

# ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท

## Factors Related to Perceived Stigma among Patients with Schizophrenia

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

สุจิตรา วรสิงห์<sup>1\*</sup>, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์<sup>2</sup> และ ชนัดดา นามเกษร<sup>2</sup>

<sup>1</sup> นักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
<sup>2</sup> สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\* ติดต่อผู้พิมพ์: suchitraw24@gmail.com

วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2557;9(3):98-104

Suchitra Worasing<sup>1\*</sup>, Pornpat Hengudomsup<sup>2</sup> and Chanudda Naebkaset<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Master degree nursing student (Mental Health and Psychiatric Nursing), Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand  
<sup>2</sup> Division of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

\* Corresponding author: suchitraw24@gmail.com

Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2014;9(3):98-104

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวัง **วิธีการศึกษา:** ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับบริการที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตจังหวัดตราดจำนวน 80 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ตราบาป การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความหวัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเกี่ยวกับ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวัง กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทโดย Pearson's Product Moment Correlation Coefficient **ผลการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาประดับต่ำ ( $\bar{X} = 31.11$ ; SD = 9.67) การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ( $\bar{X} = 76.07$ ; SD = 11.70) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 24.10$ ; SD = 5.98) และความหวังระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 36.08$ ; SD = 4.35) ด้านความสัมพันธ์พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความหวังสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.37$ ,  $P < 0.01$ ;  $r = -0.27$ ,  $P < 0.05$ ) ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.05$ ,  $P > 0.05$ ) **สรุป:** ผลการวิจัย เสนอแนะว่าพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และเพิ่มความหวังของผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อลดการรับรู้ตราบาป ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้ชีวิตกับครอบครัวและสังคมอย่างปกติสุขต่อไป

**คำสำคัญ:** การรับรู้ตราบาป, ผู้ป่วยโรคจิตเภท, การสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, ความหวัง

### Abstract

**Objective:** The purposes of this descriptive correlation research aimed to study perceived stigma and its relationships with related factors including social support, perceived self – efficacy, and hope among patients with Schizophrenia. **Method:** Eighty patients with Schizophrenia from Out Patient Psychiatric Department of government hospitals in Trat province. They were selected by using multi-stage sampling technique. The instruments included questionnaires to capture data regarding demographic data, perceived stigma, social support, perceived self - efficacy and hope. Data was collected via interview and analyzed by using descriptive statistics using percentage, means, standard deviation, and test the relationships by using Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. **Results:** The mean score of the perceived stigma was at a low level ( $\bar{X} = 31.11$ ; SD = 9.67), the social support was at a high level ( $\bar{X} = 76.07$ ; SD = 11.70), the general perceived self-efficacy ( $\bar{X} = 24.10$ ; SD = 5.98) and hope ( $\bar{X} = 36.08$ ; SD = 4.35) were at moderate levels. The perceived stigma had significantly negative correlation with the social support ( $r = -0.37$ ,  $P < 0.01$ ) and hope ( $r = -0.27$ ,  $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The findings from this study suggest that nurses and related health care professions should promote social support and enhance hope among patients with Schizophrenia in order to reduce perceived stigma and enable them to live well with their families and societies.

**Keywords:** perceived stigma, schizophrenia, social support, perceived self-efficacy, hope

### บทนำ

ตราบาปเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม กำเนิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ก่อเกิดเป็นปฏิกิริยาต่อผู้ที่มีความแตกต่างไปจากผู้อื่น ผู้ที่มีคุณลักษณะปรากฏออกมาขัดกับคุณลักษณะที่สังคมอยากให้เป็นจะเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ ทำให้บุคคลดังกล่าวไม่เป็นที่ยอมรับ ถูกแบ่งแยก กีดกัน ลดโอกาสในการดำเนินชีวิตในสังคม ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ที่ถูกตราทำให้รู้สึกด้อยค่า น่าอับอาย<sup>1</sup> ตราบาปที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วโลก ไม่ได้เกิดเฉพาะประเทศในแถบเอเชีย แปซิฟิกเท่านั้น<sup>2</sup> โรคทางจิตเวชที่ได้รับผลกระทบจากตราบาปมากและรุนแรงที่สุดได้แก่ โรคจิตเภท<sup>3,4</sup> ลักษณะพื้นฐานที่เฉพาะของโรคจิตเภท ผู้ป่วยจะมี

