

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท*

THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT GROUP PROGRAM ON PERCEIVED STIGMA OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

สมลักษ์ณ์ เขียวสด, พยบ. (Somluck Khieosod, MS.N., RN)**

วิมลพรรณ นิธิพงศ์, ศคค. (Vimolpun Nitipong, Ph.D., RN)***

ทัพบิม อุดะเดช, พยบ. (Tubtim Autadach, B.N., RN)****

วัลลภา แสนศิลา, พยบ. (Wanlapa Saensila, B.N.S., RN)****

Abstract

Objective: The objective of this quasi-experimental study was to investigate the effect of the social support group program on perceived stigma of schizophrenic patients.

Methods: The thirty-six schizophrenic patients receiving services in psychiatric clinic at Ratchaburi Hospital, who met the inclusion criteria, were matched pair with age and positive/negative symptoms and then randomly assigned into the experimental and the control group, 18 persons in each group. The experimental group received the social support group program for 4 sessions within 5 weeks. The control group received regular nursing care activities. Research instruments were: 1) The social support group program 2) The Internalized Stigma of Mental Health scale and 3) The Social Support questionnaire. All instruments were validated for

content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2nd and 3rd instruments were reported by Cronbach's alpha coefficient as of 0.8 both instruments. The t-test was used for data analysis.

Results: 1) Mean score of perceived stigma of schizophrenic patients who received the social support group program was significantly lower than that before at .05 2) After the experiment, mean score of perceived stigma of schizophrenic patients who received the social support group program was significantly lower than that of the schizophrenic patients who received regular nursing care activities at .05

Conclusion: The social support group program could reduce perceived stigma of schizophrenic patients, leading them to feel valued, accepted and be able to adapt themselves to

*การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชนบุรี

**Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลราชบุรี E-mail: ksomluck@hotmail.com

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชนบุรี

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

survive in society. Therefore, nurses should be aware of stigma of schizophrenic patients. This finding could be utilized as a guideline for caring of schizophrenic patients.

Keywords: Schizophrenic patients, Stigma, Social support group program

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 36 คน ได้รับการจับคู่ตามอายุ และอาการทางบวก อาการทางลบ แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง ดำเนินการเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม 2) แบบวัดการรับรู้ตราใบ และ 3) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2 และ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .8 เท่ากันทั้ง 2 ชุด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการศึกษา: 1) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มช่วยลดการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ ดังนั้น พยาบาลจึงควรตระหนักในความรู้สึกเป็นตราใบของผู้ป่วยจิตเภท และนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท ตราใบ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตเภทมากเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 35.1 (กรมสุขภาพจิต, 2556) ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด และมีแนวโน้มจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ดังจะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับการรักษามากเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 38.14, 38.57 และ 39.15 ตามลำดับ (โรงพยาบาลราชบุรี, 2558) ลักษณะพื้นฐานที่เฉพาะของโรคจิตเภทคือ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์สุคนิษฐ์, 2558) ทำให้บุคคลทั่วไปรู้สึกว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างไปจากบุคคลอื่น สังคมมองว่าผู้ป่วยจิตเภทผิดปกติ น่ากลัว ด้อยค่า ไม่น่าเชื่อถือ (จิตนิรันดร์

โซครีสมิห์ริญ, 2553) ไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ที่มีพฤติกรรมหรือใช้ชีวิตเหมือนบุคคลทั่วไปได้ (สุจิตรา วรสิงห์, 2557) และได้ร่วมกันตัดสินใจสัญลักษณ์ใช้คำเรียกผู้ป่วยโรคจิตว่า คนบ้า ผู้ป่วยจิตโรคจิต ไม่เต็มบาท ค้อยค่าในการใช้ชีวิตในสังคม (อรัญญา คำพึ่ง, 2552; Ying, Wolf, & Wang, 2013) เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปติดตัวผู้ป่วยไปตลอดชีวิต (สมพร บุษราทิจ และณัฐฐา สายเสวย, 2553) ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ได้รับผลกระทบจากตราบาปมากและรุนแรงที่สุด (Switaj et al., 2011) โดยผลของตราบาปทางสังคมที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ตราบาปได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีความสุข ไม่สบายใจ รู้สึกไม่พอใจในชีวิตและด้านสังคม จะรู้สึกถูกแบ่งแยกกีดกัน (วัชรภรณ์ ลือไธสงค์, 2552)

