

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้า
ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF FAMILY SUPPORT PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS
IN FIRST-EPIISODE SHCIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Atitaya Khamthawee



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการ
ซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก
โดย นางสาวทิตยา คำทวี
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

อติตยา คำทวี : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก (THE EFFECT OF FAMILY SUPPORT PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS IN FIRST-EPISODE SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, 120 หน้า.

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว 2) อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ที่เข้ารับบริการแผนกหอผู้ป่วยนอกสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 40 คู่ ได้รับการจับคู่ผู้ป่วยจิตเภทด้วยเพศ และจับคู่ครอบครัวผู้ป่วยด้วยระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และจับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คู่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ และแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติทดสอบค่าที่

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777327036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: FAMILY SUPPORT PROGRAM / DEPRESSIVE SYMPTOMS

ATITAYA KHAMTHAWEE: THE EFFECT OF FAMILY SUPPORT PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS IN FIRST-EPISODE SCHIZOPHRENIC PATIENTS.

ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 120 pp.

The purposes of quasi-experimental research were: 1) to compare depressive symptoms in first-episode schizophrenic patients before and after received family support program, and 2) to compare depressive symptoms in first-episode schizophrenic patients who received family support program and those who received regular nursing care. The sample consisted of 40 first-episode schizophrenic patients, receiving services in out-patient department, Galya Rajanagarindra Institute. They were matched-pair by patients' sex and family income, and, then equally randomly assigned into an experimental group and a control groups. The experimental group received the family support program, whereas the control group received regular nursing care. Research instruments included 1) a nurses' of the family support program, depression assessment in schizophrenic patients, social support scale, test of caregivers' knowledge about schizophrenic care. All instruments were content validated by a panel of 5 professional experts. The Cronbach's alpha coefficient reliability of the depression assessment was .93 Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The research conclusion were:

1) Depressive symptoms in first-episode schizophrenic patients after receiving family support program was significantly lower than that before the experiment, at the .05 level.

2) Depressive symptoms in first-episode schizophrenic patients after receiving family support program was significantly lower than those who received regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่า คอยให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ด้วยความทุ่มเทและเอาใจใส่ ทำให้ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้ จึงขอกราบขอบพระคุณ ท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสมุส กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัยที่ท่าน กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์เป็น อย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะและให้ คำปรึกษาในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยเล่มนี้ รวมถึงขอขอบพระคุณผู้ร่วมวิจัยทุก ท่านที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าเข้าร่วมในการศึกษาการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทุกท่าน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วยนอก พี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆพยาบาลหอผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ที่คอยช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และขอกราบขอบพระคุณกรม สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาสับสนุนทุนการศึกษาในระดับปริญญาโทมาสนับสนุน ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุก ท่าน ที่ท่านได้ให้ความรู้และประสบการณ์อันมีค่า ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาล ศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสาร และดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ และ ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆทุกคนที่คอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณแม่ศิริพร คำทวี ที่คอยอบรมสั่งสอน และคอยให้ กำลังใจ และขอขอบคุณสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือและคอยเป็นแรงสนับสนุนที่ สำคัญอย่างยิ่งในความสำเร็จในครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์ใดๆที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอให้ทุกท่านมีสุขภาพ กายที่แข็งแรง สุขภาพจิตที่แจ่มใส มีพลังใจที่เข้มแข็งต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก.....	13
2. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก.....	18
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มีอาการซึมเศร้า.....	28
4. การสนับสนุนทางสังคมทางสังคมจากครอบครัว.....	29
5. การสนับสนุนจากครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกและพัฒนาโปรแกรมการ สนับสนุนจากครอบครัว.....	34

6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	38
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	66
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	67
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	71
สรุปผลการวิจัย	75
อภิปรายผล	75
ข้อเสนอแนะ	78
รายการอ้างอิง.....	79
ภาคผนวก	83
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	84
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง	89
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	94
ภาคผนวก ง แบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย.....	107
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	114
ภาคผนวก ฉ เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย.....	117
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	120



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	42
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส.....	43
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ประวัติการทำร้ายตนเอง ประวัติซึมเศร้าในครอบครัว อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่คิดทำร้าย ตนเอง และจำนวนครั้งที่เคยทำร้ายตนเอง.....	44
ตารางที่ 4 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว.....	57
ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test).....	68
ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการ ทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว (n=20.....	69
ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ.....	70

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	38
ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	65



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกด้วยอาการของโรคจะทำให้บุคคลที่ป่วยมีความผิดปกติทางด้านจิตใจที่รุนแรง ส่งผลทำให้บุคคลนั้นมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมผิดไปจากคนทั่วไป การดำเนินของโรคในระยะแรกจะไม่ชัดเจนจะค่อยเป็นค่อยไป ต่อมาจะเพิ่มความรุนแรงของอาการขึ้นทีละน้อยๆใช้เวลาเป็นเดือนหรือเป็นปีจึงจะเห็นความผิดปกติ เมื่ออาการปรากฏชัดเจนครอบครัวจำเป็นต้องพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยยาเป็นหลัก (Sadock & Sadock, 2007) อาการของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ อาการด้านบวก (positive symptoms) และอาการด้านลบ (negative symptoms) และลักษณะอาการที่แสดงออกในด้านบวก เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้มีผลกระทบต่อ คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัว ร้อยละ 40.2 พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่นร้อยละ 39.2 พฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง ร้อยละ 13.7 (ปัญญา ทองทัฬหและกฤตยา แสงวงเจริญ, 2556) และลักษณะอาการที่แสดงในด้านลบ ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง มีอารมณ์เศร้า ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และอาการซึมเศร้าก็เป็นอาการทางด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท อารมณ์ทางด้านลบถือว่าเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวกับบุคคลทั่วไปทุกเพศทุกวัยเมื่อเผชิญกับการสูญเสียการพลาดในสิ่งที่หวังการถูกปฏิเสธและมักเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกสูญเสียผิดหวัง หรือความรู้สึกอึดอัดทรมาน (Gotlib, 1992) ในประเทศไทย พบว่าอัตราการเกิดอาการซึมเศร้านั้นมีมากขึ้นในทุกกลุ่มอายุและทุกเพศ (สุมิตรา เดชพิทักษ์, 2547) และจากสถิติของโรคจิตเภทที่พบผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยปี 2558 จำนวน 488,436 ราย ในปี 2559 จำนวน 580,181 ราย และในปี 2560 จำนวน 480,266 ราย (สถิติจากกรมสุขภาพจิต, 2560) และจากสถิติของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในปี 2558 จำนวน 1,812 ราย ในปี 2559 จำนวน 2,022 ราย และปี 2560 จำนวน 2,237 ราย ซึ่งมีจำนวนที่เพิ่มขึ้น (เวชระเบียนสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2560)

การศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกได้มีการให้นิยามที่แตกต่างกันมากมาย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการทางจิตครั้งแรก (Volkow, Brodie, Wolf, et al., 1986) ผู้ป่วยที่มีช่วงระยะเวลาเฉลี่ยของการรักษาอาการทางจิตไม่เกิน 3-5 ปี (Biehl, Maurer, Schubart, et al., 1986) ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเฉลี่ยของการมีอาการทางจิตครั้งแรกของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในช่วง 2-5 ปี (Mullholland, 2000) ลักษณะอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเป็นอาการด้านลบ

ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลง เช่น มีอารมณ์เศร้า ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ปรับตัวไม่ได้กับปัญหาต่างๆ ต่างจากโรคซึมเศร้า เนื่องจากอารมณ์เศร้าจะเป็นอยู่นาน อาการรุนแรงขึ้น หมดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุนดิษฐ์, 2550) และผู้ป่วยที่มีระยะเฉื่อยของการมีอาการทางจิตครั้งแรกในช่วง 1-3 ปี (Lieberman et al., 2001) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้กำหนดความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก โดยตั้งแต่การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกในช่วง 1-3 ปี

อาการซึมเศร้า จะมีการแสดงออกถึงอารมณ์เศร้า (sad mood) การไม่มีความสุข (inability to derive pleasure) มีการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร (appetite) ระดับพลังงาน (energy level) และรูปแบบการนอน (sleeping patterns) ความรู้สึกผิด (feeling of guilt) ความรู้สึกไร้ค่า (worthlessness) และความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) ซึ่งความรู้สึกหรืออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุที่สำคัญที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย และมีการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มอาการทางอารมณ์ และกลุ่มอาการทางกระบวนการคิด โดยการแสดงออกของอาการซึมเศร้าในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และจะเกิดขึ้นต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์ (Addington et al., 1990)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 75.32 (สุภาวดี เกษไชย, 2555) และพบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกยังส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น การกลับเป็นซ้ำ และต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น รวมถึงการก่อให้เกิดปัญหาการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเกิดขึ้น และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพราะเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดอาการทางจิตครั้งแรกจะทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความรู้สึกผิด (guilt) รู้สึกเป็นตราบาป (stigma) และหลายครอบครัวยังเห็นว่าอาการซึมเศร้าเป็นการเพิ่มภาระให้กับสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน (Fredrick, Caldwell, and McGartland, 2002; สุภาวดี เกษไชย, 2555)

นอกจากนี้จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า อัตราการเกิดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกสูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งได้ทำการศึกษาความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก พบร้อยละ 65-80 (Hafner, 2005) และจากการศึกษาความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบร้อยละ 4-20 (Baynes, 2000) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ป่วยกับภาวะซึมเศร้าในประชากรทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ในประเทศนอร์เวย์ ในปี 1995-1997 ใช้ The Hospital Anxiety

and Depression Rating Scale (HADS) ในการประเมินภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงร้อยละ 52.7 เพศชายร้อยละ 47.3 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 21.8 อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 18.7 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 17.7 ภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พบในคนที่มีอายุน้อยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 50 ปี มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนที่อายุ 40-49 ปี และปัจจัยต่างๆที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า คือ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัย เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม บทบาทในการดูแลตนเอง ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Stordal , 2003) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยได้มีการศึกษาความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบร้อยละ 26-36 (วรพงษ์ กำไร, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า สามารถแบ่งได้เป็น 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยทางจิตด้านสังคม ปัจจัยด้านความคิด ปัจจัยทางพฤติกรรมและปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (อรพรธณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) จากการทบทวนที่ผ่านมาทำให้มองเห็นถึงปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคมที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทย เพราะครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ทั้งเรื่องการทำให้อาการผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้และดำรงชีวิตได้ตามปกติ รวมถึงช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาบในตนเอง มองตนเองไร้ค่า และยังช่วยลดอาการซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Buchanan, 1995)

การสนับสนุนทางด้านสังคม เป็นการที่ผู้รับได้รับการช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา คู่สมรส พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ (House, 1985)

จากการทบทวนที่ผ่านมาพบว่า จากการศึกษถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การสนับสนุนทางสังคม และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก จำนวน 40 ราย อายุระหว่าง 18-65 ปี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.372, p = 0.001$) และจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังพบว่า การสนับสนุนทางครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วยทางจิตครั้งแรก ในระยะนี้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุด เพราะครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ รวมถึงการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้และยังช่วยลดอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ (ศิริจิต สุทธิจิตต์และสุตรัก พิณะกันทา, 2553) จะทำให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน ครอบครัวจะช่วยในการพูดคุย แนะนำวิธีแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นร่วมกับ

ผู้ป่วย ให้ความรักความอบอุ่น จึงทำให้ช่วยลดการเกิดอาการซึมเศร้าได้ และจากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต และจากการศึกษาปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก พบว่า ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.710, p<0.01$) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.445, p < .001$) และพบว่าตัวแปรที่กล่าวมาสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกได้ร้อยละ 58.4 ($p<.001$) (สุภาวดี เกษไชย, 2555) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ทำให้สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจากการศึกษาของ Crumlish (2005) ยังพบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต (insight) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.03$) และจากการศึกษาของ Staring (2009) ยังพบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต (insight) โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตในระดับดีจะมีอาการซึมเศร้าและมีความรู้สึกต่อตนเองด้านลบสูงกว่ากลุ่มที่มีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001; p<.01$ ตามลำดับ)

ปัจจุบันนี้พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกมีการพยาบาลตามปกติ มีการให้ข้อมูลการดูแลตนเอง การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด แต่ยังไม่มีการจัดทำโปรแกรมที่จะให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มารับบริการในผู้ป่วยนอกได้เข้าร่วม และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก จึงทำให้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวนี้โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมที่จัดทำขึ้นด้วย เพื่อให้ครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้ไปดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านได้

คำถามการวิจัย

- 1.อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวแตกต่างกันหรือไม่
- 2.อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่ออาการกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น รวมถึงเกิดความพึงพอใจในชีวิตตนเองลดลง จนอาจก่อให้เกิดปัญหาการทำร้ายตนเองและผู้อื่น (Robert et.al, 2007 อ้างในสุภาวดี เกษไชย, 2555) และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่พบมักจะมีสาเหตุมาจากเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าคุณเองมีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า (Ugurly et al., 2011) และครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งเรื่องการทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตได้ตามปกติ รวมถึงช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาป (stigma) มองตัวเองไร้ค่า และยังช่วยลดอาการซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Buchanan, 1995) นอกจากนี้ผลการศึกษาของ สุภาวดี เกษไชย (2555) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดที่จะช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่จะส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) มีส่วนช่วยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก เพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้โดยมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ครบทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของ House (1985) ซึ่งมีหลักการสำคัญ 4 ด้าน คือ 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) 4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Instrumental Support and Social Interaction) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดจากการศึกษาดังกล่าวมาใช้ในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ประกอบไปด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการ

ประเมินค่า การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ ซึ่งในการบำบัดแต่ละครั้งผู้วิจัยคาดว่าจะส่งผลต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก อธิบายได้ตามแนวคิดของ House (1985) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงออกถึงการยกย่อง การเห็นคุณค่าในตนเอง การเอาใจใส่พูดคุยแสดงความรู้สึกห่วงใยและรับฟังความรู้สึกของกันและกัน โดยผู้วิจัยจะพูดคุยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม อธิบายประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่มบำบัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญในการเข้ากลุ่ม การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเอง โดยผู้วิจัยจะให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และการให้สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เห็นคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อญาติ ชูชื่น (2557) ที่ว่า กำลังใจจากครอบครัวส่งผลให้เกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นจากนั้นผู้บำบัดจะให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแสดงความรู้สึกของตนเองว่าขณะนี้ตนเองมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อรับรู้ว่าคุณเองมีการเจ็บป่วยทางจิตและเมื่อผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น ผู้บำบัดก็จะให้ครอบครัวได้พูดแสดงความคิดเห็นว่ามีวิธีการช่วยลดความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยอย่างไร พร้อมทั้งให้ครอบครัวได้พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทีเห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยจะให้ข้อมูลทักษะการจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นอีกครั้ง และเมื่อให้ข้อมูลเสร็จผู้วิจัยจะให้ครอบครัวสรุปทักษะที่ได้รับในการทำกิจกรรมในครั้งนี้ พร้อมทั้งผู้วิจัยจะยกตัวอย่างสถานการณ์และให้ครอบครัวบอกวิธีการจัดการหรือบอกวิธีการลดความรู้สึกนั้นๆอย่างไร และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเองของผู้ป่วย การส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวเป็นการนำไปสู่การที่ครอบครัวได้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย โดยการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกและการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเองของผู้ป่วยก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองมากขึ้น

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเองและการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา โดยผู้วิจัยจะฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผลและฝึกครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยการร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยถึงการเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็น และให้ครอบครัวได้มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหาพร้อมกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นทุกคน จากนั้นผู้วิจัยจะสรุปวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆที่สมาชิกในกลุ่มได้พูดคุยแสดงความคิดเห็นออกมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุณิสา ศรีโมอ่อน (2011) ที่บอกว่าการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ และผู้วิจัยจะยกตัวอย่างสถานการณ์ว่า

เมื่อผู้ป่วยมีภาวะเครียดวิตกกังวลกับอาการตนเอง ครอบครัวจะมีวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง เมื่อสมาชิกในครอบครัวทุกคนแสดงความคิดเห็นออกมาผู้วิจัยจะสรุปวิธีผลผลิตและผลเสียที่จะเกิดขึ้นเมื่อแก้ไขปัญหาดังวิธีนี้ และเมื่อครอบครัวมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาคือโดยใช้เหตุผลก็จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถนำทักษะต่างๆที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์เมื่ออยู่ที่บ้านได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกการแก้ไขโดยใช้เหตุผลด้วยตนเอง และครอบครัวอาจจะมีการเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเพิ่มมากขึ้น

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อเสนอแนะและพัฒนาทักษะที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญ โดยผู้วิจัยจะการให้ข้อมูลเรื่องอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามเรื่องข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในจิตเภท ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเรื่องอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ปัจจัยที่เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดทุกครั้งที่แพทย์นัด รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้น โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อติรัตน์ วัฒนไพลิน (2011) ซึ่งได้พบว่า การมีทักษะการเผชิญความเครียดจะช่วยลดอาการซึมเศร้า จากนั้นผู้วิจัยจะให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในเรื่องการสังเกตอาการของผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และผู้วิจัยจะตั้งสถานการณ์ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าแยกตัวเอง ไม่รับประทานยา สมาชิกในครอบครัวควรทำอย่างไร เมื่อสมาชิกในครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการแสดงความคิดเห็นแล้ว ผู้วิจัยจะสรุปและให้ข้อเสนอแนะ วิธีการจัดการสถานการณ์แบบนั้นอย่างไร และเมื่อครอบครัวและผู้ป่วยได้มีความรู้ในเรื่องอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ก็จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านได้ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การให้ข้อมูลในแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน และพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลในการช่วยเหลือ และการให้ข้อมูลครอบครัวในการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และให้สมาชิกในครอบครัวสอบถามเรื่องการพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่ไหนเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่ออาการเปลี่ยนแปลงให้มาพบแพทย์ก่อนนัด ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ และอธิบายขั้นตอนในการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และผู้วิจัยจะให้ข้อมูลว่าข้อดีข้อเสียของการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างไร โดยจะเน้นให้เห็นถึงความสำคัญที่จะเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ปัญญา (2558) พบว่า การสร้าง

สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ จากนั้นผู้วิจัยจะให้ครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน รวมถึงผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาให้ทันถ่วงที เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จากนั้นผู้วิจัยจะสถานการณ์ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือมีอาการซึมเศร้ามาก ไม่พูดคุยกับใคร สมาชิกในครอบครัวควรทำอย่างไร หรือขอคำปรึกษาที่ไหนได้บ้าง จากนั้นผู้วิจัยจะสรุปช่องทางในการนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนนัดได้ หรือการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และเมื่อครอบครัวได้รับข้อมูลต่างๆในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นแล้วก็จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้ทันถ่วงทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวของ House (1985) ทั้ง 4 ด้าน 4 กิจกรรม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกลดลงตามมา ผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานการวิจัย

- 1.อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว
- 2.อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) โดยทำการทดลองในแผนกหอผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีอาการทางจิตครั้งแรกและครอบครัวของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่มีอายุ 21-59 ปี ที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ผู้ป่วยสามารถพูดคุยรู้เรื่อง ไม่ได้รับการผ่าตัดหรือได้รับบาดเจ็บทางสมอง และเป็น