ความคิดผิดแผก บิดเบือนไปจากข้อเท็จจริง มีการรับรู้ผิดปกติและมีความคิดไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงผู้ป่วยจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ<sup>5</sup> ทำให้บุคคลทั่วไปรู้สึกว่าคุณป่วยจิตเภทมีความแตกต่างไปจากบุคคลอื่น สังคมมองว่าคุณป่วยจิตเภทผิดปกติ น่ากลัว ด้อยค่า ไม่น่าเชื่อถือ ไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ มีพฤติกรรมหรือใช้ชีวิตเหมือนบุคคลทั่วไปได้ และได้ร่วมกันตัดสินใจให้สัญลักษณ์ ใช้คำเรียกผู้ป่วยโรคจิตว่า คนบ้า ผีบ้า วิกลจริต ไม่เต็มบาท เมื่อถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตผู้ป่วยจะถูกตราหน้าตั้งแต่วินาทีนั้นว่า

เป็นผู้ป่วยโรคจิต เป็นตราบาปที่ติดตัวผู้ป่วยไปตลอดชีวิต เปรียบเสมือนแผลเป็นบนใบหน้าที่มีอาจลบเลือนได้<sup>6</sup>

ทัศนคติเชิงลบจากสังคม ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย การถูกตีตราจากสังคมในฐานะผู้ป่วยทางจิต เป็นหนึ่งในความยากลำบากที่สุดที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญ<sup>7</sup> ตราบาปส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเวชหลายด้าน เป็นสิ่งขัดขวางโอกาสในการพัฒนาบทบาททางสังคมและการเกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง<sup>8</sup> เป็นข้อจำกัดโอกาสในการดำเนินชีวิต นำไปสู่การลดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง<sup>4</sup> และเป็นอุปสรรคหนึ่งที่สำคัญที่สุดต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเวช<sup>9</sup> แม้ในระยะเกือบทศวรรษที่ผ่านมา กรมสุขภาพจิตได้มีการณรงค์ การปลดโซ่ตรวนและส่งเสริมให้เกิดการยอมรับผู้ที่เป็นโรคจิตมากขึ้นก็ตาม แต่การยอมรับและปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้ที่มีประวัติโรคทางจิตเวชแล้วกลับไปอยู่ในชุมชนเยี่ยงบุคคลทั่วไปยังพบได้น้อย<sup>10</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ปัจจัยที่สำคัญได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (social support) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) และความหวัง (hope)

Mueller และคณะ<sup>11</sup> ศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ตราบาป พบว่าเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนช่วยเหลือมีอิทธิพลอย่างมากต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ วรรณชาติ<sup>12</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Sibitz และคณะ<sup>13</sup> พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการต่อสู้กับการเกิดตราบาป และมีการเกิดตราบาปอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Okhakhume<sup>14</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการรับรู้และการเกิดตราบาปอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงจะมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ

ความหวังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดตราบาปในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยความหวังเป็นปัจจัยที่สำคัญในการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเวช<sup>8,5,16</sup> Lysaker และคณะ<sup>16</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตใจ อาการทางคลินิกและความหวังในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยปัจจัยด้านจิตใจประเมินจากการรับรู้ตราบาป พบว่าการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงกับความคาดหวังในอนาคตและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

พยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล ส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้ป่วยทางจิตฟื้นตัว ปรับการรับรู้ที่มีต่อตนเองจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เห็นความจำเป็นต้อง

ศึกษาการรับรู้ตราบาปและปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยตั้งสมมติฐานว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวังมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ตราบาป เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแล ช่วยเหลือ ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสมต่อไป

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป โดยปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตจังหวัดตราด โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคใน ICD-10 2) มีอาการทางจิตสงบ สนทนาโต้ตอบรู้เรื่อง การรับรู้ปกติ โดยประเมินจากแบบประเมินสภาพจิต (Mental Status Questionnaire) ของ Kanh และคณะ<sup>17</sup> ต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 8 จาก 10 คะแนน 3) มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดจากสูตรของ Thorndike<sup>18</sup> ดังนี้  $n \geq 10 (k) + 50$  โดย n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และ k คือ จำนวนตัวแปรต้น โดยตัวแปรต้นที่จะศึกษามี 3 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวัง ดังนั้นได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) สุ่มเลือก 3 โรงพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐบาลทั้งหมดในจังหวัดตราดที่มีการให้บริการคลินิกจิตเวช ได้แก่ โรงพยาบาลเขาสมิง โรงพยาบาลคลองใหญ่ และโรงพยาบาลตราด สุ่มตัวอย่างโดยคำนวณตามสัดส่วนของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแต่ละโรงพยาบาล ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) จนครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวคิดของ Wahl<sup>19</sup> ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยภทราภรณ์ ทุ่งป็นคำ และอรวรรณ วรรณชาติ<sup>12</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ วัดการรับรู้ตราบาป ด้านการถูกตีตรา 9 ข้อ และด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ แบ่งช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้น แบ่งการรับรู้ตราบาปเป็น 5 ระดับ ค่าคะแนน 0 - 21 หมายถึง ไม่มี การรับรู้ตราบาป, 22 - 43 หมายถึง มีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ,

44 - 65 หมายถึง มีการรับรู้ตราบาในระดับปานกลาง, 66 - 87 หมายถึง มีการรับรู้ตราบาในระดับสูง และ 88 - 105 หมายถึง มีการรับรู้ตราบาในระดับสูงมาก

เครื่องมือแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire; PRQ 2000) ส่วนที่ 2 ของ Weinert<sup>20</sup> ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยประภาศรี ทุ่งมีผล<sup>21</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ แบ่งช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้น แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ ค่า 15 - 45 คะแนนหมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ, 46 - 75 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 76 - 105 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ ใช้แบบประเมินของ Jerusalem and Schwarzer ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย วาทีณี สุขุมมาก และคณะ<sup>22</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ แบ่งช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้น แบ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็น 3 ระดับ ค่า 10 - 20 คะแนนหมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ, 21-31 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 32 - 40 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง แบบสัมภาษณ์ความหวัง (Herth Hope Index: Herth)<sup>23</sup> แปลเป็นภาษาไทย โดย เรณูการ์ ทองคำรอด<sup>24</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ แบ่งช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้น แบ่งการมีความหวังเป็น 3 ระดับ ค่า 12 - 24 คะแนนหมายถึงมีความหวังในระดับต่ำ 25 - 37 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 38 - 48 หมายถึง มีความหวังในระดับสูง

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ตราบา แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสัมภาษณ์ความหวังไปตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลตราดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตราบาปมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และแบบสัมภาษณ์ความหวังมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ซึ่งทั้งหมดถือว่ามีความเชื่อมั่นระดับสูง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 โดยงานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัส 07-03-2556)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 นำเสนอ

ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในรูปค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง กับการรับรู้ตราบาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยวิธี Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 80 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 66.2 เพศหญิงร้อยละ 33.8 อายุเฉลี่ย 38 ปี มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 70 มีสถานภาพโสดร้อยละ 47.5 ประกอบอาชีพร้อยละ 72.5 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทเฉลี่ย 7 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 80)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	53	66.2
หญิง	27	33.8
อายุ		
20 - 39 ปี	44	55.0
40 - 60 ปี	36	45.0
$\bar{X}$ = 38.66, SD = 9.60		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	2.5
ประถมศึกษา	56	70.0
มัธยมศึกษา	19	23.7
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	2	2.5
ปริญญาตรี	1	1.3
สถานภาพการสมรส		
โสด	38	47.5
คู่	32	40.0
หย่าร้าง	6	7.5
หม้าย	4	5.0
อาชีพ		
เกษตรกร	28	35.0
รับจ้าง	23	28.8
งานบ้าน	14	17.5
ค้าขาย	4	5.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	3.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	10.0
จำนวนปีที่เป็นโรคจิตเภท		
1 - 10 ปี	44	55.0
11 - 20 ปี	36	45.0
$\bar{X}$ = 7.49, SD = 4.79		
การอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว		
อยู่กับบิดา มารดา	35	43.8
อยู่กับคู่สมรส	26	32.5
อยู่กับบุตร	5	6.2
อยู่กับพี่น้อง	6	7.5
อยู่คนเดียว	6	7.5
อยู่กับเพื่อนบ้าน	2	2.5

## การรับรู้ตราบา

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาโดยรวมเท่ากับ 31.11 (SD = 9.67) ซึ่งถือเป็นการรับรู้ตราบาในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตราบาในด้าน

การถูกตีตราในระดับต่ำ ( $\bar{x} = 18.48$ ,  $SD = 6.18$ ) และการรับรู้  
 ตราบาปด้านการถูกแบ่งแยกก็ตกอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน ( $\bar{x}$   
 $= 12.64$ ,  $SD = 4.47$ ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การรับรู้ตราบาปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 80)

การรับรู้ตราบาป	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การแปลผล
การรับรู้ตราบาปโดยรวม	31.11	9.67	ระดับต่ำ
การรับรู้ตราบาปด้านการถูกตีตรา	18.48	6.18	ระดับต่ำ
การรับรู้ตราบาปด้านการถูกแบ่งแยกก็ตก	12.64	4.47	ระดับต่ำ

### ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 76.07  
 (SD = 11.70) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 24.10 (SD =  
 5.98) และมีค่าเฉลี่ยความหวังเท่ากับ 36.08 (SD = 4.35) (ตาราง  
 ที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป (N = 80)

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การแปลผล
การสนับสนุนทางสังคม	76.07	11.70	ระดับสูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	24.10	5.98	ระดับปานกลาง
ความหวัง	36.08	4.35	ระดับปานกลาง

### ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการรับรู้ตราบาป

การสนับสนุนทางสังคมและความหวังมีความสัมพันธ์เชิงลบ  
 กับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.37$ ,  $P <$   
 $0.01$  และ  $r = -0.27$ ,  $P < 0.05$  ตามลำดับ) การรับรู้สมรรถนะแห่ง  
 ตนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r$   
 $= 0.05$ ,  $P > 0.05$ ) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับการรับรู้  
 ตราบาป (N = 80)

ปัจจัยคัดสรร	การรับรู้ตราบาป (r)
การสนับสนุนทางสังคม	-0.37*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.05
ความหวัง	-0.27**

\*  $P < 0.01$ ; \*\*  $P < 0.05$

## อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตรา  
 บาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย  
 ดังนี้

ด้านการรับรู้ตราบาป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตราบาปอยู่  
 ในระดับต่ำ ทั้งนี้ การรับรู้ตราบาป เป็นการรับรู้ตัวตนจากปฏิกิริยา  
 ของบุคคลอื่นในสังคม ทศนคติของบุคคลในสังคมและวิถีชีวิต

ความเป็นอยู่ จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ตราบาปของ  
 ผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วย การวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอาศัย  
 อยู่ในพื้นที่จังหวัดตราด ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ  
 เกษตรกรรมเป็นหลัก มีชีวิตความเป็นอยู่แบบสังคมชนบท เรียบ  
 ง่าย มีวิถีชีวิตที่มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน<sup>25</sup> สภาพสังคม  
 ดังกล่าว อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ  
 สอดคล้องกับการศึกษาของ Razali และคณะ<sup>2</sup> เรื่องการรับรู้ตรา  
 บาปและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดย  
 กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในมลรัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซียติดกับ  
 ชายแดนทางภาคใต้ของประเทศไทย ประชากรมากกว่าร้อยละ 90  
 เป็นเกษตรกร และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท พบว่า  
 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำเช่นเดียวกัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) อาศัยอยู่กับครอบครัว  
 ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร และพี่น้อง โดยสภาพสังคมและ  
 ครอบครัวไทย บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้องจะมีความใกล้ชิด  
 ผูกพันกัน นงลักษณ์ วรวัชรนันท์<sup>26</sup> ศึกษาพฤติกรรมเอื้ออาทร  
 ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าการอยู่ร่วมกับสมาชิก  
 ครอบครัวที่เป็นญาติใกล้ชิด โดยเฉพาะบิดา มารดา ซึ่งเป็นผู้ที่มี  
 บทบาทในการเลี้ยงดูผู้ป่วยจิตเภทมาตั้งแต่กำเนิด ทำให้มีความ  
 สนิทสนมและคุ้นเคยกับผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน ลักษณะของ  
 สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นเป็นความผูกพัน มีความเอื้ออาทร ห่วงใย  
 และจริงใจต่อกันเป็นพื้นฐาน เป็นผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย  
 จิตเภทของผู้ดูแลด้านความเมตตาต่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก  
 และจากการศึกษาของ สุพัฒน์ สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์  
 สิ้น<sup>27</sup> เรื่องตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการได้รับการดูแลด้วย  
 ความรัก ความผูกพันจากผู้ดูแลที่เป็นญาติใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยโรค  
 จิตเภทไม่รู้สึกว่าตนเองผิดปกติ หรือต่อคำนำรังเกียจ สอดคล้อง  
 กับ อรรถวรรณ วรรณชาติ<sup>12</sup> อาชาวศรี คำหอม<sup>28</sup> และ Razali และ  
 คณะ<sup>2</sup> ที่ศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วย  
 จิตเภทที่อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัว มีการรับรู้ตราบาปใน  
 ระดับต่ำเช่นกัน

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยที่มารับ  
 บริการในคลินิกจิตเวช อยู่ในระยะหลงเหลือ อาการทางจิตสงบ  
 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.6) มีสามารถประกอบอาชีพ มีรายได้เป็น  
 ของตัวเอง อาจทำให้การรับรู้ตราบาปทั้งในด้านของการถูกตีตรา  
 และแบ่งแยกก็ตกอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการประกอบอาชีพ มีรายได้  
 ช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิต  
 เภทที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการเอื้ออำนาจ  
 ให้ผู้ป่วยมีงานทำ มีรายได้เป็นของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่า  
 ในตัวเองเพิ่มขึ้น<sup>29</sup> ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความรู้สึกมีคุณค่าใน  
 ตนเองสูงจะมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ<sup>2,14</sup>

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการรับรู้ตราบาป  
 นั้น สำหรับด้านการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่ม  
 ตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และมีความ  
 สัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $r = -0.37, P < 0.01$ ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ถึงการสนับสนุน ส่งเสริมจากสังคม ได้รับการช่วยเหลือที่ดี ได้รับความรัก ความผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง ได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลอื่น และได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารเป็นอย่างมาก<sup>30</sup> จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 90) โดยอาศัยอยู่กับบิดา มารดา (ร้อยละ 43.8) และคู่สมรส (ร้อยละ 32.5) อาจทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของพงษ์อรุณ สมบัติรักษ์<sup>31</sup> เรื่องการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวชมาก เช่น บิดา มารดา คู่สมรส ญาติใกล้ชิด จะมีแนวโน้มในการให้การสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด และการได้อยู่ร่วมกับครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวขยายจะช่วยประคับประคองผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี<sup>2</sup> นอกจากนี้การมีชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมที่มีวิถีชีวิตที่มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกันอาจทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงด้วยเช่นกัน

ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ตราบาป การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นเหมือนบุคคลอื่น ๆ ไม่คิดว่าตนเองแปลกแยกหรือด้อยค่า การได้มีโอกาสแสดงความสามารถและบทบาททางสังคม ได้ช่วยเหลือ เอื้อประโยชน์ต่อบุคคลอื่น การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในสังคม จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ว่าตนเป็นที่ต้องการของผู้อื่น ไม่ถูกแบ่งแยกกีดกัน มีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ โดย Mueller และคณะ<sup>11</sup> ศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ตราบาป พบว่าเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนช่วยเหลือ มีอิทธิพลอย่างมากต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้ และอรวรรณ วรณชาติ<sup>12</sup> พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน

สำหรับด้านความหวัง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความหวังอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.27, P < 0.05$ ) พิจารณาจากปัจจัยที่มีผลต่อความหวังของ Herth<sup>32</sup> ได้แก่ การถูกแบ่งแยกหรือการถูกทอดทิ้ง การที่ไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยหรือความไม่สุขสบายได้ และการถูกลดคุณค่าความเป็นบุคคล จากผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 90) ได้เป็นส่วนหนึ่งในสมาชิกของครอบครัว ไม่ได้ถูกกล่าวขังหรือถูกจำกัดพฤติกรรมที่จะทำให้ถูกลดคุณค่า สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนบุคคลอื่น ๆ ไม่ได้ถูกแบ่งแยกหรือถูกทอดทิ้ง

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับความหวังของบุคคล<sup>33</sup> ผลการวิจัยพบว่าการกลุ่มตัวอย่างมีการ

สนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ และอารมณ์ รวมถึงการยอมรับจากสังคม การได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เหล่านี้ จะช่วยส่งเสริมบุคคลให้เกิดความหวังในชีวิต และจากที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตสงบ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.5) สามารถทำงานต่าง ๆ ได้ จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้ได้ว่าตนเองเหมือนกับบุคคลอื่นทั่วไป สิ่งที่ต้องการหรืออยากให้เป็นในอนาคตสามารถเป็นจริงได้ และไปสูเป้าหมายหรือความต้องการของตนเองได้

ผลการวิจัยพบว่าความหวังมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ตราบาป การมีความหวังจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่เห็นด้วยกับภาพตายตัวของผู้ป่วยจิตเวช<sup>16</sup> ไม่คิดว่าตนเองด้อยค่า ผิดปกติ หรือถูกแบ่งแยกกีดกัน แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงลบของความหวังกับการรับรู้ตราบาป สอดคล้องกับการศึกษาของ Lysaker และคณะ<sup>34</sup> เรื่อง การทำความเข้าใจระหว่าง การเกิดตราบาป การทำหน้าที่ทางสังคม ความหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าตราบาปที่เกิดกับผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับของความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการศึกษาของ Lysaker และคณะ<sup>16</sup> เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางคลินิกและสภาพจิตใจกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าความคาดหวังในอนาคตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดตราบาปในระดับสูงเช่นเดียวกัน ส่วนการศึกษาของ Kaewprom และคณะ<sup>9</sup> เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ความหวังเป็นหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคลที่จะช่วยเอื้ออำนวยการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการฟื้นตัวมีความหมายรวมถึง การเกิดความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเอง การที่ไม่รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า น่ารังเกียจ หรือแปลกแยกจากบุคคลอื่น ๆ ซึ่งหมายถึง ไม่มีการรับรู้ตราบาป แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความหวังกับการรับรู้ตราบาป

สำหรับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.05, P > 0.05$ ) กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่แล้ว (ร้อยละ 72.6) ยังสามารถประกอบอาชีพ มีรายได้เป็นของตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่จะทำให้เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้สำเร็จ และกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ได้พบเห็นและมีประสบการณ์ต่าง ๆ จากการกระทำของตนเองและผู้อื่น อันเป็นแหล่งข้อมูลที่สามารถเพิ่มสมรรถนะแห่งตนได้เช่นเดียวกัน

ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาการรับรู้ตัวตนของบุคคลตามแนวคิดทฤษฎีสัมพันธ์ทางสัญลักษณ์ (Symbolic interactionism)<sup>35</sup> กล่าวคือ การรับรู้อัตลักษณ์หรือการรับรู้ตัวตน ประกอบด้วยตัวตนที่ตนเองนิยาม (Private) และตัวตน

ที่เกิดจากทัศนคติของบุคคลในสังคม (Public) การรับรู้ตราบาปเป็นการรับรู้ตัวตนของผู้ป่วยจากทัศนคติของบุคคลที่อยู่ในสังคม เป็นภาพลักษณ์ที่เกิดจากการมองของบุคคลอื่น ๆ ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นลักษณะที่บุคคลนิยามตัวเอง เป็นการรับรู้ตัวตนที่เกิดจากภายใน เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้<sup>36</sup> ซึ่งการรับรู้ตัวตนจากการมองของบุคคลอื่นกับการรับรู้ตัวตนจากที่ตัวเองนิยาม อาจไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นแม้จะรับรู้ตัวตนเองเป็นเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป ได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม แต่อาจเชื่อมั่นหรือไม่เชื่อมั่นว่าจะสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จก็เป็นได้

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งรับรู้ว่าคุณเองสามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้เหมือนบุคคลอื่นทั่วไป แต่คนในสังคมกลับมองว่าคุณเองไม่ปกติ ไม่สามารถทำงานหรือทำได้ไม่เหมือนบุคคลอื่น ไม่ได้รับการว่าจ้างให้ทำงาน แสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปแต่อย่างใด นอกจากนี้ แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การวิจัยในครั้งนี้ได้ผลดังกล่าว

กล่าวโดยสรุป จากงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภทประกอบด้วยปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยภายใน ได้แก่ ความหวัง

### การประยุกต์ใช้ผลการศึกษา

จากผลการวิจัย สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมฟื้นฟูผู้ป่วย โดยพัฒนาโปรแกรมให้การสนับสนุนทางสังคมและเสริมสร้างความหวัง เพื่อช่วยลดการรับรู้เชิงลบที่มีต่อตนเองอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท บุคลากรในที่ปฏิบัติงาน ควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจ และส่งเสริมให้ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน ตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและการเพิ่มความหวังแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ อันจะช่วยลดการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท ให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข

ในด้านการบริหารการพยาบาลสามารถประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สามารถนำข้อมูลจากการวิจัยนี้ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนงานที่จะช่วยลดการรับรู้ตราบาปและให้การช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากตราบาป ทั้งในเรื่องกิจกรรมการพยาบาล การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อปรับทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช ตลอดจนส่งเสริมศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข ให้มีความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ในด้านการพยาบาลศึกษานั้น อาจารย์พยาบาลและนักวิชาการที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาป และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดการรับรู้ตราบาป ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตราดซึ่งมีสภาพแวดล้อมเป็นสังคมเกษตรกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ จึงเป็นที่น่าสนใจว่าหากมีการศึกษาในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างออกไป เช่น สังคมเมือง อาจให้ผลการศึกษที่ต่างไป จึงควรมีการวิจัยในพื้นที่อื่นที่มีสภาพสังคมแตกต่างกัน จะช่วยพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้มากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการวิจัยเชิงกึ่งทดลองเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนทางสังคม การเสริมสร้างความหวังต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท ตลอดจนศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภทกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นต้น เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดียิ่งขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ให้อนุญาตในการให้ข้อมูล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยเหลือ ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยบูรพาที่สนับสนุนทุนวิจัย โดยทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษาจากมหาวิทยาลัยบูรพา ครั้งที่ 2 ปีการศึกษา 2556

## References

1. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. 1963. (Accessed on May 15, 2012, from <http://www.ishkbooks.com/stigma.pdf>)
2. Razali SM, Hussein S, Alina TI. Perceived stigma and self-esteem among patients with schizophrenia. *Inter Med J* 2010;17(4):255-260.
3. Kadri N, Manoudi F, Berrada S, Moussaoui D. Stigma impact on Moroccan families of patients with Schizophrenia. *Canadian J Psychiat* 2004;49(9):625-629.
4. Switaj P, Wciórka J, Grygiel P, Switaj JS, Anczewska M, Grzesik A. Experience of stigma by people with Schizophrenia compared with people with depression or malignancies. *Psychiatrist Online* 2011;35: 135-139.
5. Lortrakul M, Sukkanit P. Ramathibodi psychiatrics, 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok. Beyond Enterprise, 2007. (in Thai)

6. Kittirattanapaibul P. Psychiatrics for lay persons. 2006. (Accessed on May 10, 2012, at <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=100>) (in Thai)
7. Baitabtim C. Living in society after therapy of schizophrenic patients in Srithanya hospital. Master degree thesis. Social welfare program. Graduate school, Thammasat University, 2004. (in Thai)
8. Kaewprom C, Curtis J, Deane FP. Factors involved in recovery from Schizophrenia: A qualitative study of Thai mental health nurses. *Nurs Health Sci* 2011;13:323–327.
9. Yang LH. Application of mental illness stigma theory to Chinese societies: synthesis and new directions. *Singapore Med J* 2007; 48(11):977-985.
10. Thungkampun P, Inthong S, Thamthai K, Wuttalak P, Suwanyot S, Wannachaikul S. (2551). Quality of life in schizophrenic patients: a patient and caregiver perspective. Research report under quality of life promotion program for schizophrenic patients in community. Faculty of Nursing, Chiangmai University, 2008. (in Thai)
11. Mueller B, Nordt C, Lauber C, Rueesch P, Meyer PC, Roessler W. Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: A longitudinal approach. *Soc Sci Med* 2005;62(1):39-49.
12. Wannachat O. Life skills as perceived by caregiver, social support and perceived stigma in schizophrenic patients. Master thesis in nursing (mental health and psychiatric nursing). Graduate school, Chiangmai University, 2007. (in Thai)
13. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2011; 37(2):316–323.
14. Okhakhume AS. Influence of psychological factors on self and perceived stigma and the efficacy of cognitive behavior therapy in symptoms reduction among mentally ill patients. *African Journal Online* 2012;20(2). (Accessed on Oct. 22, 2012, at <http://www.ajol.info/index.php/ifep/article/view/81338>)
15. Chiba R, Kawakami N, Miyamoto Y, Andresen R. Reliability and validity of the Japanese version of the self-identified stage of recovery for people with long term mental illness. *Inter J Mental Health Nurs* 2010;19:195–202.
16. Lysaker PH, Salyers MP, Tsai J, Spurrier LY, Louanne W, Davis LW. Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *J Rehab Res Develop* 2008;45:911–920.
17. Wahl OK. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bull* 1999;25(3):467-478.
18. Weinert C. Personal Resource Questionnaire 2000. 2000. (Accessed on Aug. 18, 2012, at <http://www.montana.edu/cweinert/instruments/pqr2000.html>)
19. Thungmeephol P. Social support, readiness and stress in mothers of autistic children. Master degree thesis in nursing (mental health and psychiatric nursing). Graduate school, Chiangmai University, 2005. (in Thai)
20. Sukmak W, Sirisunthorn A, Meena P. Reliability of self-efficacy questionnaire. *J Psychiat Assoc Thailand* 2002;47(1):31-37. (in Thai)
21. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs* 1992;17:1251-1259.
22. Thongkumrod R. Hope in HIV-infected persons. Master degree thesis in nursing (mental health and psychiatric nursing). Graduate school, Chiangmai University, 1998. (in Thai)
23. Worarakthananant N. Loving kindness in caregivers of schizophrenic patients. Master degree thesis in nursing (mental health and psychiatric nursing). Graduate school, Chiangmai University, 2003. (in Thai)
24. Puapan S. Nursing theory: science of humanities and human care of Watson. Course material. Master degree program in nursing. Chonburi. Faculty of Nursing, Burapha University, 2006. (in Thai)
25. Pratchayakupt P. Social support in families with schizophrenic patients. Master of arts thesis (social development). Graduate school, Khon Kaen University, 2005. (in Thai)
26. Sombatrak P. Social support in families with schizophrenic patients, Srithanya hospital. Master of social welfare degree thesis (Social administration). Huacheow Chalermprakiat University, 2009. (in Thai)
27. Srikamhom A. Perceived stigma in caregivers, life skills and perceived stigma in schizophrenic patients. Master degree thesis in nursing (Mental health and psychiatric nursing). Graduate school, Chiangmai University, 2009. (in Thai)
28. Kaewprajan T, Jindadej C, Liewchaichan B, Nuisin C, Boonsuth K, Yamapewan P. Culture Miscellany 19 Trat province. Bangkok. Rith Creation, 2013.
29. Lysaker PH, Tsai J, Vohs JL. Negative symptoms and concomitant attention deficits in schizophrenia: Associations with prospective assessments of anxiety, social dysfunction, and avoidant coping. *J Mental Health* 2010;19(2):184–192.
30. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84(2):191-215.
31. Schwartz C, Gronemann OC. The contribution of self-efficacy, social support and participation in the community to predict loneliness among persons with schizophrenia living in supported residences. *Israel J Psychiat Related Sci* 2009;46(2):120–129.
32. Lysaker PH, Tsai J, Vohs JL. Negative symptoms and concomitant attention deficits in schizophrenia: Associations with prospective assessments of anxiety, social dysfunction, and avoidant coping. *J Mental Health* 2010;19(2):184–192.

Editorial note  
 Manuscript received in original form on April 3, 2014;  
 accepted in final form on December 15, 2014