วอลล์ (Wahl, 1999) ได้แบ่งตราบาปออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการถูกตีตรา เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลในสังคมแสดงต่อคุณลักษณะที่เสื่อมเสียและคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ ที่ไม่เหมือนกับคนในสังคมของตนและอีกด้านหนึ่งคือด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน โดยมีการตัดสินใจว่าบุคคลที่ถูกตีตรานั้นควรถูกแยกออกไปจากกลุ่มคนปกติในสังคม ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าเป็นที่ยอมรับและไม่พึงประสงค์ของสังคม (ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโคะ, และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2556)

ในสังคมไทยปัญหาการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทยังมีอยู่มาก ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนในชุมชนไม่ยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ บางครั้งเห็นผู้ป่วยเป็นตัวตลก ล้อเลียนทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมจากการศึกษาของ เพอร์ลิก และคณะ (Perlick et al.,

2001) พบว่าการรับรู้ตราบาปสูงจะทำให้ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมลดลงและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้ตราบาป มาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดการสนับสนุนทางสังคม ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ มุลเลอร์ และคณะ (Mueller et al., 2005) ที่ศึกษาพบว่าเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนช่วยเหลือมีอิทธิพลอย่างมากต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนุบำรุงการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุบลรัตน์ สิงห์เสนี (2552) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรักห่วงใยไว้วางใจความสนใจเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง การได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า โดยการให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า มีการจัดกระทำเพื่อลดการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท เช่น การให้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง การเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่ยังไม่พบว่ามีการจัดกระทำโดยตรงเพื่อเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท มีการรับรู้ตราบาปลดลง ด้วยเหตุนี้ การพยายามเพื่อช่วยลดการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท จึงควรมุ่งเน้นที่การจัดกระทำเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม

จากการปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ภาพพจน์ของผู้ป่วยจิตเภทจะถูกนำเสนอในด้านลบ เช่น ความ

ก้าวร้าว ความสกปรก หรือผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมแปลกๆ เป็นที่น่าขบขัน หรือนำรำคาญทำให้คนอื่นในสังคมเกิดความหวาดกลัว ไม่กล้าเข้าใกล้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด ทุกข์ทรมานจากการถูกรังเกียจ ถูกกลั่นแกล้งโอกาสในการดำเนินชีวิตตามปกติในสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยลดการรับรู้ตราบาปมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวเข้าสู่สังคม และใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนเยี่ยงบุคคลทั่วไปได้อย่างปกติสุขตามศักยภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (pre test-post test control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรกระหว่างประเทศ (ICD 10) ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล

ราชบุรีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ได้แก่ อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง พูดและฟังภาษาไทยรู้เรื่อง อาการทางจิตทุเลาโดยมีคะแนนจากแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ต่ำกว่า 30 คะแนน และมีคะแนนการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูงมาก ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมาก่อน และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน จับคู่ด้วยด้วยลักษณะที่ใกล้เคียงกันเป็นคู่ๆ ตาม อายุ และ อาการทางจิต

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (Erdfeiler, Faul, & Buchner, 1996) กรณีการใช้จำนวนค่า t-test โดยกำหนดค่า Effectsize=0.5 ค่าแอลฟา=.05 และ ค่าPower=0.8 คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 34 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 การวิจัยครั้งนี้จึงได้ใช้ตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี และผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และข้อมูลที่ได้จะเก็บ

เป็นความลับ ไม่มีการนำไปเผยแพร่หรือระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง สามารถแจ้งขอออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนา โดยศึกษาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ที่มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการกลุ่มของมาร์แรม (Marram) ที่แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการและ 3) ระยะสิ้นสุดกิจกรรม (Marram, 1978) ร่วมกับการดัดแปลงกิจกรรมจากโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สุณีย์ แสงดาว (2554) ได้พัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ เฮาส์

โปรแกรมนี้ ประกอบไปด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสนับสนุนด้านอารมณ์ ครั้งที่ 2) การเผชิญปัญหาด้วยทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนด้านการประเมินค่า ครั้งที่ 3) การให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและจำเป็น เรื่องโรคจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนด้าน

ข้อมูลข่าวสาร และครั้งที่ 4) การพัฒนาทักษะการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยโปรแกรมนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ซึ่งพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 5 คน พบว่าผู้ป่วยยังไม่เข้าใจกิจกรรมการให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและจำเป็น เรื่องโรคจิตเภท จึงปรับคำพูดและยกตัวอย่างประกอบ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น และปรับเนื้อหาให้กระชับและเหมาะสมกับเวลาไม่ให้นานจนเกินไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และการอาศัยอยู่

2.2 แบบสอบถามการรับรู้ทราบไปตามแนวคิดของวอลล์ (Wahl, 1999) ที่อรรถวรรณา วรณชาติ (2550) ได้นำมาดัดแปลงและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ โดยวัดการรับรู้ทราบ 2 ด้าน คือ ด้านการถูกตีตราจำนวน 9 ข้อ และด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน จำนวน 12 ข้อ เป็นลักษณะประเมินค่า 6 ค่า คือ บ่อยมาก บ่อยๆ บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เลย ไม่เคยพบสถานการณ์นั้น

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้น โดยจิราพร รักการ (2549) โดยใช้แนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating

scale) 5 ระดับคือไม่เป็นจริงเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง ตลอดเวลา กำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบ ได้ 1 คำตอบ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ตราใบและแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คนพบว่าวิเคราะห์ค่าความตรงของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน โดยมีค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) = 0.5 ขึ้นไป (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2552) นำเครื่องมือไปทดสอบความเที่ยง โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) โดยแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.8 และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.8

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมการวิจัย มีการเตรียมความรู้ของผู้วิจัย เตรียมผู้ช่วยวิจัย เตรียมและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการ สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินการรับรู้ตราใบ (pre-test) ประเมินอาการทางบวก อาการทางลบให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แล้วนำมาจับคู่ (matched pair) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมาก

ที่สุด คือ อาการทางบวก อาการทางลบ และอายุ และจับคู่กลุ่มตัวอย่างจนครบ 20 คู่แล้วสุ่มอย่างง่าย โดยจับฉลากเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน และนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วยการสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย ประเมินอาการและระดับความรุนแรงด่วนของอาการเจ็บป่วย การให้สุขศึกษา ให้คำแนะนำเรื่องวิธีการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ดำเนินการทั้งหมด 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ และในระหว่างดำเนินการทดลองมีผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม (drop out) จำนวน 2 คน จึงเหลือผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน ดำเนินกิจกรรมที่ห้องประชุมกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์: การสร้างสัมพันธภาพและเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ในครั้งนี้มีการสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ตราใบสนับสนุนการระบายนามารมณ์ ความรู้สึกไม่สบายใจจากการรับรู้ตราใบ การให้กำลังใจ เห็นอกเห็นใจ และการเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง

ครั้งที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า: การเผชิญปัญหาด้วยทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล การจัดการกับปัญหาที่สาเหตุ (problem solving focus) ให้ข้อมูลป้อนกลับหรือให้การรับรอง (affirmation) หรือบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและให้ข้อมูลทางเลือกถึงวิธีการจัดการอื่นๆที่มีประสิทธิภาพมาใช้ในการป้องกันปัญหาที่เกิดจากการรับรู้ตราบาป

ครั้งที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร: การให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นเรื่องโรคจิตเภท ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาอาการเตือน อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงและวิธีการจัดการกับอาการเตือนได้

ครั้งที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร: การพัฒนาทักษะการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน ให้ข้อมูลถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน และวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ

หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 4 ใช้เครื่องมือกำกับการทดลองคือแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภททันทีที่ใช้เกณฑ์ผ่านร้อยละ 80 หากไม่ผ่าน ผู้วิจัยและผู้ป่วยจะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขเพิ่มเติมเกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มจนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

3. ระยะประเมินผลการวิจัย

ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ตราบาปในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มจำนวน 18 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 18 คน อีกครั้ง โดย post test ในสัปดาห์

ที่ 5 และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ในการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (match pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องของ อายุ และอาการทางบวก และอาการทางลบ และถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม (dropout) จำนวน 2 คนเมื่อสิ้นสุดการทดลองมีผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.1 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 38.9 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.4 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 72.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 61.1 และอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 61.1 ส่วนกลุ่มควบคุมผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.6 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 38.9 และร้อยละ 50 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและสถานภาพโสดอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 55.6

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ฐานะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมฯ

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired-Sample t-test ได้มีการทดสอบการกระจายของ ข้อมูลคะแนนการรับรู้ฐานะทั้งก่อนและหลัง โดยการทดสอบ ค่าสถิติ Shapiro-Wilks ซึ่งมีค่า p-value มากกว่า .05 สรุปว่าข้อมูลมีการกระจายแบบ ปกติ เป็นไปตามเงื่อนไข การใช้สถิติ t-test

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการ

รับรู้ฐานะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของ ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ฐานะในกลุ่มควบคุมก่อน และหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน แต่ใน กลุ่มทดลองพบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยจิตเภท มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ฐานะแตกต่างจากก่อน การได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ฐานะหลัง ได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ฐานะของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนการรับรู้ฐานะ	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม (n = 18)					
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	53.83	6.46	17	-1.91	.07
หลังได้รับโปรแกรมฯ	56.22	5.94			
กลุ่มทดลอง (n = 18)					
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	58.22	7.16	17	20.12	.00
หลังได้รับโปรแกรมฯ	27.06	5.48			

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ฐานะของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมฯ

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired-Sample t-test ได้มีการทดสอบการกระจายของ ข้อมูลคะแนนการรับรู้ฐานะทั้งก่อนและหลัง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบ ค่าสถิติ Shapiro-Wilks ซึ่งมีค่า p-value มากกว่า .05 สรุปว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ เป็นไป ตามเงื่อนไข การใช้สถิติ t-test

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการ รับรู้ฐานะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของ ผู้ป่วยจิตเภท พบว่าในระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการ รับรู้ฐานะไม่แตกต่างกัน ($p < .05$) ส่วนหลัง การได้รับโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ฐานะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยที่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ฐานะกลุ่ม ทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 18) และกลุ่มควบคุม (n = 18)

คะแนนการรับรู้ตราบาป	$\bar{X}$	SD	df	t	p- value
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ					
กลุ่มทดลอง	58.22	7.16	34	1.93	.06
กลุ่มควบคุม	53.83	6.46			
หลังได้รับโปรแกรมฯ					
กลุ่มทดลอง	27.06	5.48	34	-15.31	.00
กลุ่มควบคุม	56.22	5.94			

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า คะแนนการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง โดยวัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 คือ การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ นั้นแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) และกระบวนการกลุ่มของมาร์เรม (Marram, 1978) มีผลต่อการรับรู้ตราบาปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จนส่งผลให้การรับรู้ตราบาปลดลงได้ (Mueller et al., 2005) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่พัฒนาขึ้นเพื่อการวิจัย มีผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตามโปรแกรมที่กำหนดซึ่งโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่นำมาบูรณาการใช้นี้ประกอบด้วยการที่เน้นการสนับสนุนด้าน

อารมณ์โดยการสร้างสัมพันธภาพและเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จักกัน คำนึงกัน เน้นการเปิดเผยตนเองได้ระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดจากการรับรู้ตราบาปปรับโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วยให้กำลังใจ เห็นอกเห็นใจ เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งการได้รับการยกย่อง เห็นคุณค่า ไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟังจากผู้ป่วยด้วยกันทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภูมิใจ ถือเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการประทับประคองด้านจิตใจ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในตนเองส่งผลให้ความรู้สึกการมีตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ คอรัริเกน (Corrigan, 2004) ที่พบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นส่งผลให้การรับรู้ตราบาปลดลง และการมีสัมพันธภาพในสถานการณ์ที่ไม่เป็นทางการจะช่วยลดความรู้สึกตราบาปที่ดีที่สุด การป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยมีความรู้สึกด้อยค่า ท้อแท้ หดหู่ มีมุมมองและตัดสินใจตนเองในทางลบ (สมพร บุรราชิจและณัฐสา สายสวย, 2553) ดังนั้นกิจกรรมเสริมสร้างความ

มีคุณค่าในตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าตนมีความสามารถได้รับการยอมรับ ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเพิ่มคุณค่าในตนเองส่งผลให้ความรู้สึกการมีตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเวอร์เนอร์, เอวิช, และ บาร์แรค (Werner, Aviv, & Barak, 2008) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้และประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหานำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา และฝึกทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดจากการรับรู้ตราบาปโดยใช้เหตุผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนมุมมองของตนต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ตราบาป วิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการรับรู้ตราบาป ลดการแสดงออกทางอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสังคมไปในทางที่ดีขึ้น ได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้างมากขึ้น ส่งผลทำให้การรับรู้ตราบาปลดลง (อรัญญา คำพึ่ง, 2552) ร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ซึ่งการได้รับคำอธิบายถึงอาการป่วยที่กำลังประสบอยู่ ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ส่งผลต่อการยอมรับการรักษาและสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง (Arboleda-Florez & Stuart, 2012) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ผสมผสานแนวความคิดการดูแลตนเองแบบองค์รวมทั้งกายและจิตใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึกการรับรู้ตราบาป ซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์ในการลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท (Hayward & Bright, 1997) ซึ่งการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ตลอดจนการรักษา ส่งผลให้ลดตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Compton, Esterberg, McGee, Kotwicks, & Oliva, 2006) เพื่อไม่ให้เป็นการละเลยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสอดคล้องกับการศึกษาของเชมณัญฐ์ ศรีพรหมภักดิ์ (2557) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม

นอกจากนั้นการรู้วิธีการและขั้นตอนในการขอความช่วยเหลือและสนับสนุนให้มีโอกาสได้เข้าสังคมอย่างสม่ำเสมอ สามารถติดต่อสื่อสารขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ดีขึ้นนั้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคมส่งผลทำให้การรับรู้ตราบาปลดลง (อรัญญา คำพึ่ง, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของอรรณ วรณชาติ (2550) ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท และสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา วรสิงห์ (2557) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ตราบาปแสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน รับรู้ว่าตนเองได้รับความรัก ความห่วงใยจากบุคคลในสังคมเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะทำให้การรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนผลการวิจัยที่พบว่า คะแนนการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 คือ การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วย

จิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสามารถอธิบายผลการศึกษาที่พบได้ว่า จากการที่ผู้วิจัยมีการจัดให้กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม โดยการจับคู่ (matched – pair) ลักษณะที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ตราบาปคืออาการทางบวกและอาการทางลบ (Ertugrul & Ulug, 2004) และอายุ (Werner et al., 2008) อีกทั้งยังมีการจับฉลากเข้ากลุ่ม (random assignment) เพื่อลดอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ทำให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันและลดปัจจัยแทรกซ้อนให้มากที่สุดเพื่อนำทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกัน ระหว่างการได้รับการพยาบาลตามปกติกับการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มจะมีผลต่อการรับรู้ตราบาปอย่างไร ซึ่งจากผลการทดลองพบว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสามารถลดการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทีมสุขภาพจิตในเครือข่าย เพื่อให้บุคลากรในเครือข่ายสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชุมชนได้ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ต่างอำเภอและมีข้อจำกัดในการเดินทาง
2. ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม สามารถลดการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามโปรแกรมฯ

3. ควรมีการศึกษาผลของการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่ผู้ป่วยจะออกไปอยู่ในชุมชน รวมถึงควรศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆ ในชุมชน เช่น ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2556). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556*. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2556). การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 89-100.
- เจนัญญ์ ศรีพรหมภักดิ์. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ตราบาป ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตนันทน์ โชครศมีหิรัญ. (2553). *ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการดูแลของคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (บรรณาธิการ). (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลราชบุรี. (2558). *ผลการปฏิบัติงาน กลุ่มงานจิตเวช*. ราชบุรี: โรงพยาบาลราชบุรี.
- วัชรารักษ์ ลือไชสงค์. (2552). *การตรวจทางสังคม: กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์และการพัฒนา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2552). *ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม: Classical Test Theory* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพร บุษราธิจ และณัฐฐา สายเสวย. (2553). *จิตเวชก้าวหน้า 2553*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุจิตรา วรสิงห์. (2557). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ทราบในผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุณีย์ แสงดาว. (2554). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อการดูแลของคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรพรรณ วรรณชาติ. (2550). *ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ทราบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรัญญา คำพึ่ง. (2552). *ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อการรับรู้ทราบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุดรดิษฐ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบลรัตน์ สิงห์เสนี. (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทราบของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Arboleda-Florez, J., & Stuart, H. (2012). From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457-462.
- Compton, M. T., Esterberg, M. L., McGee, R., Kotwicki, R. L., & Oliva, J. R. (2006). Change knowledge, attitudes, and stigma related to schizophrenia. *Psychiatric*

- Services*, 57(8), 1199-1202.
- Corrigan, P.W. (2004). How stigma interferes with mental care. *American Psychologist*, 59(7), 614 – 625.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). G*POWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28(1), 1-11. Retrieved November 24, 2016, from <https://link.springer.com/article/10.3758/BF03203630>
- Ertugrul, A., & Ulug, B. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1), 73-77.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support* (Addiso-Wesley series on occupational stress). Boston: Addison–Wesley Educational Publishers Inc.
- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice* (2nd ed). Saint Louis: Mosby.
- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P. C., & Roessler, W. (2005). Social support modifies perceived Stigmatization in first year of mental illness: A longitudinal approach. *Social Science and Medicine*, 62(1), 39-49.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salahi, J., Struening, E. L., et al. (2001). Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of person diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52(12), 1627-1632.
- Switaj, P., Wciorka, J., Grygiel, P., Switaj, J. S., Anczewska, M., & Grzesik, A. (2011). Experience of stigma by people with schizophrenia compared with people with depression or malignancies. *The Psychiatrist Online*, 35(4), 135-139.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478.
- Werner, P., Aviv, A., & Barak Y. (2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*, 20(1), 174-187.
- Ying, L., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experience stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), 83-88.