ผู้ป่วยที่จิตแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรกที่มีช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยในช่วง 1-3 ปี ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มๆ ละ 20 คู่ รวมทั้งหมด จำนวน 40 คู่ (Grove, Burns and Gray, 2013) โดยมีการควบคุมตัวแปรด้วยการจับคู่ผู้ป่วยจิตเภท (Matched-pair) ในเรื่อง เพศ(มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์, 2554) และครอบครัวของผู้ป่วย ครอบครัวละ 1 คน โดยมีการควบคุมตัวแปร(Matched-pair) ในเรื่อง ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย (บดินทร์ บุญจันทร์, 2553) แล้วจึงจะมีการจับสลากเพื่อเข้าร่วมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คู่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่มีช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยในช่วง 1-3 ปี โดยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

อาการซึมเศร้า หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง อยากรตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลง เชื่องช้า สามารถประเมินด้วยแบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท สร้างขึ้นโดย Addington et al (1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2554) ซึ่งมีระดับคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า

โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มีอาการซึมเศร้าและครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกโดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มละ 10 ครอบครัว รวม 20 คน มีการดำเนินสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 60 นาที เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว สร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเองของผู้ป่วย ส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวและการฝึกการทักษะการผ่อนคลายความเครียด เพื่อสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การ

แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม อธิบายประโยชน์ที่จะได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญในการเข้ากลุ่ม การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเอง โดยผู้บำบัดจะให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองและการให้สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เห็นคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผลและการฝึกครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยถึงการเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็น และให้ครอบครัวได้มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหาหารือกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นทุกคน จากนั้นผู้บำบัดได้มีสรุปวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆที่สมาชิกในกลุ่มได้พูดคุยแสดงความคิดเห็นออกมา และผู้บำบัดจะยกตัวอย่างสถานการณ์ว่าเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเครียดวิตกกังวลกับอาการตนเอง ครอบครัวจะมีวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง หลังจากที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนแสดงความคิดเห็นออกมาผู้บำบัดจะสรุปวิธีผลผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้นเมื่อแก้ไขปัญหาด้วยวิธีนี้

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 โดยใช้ระยะเวลา 60 นาที ได้แก่ การให้ข้อมูลเรื่องอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามเรื่องข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในจิตเภท ได้แก่ การให้ข้อมูลเรื่องอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ปัจจัยที่เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง แพทย์นัด ผู้บำบัดได้ให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในเรื่องการสังเกตอาการของผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และผู้บำบัดได้สมมติสถานการณ์ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า แยกตัวเอง ไม่รับประทานยา สมาชิกในครอบครัวควรทำอย่างไร เมื่อสมาชิกในครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการแสดงความคิดเห็นแล้ว ผู้บำบัดจะสรุปและให้ข้อเสนอแนะวิธีการจัดการสถานการณ์แบบนี้ได้อย่างไร

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 โดยใช้ระยะเวลา 60 นาที ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลในการช่วยเหลือและการให้ข้อมูลครอบครัวในการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และให้สมาชิกในครอบครัวสอบถามเรื่องการนำผู้ป่วยมารับการรักษาที่ไหนเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่ออาการเปลี่ยนแปลงให้มาพบแพทย์ก่อนนัด ผู้

บำบัดจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ และอธิบายขั้นตอนในการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษามือผู้ป่วยมีอาการกำเริบ หลังจากนั้นผู้บำบัดจะให้ครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน รวมถึงผู้บำบัดได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาให้ทันถ่วงที

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการดูแลของพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทางจิต รวมทั้งการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มีอาการซึมเศร้า
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยทำให้เกิดรูปแบบการบำบัดตามแนวคิดการสนับสนุนจากครอบครัวมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มีอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง “ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ” ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปเนื้อหาและสาระสำคัญได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

- 1.1 ลักษณะทางคลินิกในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก
- 1.2 การดำเนินโรคในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก
- 1.3 การรักษาโรคจิตเภท และฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภทในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

2. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

- 2.1 ความหมายของอาการซึมเศร้า
- 2.2 อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก
- 2.3 การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก
- 2.4 ทฤษฎีการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก
- 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มีอาการซึมเศร้า

- 3.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก
- 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยอาการซึมเศร้า

4. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

- 4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
- 4.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม
- 4.3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

5. การสนับสนุนจากครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกและพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว

- 5.1 แนวคิดการสนับสนุนจากครอบครัวและการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
- 5.2 การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว

6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกยังไม่พบการให้ความหมายหรือนิยามที่อธิบายถึงผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่แน่นอน ซึ่งในการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการให้ความหมายที่หลากหลาย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการทางจิตในครั้งแรก (Volkow, Brodie, Wolf, et al., 1986; Ganguli, Reynolds, & Kupfer, 1987; House, Bostock, & Cooper, 1987; Cleghom, Garnett, Garnett, Nuhmias, et al., 1988) ช่วงระยะเวลาเฉลี่ยของการได้รับรักษาอาการทางจิต ไม่เกิน 3-5 ปี (Biehl, Maurer, Schubart, et al., 1986; Pai, & Kapur, 1983; Petteggrew, Keshavan, Panchlingam, et al., 1991) ระยะเวลาเฉลี่ยของการมีอาการทางจิตครั้งแรกของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในช่วง 2-5 ปี (Rabiner, Wegner, & Kane, 1986; Pearlson, Kreger, Rabins, et al., 1989; Mullholland & Cooper, 2000; Crumlish et al., 2005; Suzanne et al., 2006; Staring et al., 2009; Kao and Liu, 2010; Majadas et al., 2011; สุภาวดี, 2555)

ผู้ป่วยจิตเภทที่จิตแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่แรก ซึ่งมีช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยในช่วง 1-3 ปี ซึ่งโรคจิตเภท (schizophrenia) คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตหรือโรคทางจิตที่ทำให้มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง หรือพิษจากยาหรือสารที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว

1.1 ลักษณะทางคลินิกในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

อาการของโรคจิตเภท มักถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ อาการทางบวก (positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) อาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน อาการทางลบ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยขาดสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ผู้ป่วยจะพูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบคำถาม การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา (กรมสุขภาพจิต, 2551) ผู้ป่วยจะมีอาการกระตือรือร้น หรือทำอะไรช้าลง ทำอะไรได้ไม่นานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล ไม่มีอาการใดเป็นอาการเฉพาะผู้ป่วยจิตเภททุกอาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท โดยการตรวจสภาพจิตเท่านั้น ซึ่งอาจจะมีการแปรปรวนขึ้นๆลงๆ อาการผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปได้ในแต่ละช่วงเวลา (มานโซซ หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

อาการซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการทางบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน กลุ่มอาการทางลบ เช่น พูดน้อย การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง เป็นต้น

1.2 การดำเนินโรคจิตเภทในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

การดำเนินโรคสามารถแบ่งออกเป็นระยะอาการนำ (prodromal) และระยะมีอาการโรคจิต (psychotic) การเกิดอาการทางจิตครั้งแรก (psychotic episode) อาจจะค่อยๆเกิดขึ้นหรือ

เกิดขึ้นทันที ในระยะที่มีอาการทางจิต การดำเนินโรคจะผ่านจากระยะ Acute ไปสู่ระยะ Stabilization และระยะ Stable (กรมสุขภาพจิต, 2551)

1.ระยะ acute หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการปรากฏชัดเจน ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตเกิดขึ้น เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ความคิด และพฤติกรรมผิดปกติ ซึ่งจะมมีอาการรุนแรงโดยที่ผู้ป่วยมักจะไม่สามารถที่จะดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม(กรมสุขภาพจิต, 2551)

2.ระยะ Stabilization หมายถึง ระยะที่อาการของโรคจิตระยะ Acute ได้ลดความรุนแรงลง เป็นช่วง 6 เดือนหรือมากกว่า หลังจากการรักษาในระยะเฉียบพลัน (กรมสุขภาพจิต, 2551)

3.ระยะ Stable หมายถึง ระยะที่อาการผู้ป่วยคงที่ อาการด้านลบ หรืออาการด้านบวกที่หลงเหลืออยู่อาจจะมีให้เห็น แต่อาการนั้นจะมีความรุนแรงน้อยกว่าในระยะ Stabilization ผู้ป่วยอาจมีอาการใดๆก็ได้ ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการอื่นที่ไม่ใช่อาการของโรคจิตก็ได้ เช่น วิตกกังวล ตึงเครียด ซึมเศร้า เป็นต้น(กรมสุขภาพจิต, 2551)

การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นสามารถส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเรียน ความสัมพันธ์กับญาติ หรือเพื่อน หลังจากระยะอาการนำ (prodromal) จะตามมาด้วยอาการโรคจิตในระยะ Acute เมื่อได้รับการรักษา อาการของผู้ป่วยจะค่อยๆลดลง หายไปหรือบางครั้งอาจมีอาการหลงเหลือ และอาจมีอาการรุนแรงฉับพลันขึ้นมาอีกในช่วงต่อๆมาได้ บางครั้งผู้ป่วยบางรายอาจจะมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว (Townsend, 2009)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกมีความแตกต่างจากผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ดังนี้

1.การรักษาด้วยรักษาโรคจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการจิตครั้งแรกจะใช้ขนาดของยาในการรักษาต่ำกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังทั้งในระยะที่มีอาการ และระยะที่ไม่มีอาการหรืออาการคงที่ (Lieberman et al., 1996)

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกจะมีการตอบสนองต่อการรักษาได้ดีกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกมีความชุกของการเกิดอาการทางจิตด้านลบต่ำกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง (Mayerhoff et al., 1994 :อ้างใน สุทธิพงษ์ ชินเครือ, 1999)

3.ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกจะมีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง (Lieberman et al., 1996)

4.ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกจะสามารถอยู่ในระยะที่อาการทางจิตคงที่ได้ นานกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง (Lieberman et al., 1996)

5.ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกจะได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตได้ง่ายกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง (Yung, 1998; DeQuardo, 1998)

6.ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกมีความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้าและอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง (Siris, 2001; Hafner et al., 2005)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกจะมีความแตกต่างจากผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง คือ การรักษาโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกจะใช้ขนาดยาต่ำกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง และโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกมีการตอบสนองต่อการรักษาได้ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกมีความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

1.3 การรักษาโรคจิตเภท และฤทธิ์ข้างเคียงของยาการรักษาโรคจิตเภทในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

การรักษาผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็นการรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment) ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial treatment) ได้แก่ การรักษาด้วยจิตบำบัด การรักษาด้วยครอบครัวบำบัด การรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัด กลุ่มบำบัด นิเวศน์บำบัด เป็นต้น (Townsend, 2009)

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆคือ การรักษาทางกาย กับการรักษาทางใจ(เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2536; Herz & Marder, 2002)

1.การรักษาทางด้านร่างกาย (Somatic treatments) ได้แก่ การใช้ยาการรักษาโรคจิต (Psychotropic Drugs) ยาจิตบำบัดเป็นยาที่มีผลต่ออารมณ์ ความคิดและการรับรู้โดยออกฤทธิ์ที่ limbic system, hypothalamus และ reticular activating system การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy or ECT) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ เพื่อให้เกิดการชักของสมอง ภายใต้ภาวะที่มีการควบคุมดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาโรคจิตเวชที่รุนแรง การทำ ECT ถูกนำไปใช้ในการรักษาโรคจิตเภท และ mood disorder อย่างกว้างขวาง จัดเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูง มีอยู่ 2 วิธี คือ วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (nonmodified ECT) และการใช้ยาสลบช่วย (modified ECT) (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

2.การรักษาด้านจิตใจ

2.1จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) การรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง เน้นที่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจในความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยพยายามดึงผู้ป่วยให้กลับเข้าสู่โลกของความเป็นจริง ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง

2.2. ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การทำครอบครัวบำบัดมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสม และการพบผู้ป่วยและญาติร่วมกันจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยผู้บำบัดเป็นตัวกลางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันดีขึ้น และมีการปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม

2.3 กิจกรรมบำบัด (Group therapy) จิตบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในด้านต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การเข้าสังคม การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง รูปแบบที่ใช้ เช่น กลุ่มสนทนา การกลุ่มฝึกทักษะการเข้าสังคม เป็นต้น

2.4 สิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu therapy) การรักษาโดยอาศัยสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ การงานและการเข้าสังคมให้ผู้ป่วย เป็นการป้องกันความเสื่อมของบุคลิกภาพ วิธีการทำได้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้ดีและมีบรรยากาศที่ดี

ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

ยารักษาโรคจิตเป็นยาในกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก จนบางครั้งต้องให้ผู้ป่วยกินยาแก้ฤทธิ์ข้างเคียงร่วมด้วย ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ดังนี้ (มานอนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์ , 2552)

1. ฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic side effect) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการใช้ยา แต่ใช้ไปนานๆ ร่างจะเกิดการปรับตัว ฤทธิ์ข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ความดันโลหิตต่ำ (postural hypotension) ในผู้ชายบางรายอาจมีหลังน้ำอสุจิหรือไม่หลังเลย แต่บางรายอวัยวะเพศไม่แข็งตัว ยาที่ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำที่พบบ่อยที่สุดคือ Chlorpromazine

2. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง (Extrapyramidal side effect) แบ่งเป็น 4 แบบ คือ

2.1 Parkinsonian like syndrome ผู้ป่วยจะมีอาการมือสั่น (tremor) สั่นที่แขนขา ลำตัว มีอาการแข็ง (rigidity) เดินตัวทื่อไม่แกว่งแขน เดินช้า เคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยไม่แสดงความรู้สึกเหมือนใส่หน้ากาก (mask – like faces)

2.2 Acute dystonia มีอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) ตาเหลือก (oculogyric crisis) หลังแอ่น (opisthotonos) ขากรรไกรแข็งและน้ำลายไหล

2.3 Akathisia ผู้ป่วยรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา โดยที่ไม่ได้มีอาการผิดปกติกังวลเหมือนที่พบในผู้ป่วยที่มีภาวะ agitation

2.4 Tardive dyskinesia เป็นอาการเคลื่อนไหวซ้ำๆ โดยที่ผู้ป่วยอาจไม่รู้ตัว หรือควบคุมกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและลำคอไม่ได้ เช่น มีอาการดูดลิ้น มีอาการเคี้ยวปาก แลบลิ้น เป็นต้น อาการที่กล่าวมาไม่ได้เกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยหลับ

3. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจ เช่น T-wave กว้างหรือแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่ส่งผลต่อคลื่นหัวใจที่พบได้บ่อย คือ Thioridazine

4. Central Anticholinergic Syndrome เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูงและในรายที่ได้รับยา antiparkinson ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลจากตัวยาทั้ง 2 ตัวหรืออาจเกิดจากยาตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญมี agitation สับสน ประสาทหลอน

5. Neuroleptic Malignant syndrome (NMS) อาการสำคัญที่แสดงออก คือ ไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น มีอาการหายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติและความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้อันตรายน่ากลัวส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ต้องรีบได้รับการแก้ไขเร่งด่วน โดยการหยุดยารักษา โรตจิตทั้งหมด และให้การรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ไข้ลดลงและควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

6. อาการชัก อาจเกิดได้เมื่อผู้ป่วยได้รับยารักษาโรตจิตในขนาดสูง เพราะยารักษาโรตจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด threshold ของการชัก แต่ไม่ได้ยับยั้งหรือห้ามในการใช้ยาโรตจิต ส่วนวิธีแก้ไขส่วนใหญ่ คือ การลดขนาดยาลง หรือบางรายอาจให้ยากันชัก เช่น Phenytonin ร่วมด้วย ซึ่งป้องกันการชักได้แม้อาจเพิ่มขนาดของยาขึ้น

7. อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาระยะแรก แต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ทำให้ง่วงของยามักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรตจิตมีอยู่นานตลอดทั้งวัน แพทย์จึงสามารถให้ยารักษาโรตจิตโดยให้กินยาเพียงวันละ 1 ครั้งก่อนนอน แต่บางรายอาจได้รับยามากกว่านั้น

8. อาการดีซ่าน (jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าเหตุอื่น ยาที่พบมากที่สุด คือ Chlorpromazine การแก้ไขคือควรหยุดยากลุ่มนี้และไปใช้ยากลุ่มอื่น

9. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเม็ดเลือด อาการที่พบบ่อย คือ Eosinophilia ซึ่งแสดงปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการนี้เป็นอาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายมาก คือ Agranulocytosis, Leukopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenic purpura

10. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ Photosensitivity หรืออาการแพ้แสงแดด มักพบในยา Chlorpromazine มากกว่าตัวอื่น ในบางรายอาจพบรอยไหม้ในบริเวณที่ถูกแสงแดด

11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Chlorpromazine ในขนาดสูงนานๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแอมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังร่วมด้วย อาจเกี่ยวข้องกับที่ได้รับแสงแดด การให้ Thioridazine ในขนาดสูงอาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้เกิดตาบอดได้และอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้ว

12. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ การเพิ่มระดับ Prolactin ซึ่งเป็นผลให้มีเต้านมคัดและบางรายอาจมีน้ำนมไหล บางรายผู้ป่วยอาจมีประจำเดือนขาดเป็นระยะเวลานานๆ หรือตลอดระยะเวลาที่กินยา

จากการที่กล่าวมาข้างต้นทำให้เห็นว่ายารักษาอาการทางจิตมีผลช่วยรักษาอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตได้เป็นอย่างดี แต่ยังมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ จึงอาจส่งผลทำให้การรับประทานยาที่มีผลทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเองหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วย จึงอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกขาดยาและเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำได้

2. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

2.1 ความหมายของอาการซึมเศร้า

อาการซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท เพราะเมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัว หรือไม่สามารถปรับความรู้สึกด้านจิตใจต่อการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง จึงทำให้มีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าได้มากขึ้น อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่งที่เกิดจากการผู้ป่วยต้องประสบกับความทุกข์ทรมาน มีความรู้สึกอับอายและเป็นตราบาปจากการที่รับการวินิจฉัยว่าตนเองมีความเจ็บป่วยทางจิต และนอกจากนี้อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นยังมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกสิ้นหวัง หรือบทบาทหน้าที่ และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนไป (Cosoff, & Hafner, 1998; Birchwood, Iqbal, & Chadwick, et al., 2001 ; Harrison, Hopper, Craig., et al., 2001)

Stuart (2001) กล่าวว่าอาการซึมเศร้า คือ สภาวะการตอบสนองหรือการปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย การปรับตัวต่อการสูญเสียทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า และมีภาวะอารมณ์ที่มีลักษณะของความรู้สึกเศร้าหมอง

ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน จนมีผลกระทบต่ออาชีพการงาน การเรียนหรือการดำรงชีวิต โดยมีอารมณ์ร่วมในด้านพฤติกรรมคำพูด อาการทางกายและความวิตกกังวล

สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2543) กล่าวว่า อาการซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่และเศร้าสร้อย ร่วมกันมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวังและมองโลกในแง่ร้าย ความรุนแรงของความเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับ เริ่มตั้งแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง ต้องการจะหนีความลำบากด้วยการทำร้ายตนเอง

Beck (1967) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง เช่น ตำหนิตนเอง มีพฤติกรรม

ถดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง และลงโทษตนเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลง และแข็งช้า

Zung (1965) กล่าวว่า อาการซึมเศร้า เป็นลักษณะอารมณ์เศร้า หดหู่ กระวนกระวาย สับสน ไม่สามารถตัดสินใจได้ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และมีอาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อยล้า หดแรงแโดยไม่มีสาเหตุ

WHO (2007) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตใจแสดงออกโดยมีอาการเศร้า ขาดความสนใจหรือความพึงพอใจ มีความรู้สึกผิดปกติทางจิตใจแสดงออกโดยมีอาการเศร้า ขาดความสนใจหรือความพึงพอใจ มีความรู้สึกผิดหรือความภาคภูมิใจในตนเองลดลง รับประทานอาหาร นอนและการอยากรับประทานอาหาร รวมถึงทำให้พลังงานลดลงและสมาธิลดลง

สมภพ เรื่องตระกูล(2543) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นร่วมกับอาการอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่าย และหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากตาย

Addington และคณะ (1990) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอยู่นานมากกว่า 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า (sad mood) การไม่มีความสุข (inability to derive pleasure) มีการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร (appetite) ระดับพลังงาน (energy level) และรูปแบบการนอน (sleeping patterns) ความรู้สึกผิด (feeling of guilt) ความรู้สึกไร้ค่า (worthlessness) และ ความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) ซึ่งความรู้สึกหรืออาการต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุที่สำคัญที่นำไปสู่ การพยายามฆ่าตัวตาย และมีการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น กลุ่มอาการทางอารมณ์ และ กลุ่มอาการทางกระบวนการคิด โดยการแสดงออกของอาการซึมเศร้าในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และจะเกิดขึ้นต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์

สรุปได้ว่าอาการซึมเศร้า คือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอยู่นานมากกว่า 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข รู้สึกเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความรู้สึกผิด มีความรู้สึกไร้ค่า และมีความรู้สึกสิ้นหวัง

2.2 อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท คือ อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีอาการแสดง เช่น ผู้ป่วยจะพูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบคำถาม การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา (กรมสุขภาพจิต, 2551) อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในระยะอาการหลงเหลือ จะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการจะไม่น่ารุนแรงเท่ากับอาการในระยะแรก เพราะยังป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวกจะลดความรุนแรงลง ในขณะที่กลุ่มอาการทางลบจะมีมากขึ้น เช่น อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง ทำให้อาการกำเริบเป็นช่วงๆ ผู้ป่วยจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ ระหว่าง 5 ปีแรก หลังจากรับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท จะมี

ปัญหาการดำรงชีวิต เกิดความเครียดได้ง่าย บางครั้งมีอาการซึมเศร้า เป็นภาวะแก่ครอบครัวและสังคม (ภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี, 2554) ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิตกกังวล และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตนเอง ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะมีอาการหลงเหลืออยู่ และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆอาการด้านบวกจะค่อยๆลดความรุนแรง อาการเด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (มานิช หล่อตระกูล, 2542 อ่างใน อติญา โพธิ์ศรี, 2551)

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก คือ อาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทด้านลบ เช่น มีอาการแยกตัวเอง มีอารมณ์เฉยเมย ผู้ป่วยจะพูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบคำถาม เป็นต้น และส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในระยะที่อาการทางบวกลดลง

2.3 การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

อาการซึมเศร้า สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่มอาการใหญ่ๆ ได้แก่ กลุ่มอาการทางอารมณ์ (affective symptom) กลุ่มอาการทางกระบวนการคิด (cognitive symptom) และกลุ่มอาการทางกาย (somatic symptom) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

กลุ่มอาการทางอารมณ์ (Affective symptoms) ได้แก่ เศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย จิตใจหม่นหมอง ไม่แจ่มใส ไม่สดชื่น ไม่ร่าเริง รู้สึกเบื่อหน่ายทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัว เก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจากับใคร ในบางรายอาจกลายเป็นคนใจน้อย อ่อนไหวง่าย หรือในเด็กและวัยรุ่น อาจมีอาการร้ายหุดหงิดบ่อยกว่าเดิม ส่งผลให้ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป

กลุ่มอาการทางกระบวนการคิด (Cognitive symptoms) ได้แก่ มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิต ไม่มั่นใจในตนเอง ลังเลในการตัดสินใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า มองตนเองในด้านลบ ไม่สมเหตุสมผล ต่ำหนิตนเองว่าเป็นภาวะแก่คนอื่น ทำให้คิดถึงเรื่องการตายอยู่บ่อยๆอาจมีสมาธิหรือความจำแย่งลง หลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ๆจิตใจเหม่อลอยบ่อยทำอะไรไม่ได้นาน ทำงานผิดพลาดๆ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

กลุ่มอาการทางกาย (Somatic symptoms) ได้แก่ รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง พบว่าเด็ก ผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ เป็นอาการที่เกิดขึ้นในช่วงแรกๆเมื่อมีอาการซึมเศร้า วังพวบรวมกับความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากจะทำอะไร อาจปัญหาด้านการนอน โดยหลยัก หลับๆตื่นๆ ตื่นแต่เช้ามีดแล้วนอนต่อไม่ได้ แต่สำหรับในวัยรุ่นสาวอาจมีอาการรับประทานอาหารมาก นอนมากเกินไป นอกจากนี้ อาจมีอาการท้องผูก ท้องอืด แน่นท้อง หรือบางรายอาจมีอาการปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว เป็นต้น ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเซื่องซึมเซื่องช้า เหม่อลอย คิดช้า พูดเสียงเบาและแยกตัวเอง

อาการและอาการแสดงออกของอาการซึมเศร้า

1.อารมณ์เศร้าโดยทั่วไปเป็นความรู้สึกที่แสดงอาการได้หลายอย่าง เช่น ใจหดหู่ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แน่ใจ

2.อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย มักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว

3.รู้สึกเบื่อหน่ายและความสนใจ ไม่อยากทำกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกทางเพศลดลง

4. เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกอยากอาหารแม้แต่อาหารที่ตนเองชอบ

5.รู้สึกอ่อนเพลีย อาการเกิดเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น แขนขา

6. นอนไม่หลับ อาจมีอาการหลับยาก หลับไม่สนิท

7 .ความคิดเชิงซ้ำ การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดคุยเชิงซ้ำ ความสนใจต่างๆลดลง

8.สมาธิเสีย ความจำไม่ดีในด้านต่างๆ อ่านหนังสือแล้วไม่จำ

9.รู้สึกว่าตนเองคิดว่าตนเองไม่ดี

10.รู้สึกมีความผิด เป็นคนไม่ดีมีบาป สมควรถูกลงโทษ

11.ความคิดอยากตาย ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานมีมาก ความคิดอยากตายรุนแรงขึ้น

อาการซึมเศร้านักพบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการแสดงทางจิตที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ จึงจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยและประเมินอาการให้ได้ เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ดี (Mullholland & Cooper, 2002) ดังนี้

1.การวินิจฉัยแยกโรคต้องแยกอาการซึมเศร้าออกจากโรค ดังต่อไปนี้

1.1 อาการทางจิต คือ การพิจารณาเพื่อการวินิจฉัยในช่วงที่กำลังแสดงอาการ โรคจิตเภทมีอาการแสดงของอาการทางจิตค่อนข้างมาก ปฏิกริยาตอบสนองแบบเฉียบพลันหรืออาการที่แสดงออกครั้งสุดท้ายต้องน้อยกว่า 2 สัปดาห์ เป็นอาการที่ต้องได้รับการรักษาหรือการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเท่านั้น การรักษาที่เหมาะสม คือ การรักษาแบบประคับประคองหรือการฟื้นฟูสมรรถนะจะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาด้วยยา อาการในช่วงที่กำลังแสดงอาการก็ไม่สามารถอธิบายสาเหตุของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นอาการซึมเศร้าจึงเป็นอาการเฉียบพลันทางจิตที่ตอบสนองขณะทำการรักษา

1.2 ปัจจัยทางชีวภาพ อาการซึมเศร้าเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่มักเกิดขึ้นเป็นอันดับที่สองของการดำเนินของโรค อาการโลหิตจาง การติดเชื้อ ความผิดปกติของสมองและความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ สามารถทำให้อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้

1.3 อาการซึมเศร้าจากอาการทางลบ อาการแสดงทางลบของผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้า คือ การแสดงลักษณะไม่มีเรี่ยวแรง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อาการแสดงที่ชัดเจน เช่น อาการหมดหวัง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ รู้สึกไร้คุณค่า รู้สึกผิดหวัง วิตกกังวลและมีความคิดถดถอย

2. การเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ระยะเวลาเริ่มมีอาการซึมเศร้า อาการซึมเศร้าเป็นอาการทั่วไปที่พบในผู้ป่วยทางจิตอย่างเฉียบพลัน พบว่า อาการของผู้ป่วยมักอธิบายถึงปัญหาความเครียดที่ทำให้รับประทานได้น้อยลง ไม่มีสมาธิ มีปัญหาการนอน ซึมเศร้าและพบปะกับเพื่อนน้อยลง พบมากร้อยละ 60 ในผู้ป่วยและมากกว่าร้อยละ 75 จากญาติ

2.2 อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน อาการซึมเศร้าพบได้มากในช่วงที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและพบมากที่สุดก่อนการให้ยาและเกิดมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยในระยะแรก หรือระยะที่ไม่ได้รับยา อาการซึมเศร้ามลดลงในช่วงระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลและเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยในช่วงหลังจำหน่าย 6 เดือน ซึ่งช่วยสนับสนุนว่าอาการซึมเศร้าและอาการจิตเภทมีกระบวนการเกิดร่วมกัน

2.3 อาการซึมเศร้าในระยะเรื้อรัง จะพบอยู่ในช่วงร้อยละ 4-25 เฉลี่ยร้อยละ 15 (Leff, 1990)

3.ผลกระทบของอาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจิตเภทจบชีวิตของตนเองลง ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่มักเกิดขึ้นเสมอ (Murali & Kumer, 2008)

4.สาเหตุของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ส่วนใหญ่ มักมีประวัติในครอบครัว (Subotnik et al, 1997) อุบัติการณ์ในเพศหญิงและเพศชายเท่าๆกัน (ปริยนันท์ สละสวัสดิ์, 2546)

5.การรักษาจุดมุ่งหมายของการรักษาเพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นร่วมกับอาการซึมเศร้าด้วยการใช้ยาต้านอาการทางจิต

5.1 การรักษาด้วยยา มีรายงานการใช้ยาต้านอาการทางจิตกลุ่มใหม่ๆมากขึ้น เช่น Olanzapine (Tollefson et al, 1997) รวมทั้งการพิจารณาให้ Clozapine เพื่อลดอาการสั้นหวัง ซึมเศร้า และคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังด้วย (Mrltzer & Okayli, 1995) พบว่ายาในกลุ่ม SSRI มีผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า มีการศึกษาว่ามีพบไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่รักษาด้วยวิธีนี้และกลุ่มที่ไม่ได้รักษาด้วยวิธีนี้

5.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนทางสังคม จิตบำบัด การบำบัดทางความคิด เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพในการรักษา (Kendon & Turkington, 1994)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะจะนำไปสู่สาเหตุการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและการนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ และผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการและอาการแสดงครบทั้งสามกลุ่มอาการ แต่บางคนอาจมีอาการและอาการแสดงไม่ชัดเจนหรือมีเพียงหนึ่งอาการที่ปรากฏชัดเจน ซึ่งอาการเหล่านั้นที่ปรากฏก็จะช่วยให้จิตแพทย์และพยาบาลมีแนวทางการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมกับแต่ละบุคคล

2.4 ทฤษฎีการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

มีทฤษฎีอธิบายการเกิดอาการซึมเศร้า 3 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยาและทฤษฎีทางสังคม

1.ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theories) ประกอบด้วยทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีทางพันธุกรรม ทฤษฎีสารสื่อประสาทและทฤษฎีฮอร์โมน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ทฤษฎีทางพันธุกรรม (Genetic theory)

ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างพันธุกรรมกับการเกิดอาการซึมเศร้า จากการศึกษาในคู่แฝดพบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าอีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 50 ในขณะที่โอกาสที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะมีโอกาสเป็นโรคด้วยเพียงร้อยละ 20(Dobovsky, 2004) ถ้าบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าประชาชนทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

1.2 ทฤษฎีสารสื่อประสาท (Neurochemical theories)

ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีศึกษาเกี่ยวกับสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ serotonin, norepinephrine, dopamine และ GABA กับการเกิดอาการซึมเศร้า โดยเชื่อว่า สารสื่อประสาทดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้า (Kaplan & Sadock, 2000)และถ้าผู้ป่วยมีความผิดปกติของการเผาผลาญของสาร Monoamine ที่บริเวณระบบประสาทส่วนกลาง จะทำให้ระดับของ serotonin และ norepinephrine ต่ำกว่าปกติผลที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้า (บุศยา บุญใจเพชรและคณะ, 2547) และเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา ระดับสารสื่อประสาททั้งสองจะกลับสูงขึ้นในระดับปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

1.3 ทฤษฎีฮอร์โมน (Hormonal theory)

ทฤษฎีนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับฮอร์โมนกับการเกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งให้ความสัมพันธ์กับฮอร์โมน cortisol และ estrogen คือ เมื่อมีความคิดผิดปกติกลไกการทำงานและหน้าที่ของระบบ hypothalamic-pituitary-adrenal ซึ่งเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความเครียด จะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติของฮอร์โมน cortisol ร้อยละ 40-60 โดยเพิ่มขึ้นดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้า (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2547)

2.ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories)

ประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้า ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีปัญญานิยม ทฤษฎีพฤติกรรม และทฤษฎีการยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory)

เป็นทฤษฎีที่พัฒนาโดย Beck (1963) และได้มีการใช้ทฤษฎีนี้เป็นพื้นฐานในการรักษาอาการทางจิต ซึ่งในทฤษฎีอธิบายว่า อาการซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ทำให้เกิดแนวคิดและการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต(ดวงเดือน นรสิงห์, 2546) และส่งผลให้บุคคลเกิดอาการซึมเศร้า(Kaplan & Sadock, 2000)ที่ได้กล่าวว่า อาการซึมเศร้าเกิดจากองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ ความรู้คิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต(Cognitive triad) โครงสร้างความคิด (Schema) และการบิดเบือนทางความรู้คิด (Cognitive distortion) สามารถอธิบายได้ ดังนี้ (ขวัญจิต มหาภิตติคุณ, 2548)

ความรู้คิดอัตโนมัติด้านลบ (Cognitive triad)ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย

ความรู้คิดทางลบต่อตนเอง(negative view of the self) เป็นการมองว่าตนเองบกพร่องไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ปรารถนา ตนเองไม่มีความสามารถ ซึ่งเป็นผลมาจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้นจะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมีความรู้คิดด้านลบต่อตนเองส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา

ความรู้คิดทางลบต่อเหตุการณ์ที่เผชิญในโลก (negative view of the world) เป็นการที่บุคคลแปลความของการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงการสูญเสีย คิดว่าชีวิตตนเองมีแต่อุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดอยู่เป็นประจำ ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง มองโลกในแง่ร้ายและประสบปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า

ความรู้คิดทางลบต่ออนาคต(negative view of the future) ทำนายว่าความลำบากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีวันสิ้นสุดขณะที่มองไปข้างหน้าจะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความลำบาก และสูญเสียทำให้เกิดความท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคตและเกิดอาการซึมเศร้า(Beck, 1979)

ความคิดที่เอนเอียงไปทางลบ (Negative biased thinking) เป็นกระบวนการคิดหนักของการเกิดอาการซึมเศร้า ความคิดเอนเอียงที่มุ่งไปในทางลบมักจะเกิดในระยะแรกของชีวิตของแต่ละบุคคลคล้ายกับการรับเอาความคิดเห็นของบุคคลอื่นที่เป็นบุคคลสำคัญมาเป็นความคิดของตนเอง(Beck, 1979)

การบิดเบือนทางความรู้คิด (Cognitive distortion) ประกอบด้วย ลักษณะเนื้อหาการคิดและการแปลความที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง การเลือกสนใจเฉพาะประสบการณ์ด้านลบ

การเลือกคิดเป็นส่วนต่างๆไม่ได้คิดรวมทั้งหมด การบิดเบือนเนื้อหาข้อมูล การคิดที่มีลักษณะการคิดส่วนตัว และการด่วนลงความเห็นโดยที่รับข้อมูลไม่เพียงพอ ซึ่งลักษณะเนื้อหาความคิดโดยละเอียด (Beck, 1979) ดังนี้

1.การด่วนลงความเห็นในข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary interference) เช่น บางคนที่มีปัญหาในการปฏิบัติตัวตายแนวการรักษาในครั้งแรก อาจคิดว่าการรักษาจะไม่ช่วยให้ตนเองดีขึ้น หรือแผนการรักษานี้ไม่เหมาะสมกับตนเอง

2.การเลือกสนใจคิดเฉพาะประสบการณ์ทางลบเพียงด้านเดียว(selective abstraction) เช่น ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่ได้ประสบกับความสุข ความยินดีเลยเพราะในระดับภาวะรู้สึกตัวผู้ที่มีอาการซึมเศร้าจะไม่ตระหนักถึงความสุขความยินดีของตนเองเลย

3.การคิดและแปลความเกินพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) เป็นการตัดสินใจอย่างรวดเร็วบนพื้นฐานตัวอย่างเพียงอย่างเดียว เช่น ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียวแต่จะคิดตนเองทำผิดพลาดทุกครั้ง

4.การขยายต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization)เป็นการสะท้อนให้เห็นความคิดที่บิดเบือนไปในการประเมินความสำคัญหรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น มีเหตุการณ์ที่กระทบเพียงเล็กน้อย ก็อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องรุนแรง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือนของตนเอง

5. ความคิดที่มีต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่งและแสดงพฤติกรรมได้ตอบ จนกลายเป็นบุคลิกภาพของตน เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตาเพื่อนที่เดินผ่านมาแต่เพื่อนไม่ได้มองตาตน อาจคิดว่าตนเองต้องทำอะไรบางอย่างที่ทำให้เพื่อนขุ่นเคือง

6.การมีความคิดด้านใดด้านหนึ่งที่ไม่ดี เช่น คิดว่าถ้าตนเองไม่สามารถทำอะไรได้ก็ควรสมบรูณ์ร้อยเปอร์เซ็นต์ก็ไม่มีอะไรที่สามารถทำได้อีก

3.ทฤษฎีทางสังคม (Social Theories)

เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องในการเกิดอาการซึมเศร้าที่มีสาเหตุจากปัจจัยทางสังคม โดยทฤษฎีนี้เน้นว่าสาเหตุของอาการซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่าเหตุการณ์ในชีวิต (Stressful life event)มีบทบาทในเกิดอาการซึมเศร้า ได้แก่ การสูญเสียหน้าที่การงาน การถูกทำร้าย ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาด้านกฎหมาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สถานภาพสมรส บทบาททางสังคม การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม(Sangon, 2001)

ทฤษฎีการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก สามารถอธิบายการเกิดอาการซึมเศร้าได้ 3 ทฤษฎีหลัก ดังนี้ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยาและทฤษฎีทางสังคม ซึ่งแต่ละทฤษฎีเป็นสามารถบอกถึงการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก

2.5 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า สามารถแบ่งได้เป็น 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา(Biological Factors) ปัจจัยทางจิตด้านสังคม (Psychosocial Factors) ปัจจัยด้านความคิด (Cognitive factors) ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) และปัจจัยทางสัมพันธ์ภาพและสังคม (interpersonal and social factors) (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

ปัจจัยทางชีววิทยา

1.พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรค major depressive disorder โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression

2.Neuroendocrine system พบว่า มีความผิดปกติในระบบที่สำคัญ ได้แก่ หลังมากและตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วย Dexmethasone, Growth hormone หลังน้อยกว่าผิดปกติเมื่อถูกกระตุ้นด้วย Clonidine, Thyroid-stimulating hormone (TSH) หลังน้อยกว่าปกติเมื่อถูกกระตุ้นด้วย Thyrotropin-releasing hormone (TRH)

ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors)

ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิตใจ (intrapsychic) ปัจจัยทางด้านจิตใจได้ให้ความสำคัญกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีตหรือประสบการณ์ความยากลำบากในวัยเด็ก รวมถึงการขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก ดังนี้

ปัจจัยทางด้านความคิด (Cognitive Theory)

กล่าวคือ มุมมองของบุคคลที่มีต่อตนเอง และที่มีต่อโลกเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออก นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะมีความคิดที่ด้านลบแล้ว ยังมีลักษณะการคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าด้วย การเลือกให้ความสนใจรายละเอียดบางอย่างโดยไม่ให้ความสำคัญกับสิ่งอื่นๆที่เหลือ การให้ความสำคัญอย่างมากกับอาการด้านลบ การให้ความสำคัญในด้านบวกเพียงเล็กน้อย การรับรู้และตีความว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับตน การคิดว่าสิ่งต่างๆต้องเป็นไปอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรือการมองสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุด (Beck, 1979)

ปัจจัยทางพฤติกรรม(behavioral factors)

ความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า พบว่า ผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำๆ (repeated failures and disappointments) จะก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง จนนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า (Akiskal HS, 1955)และยังพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเอง ก่อให้เกิดอาการโรคซึมเศร้านั้นเป็นมากขึ้น เช่น การย่ำคิดถึงเรื่องเดิมๆเป็นเวลานานๆทำให้บุคคลนั้นๆพลาดโอกาสทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินหรือความพอใจ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของตนเองนั้นเป็นอยู่ต่อเนื่องหรือเป็นมากขึ้น

ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors)

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของภาวะซึมเศร้าอีกปัจจัยหนึ่งก็คือ ปัจจัยเกี่ยวกับปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่ทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นคงอยู่ตลอดไปด้วย ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดต่างๆในชีวิต การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต รวมถึงปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมต่างๆ โดยมักพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าหลายรายมักจะประสบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่างๆในระยะ 6 เดือนถึง 1 ปีก่อนที่จะเกิดอาการซึมเศร้า (Konh Y, et al., 2001) และการสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า โดยการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยความรักใคร่ผูกพันกัน ความช่วยเหลือเรื่องข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ความมั่นใจในการมีคุณค่าในตนเองหรือในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ (Cobb, 1976)

ปัญหาสัมพันธภาพ 4 ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า ได้แก่ Myrna M. Weissman (2000)

1. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส หรือญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด

2. ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง ความขัดแย้งหรือความเห็นไม่ลงรอยกับบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส คนรัก ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือเพื่อนร่วมงาน

3. การเปลี่ยนผ่านบทบาท หมายถึง การเปลี่ยนแปลงใดๆที่เกิดขึ้นกับชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการในช่วงวัย การเปลี่ยนแปลงอื่นๆที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การแยกทางหรือการหย่าร้าง การตกงาน การย้ายที่อยู่ ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง

4. ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง การขาดทักษะทางสัมพันธภาพ หรือทักษะทางสังคม ซึ่งก็ให้เกิดปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์หรือการรักษาความสัมพันธ์ที่มีอยู่ให้ดี หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม และการแยกตัวทางสังคม

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้า คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) ปัจจัยทางจิตด้านสังคม (Psychosocial Factors) ปัจจัยด้านความคิด (Cognitive Factors) ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavioral Factors) และปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม Interpersonal and Social Factors) ซึ่งจากการทบทวนพบว่า ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคมมีส่วนช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นคุณค่าในตนเอง และยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข่าวสารข้อมูลต่างๆในการดูแลตนเอง จึงทำให้การสนับสนุนจากครอบครัวช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มีอาการซึมเศร้า

3.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541 อ้างใน อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) ยึดหลักการดูแลเป็น 4 มิติ คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพจิต จัดเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น เป็นการให้ความรู้ในการเผชิญปัญหาในการดำเนินชีวิต

2. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาอาการทางสุขภาพจิตให้ดีขึ้น เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เช่น การเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

3. การบำบัดรักษา เป็นการที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต โดยพยาบาลมีการจัดกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม เช่น การสร้างเสริมสัมพันธภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อบำบัดรักษา การให้ยา การดูแลทางด้านร่างกาย เป็นต้น

4. การฟื้นฟูสมรรถนะ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตจะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้การรักษาบำบัดอื่นๆ

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการพยาบาลโดยยึดหลัก 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพ การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถนะ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบครบทุกด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

3.2 การพยาบาลอาการซึมเศร้า

(สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ดังนี้

1. การพยาบาลด้านร่างกาย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทดูแลตนเองด้านความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป

2. การพยาบาลด้านความคิด โดยการให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรกอยู่กับความจริง

3. การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ โดยพยาบาลต้องมีความเข้าใจอาการที่ไม่ปกติของผู้ป่วยจิตเภท และมีการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยจิตเภท

4. การพยาบาลด้านสังคม โดยพยาบาลต้องมีการประเมินความสามารถด้านสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก และส่งเสริมทักษะทางสังคมที่เหมาะสมของผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยอาการซึมเศร้า (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) มีดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญ คือ การฆ่าตัวตาย พยาบาลจะต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย โดยการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งทำได้ง่ายกว่าพฤติกรรมแยกตัว เนื่องจากผู้ป่วยจะบอกกล่าวปัญหาและแสดงพฤติกรรมให้เห็นได้ชัด

2. การลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย การป้องกันในขั้นแรกคือการเก็บสิ่งของที่เป็นอาวุธในการทำร้ายตนเอง สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการซึมเศร้ารุนแรง ไม่พูดคุย พยายามทำร้ายตนเอง หรือแสดงอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การช่วยเหลือให้ถูกต้องและทันถ่วงที

3. การดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจต่อตนเองในเรื่องเหล่านี้ การช่วยให้ร่างกายสะอาด แต่งกายเรียบร้อยสวยงามทำให้สดชื่นและมั่นใจขึ้น

4. การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง

5. สังเกตผลจากการรักษา เช่น ยาหรือการบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า ทั้งทางตรงและทางอ้อม

6. การจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น การออกกำลังกาย ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจสดชื่น

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ประกอบด้วย การพยาบาลด้านร่างกาย การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์และการพยาบาลด้านสังคม การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า เป็นการวิเคราะห์หาปัญหาที่เกิดขึ้น การลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การดูแลสุขภาพอนามัย การสร้างสัมพันธภาพ การสังเกตผลจากการรักษา เช่น อาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ และการจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วย

4. การสนับสนุนทางสังคมทางสังคมจากครอบครัว

4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากต่อพฤติกรรม และภาวะสุขภาพของบุคคล เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการช่วยเสริมสร้างให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม บุคคลที่มีความเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้อย่างจำกัด เมื่อได้รับการช่วยเหลือที่ดีจะนำไปสู่การปรับตัวที่ดีต่อการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต (Rungruangsiripan et al., 2011)

ความหมายการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Pilisuk (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ หรือความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักสนใจและเอาใจใส่ มองเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House และคณะ (1985) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับการช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา คู่สมรส พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์

Caplan และคณะ (1976) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่คุณคนได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

Tolsdorf (1976) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นความช่วยเหลือที่สม่ำเสมอในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่ได้รับจากบุคคลอื่น ซึ่งความช่วยเหลือนั้นได้ช่วยให้บุคคลได้ไปถึงซึ่งเป้าหมายเฉพาะของตนหรือสามารถแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

Kahn (1977) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะก่อให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง คือ ความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การรับรอง ยืนยัน หรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่นๆ

Thoits (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งการช่วยเหลือนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจจะได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา คู่สมรส พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์

4.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

4.2.1 หลักการ การสนับสนุนทางสังคมจะประกอบด้วยสิ่งสำคัญ ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วยข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ ผู้รับ เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่และมีความรัก ความหวังดีในตนเองอย่างจริงใจ ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ ผู้รับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับ เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าอาจอยู่ในรูปของข่าวสารวัตถุประสงค์ของหรือทางด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ

4.2.2 กลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของCaplan(1974) เกี่ยวกับการจัดไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ที่พบได้ในทุกสังคมและวัฒนธรรม ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก

ประเภทที่ 2 ได้แก่ ครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย ผู้ร่วมงาน พบว่าทุกวัฒนธรรมมีแนวทางปฏิบัติในการผูกมัดบุคคลในสายเลือด หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันว่าจะต้องช่วยเหลือกันเมื่อมีปัญหาหรือมีความลำบากในการดำเนินชีวิต

Coyne & DeLongis (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองได้รับความรัก ความหวังดี การเอาใจใส่ จากสมาชิกในครอบครัวทำให้รู้สึกตนมีคุณค่าและเชื่อมั่นว่าตนสามารถแก้ไขปัญหาและเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้

Thoits (1986) ได้อธิบายความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวว่าเป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่ใกล้ชิด ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท และเพื่อนบ้าน โดยได้รับความช่วยเหลือในด้านเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน ด้านสังคม และด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

Pender (1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารและการอบรม สั่งสอน รวมทั้งให้คำแนะนำและการประเมิน เพื่อปรับปรุงการทำงานให้ประสบความสำเร็จ มีความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองได้รับความรัก เป็นที่ยอมรับและเป็นที่ต้องการของครอบครัว ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

Rose (1997) กล่าวว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทว่าครอบครัวของผู้ป่วย เช่น คู่สมรส บุตร หรือครอบครัวของผู้ป่วย เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ มีหน้าที่จะต้องช่วยเหลือด้านสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย

Horwitz, Reinhard, Howell-White (1996) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในแง่ของการ แลกเปลี่ยนตอบแทนซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ตามแนวคิดทางสังคมสงเคราะห์ที่ เรียกว่า ระบบอุปถัมภ์แบบต่างตอบแทน คือ ถ้าบุคคลช่วยทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น บุคคลนั้นจะ ได้รับความช่วยเหลือเป็นการตอบแทน เมื่อบุคคลนั้นรู้สึกเดือดร้อนหรือจำเป็นต้องได้รับการ ช่วยเหลือ หากทำประโยชน์กับผู้อื่นมากบุคคลนั้นก็ได้รับการช่วยเหลือมาก

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ เป็นต้น กลุ่มองค์กรหรืออาสาสมัครในชุมชนที่รวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคมโดยสนใจที่จะช่วยเหลือผู้ ที่ประสบความยุ่งยาก เช่น The National Association of Psychiatric Survivors เป็น องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของ USA และส่งเสริมให้ ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ให้ความรู้ และช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ (Lefley, 1993)

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและ ฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน โดย Rose (1997) ได้มีแนวคิดที่ว่า บุคลากรในทีมจิตเวชมีความสำคัญ ในการลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน โดยการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ และเหมาะสม กับความรู้ของผู้ดูแล บุคลากรทางวิชาชีพที่มีทัศนคติที่ดีกับผู้ดูแลและผู้ป่วยจะทำให้ ผู้ดูแลรับรู้และรู้สึกชื่นชมเกิดความสนใจในคำแนะนำ

Brant & Weinert (1985) เห็นว่า ในบุคคลแต่ละคนนั้นมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม 11 แหล่งด้วยกัน คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ มิตรสหาย เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน พระหรือนักบวช บุคลากรทางด้านสุขภาพ หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน รวมถึงบุคคลที่มีปัญหา คล้ายคลึงกัน

4.2.3 กระบวนการกลุ่ม เป็นกระบวนการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่มตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมี ปฏิสัมพันธ์กัน มีแรงจูงใจร่วมกันทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยที่สมาชิกกลุ่มมีอิทธิพลต่อกัน โดยผู้นำกลุ่มเป็น ผู้จัดกระบวนการให้สมาชิกแสวงหาคำตอบ การใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่ม ใช้อำนาจช่วยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอแนะวิธีการต่างๆ เรียนรู้ สามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ภายใต้การให้เกียรติ ยอมรับ รู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจและได้กำลังใจ

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย หลักการ กลุ่มบุคคลและกระบวนการกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการทำโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

4.3 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัว ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ (House, 1981)

การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรกนั้นครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด ในเรื่องการทำให้อุปการะรักษาอย่างต่อเนื่องและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ (Buchanan, 1995) ดังเช่นการศึกษาของ Clinton และคณะ(1998) พบว่า หากผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทรับรู้ว่าจะได้รับการยอมรับและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาทักษะชีวิตในการปรับตัว เพื่อการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น และการได้รับการยอมรับจากสังคมโดยการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวนั้นเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการสนับสนุนทางสังคม ที่จะส่งเสริมให้บุคคลนั้นรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง ช่วยลดความเครียด และช่วยให้บุคคลนั้นมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับสูงจะมีความสามารถในการปรับตัวต่อการดำรงชีวิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (Clinton et al., 1998)

แหล่งสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิ คือ กลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัว เช่น ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ เช่น เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งผู้วิจัยได้มองเห็นว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้อุปการะรักษา ความเอาใจใส่ และเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้

5. การสนับสนุนจากครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกและพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว

5.1 แนวคิดการสนับสนุนจากครอบครัวและการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การใช้แนวคิดของ House (1981) มีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (พิสิฐ รุ่งโรจน์ วัฒนศิริ, 2560)

การศึกษาวิจัยใช้กรอบแนวคิด การสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์(House, 1981) ในการศึกษาต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ภายหลังการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตหลังทดลอง ($M=186.67$, $SD=13.10$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=167.40$, $SD=14.13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<.001$, $t=7.65$) และผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังทดลอง ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ($SD.=13.80$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($SD=4.87$) ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<.001$, $t=6.54$) (พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559)

การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้แนวคิด Cobb(1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ยุวดี แตรประสิทธิ์, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมีแนวคิดต่างๆที่จะนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มต่างๆที่แตกต่างกัน โดยมีการพัฒนาโปรแกรมให้สอดคล้องกับแนวคิดที่นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรม ซึ่งงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) มาพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มีอาการซึมเศร้า

5.2 การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว

จากแนวคิดของ House (1985) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆทำให้เกิดความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจกันประกอบด้วยการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ

1.การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก

2.การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองเมื่ออยู่กับสังคม เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคมในปัจจุบัน หรือการนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา โดยการนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา

3.การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) คือ การให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ

4.การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) คือ การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา และทบทวนแนวคิดเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) ซึ่งมีรูปแบบของการสนับสนุนของครอบครัว ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์(Emotional Support) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร(Information Support) และการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Instrumental Support and Social Interaction) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในดูแลผู้ป่วยในทุกกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์

การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงออกถึงการยกย่อง การเห็นคุณค่าในตนเอง การเอาใจใส่พูดคุยแสดงความรู้สึกห่วงใยและรับฟังความรู้สึกของกันและกัน ตามแนวคิด

ของ House (1985) ในด้านอารมณ์โดยผู้วิจัยได้มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม โดยผู้วิจัยได้มีการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยได้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และผู้วิจัยได้มีการพูดคุยให้สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงออกถึงความรู้สึกห่วงใย และได้รับฟังความรู้สึกของกันและกันเพื่อจะทำให้เกิดการเข้าใจกันมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า

การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเองและการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา ตามแนวคิดของ House (1985) ในด้านการประเมินค่าโดยผู้วิจัยได้มีการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการพูดคุยถึงการประเมินศักยภาพของตนเองโดยผู้วิจัยได้ตั้งสถานการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการแสดงความคิดเห็น และผู้วิจัยได้สรุปในความสำเร็จให้ฟังอีกครั้งเพื่อให้สามารถนำทักษะต่างๆไปใช้ได้เมื่ออยู่ที่บ้าน

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร

การให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อเสนอแนะและพัฒนาทักษะที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญตามแนวคิดของ House (1985) ในด้านข้อมูลข่าวสารโดยผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางที่สามารถใช้ได้จริงเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดนี้

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

การให้ข้อมูลในแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน และพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น ตามแนวคิดของ House (1985) ในด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยผู้วิจัยได้มีการให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านครอบครัวสามารถพาผู้ป่วยไปรักษาได้ทันถ่วงที หรือมีการสังเกตอาการได้เร็วขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดอาการที่รุนแรงมากขึ้น พร้อมให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันเพื่อให้เกิดความรักใคร่กลมเกลียวกันมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการลดอาการซึมเศร้าได้ด้วย

การสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์(Emotional Support) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร(Information Support) และการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Instrumental Support and Social Interaction)

6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุภาวดี เกษไชย (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 77 ราย พบว่า ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า

Suzanne และคณะ (2006) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การสนับสนุนทางสังคม และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก จำนวน 40 ราย อายุ 18-65 ปี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.372, p = 0.001$)

วรพงษ์ กำไร(2552) ได้ศึกษา อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แขนงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลยราชนครินทร์ จำนวน 100 ราย อายุ 18-60 ปี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.214, p < 0.01$)

ศิริจิต สุทธิจิตต์และสุตรัก พิละกันทา(2553) ได้ศึกษา ผลของอาการซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทย จำนวน 75 ราย พบว่า การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง

Kaiser และ คณะ (2005) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การสนับสนุนทางสังคมและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต จำนวน 40 คน อายุระหว่าง 18-65 ปี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนันทา ศรีสาคร (2551) ได้ศึกษา ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 160 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

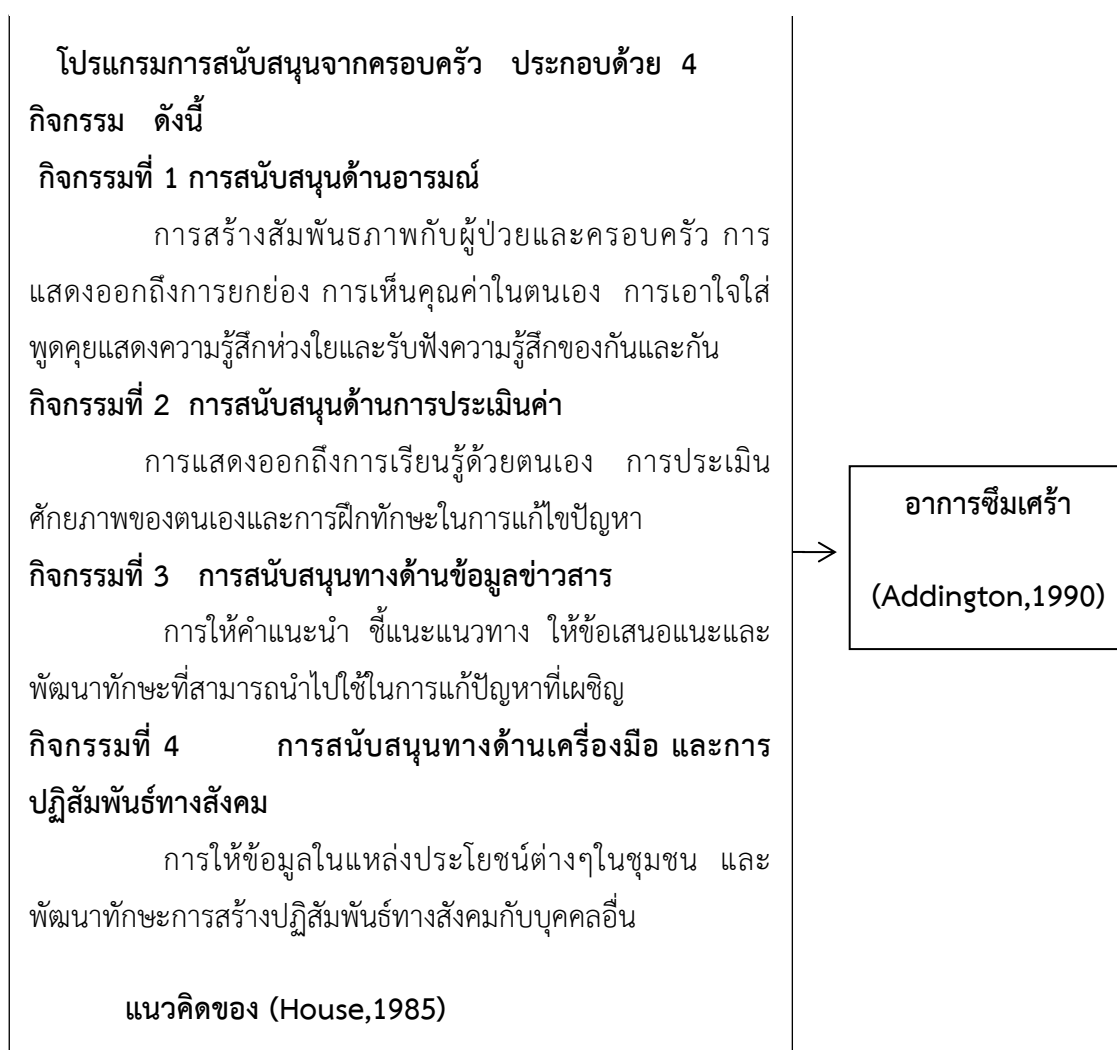
ปริยานัน สละสวัสดิ์ (2546) ได้ศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 150 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัวมีปัจจัยเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวจึงช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกได้

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

การใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก และในการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) มาใช้ในการสนับสนุนครอบครัวเพื่อลดอาการซึมเศร้า จึงทำให้ผู้วิจัยได้สนใจที่จะนำแนวคิดของ House (1985) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ซึ่งแนวคิดของ House(1985) ได้แบ่งประเภทพฤติกรรมในการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ 1.การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2.การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3.การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) 4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Instrumental Support and Social Interaction) ซึ่งได้แสดงภาพที่ 1 ดังนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Burns & Glove, 2005) โดยทำการทดลองในแผนกหอผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O1	X	O2	กลุ่มทดลอง
O3		O4	กลุ่มควบคุม

O1 หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว

O2 หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว

X หมายถึง การใช้โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว

O3 หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O4 หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีอาการทางจิตครั้งแรกและครอบครัวของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยมีระยะเวลา

เจ็บป่วยในช่วง 1-3 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และมีคะแนนรวมอาการซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มๆ ละ 20 คู่ รวมทั้งหมด จำนวน 40 คู่ (Grove, Burns and Gray, 2013) โดยมีการควบคุมตัวแปรด้วยการจับคู่ผู้ป่วยจิตเภท (Matched-pair) ในเรื่อง เพศ (มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์, 2554) และครอบครัวของผู้ป่วย ครอบครัวละ 1 คน โดยมีการควบคุมตัวแปร (Matched-pair) ในเรื่อง ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย (บดินทร์ บุญจันทร์, 2553) แล้วจึงจะมีการจับสลากเพื่อเข้าร่วมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คู่

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย มีดังนี้

Inclusion Criteria

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก อายุ 21-59 ปี
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่มีช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยในช่วง 1-3 ปี
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มีคะแนนรวมอาการซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน
4. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

Exclusion Criteria

1. ผู้ร่วมวิจัยที่มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกายรุนแรงมากจนเป็นอุปสรรคต่อการร่วมกลุ่ม
- เกณฑ์การคัดเลือกครอบครัวของผู้ป่วย ดังนี้

Inclusion Criteria

1. ผู้ดูแลหลักที่ไม่ได้รับผลประโยชน์ค่าจ้างใดๆ
2. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน เพื่อให้มีการกระจายข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด (Grove, Burns and Gray, 2013) โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ไต่จากการทดลอง มีการกระจายเข้าสู่โค้งปกติ (Normality) ซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มมากขึ้น และมีค่าความแปรปรวนลดลง ซึ่งย่อมมีผลให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ นั่นคือ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Polit & Beck, 2004) ดังนั้น การศึกษานี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คู่ กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คู่ และกลุ่มควบคุม 20 คู่ เพื่อให้เหมาะสมและมีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้รับการอนุมัติวันที่ 9 เมษายน 2561 หลังจากที่โครงร่างวิจัยผ่านความเห็นชอบและได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยประเมินคุณสมบัติผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือในการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท คือ มีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched- Paired) เพื่อควบคุมตัวแปรด้วยการจับคู่ผู้ป่วยจิตเภท (Matched-pair) ในเรื่อง เพศ (มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์, 2554) และครอบครัวของผู้ป่วย ครอบครัวละ 1 คน โดยมีการควบคุมตัวแปร(Matched-pair)ในเรื่องระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย(บดินทร์ บุญจันทร์, 2553) ซึ่งผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะดังกล่าวมาข้างต้นทีละคู่ จนครบ 20 คู่ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการคู่เข้ากลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่ จนได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มๆ ละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน

4. เมื่อได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมครบ ผู้วิจัยจึงได้มีการทดลองไปพร้อมๆกันกับกลุ่มควบคุม โดยใช้ระยะเวลาในการทดลองทั้งหมด 4 ครั้งๆละ 60 นาที รวมทั้งหมด 4 สัปดาห์

5. ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (ผู้ป่วยประเมิน) และแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยจิตเภท(ครอบครัวประเมิน) ส่วนกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

จากการจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการควบคุมตัวแปรในเรื่อง เพศและระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และพบว่า มีจำนวนเพศชายและเพศหญิงเท่ากันทั้งสองกลุ่ม และพบว่าทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยของครอบครัวมากกว่า 6 เดือน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลำดับคู่	เพศของผู้ป่วย		ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	ชาย	ชาย	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
2	ชาย	ชาย	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
3	ชาย	ชาย	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
4	ชาย	ชาย	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
5	ชาย	ชาย	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
6	ชาย	ชาย	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
7	ชาย	ชาย	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
8	ชาย	ชาย	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
9	ชาย	ชาย	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
10	ชาย	ชาย	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
11	หญิง	หญิง	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
12	หญิง	หญิง	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
13	หญิง	หญิง	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
14	หญิง	หญิง	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
15	หญิง	หญิง	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
16	หญิง	หญิง	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
17	หญิง	หญิง	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
18	หญิง	หญิง	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
19	หญิง	หญิง	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
20	หญิง	หญิง	มากกว่า 6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	10	50.0	10	50.0	20	50.0
หญิง	10	50.0	10	50.0	20	50.0
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	9	45.0	12	60.0	21	52.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	40.0	8	40.0	16	40.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	10.0	0	0.0	2	5.0
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ปริญญาตรี	1	5.0	0	0.0	1	2.5
สถานภาพสมรส						
โสด	4	20.0	8	40.0	12	30.0
คู่	10	50.0	9	45.0	19	47.5
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6	30.0	3	15.0	9	22.5

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 ด้านระดับการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.0 และ 60.0 ตามลำดับ รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 40.0 เท่ากัน ด้านสถานภาพสมรสผู้ป่วยมีสถานภาพคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 45.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ประวัติการทำร้ายตนเอง ประวัติซึมเศร้าในครอบครัว อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่คิดทำร้ายตนเอง และจำนวนครั้งที่เคยทำร้ายตนเอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
นักเรียน/นักศึกษา	1	5.0	0	0.0	1	2.5
ค้าขาย	10	50.0	9	45.0	19	47.5
ธุรกิจส่วนตัว	3	15.0	0	0.0	3	7.5
รับจ้าง	6	30.0	11	55.0	17	42.5
รายได้ของครอบครัว						
ต่อเดือน						
< 9,000 บาท	12	60.0	18	90.0	30	75.0
10,000-20,000 บาท	8	40.0	2	10.0	10	25.0
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย						
น้อยกว่า 6 เดือน						
มากกว่า 6 เดือน ขึ้นไป	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ประวัติการทำร้ายตนเอง						
-มีความคิดทำร้ายตนเอง						
มี						
ไม่มี	13	65.0	17	85.0	30	75.0
ไม่มี						
-เคยทำร้ายตนเอง						
เคย						
ไม่เคย	3	15.0	5	25.0	8	20.0
ไม่มีเคย						
ไม่มีเคย	17	85.0	15	75.0	32	80.0
ประวัติซึมเศร้าใน						
ครอบครัว						
มี						
ไม่มี	0	0.0	1	5.0	1	2.5
ไม่มี						
ไม่มี	20	100.0	19	95.0	39	97.5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
21-29 ปี	4	20.0	4	20.0	8	20.0
30-39 ปี	7	35.0	9	45.0	16	40.0
40-49 ปี	6	30.0	7	35.0	13	32.5
50-59 ปี	3	15.0	0	0.0	3	7.5
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
1-12 เดือน	12	60.0	8	40.0	20	50.0
13-24 เดือน	2	10.0	3	15.0	5	12.5
25-36 เดือน						
จำนวนครั้งที่คิดทำร้ายตนเอง						
ไม่มี	11	55.0	12	60.0	23	57.5
1 ครั้ง	2	10.0	4	20.0	6	15.0
2 ครั้ง						
จำนวนครั้งที่เคยทำร้ายตนเอง						
ไม่มี	3	15.0	5	25.0	8	20.0
1 ครั้ง	17	85.0	15	75.0	32	80.0

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือ ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 45 ด้าน รายได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้น้อยกว่า 9,000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60 และ 90 ตามลำดับ ด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยพบว่าทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปมากที่สุด เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 100.00 สำหรับประวัติการคิดทำร้ายตนเองพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประวัติการทำร้ายตนเองสูงถึงร้อยละ 65.0 และ 85.0 ตามลำดับ และยังคงทำร้ายตนเองคิดเป็นร้อยละ 15.0 และ 25.0 ตามลำดับ ด้านประวัติการซึมเศร้าในครอบครัว พบว่าในกลุ่มควบคุมมีประวัติ

เพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่มีประวัติการซึมเศร้าในครอบครัว และในช่วงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีช่วงอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 และ 45 ตามลำดับ และระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 13-24 เดือน คิดเป็นร้อยละ 60 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 45 สำหรับจำนวนครั้งที่คิดทำร้ายตนเอง พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งที่คิดทำร้ายตนเองมากที่สุด 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 55 และ 60 ตามลำดับ และจำนวนครั้งที่เคยทำร้ายตนเอง พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เคยทำร้ายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 85 และ 75 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยในพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ วันที่ 9 เมษายน 2561 และผู้วิจัยได้มีการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวเอง ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งมีการชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการพยาบาล และการรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด และในระหว่างการดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามระยะเวลาที่กำหนด สามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการพยาบาลและการรักษาเช่นกัน ข้อมูลที่ได้รับในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอต่าง ๆ จะมีการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ Addington et al., (1990) สร้างและพัฒนามาจาก Max Hamilton (1960) และ Wing et al. (1974)

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของ Sherbourne & Stewart (1991) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดย มาลาตรี รุ่งเรืองศิริพันธ์และคณะ (2554) และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ เป็นเครื่องมือที่ แก้วตา มีศรี (2554) พัฒนาขึ้นโดยศึกษาจาก แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987)

รายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในแต่ละชุด มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) ประกอบด้วย คู่มือการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกสำหรับพยาบาล คู่มือสำหรับผู้ป่วยจิตเภท และคู่มือสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวตามแนวคิดของ House (1985) ที่ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) 4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Instrumental Support and Social Interaction) ลักษณะของเครื่องมือจะประกอบด้วยใบเกร็ดความรู้และใบกิจกรรมแต่ละด้าน และผู้วิจัยจะแจกปากกาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เขียนความรู้สึกตามหัวข้อต่างๆในใบกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้เขียนครบทุกคู่ ผู้วิจัยจะให้ทุกคนได้พูดและอธิบายความรู้สึกที่ทุกคนได้เขียน และโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆละ 60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์

การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงออกถึงการยกย่อง การเห็นคุณค่าในตนเอง การเอาใจใส่พูดคุยแสดงความรู้สึกห่วงใยและรับฟังความรู้สึกของกันและกัน

ผู้วิจัยได้มีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ อธิบายขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม อธิบายประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่มบำบัดให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกในครอบครัวได้รับทราบ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญในการเข้ากลุ่ม การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเอง โดยผู้บำบัดจะให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองและการให้สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้รับการบำบัดร่วมกัน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกในครอบครัวได้เห็นคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อญาติ ชูชื่น (2557) ที่ว่า กำลังใจจากครอบครัวส่งผลให้เกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น จากนั้นผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดได้พูดคุยแสดงความรู้สึกของตนเองว่าขณะนี้ตนเองมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองมีการเจ็บป่วยทางจิตและเมื่อผู้รับการบำบัดได้พูดถึงความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น ผู้บำบัดจะให้สมาชิกในครอบครัวได้พูดแสดงความคิดเห็นว่ามีวิธีการช่วยลดความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นของผู้รับการบำบัดอย่างไร พร้อมทั้งให้สมาชิกในครอบครัวได้พูดคุยกับผู้รับการบำบัดด้วยท่าทีเห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้รับการบำบัด จากนั้นผู้บำบัดจะให้ข้อมูลทักษะการจัดการกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นอีกครั้ง และเมื่อให้ข้อมูลเสร็จผู้บำบัดจะให้สมาชิกในครอบครัวสรุปทักษะที่ได้รับในการทำกิจกรรมในครั้งนี้ พร้อมทั้งผู้บำบัดจะยกตัวอย่างสถานการณ์และให้สมาชิกในครอบครัวบอกวิธีการจัดการหรือบอกวิธีการลดความรู้สึกนั้นๆอย่างไร และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับการบำบัดและสมาชิกในครอบครัว การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเองของผู้รับการบำบัด การส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นการนำไปสู่การที่ครอบครัวได้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้รับการบำบัด โดยการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกและการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเองของผู้รับการบำบัดก็จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า

การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเองและการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา

การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผลและการฝึกครอบครัวให้ส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา การร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยถึงการเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็น และให้ครอบครัวได้มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นทุกคน จากนั้นผู้บำบัดได้มีสรุปวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆที่สมาชิกในกลุ่มได้พูดคุยแสดงความคิดเห็นออกมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุณิสสา ศรีเมื่อน (2011) ที่บอกว่าการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ และผู้บำบัดจะยกตัวอย่างสถานการณ์ว่าเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเครียดวิตกกังวลกับอาการตนเอง ครอบครัว

จะมีวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง หลังจากที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนแสดงความคิดเห็นออกมา ผู้บำบัดจะสรุปวิธีผลผลิตและผลเสียที่จะเกิดขึ้นเมื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว และเมื่อครอบครัวมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยใช้เหตุผลก็จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถนำทักษะต่างๆที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์เมื่ออยู่ที่บ้านได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกการแก้ไขโดยใช้เหตุผลด้วยตนเอง และครอบครัวอาจจะมีการเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร

การให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อเสนอแนะและให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาดังกล่าว

การให้ข้อมูลเรื่องอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามเรื่องข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในจิตเภท ผู้บำบัดได้ให้ข้อมูลเรื่องอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ปัจจัยที่เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดทุกครั้งที่เหมาะสม รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวของแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้น โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อติรัตน์ วัฒนไพสิน(2011) ซึ่งได้พบว่า การมีทักษะการเผชิญความเครียดจะช่วยลดอาการซึมเศร้า จากนั้นผู้บำบัดได้ให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในเรื่องการสังเกตอาการของผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และผู้บำบัดได้สมมติสถานการณ์ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า แยกตัวเอง ไม่รับประทานยา สมาชิกในครอบครัวทำอย่างไร เมื่อสมาชิกในครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการแสดงความคิดเห็นแล้ว ผู้บำบัดจะสรุปและให้ข้อเสนอแนะวิธีการจัดการสถานการณ์แบบนั้นอย่างไร และเมื่อครอบครัวและผู้ป่วยได้มีความรู้ในเรื่องอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ก็จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านได้ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

การให้ข้อมูลในแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน และการให้ข้อมูลการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลในการช่วยเหลือและการให้ข้อมูลครอบครัวในการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และให้สมาชิกในครอบครัวสอบถามเรื่องการพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่ไหนเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงให้มาพบแพทย์ก่อนนัด ผู้บำบัดจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการ

กำเริบ และอธิบายขั้นตอนในการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และผู้บำบัดจะ ให้ข้อมูลว่าข้อดี ข้อเสียของการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างไร โดย จะเน้นให้เห็นถึงความสำคัญที่จะเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ปัญญา(2558) พบว่าการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ หลังจากนั้นผู้บำบัดจะให้ ครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน รวมถึงผู้บำบัดได้ให้ข้อมูล เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาให้ทันถ่วงที เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จากนั้นผู้ บำบัดจะสมมติสถานการณ์ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิปกติหรือมีอาการซึมเศร้ามาก ไม่พูดคุยกับใคร สมาชิกในครอบครัวควรทำอย่างไร หรือขอคำปรึกษาที่ไหนได้บ้าง จากนั้นผู้บำบัดจะสรุปช่องทางใน การนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนนัดได้ หรือการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และเมื่อ ครอบครัวได้รับข้อมูลต่างๆในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นแล้วก็จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถประเมิน อาการผู้ป่วยได้ทันถ่วงทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โปรแกรมการสนับสนุนจาก ครอบครัวโดยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวช จำนวน 5 คนซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 4 คน เพื่อตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ให้มีความถูกต้องชัดเจนและเหมาะสม รูปแบบของแต่ละกิจกรรม ในโปรแกรม โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการ ปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวตาม ข้อเสนอแนะต่างๆของผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้แสดงความคิดเห็น โดยอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้โปรแกรมมีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ก่อนนำไปใช้ ดำเนินการวิจัย และมีการคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1.0 โดยมีประเด็นการปรับแก้ดังนี้

1) รูปแบบกิจกรรม

โดยมีข้อเสนอแนะว่าจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง “จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม โดยการที่ผู้บำบัดจัดกระทำเพียงคนเดียว แต่แบ่งเป็นช่วงเวลาที่แตกต่างกัน” ผู้วิจัยได้จัดการกิจกรรมการบำบัดแบ่งออกเป็น 2 ช่วงเวลา คือ

กลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรม เวลา 11.00 น. – 12.00 น. และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมเวลา 13.00 น. – 14.00 น. ผู้วิจัยได้แก้ไขโดยปรับเวลาออกเป็นสองช่วง ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ

2) เนื้อหากิจกรรม

โดยมีข้อเสนอแนะ “ระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม ค่อนข้างนาน 90 นาที อาจส่งผลต่อสมาธิของผู้เข้าร่วม จึงควรมีการลดระยะเวลาเหลือ 60 นาที” ผู้วิจัยได้แก้ไขโดยการปรับเวลาเหลือ 60 นาที ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ

จากนั้นผู้วิจัยได้ทดลองการใช้โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวกับผู้ป่วยจำนวน 5 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจในตัวกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ต้องมีการปรับคำพูดเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจง่ายขึ้น คือ “จะจัดการแก้ไขปัญหาอย่างไร” ปรับเป็นว่า “มีวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร” และในภาพรวมพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งได้ตามที่เวลากำหนด คือ ประมาณ 60 นาที ซึ่งผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมการบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยและครอบครัวจริง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย มีทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ประวัติการทำร้ายตนเอง ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต ประวัติซึมเศร้าในครอบครัว ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามในแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลให้กลุ่มตัวอย่างฟัง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บอกคำตอบและผู้วิจัยกรอกคำตอบลงแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้ ข้อเสนอแนะ “1. ข้อคำถามในหัวข้อ ระดับการศึกษา”

ผู้วิจัยได้จัดเรียงลำดับการศึกษาจาก ระดับประถมศึกษา - ระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า ในข้อที่ 3 ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ

2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ Addington et al.,(1990) สร้างและพัฒนามาจาก Max Hamilton(1960) และ Wing et al.(1974) และจากการสังเกตถึงอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง ประกอบด้วย 9 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0,1,2,3 และมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 27 ถ้าได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า มีการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

- 0 ไม่มี
- 1 เล็กน้อย แสดงความเศร้าบางอย่างหรือความท้อใจเมื่อถาม
- 2 ปานกลาง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างชัดเจนต่อเนื่องกันไม่เกินครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยเกิดขึ้นทุกวัน
- 3 รุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างมาก ต่อเนื่องทุกวัน เกินกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด โดยส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายและกิจกรรมทางสังคม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ประกอบด้วยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 4 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง ความครอบคลุมทางเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของการดำเนินการกลุ่ม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินการกลุ่มแต่ละครั้ง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1- 4 คะแนน ดังนี้

น้อยที่สุด	= 1 คะแนน
น้อย	= 2 คะแนน
ปานกลาง	= 3 คะแนน
มาก	= 4 คะแนน

และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา ถูเกณฑตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกันในระดับ 3 และ 4 ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

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

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88

ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- คำถามข้อที่ 1 ผู้วิจัยได้ตัดคำว่า “บ่อยแค่ไหน” เป็น “เกือบทั้งวัน” ในข้อคำถามดังนี้
*ความซึมเศร้า : คุณจะบรรยายถึงอารมณ์ของคุณในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร? เมื่อเร็ว ๆ นี้
 คุณยังคงร่าเริงดีตามปกติ หรือว่าคุณซึมเศร้าหรือเศร้าใจ? ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเกือบทั้งวันที่คุณ
 รู้สึกเศร้า?”*

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อให้เกิด
 ความครอบคลุมเนื้อหาของข้อคำถาม รวมถึงความถูกต้องเหมาะสมของข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยง
 ของแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท โดยการทดลองใช้แบบสอบถามนี้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มี
 อาการทางจิตครั้งแรกที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่หอผู้ป่วยนอก สถาบัน
 กัลยาณิราชนครินทร์ แต่ไม่ใช่ในกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยได้นำผลที่ได้มาหาค่า
 ความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป พบว่ามีค่า
 สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .93

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา

3.1แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม ใช้ในการประเมินแหล่งสนับสนุน
 ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก พัฒนามาจาก Sherbourne & Stewart (1991)
 ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดยมาลาตรี รุ่งเรืองศิริพันธ์และคณะ(2554)
 ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มี 4 องค์ประกอบ คือ 1. Tangible support ประกอบด้วยข้อ
 คำถาม 4 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 2, 4, 9, 11) 2. Affectionate support ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ
 (ได้แก่ ข้อ 5,1) 3. Positive social interaction support ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ (ได้แก่ ข้อ
 8, 10, 14) 4. Emotional support ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 3, 6, 7, 12, 13, 15)
 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแปลผล ดังนี้

- 1 ไม่เคยเลยสักครั้ง
- 2 ไม่กี่ครั้ง
- 3 บางครั้ง
- 4 ส่วนใหญ่
- 5 ตลอดเวลา

คิดคะแนนโดยรวมถ้าได้คะแนนรวมมาก ถือว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่ง
 สนับสนุนทางสังคมของ Sherbourne & Stewart (1991) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back
 Translation โดยมาลาตรี รุ่งเรืองศิริพันธ์และคณะ (2554) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง

5 คนตรวจสอบประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 4 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน และนำมาหาค่าโดยการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยคำนวณจากสูตรเดียวกับข้างต้น พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และมีการปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ดังนี้

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- ปรับแก้ข้อคำถามที่ 1 ผู้วิจัยได้เพิ่มคำว่า “เมื่อ” ในข้อคำถามดังนี้ *มีคนช่วยเหลือเมื่อคุณไม่สบายจนล้มหมอนนอนเสื่อ*

- ปรับแก้ข้อคำถามที่ 2 ผู้วิจัยได้ตัดคำว่า “ที่” ในข้อคำถามดังนี้ *มีคนให้คำแนะนำที่ดีแก่คุณ เมื่อคุณมีปัญหายุ่งยาก*

- ปรับแก้ข้อคำถามที่ 3 ผู้วิจัยได้ตัดคำว่า “ปัญหายุ่งยาก” เป็น “ปัญหาสุขภาพ” ในข้อคำถามดังนี้ *มีคนพาคุณไปพบแพทย์เมื่อคุณมีปัญหาสุขภาพ*

- ปรับแก้ข้อคำถามที่ 4 ผู้วิจัยได้เพิ่มคำว่า “และ” ในข้อคำถามดังนี้ *มีคนที่รักและห่วงใยคุณ*

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการทดลองใช้แบบสอบถามนี้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในหอผู้ป่วยนอกสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยได้นำผลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .95

3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ ใช้ในการประเมิน

ครอบครัวในการประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ แก้วดา มีศรี(2554) พัฒนาขึ้นโดยศึกษาจาก แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา(2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 16 ข้อ (ข้อ1,2,4,5,6,7,8,10,11,12,15,17,18,22,24,25) และเป็นข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ (3,9,13,14,16,19,20,21,23,26) แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

1.ความหมายของโรคจิตเภท	จำนวน 1 ข้อ
2.อาการของโรคจิตเภท	จำนวน 6 ข้อ
3.สาเหตุของโรคจิตเภท	จำนวน 6 ข้อ
4.การดำเนินโรค	จำนวน 2 ข้อ
5.การรักษาโรคจิตเภท	จำนวน 3 ข้อ

6. การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จำนวน 8 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำถาม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ใช่	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ไม่ใช่	ได้ 0 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

การคิดคะแนนทำได้โดยการนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ถ้าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนมาก จะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ เป็นเครื่องมือที่ แก้วตา มีศรี(2554) พัฒนาขึ้นโดยศึกษาจาก แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา(2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ตรวจสอบประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 4 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน และนำมาหาค่าโดยการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยคำนวณจากสูตรเดียวกับข้างต้น พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ โดยการทดลองใช้แบบสอบถามนี้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในหอผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยได้นำผลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อให้เกิดความรู้เพิ่มมากขึ้นและนำไปใช้ในการทำกิจกรรมกับผู้ป่วย

1.2 ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก 2) แบบ

สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท 4) แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม 5) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ

1.3 เตรียมสถานที่ใช้ในการทำวิจัย ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยและการขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และได้รับอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ วันที่ 9 เมษายน 2561

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้ศึกษาดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล

2.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มควบคุม ให้ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทางจิต รวมทั้งการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

2.1.3 ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

2.2.2 ภายหลังจากการประเมิน ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน และดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว โดยมีการดำเนินกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 ครั้งติดต่อกันที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 จัดกิจกรรมเวลา 11.00-12.00 น. และกลุ่มที่ 2 จัดกิจกรรมเวลา 13.00-14.00 น. ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว

ว/ด/ป	รายละเอียดกิจกรรม
27 เม.ย. 61	<p>กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์</p> <p>การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงออกถึงการยกย่อง การเห็นคุณค่าในตนเอง การเอาใจใส่พูดคุยแสดงความรู้สึกห่วงใยและรับฟัง ความรู้สึกของกันและกัน</p> <p>1.ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ อธิบายขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม อธิบายประโยชน์ที่จะได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบ และแจกคู่มือสำหรับผู้ป่วยจิตเภทให้แก่ผู้ป่วย และแจกคู่มือสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท</p>

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ว/ด/ป	รายละเอียดกิจกรรม
	<p>2. ผู้วิจัยจะให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองและครอบครัวมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เห็นคุณค่าในตนเอง</p> <p>3. ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแสดงความรู้สึกของตนเองว่าขณะนี้ตนเองมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อรับรู้ว่าคุณมีการเจ็บป่วยทางจิตและเมื่อผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจะให้ครอบครัวได้พูดคุยแสดงความคิดเห็นว่ามีวิธีการช่วยลดความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยอย่างไร พร้อมทั้งให้ครอบครัวได้พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทีเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้รับการบำบัด</p> <p>4. ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลทักษะการจัดการกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นอีกครั้ง และเมื่อให้ข้อมูลเสร็จผู้วิจัยจะให้ครอบครัวสรุปทักษะที่ได้รับในการทำกิจกรรมในครั้งนี้ พร้อมทั้งผู้วิจัยจะยกตัวอย่างสถานการณ์และให้ครอบครัวบอกวิธีการจัดการหรือบอกวิธีการลดความรู้สึกนั้นอย่างไร และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเองของผู้ป่วย การส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวเป็นการนำไปสู่การที่ครอบครัวได้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเขียนในใบกิจกรรมในคู่มือ จากนั้นผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เล่าในสิ่งที่ตนเองได้เขียนลงในใบกิจกรรม เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกและการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเองของผู้ป่วยก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองมากขึ้น พร้อมทั้งผู้วิจัยจะสรุปกิจกรรมในหัวข้อการสนับสนุนทางด้านอารมณ์อีกครั้ง</p>
4 พ.ค.61	<p>กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า</p> <p>การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเองและการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา</p> <p>1. ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผลและฝึกครอบครัวให้ส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยถึงการเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็น และให้ครอบครัวได้มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาร่วมกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นทุกคน</p>

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ว/ด/ป	รายละเอียดกิจกรรม
	<p>2.ผู้วิจัยจะยกตัวอย่างสถานการณ์ว่าเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเครียดวิตกกังวลกับอาการตนเอง ครอบครัวจะมีวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเขียนวิธีการและความรู้สึกตามใบกิจกรรมที่ 2</p> <p>3.ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการพูดคุยให้สมาชิกในกลุ่มฟังเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์เมื่ออยู่ที่บ้านได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกการแก้ไขโดยใช้เหตุผลด้วยตนเอง และครอบครัวอาจจะมีการเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเพิ่มมากขึ้น</p>
11 พ.ค.61	<p>กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร</p> <p>การให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อเสนอแนะและพัฒนาทักษะที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญ</p> <p>1.ผู้วิจัยให้ข้อมูลเรื่องอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามเรื่องข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในจิตเภท</p> <p>2.ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างสถานการณ์ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า แยกตัวเอง ไม่รับประทานอาหาร สมาชิกในครอบครัวควรทำอย่างไร เมื่อสมาชิกในครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการแสดงความคิดเห็นแล้ว โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เขียนในใบกิจกรรมที่ 3</p> <p>3.ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของกันและกัน</p> <p>4.ผู้วิจัยจะสรุปและให้ข้อเสนอแนะวิธีการจัดการสถานการณ์แบบนั้นอย่างไร และเมื่อครอบครัวและผู้ป่วยได้มีความรู้ในเรื่องอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ก็จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านได้ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน</p>
18 พ.ค. 61	<p>กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม</p> <p>การให้ข้อมูลในแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน และพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น</p>

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ว/ด/ป	รายละเอียดกิจกรรม
	<p>1. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลในการช่วยเหลือและการให้ข้อมูลครอบครัวในการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และให้สมาชิกในครอบครัวสอบถามเรื่องการพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่ไหนเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่ออาการเปลี่ยนแปลงให้มาพบแพทย์ก่อนนัด และอธิบายขั้นตอนในการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และผู้วิจัยจะให้ข้อมูลว่าข้อดีข้อเสียของการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างไร</p> <p>2. ผู้วิจัยจะสมมติสถานการณ์ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือมีอาการซึมเศร้ามาก ไม่พูดคุยกับใคร สมาชิกในครอบครัวควรทำอะไร หรือขอคำปรึกษาที่ไหนได้บ้าง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเขียนในใบกิจกรรมที่ 4</p> <p>3. ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในกลุ่ม</p> <p>4. ผู้วิจัยจะสรุปหัวข้อการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอีกครั้ง</p>

โดยมีรายละเอียดกิจกรรมและการประเมินผลทุกกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 : การสนับสนุนด้านอารมณ์

การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงออกถึงการยกย่อง การเห็นคุณค่าในตนเอง การเอาใจใส่พูดคุยแสดงความรู้สึกห่วงใยและรับฟังความรู้สึกของกันและกัน

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวได้รู้จักคุ้นเคยกันและเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งจะเปิดเผยตนเอง ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น มีความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน

การดำเนินการพยาบาล

ผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้พูดคุยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อญาติ ชูชื่น (2557) ที่กล่าวว่า กำลังใจจากครอบครัวส่งผลให้เกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น และผู้วิจัยยกตัวอย่างสถานการณ์ และให้ครอบครัวบอกวิธีการจัดการหรือบอกวิธีการลดความรู้สึกนั้นอย่างไร และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเองของผู้ป่วย การส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวเป็น

การนำไปสู่การที่ครอบครัวได้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย โดยการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกและการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเองของผู้ป่วยก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองมากขึ้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการพูดคุยโต้ตอบได้ตรงประเด็น ขณะพูดคุยมีการสบตากัน ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอธิบายถึงทัศนคติที่ดีของตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยบอกว่าตัวเองถึงจะป่วยก็คิดว่าตัวเองมีประโยชน์ไม่เป็นภาระของพ่อแม่ และสามารถทำงานได้ และครอบครัวผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองโดยครอบครัวได้กล่าวว่า เขาสามารถที่จะดูแลลูกเมื่อทราบว่าตัวเองป่วยจิตให้สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งการที่ครอบครัวใส่ใจมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการตนเองมีคุณค่าก็จะส่งผลให้อาการซึมเศร้าที่ลดลงได้

กิจกรรมที่ 2 : การสนับสนุนด้านการประเมินค่า

การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเองและการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบถึงความหมายของการสนับสนุนด้านการประเมินค่า และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการประเมินศักยภาพของตนเองและการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา

การดำเนินการพยาบาล

ผู้วิจัยได้ทำให้ผู้ป่วยมีการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผลและการฝึกครอบครัวให้ส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา การร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยถึงการเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็น และให้ครอบครัวได้มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาร่วมกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมิสา ศรีโมอ่อน(2011) ที่บอกว่าการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ และผู้วิจัยจะยกตัวอย่างสถานการณ์ว่าเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเครียดวิตกกังวลกับอาการตนเอง ครอบครัวจะมีวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง และให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม

การประเมินผล

ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่สามารถบอกถึงความหมายของการสนับสนุนด้านการประเมินค่าได้ เช่น ผู้ป่วยบอกว่าการสนับสนุนด้านการประเมินค่าคือการที่ให้เราประเมินศักยภาพของตัวเองว่ามีศักยภาพมากน้อยแค่ไหน และครอบครัวเป็นการประเมินตนเองว่าเราสามารถนำความรู้ไปดูแลลูกเราได้ไหม เป็นต้น หลังจากยกตัวอย่างสถานการณ์ก็พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจและประเมิน

คุณค่าตัวเองว่าตัวเองสามารถไปได้เหมือนเดิม และพบว่าเมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจผู้ป่วยก็จะไปปรึกษาคณะในครอบครัว ทำให้ส่งผลผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าลดลง

กิจกรรมที่ 3 : การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

การให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อเสนอแนะและพัฒนาทักษะที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบถึงความหมายของการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการพัฒนาทักษะที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญ

การดำเนินการพยาบาล

ผู้วิจัยได้มีการให้ข้อมูลเรื่องอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามเรื่องข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในจิตเภท ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเรื่องอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ปัจจัยที่เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง แพทย์นัด รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้น โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อติรัตน์ วัฒนไพลิน(2011) ซึ่งได้พบว่า การมีทักษะการเผชิญความเครียดจะช่วยลดอาการซึมเศร้า และผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างสถานการณ์ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า แยกตัวเอง ไม่รับประทานอาหาร สมาชิกในครอบครัวควรทำอย่างไร

การประเมินผล

ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกความหมายเกี่ยวกับด้านข้อมูลข่าวสารได้ เช่น ผู้ป่วยบอกว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นการที่ได้คำแนะนำต่างๆเพื่อไปใช้ในการดูแลตนเอง และครอบครัวผู้ป่วยได้บอกว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารคือการที่เราได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภทเพื่อนำไปดูแลผู้ป่วยได้เป็นต้น และจากการได้ยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า แยกตัวเอง ครอบครัวสามารถเข้าไปพูดคุย ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เป็นต้น ครอบครัวควรพาไปพบแพทย์ก่อนนัดได้ ซึ่งการที่ครอบครัวเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยส่งผลให้สามารถประเมินอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นลดลง

กิจกรรมที่ 4 : การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

การให้ข้อมูลในแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน และพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบถึงความหมายของการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบข้อมูลในแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน และได้พัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น

การดำเนินการพยาบาล

ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลในการช่วยเหลือและการให้ข้อมูลครอบครัวในการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และให้สมาชิกในครอบครัวสอบถามเรื่องการพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่ไหนเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงให้มาพบแพทย์ก่อนนัด ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ และอธิบายขั้นตอนในการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และผู้วิจัยจะให้ข้อมูลว่า ข้อดี ข้อเสียของการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างไร โดยจะเน้นให้เห็นถึงความสำคัญที่จะเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ปัญญา(2558) พบว่าการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ ผู้วิจัยจะสมมติสถานการณ์ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือมีอาการซึมเศร้ามาก ไม่พูดคุยกับใคร สมาชิกในครอบครัวควรทำอย่างไร หรือขอคำปรึกษาที่ไหนได้บ้าง ผู้วิจัยจะสรุปช่องทางในการนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนนัดได้ หรือการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และเมื่อครอบครัวได้รับข้อมูลต่างๆในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นแล้วก็จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้ทันถ่วงทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

การประเมินผล

ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกความหมายการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้ เช่น การที่เราได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว คนรอบบ้านและครอบครัวผู้ป่วย คือ แหล่งสนับสนุนจากชุมชนต่างๆที่จะให้การช่วยเหลือ และครอบครัวสามารถบอกได้ว่าเมื่อเจอสถานการณ์ที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากครอบครัวจะมีการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้านก่อนได้ หรือถ้ามีปัญหาที่ไม่รุนแรงก็ไปขอคำปรึกษากับอนามัยใกล้ๆบ้านก่อน เป็นต้น ทำให้ครอบครัวสามารถประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และก็จะช่วยลดอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ โดยครอบครัวเอาใจใส่พูดคุยกัน รวมถึงผู้ป่วยมีการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้างก็จะช่วยลดอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

3. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คู่ แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คู่ ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. กลุ่มทดลอง

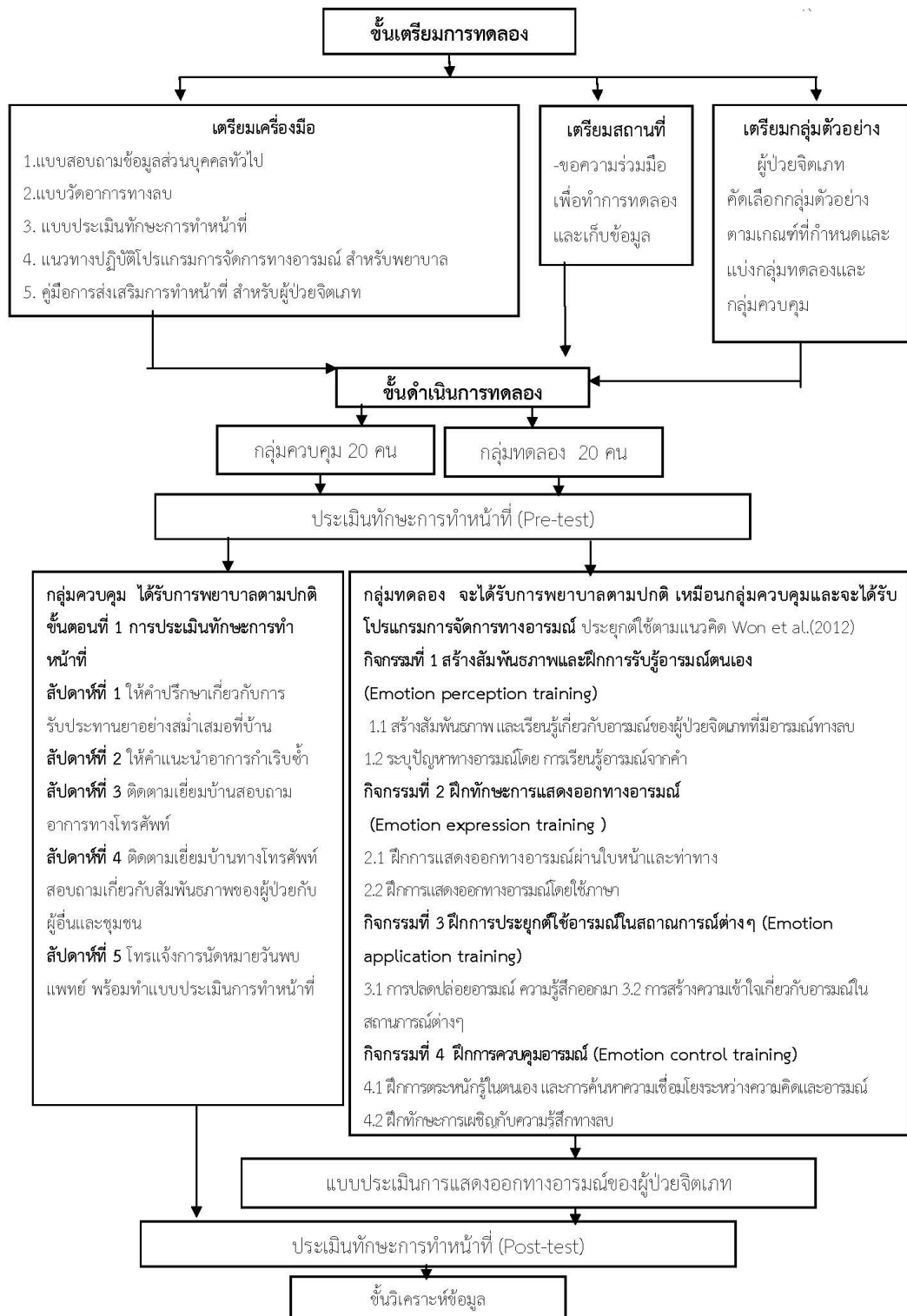
- ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test)
- ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลอง (Post-test) เมื่อสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 4 ทั้งนี้ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ

2. กลุ่มควบคุม

- ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test)
- ผู้วิจัยได้มีการนัดหมายให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มาทำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4 ทั้งนี้

โดยมีภาพรวมขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สถิติพื้นฐาน ได้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ทดสอบโดยใช้สถิติที่ (t-test Dependent)
3. การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ทดสอบโดยใช้สถิติที่ (t-test Independent)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก โดยเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว และเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวกับคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง (Pre - Post test)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

คนที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
1	16.00	17.00	18.00	18.00
2	17.00	13.00	15.00	17.00
3	15.00	7.00	16.00	18.00
4	13.00	6.00	16.00	16.00
5	21.00	8.00	17.00	15.00
6	13.00	6.00	17.00	18.00
7	15.00	5.00	18.00	16.00
8	15.00	3.00	15.00	15.00
9	13.00	7.00	14.00	16.00
10	14.00	5.00	17.00	16.00
11	14.00	6.00	15.00	15.00
12	19.00	5.00	19.00	15.00
13	19.00	4.00	14.00	14.00
14	18.00	4.00	16.00	15.00
15	20.00	4.00	16.00	16.00
16	19.00	4.00	18.00	18.00
17	15.00	5.00	18.00	16.00
18	16.00	7.00	18.00	18.00
19	21.00	5.00	16.00	14.00
20	20.00	3.00	14.00	14.00
\bar{x}	16.65	6.20	16.35	16.00
SD	2.76	3.37	1.53	1.41

จากตารางที่ 5 พบว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวทุกคนลดลง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.20 และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว (t-test Dependent)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว (n=20)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
อาการซึมเศร้า							
กลุ่มทดลอง	16.65	2.76	6.20	3.37	19	13.17	.000

จากตารางที่ 6 พบว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว มีอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (t-test Independent)

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
อาการซึมเศร้า						
ก่อนการทดลอง	16.65	2.76	16.35	1.53	.425	.673
หลังการทดลอง	6.20	3.37	16.00	1.41	12.01	.000

จากตารางที่ 7 พบว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) ทำการศึกษาสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Burns & Glove, 2005) มี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย คือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยในช่วง 1-3 ปี ที่เข้ารับการรักษานอกสถานพยาบาลภาครัฐ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเข้าสู่โค้งปกติ (Normality) ซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มมากขึ้น และมีค่าความแปรปรวนลดลง ซึ่งย่อมมีผลให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ นั่นคือ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Polit & Beck, 2004) ดังนั้น การศึกษานี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คู่ กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คู่ และกลุ่มควบคุม 20 คู่ เพื่อให้เหมาะสมและมีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House(1985) มีค่าความตรงของเนื้อหา(CVI) เท่ากับ 1.0

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล มีทั้งหมด 9 ข้อ

2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ Addington et al., (1990) สร้างและพัฒนามาจาก Max Hamilton(1960) และ Wing et al.(1974) และจากการสังเกตถึงอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง ประกอบด้วย 9 ข้อ มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา

3.1 แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมใช้ของ Sherbourne & Stewart (1991) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดยมาลาตรี รุ่งเรืองศิริพันธ์และคณะ (2554) ประกอบด้วย 15 ข้อ มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95

3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ ใช้ในการประเมินครอบครัวในการประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ แก้วตา มีศรี (2554) พัฒนาขึ้นโดยศึกษาจาก แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา(2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อให้เกิดความรู้เพิ่มมากขึ้นและนำไปใช้ในการทำกิจกรรมกับผู้ป่วย

1.2 ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เพื่อขอความ

ร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการในการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คู่ โดยการจับคู่ผู้ป่วยในเรื่องเพศ และจับคู่ครอบครัวในเรื่อง ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย แล้วจึงจับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คู่ ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.2 ภายหลังจากการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว โดยมีการดำเนินกิจกรรม 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

2.1.3 เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ 4 สัปดาห์ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 4 ทันที โดยผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองโดยให้ผู้ป่วยประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีระดับคะแนนสูงสุดที่ 73 และคะแนนต่ำสุดที่ 65 และให้ครอบครัวประเมินแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีระดับคะแนนสูงสุดที่ 37 และคะแนนต่ำสุดที่ 32 และให้ผู้ป่วยประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง (Post-test) เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมการวิจัยสมาชิกในกลุ่มทดลองก็จะได้รับการบำบัดรักษาตามแบบแผนของการพยาบาลตามปกติของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้ศึกษาดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2.2 พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุม ได้แก่ ให้การพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทางจิต รวมทั้งการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

2.2.3 เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ 4 สัปดาห์ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมการบำบัด ผู้วิจัยได้นัดหมายให้กลุ่มควบคุมมาประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) ที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

3. ชั้นรวบรวมข้อมูล

3.1.กลุ่มทดลอง

3.3.1 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test)

3.3.2 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลอง (Post-test) เมื่อสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 4 ทั้งนี้ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ

3.2 กลุ่มควบคุม

3.2.1 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test)

3.2.2 ผู้วิจัยได้มีการนัดหมายให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มาทำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4 ทั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน ได้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ทดสอบโดยใช้สถิติที่ (t-test Dependent) และนำข้อมูลมาเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ทดสอบโดยใช้สถิติที่ (t-test Independent) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว มีอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว

2. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลทำให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกครั้งนี้ ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. จากผลการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า มี 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา(Biological Factors) ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial Factors) ปัจจัยด้านความคิด (Cognitive factors) ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) และปัจจัยทางสัมพันธ์ภาพและสังคม (interpersonal and social factors) (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2556) ซึ่งแต่ละกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้จัดกระทำกับกลุ่มทดลอง มีดังต่อไปนี้

ปัจจัยด้านชีววิทยา ผู้วิจัยได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ และการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง จึงทำให้งิจกรรมนี้มีส่วนให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในเรื่องการรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและการมา

ตรวจตามนัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และครอบครัวก็ยังมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาอีกด้วย ก็ยิ่งส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกลดลง

ปัจจัยด้านจิตสังคม ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกครั้งแรกที่แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงความรู้สึกของกันและกัน และยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีครอบครัวเข้าใจ และคอยรับฟังปัญหาของตนเอง จึงส่งผลให้อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นลดลง

ปัจจัยด้านความคิด ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเองเมื่อรับรู้ว่าคุณเองป่วยทางจิต มีความรู้สึกอย่างไรบ้าง พร้อมทั้งผู้วิจัยได้ยกสถานการณ์ขึ้นมาเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจมากขึ้นว่าถ้าเจอสถานการณ์แบบนี้จะมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร พร้อมทั้งให้ครอบครัวได้มีการแสดงความคิดเห็นเช่นกันว่าถ้ามีการรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทครั้งแรกครอบครัวมีความคิดหรือความรู้สึกอย่างไร และจะมีวิธีการดูแลผู้ป่วยแบบไหน รวมทั้งกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยและเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจความคิดความรู้สึกของตนเองมากขึ้น จึงส่งผลให้อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นลดลง

ปัจจัยทางพฤติกรรม ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการให้ผู้ป่วยพูดคุยแสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้ครอบครัวได้มีการพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการเข้าใจซึ่งกันและกัน เพราะพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ครอบครัวสังเกตเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไป เช่น แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม พูดถึงการฆ่าตัวตาย เป็นต้น ครอบครัวจะได้พาผู้ป่วยมาตรวจก่อนแพทย์นัดได้ ซึ่งถ้าครอบครัวและผู้ป่วยมีการสอดส่องถึงการเข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีการพูดคุยกันสม่ำเสมอ ก็จะส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง

ปัจจัยทางสัมพันธ์ภาพและสังคม ผู้วิจัยได้มีการจัดกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมเป็นกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ วิธีการดูแลตนเอง รวมถึงครอบครัวจะได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยด้วย มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดนี้ก็มีผลทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสังคม เพราะผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมแยกตัวเอง กิจกรรมเหล่านี้จึงได้มีการฝึกผู้ป่วยให้อยู่ร่วมกันมีการพูดคุยกันด้วยความเข้าใจ ซึ่งจะส่งผลให้อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นลดลง

จากกิจกรรมที่จัดกระทำต่างๆในโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก จึงส่งผลให้อาการซึมเศร่าลดลง

2. เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจาก

ครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยมีรายละเอียด ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 : การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงออกถึงการยกย่อง การเห็นคุณค่าในตนเอง การเอาใจใส่พูดคุย แสดงความรู้สึกห่วงใยและรับฟังความรู้สึกของกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อญาติ ชูชื่น (2557) ที่กล่าวว่า กำลังใจจากครอบครัวส่งผลให้เกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการที่ครอบครัวใส่ใจและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าก็จะส่งผลให้อาการซึมเศร้าที่ลดลงได้ กิจกรรมที่ 2 : การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเองและการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุณิสรา ศรีโมอ่อน (2011) ที่กล่าวว่า การแก้ไขปัญหาด้วยตนเองช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ กิจกรรมที่ 3 : การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางให้ข้อเสนอแนะและพัฒนาทักษะที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญ ให้ข้อมูลเรื่องอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ปัจจัยที่เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง แพทย์นัด วิธีการแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้น และการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อติรัตน์ วัฒนไพลิน (2011) ที่กล่าวว่า การมีทักษะการเผชิญความเครียดจะช่วยลดอาการซึมเศร้า กิจกรรมที่ 4 : การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การให้ข้อมูลในแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชน และพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ปัญญา (2558) พบว่าการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก มีการให้การพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทางจิต รวมทั้งการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งยังไม่พบว่ามีการจัดทำกลุ่มโปรแกรมการบำบัดโดยใช้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดและการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านได้ ซึ่งจากการเปรียบเทียบก็จะทำให้เห็นว่าการพยาบาลตามปกติยังมีคะแนนอาการซึมเศร้าไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาค่าการใช้โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลทำให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ในการนำโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกไปใช้พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะและความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัด ซึ่งจะช่วยให้การนำโปรแกรมไปใช้ในการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.2 จากผลการวิจัยของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าได้ จึงควรมีการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

2. ด้านการศึกษา

2.1 ส่งเสริมให้พยาบาลได้ฝึกบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกด้วยโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อพัฒนาศักยภาพในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ส่งเสริมหลักสูตรที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ให้แก่นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลทำให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก อย่างต่อเนื่อง หลังการดำเนินกิจกรรม

2. การนำโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลทำให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการวิจัยในผู้ป่วยอื่นๆ ว่ามีผลลดอาการซึมเศร้าได้หรือไม่

3. เนื่องจากแนวคิดของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดังนั้นการศึกษาค้างต่อไปจึงควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกว่าเหมือนหรือแตกต่างกัน เพื่อจะได้มีการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกได้อย่างทั่วถึง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- แก้วตา มีศรี.(2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร รักการ.(2549). ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลกา บุปผาสังข์.(2545). ภาระและความสามารถในการดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ.(2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เนตดา วงศ์ทองมานะ.(2551). ผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญพา ณ นคร.(2538). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. รายงานการวิจัย. สุราษฎร์ธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร.(2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ปัญญา ทองทัฬหและกฤตยา แสงเจริญ.(2556). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- กัลยาณ์ราชนครินทร์,สถาบัน.งานเวชระเบียน 2558.รายงานสถิติประจำปี.กรุงเทพมหานคร:สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.
- กัลยาณ์ราชนครินทร์,สถาบัน.งานเวชระเบียน 2559.รายงานสถิติประจำปี.กรุงเทพมหานคร:สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.
- กัลยาณ์ราชนครินทร์,สถาบัน.งานเวชระเบียน 2560.รายงานสถิติประจำปี.กรุงเทพมหานคร:สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.
- พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ.(2560).ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์.(2550).จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2 .
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ปียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์.(2558).จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4 .
กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรพงษ์ กำไร,สุตสบาย จุลกัทัพพะ, กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ.(2552).การศึกษาภาวะซึมเศร้าใน
ผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์.วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริจิต สุทธิจิตต์, และสุตริก พิละกันทา.(2553).การศึกษาเปรียบเทียบวิธีประเมินความไม่ร่วมมือใน
การรับประทานยาต้านโรคจิต และอุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้าน
โรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท. เชียงใหม่เวชสาร,49(3),97-103.
- สุนีย์ แสงดาว.(2555).ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาวดี เกษไชย.(2555).ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก.วิทยา
นิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมภพ เรื่องตระกูล.(2554).ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพมหานคร:เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล.(2553).ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร:เรือน
แก้วการพิมพ์.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว.(2554).แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก:คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย.(2556).การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช . พิมพ์ครั้งที่2.กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาต่างประเทศ

- Addington, D., Addington, J., &Schissel, B. (1990).A depression rating scale for
schizophrenics.*Schizophrenia Research*, 3(4), 47-51.
- Addington, D., Addington, J., &Maticka-Tyndale, E. (1993). Specificity of the Calgary
Depression Scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 11(2), 39-44.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F., & Emery, G.(1979). Cognitive therapy of depression.
New York: *The Guilford Press*.
- Buchanan, J. (1995). Social support and schizophrenia: a review of the literature.

- Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 68-76.
- Chou, K.-R., Liu, Su-Yen.& Chu, Hsin. (2002). The effects of support groups on caregivers of patient with schizophrenia.*International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 713 - 722.
- Gotlib I.H,Hammen C.L.(1992). Psychological aspects of depression: *Toward a cognitive- interpersonal integration*. England. Wiley.
- Frederick, S., Caldwell, K.,&McGartland Rubio, D. (2002). Home-based treatment, rates of ambulatory follow-up, and psychiatric rehospitalization in a medicaidmanaged care population. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29(4), 466-475.
- Hafner, H., Maurer, K., Treindler, G., Heiden, W., & Schmidt, M. (2005). The early course of schizophrenia and depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*,255(1), 67-73.
- House,A.,Bostock,J.,&Cooper,J.(1987).Depressive syndromes in the year following onset of a first Schizophrenic illness. *The British Journal of Psychiatry*, 151, 773-779.
- House.J.S. et al. (1981).Social support occupational stress and health.*Journal of Health and Social Behavior*,21,202-218.
- House, J.S.; Kahn, R. L.; McLeod, J. D., Williams, D., Cohen, S., &Syme, S. L. (1985).Messures and concepts of social support. *Social Support and Health*, 83 -108.
- Huppert, J.D.,Weiss, K.A., Lim, R., Pratt, S., & Smith, T.E. (2001). Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression.*Schizophrenia Research*, 51(23), 171-180.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (2000). Kaplan and Sadock' synopsis of psychiatric : *Behaviral sciences and clinical psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Leventhal, A. M., Rot, M. A., Ellenbogen, M. A., & Young, S. N. (2009). Refining the depressionnicotine dependence link: Patterns of depressive symptoms in psychiatric outpatients with current, past, and no history of nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 34, 297-303.
- Mullholland, C., & Cooper, S. (2000). The symptom of depression in schizophrenia

- with depressive symptoms. *Nordic Journal of psychiatry*, 60(1), 32-37.
- Norholm, V., & Bech, P. (2006). Quality of life in schizophrenic patients: association with depressive symptoms. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 32-37.
- Pai, S., & Kapur, R. L. (1983). Evaluation of home care treatment for schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 80-88.
- Robert, R. Conley, H. A., Baojin, Z., Douglas, E.F., & Bruce J. K. (2007). The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 90, 186-197.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ugurlu, G., K., Okan, E., Albayrak, Y., Arslan, M., Caykoylu, A. (2011). The relationship between cognitive insight, clinical insight, and depression in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 1-6.
- World Health Organization. (2008). Mental illness: depression worsens the health of people with chronic illness. *Ten statistical highlights in global public health*.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1.ดร.วิภาวี เผ่ากัณฑ์ทรากกร	พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
2.นางอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์	พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
3.นางสาวสุภารัตน์ พุฒพิมพ์	พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
4.นางนาฏลดา น้าภา	พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
5.อาจารย์ทานตะวัน แยมบุญเรือง	อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

ที่ ศธ 0512.11/ ๖๔๑๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวทิตยา คำทวี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. วิภาวี เผ่ากัณฑ์ทรการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. วิภาวี เผ่ากัณฑ์ทรการ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 08-1922-5863

ชื่อนิสิต

นางสาวทิตยา คำทวี โทร. 08-7375-7711

ที่ ศธ 0512.11/ 3010



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวทิตยา คำทวี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่อการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. นางอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง |
| 2. นางสาวสุภารัตน์ พุฒพิมพ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง |
| 3. นางนาฏลดา นำภา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

นางอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, นางสาวสุภารัตน์ พุฒพิมพ์ และนางนาฏลดา นำภา
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 08-1922-5863

ที่ ศธ 0512.11/ 3๗0



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวทิตยา คำทวี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่อการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ทานตะวัน แยมบุญเรือง อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

อาจารย์ ทานตะวัน แยมบุญเรือง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 08-1922-5863

นางสาวทิตยา คำทวี โทร. 08-7375-7711



ภาคผนวก ข

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550)

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

$$CVI = \frac{8}{9} = .88$$

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท



การตรวจสอบความเที่ยงแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .93 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.929	9

Case Processing Summary		
	N	%
Cases Valid	30	100
Excluded ^a	0	.0
Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure

การตรวจสอบความเที่ยงแบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม

เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.949	15

Case Processing Summary		
	N	%
Cases Valid	30	100
Excluded ^a	0	.0
Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure

การตรวจสอบความเที่ยงแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ

เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.820	26

Case Processing Summary		
	N	%
Cases Valid	30	100
Excluded ^a	0	.0
Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure



หมายเลข.....

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ป่วย)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความและเติมข้อความลงในช่องว่าง(....)ที่เว้นไว้ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1.เพศ 1.ชาย 2.หญิง

2. อายุปี

3.ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา

อนุปริญญา/ปวส.

มัธยมศึกษาตอนต้น

ปริญญาตรี

มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

ปริญญาโทหรือสูงกว่า

4.สถานภาพ

โสด

คู่

หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

5.อาชีพ

นักเรียน/นักศึกษา

รับจ้าง

ค้าขาย

รับราชการ

พนักงานเอกชน

พนักงานรัฐวิสาหกิจ

ธุรกิจส่วนตัว

อื่นๆ (โปรดระบุ).....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

รายได้ น้อยกว่า 9,000 บาทต่อเดือน

รายได้ ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาทต่อเดือน

รายได้ มากกว่า 20,000 ต่อเดือน

7. ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตปี.....เดือน

ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย น้อยกว่า 6 เดือน

มากกว่า 6 เดือน ขึ้นไป

8. ประวัติการทำร้ายตนเอง

8.1 ท่านมีความคิดทำร้ายตนเอง

มี.....ครั้ง ท่านคิดทำร้ายตนเองด้วยวิธี.....

ไม่มี

8.2 ท่านเคยทำร้ายตนเอง

เคย.....ครั้ง ท่านเคยทำร้ายตนเองด้วยวิธี.....

ไม่เคย

9.ประวัติอาการซึมเศร้าในครอบครัว

9.1 คนในครอบครัว (เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย) เคยมีอาการซึมเศร้า ไม่มีความสุข เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ รู้สึกผิด รู้สึกตัวเองไร้ค่า และมีความรู้สึกสิ้นหวัง เป็นต้น

มี เกี่ยวข้องเป็น.....กับท่าน

อาการที่พบ คือ.....

ไม่มี (ไม่ต้องตอบข้อ 9.2 , 9.3)

9.2 คนในครอบครัวมีอาการซึมเศร้านาน.....ปี.....เดือน

9.3 คนในครอบครัวที่มีอาการซึมเศร้าได้รับการรักษาหรือไม่

ได้รับ ที่.....

ไม่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท(สำหรับผู้ป่วย)

ผู้สัมภาษณ์: กรุณาถามคำถามแรกดังที่เขียนไว้ และตรวจสอบหรือถามเพิ่มเติมด้วยคำถามอื่นที่ท่านเห็นสมควร โดยถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (หมายเหตุ: ข้อ 9 ได้จากการสังเกตระหว่างสัมภาษณ์)

1. ความซึมเศร้า: คุณจะบรรยายถึงอารมณ์ของคุณในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าอย่างไร? เมื่อเร็วๆ นี้คุณยังคงร่าเริงดีตามปกติ หรือว่าคุณซึมเศร้าหรือเศร้าใจ? ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเกือบทั้งวันที่คุณรู้สึกเศร้า?

0 ไม่มี

1 เล็กน้อย แสดงความเศร้าบางอย่างหรือความท้อใจเมื่อถาม

2 ปานกลาง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างชัดเจนต่อเนื่องกันไม่เกินครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยเกิดขึ้นทุกวัน

3 รุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างมาก ต่อเนื่องทุกวัน เกินกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด โดยส่งผลกระทบต่ออารมณ์เคลื่อนไหวของร่างกายและกิจกรรมทางสังคม

2. ความรู้สึกสิ้นหวัง: คุณมองตัวเองในอนาคตว่าเป็นอย่างไร? คุณมองว่ามีอนาคตบ้างไหม? หรือว่าชีวิตดูสิ้นหวัง? คุณยอมแพ้หรือยัง หรือว่ามันยังคงมีเหตุผลที่จะพยายามต่อไปอยู่?

0 ไม่มี

1 เล็กน้อย มีบางครั้งที่รู้สึกสิ้นหวังในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ยังคงมีความหวังในระดับหนึ่งกับอนาคต

2 ปานกลาง รู้สึกสิ้นหวังปานกลางอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา สามารถชักจูงให้ยอมรับความเป็นไปได้ว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น

3 รุนแรง รู้สึกสิ้นหวังที่ทุกข์ทรมานและต่อเนื่อง

3. ความรู้สึกไร้ค่า:คุณมองตนเองว่าเป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น? คุณรู้สึกว่าคุณดีกว่า, ต่ำกว่า, หรือว่าพอกันกับคนอื่น? คุณรู้สึกต่ำต้อยหรือไร้ค่าบ้างไหม?

- 0 ไม่มี
- 1 เล็กน้อย รู้สึกต่ำต้อยบ้าง แต่ไม่ได้มากจนรู้สึกว่าคุณไร้ค่า
- 2 ปานกลาง รู้สึกว่าคุณไร้ค่า แต่น้อยกว่า 50% ของเวลา
- 3 รุนแรง รู้สึกว่าคุณไร้ค่า มากกว่า 50% ของเวลาแต่เมื่อถูกชักจูงก็ยอมรับได้ว่าตนเองไม่ได้ไร้ค่า

9. ความซึมเศร้าที่สังเกตได้ :ขึ้นอยู่กับ การสังเกตของผู้สัมภาษณ์ระหว่างการสัมภาษณ์ตั้งแต่ต้นจนจบ การถามว่า “คุณรู้สึกอยากจะร้องไห้หรือไม่” ณ เวลาที่เหมาะสมระหว่างการสัมภาษณ์ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์สำหรับการสังเกตนี้

- 0 ไม่มี
- 1 เล็กน้อย ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูเศร้า และเสียใจในบางขณะของการสัมภาษณ์ แต่อารมณ์ปกติเมื่อพูดถึงเรื่องที่ไม่เศร้า
- 2 ปานกลาง ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูเศร้าตลอดการสัมภาษณ์ ด้วยน้ำเสียงราบเรียบอย่างเศร้าหมองและร้องไห้หรือเกือบจะร้องไห้บางครั้ง
- 3 รุนแรง ผู้ถูกสัมภาษณ์สะอึกสะอื้นเมื่อพูดถึงหัวข้อที่ทุกขใจ ถอนหายใจบ่อยครั้ง และร้องไห้อย่างเปิดเผย หรืออยู่ในภาวะที่ดูทุกขใจอย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้สัมภาษณ์แน่ใจว่าสิ่งนี้ปรากฏจริง

ส่วนที่ 3 ประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม (สำหรับผู้ป่วย)

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนที่คุณมี

1. คุณมีญาติสนิทที่คน (คนที่คุณรู้สึกสบายใจเมื่ออยู่ด้วยและสามารถพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องราวที่อยู่ในใจคุณได้) โปรดบอกจำนวนของญาติสนิทที่คุณมีญาติสนิท.....คน

คนเราบางครั้งต้องการคนอื่นๆเพื่อเป็นเพื่อน เพื่อความช่วยเหลือ หรือเป็นแหล่งสนับสนุน
อื่นๆคุณสามารถหาแหล่งความช่วยเหลือหรือแหล่งสนับสนุนต่างๆต่อไปนี้ได้บ่อยครั้งเท่าใดเมื่อคุณ
ต้องการ

โปรดบอกในสิ่งที่ตรงกับความคิดของคุณ

	ไม่เคย สักครั้ง	ไม่กี่ครั้ง	บาง ครั้ง	ส่วน ใหญ่	ตลอด เวลา
1.มีคนช่วยเหลือเมื่อคุณไม่สบายจนล้มหมอน นอนเสื่อ					
2.มีคนให้คำแนะนำที่ดีแก่คุณ เมื่อคุณมีปัญหา ยุ่งยาก					
3.มีคนพาคุณไปพบแพทย์เมื่อคุณมีปัญหาสุขภาพ					
.					
13.มีคนที่คุณทำอะไรที่สนุกสนานเพลิดเพลิน ร่วมกันได้					
14.มีคนที่จะเข้าใจปัญหาต่างๆของคุณ					
15.มีคนที่คุณรักและทำให้คุณรู้สึกว่าคุณเป็นที่ ต้องการ					

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (แบบประเมินสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย /

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
1.โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป		
2.สาเหตุของการเจ็บป่วยโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง		
3.โรคจิตเภทเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้า โดนของ		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
24.เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะต้องดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ		
25.เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเสพสิ่งเสพติดทุกชนิด		
26.ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ พูดคนเดียว มีที่ทำไม่วิใจใคร ควรรอดูอาการไปก่อน จนถึงวันนัดจึงมาพบแพทย์		

คู่มือการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าใน
ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกสำหรับพยาบาล



ผู้จัดทำ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY
นางสาวอติตยา คำทวี

สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(นอกเวลาราชการ)

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 : (สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์

การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงออกถึงการยกย่อง การเห็นคุณค่าในตนเอง การเอาใจใส่พูดคุยแสดงความรู้สึกห่วงใยและรับฟังความรู้สึกของกันและกัน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวได้รู้จักคุ้นเคยกันและเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งจะเปิดเผยตนเอง ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น มีความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบถึงความหมายของการสนับสนุนด้านอารมณ์
4. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เห็นความสำคัญในการเข้ากลุ่มครั้งนี้
5. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการสร้างเสริมทัศนคติที่ดีต่อตนเอง
6. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เห็นคุณค่าในตนเอง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกโดยเริ่มจากผู้บำบัดจะกล่าว “ ทักทาย แนะนำตัวเองของผู้บำบัด ผู้บำบัดจะแสดงออกทางอารมณ์โดยมีสีหน้าที่แสดงถึงความจริงใจที่จะให้ความช่วยเหลือ ” เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดการยอมรับของผู้วิจัย โดยเน้นการพูดคุยสร้างความคุ้นเคยแบบใกล้ชิดโดยผู้บำบัดใช้คำแทนตนเองว่า “ฉัน” แทนคำว่าพยาบาล และใช้คำว่า “คุณ” แทนคำว่าผู้ป่วย เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยได้อย่างเป็นกันเอง

2. การสร้างบรรยากาศของความเป็นกันเองและการสร้างความคุ้นเคยภายในกลุ่มให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกเกิดความไว้วางใจภายในกลุ่ม โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เปิดเผยตรงไปตรงมากับผู้ป่วยและ

ครอบครัวโดยพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล และใช้ท่าทีเป็นกันเอง มีท่าทียอมรับ สนใจ ใส่ใจรับฟัง ผู้ป่วยในกลุ่มอย่างทั่วถึงกัน โดยไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยคนใดคนหนึ่ง และสร้างแรงจูงใจในการบำบัด เพื่อให้เกิดประโยชน์จากการทำกิจกรรมกลุ่มมากที่สุด รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นศักยภาพของตนเองและสามารถดึงเอาศักยภาพของตนเองมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดอย่างเต็มที่ โดยให้ผู้ป่วย เข้าใจการบำบัดแบบกลุ่มโดยมีสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย

3.ผู้วิจัยจะกล่าวสรุปการสร้างสัมพันธ์ภาพกันในกลุ่มเพื่อให้ทุกคนได้รู้จักกัน มีความคุ้นเคยกัน มีความรักความไว้วางใจซึ่งกันและกันในกลุ่ม คอยช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่มตลอดการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้และครั้งต่อไป

4.ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของกิจกรรมในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ ความหมายการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และวิธีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ โดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที และให้ผู้ผู้ป่วยบอกประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 : (สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า

การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเองและการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1.เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบถึงความหมายของการสนับสนุนด้านการประเมินค่า
- 2.เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการประเมินศักยภาพของตนเองและการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา

วิธีการดำเนินกิจกรรม

- 1.ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดทุกคนและสอบถามเรื่องทั่วไปเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดก่อนดำเนินกิจกรรม

2.ผู้วิจัยทบทวนความรู้ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งก่อนที่ผ่านมา ว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์คืออะไร และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยต่างๆได้ พร้อมร่วมแสดงความคิดเห็นได้

3.ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินร่วมกันในครั้งนี้อยู่ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ การประเมินศักยภาพของตนเอง และการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา โดยใช้ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้อยู่ 60 นาที

กิจกรรมที่ 3 : (สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

การให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อเสนอแนะและพัฒนาทักษะที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1.เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบถึงความหมายของการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
- 2.เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการพัฒนาทักษะที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1.ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยทุกคนและสอบถามเรื่องทั่วไปเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดก่อนดำเนินกิจกรรม

2.ผู้วิจัยทบทวนความรู้ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งก่อนที่ผ่านมา ว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์คืออะไร และการสนับสนุนด้านการประเมินค่าคืออะไร และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยต่างๆได้ พร้อมร่วมแสดงความคิดเห็นได้

3.ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินร่วมกันในครั้งนี้อยู่ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ประกอบด้วยการรู้จักความหมายของการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท พร้อมทั้งทักษะในการเผชิญปัญหา โดยใช้ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้อยู่ 60 นาที

4. ผู้วิจัยได้ให้สมาชิกในกลุ่มได้บอกเล่าประสบการณ์ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ผ่านมา และให้ผู้ป่วยในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติม และผู้วิจัยจะทำการสรุปเพิ่มเติมอีกครั้ง

กิจกรรมที่ 4 : (สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 4) การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

การให้ข้อมูลในแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน และพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบถึงความหมายของการสนับสนุนด้านการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบข้อมูลในแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน และได้พัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดทุกคนและสอบถามเรื่องทั่วไปเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดก่อนดำเนินกิจกรรม

2. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งก่อนที่ผ่านมา ว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์คืออะไร การสนับสนุนด้านการประเมินค่าคืออะไร และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดสอบถามข้อสงสัยต่างๆได้ พร้อมร่วมแสดงความคิดเห็นได้


3. ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินร่วมกันในครั้งนี้อย่างประกอบด้วย 2 กิจกรรม ประกอบด้วยการรู้จักความหมายของการสนับสนุนด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน โดยใช้ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้อยู่ 60 นาที



ภาคผนวก ง

แบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p>กรมสุขภาพจิต Department of Mental Health</p>	กรมสุขภาพจิต
	กระทรวงสาธารณสุข
<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (สำหรับผู้ป่วย)</p> <p>(Informed Consent Form)</p>	

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสียหายหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัว ไม่มีการระบุวันเดือนปีเกิด และในส่วนของ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น และการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้ และเมื่อมีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยแล้วผู้วิจัยจะจัดเก็บข้อมูลเอกสารไว้ในตู้เอกสารที่ปิดล็อก เป็นเวลา 2 ปีหลังจากที่ตีพิมพ์ผลงานวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำเอกสารต่างๆ ไปทำลายด้วยตัวผู้วิจัยเองโดยเครื่องทำลายเอกสารหรือการเผา

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย

และต้องการให้ทำลายเอกสารและตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ยินยอม

ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสาร แสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง


วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p>กรมสุขภาพจิต Department of Mental Health</p>	กรมสุขภาพจิต
	กระทรวงสาธารณสุข
เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย(สำหรับญาติผู้ดูแลหลัก)	
(Informed Consent Form)	

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสียหายหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัว

ไม่มีการระบุวันเดือนปีเกิด และในส่วนของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับ อนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น เมื่อมีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยแล้วผู้วิจัยจะจัดเก็บข้อมูล เอกสารไว้ในตู้เอกสารที่ปิดล็อก เป็นเวลา 2 ปีหลังจากที่ตีพิมพ์ผลงานวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำ เอกสารต่างๆไปทำลายด้วยตัวผู้วิจัยเองโดยเครื่องทำลายเอกสารหรือการเผา

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม โครงการวิจัย

และต้องการให้ทำลายเอกสารและตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและ สามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ด้วยความเต็มใจ

จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้าพเจ้า ยินยอม

ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

AF 10-10
COA No. ...7-2561...
REC No.....

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนธ์ 11000 โทร 0 2149 5555 - 60

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

เลขที่โครงการวิจัย : 7-2561

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวทิติยา คำทวี



สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

รายงาน : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หาก

ความก้าวหน้า ดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี / ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 6 เดือน / ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 3 เดือน

เอกสารรับรอง : 1. แบบยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. แบบฟอร์มเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนและทุนวิจัย
3. แบบฟอร์มการประเมินโดยผู้วิจัย
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย
6. โครงร่างการวิจัย

 ลงนาม (นางสาวกมลชัชวาลย์ งามคตพร เสือ) ประธาน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	 ลงนาม (นายสุวิทย์ วัฒนวิจิตร) กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
--	---

วันที่รับรอง : 9 เมษายน 2561
 วันหมดอายุ : 8 เมษายน 2562

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)
 นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
 2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร โบยยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และ หรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
 3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
 4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
 5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขอความเห็นชอบใหม่ก่อนหมดอายุ 1 เดือน
 6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
- * รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก



ภาคผนวก ฉ
เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๕/๒๕ ถ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๓๐
โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๓๓.๐๒ / ๑๑๐๔๘
วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๔
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑ / ๒๗๐๒ ลงวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๕๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า
ผู้ใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวทิตยา คำหวี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยของผู้ใช้เครื่องมือ: “ผลโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่อการเสริมสร้างในผู้ป่วย
จิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก” โดยมี รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เครื่องมือวิจัยที่ใช้: ๑) แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม

๒) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวสุภาวดี เกษไชย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.๒๕๕๕ เรื่อง “ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก” ซึ่งมี รศ.ดร.ยาใจ สิทธิมงคล
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้
นางสาวทิตยา คำหวี ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นนักศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้
โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อนึ่งคณะศึกษาศาสตร์ ได้แนบ
แบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม.๐๑๔ มาด้วย
เพื่อให้ดำเนินการกรอก แบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการการใช้เครื่องมือ จำนวน ๒๐๐บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

...../๒

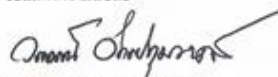
- ๒ -

ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเอง หรือ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี "หลักสูตรบัณฑิตศึกษา" เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๐๙๔๕๕๘๘-๕ ประเภทออมทรัพย์ และแนบหลักฐานการโอนเงินส่งมายัง

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ ๒ ถนนวิภาวดี แขวงศิริราช
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๑๐
โทร. ๐-๒๕๕๔๑-๕๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๕๒๑-๒๕๕๓๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ สาขาฯ ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๕.๓๐ น.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอติตยา คาทวี เกิดเมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2532 ที่จังหวัดยโสธร สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ในปี พ.ศ. 2554 และได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศา สตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอก เวลาราชการ) ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2557 จนถึง ปัจจุบัน และปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรี รัษฎา จังหวัดนนทบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY