, 2547) ผู้ป่วยจิตเภทมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิด เพียงคน หรือสองคนเท่านั้น (สุวิมล สมัตถะ, 2541) ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกไม่เหมาะสม การดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน จึงส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในทุกด้าน ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมองและประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองมากกว่าความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและมีการรับรู้ที่ตนเองไม่มีความสามารถในการจัดการหรือการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น (Lukoff et al, 1984 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตถะ, 2541) จึงเกิดปัญหาการปรับตัวได้ง่าย และจากการศึกษาของ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธิ และคณะ (2547) ที่ศึกษาผลกระทบของการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าผู้ดูแลรู้สึก

ว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่เป็นภาระแต่เป็นหน้าที่ที่พึงกระทำ เพราะรู้สึกสงสารผู้ป่วยด้วยเกรงว่าจะไม่มีใครดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ในชุมชน

**การสนับสนุนทางสังคม** มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.383$ ) ในระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ และพบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.39$ ,  $SD = 0.91$ ) ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ และผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับสูง เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม เกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรักใคร่ ห่วงใย ใ้วางใจ ความสนใจ เอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อเรียนรู้และประเมินผลตนเองในสังคม ที่ครอบครัว การได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า โดยการให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง 53 คน คิดเป็นร้อยละ 44.2 โดยมีคนให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทาง ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ( $\bar{X} = 3.98$ ,  $SD = 0.979$ ) และมีคนตักเตือน เมื่อไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ( $\bar{X} = 3.95$ ,  $SD = 1.036$ ) มากที่สุด จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทได้รับความห่วงใย สนใจ เอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างเป็นอย่างดี

จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Erickson และคณะ (1998) และ Mueller และคณะ (2006) พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมและการสนับสนุนให้ใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้น ทำให้เกิดผลกระทบทางลบกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท และจากการศึกษาของ Mueller และคณะ (2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถช่วยลดความรุนแรงของการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในระยะ 1 ปี ของการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งเป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปและการถูกจำกัดทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยศึกษาในกลุ่มที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาทันทีทางจิตเวช โดยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างที่เข้ารับการรักษามาติดตามการรักษาในระยะ 1 ปี พบว่า เครือข่ายทางสังคมและการให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอิทธิพลอย่างมากต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายนายการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอและถูกต้องส่งผลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้

### ข้อเสนอแนะ

จากงานวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน และอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ทั้งในครอบครัวและในสังคม ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

#### ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จัดให้มีการประเมินผู้ป่วยจิตเภทในเรื่อง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ตราบาป เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
2. จัดกิจกรรมพยาบาลที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ โดยจัดให้มีกลุ่มส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย เน้นให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสมรรถนะในตนเอง มีความหวัง และทราบถึงเครือข่ายแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พร้อมให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย
3. การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องแก่ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการรักษาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

#### ด้านการศึกษาวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง แหล่งสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์การรับรู้ตราบาป ควรมีการนำปัจจัยต่างๆเหล่านี้ไปศึกษาในลักษณะการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการลดตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ต่อไป
3. จากผลการวิจัย พบว่ากลุ่มอาการทางบวกทางลบ ไม่มีความสัมพันธ์การรับรู้ตราบาป ควรมีการนำแบบประเมินที่สามารถแยกกลุ่มอาการทางบวกทางลบได้อย่างชัดเจน เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีกลุ่มอาการทางบวก หรือกลุ่มอาการทางลบจะส่งผลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่ อย่างไร

#### ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารการพยาบาล ควรเห็นความสำคัญและให้การส่งเสริมการลดการเกิดตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้าไปอยู่ในชุมชน
2. ผู้บริหารการพยาบาลควรเน้นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเภท ขยายขอบเขตและแนวทางการดำเนินงานด้านจิตสังคมบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทักษะและแนวทางในการกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กฤษณ์ชวลี เพียรทอง. 2547. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรยา ธีรญาดี. 2537. **การปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามธิบดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. 2545. **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. **การพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13: 1-13.
- จำนรรจา บำเหน็จพันธ์. 2537. **การศึกษาติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชญาณิษฐ์ ปัญญาทอง. 2545. **การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลอุดรธานี**. โครงการค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. มปป. **Positive and Negative Syndromes Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS -T)**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- นภาพร วงศ์ใหญ่. 2542. **ความหวังและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดพะเยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพมาศ อุ้งพระ. 2551. **ทฤษฎีบุคลิกภาพและการปรับตัว**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- นิศารัตน์ เขตวรณ. 2543. **การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เนตรนภา คู่พันธ์. 2534. **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรังเขต 12.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญพา ณ นคร. 2549. **ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท. ใน การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4, หน้า 48 - 52. กรุงเทพมหานคร.**
- บุญใจ ศรีสถิตยน์นากูร. 2549. **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.
- บุษดี ศรีคำ. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพและสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปนิดา อินทราภักษ์. 2550. **ประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เต็มศักดิ์ คทวณิช. 2546. **จิตวิทยาทั่วไป.** กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. **โครงการรณรงค์ระดับชาติเพื่อคืนชีวิตใหม่และสร้างกำลังใจในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (National Mental Health Campaign:Destigma).** [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.moph.go.th./main> [2550, สิงหาคม 20]
- ทิวาพร พูเพื่อง. 2544. **การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยา รักษาอาการทางจิต ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. ศูนย์สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.**
- พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยาอังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. 2532. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: นามมีบุ๊ค.

- พັນธัญญา กิตติรัตน์ไพบุลย์. **จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. 2549. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.moph.go.th./main> [2550, สิงหาคม 20]
- เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และ ชนกพร จิตปัญญา. 2547. **ตราบาป: การรับรู้และผลกระทบ ของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว**. วารสารการพยาบาลจิตเวช. 18(1) :1-9.
- เพ็ญศรี วงษ์พัฒน์. 2545. **ตราบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ ผู้ป่วยเอดส์**. การค้นคว้าอิสระของ การศึกษาหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภุมมาภิชาติ แสงเขียว. 2542. **การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และการปรับตัว ของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2548. **จิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร: ปิยอน เอนเทอร์ไพรซ์.
- มุกดา ศรียงค์. 2542. **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วรภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์. 2542. **ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเป็นซ้ำของโรคจิตเภทในสถาบัน ประสาทวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วรวัฒน์ ไชยชาญ. **การลดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวช: ลดการสร้างตราบาป**. [ออนไลน์]. 2549. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.moph.go.th./main> [2550, สิงหาคม 20]
- วันชัย กิจอรุณชัย. 2548. **การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทที่ ได้รับยารักษาโรคจิต กลุ่มใหม่และยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม**. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วิภาพร มาพบสุข. 2541. **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- ศิริจิต สุทธิจิตต์ และ มานิต ศรีสุภานนท์. 2552. **โรคจิตเภท(Schizophrenia): ระบาดวิทยาและการรักษา**. **วารสารสมาคมจิตแพทย์ศาสตร์แห่งประเทศไทย 54 (ฉบับผนวก1), 21S-37S.**

- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. 2547. แนวทางการผสมผสานบริการจิตเวชในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 10(1): 30-44.
- สดใส ชุมทรัพย์อนันต์ และ สุรีย์ บุญเฉย. 2547. **ปัจจัยทางสังคมกับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา**. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิตร หनुเจริญกุล. 2543. **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. ฟรินดิง.
- สมชาย พลอยเลื่อมแสง และ ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล. 2547. การสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต ตราบาป และการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิต. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 12(2): 71-79.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ดารุณี จงอุดมการณ์, กฤติยา แสงเจริญ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และ สมจิต แดนสีแก้ว. 2548. **วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช** 19(2): 65-80.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2549. **คู่มือจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.
- สายใจ พัวพันธ์. 2548. การปฏิบัติกรพยาบาลขั้นสูงกับการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อปัญหาทางจิตสังคม. **วารสารคุณภาพการพยาบาล** 2(2): 22-39.
- สุขภาพจิต, กรม. 2550. **สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2549-2550**. นนทบุรี: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุขภาพจิต, กรม. 2551. **กรอบการวิจัยสุขภาพจิต พ.ศ.2548-2552**. นนทบุรี: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุขภาพจิต, กรม. 2551. **สรุปรายงานประจำปี พ.ศ.2551**. นนทบุรี: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุชา จันทน์เอม. 2542. **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. 2545. **การพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.

- สุวิมล สมัตตะ. 2541. **ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. 2548. การศึกษาตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท. ใน **การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4**, หน้า 67 - 90. กรุงเทพมหานคร.
- เสาวภา วิชิตวาทी. 2543. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียแขนขา.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลีอนุญชัชชัย. 2549. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ วรรณชาติ. 2550. **ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อังคณา หมอนทอง. 2549. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนความหวัง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพชนิษฐ์ สมนางศ์ไทย. 2545. **ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา.** กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2543. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.
- อภิสมัย ศรีรังสรรค์. 2546 **โครงการด้วยรักและเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา.** 5(2): 30.

### ภาษาอังกฤษ

- Anderson, C.M., Hogarty, G.E., and Reiss, D.J. 1980. Family treatment of adult schizophrenia patients: psychoeducational approach. **Schizophrenia Bulletin** 6(3): 490 - 505.
- Barrowclough, C., Tarrler, N., and Humphreys, L. 2003. Self-esteem in schizophrenia. **Journal of abnormal Psychology**. 112: 92 - 99.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Lobban, F., and Jones, S. 2006. Group cognitive – behavioural therapy for schizophrenia. **British Journal of Psychiatry** 189: 527 - 532.
- Bandura, A. 1977. **Social learning theory**. Newjersy: Prentice- Hall.
- Bandura, A. 1986. **Social foundation of action: A social cognitive theory**. Newjersy: Prentice - Hall.
- Bandura, A. 1997. **Self- efficacy: The exercise of control**. New York: Freeman.
- Bruce, G., Link and Elmer, L. 2001. The consequences of stigma for self esteem of people with mental illnesses. **Psychiatric services** 52(12): 1621 - 1626.
- Barry, P.D. and Morgan, A.J. 1985. **Mental Health and Mental Illness**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincot.
- Barry, P.D. 1989. **Phychocial Nursing: Assessment and Intervention Care of the Physically ILL Person**. 2<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincot.
- Beck, C.K., and Rawline, R.P., 1981. **Mental Health-Psychiryric Nursing**, 2<sup>rd</sup> ed. Missouri: Mosby.
- Beck, C.K., Rawline, R.P., and Willians, S.R. 1984. **Mental Health Psychiatric Nursing: A Holistic Life - Cycle Approach**. St Louis: Mosby.
- Beck, C.K., Rawline, R.P., and Willians, S.R. 1988. **Mental Health Psychiatric Nursing**. 2<sup>nd</sup> ed. Missouri: Mosby.
- Cobb, S. 1976. "Social Support as a Moderator of Life Stress". **Psychosomatic medicine** 38 (September-October): 300 - 314.

- Coopersmith, S. 1981. **The Antecedent of Self-esteem**. 2<sup>nd</sup> ed. California: Consulting Psychological Press.
- Chan, S., and Yu I,W. 2003. Quality of life of clients with schizophrenia. **Journal of Advanced Nursing** 45(1): 72-83.
- Corrigan, P.W., and Penn, D.L. 1999. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. **American Psychologist** 54: 765 - 776.
- Corrigan, P.W. 2000. Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. **Clinical Psychology: Science and Practice** 7(1): 48 - 67.
- Corrigan, P.W., and Watson, A.C. 2002. The Paradox of Self - Stigma and Mental Illness. **Clinical Psychology: Science and Practice** 9(1): 35-53.
- Corrigan, P.W., Markowitz, F.E., and Watson, A.C. 2004. Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. **Schizophrenia Bulletin** 30(3): 481-491.
- Cotroneo, M., King, J., Outlaw, F.H., and Brince, J.n., Burgess, A.W, editor. 1998. **Advanced Practice Psychiatric Nursing USA: A Simon & Schuster**.
- Dickerson, F.B., Sommerville, J., Origoni, A.E., Ringel, N.B., and Parente, F. 2002. Experiences of Stigma Among Outpatients With Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin** 28(1): 143 - 155.
- Dufault, K., and Martocchio, B. 1985. Hope: Its spehars snd dimension. **Nursing Clinics of NorthAmerica** 20(2): 379 – 391.
- Ertugrul, A., and Ulug, B. 2004. Perception of stigma among patients with schizophrenia. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol** 39: 73 - 77.
- Fink, P.J. And Tasman, A. 1992. **Stigma and mental illness**. Washington: American Psychiatric Association.
- Gibson, D.M., and Noud, R.B. 2005. **Psychiatric Nursing Contemporary Practice**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gregory, R.S., and Sattrefield, T.A. Beyond. 2002. Perception: The Experience of Risk and Stigma in Community Contexts. **Risk Analysis** 2002 22(2): 347 - 358.

- Gaebel, W., Zasko, H., and Baumann, A. Evaluation of the German WPA program against stigma and discrimination because of schizophrenia. *schizophrenia Research* 98: 184 - 193. [online]. 2007. Available from: [http:// www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com) [2007, Oct 24]
- Gary, F.A. 2002. Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues in Mental Health Nursing* 26: 979-999.
- Goffman, E. 1963. **Stigma: Notes on the management of spoiled identity**. Englewood cliffs: Parentice Hall.
- Herth, K. 1992. Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 17: 1251 - 1259.
- Herth, K. 1992. Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 18: 538 - 548.
- Hinds, P. 1984. Inducing a definition of "hope" through the use of grounded theory methodology. *Journal of Advanced Nursing* 18: 538 - 548.
- Kaplan, H.I., and Sandock, B.J. 1998. **Kaplan & Sandock synopsis of psychiatry : behavioral sciences and clinical psychiatry**. 8<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., and Opler, L.A. 1987. The Positive and Negative Syndromes Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13(2): 261-276.
- Kay, S.R., Opler, L.A., and Lindenmayer, J.P. 1988. The Positive and Negative Syndromes Scale (PANSS): rationale and standardization. *British Journal of Psychiatry* 155: 59-65.
- Kay, S.R. 1991. **Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia. Assessment and Research**. New York: Bruner Mazel.
- King, M., Dinos, S., and Watson, R. 2007. the stigma scale development of a standardized measure of the stigma of mental illnesses. *British Journal Psychiatry* 190: 248-253.



- Lamb, H.R. 2001. Combating stigma by providing treatment. **Psychiatric Services** 50: 729.
- Landeen, J.L., Seeman, M.V., Goering, P., and Streiner, D. 2007. Schizophrenia: Effects of Perceived Stigma on Two Dimensions of Recovery. **Clinical Schizophrenia & Related Psychoses** 1: 64 - 68.
- 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. 1987. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. **American Sociological Review** 52: 96 - 112.
- Lysaker, P.H., Roe, D. and Yanos, P.T. Toward Understanding the Insight and social functioning, hope ,and self-esteem Among people with Schizophrenia spectrum disorders. **Schizophrenia Bulletin** 33(1): 192-199. [online]. 2007. Available from: <http://www.sciencedirect.com> [2007, Oct 9]
- McCay, E.A., and others. A randomized controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatization in first episode schizophrenia. **Australian e-journal for the Advancement of mental health** 6(3) [online]. 2007. Available from: <http://www.auseinet.com> [2007, July 27]
- McCay, E.A., and others. 2006. A Group intervention to promote healthy self - concepts and guide recovery in first episode schizophrenia: A pilot study. **Psychosocial Rehabilitation Journal** 30(2): 105-111.
- McCay, E.A., and Seeman, M.V. 1998. A scale to measure the impact of a schizophrenia illness on an individual's self-concepts. **Archives of Psychiatric Nursing** 7: 41-49.
- Miller, J.F. 1992. **Hope**. *American Journal of Nursing* 85(1): 23-25.

- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P.c., and Roessler, W. 2005. Social support modifies perceived Stigmatization in first year of mental illness: A longitudinal approach. **Social Science and Medicine**. 62: 39-49.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. 1962. Brief psychiatric rating scale. **Psychological Report** 10: 799-812.
- Parker, G., and Rosen, A. 1989. **Life skills profiles**. Randwick: university of New South Wales.
- Penn, D.L., Kommana, S., Mansfield, M., and Link, B.G. 1999. Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. **Schizophrenia Bulletin** 25(3): 438-446.
- 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.
- Phelan, J.C., Bromet, E.J., and Link, B.G. 1998. Psychiatric illness and family stigma. **Schizophrenia Bulletin** 25(1): 115-126.
- Rosenberg, M., and Pearlin, L.1. 1978. Social class and self-esteem among children and adults. **American Journal of Sociology** (84): 53-57.
- Sadock, B.J., and Sadock, V. 2000. **Kaplan& Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Singh, M.M., and Kay, S.R. 1975. A comparative study of haloperidol and chlorpromazine in term of clinical effects and therapeutic reversal with benzotropine in schizophrenia: Theoretical implications for potency differences among neuroleptics. **Psychopharmacologic** 43: 103-113.
- Stemphenson, C. 1991. The concept of hope revisited FO nursing. **Journal of Advanced Nursing** 16: 1456-1461.
- Stuart, G.W. 2009. **Principles and Practice of Psychiatric Nursing**. 9<sup>th</sup> ed Mosby: affiliate of Elsevier.

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* 25: 1-7.

Werner, P., Aviv, A., and Barak, Y. 2007. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatric* 20(1): 174 - 187.



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นายแพทย์ ธีระ ลีลานันทกิจ	ที่ปรึกษาผู้อำนวยการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิทย์	นายแพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
นางเพชรี คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
นางวรวรัตน์ ประทานวโรปัญญา	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี
นางสาริณี ไต้ะทอง	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงหเสนี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาล-ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิทย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิทย์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-9802

ชื่อนิสิต

เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงหเสนี โทร. 08-0620-0078



ที่ ศบ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาล-ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                              |                |
|------------------------------|----------------|
| 1. นายแพทย์ ธีระ ลีลานันทกิจ | รองผู้อำนวยการ |
| 2. นางเพชร คันธสายบัว        | พยาบาลชำนาญการ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นายแพทย์ ธีระ ลีลานันทกิจ และนางเพชร คันธสายบัว
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-9802
ชื่อนิสิต	เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี โทร. 08-0620-0078

ที่ ศบ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาล-ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                                   |                |
|-----------------------------------|----------------|
| 1. อาจารย์ วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา | พยาบาลชำนาญการ |
| 2. อาจารย์ สารีณี ไต้ะทอง         | พยาบาลชำนาญการ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	อาจารย์ วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และอาจารย์ สารีณี ไต้ะทอง
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-9802
ชื่อ นิสิต	เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี โทร. 08-0620-0078

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์การบิน กรมแพथวิทยาอากาศ

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาล-ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ณ แผนกจิตเภท โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสังเกตและสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วัดกลุ่มอาการทางบวกทางลบ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบประเมินความหวัง แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการปรับตัวทางสังคม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้ตราใบ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-9802

ที่หนังสือ

เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี โทร. 08-0620-0078

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ 64  
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2552

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงหเสนี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาล-ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดการรับรู้ตราใบ จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ตราใบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ของ Otto F. Wahl (1999) แปลและเรียบเรียงโดย นางสาวอรรวรรณ วรรณชาติ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ (2550) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. ภัทราภรณ์ พุงปันคำ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-9802

ชื่อนิสิต เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงหเสนี โทร. 08-0620-0078

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาล-ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 100 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสังเกตและสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างวัดกลุ่มอาการทางบวกทางลบ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบประเมินความหวัง แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการปรับตัวทางสังคม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้ตราบาป ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-9802

ที่หนังสือ

เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี โทร. 08-0620-0078

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาล-ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสังเกตและสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างวัดกลุ่มอาการทางบวกและทางลบ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบประเมินความหวัง แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการปรับตัวทางสังคม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้ตราใบ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-9802

ที่หนังสือ

เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี โทร. 08-0620-0078



ภาคผนวก ค  
ตัวอย่างการขอพิจารณาจริยธรรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เลขที่ EC - CA 024 / 2553

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

ชื่อโครงการ : โครงการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราประทับของผู้ป่วยจิตเภท"

ผู้วิจัยหลัก : เวชอากาศเอกหญิง อุดรรัตน์ สิงห์เสนี

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา พิจารณาแล้ว มีมติเอกฉันท์ให้การรับรอง โครงการวิจัยตามขอบข่ายที่เสนอขอดำเนินการวิจัย

วันที่รับรอง : 17 มีนาคม 2553

วันหมดอายุ : 16 มีนาคม 2554

โดยผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราดังนี้

1. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัยที่ขอรับการรับรองทุกขั้นตอน
2. จำนวนข้อคำถามของแบบสอบถามมีจำนวนมากเกินไป (80ข้อ) ผู้ป่วยจิตเภทไม่มีสมาธิตอบได้ครบถ้วน จึงควรปรับลดข้อคำถามดังกล่าวตามความเหมาะสม
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการ
4. รายงานความก้าวหน้า/การยุติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการ

ลงนาม

( นายสมชาย หาญไทยพิบูลย์กุล )

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

ลงนาม

( นายวีระพงษ์ เฟ่งวานิชย์ )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา (ฝ่ายวิจัย) โทร ๒๑๑๑  
ที่ สธ ๐๔๐๘.๒๑/๑๓

วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๕๒

เรื่อง การแจ้งผลการพิจารณาขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการเขตหญิง ชูสวัสดิ์ สิงห์เสนี

ตามหนังสือที่ ศษ ๐๕๑๒/๒๒๑๓ ลงวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๒ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ท่าน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสังเกต และสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำนวน ๑๐๐ คน เพื่อการศึกษาวิจัยเรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราภาพของผู้ป่วยจิตเภท" นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา ขอแจ้งว่าโครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราภาพของผู้ป่วยจิตเภท" ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๒ โดยคณะกรรมการฯ มีมติดังนี้

- อนุญาต โดยมีข้อเสนอแนะเงื่อนไขดังนี้
๑. ผู้วิจัยจะได้รับอนุญาตให้เข้าถึงแฟ้มประวัติของผู้ป่วย เฉพาะกรณีผู้ป่วยหรือญาติที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเท่านั้น
  ๒. จำนวนข้อของแบบสอบถาม มีจำนวนมากเกินไป (๔๐ ข้อ) ผู้ป่วยจิตเภทอาจไม่มีสมาธิที่จะตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน
  ๓. ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเวลา ๑๒ เดือน (๑ ม.ค.๕๓ - ๓๑ ธ.ค.๕๓)
  ๔. ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยนำเอกสารแจ้งผลการพิจารณานี้ แสดงต่อหน่วยงานที่ต้องการเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการ
  ๕. หลังจากดำเนินการศึกษาวิจัยเสร็จสิ้น กรุณาส่งเอกสารฉบับสมบูรณ์จำนวน ๒ เล่ม ที่ฝ่ายวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อเผยแพร่ต่อไป
  ๖. คณะกรรมการด้านวิจัยฯ มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับ/ ติดตามการดำเนินการวิจัยให้เป็นไปตามจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

ลงนาม.....

แพทย์หญิงอรพรรณ ศิลปกิจ

ประธานคณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา

วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๕๒

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

เอกสารการพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม

และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

**ชื่อโครงการ** ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ เรืออากาศเอกหญิงอุบลรัตน์ สิงห์เสนี บ้านเลขที่ 127/152 แขวง สายไหม เขตสายไหม จ.กรุงเทพมหานคร 10220 หมายเลขโทรศัพท์ 080-6200078 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความ**สมัครใจ** และข้าพเจ้า**มีสิทธิ** จะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ**

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยข้างต้น

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย/ผู้แทน

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
ลงนามผู้วิจัยหลัก

(ร.อ.หญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี)

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
พยาน

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท
2. ชื่อผู้วิจัย เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสณี  
ตำแหน่ง นายทหารพยาบาลหอบพยาบาลผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ แผนกพยาบาลโรงพยาบาล  
ภูมิพลอดุลยเดช
3. สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วย 5/1 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช  
(ที่บ้าน) 127/152 แขวง สายไหม เขต สายไหม จังหวัด  
กรุงเทพมหานคร 10220  
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5347511-2 โทรศัพท์ที่บ้าน -  
โทรศัพท์มือถือ 080-6200078 E-mail : kae-40@hotmail.com
4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
  - 4.1 โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวข้องกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป  
ของผู้ป่วยจิตเภท
  - 4.2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาป ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ  
ทางลบทางบวก การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทาง  
สังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท
  - 4.3 ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า  
เป็นโรคจิตเภท มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช  
ของโรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวนทั้งหมด 120 คน
  - 4.4 แบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสังเกตและ  
สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างวัดกลุ่มอาการทางลบทางบวก แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน  
แบบประเมินความหวัง แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการปรับตัวทาง  
สังคม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้ตราบาป
5. รายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติมีดังต่อไปนี้
  - 5.1 ในงานวิจัยครั้งนี้เรียกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยว่า ผู้ให้ข้อมูล(Participants) ซึ่งผู้วิจัยจะ  
เป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วยตนเอง และจะขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึง

ความยินยอมของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก โดยผู้ให้ข้อมูลจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

5.2 ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อย่างไม่มีผลต่อการได้รับบริการ นอกจากนี้เมื่อระหว่างการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามหากผู้ให้ข้อมูลไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมทำวิจัยต่อ ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

5.3 ผู้วิจัยตรวจแบบสอบถามผู้ให้ข้อมูลทุกรายก่อนแยกจากกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่พบว่าแบบสอบถามมีคะแนนน้อยกว่าเกณฑ์ จะส่งต่อไปให้พยาบาลที่รับผิดชอบให้ทราบทันที เพื่อให้การดูแลตามแนวทางของแต่ละโรงพยาบาล

5.4 หากผู้ให้ข้อมูลมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา โดยติดต่อกับผู้วิจัยคือ เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี ได้ตลอดเวลา ทางโทรศัพท์หมายเลข 080-6200078

5.5 ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูลนั้นจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

5.6 ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ที่เข้าร่วมวิจัย

5.7 จำนวนผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 120 คน

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่อง [ ] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน และเติม  
ค่าในช่องว่างที่กำหนดไว้

1 เพศ

[ ] หญิง

[ ] ชาย

2. ปัจจุบันท่านมีอายุ..... ปี

3. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....ปี

4. สถานภาพสมรส

[ ] โสด

[ ] คู่

[ ] หม้าย

[ ] หย่าร้าง

[ ] แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

[ ] สูงกว่าปริญญาตรี

[ ] ปริญญาตรี

[ ] อนุปริญญา

[ ] มัธยมศึกษา

[ ] ประถมศึกษา

6. อาชีพ

[ ] ข้าราชการ , รัฐวิสาหกิจ

[ ] พนักงานบริษัท

[ ] รับจ้าง

[ ] ไม่ได้ประกอบอาชีพ

[ ] อื่นๆ ระบุ .....

7. รายได้

ปัจจุบันท่านมีรายได้ ..... บาท /เดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต

หัวข้อ	อาการและอาการแสดง	คะแนน
1	Somatic Concern (G) คุณรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นโรคทางกายหรือไม่	
2	Anxiety (G) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบางอย่างไหม /ความคิดนี้รบกวนจิตใจบ่อยไหม / รู้สึกมีอาการใจสั่น / อาการที่บอกมีผลต่อการทำงานของคุณไหม	
3	Emotional withdrawal (N) มีลักษณะแยกตัวมีปฏิกริยาโต้ตอบกับผู้อื่นไม่แสดงอารมณ์ หน้าเฉยเมย	
4	Conceptual disorganization (P) พูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม ไม่ต่อเนื่อง(ดูใน 15 นาทีแรก)	
	.	
	.	
18	Disorientation (G) ถาม วันที่ สถานที่ เวลา บุคคล	
	คะแนนรวม	

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตเภท

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โปรดเครื่องหมายเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

คำตอบมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	รู้สึกเห็นด้วยอย่างมากที่สุดข้อความของประโยคนั้นๆ
เห็นด้วย	หมายถึง	รู้สึกเห็นด้วยพอสมควรในข้อความของประโยคนั้นๆ
เฉยๆไม่แน่ใจ	หมายถึง	รู้สึกไม่แน่ใจในข้อความของประโยคนั้นๆ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	รู้สึกไม่เห็นด้วยในข้อความของประโยคนั้นๆ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุดข้อความของประโยคนั้นๆ

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	เฉยๆ หรือไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1. ฉันทำกิจกรรมต่างๆได้ตามความสามารถของตนเอง					
2. ฉันรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆได้ในระดับที่แตกต่างกัน					
3. กิจกรรมบางอย่างที่ยากเกินความสามารถฉันยอมรับว่าฉันทำไม่ได้					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
10. ฉันรับรู้ถึงอาการของโรคจิตเภทของตนเองได้					



#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินความหวัง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความตั้งใจและการคิดหาแนวทางที่จะไปให้ถึงเป้าหมายของผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โปรด

เครื่องหมายเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

คำตอบมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	รู้สึกเห็นด้วยอย่างมากที่สุดข้อความของประโยคนั้นๆ
เห็นด้วย	หมายถึง	รู้สึกเห็นด้วยพอสมควรในข้อความของประโยคนั้นๆ
เฉยๆไม่แน่ใจ	หมายถึง	รู้สึกไม่แน่ใจในข้อความของประโยคนั้นๆ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	รู้สึกไม่เห็นด้วยในข้อความของประโยคนั้นๆ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุดข้อความของประโยคนั้นๆ

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	เฉยๆ หรือไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1.ฉันมีความตั้งใจจะดูแลตนเองให้หายจากโรคจิตเภท					
2.ฉันจะพยายามสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นก่อน					
3.ฉันคิดว่าชีวิตตนเองมีคุณค่า และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
10.ฉันมีความเข้มแข็งภายในจิตใจ					

### ส่วนที่ 5 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง

**คำชี้แจง** ข้อความด้านล่างเกี่ยวข้องกับความรู้สึกทั่วไปของท่าน ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

คำตอบมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	รู้สึกเห็นด้วยอย่างมากที่สุดข้อความของประโยคนั้นๆ
เห็นด้วย	หมายถึง	รู้สึกเห็นด้วยพอสมควรในข้อความของประโยคนั้นๆ
เฉยๆไม่แน่ใจ	หมายถึง	รู้สึกไม่แน่ใจในข้อความของประโยคนั้นๆ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	รู้สึกไม่เห็นด้วยในข้อความของประโยคนั้นๆ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุดข้อความของประโยคนั้นๆ

ข้อ ที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	เฉยๆ หรือไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1	โดยทั่วไปฉันรู้สึกพอใจตนเอง					
2	มีบ่อยครั้งที่ฉันคิดว่าตัวเองไม่มีอะไรดีเลย					
3	ฉันรู้สึกว่าตัวฉันก็มีอะไรดี ๆ ในตัวเอง					
4	ฉันสามารถทำอะไรได้ดีเหมือนคนอื่น ๆ					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
10	ฉันมีความรู้สึกที่ดีกับตัวเอง					

## ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการปรับตัวทางสังคม

**คำชี้แจง** ขอให้ท่านอ่านคำถามต่อไปนี้และพิจารณาว่าท่านได้ทำกิจกรรมเหล่านั้นมากน้อยเพียงใดในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา แล้วตอบคำถามตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างของ คำตอบ ข้อใดที่ตอบว่า “ไม่ได้ทำ” หรือ “ไม่เคยทำ” กรุณาบอกเหตุผลด้วย

### ตอนที่ 1 การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

ข้อ ที่	กิจกรรม	ไม่ได้ ทำ	ทำ บ้าง	สม่ำเสมอ	เหตุผล
1	ช่วยงานบ้าน				
2	ไปเยี่ยมเพื่อน				
	.				
	.				
16	ช่วยเหลือจนเจือหาเลี้ยงครอบครัว				

### ตอนที่ 2 การทำกิจกรรมในยามว่าง

ข้อ ที่	กิจกรรม	ทำ บ่อย	ทำเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ทำ	เหตุผล
1	ดูผลงานบ้าน				
2	ดูแลสวนหรือลานบ้าน				
	.				
	.				
	.				
22	ไปที่โรงเรียนหรือที่ทำงาน				

### ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** ให้กาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงช่องเดียว

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. มีคนที่ท่านไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆได้					
2. คนรอบตัวท่านไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ					
.					
.					
25 มีคนให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทาง ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน					

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้ตราใบ

คำชี้แจง อ่านข้อความและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่อธิบายได้ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน

ลำดับ ที่	ข้อความ	ไม่เลย ( 1 )	นาน ๆ ครั้ง ( 2 )	บาง ครั้ง ( 3 )	บ่อย ๆ ( 4 )	บ่อย มาก ( 5 )
1.	ท่านเคยหลีกเลี่ยงที่จะไม่บอกกับบุคคลอื่น ๆ ว่า ท่านได้รับการรักษาโรคจิต					
2.	ท่านเคยถูกบุคคลอื่น ๆ ปฏิบัติต่อท่านใน ลักษณะที่ท่านมีความสามารถน้อยกว่า ที่ท่าน มีอยู่ เมื่อรู้ว่าท่านได้รับการรักษาโรคจิต					
.	.					
.	.					
21.	ท่านเคยหลีกเลี่ยงที่จะไม่กรอก/ระบุข้อมูล ว่า ท่านได้รับ การรักษาทางจิตในเอกสารต่างๆ (สมัครงาน ขอใบขับขี่ ฯลฯ) ด้วยเกรงว่าจะมี ผลต่อการสมัครของท่าน					

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

# ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้สูตร ดังนี้

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
$\sum X$	แทน	ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล
N	แทน	จำนวนข้อมูลทั้งหมด

2. การคำนวณหาค่าร้อยละ ใช้สูตร ดังนี้

$$p = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ p	แทน	ค่าร้อยละ
f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
n	แทน	จำนวนข้อมูลทั้งหมด

3. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation ; S.D.) ใช้สูตร ดังนี้

$$S.D = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

เมื่อ S.D.	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
X	แทน	ค่าคะแนนแต่ละจำนวน
$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของข้อมูลชุดนั้น
N	แทน	จำนวนของข้อมูลชุดนั้น

4. การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ใช้สูตรดังนี้

$$r = \frac{N \sum XY - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[\sum x^2 - (\sum x)^2][\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
	N	แทน	จำนวนคู่คะแนน
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคู่คะแนนทั้งหมด
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคู่คะแนนในชุดตัวแปร X
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคู่คะแนนในชุดตัวแปร Y

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรืออากาศเอกหญิง อุบลรัตน์ สิงห์เสนี เกิดวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2521 ที่จังหวัดฉะเชิงเทรา สำเร็จการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ เมื่อปีการศึกษา 2543 และเข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2550 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งนายทหารพยาบาล หอพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช



ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย