

การประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท:  
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

นิษฐกานต์ รัชฎญพิบูลพงศ์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท:  
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

.....  
.....

นางสาวนิษฐกานต์ ธัญญพิบูลพงศ์  
ผู้ศึกษา

.....  
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,  
พย.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

.....  
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัครรัตน์ วัฒนไพลิน,  
กศ.ค. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

.....  
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัจฉิมวงศ์,  
Ph.d.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....  
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,  
พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท:  
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)  
วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2555

นางสาวนิษฐกานต์ ธัญญพิบูลพงศ์

ผู้ศึกษา

ประภ คุนทวี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา คุนทวี,  
พย.ค.  
กรรมการสอบสารนิพนธ์

อโพนิต พุ อานวงษ์

นางอโพนิต พุ อานวงษ์,  
พ.บ.,ว.ว. จิตเวชศาสตร์  
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัจฉิมวงศ์,

Ph.d.  
รักษาการแทนคณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ช่อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ของ,

Ph.D. (Nursing)  
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อติรัตน์ วัฒนไพลิน,

กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)  
กรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ทิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)  
คณบดี  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผศ.ดร. ประภายุทธ ไตร อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก และ ผศ.ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ และตรวจสอบ ปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆเติมเต็มความสมบูรณ์ของสารนิพนธ์ให้ครบถ้วน ถูกต้อง ด้วยความเอาใจใส่ และติดตามให้กำลังใจ ตลอดระยะเวลาของการทำสารนิพนธ์ ผู้ศึกษา รู้สึกซาบซึ้งใจ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ อ.ดร. อติทยา พรชัยเกตุโอว ของ ปรชชานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และ แพทย์หญิงอำไพพนิชฐ สมานวงศ์ไทย กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบคุณคณาจารย์คณาจารย์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์อันมีคุณค่าให้แก่ผู้ศึกษา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ห้องสมุดและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือมาโดยตลอด

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่สนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่อนุญาตให้ศึกษาต่อ ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญาที่ได้สนับสนุนด้านเวลาในการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ช่วยรับภาระงานแทนในช่วงเวลาของการศึกษา ขอขอบคุณสมาชิกครอบครัว บิดามารดา ที่สนับสนุนและเป็นกำลังใจในการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคน ที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กันด้วยดีตลอดมา

คุณค่าและคุณประโยชน์ที่เกิดจากสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอขอบคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด และคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้ ที่ทำให้ผู้ศึกษาได้ประสบความสำเร็จในครั้งนี้

นิษฐกานต์ ธัญญพิบูลพงศ์

การประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์  
ASSESSMENT OF EARLY WARNING SIGNS OF RELAPSE IN PATIENTS WITH  
SCHIZOPHRENIA: EVIDENCE-BASED NURSING

นิษฏกานต์ รัชฎญพิบูลพงศ์ 5036765 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร, พย.ด., อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด. (การวิจัยและ  
พัฒนาหลักสูตร)

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์ แนวทางการส่งเสริมการประเมิน  
อาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้สืบค้นและ  
รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ และวารสารทางวิชาการใน  
ห้องสมุด โดยใช้กรอบการสืบค้น PICO ได้หลักฐานเชิงประจักษ์รวมทั้งหมด 12 เรื่อง จากนั้นผู้  
ศึกษาได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สกัดได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อสรุปประเด็นสำคัญของ  
หลักฐาน เชิงประจักษ์และจัดทำเป็นข้อแนะนำ (Recommendations) ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วย  
สามารถประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำดังนี้คือ 1) ผู้บำบัดควรมีการประเมินและเตรียมความ  
พร้อมผู้ป่วยก่อนการบำบัด เช่นการรู้จักตนเอง แรงจูงใจในการบำบัด คุณลักษณะของผู้ป่วย 2) ควร  
มีการเตรียมเนื้อหาในการให้ความรู้กับผู้ป่วย เช่น ความหมาย ลักษณะอาการนำ ระยะเวลาในการ  
ประเมิน วิธีการประเมิน 3) การบำบัดเมื่อพบอาการนำ เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ประกอบด้วย  
การบำบัดด้วยยา การส่งเสริมทักษะในการเผชิญปัญหา และการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ถูกต้องที่นำสู่  
อาการนำและอาการกำเริบซ้ำ โดยเลือกรูปแบบของการบำบัดให้เหมาะสมกับปัญหาและความ  
ต้องการของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ควรมีการนำข้อแนะนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรม  
ส่งเสริมการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เตรียมคู่มือและเตรียมความ  
พร้อมบุคลากรในการนำโปรแกรมไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยนำร่อง ประเมินผลลัพธ์ และพัฒนาเป็น  
โปรแกรมมาตรฐานต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคจิตเภท / อาการนำ / อาการกำเริบซ้ำ

ASSESSMENT OF EARLY WARNING SIGNS OF RELAPSE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: EVIDENCE-BASED NURSING

NITTAKARN TANYAPIBOOLPONG 5036765 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,  
ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.

ABSTRACT

The present study was an analysis and synthesis of research-based evidence on assessment of early signs of relapse in patients with schizophrenia. Research-based evidence was retrieved from various electronic databases and academic journals in a library. The PICO framework was used in the search, and 12 The selected research-based evidence was analyzed and synthesized to derive recommendations on promotion of assessment of early signs of relapse to prevent relapses in patients with schizophrenia in the following topics: 1) Therapist should be assessment and preparation of patients' readiness before the intervention such as self-awareness, motivation for the intervention, and patients' characteristics, 2) The contents of knowledge for patients should be prepared including meaning, warning signs, duration of the assessment, and assessment methods, 3) The intervention to prevent relapse when warning signs are detected including pharmacological therapy, promotion of problem-coping skills, and adjustment of dysfunctional beliefs leading to warning signs and relapse by choosing the intervention that is suitable for the patients' problems and needs.

Based on the findings of the present study, it is recommended that the aforementioned recommendations should be developed into a program to promote assessment of early signs of relapse to prevent relapse in patients with schizophrenia. A manual should be prepared, and healthcare team members should undergo training to implement the program in a pilot study to evaluate the implementation outcomes before standardizing the developed program.

KEY WORDS: PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA / EARLY WARNING SIGNS /  
RELAPSES

178 pages

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1</b>
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	13
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	13
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	14
<b>บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ</b>	<b>15</b>
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	15
2.2 วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	17
<b>บทที่ 3 ผลการดำเนินการ</b>	<b>21</b>
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	21
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	25
3.3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	25
3.4 ข้อเสนอแนะ	54
<b>บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ</b>	<b>62</b>
4.1 สรุปการศึกษา	62
4.2 ข้อเสนอแนะ	63
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	65
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	83
รายการอ้างอิง	103
ภาคผนวก	108
ประวัติผู้ศึกษา	178

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยที่อัตราชุกของโรคคิดเป็นร้อยละ 0.8 - 1.5 ของประชากรโลก (Kaplan & Sadock, 2000; Meijel, Gaag, Sylvain, & Grypdonck, 2004) สำหรับประเทศไทยมีประชากรประมาณร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท (กรมสุขภาพจิต, 2549) และเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมากที่สุด กล่าวคือ ในปีพ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 38,074 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20,197 คน (กรมสุขภาพจิต, 2550) สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในปี 2553 เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 117,949 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 62,281 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 และผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน 4,008 คน พบว่ากลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วันจำนวน 231 คน (5.4 %) (รายงานประจำปี โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2553) ปัญหาการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทถึงแม้จะมีไม่มากนักแต่ก็เป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข เพราะการเกิดอาการกำเริบซ้ำแต่ละครั้งจะยิ่งเพิ่มโอกาสที่จะเกิดอาการกำเริบซ้ำในครั้งต่อไปเร็วขึ้น และการที่มีอาการกำเริบบ่อยๆจะทำให้อาการทางจิตหลงเหลืออยู่(residual symptoms) เพิ่มขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมและสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง (Scott et al., 2004) การตระหนักในอาการนำและป้องกันอาการกำเริบจึงเป็นเรื่องจำเป็น

#### อาการและการดำเนินโรค

อาการของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ส่วนใหญ่เริ่มมีในช่วงวัยรุ่นเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด โดยบางคนอาจมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ได้ อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ โดยผู้ป่วยจะมีอาการดังนี้ คือ (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550; สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

1. กลุ่มอาการด้านบวก แสดงออกในด้านความผิดปกติด้านการรู้คิดเช่น หลงผิด ประสาทหลอน การรับรู้ผิดจากสภาพเป็นจริง ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด การพูดติดต๋อสื่อสารใช้ประโยคคำพูดฟังไม่รู้เรื่องใช้ศัพท์แปลก ๆ พฤติกรรมผิดปกติ เช่น มีท่าทางแปลก ๆ หรือเอะอะโวยวาย

2. กลุ่มอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น พูดน้อย มีอารมณ์เฉยเมย ไม่ยินดียินร้าย ขาดความกระตือรือร้น เนื้อชาลง เก็บตัว เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) ดังนี้

1. ระยะก่อนเริ่มอาการป่วยทางจิต (prodromal phase) เป็นระยะที่จะมีการอาการนำ (early signs) ต่าง ๆ เกิดก่อนอาการผิดปกติทางจิต (Muller et al., 2010) ในผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรก ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการนำมากกว่า 1 ปี ก่อนที่จะเข้าสู่ระยะป่วยทางจิต ซึ่งการพยากรณ์โรคจะไม่ดี หากระยะนี้เป็นอยู่นาน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ระยะก่อนเริ่มอาการกำเริบซ้ำ (relapse) จะมีอาการนำหรืออาการเตือน (early signs or early warning sings) ก่อนอาการทางจิตรุนแรง ประมาณ 2-4 สัปดาห์ หรือมากกว่า ผู้ป่วยมักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงานเริ่มแย่ลง บางครั้งพฤติกรรมแปลก ๆ อาจระแวงสงสัยคนอื่นแต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน

2. ระยะอาการทางจิตรุนแรง (active phase) ซึ่งอาจเกิดจากการป่วยครั้งแรก (first episode) หรือ อาการกำเริบซ้ำ (relapse) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตชัดเจน เช่น หลงผิด ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก ผลของอาการป่วยทางจิตจะก่อให้เกิดความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ตามมา

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบแต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ อาการด้านบวกจะลดความรุนแรงลงในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบจะยังคงมีอยู่ ยิ่งอาการกำเริบซ้ำเป็นบ่อยครั้ง ก็จะมีโอกาสที่จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ เสื่อมลง ทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเครียดได้ง่าย กระตุ้นให้อาการกำเริบเฉียบพลันได้ การดูแลรักษาจึงเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเองป้องกันอาการกำเริบฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิต

### ผลกระทบของการป่วยเป็นโรคจิตเภท

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มิมีโอกาสมีอาการป่วยซ้ำ หรืออาการกำเริบซ้ำได้ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย จากการศึกษาของ Sadock and Sadock (2000) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ จะมี การเสื่อมถอยของบุคลิกภาพทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเอง ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีวิธีการรักษาทางยาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นก็ตาม แต่จากการศึกษาของ Chen et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท จะมีอาการกำเริบซ้ำ 21%, 33%, และ 40% ในปีที่ 1 ปีที่ 2 และปีที่ 3 หลังจากการป่วยครั้งแรก ซึ่งการป่วยซ้ำๆจะทำให้ ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ในครอบครัว การงานและสังคม และบกพร่องในการรับประทานยาตามแผนการรักษา จากการศึกษาของเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ (2548) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านมักจะไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด รู้สึกเป็นตราบาป ต้องปิดบังความเจ็บป่วยไว้ การถูกสังคมปฏิเสธ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งจากสังคม ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่ค่อยกล้าพูดกับผู้อื่น และไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการต่าง ๆ ที่มีความจำเป็น

2. ผลกระทบด้านครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท จะมีอาการกำเริบเป็นระยะ ในบางช่วงที่อาการสงบผู้ป่วยอาจมีอาการเฉยเมย แต่ในช่วงที่มีอาการกำเริบผู้ป่วยอาจมีอาการมึนเมา หงุดหงิดง่ายก่อให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อสมาชิกในครอบครัว เบื่อหน่ายรำคาญ และรู้สึกเป็นภาระ เกิดความตึงเครียดในครอบครัว (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤตยา แสงเจริญ, และสมจิต แคนสีแก้ว, 2548 ; กาญจนา สุขใจ, 2549) นอกจากนี้ผลกระทบต่อครอบครัวที่เด่นชัดอีกด้านหนึ่งคือ ด้านเศรษฐกิจของครอบครัว เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน แต่ด้วยความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ และเมื่อมีอาการทางจิตรุนแรง ครอบครัวต้องพาไปรักษา ทำให้ครอบครัวต้องนำเงินออมเพื่อครอบครัวทั้งระบบ ไปใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อพาผู้ป่วยไปรักษา

3. ผลกระทบด้านสังคมและประเทษชาติ จากการศึกษาของผู้ป่วยบางรายอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะไว้วาย ทำลายสิ่งของตามที่สาธารณะ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ไปจนถึงการก่อคดีต่างๆ ซึ่งเป็นที่หวาดกลัวต่อสังคม (จินดา โสมนัสและคณะ, 2534 อ้างใน กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ, 2547) ผู้ป่วยจิตเภทหลายรายที่ก่อคดีต่างๆ ทำให้ต้องรักษาในโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น เนื่องจากญาติและชุมชนไม่ยอมรับ และการที่มีอาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง ทำ

ให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากถึง 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าค่าใช้จ่ายจะสูงขึ้นทุกปี (กรมสุขภาพจิต, 2550)

### การป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

อาการกำเริบซ้ำ (relapse) หมายถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรครุนแรงอีกครั้งหนึ่งหลังจากได้รับการรักษาจนกระทั่งอาการสงบ ซึ่งอาการทางจิตที่เกิดขึ้นรบกวนการทำบทบาทหน้าที่และ พฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Burns, Fiander, & Audini., 2000) จากการศึกษาวิจัยตามกรอบแนวคิด Vulnerability - stress - coping model ของ Nurchterlien และคณะ ซึ่ง Meijel, Gaag, Kahn, and Grypdonck (2004) ได้ทบทวนบทความและงานวิจัยที่ผ่านมาสรุปว่า มีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการกำเริบซ้ำของการป่วยทางจิต ปัจจัยสำคัญ ปัจจัยที่ 1 คือ ความเปราะบางทางชีวภาพของตัวผู้ป่วยเอง ทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรมและสิ่งกระตุ้นภายใน เช่น ระบบประสาทหรือสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่ผิดปกติ ปัจจัยที่ 2 คือความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดตั้งแต่เหตุการณ์เล็ก ๆ น้อย ๆ ในชีวิตประจำวันที่สะสมมาเรื่อยๆ ไปจนถึงเหตุการณ์ที่จำเพาะและมีความสำคัญมากต่อผู้ป่วย เช่น ตกงาน สูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด การแสดงออกทางอารมณ์ระหว่างกันในรอบครัว รวมทั้งเกิดจากกระบวนการคิดของผู้ป่วยเองที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดได้ง่าย และปัจจัยที่ 3 คือปัจจัยปกป้องภายในตัวผู้ป่วย เช่นความสามารถในการเผชิญปัญหา ทักษะในการแก้ปัญหา และความเชื่อในความสามารถของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ก่อนที่จะเกิดอาการกำเริบ การรับรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อมมักเปลี่ยนไปและมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่ไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ (several concrete coping strategies) และปัจจัยที่ 4 คือปัจจัยปกป้องที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพให้การสนับสนุนทางจิตสังคมทั้งในเรื่องการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น การให้กำลังใจ ทรัพยากร ซึ่งจะช่วยเป็นกันชนต่อต้านความเครียด ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำคือ ผู้ที่มีความเปราะบางทางด้านชีวภาพ เช่นการเสียสมดุลของสารสื่อประสาท เนื่องจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และหรือต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง จนก่อให้เกิดอาการนำและถ้าผู้ป่วยยังคงอยู่ในภาวะเครียดต่อไปในขณะที่ความสามารถในการปรับตัวไม่เพียงพอ เช่นขาดทักษะในการจัดการกับปัญหา ขาดทักษะในการจัดการความเครียด ขาดแหล่งสนับสนุน อาการนำที่เป็นอาการทางจิตก็จะ เพิ่มความรุนแรงขึ้นจนกลายเป็นอาการกำเริบซ้ำ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการมีอาการนำ (early intervention) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในภาวะสมดุล

อาการสงบป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Kazadi, Moosa, and Jeenah (2008) ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีประวัติมีอาการกำเริบซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้งจำนวน 134 คน และผู้ป่วยที่ไม่เคยมีอาการกำเริบซ้ำ 83 คน พบว่าปัจจัยที่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เคยมีอาการกำเริบซ้ำและไม่เคยมีอาการกำเริบซ้ำ (Fisher's exact = 0.000;  $p < 0.05$ ) ได้แก่ การมีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย การมีความคิดฆ่าตัวตายและมีอาการซึมเศร้า การใช้สารเสพติด การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต แต่ปัจจัยสำคัญที่ถือว่าเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำได้แก่ การมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เนื่องจากปฏิเสธการเจ็บป่วยและจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต และจากการศึกษาของ Herz et al. (2000) ในการบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 41 คน กลุ่มควบคุม 41 คน กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดประกอบด้วย การบำบัดด้วยยาจิตเวชตามมาตรฐาน การให้การบำบัดทางจิตสังคม ร่วมกับการตรวจสอบอาการนำ (prodromal symptoms or early signs) และให้การบำบัดเพิ่มเติมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อพบอาการนำ กลุ่มควบคุม ได้รับการบำบัดด้วยยาจิตเวชตามมาตรฐาน ร่วมกับการบำบัดแบบการให้การสนับสนุนแบบรายบุคคล (Individual supportive therapy) ทุก ๆ 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 6 เดือน เมื่อติดตามผลใน 18 เดือนต่อมาพบว่า กลุ่มทดลองซึ่งมีการตรวจสอบอาการนำอย่างสม่ำเสมอและมีการให้การบำบัดเมื่อพบอาการนำมีอาการกำเริบซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม คือเกิด อาการกำเริบซ้ำ 7 คน (17 %) ขณะที่กลุ่มควบคุม มีอาการกำเริบซ้ำ 14 คน (34 %) ( $p = -0.01$ ) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ โดยการเพิ่มการตรวจสอบ หรือประเมินอาการนำ รวมทั้งให้การบำบัดอย่างรวดเร็ว (early intervention) จะช่วยให้อาการกำเริบซ้ำลดลงได้ ซึ่งรูปแบบของการบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ เมื่อตรวจพบอาการนำนอกเหนือจากการศึกษาของ Herz et al. (2000) มีหลายรูปแบบ เช่นรูปแบบที่ 1. เชื่อว่าอาการกำเริบซ้ำเกิดจากการเสียสมดุลของสารสื่อประสาท การบำบัดเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวติดตามประเมินอาการทางจิตของตนเองอย่างต่อเนื่อง ถ้าพบว่าเริ่มมีอาการนำให้รายงานผู้รักษาเพื่อปรับแผนการบำบัดด้วยยาจิตเวช รูปแบบที่ 2. เชื่อว่าการเกิดอาการกำเริบซ้ำเป็นขบวนการที่ต่อเนื่อง จากการที่มีปัจจัยกระตุ้นเกิดภาวะเสียสมดุล และบุคคลไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรือสิ่งกระตุ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ เกิดอาการนำและอาการกำเริบซ้ำในที่สุด รูปแบบการบำบัดวิธีนี้จึงเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับปัญหา (coping skill) เพื่อให้สามารถรักษาสสมดุลได้เมื่อมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียด และไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ รูปแบบที่ 3. เชื่อว่าการเกิดอาการกำเริบซ้ำมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในตนเอง เช่น การเสียสมดุลของสารสื่อประสาท การรู้คิด ความเชื่อ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะ โรคและการบำบัดรักษาไม่เพียงพอหรือไม่ถูกต้อง และปัจจัยภายนอก เช่น ครอบครัว การงาน บริการทางสังคม

บริการสุขภาพที่ได้รับ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยปกป้องและปัจจัยคุกคามต่ออาการกำเริบซ้ำ การบำบัดจึงมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักรู้ในปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง (gain insight into a great number of influencing factor) และให้การบำบัดด้วยยาโรจิต การบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม เช่นส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโรค การบำบัดรักษา ภาระหน้าที่ในอาการนำของตนเอง มีทักษะในการจัดการกับปัญหาและความเครียดและการจัดการกับอาการด้วยตนเอง สามารถใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิต การมาพบแพทย์และปรับแผนการรักษาด้วยยาเมื่อมีอาการนำ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ความเครียดลดลง ทำหน้าที่ดีขึ้น และช่วยลดอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชได้ (Birchwood et al., 2000; Bustillo, Buchanan, & Carpenter, 1995; Meijel, Gaag, Kahn, & Grypdonck, 2002) และจากผลการศึกษาของ Tait, Mcnay, Gumiey, and O' Qrady (2002) พบว่าการที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และตระหนักรู้ในอาการนำของตนเองจะเอื้อต่อการจัดการกับสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบ รวมทั้งการบำบัดตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยป้องกันอาการกำเริบซ้ำ หรือลดระยะเวลาของการมีอาการกำเริบซ้ำได้ ดังนั้นการที่ผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรผู้บำบัดสามารถประเมินหรือตระหนักรู้อาการนำ ก่อนที่จะมีอาการกำเริบรุนแรงจึงเป็นเรื่องจำเป็น เพราะจะเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและบำบัดตั้งแต่ระยะแรกเพื่อ ป้องกันอาการกำเริบหรือกลับป่วยซ้ำได้ (Meijel, Gaag, Kahn, & Grypdonck, Part I, 2002)

**อาการนำ (early signs of relapse)** หมายถึงการเปลี่ยนแปลงของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากปกติ ก่อนที่จะมีอาการกำเริบซ้ำ (relapse) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการนำก่อนที่จะมีอาการกำเริบซ้ำประมาณ 2 ถึง 4 สัปดาห์ (Baker, 1995) อาการนำของผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน (Birchwood et al., 1989) ซึ่งอาการนำที่เกิดในระยะก่อนเริ่มอาการป่วยทางจิต (prodromal phase) นี้ มีผู้ใช้คำหลายคำ เช่นอาการก่อนอาการทางจิต (prodromal symptoms) อาการนำ (early signs symptom) อาการเตือน (early warning signs) ซึ่งส่วนใหญ่ให้ความหมายคำเหล่านี้เหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน คือหมายถึงการเกิดอาการหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติหรือภาวะอาการสงบ ก่อนที่จะเกิดอาการทางจิตรุนแรง (acute psychiatric) ซึ่งนักวิชาการบางท่านเน้นอาการนำ หมายถึงเฉพาะอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า วิตกกังวล ความจำไม่ดี เป็นต้น (Herz et al., 1989) แต่บางท่านก็รวมเอาอาการทางจิตเล็กน้อยๆ เช่น พฤติกรรมช่างสงสัย หรือไม่ไว้วางใจผู้อื่น แต่เนื้อหาพอมิเหตุผลไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจนเข้าเป็นอาการนำด้วย หรือแต่บางท่านแยกอาการนำที่ไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วยว่าเป็นอาการ

ก่อนอาการทางจิต (prodromal symptoms) และระบุนำอาการนำที่มีอาการผิดปกติทางจิตเล็ก ๆ น้อย ๆ ร่วมด้วยว่าเป็นอาการนำ (early signs symptom) (Birchwood et al., 2000)

สรุป อาการนำ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ไปจากภาวะปกติ หรือภาวะอาการสงบ ก่อนที่จะเกิดอาการทางจิตรุนแรง และเนื่องจากการใช้นิยามศัพท์อาการนำ ที่หลากหลาย เช่น early signs, early warning signs, prodromal symptoms ในการศึกษาครั้งนี้ขอใช้คำว่า อาการนำ (early warning signs) แทนนิยามศัพท์ ทั้งกล่าวมาข้างต้น

คุณลักษณะของอาการนำ (characteristics of early signs) มีผู้ที่ศึกษาลักษณะอาการนำของผู้ป่วยจิตเวชไว้หลายการศึกษาเช่น การศึกษาของ Birchwood, et al. (1989) ได้สอบถามผู้ป่วยและญาติถึงอาการนำที่พวกเขาสังเกตได้ว่ามีอะไรบ้างและจำแนกตามลักษณะอาการเป็น 4 ด้านได้แก่

1) ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย (anxiety/ agitation) เช่น จับปวดทางกาย นอนหลับยาก ตึงเครียด กลัวหรือวิตกกังวลและขาดสมาธิ 2) ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว (depression/ withdrawal) เช่น อ่อนเพลีย หดแรงแรง เงียบ แยกตัว ไม่อยากอาหาร รู้สึกไร้ค่าหรือหมดหวัง เศร้าหรือซึมเศร้า อาการสูญเสีย 3) ด้านขาดการยับยั้งตนเอง (disinhibition) เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว รุนแรงและไม่เป็นมิตร 4) ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต (incipient psychosis) เช่น พูดหรือหัวเราะคนเดียว พูดจาไม่ต่อเนื่องหรือเหลวไหล รู้สึกว่าคนอื่นหัวเราะเยาะหรือพูดถึง รู้สึกว่าถูกจ้องมอง และต่อมา Birchwood et al. (2000) ได้ศึกษาเพิ่มเติม และกำหนดอาการนำที่อาจเกิดขึ้นได้ 55 อาการและจำแนกตามลักษณะอาการเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความคิด/การรับรู้ ได้แก่ มีความคิดหุนหันพลันแล่น มีความรู้สึกฉุนเฉียว คิดว่าตนเองมีอำนาจพิเศษ คิดว่าตนเองสามารถอ่านใจคนอื่นได้ คิดว่าคนอื่นอ่านใจตนเองได้ มีความยุ่งยากในการตัดสินใจ เคยประสบกับสัมผัสแปลกประหลาด มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ หนึ่งหรือสองสิ่ง คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ มองเห็นสิ่งที่คนอื่นไม่เห็น คิดว่าคนอื่นกำลังพูดคุยเกี่ยวกับตนเอง คิดว่าคนอื่นไม่เห็นด้วยกับตนเอง ฝันร้าย ไม่มีสมาธิ คิดในสิ่งที่แปลกประหลาด คิดว่าความคิดถูกควบคุม ได้ยินเสียง คิดว่าส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเปลี่ยนไป 2) ด้านความรู้สึก/อารมณ์ ได้แก่ รู้สึกหมดหวังหรือไร้ค่า รู้สึกกลัว รู้สึกเศร้าหรือด้อยค่า รู้สึกวิตกกังวลหรือกระสับกระส่าย รู้สึกสนใจเรื่องศาสนาเพิ่มขึ้น รู้สึกว่ามีคนจ้องมอง รู้สึกเหมือนอยู่อีกโลกหนึ่งรู้สึกเหน็ดเหนื่อยหรือหมดแรงแรง รู้สึกสับสนหรืองงงวย รู้สึกหลงลืม รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกแข็งแรงหรือมีพลัง รู้สึกว่าไม่สามารถจัดการงานที่หนักในแต่ละวันได้ รู้สึกว่ากำลังถูกลงโทษ รู้สึกไม่ไว้วางใจคนอื่น รู้สึกโมโหง่าย รู้สึกไม่ต้องการนอน รู้สึกผิด 3) ด้านพฤติกรรม ได้แก่ นอนหลับยาก คำพูดสับสนเต็มไปด้วยคำแปลก ๆ พูดหรือยิ้มคนเดียว แสดงท่าทีระแวงเมื่อถูกจ้องมอง พฤติกรรม

ประหลาดโดยไม่มีสาเหตุ แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจตนเอง แสดงเป็นอีกคนที่แตกต่างไป ไม่พบปะผู้คน ไม่รับประทานอาหาร ไม่ออกจากบ้าน พฤติกรรมคล้ายเด็ก ปฏิเสธการทำตามคำขอร้องหรือคำสั่งง่ายๆ ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น เคลื่อนไหวช้า นิ่งไม่คิด ก้าวร้าว

จากการทบทวนถึงลักษณะอาการนำพบว่าอาการนำสามารถจำแนกได้เป็นอาการที่เป็นอาการทางจิตและอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต และอาการนำที่พบบ่อยคือ การนอนหลับถูกรบกวน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย วิดกกังวล เครียด ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม ไม่ค่อยมีสมาธิ ความอยากอาหารลดลง มีอาการทางด้านร่างกาย เช่น ฐึ่ลึ่กไม่สบาย ปวดศีรษะ ท้องผูก และระหว่างที่มีอาการผู้ป่วยมักจะต่อต้านหรือมีความรู้สึ่กสองฝึ่กสองฝ้าย ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเล็กๆ น้อยๆ ค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งมีอาการทางจิตรุนแรง (Herz & Melville, 1980; Heinrichs & Carpenter, 1985; Birchwood et al., 1989) และจะพบว่าอาการนำสามารถแบ่งเป็นลักษณะที่เปลี่ยนไปจากปกติใน 4 ลักษณะ คือ 1) ด้านอารมณ์ (mood change) 2) ด้านการรู้สึ่ก (cognitive change) 3) ด้านพฤติกรรม (behavioral changes) และ 4) อาการคล้ายกับอาการทางจิต (psychotic like symptoms)

### การประเมินอาการนำของการกลับเป็นซ้ำ

จากการศึกษาของ Herz and Melville (1980) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 70 สามารถตรวจพบอาการของตนเองได้และบอกถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านความคิด ความรู้สึ่กและพฤติกรรมของตนเองในขณะที่เริ่มมีอาการกำเริบซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Glimcher et al. (1986) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 98 สามารถสังเกตอาการของตนเองและระบุถึงอาการที่เกิดขึ้นก่อนมีอาการกำเริบซ้ำได้ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีศักยภาพในการประเมินอาการของตนเอง (Baker, 1995) นอกจากนี้ตัวผู้ป่วยเองที่สามารถประเมินและตรวจสอบอาการนำของตนเองแล้ว บุคคลสำคัญที่ควรช่วยตรวจสอบอาการนำของผู้ป่วยคือญาติผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยหรือเมื่อพบผู้ป่วยทุกครั้ง เพราะการประเมินอาการนำได้เร็วจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้เร็วขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอาการกำเริบซ้ำ หรือยืดระยะเวลาการกลับป่วยซ้ำและเข้ารับการรักษาระหว่างในโรงพยาบาลได้

การประเมินอาการนำอาจทำได้ในหลายรูปแบบทั้งจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และใช้เครื่องมือให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง หรือให้ญาติและบุคลากรสุขภาพประเมิน ซึ่งตัวอย่างของเครื่องมือประเมินได้แก่

1. เครื่องมือการสัมภาษณ์โดยใช้คำถาม 10 คำถาม (A 10-question screening interview: 10-QS) พัฒนาโดย Goldberg and Huxley (1980) เป็นเครื่องมือที่บุคลากรด้านสุขภาพใช้

วิธีการถามผู้ป่วยในชุมชนเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง มีอาการทางจิตเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือไม่ (subthreshold psychotic episodes) มีการประเมินต่อเนื่องสม่ำเสมอ และรายงานอาการผิดปกติให้จิตแพทย์ทราบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินเฉพาะทางและได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วต่อไป แบบประเมินประกอบด้วยคำถามในเรื่องต่อไปนี้ จำนวน 10 ข้อคือ 1) การนอน : ในสัปดาห์ที่ผ่านมาการนอนหลับของคุณเป็นอย่างไร นอนหลับยากหรือไม่ คุณตื่นเร็วกว่าปกติหรือไม่ 2) การรับประทานอาหาร : เร็ว ๆ นี้ความอยากอาหารของคุณลดลงหรือไม่ น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 กิโลกรัมหรือไม่ 3) พลังงานและความสนใจ : เมื่อไม่นานมานี้คุณเคยรู้สึกอ่อนล้าหรือไม่มีความสนใจสิ่งต่าง ๆ หรือไม่ 4) ความวิตกกังวล : คุณเคยรู้สึกกังวลใจมากเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันหรือไม่ 5) สมาธิและความจำ : คุณเคยรู้สึกไม่มีสมาธิในการอ่านหรือดูโทรทัศน์หรือไม่ คุณรู้สึกว่าหลงลืมมากกว่าปกติหรือไม่ 6) ความรู้สึกมีคุณค่า : คุณมองอนาคตของคุณอย่างไร คุณเคยรู้สึกว่าชีวิตของคุณไม่มีค่าหรือไม่ คุณเคยคิดอยากตายหรือไม่ 7) พฤติกรรมแปลก ๆ : คุณมีนิสัยหรือพฤติกรรมแปลกหรือไม่ เช่น ตรวจสอบหรือการทำความสะอาดสิ่งต่าง ๆ มากกว่าคนอื่น ๆ หรือไม่ 8) รู้สึกกลัวหรือกระวนกระวายมากกว่าปกติ : คุณเคยรู้สึกกลัวอย่างรุนแรงจนกระทั่งรู้สึกหัวใจเต้นผิดปกติ เหงื่อออก สั่น หรือมีมึนงง บ้างหรือไม่ 9) คำพูดแปลก ๆ : เคยมีใครบอกคุณหรือไม่ว่าคำพูดของคุณแปลกหรือเข้าใจยาก 10) อาการหูแว่ว : คุณเคยได้ยินเสียงคนพูด โดยไม่เห็นตัวคนอยู่แถวๆ นั้นหรือไม่

2. เครื่องมือการสัมภาษณ์อาการนำ (The Early Signs Questionnaire) พัฒนาโดย Herz and Melville (1980) เป็นเครื่องมือที่บุคลากรสุขภาพใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือครอบครัว เกี่ยวกับเรื่องทั่วๆ ไป ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที เช่น สอบถามเรื่องภาวะสุขภาพ กิจกรรมต่างๆ ที่ทำในชีวิตประจำวัน การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง บุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกตจากเนื้อหาและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก มาวิเคราะห์และตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีอาการนำตามรายการตรวจสอบอาการนำ (prodromal signs checklist) 8 รายการ ต่อไปนี้หรือไม่ 1) มีพฤติกรรมแปลก ๆ 2) มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อยหรือแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม 3) มีการพูดหรือสื่อสารที่เข้าใจได้ยาก 4) แสดงความคิดเห็นน้อยและพูดน้อยลง 5) หมกมุ่นกับความคิดแปลก ๆ 6) คิดว่าคนอื่นกำลังพูดคุยเกี่ยวกับตนเอง 7) เชื่อมมั่นในความความคิดหรือความรู้สึกที่ไม่เป็นความจริง ( Persistent feelings of unreality ) 8) มีความผิดปกติในการรับรู้ ในการเห็น การได้ยินและการได้กลิ่นหรือไม่ ถ้ามีพฤติกรรมเหล่านี้ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติของผู้ป่วยแสดงว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มว่าจะมีอาการนำ

3. เครื่องมือวัดอาการนำ (Early Signs Scale: ESS) (Birchwood, et al., 1989) เป็นแบบวัดระดับอาการเตือนซึ่งเป็นแบบรายงานตนเอง (self report) และแบบรายงานผู้สังเกต (observe report)

เครื่องมือวัดอาการนำ วัดกลุ่มอาการ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย 2) ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว 3) ด้านขาดการยับยั้งตนเอง และ 4) ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือก 4 ข้อ แบบมาตราส่วน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนแรกถามถึงความถี่ของการเกิดอาการ คือ (0) ไม่มีอาการนี้เกิดขึ้นเลย (1) มีอาการนี้เกิดขึ้น 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (2) มีอาการนี้เกิดขึ้นหลายครั้งต่อสัปดาห์แต่ไม่ทุกวัน (3) มีอาการนี้เกิดขึ้นทุกวัน

ส่วนที่ 2 จะถามถึงการรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นปัญหาหรือไม่ คือ (0) ไม่เป็นปัญหา (1) เป็นปัญหาเล็กน้อย (2) เป็นปัญหาพอควร (3) เป็นปัญหามาก แต่ละส่วนจะมีช่วงคะแนนระหว่าง 0-102 คะแนน

การประเมินหรือตรวจสอบอาการนำจะมีประโยชน์ต่อการเป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้ วิธีหนึ่ง การประเมินอาการนำ อาจกระทำได้ทั้งโดยตัวผู้ป่วยเอง ญาติ ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ โดยบุคลากรสุขภาพจะประเมินจากการสังเกต พฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกที่เปลี่ยนไปจากภาวะปกติของบุคคลนั้น ๆ หรือใช้การสัมภาษณ์ หรือให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตอบแบบรายงานตนเองหรือแบบรายงานผู้สังเกต ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีอาการนำบางอย่างเหมือนกันและอาการนำบางอย่างต่างกันคือแต่ละบุคคลอาจมีลักษณะเฉพาะตัวได้ สาเหตุและระยะเวลาของการเกิดอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำของแต่ละคนอาจแตกต่างกัน ซึ่งผู้ศึกษาจะได้ศึกษาวิธีการประเมิน ทั้งแบบประเมินที่เป็นการสังเกต การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างชัดเจน แบบกึ่งโครงสร้าง และการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ว่าวิธีใดจะ สามารถระบุอาการนำได้ จริง มีความสะดวกชัดเจนและมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้จริงในโรงพยาบาลและในชุมชน มีอำนาจในการทำนายอาการกำเริบซ้ำที่ดีต่อไป

จากประสบการณ์ของผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชแรกรับของโรงพยาบาลศรีอยุธยา จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับเข้ารับรักษาซ้ำเนื่องจาก มีพฤติกรรมรุนแรง เช่น ญาติบอกว่าจะทำร้ายญาติ หวาดระแวง พุดจาหายบาย พุดเสียงดัง คำว่าผู้อื่น กลางคืนไม่นอน เดินไปเดินมา วุ่นวายรบกวนญาติ และมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น ญาติจึงพามาส่งโรงพยาบาล และเมื่อถามถึงสาเหตุของอาการกำเริบซ้ำส่วนใหญ่ญาติคิดว่าเกิดจากการขาดยา และถ้าเป็นผู้ป่วยชายจะเกิดร่วมกับการใช้สุราหรือสารเสพติด เช่น กัญชาและยาบ้าร่วมด้วย ทำให้

พฤติกรรมเปลี่ยนไปในทางที่เสื่อมลง เมื่อถามผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าที่ต้องมาโรงพยาบาลเนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับญาติ ญาติจู้จี้ขี้บ่น เลยมีปัญหาทะเลาะกับญาติหรือ เครียดที่เหมือนเป็นคนไร้ค่า อยู่ไปวัน ๆ อยากอยู่คนเดียวไม่อยากพูดกับใคร ญาติจึงพามาโรงพยาบาล และเมื่อถามผู้ป่วยถึงอาการนำหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติก่อนที่จะมีอาการรุนแรงจนควบคุมตนเองไม่ได้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่า เกิดจากความเครียด ทำให้นอนไม่หลับ หรือไม่อยากทำอะไร รู้สึกไม่มีความสุข หงุดหงิดง่าย เป็นต้น ซึ่งถ้าผู้ป่วย สามารถระบุนำอาการนำ ก่อนที่จะมีอาการรุนแรง และแก้ไขปัจจัยสาเหตุได้ก็จะไม่ก่อให้เกิดอาการรุนแรงจนเกิดอาการกำเริบและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

รูปแบบของการบำบัดของโรงพยาบาลศรีธัญญาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การบำบัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จะเน้นการบำบัดด้วยยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องและการบำบัดทางจิตสังคมที่เน้นการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถควบคุมดูแลตนเอง โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีกิจกรรมบำบัด 4 อย่าง คือ 1) สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) ให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท และวิธีการรักษา การป้องกันการป่วยซ้ำ การจัดการความเครียด และการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น 2) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (drug compliance) ให้ความรู้เรื่องยา จิตเวชที่ใช้รักษา อาการข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาและการรับประทานยาต่อเนื่อง 3) การดูแลตนเอง (self care) การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลและ การออกกำลังกาย 4) การทำงานบ้าน (domestics) การช่วยทำงานบ้าน เช่นการจัดเก็บเครื่องนอนตนเอง การทำความสะอาดบ้านเรือน (หน่วยคุณภาพหอผู้ป่วยหญิง 2 โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2552)

สำหรับกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) ในเรื่องการป้องกันการป่วยซ้ำ และการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นนั้นเป็นการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องของการป่วยซ้ำซึ่งอาจมีสูงถึง 40-70 % ภายใน 1 ปี ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลเสียทั้งต่อตนเอง ครอบครัวเกิดความตึงเครียดในครอบครัวได้ และแนะนำการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ โดย 1) รับประทานยา/ฉีดยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ 2) หลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือความกดดันของโรค 3) หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด เช่นการดื่มสุรา ยาบ้า 4) พักผ่อนให้เพียงพอ 5) การได้รับความรัก ความอบอุ่นอย่างเพียงพอจากสมาชิกในครอบครัว และ 6) ฝึกการมีทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม สำหรับอาการเตือนเบื้องต้นของการป่วยซ้ำ ที่พบบ่อยและอาจเกิดหลายอาการพร้อม ๆ กัน ได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย รู้สึกตึงเครียด กระวนกระวาย รู้สึกซึมเศร้า นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่อหน่ายไม่มีความสุข เบื่ออาหาร กินได้น้อยลง ความจำไม่ดี ย้ำคิดย้ำทำ ไม่ค่อยอยากพบปะผู้คน รู้สึกว่าถูกหัวเราะเยาะ รู้สึกว่าถูกนินทาว่าร้าย ไม่

สนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัว รู้สึกไม่ดีโดยไม่มีเหตุผลชัดเจน ตื่นเต้นเกินปกติ มีหิวแหว่หรือเห็นภาพหลอน รู้สึกตนเองไร้ค่า คิดฟุ้งซ่านเป็นต้น และให้คำแนะนำกับผู้ป่วยว่าถ้ามีอาการดังกล่าวข้างต้นอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลาย ๆ อย่างพร้อม ๆ กัน ควรบอกญาติใกล้ชิดทราบเพื่อจะได้พาไปพบแพทย์ ผู้รักษา หรือไปพบแพทย์ด้วยตนเอง โดยให้รายละเอียดว่ามีอาการอะไรบ้างแต่ละอาการเริ่มต้นเมื่อไร มีลักษณะอย่างไร และปรึกษาว่าควรจะทำอย่างไร เพื่อแพทย์จะได้ปรับยาให้ในขนาดที่เหมาะสมต่อไป กิจกรรมบำบัดจะเป็นการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการป่วยซ้ำและการสังเกตอาการเตือนเป็นเบื้องต้น และ เปิดโอกาสให้ซักถามและเชื่อมโยงความรู้ร่วมกับการทบทวนประสบการณ์ที่สังเกตพบด้วยตนเอง และแลกเปลี่ยนวิพากษ์วิจารณ์สิ่งที่สังเกตพบระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน และทำแบบฝึกทักษะการสังเกตอาการเบื้องต้น ว่ามีอาการต่าง ๆ ดังกล่าวหรือไม่อย่างไร

จากการที่ผู้ศึกษาได้ให้การบำบัดตามคู่มือแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มยุ่งยากซับซ้อนในเรื่องการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของการป่วยซ้ำ ได้พบปัญหาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้คือ ผู้ป่วยบางคนไม่เคยสังเกตว่าตนมีอาการเตือนหรือไม่ หรือมีอาการอย่างไร ผู้ป่วยบางคนบอกว่าตัวอย่างอาการเตือนที่ให้มาตนเองไม่สามารถบอกได้ว่าอาการนั้น ๆ เป็นอาการเตือนใช่หรือไม่ เพราะเป็นอาการที่มีอยู่ตลอดเวลาในภาวะปกติของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ (residual symptoms) จะมีอาการเหล่านี้เกือบตลอดเวลา เช่น อาการซึมเศร้า หรือเบื่อหน่าย ย้ำคิดย้ำทำ หรือไม่อยาก พบปะผู้คน หรือมีอาการหูแว่วได้ยินเสียงคนมาพูดเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถบอกได้ว่า ปัจจัยใดเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และมีวิธีการใดบ้างที่จะจัดการกับอาการเตือนร่วมกับการปรับยาของแพทย์ และตัวอย่างอาการเปลี่ยนแปลงที่ผู้ป่วยหรือญาติสังเกตเห็น ไม่มีอยู่ในใบความรู้ หรือใช้ภาษาที่ต่างไป ซึ่งผู้ป่วยไม่รู้ว่ามีความหมายเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน เช่นบอกอาการเตือนของตนคือ รู้สึกใจคอหดหู่ รู้สึกโดดเดี่ยวมีญาติก็เหมือนไม่มี สนใจเกี่ยวกับคำสอนทางศาสนามากขึ้น คิดอยู่แต่เรื่องเดิม ๆ รู้สึกเหนื่อย หมดแรง เป็นต้น ดังนั้นการให้ผู้ป่วยประเมินอาการเตือนหรืออาการนำจากใบความรู้ อาจไม่ได้อาการเตือนที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคล ได้ นอกจากนั้นยังมีคำถามอื่น ๆ อีก เช่น การประเมินอาการเตือนควรทำในเวลาใด บ่อยครั้งแค่ไหน เครื่องมือที่ใช้ประเมินควรมีอย่างอื่นอีกบ้างไหม เพื่อให้การประเมินตรงกับความเป็นจริงและครอบคลุมมากที่สุด สามารถทำนายอาการกำเริบซ้ำได้ดีที่สุด สามารถระบุอาการนำได้ชัดเจน มีความสะดวกและมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้จริง มีอำนาจในการทำนายอาการกำเริบซ้ำได้ดี

จากปัญหาการใช้คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของการป่วยซ้ำที่ใช้ในการปฏิบัติงานในปัจจุบัน ผู้ศึกษา จึงเห็นความสำคัญของการทบทวนหลักฐาน

เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินอาการเตือนหรืออาการนำ ในผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มขึ้น เพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็น แนวทางในการประเมินอาการนำที่ครอบคลุมปัญหาทางคลินิกมากขึ้น โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) และสอดคล้องกับกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มยุ่งยากซับซ้อนที่มีอยู่เดิม เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานเพิ่มขึ้น

## 1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

การที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการทางจิตกำเริบและเข้ารับการรักษารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดการสูญเสียต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ดังนั้นทางโรงพยาบาลได้จัดให้มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลและครอบครัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ โดยการให้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยในการบำบัดดูแลตนเองโดยมีกิจกรรมบำบัดหลัก 4 กิจกรรมคือ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับ โรคจิตเภท และวิธีการรักษา การป้องกันการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น 2) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลและ 4) การช่วยทำงานบ้าน ซึ่งกิจกรรมบำบัดเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการบำบัดดูแลตนเอง ได้ดีขึ้น แต่ในการปฏิบัติงานจริงพบว่า ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถประเมินอาการนำของตนเองได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ซึ่งมีอาการคล้ายอาการนำ หรือผู้ป่วยบางคนรับรู้ว่าอาการนำของตนแตกต่างจากที่มีอยู่ในคู่มือ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาถึงวิธีการประเมินอาการนำจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล สามารถประเมินอาการนำได้รวดเร็วและถูกต้องมากยิ่งขึ้น และเห็นความสำคัญของการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งจะช่วยลดการเกิดอาการกำเริบซ้ำและลดระยะเวลาของการอาการกำเริบซ้ำ ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

## 1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทจากหลักฐานเชิงประจักษ์

## 1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการนำและการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น
2. พยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้และประเมินอาการนำของตนเองได้
3. พยาบาลสามารถนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำได้

## บทที่ 2

### วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท โดยการทบทวนองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะในการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ 1) วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา 2) วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 3) การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะแนวทางในการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 กรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา โดยใช้กรอบแนวคิด “PICO” (Craig & Smyth, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

P = Population หมายถึง ประชากรที่สนใจศึกษา ซึ่งในการศึกษานี้ คือผู้ป่วยจิตเภท

I = Intervention หมายถึง การประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ

C = Comparison intervention หมายถึง การระบุการเปรียบเทียบ การบำบัด ซึ่งในการศึกษานี้ไม่มีการระบุเปรียบเทียบ

O = Outcome หมายถึง ผลลัพธ์ที่ได้รับ ศึกษาที่ ผลลัพธ์ คือ การตรวจพบหรือระบุอาการนำ

คำสำคัญ (keywords)

คำสำคัญ ที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

Population = ผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia)

- Intervention = การตรวจสอบอาการนำ การประเมินอาการนำ และ การรับรู้  
อาการนำหรืออาการเตือน (monitor or assessment or recognition  
of early warning signs)
- Comparison intervention = -
- Outcome = อาการนำ อาการเตือน อาการก่อนอาการทางจิต (early signs, early  
warning signs, prodromal symptoms)

### 2.1.2 กำหนดขอบเขตของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดขอบเขตของการสืบค้นหลักฐานเชิง  
ประจักษ์ดังนี้

- 1) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 7 ตามเกณฑ์ การ  
ประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (strength of evidence) ที่เกี่ยวข้องกับการทำนาย (prognosis)  
ของ Grace (2009)
- 2) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2011 ทั้ง  
ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 3) เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้

### 2.1.3 การกำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

- 1) ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database)
  - ฐานข้อมูลที่รวบรวมการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review)  
ได้แก่ Cochrane Library ([www.Cochrane.org](http://www.Cochrane.org))
  - ฐานข้อมูลที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์  
และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ OVID, CINAHL, Wiley InterScience, PubMed, Blackwell  
Synergy, ScienceDirect, ProQuest
- 2) การสืบค้นด้วยมือ (Hand search)
  - การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม (Reference list) ของ  
บทความหรืองานวิจัยที่ค้นพบ
  - สืบค้นจากวารสาร บทความทางวิชาการ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และสาร  
นิพนธ์ จากห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดโรงพยาบาลศิริชัยญา  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

## 2.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาวิเคราะห์และสกัดเนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การศึกษา กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีศึกษา/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และผลการศึกษา สำหรับ การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2008) และ การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (strength of evidence) ตามระบบการจำแนกของ Grace (2009) ซึ่งมีวิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

### 2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

ในการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ในการนำงานวิจัยไปใช้ในคลินิก(Utilization Criteria) ของ Polit and Beck (2008) การพิจารณาประเมินคุณภาพงานวิจัย 3 ด้าน ได้แก่

1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) โดยพิจารณาว่างานวิจัยนั้นตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกหรือไม่ สามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลหรือไม่ งานวิจัยนั้นมีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกหรือไม่ พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาลหรือไม่ และงานวิจัยมีกระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ได้จริงในคลินิกหรือไม่

2) การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) โดยพิจารณาจากแหล่งตีพิมพ์, ผู้ทำการวิจัย, ทุนสนับสนุน, คุณภาพงานวิจัย ได้แก่ ชื่อเรื่อง, ปัญหาและเหตุผลที่ทำการวิจัย, กรอบแนวคิด, วัตถุประสงค์การวิจัย, การทบทวนวรรณกรรม, การระบุประชากรเป้าหมาย, วิธีการวิจัย, การรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์, การประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสม, การใช้สถิติในการวิเคราะห์, ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย และมีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติและข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย

3) การประเมินแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงในบริบทขององค์กร โดยพิจารณา 3 ประเด็นหลัก ดังต่อไปนี้คือ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2551)

3.1 การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of finding) หมายถึงการเทียบเคียงความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์และการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการประเมินถึงข้อเสนอแนะ/ข้อสรุปที่ได้ว่ามีความเหมาะสมหรือสอดคล้องกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่อย่างไร เป็นการนำข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง รวมทั้งมีการพิจารณาว่ากลุ่มประชากรที่ศึกษาในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยต่าง ๆ มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานของผู้ศึกษาหรือไม่ ประชญาในการดูแลกลุ่มประชากรของหน่วยงานกับในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกันหรือไม่ และการนำไปใช้ได้จริงตามที่ต้องการหรือไม่

3.2 ความเป็นไปได้ (Feasibility of Implementation) หมายถึง ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อมทรัพยากรเกื้อหนุน และบุคลากรภายในหน่วยงานมี ความเป็นไปได้ในการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติได้จริงในหน่วยงานนั้น พยาบาลมีบทบาทในการวางแผนการดำเนินการได้หรือไม่ ถ้าพยาบาลไม่มีบทบาทเต็มที่ในการวางแผนโครงการ จะต้องประเมินว่าสามารถขอความร่วมมือจากหน่วยงานหรือบุคคลใด รวมทั้งต้องมีการประเมินว่า ข้อเสนอแนะนั้นรบกวนการทำงานของบุคคลหรือไม่ โดยมีการประเมินความเห็นชอบของบุคลากรอื่น ๆ ว่ามีความสนใจและสนับสนุนหรือต่อต้านการนำข้อเสนอแนะไปใช้หรือไม่ ฝ่ายบริหาร สนับสนุนให้มีการนำข้อเสนอแนะนั้นมาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ รวมทั้งประเมินบรรยากาศในองค์กรโดยรวมว่าส่งเสริมการนำข้อเสนอแนะไปใช้อย่างไร และหากมีการนำข้อเสนอแนะไปใช้จะ เกิดความขัดแย้งในหน่วยงานหรือไม่ นอกจากนี้ถ้าข้อเสนอแนะจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติการ พยาบาลเพิ่มเติม ต้องมีการประเมินว่าสามารถฝึกทักษะบุคลากรในหน่วยงานได้หรือไม่ มีความ ยากลำบากหรือความเป็นไปได้น้อยมากน้อยเพียงใดในการปฏิบัติจริง หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เพิ่มเติม ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหา อุปกรณ์ดังกล่าวหรือไม่และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

3.3 ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) หมายถึง การนำข้อเสนอแนะไปใช้ จะต้องมีการประเมินสัดส่วนระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับการลงทุน หรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น กล่าวคือ จะต้องมีการประเมินความเสี่ยง และผลประโยชน์ที่มี แนวโน้มจะเกิดขึ้น หากนำข้อเสนอแนะไปใช้ โดยจะต้องมีการประเมินค่าใช้จ่าย เช่น ค่าวัสดุ อุปกรณ์ ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม เป็นต้น จากการที่นำข้อเสนอแนะไปใช้ทั้งในระยะสั้นและระยะ ยาว และถ้าหากไม่ใช้ข้อเสนอแนะนั้นจะเกิดการสูญเสียหรือส่งผลกระทบต่ออย่างไร ได้บ้างต่อ ผู้รับบริการ หรือบุคลากรในหน่วยงาน และประโยชน์ที่ได้จากการนำนวัตกรรมมาสู่องค์กร

### 2.2.2 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (strength of evidence) ตามระบบการจำแนกของ Grace (2009) ซึ่งมีเกณฑ์การแบ่งระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำนาย (Prognosis) การวินิจฉัย 7 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีคุณภาพ (systematic review of good qualities cohort studies)

ระดับที่ 2: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีการติดตามไปข้างหน้า ที่มีประชากรอยู่ในกระบวนการติดตามอย่างน้อย 80% ของประชากรที่ศึกษาทั้งหมด (prospective cohort study with at least 80% follow-up)

ระดับที่ 3: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยที่การศึกษาเหล่านั้นมีคุณภาพในระดับต่ำ หรือการศึกษาเหล่านั้นมีผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน (systematic review of lower quality studies or studies with inconsistent findings)

ระดับที่ 4: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยที่การศึกษาเหล่านั้นมีการติดตามผลการศึกษาที่ไม่ดี (retrospective cohort study with poor follow-up)

ระดับที่ 5: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะเฉพาะบางอย่างของบุคคลสองกลุ่มเช่นกลุ่มที่เป็นโรคและกลุ่มที่ไม่เป็นโรค (case-control study)

ระดับที่ 6: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโรค (case series)

ระดับที่ 7: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสังเกตทางคลินิกที่ไม่เป็นระบบ (Unsystematic clinical observation)

## 2.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เพื่อให้ได้คำแนะนำในการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท โดยการสรุปประเด็นความรู้ที่ได้จากงานวิจัยแต่ละเรื่องในภาพรวม แล้วประมวลประเด็นสำคัญที่ได้จากงานวิจัยเป็นหมวดหมู่และนำเสนอข้อสรุปประเด็นจากงานวิจัยเป็นความเรียง เป็นข้อเสนอแนะ

(Recommendation) การประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริงในหน่วยงานของผู้ศึกษาต่อไป

#### สรุปวิธีดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษากำหนดกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้หลักการของ PICO Framework โดยกำหนดประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภท การบำบัด คือ การตรวจสอบอาการนำ/ การประเมินอาการนำ/ การรับรู้อาการนำหรือ อาการเตือน โดยไม่มีการเปรียบเทียบการบำบัด ผลของการศึกษา คือ การตรวจพบอาการนำ หรือ การทำนายอาการกำเริบซ้ำ หลังจากสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วนำงานวิจัยที่ได้มาประเมินคุณภาพงานวิจัย ประกอบด้วย การประเมิน ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ การประเมินแนวโน้มที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ และการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์(strength of evidence) โดยใช้แบบประเมินตามเกณฑ์ของ เกรซ (Grace, 2009) Prognosis evidence pyramid และนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาสกัดเนื้อหาที่สำคัญ นำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะในการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลการดำเนินการจะนำเสนอในบทต่อไป

### บทที่ 3

#### ผลการดำเนินการ

ผลการดำเนินงาน ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์การประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทโดยสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้ Cochrane Library , OVID, CINAHL, Wiley InterScience, PubMed, Blackwell Synergy, SpingerLink, ProQuest, ScienceDirect, และการสืบค้นด้วยมือ จากห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้คำค้นดังนี้ Schizophrenia, monitor, assessment, recognition, early warning Sign, early signs, prodromal symptoms

#### 3.1 ผลการศึกษาและสืบค้นจากฐานข้อมูลต่าง ๆ

จากการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ สรุปได้ดังนี้

ฐานข้อมูล	คำสืบค้น	ผลลัพธ์
Cochrane Library		0 เรื่อง
CINAHL		4 เรื่อง
PubMed	-Schizophrenia AND Monitor	3 เรื่อง
Blackwell Synergy	or Assessment or recognition	2 เรื่อง
SpingerLink	AND Early signs or Early	0 เรื่อง
Wiley InterScience	warning signs	5 เรื่อง
ProQuest	or Prodromal.symtoms	0 เรื่อง
OVID		0 เรื่อง
Hand search		4 เรื่อง

สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มีจำนวนทั้งหมด 18 เรื่อง และพบว่าเป็นงานวิจัยที่ซ้ำกันจำนวน 5 เรื่อง บางเรื่องค้นพบมากกว่า 1 ชิ้น ข้อมูลจึงเหลือหลักฐานประจักษ์เพียง 12 เรื่อง ดังแสดงในตารางดังนี้

ตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้และผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว

เรื่องที่	งานวิจัย	รูปแบบงานวิจัย	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์
1.	Birchwood, M., Spencer, E., & McGovern, D. (2000). Schizophrenia: Early warning signs. <i>Advances in Psychiatric Treatment</i> , 6, 93-101.	Review the literature	Level VII
2.	Fitzgerald, P. B. (2001). The role of early warning symptoms in the detection and prevention of relapse in schizophrenia. <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i> , 35, 758-764.	Review the literature	Level VII
3.	Tait, A., McNay, L., Gumley, A., & O'Grady, M. (2002). The development and implementation of an individualized early signs monitoring system in the prediction of relapse in schizophrenia. <i>Journal of mental Health</i> , 11(2), 141-153.	Randomized controlled trial	Level VI

เรื่องที่	งานวิจัย	รูปแบบงานวิจัย	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์
4.	Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R.S., & Grypdonck, M. (2002). The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 1. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 9, 347–355.	Qualitative study	Level VI
5.	Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. (2002). The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 2. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 9, 357–363.	Qualitative study	Level VI
6.	วยุณี ช้างมิ่ง, ยาใจ สิทธิมงคล, อติรัตน์ วัฒนไพลิน และเชียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. <i>วารสารสภาการพยาบาล</i> , 18(3), 86-99.	descriptive study	Level VI

เรื่องที่	งานวิจัย	รูปแบบงานวิจัย	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์
7.	Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. (2004). Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: A review of the literature. <i>International Journal of Mental Health Nursing, 13</i> , 107–116.	Review the literature	Level VII
8.	Gaebel, W., & Riesbeck, M. (2007). Revisiting the relapse predictive validity of prodromal symptoms in schizophrenia. <i>Schizophrenia Research, 95</i> , 19–29.	Prospective cohort study	Level IV
9.	สมชาย ต้นศิริสิทธิกุล, ศุภกนิษฐ์ พลไพลิน, วันชา สว่างเขตต์, ญัฐกานต์ ใจบุญ และ นุชนารถ ชัยเจริญ. (2551).ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภท และญาติในการรับรู้อาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบ <i>วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 9(2)</i> , 17-26.	descriptive study	level VI
10.	ปริญนันท์ สละสวัสดิ์และวัฒนาภรณ์ พิบูลอัครกษณ์. (2552). การพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. <i>วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 3(2)</i> , 20-30.	descriptive study	level VI
11.	Koichi, R. & Miyamoto, Y. (2009). Recognition of early warning signs in patients with mental illness in Japan. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16</i> 857–859	Qualitative study	level VI

เรื่องที่	งานวิจัย	รูปแบบงานวิจัย	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์
12.	Koichi, R. & Miyamoto, Y. (2011). Reliability and validity of the Japanese semi structured interview version of the Early Signs Scale (ESS-JI) for outpatients with schizophrenia (study 1). <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 20, 144–151.	Cross-sectional study	Level V

### 3.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้ง 12 เรื่อง นำมาประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำงานวิจัยไปใช้ในคลินิก (Utilization Criteria) ของ Polit & Beck (2008) และประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์การประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (strength of evidence) ตามระบบการจำแนกของ Grace (2009) ซึ่งมีเกณฑ์การแบ่งระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำนาย (prognosis) พบระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ IV จำนวน 1 เรื่อง และระดับ 5 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 6 จำนวน 7 เรื่อง ระดับ 7 จำนวน 3 เรื่อง ตามที่ได้สรุปในตารางต่อไปนี้

### 3.3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดจำนวน 12 เรื่อง สามารถนำมาสรุปลงในตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประชากรที่ศึกษา สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผลการวิจัย และการสรุปเพื่อนำไปใช้ ตามตารางในภาคผนวก และนำมาสรุปประเด็นที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

### 3.3 การตั้งคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 12 เรื่อง ที่ผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว นำมารวบรวมสรุปตารางต่อไปนี้

#### เรื่องที่ 1. Schizophrenia: early warning signs

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
Birchwood, M., Spencer, E., & McGovern, D. (2000)	Review the literature หัวข้อที่ศึกษา 1. การให้ความหมายของอาการนำ 2. ลักษณะอาการนำ 3. การทำนายอาการกำเริบจากอาการนำ 4. ผู้ป่วยสามารถระบุอาการนำของตนเองได้หรือไม่ วิธีการบำบัดหลังพบอาการนำ			1. การให้ความหมายของอาการนำ (Early warning signs) การเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ก่อนที่จะพัฒนาไปสู่อาการทางจิตที่เห็นเด่นชัด 2. ลักษณะของอาการนำ (early warning signs) 2.1 อาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (non-specific symptoms) or dysphoric' symptoms 2.2 อาการเฉพาะเจาะจง (specific symptoms) หรืออาการคล้ายโรคจิต (psychotic-like symptoms) or (low-level psychotic symptoms) 3. การทำนายอาการกำเริบจากอาการนำ 3.1 การทำนายอาการกำเริบจากอาการนำ การใช้ (non-specific symptoms) อย่างเดียว จะพบความไวในการระบุอาการนำต่ำกว่าระบุอาการนำทั้ง non-specific symptoms และ specific symptoms จะช่วย

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
<p>Birchwood, M., Spencer, E., &amp; McGovern, D. (2000)</p>				<p>ให้อำนาจการทำนายอาการกำเริบซ้ำสูงขึ้น จากการศึกษาข้างหน้า (prospective) ประเมิน non specific symptoms ร่วมกับ specific symptoms ได้ค่า sensitivity 50-79 % and specificity 75-81 % 3.2 การประเมินอาการนำเพื่อทำนายอาการกำเริบซ้ำ โดยใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐานควรรใช้วิธีเปรียบเทียบกับอาการนำปัจจุบันเปรียบเทียบกับ คะแนนพื้นฐานของแต่ละบุคคล (baseline scores) จะสามารถทำนายอาการกำเริบซ้ำได้ดีกว่าที่นำคะแนนอาการนำไปเปรียบเทียบกับผู้อื่น</p> <p>4.ผู้ป่วยสามารถระบุอาการนำของตนเองได้จากการศึกษาของ Heinrichs, et al. (1985) พบว่าผู้ป่วย 63% สามารถรับรู้อาการต่างๆที่เสื่อมถอยลงตั้งแต่ระยะแรกๆจนรุนแรงถึงขั้นอาการกำเริบซ้ำ</p> <p>5.การบำบัดหลังพบอาการนำ</p> <p>5.1 การบำบัดด้วยยา (Medication intervention)</p> <p>5.2 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการความเครียด (stress management) โดยการระบุ และจัดการกับอาการนำและ</p>

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
Birchwood, M., Spencer, E., & McGovern, D. (2000)				<p>จัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่นำไปสู่อาการกำเริบซ้ำ</p> <p>5.3 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง (dysfunctional beliefs) ที่นำไปสู่อาการเกิดอาการทางจิต การใช้กลยุทธ์ของการบำบัดทางความคิดเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ช่วยให้การใช้เวลาในพื้นที่สมรรถภาพลดลง</p>

เรื่องที่ 2. The role of early warning symptoms in the detection and prevention of relapse in schizophrenia

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
Fitzgerald, P. B. (2001)	Review the literature *เพื่อวิเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการนำเพื่อใช้ในการทำนาย หรือ ตรวจหา(detection) อาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทและนำ การประเมินหรือการระบุนอกรณานมาใช้ เป็นส่วนหนึ่งของ โปรแกรมป้องกัน อาการกำเริบซ้ำ	งานวิจัยทั้งหมด 24 เรื่องเป็นงานวิจัยเชิง หาคความสัมพันธ์ ศึกษาเปรียบเทียบ การศึกษาไปข้างหน้า การศึกษาย้อนหลัง และการศึกษาเชิง ทดลอง	เครื่องมือประเมินอาการนำในงานวิจัยที่ ศึกษา 1. early warning signs (EWS) 2. Brief Psychiatric subscale of the BPRS 3. early signs scale(ESS) 4. the warning signals scale or WSS 5. Idiosyncratic Prodrome Scale (IPS).	- การประเมินอาการนำเฉพาะอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต (non specific EWS) จะมีค่าการทำนายต่ำ - การประเมินอาการนำที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย(EWS) จะมีค่าการทำนายสูงขึ้น -การใช้เครื่องมือ early sign scale (ESS) ของ Birchwood et al, 1989 จำนวน 34 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-102 คะแนน cut-point ที่ 30 ค่า PPV มากกว่า 70% -ในการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ การประเมินอาการนำมีอำนาจการทำนายการกำเริบซ้ำต่ำ อาจเนื่องมาจากเมื่อพบอาการแล้วการศึกษาส่วนใหญ่มักจะทำให้การบำบัดเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ จึงพบผลการทำนายอาการกำเริบซ้ำเป็นบวกเท็จ (false positive) ความถี่ในการประเมินอาการนำ time lines of monitor ถ้าประเมินห่างเกินไปก็จะทำนายได้น้อยลง ถ้าถี่เกินไปก็จะทำให้ผู้ประเมินเกิดความเบื่อหน่าย หรือรู้สึกเป็นภาระและหยุดการประเมิน

เรื่องที่ 3. The development and implementation of an individualized early signs monitoring system in the prediction of relapse in schizophrenia

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
Tait, A., Menay, L., Gumley, A., & O' Grady, M. (2002).	- randomised controlled trial 1.ศึกษาผลของการบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท 2 ศึกษาอาการนำ สามารถทำนายอาการกำเริบซ้ำได้หรือไม่	-แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยชาย 14 คน หญิง 6 คน อายุเฉลี่ย 39 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 9 คน กลุ่มควบคุม 11 คน ฝ้า ติดตามประเมินอาการประมาณ 10 เดือน (ติดตามการประเมินระหว่าง 5-13 เดือน)	- แบบสอบถาม ESM (Early signs monitoring) แบบแบบสอบถาม ESM ทุกๆ 2 สัปดาห์ -แบบสัมภาษณ์ PANSS ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำเมื่อคะแนน PANSS เพิ่มขึ้น 50%	- <b>Intervention</b> 1.กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดจากจิตแพทย์ และ key worker 2. กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดเหมือนกลุ่มควบคุม บวกกับ cognitively oriented intervention เพื่อพัฒนาการตระหนักรู้ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ และเรียนรู้กลยุทธ์ในการลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ ผลการศึกษา 1)กลุ่มทดลอง มีอาการกำเริบซ้ำ 3 คน (3 ใน 9 คน) กลุ่มควบคุมมีอาการกำเริบซ้ำ 1 คน (1ใน 11 คน) โดยที่ 3 คน ในกลุ่มทดลองสามารถระบุอาการกำเริบซ้ำได้ ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่สามารถระบุได้ 2) กลุ่มตัวอย่างติดตามประเมิน ESM (Early signs monitoring) อย่างต่อเนื่อง 83 % ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางคน key worker เป็นผู้ประเมินให้

เรื่องที่ 4. The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study.

Part I.

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R.S., & Grypdonck, M. (2002)	qualitative study เพื่อศึกษารูปแบบวิธีการสังเกตอาการ นำและวิธีการบำบัด ตั้งแต่ระยะแรกเพื่อ ป้องกันอาการทางจิต กำริบซ้ำ ในผู้ป่วย จิตเภท	สถานพยาบาล 6 แห่ง ในประเทศ เนเธอร์แลนด์ 1. กลุ่มทีมสุขภาพจิต 9 คนมีพยาบาลจิตเวช 5 คน จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยาคนแพทย์ ทั่วไป 2 คน สัมภาษณ์ คนละ 1-2 ชั่วโมง 2. กลุ่มคนไข้ 8 คน เป็นชาย 7 คน หญิง 1 คน จากสถานบำบัด 4 แห่ง 3. กลุ่มญาติมี 15 คน เป็นพ่อแม่ 14 คน	1. ทีมสุขภาพใช้แบบ สัมภาษณ์ กึ่ง โครงสร้าง 2. แบบสัมภาษณ์ . ผู้ป่วย เช่นมีแผนใน การทำอะไรบ้างเพื่อ ช่วยให้สามารถรับรู้ อาการนำของตนเอง ได้ 3. แบบสัมภาษณ์ญาติ ว่ามีส่วนร่วมและมี ประสบการณ์อย่างไร เกี่ยวกับกรรับรู้	1. การประเมินอาการนำและการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมี 3 รูปแบบคือ 1.1 ผู้ป่วยระบอบอาการนำ ตรวจสอบอาการนำเมื่อพบอาการ นำ ให้ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยา 1.2 ผู้ป่วยศึกษาขั้นตอนของการกำริบ ตั้งแต่ภาวะปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงมีอาการนำ และนำไปสู่อาการกำริบซ้ำ การบำบัดเน้นให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาต่างๆ (own coping skill) ที่เกิดจากอาการนำ 1.3 ผู้ป่วยศึกษาตั้งแต่ภาวะปกติ บำบัดที่ส่งผลกระทบต่อ อาการนำทั้งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและปัจจัยปกป้อง การบำบัดส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ปัจจัยปกป้องทั้งภายในตนเอง และปัจจัยปกป้องหรือแหล่งสนับสนุนในครอบครัวชุมชน และหน่วยงานบริการสุขภาพรูปแบบการบำบัดที่ 2 และ 3 เน้น การบำบัดทั้งทางยาและทางจิตสังคม



เรื่องที่ 5. The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part II

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. (2002)	qualitative study เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินอาการนำและการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก	-สถานพยาบาล 6 แห่งในประเทศเนเธอร์แลนด์ 1.กลุ่มที่มีสุขภาพ 9 คนมีพยาบาลจิตเวช 5 คน จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน แพทย์ทั่วไป 2 คน สัมภาษณ์คนละ 1-2 ชั่วโมง 2.กลุ่มคนไข้ 8 คน เป็นชาย 7 คน หญิง 1 คน จากสถานบำบัด 4 แห่ง	1. ทีมสุขภาพใช้แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง 2.แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย เช่น มีแผนในการทำอะไรบ้างเพื่อช่วยให้สามารถรับรู้อาการนำของตนเอง 3. แบบสัมภาษณ์ญาติว่ามีส่วนร่วมและมีประสบการณ์อย่างไรเกี่ยวกับกรรับรู้	-ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำและการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก 1.ปัจจัยการให้ข้อมูลให้ความรู้ซึ่งสามารถให้ได้ทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม 2.ทัศนคติที่ดีของผู้บำบัด เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วยและครอบครัว 3. ความเข้าใจตนเองของผู้ป่วย (Insight) มีผลต่อแรงจูงใจในการบำบัด 4. การให้การบำบัดเป็นกลุ่มอาจช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยมากขึ้น 5. ผู้ป่วยแต่ละรายมีแรงจูงใจและบุคลิกภาพต่างกันซึ่งจะมีผลต่อการประเมินอาการนำและการบำบัด

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. (2002)		3. กลุ่มญาติมี 15 คน เป็นพ่อแม่ 14 คน พี่สาว 1 คน	อาการนำของผู้ป่วย	<p>6. การบำบัดดูแลต้องมีกิจกรรมที่ทักษะ การให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมความเชื่อมั่นเพื่อให้ประเมินอาการนำได้อย่างสม่ำเสมอต่อไป</p> <p>7. การเขียนแผนการสังเกตอาการนำควรทำร่วมกันทั้ง 3 ฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้บำบัด</p>

เรื่องที่ 6. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การนำ การสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
วัญญิ ช่างมิ่ง, ยายใจ สิทธิมงคล, อธิรัตน์ วัฒนไพลิน และ เรือราชย์ งามทิพย์ วัฒนา. (2546).	descriptive study ความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ อาการนำของโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในการจัดการกับ อาการด้วยตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภท	- สถาบันกัลยาณราชนครินทร์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา - ผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก 100 ราย อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาโรคจิตไม่น้อยกว่า 1 เดือน	1. Early Signs Scale: ESS 2.แบบสอบถามการรับรู้สนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามซึ่ง ส่ายพิณ เกษมกิจ วัฒนา (2537) 3.แบบประเมินการจัดการอาการด้วยตนเอง (The Symptom Management Assessment Tool or SMST)	1. เครื่องมือ Early Signs Scale พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิค Back Translation และนำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน หลังจากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปหาความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มประชากร จำนวน 30 รายและ 100 รายตามลำดับ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช $r=0.91, 0.88$ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การนำของโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเอง พบว่าการรับรู้การนำของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้วิธีการจัดการกับอาการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05 (r = .384)$ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการใช้วิธีการจัดการกับอาการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05 (r = .289)$

เรื่องที่ 7. Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: A review of the literature

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. (2004).	Review the literature ศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ อาการนำของผู้ป่วยจิตเวช	สืบค้น จาก Medline and Clinical databases ค.ศ. 1980-2002 คำสืบค้น schizophrenia in combination with relapse, relapse prevention, prodrome, prodromal symptoms, early warning signs, early recognition, and early intervention.	อ่านงานวิจัยแต่ละเรื่องและนำมาสรุป เป็นความเรียง เกี่ยวกับหัวข้อที่ศึกษา	1 ความหมายอาการนำ เป็นประสบการณ์ ความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย ที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีอาการกำเริบซ้ำ 2. ลักษณะอาการนำ 2.1.อาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง 2.2 อาการเฉพาะเจาะจง (specific symptoms) 2.3 อาการนำที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว (specific idiosyncratic behaviours) 3.การตระหนักรู้อาการนำ ผู้ป่วยรับรู้การนำตนเอง 63-86 % ผู้ดูแลรับรู้การนำ 9% 4. การประเมินอาการนำจะประเมิน ได้ถูกต้องมากขึ้น ถ้ามีผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยร่วมประเมินด้วย เช่น the family or other members of the social network, and the care providers 5. การรายงานระยะเวลาระหว่างตั้งแต่มิมีอาการนำและอาการกำเริบซ้ำจะแตกต่างกันมาก เช่นการศึกษาของ Herz

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R. S., & Gryphonck, M. (2004).				<p>&amp; Melville (1980) พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัว รายงานระยะห่างระหว่างอาการนำและอาการกำเริบ น้อยกว่า 1 วัน 7 – 11 %) 1 วันถึง 7 วัน 16–24% มากกว่า 7 วัน ถึงมากกว่า 1 เดือน 50 –68%</p> <p>6. ความสามารถของอาการนำในการทำนายอาการกำเริบซ้ำแตกต่างกันระหว่างการวิจัยที่แตกต่างกัน</p> <p>sensitivity ตั้งแต่ 8 %- 81 % แต่ส่วนใหญ่สูงกว่า 50 % specificity 60-93 %</p> <p>7. การประเมินอาการนำ และการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง และควรเป็นการบำบัดแบบ a structural imbedding within the helping relationship</p>

เรื่องที่ 8. Revisiting the relapse predictive validity of prodromal symptoms in schizophrenia.

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
Gaebel, W., & Riesbeck, M. (2007)	Prospective cohort study -เพื่อศึกษาอาการนำที่สามารถทำนายอาการกำเริบได้หรือไม่ - โดยศึกษาข้อมูล secondary data จากการศึกษาของ Pietzcker, et al., 1993 กลุ่มตัวอย่าง 339 คน แบ่งเข้ารับการรักษา 3รูปแบบศึกษาระยะยาว 2 ปี	- Setting แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 4 แห่ง -เป็นผู้ป่วยจิตเภท 339 คน อายุ 18-55ปี มีอาการคงที่อย่างน้อย 3 เดือน เป็นชาย 46.3% อายุเฉลี่ย 43.8 คน ปีเฉลี่ย 7.2 ปี เกือบหนึ่งในสามเป็นผู้ป่วยครั้งแรก drop-out หลังเข้ารับงานวิจัย 181คน (53.4%)	- เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการนำใช้ list of prodromal symptoms based on “Early Symptom Questionnaires: ESQ ของ Herz & Melville 1980 ในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินการให้ค่าคะแนน(0=ไม่มีอาการ, 1=มีอาการ)	ผลการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำเฉลี่ย 28.1 วัน ก่อนอาการกำเริบ - ความไว (sensitivity) ของอาการนำแต่ละข้อ ใน 6 ข้อแรก อยู่ระหว่าง 23-39 % - ความเฉพาะเจาะจง (specificity) ของอาการนำแต่ละข้อ ใน 6 ข้อแรกอยู่ระหว่าง 69-80 % - ความไว (sensitivity) ของอาการนำรวมคะแนนทั้งฉบับ (over all prodrome score:OPS)= 72 % - ความเฉพาะเจาะจง (specificity) ของอาการนำรวมคะแนนทั้งฉบับที่ฉบับ (OPS) = 38 % - การศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการประเมินพบว่า ถ้าประเมินภายใน 21 วันความไว (sensitivity) 80 % แต่ถ้าประเมินนานกว่า 21 วันความไว (sensitivity) 65% - การประเมินวัดอาการทางจิต (Psychopathology) วัดโดย BPRS พบว่า อาการซึมเศร้าสามารถทำนายอาการกำเริบซ้ำได้

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
Gaebel, W., & Riesbeck, M. (2007)				<p>(OR=0.67, p= 0.04) อาการสงสัย (suspiciousness) OR=0.59, p=0.02</p> <p>พฤติกรรมร้องซ่า (motor retardation) OR=0.68, p=0.03)</p> <p>-การเปลี่ยนแปลงการปรับตัวทางจิตสังคม (psychosocial adjustment) วัดโดย CGI คะแนน CGI_change &gt;= 6 ค่า OR=01.4.68, p=0.03</p> <p>-จากค่าความไว (sensitivity) ของอาการนำแต่ละข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 23-39% ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในการใช้อาการนำเพียงข้อใดข้อหนึ่งมาใช้ในการทำนายอาการกำเริบซ้ำ</p>

เรื่องที่ 9. ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภท และญาติในการรับรู้การเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบ

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
สมชาย ต้นศิริสิทธิกุล, ศุภกนิษฐ์ พลไพติน, วันษา สร้างเขตต์, ณัฐกานต์ ไชญญ และ นุชนารถ ชัย เจริญ. (2551)	descriptive study / เพื่อศึกษาการ รายงาน ชนิดและ ความถี่ของอาการ เตือน ในผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างที่มีอาการ เลวลง(เสื่อมถอย, deterioration	แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา เก็บข้อมูลระหว่าง พฤษภาคม- มิถุนายน 2551 ผู้ป่วยจิตเภท 20 คนมี คะแนน BPRS อยู่ใน ระดับน้อย (18-36)และ ปานกลาง (37-89) ญาติ 20 คน	แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับลักษณะ ทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่างทั้งผู้ป่วย และญาติ-ข้อ คำถามปลาย เปิด เกี่ยวกับลักษณะ อาการเตือนที่ เกิดขึ้น -วิธีการเมื่อมี อาการเตือน	1. ผู้ป่วยรับรู้อาการเตือนได้ 15 คน (ร้อยละ 75) อีก 5 คน (ร้อยละ 25) ไม่สามารถบอก ได้โดยทั้ง 5 คนปฏิเสธการ เจ็บป่วย 2. ญาติรับรู้ 19 คน (ร้อยละ 95) 3. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกอาการเตือนทั้งการเปลี่ยนแปลง ของพฤติกรรม อารมณ์และความคิดความรู้สึก ทั้งพฤติกรรม ทั้งที่ไม่ใช่อาการทางจิตเช่นความไม่สุขสบาย นอนไม่หลับ หงุดหงิด และรับรู้อาการเตือนแบบอาการทางจิตเช่น หวาดระแวง หัวเราะคนเดียว พูดคนเดียว หนูแก้ว โดยทั้งผู้ป่วย และญาติรับรู้การเตือนเหมือนกันแต่ใช้คำพูดต่างกัน เช่น ผู้ป่วย บอกว่าตนเอง หลับยาก ไม่หลับเป็นบางครั้ง ไม่หลับทั้งคืน หลับมาก ญาติมองเห็นว่า ผู้ป่วยนอนกลางวัน ตื่นกลางคืน หลับ ๆ ตื่น ๆ ไม่นอนเลยได้เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมา 4. เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยมากกว่า 50 % สังเกตอาการเตือนได้ ก่อน

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
สมชาย ตันศิริสิทธิกุล, ศุภกนิษฐ์ พลไพสิน, วันชา สร้างเขตต์, ณัฐกานต์ ใจบุญ และ นุชนารถ ชัย เจริญ. (2551)				<p>อาการกำเริบซ้ำเพียง 1 สัปดาห์ หรือไม่ถึง 1 สัปดาห์ ขณะที่ญาติสังเกตอาการเตือนได้ก่อนอาการกำเริบซ้ำเพียง 1 สัปดาห์ 47 % เช่นกันและพบว่าผู้ป่วยและญาติบางส่วนยังมีวิถีจัดการกับอาการเตือนไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ผู้ป่วยใช้วิธีทำร้ายตนเองเดินไปเรื่อยๆ ตะโกน พูดคนเดียว ขณะที่ญาติบางคนให้หยุดทำกิจกรรม แอบเฝ้าตามนอนหลับให้กินยาไปเรื่อยๆ เป็นต้นนั้นผลจากการศึกษานี้จึงแนะนำว่าควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักและเรียนรู้ถึงความสำคัญของการรับรู้ถึงอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบซ้ำให้เร็วขึ้นและมีทักษะในการจัดการกับอาการเตือนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น</p>

เรื่องที่ 10. การพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
ปริญนันท์ สละสวัสดิ์ดีและ วัฒนภรณ์ พิบูลอาลักษณ์. (2552)	descriptive study -พัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท.	โรงพยาบาลในสังกัด กรมสุขภาพจิต 117 คน ประเมินรอบแรก ผู้ป่วย 40 คน ผู้ดูแล 20 จิตแพทย์ 9 คน รอบ 2 และรอบ 3 ผู้เชี่ยวชาญ 48 คน	แบบสัมภาษณ์ที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น	1. ลักษณะของอาการเตือน สามารถระบุอาการเตือนได้ 13 อาการแบ่งได้เป็น 3 องค์ประกอบ A) ด้านพฤติกรรมมี 6 อาการคือ 1) นอนไม่หลับ 2) ความคุมอาการของตนเองไม่ค่อยได้ 3) สนใจดูแลกิจวัตรประจำวันน้อยลงกว่าเดิม 4) พูดโต้ตอบหรือพูดคนเดียว 5) แยกตัวออกอยู่ตามลำพัง 6) ก้าวร้าว วนวายทะเลาะกับคนอื่น B) ด้านอารมณ์มี 4 อาการคือ 1) ตึงเครียด วิตกกังวล กลัว 2) ซึมเศร้า เมื่อหน้ายท้อแท้ 3) รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า 4) หงุดหงิดรุนแรงง่าย C) ด้านความคิด 3 ข้อ คือ 1) คิดหมกมุ่นในเรื่องบางเรื่อง 2.มี อาการระแวง 3) คิดว่าตนเองมีความพิเศษกว่าคนธรรมดา

เรื่องที่ 11. Recognition of early warning signs in patients with mental illness in Japan

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
Koichi, R. & Miyamoto, Y. (2009)	Qualitative study เพื่อศึกษาการรายงาน ชนิดและความถี่ของ อาการนำในผู้ป่วยจิตเวชระหว่างที่มีอาการเสื่อมถอยลง	- ศูนย์ฟื้นฟูทางสังคม 40 ศูนย์ใน 8 จังหวัด ประเทศญี่ปุ่น ผู้ป่วยจิตเวช 224 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภท 171 คน หญิง 64 คน ชาย 160 คน อายุเฉลี่ย 44.7 ปี เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลเฉลี่ย ประมาณ 3.2 ครั้ง;	คำถามปลายเปิด 1.คุณสามารถรับรู้ อาการนำก่อนที่คุณ จะมีอาการเลวลง หรือไม่ 2.คุณรับรู้อาการนำ ได้อย่างไร 3. อธิบายว่าอาการ นำหรืออาการของ คุณมีอาการอย่างไรบ้าง	-ผู้ป่วย 122 คน (54.5%) สามารถบอกได้ว่าตนมีอาการนำได้ 113 คน บรรยายอาการนำได้ 265 อาการแบ่งได้ 14 กลุ่ม อาการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงการนอน อาการทางกาย ภาวะ ซึมเศร้า ภาวะวุ่นวายใจ อาการทางจิต ทำกิจกรรมมากขึ้น หรือลดลง, อ่อนเพลีย คุ่มคลั่ง หงุดหงิดขงวิตกกังวล มีความ คิดปกตด้านความคิด กระสับกระส่าย รู้สึกเครียด รู้สึกตื่น ก้าว - จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังรับรู้อาการนำของตนเองได้ ประมาณ 50 % ถ้าไม่ได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะการ ประเมินอาการนำ

เรื่องที่ 12. Reliability and validity of the Japanese semi structured interview version of the Early Signs Scale ( ESS-JI ) for outpatients with schizophrenia

ผู้แต่ง / ปี	ระเบียบวิธีวิจัย / วัตถุประสงค์	Setting / กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ / Intervention	ผลการวิจัย
Koichi, R. & Miyamoto, Y. (2011).	-Cross-sectional study -เพื่อพัฒนาแบบ สัมภาษณ์กึ่ง โครงสร้างในการ ประเมินอาการนำ ฉบับภาษาญี่ปุ่น และ ทดสอบความเที่ยงตรง ความน่าเชื่อถือของ แบบวัด	-คลินิกจิตเวช (ผู้ป่วย นอก) -ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 15 คน (หญิง 10 คน ชาย 5 คน อายุเฉลี่ย 41.2 ± 10.8 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่ม รับการรักษาครั้งแรก 25 ± 5.8 ปี)	- the Early Signs Scale ( ESS-JI ) (ฉบับภาษาญี่ปุ่น) -Behaviour and Symptom Identification Scale :BASIS-32) - Self-Efficacy for Community Living Scale : SECL	- เครื่องมือ the Early Signs Scale ฉบับภาษาญี่ปุ่น ( ESS-JI ) - มีค่าความเชื่อมั่น internal consistency cronbach's alpha = 0.89, และ 0.90 - Test-retest reliability r = 0.931 ( P < 0.01) - Validity correlationระหว่าง ESS-JI กับ BASIS-32 r= 0.97 (P<0.01) - Validity correlationระหว่าง ESS-JI กับ SECL r= - 0. 74 (P<0.01) เครื่องมือ the Early Signs Scale Birchwood, et al (1989) สามารถนำมาใช้ในญี่ปุ่นได้มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงดี

## สรุปประเด็นที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การที่ผู้ป่วยสามารถระบุอาการนำและการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองสามารถป้องกันหรือยืดระยะเวลาการกำเริบซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น เพราะได้จัดการดูแลตนเอง และช่วยให้ครอบครัวเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเริ่มมีอาการนำได้เหมาะสมขึ้น และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมความสามารถในการประเมินอาการนำ ได้แก่

1. การให้ความหมายของอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ (early signs of relapse) ที่ตรงกันระหว่างผู้ให้การบำบัด ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง

การให้ความหมายของอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ (early signs of relapse) จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าส่วนใหญ่ให้ความหมายใกล้เคียง เช่น

อาการนำ (early warning signs) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ก่อนที่จะพัฒนาไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่เห็นเด่นชัด (Birchwood et al., 2000, level VII)

อาการนำ หมายถึง การรับรู้ประสบการณ์ ความคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปก่อนที่จะมีอาการกำเริบซ้ำ (Meijel et al., 2004, level VII)

อาการนำ หมายถึง อาการที่ผิดปกติก่อนจะมีอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งไม่ใช่อาการทางจิตและไม่ได้เกิดขึ้นเพราะความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์และ วัฒนารักษ์ พิบูลอักษณ., 2552, level VI)

นอกจากนี้ยังมีผู้ใช้ คำอื่นๆที่มีความหมายเหมือนหรือใกล้เคียงกับอาการนำ (early signs) เช่น prodrome, prodromal symptoms, early warning signs, early recognition (Birchwood et al., 2000, level VII; Meijel et al., 2004, level VII)

ดังนั้น อาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ (early signs of relapse) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน ก่อนที่จะพัฒนาไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่เห็นเด่นชัด หรืออาการทางจิตกำเริบ และไม่ได้เกิดขึ้นเพราะความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด และอาจมีการใช้คำอื่นที่มีความหมายใกล้เคียงกับอาการนำแทนได้เช่น prodrome, prodromal symptoms, early warning signs, early recognition (Birchwood et al., 2000, level VII ; Meijel et al., 2004, level VII); ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์และวัฒนารักษ์ พิบูลอักษณ., 2552, level VI)

กระบวนการของอาการกำเริบซ้ำ ส่วนใหญ่เริ่มต้นด้วยผู้ป่วยมีอาการนำ จะพบว่าการเริ่มแรกเป็นอาการนำที่เป็นอาการทั่วไป (non-specific symptoms) ต่อมาจะมีปัญหาทางอารมณ์รุนแรงขึ้น เกิดอาการนำที่มีอาการเฉพาะ (specific symptoms) จนเกิดอาการทางจิตกำเริบชัดเจน (Birchwood et al., 2000, level VII; Fitzgerald, 2001, level VII)

## 2. การสามารถบอกลักษณะอาการนำที่พบในผู้ป่วยจิตเภทได้

ลักษณะอาการนำที่พบในผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีการประเมินลักษณะอาการนำในหลายรูปแบบและการบอกลักษณะอาการนำของผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้บำบัด บางครั้งก็สามารถบอกลักษณะอาการนำหรือการเปลี่ยนแปลงได้ตรงกันหรือเหมือนกัน บางครั้งก็พบว่าการบอกลักษณะอาการนำแตกต่างกันทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้และให้ความสนใจในอาการที่เปลี่ยนแปลงไปแตกต่างกันหรืออาจเกิดจากการใช้คำพูดสื่อภาษาที่ต่างกัน เนื่องจากต่างมุมมองหรือต่างวัฒนธรรม เช่น

1. การบอกลักษณะอาการนำแบ่งได้ 3 ประเภทคือ 1) อาการนำที่บอกอาการทั่วไป (non-specific symptoms) และ 2) อาการนำที่มีอาการเฉพาะ (specific symptoms) และ 3) อาการนำที่เป็นลักษณะเฉพาะแต่ละบุคคล (specific idiosyncratic behaviours) ตัวอย่างอาการนำแต่ละประเภท

1.1 อาการนำที่เป็นอาการทั่วไป (non-specific symptoms) หรืออาการนำที่ไม่ใช่อาการทางจิต (non psychotic) หรือ 'dysphoric' symptoms ได้แก่ ความตึงเครียดอารมณ์เศร้า แยกตัว และอาการวิตกกังวลเพิ่มขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงของการกิน การนอน (Fitzgerald, 2001, level VII; Birchwood et al., 2000, level VII)

1.2 อาการนำที่มีอาการเฉพาะ (specific symptoms) หรืออาการคล้ายโรคจิต (psychotic-like symptoms) or low-level psychotic symptoms ตัวอย่างเช่นอาการหัวเราะโดยไม่มีสาเหตุ หรือพูดไร้เพื่อ อาการสงสัยไม่ไว้วางใจผู้อื่น อาการเชื่อผิด ๆ หลงผิด การรับรู้เปลี่ยนไป คิดว่าตนเองมีความพิเศษในบางเรื่อง (Fitzgerald, 2001, level VII; Birchwood et al., 2000, level VII)

1.3 อาการนำที่เป็นลักษณะเฉพาะแต่ละบุคคล (specific idiosyncratic behaviours) เป็นลักษณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะสามารถสังเกตและบอกได้ว่าจะพบอาการนำหรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปเฉพาะเช่นนี้ทุกครั้งก่อนที่จะมีอาการกำเริบเช่นเริ่มออกนอกบ้านบ่อยครั้งขึ้น สูบบุหรี่บ่อยครั้งขึ้น แต่งตัวแปลกไป พูดเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาบ่อยครั้ง เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มักจะไม่มีในเครื่องมือประเมินหรือเครื่องมือคัดกรองอาการนำที่เป็นมาตรฐานเนื่องจากเป็นอาการที่เป็นคำพูดบอกเล่าตามการรับรู้และตามความรู้สึกของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Meijel et al., 2002, Part I, level VII)

ตัวอย่างการศึกษาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกอาการนำของตนเองได้

จากการศึกษาของ Koichi and Miyamoto (2009) จาก กลุ่มตัวอย่าง 224 คน รับรู้อาการนำทั้งสิ้น 265 อาการจัดเป็นประเภทได้ 14 ประเภท คือ มีการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบการนอน (57 คนใน 224 คน 25.4 %), อาการทางกาย (38 คน 17.0 %),อาการซึมเศร้า (29 คน 12.9 %), อาการตื่นกลัว (28 คน 12.5 %) และอาการทางจิต (20 คน 8.9 %) และทำกิจกรรมมากขึ้นหรือลดลง 6.7% ,

อ่อนเพลีย 5.8 % อาการคุ้มคลั่ง 5.4 % หงุดหงิดง่าย 4.9 % วิตกกังวล 4.5 % มีความผิดปกติด้านความคิด 4.0% กระสับกระส่าย 2.2 % รู้สึกเครียด 0.9 % รู้สึกตื่นกลัว 4 % และไม่สามารถระบุได้ 6.7 % (Koichi & Miyamoto, 2009, Level V)

การศึกษาของ Heinrichs and Carpenter (1985) ศึกษาแบบ prospective ผู้ป่วย 47 คน สัมภาษณ์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบอาการนำ 32 อาการ อาการที่พบบ่อย 10 อาการ คือ ประสาทหลอน (53 %), อาการระแวง (43 %), การนอนเปลี่ยนแปลง (43 %), วิตกกังวล (38 %), ความสามารถในการรู้คิดลดลง (26 %), โกรธ/ก้าวร้าว (23 %), มีอาการทางกายหรือหลงผิด (21 %), มีความผิดปกติของความคิด (17 %), พฤติกรรมไม่เหมาะสม (17 %), และซึมเศร้า (17 %). การศึกษาครั้งนี้พบทั้งมีอาการทางจิตและไม่มีอาการทางจิต (Meijel, 2004, level VII)

2. การบอกลักษณะอาการนำแบ่งตามพฤติกรรมการแสดงออก 3 องค์ประกอบ คือ (ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์ & วัฒนภรณ์ พิบูลอักษรณ์, 2552, level VI ; Birchwood et al., 2000, level VII)

2.1 ด้านพฤติกรรมเช่น นอนไม่หลับ หรือนอนหลับยาก ควบคุมอาการของตนเองไม่ค่อยได้สนใจดูแลกิจวัตรประจำวันน้อยลงกว่าเดิม พูดโต้ตอบหรือพูดคนเดียว แยกตัว อายุกอยู่ตามลำพังพูดหรือยิ้มคนเดียว แสดงท่าทีระแวงเมื่อถูกจ้องมอง พฤติกรรมประหลาดโดยไม่มีสาเหตุ ไม่สนใจตนเอง ปฏิเสธการทำตามคำขอร้องหรือคำสั่งง่ายๆ ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น เคลื่อนไหวช้า นั่งไม่ติด ก้าวร้าว วุ่นวายกับคนอื่น

2.2 ด้านอารมณ์ เช่น ความตึงเครียด วิตกกังวล กังวลหรือกระสับกระส่าย กลัว ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย รู้สึกเหน็ดเหนื่อยหรือหมดแรง รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกแข็งแรงหรือมีพลัง รู้สึกว่าไม่สามารถจัดการงานที่หนักในแต่ละวันได้ รู้สึกว่ากำลังถูกลงโทษ รู้สึกโมโห รู้สึกผิด

2.3 ด้านความคิดการรับรู้ เช่น คิดหมกมุ่นในเรื่องบางเรื่อง มีอาการระแวง คิดว่าตนเองมีความพิเศษกว่าคนธรรมดา รู้สึกสับสนหรืองุนงง รู้สึกหลงลืมรู้สึกเหมือนอยู่อีกโลกหนึ่ง มีความยุ่งยากในการตัดสินใจ มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ หนึ่งหรือสองสิ่ง ผันร่าย ไม่มีสมาธิ คิดว่าส่วนต่างๆ ของร่างกายเปลี่ยนไป

3. ต้องประเมิน ความสามารถในการรับรู้อาการนำของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้อาการนำ ในการศึกษาแต่ละฉบับต่างกันกล่าวคือ ผู้ป่วยสามารถรับรู้อาการนำของตนเองได้ร้อยละ 54 -86 และผู้ดูแล สามารถรับรู้อาการนำของผู้ป่วยได้ร้อยละ 93-95 ที่การรับรู้อาการนำของผู้ป่วยแต่ละการศึกษาต่างกันมากมีปัจจัยหลายอย่างเช่น กลุ่มประชากรที่ศึกษาต่างกัน รูปแบบของการประเมินต่างกัน บางการศึกษาประเมินโดยให้ผู้ป่วย

ติดตามอาการของตน ไปข้างหน้า บางการศึกษาให้ผู้ป่วยนึกย้อนหลัง ไปในเหตุการณ์ครั้งที่ผ่านมา และข้อคำถามและวิธีการเก็บข้อมูลต่างกันบางการศึกษาใช้แบบสอบถามบางการศึกษาใช้การสัมภาษณ์ (Koichi & Miyamoto, 2009, Level V; Birchwood et al., 2000, level VII; Meijel et al., 2004, level VII) ดังการศึกษาต่อไปนี้

การศึกษาของ (Koichi & Miyamoto, 2009, Level V) กลุ่มตัวอย่าง 224 คน พบกลุ่มตัวอย่าง 122 คน (54.5 %) รับรู้อาการนำของตนเองได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมของการศึกษาของ (Birchwood et al., 2000, level VII); Meijel et al., 2004, level VII) จากการศึกษาของ Heinrichs et al. (1985) พบว่าผู้ป่วย 63 % สามารถรับรู้อาการต่างๆที่เสื่อมถอยลงตั้งแต่ระยะแรก ๆ จนรุนแรงถึงขั้นอาการกำเริบซ้ำ การศึกษาของ Herz and Melville (1980) จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วย 145 คน และสมาชิกในครอบครัว 80 คน (retrospective ) พบว่าผู้ป่วย 70 % และสมาชิกครอบครัว 93% สามารถระบุอาการนำหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง ได้ 1 หรือมากกว่า 1 ขณะที่การศึกษาของ Kumar et al. (1989) ศึกษา retrospective พบว่าผู้ป่วย 86 % สามารถระบุอาการนำหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง ได้ 1 หรือมากกว่า 1 อาการ และจากการศึกษาของ สมชาย ต้นศิริสิทธิกุล และคณะ (2551) Level VI พบว่า การรับรู้อาการนำของผู้ป่วยและญาติ กลุ่มละ 20 คน ญาติรับรู้อาการนำได้มากกว่าผู้ป่วยกล่าวคือ ผู้ป่วย 15 คน (ร้อยละ 75) สามารถรับรู้อาการนำของตนเอง ผู้ป่วย 5 คน (ร้อยละ 25) ไม่สามารถบอกได้โดยทั้ง 5 คนปฏิเสธการเจ็บป่วย ญาติผู้ป่วยสามารถระบุอาการนำของผู้ป่วยได้ 19 คน ( ร้อยละ 95)

#### 4. วิธีการประเมินอาการนำทำได้อย่างไรบ้าง

4.1 รูปแบบของการประเมิน การประเมินอาการนำมีผู้ที่เกี่ยวข้องในการประเมินหลายคน อาจเป็นตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแล และผู้บำบัด วิธีการประเมินมีตั้งแต่ การสังเกต การสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถาม (Meije et al., Part I, 2002, level VI)

1) การประเมินด้วยการสังเกต อาจเป็นผู้ป่วยประเมินการเปลี่ยนแปลงตนเอง หรือญาติสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่บ้าน หรือผู้บำบัดสังเกต พฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ และความคิดเห็นจากการสนทนากับผู้ป่วย ว่ามีลักษณะของอาการนำหรือไม่

2) การประเมินด้วยการสัมภาษณ์ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้บำบัดหรือบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลเกี่ยวกับลักษณะอาการนำ อาจสัมภาษณ์ในลักษณะคำถามปลายเปิด เช่น “คุณคิดว่าอาการนำคืออะไร” “ก่อนที่จะเกิดอาการกำเริบคุณพบอาการนำ หรืออาการที่เปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติตั้งแต่เมื่อไร และพบอาการนำอะไรบ้าง” “คุณคิดว่า การที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงหรือรบกวนชีวิตคุณเกิดจากอะไร” หรือ คุณสามารถรับรู้อาการนำเมื่อคุณมีอาการเลวลง คำตอบ เป็น 'ใช่'หรือ'ไม่' และ สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ ให้ระบุว่าเขา

รับรู้การนำได้อย่างไร และให้อธิบายอาการนำมีอะไรบ้างได้อย่างอิสระทั้งอาการทางกายและอาการทางจิตก่อนหน้าอาการทางจิตเลวลง (psychotic deterioration) (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์ & วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2552, level VI; Koichi & Miyamoto, 2009, Level V)

4.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการนำ ที่มีใช้ในประเทศไทยปัจจุบันมี 2 เครื่องมือ คือ

1) เครื่องมือ the Early Signs Scale: ESS ของ Birchwood et al. (1989) มี 34 ข้อ และมี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย 6 ข้อ 2) ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว 11 ข้อ 3) การไม่สามารถยับยั้งตนเอง 7 ข้อและ 4) การเริ่มมีอาการทางจิต 10 ข้อ เป็นแบบประเมินที่มีผู้นำไปแปลเป็นภาษาต่างๆ เช่น เยอรมัน ญี่ปุ่น และไทย พบว่ามีค่าความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี และความตรงเชิงโครงสร้าง และความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี (Koichi & Miyamoto, 2009, Level VI; วุฒิชัย ช้างมิ่งและคณะ.,2546, Level VI) แต่ปัญหาของการใช้เครื่องมือนี้คือผู้สร้างเครื่องมือไม่แนะนำให้ใช้ ค่า cut-off point กับเกณฑ์มาตรฐานแต่แนะนำให้เปรียบเทียบกับค่าคะแนนพื้นฐาน(Based line )ของผู้ป่วยแต่ละคนเอง และการประเมินมีข้อคำถาม 34 ข้อ และควรประเมินภายใน 2-4 สัปดาห์ ทำให้ผู้ประเมินเกิดความเบื่อหน่ายได้

การศึกษาคุณภาพของเครื่องมือ

การใช้เครื่องมือในประเทศญี่ปุ่น เครื่องมือ the Early Signs Scale ฉบับภาษาไทยญี่ปุ่น(the Early Signs Scale (ESS-J) มีค่าค่าความเชื่อมั่นประเมินโดยใช้วิธี internal consistency Time 1 cronbach's alpha = 0.89 Time 2 cronbach's alpha = 0.90 ค่า คะแนนเฉลี่ย ESS-JI time 1 (test) 21.9 (16.47) and time 2 (retest) 23.47 (16.25)  $r = 0.931$  ( $P < 0.01$ ) ,Validity correlationระหว่าง ESS-JI กับ Behaviour and Symptom Identification Scale :BASIS-32  $r = 0.97$  ( $p < 0.01$ ,Validity correlationระหว่าง ESS-JI กับSelf-Efficacy for Community Living Scale : SECL)  $r = -0.74$  ( $p < 0.01$ ) (Koichi & Miyamoto, 2011, Level V)

2) แบบคัดกรองเพื่อช่วยให้ บุคลากรทางการพยาบาลและญาติหรือผู้ดูแลสามารถนำไปคัดกรองอาการเตือนก่อน พัฒนาโดย ปรียนันท์ สละสวัสดิ์และวัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ (2552).ลักษณะของอาการเตือน สามารถระบุอาการเตือนได้ 13 อาการแบ่งได้เป็น 3 องค์ประกอบ 1) ด้านพฤติกรรม 6 ข้อ 2) ด้านอารมณ์ 4 ข้อ 3) ด้านความคิดการรับรู้ 3 ข้อ

คุณภาพของเครื่องมือ การพัฒนาเครื่องมือใช้วิธี เทคนิคเดลฟาย กลุ่มตัวอย่าง 117คน ผู้ป่วย 40 คน ญาติ 20 คน จิตแพทย์ 9 คน และผู้เชี่ยวชาญ 48 คน พัฒนาเครื่องมือได้ 13 ข้อ เครื่องมือนี้ ยังไม่ได้หา cut-off point ในกลุ่มจิตเภท ยังไม่สามารถทำนายอาการกำเริบได้ชัดเจนเช่นกัน ยังอยู่ระหว่างการพัฒนาต่อเนื่อง

### 5. ปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายอาการกำเริบซ้ำจากการประเมินอาการนำ

จากการศึกษาที่ผ่านมามีค่าการทำนาย sensitivity มีค่า ตั้งแต่ 8%-81 % แต่ส่วนใหญ่สูงกว่า 50 % Specificity 60-93 % ที่ผลการศึกษาดังกล่าวอาจเนื่องจาก จำนวนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนน้อย วิธีการเก็บข้อมูลต่างกัน บางการศึกษาใช้วิธีการศึกษาไปข้างหน้า บางการศึกษาใช้วิธีการศึกษา ย้อนหลัง (Gaebel et al., 1993; Jorgensen, 1998; Meijel et al., 2004, level VII) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการทำนายอาการกำเริบซ้ำอีกเช่น

5.1 ปัจจัยด้านการประเมินคุณลักษณะของอาการนำ ควรมีการประเมินคุณลักษณะของอาการนำทั้ง ลักษณะทั่วไป (non-specific symptoms) และลักษณะเฉพาะ (specific symptoms) เพราะจะทำให้ทำนายอาการกำเริบซ้ำสูงกว่า ใช้เพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่ง (Fitzgerald, 2001, level VII; Birchwood et al., 2000, level VII) ดังการศึกษาที่ผ่านมามีดังนี้

- การประเมินอาการนำที่เฉพาะอาการนำที่ไม่ใช่อาการทางจิต (non specific EWS) จะมีค่าการทำนายต่ำกว่าการประเมินอาการนำที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย (Fitzgerald, 2001, level VII)

- การกำหนดอาการนำทั่วไป (non-specific symptoms) จะพบ poor sensitivities and/or specificities ควรระบุอาการนำทั้ง non-specific symptoms และ specific symptoms จะช่วยให้ทำนายอาการกำเริบซ้ำสูงขึ้น (Birchwood et al., 2000, level VII)

- จากการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective) พบว่า psychotic relapse สามารถทำนาย sensitivity 50-79 % and specificity 75 - 81 % เมื่อประเมิน non specific symptoms ร่วมกับ specific symptoms (Birchwood et al., 2000, level VII)

5.2 ปัจจัยด้านการแปลผลการเกิดอาการนำควรรู้วิธี เปรียบเทียบคะแนนอาการปัจจุบันกับคะแนนอาการพื้นฐาน (baseline scores) ในภาวะปกติ Birchwood, et al. (2000) แนะนำว่า การสรุปผลว่าผู้ป่วยเกิดอาการนำหรือไม่ ควรแปลผล โดยคำนึงถึงข้อมูลพื้นฐานในภาวะปกติ หรือภาวะสมดุลของผู้ป่วยแต่ละคนว่าเป็นอย่างไร เช่นผู้ป่วยบางคนในภาวะปกติมีอาการหลงเหลืออยู่ (residual syndromes) คะแนนของอาการนำก็จะสูงกว่าในภาวะปกติของเขา และสูงกว่าของคนที่ไม่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ การเปรียบเทียบอาการหรือคะแนนภาวะผิดปกติของแต่ละบุคคลกับตัวเอง จะสามารถทำนายอาการกำเริบซ้ำ ได้ดีกว่าที่จะนำคะแนนอาการนำนั้นไปเปรียบเทียบกับคะแนนอาการของผู้อื่น ( Birchwood et al., 2000, level VII)

5.3 ปัจจัยด้านเวลาที่ใช้ในการประเมิน พบว่าถ้ายังประเมินบ่อยครั้งเท่าไรก็จะยิ่งตรวจพบอาการนำได้เร็วขึ้นอย่างน้อยควรประเมินทุก 2-4 สัปดาห์ หรือถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ก็ควรประเมินอาการนำทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป หรือ

ความรู้สึกทางลบหรือบวกเพิ่มขึ้น(Gaebel & Riesbeck, 2007, Level IV ; Meijel et Al., 2004, level VII)

- จากการศึกษาหนึ่งพบว่าถ้าประเมินภายใน 21 วันจะพบอาการนำได้สูงกว่า ประเมินห่างกันเกิน 21 วัน และพบว่าถ้าผู้ป่วยเคยประเมินตนเองอย่างสม่ำเสมอ 2 สัปดาห์ต่อครั้ง แล้วหยุดประเมินมักแสดงว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบซ้ำ (Gaebel & Riesbeck, 2007, Level IV)

- จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมของ Birchwood et al., 2000, level VII; Meijel et al., 2004, level VII) จากการศึกษาของ Docherty et al. (1978) พบว่าส่วนใหญ่ใช้เวลาน้อยกว่า 4 สัปดาห์หลังจากเริ่มพบอาการนำ. และจากการศึกษาของ Herz and Melville (1980) พบว่าผู้ป่วยและ ครอบครัว รายงานระยะห่างระหว่างอาการนำและอาการกำเริบน้อยกว่า 1 วัน 7-11 %, 1 วันถึง 7 วัน 16-24 % มากกว่า 7 วัน ถึงมากกว่า 1 เดือน 50 -68 % และจากการศึกษาของ สมชายตันศิริสิทธิกุล และคณะ. (2551) Level VI พบว่า ผู้ป่วยมากกว่า 50 % สังเกตอาการเตือนได้ก่อนอาการกำเริบซ้ำเพียง 1 สัปดาห์หรือไม่ถึง 1 สัปดาห์ ขณะที่ญาติสังเกตอาการเตือนได้ก่อนอาการกำเริบซ้ำเพียง 1 สัปดาห์ 47 % แต่อาการนำที่พบมีอาการชัดเจนคล้ายอาการกำเริบเช่นอาการหวาดระแวง พูดคนเดียว อาจแสดงว่าผู้ป่วยและญาติไม่มีความไวพอในการประเมินอาการนำตนเอง ควรมีการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการประเมินตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

- ในทางปฏิบัติผู้ป่วยมักประเมินตนเองประมาณเดือนละครั้งหรือประเมินทางอ้อมคือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างในชีวิต หรือเริ่มรู้สึก ตึงเครียด ก็จะมาประเมินหรือเฝ้าสังเกตอาการนำของตน และญาติก็จะมักปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ป่วย (Meijel et al., 2004, level VII)

5.4 ปัจจัยด้านองค์ประกอบในการตัดสินใจว่ามีอาการนำหรือไม่ ต้องพิจารณาจากหลายองค์ประกอบร่วมกัน (multifactor) ทั้งลักษณะอาการหรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่พบ ความถี่ของการประเมิน การใช้เครื่องมือประเมินและการใช้การตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgement) ร่วมด้วย การประเมินร่วมกัน (involvement) ทั้งตัวผู้ป่วยผู้ดูแลและแพทย์ (Fitzgerald, 2001, level VII)

## 6. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการประเมินอาการนำของผู้ป่วย

การที่ผู้ป่วยและญาติสามารถประเมินอาการนำได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วจะมีประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้เร็วขึ้น ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการนำได้ถูกต้องมากขึ้น (Meijel et al., Part II, 2002, level VI) ได้แก่

6.1 ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการประเมินอาการนำ การที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรค ตระหนักในความสำคัญของการประเมินอาการนำ

การบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เห็นประโยชน์ของการประเมิน และรับรู้อุปสรรคในการประเมิน เช่น เบื่อหรือรู้สึกยุ่งยากน้อยจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง

6.2 ปัจจัยด้านการรู้จักตนเองรวมทั้งภาวะโรคของตนเอง (insight) ที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยที่ ปฏิเสธการเจ็บป่วยจะไม่เห็นความสำคัญของการประเมินอาการนำของตนเอง และวิธีการบำบัดแบบกลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการป่วยของตนเองมากขึ้น จากการทำ พูดคุยกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ได้ยินมุมมองของเพื่อนที่ป่วยว่ามันไม่ใช่เรื่องเสียหายที่จะยอมรับว่าตนเองป่วยและบำบัดดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำเหมือนเช่นผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

6.3 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มอาการทางลบเช่นมีภาวะไร้อารมณ์ ขาดความกระตือรือร้นไม่รู้สึกรู้ว่าอยากทำอะไร ภาวะซึมเศร้า มีกระบวนการคิดค้อยลง ขี้สงสัยหรือต่อต้าน จะขาดแรงจูงใจและความสามารถในการรู้จัก มีผลต่อความสามารถในการประเมิน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดที่เข้มข้นและให้การบำบัดที่ต่อเนื่องนานมากขึ้น เพื่อส่งเสริมความสามารถในการประเมิน ส่งเสริมแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในการประเมินอาการนำของตนเองได้

6.4 ปัจจัยด้านการบำบัดรักษาที่ต่อเนื่อง การบำบัดจะต้องเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง มีการประเมินผลและพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ควรให้ความสำคัญกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคลด้วย แม้จะเป็นการให้การบำบัดเป็นกลุ่ม เพราะผู้ป่วยจะมีส่วนหนึ่งของอาการนำที่มีลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล การเรียนรู้ในการวางแผนการประเมินอาการนำตนเอง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้นำแผนการไปใช้ และกลับมาพูดคุยกับผู้บำบัด เพื่อการปรับแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นการบำบัดขณะผู้ป่วยรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในควรมีแผนติดตามอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนไปรักษาแบบผู้ป่วยนอกและติดตามดูแลในชุมชนต่อเนื่องด้วย

6.5 ปัจจัยด้านการทำงานร่วมกันและมีทัศนคติที่ดีต่อกัน ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้บำบัด การมีทัศนคติที่ดีต่อกันให้กำลังใจกัน จะส่งเสริมความร่วมมือในการบำบัด ร่วมมือในการสังเกต ประเมินและ บันทึก อาการนำ การร่วมมือที่ดีจะช่วยให้การประเมินอาการนำได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น เพราะว่าแต่ละคนจะมีมุมมองหรือให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ทำให้เห็นข้อมูลได้ชัดเจนขึ้น

## 7. รูปแบบของการบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำเมื่อพบอาการนำ

เนื่องจากการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการนำของตนเองได้เป็นขั้นตอนหนึ่งของการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ จะพบว่ารูปแบบของการป้องกันอาการกำเริบซ้ำขึ้นอยู่กับความเชื่อว่าอาการนำมีสาเหตุสำคัญจากปัจจัยใดบ้าง และวิธีการจัดการกับอาการนำควรเป็นอย่างไร

ปัจจุบันมีรูปแบบการป้องกันอาการกำเริบซ้ำที่สำคัญ 3 รูปแบบคือ (Meijel et al., Part I, 2002, level VI; Birchwood et al., 2000, level VII)

7.1 การบำบัดด้วยยา (Medication intervention) การบำบัดด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีข้อเสนอแนะว่า ควรให้การบำบัดด้วยยาอย่างต่อเนื่องและปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นเมื่อพบอาการนำ สามารถลดอัตราการเกิดอาการกำเริบซ้ำได้ 12-23 % ตลอด 2 ปีที่มีการติดตามประเมินอาการนำ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินอาการนำและระบุอาการนำ โดยคอยตรวจสอบถ้ามีอาการนำเมื่อไรให้ไปพบแพทย์เพื่อปรับยาหรือเพิ่มขนาดยา

7.2 การบำบัดทางจิตสังคม จากกรอบแนวคิด The stress - vulnerability model (Zubin & Spring, 1977) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบคือ

7.2.1 รูปแบบการส่งเสริมฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ (own coping skill) หรือส่งเสริมการใช้แหล่งป้องกันทั้งภายในบุคคลในครอบครัว ชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ การบำบัดจะเริ่มที่ผู้ป่วยและผู้บำบัด ศึกษาเป็นกระบวนการตั้งแต่ภาวะปกติภาวะที่เกิดอาการนำ จนถึงอาการกำเริบซ้ำในอดีต ศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางพฤติกรรมความรู้สึก และการรับรู้ เป็นการบำบัดแบบ Personal therapy และเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น (coping skill) ทักษะในการจัดการความเครียด(stress management) โดยการระบุและจัดการกับอาการนำและจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่นำไปสู่อาการกำเริบซ้ำรวมทั้งให้การบำบัดแบบประคับประคอง (supportive therapy) เพื่อส่งเสริมการปรับตัวกับครอบครัว การบำบัดวิธีนี้จะช่วยยืดระยะเวลาการเกิดอาการนำลงได้

7.2.2 รูปแบบการบำบัดแบบ cognitive behavior therapy การส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง (dysfunctional beliefs) ที่นำไปสู่การเกิดอาการทางจิต การใช้กลยุทธ์ของการบำบัดทางความคิด เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดวิธีนี้ช่วยให้การใช้ระยะเวลาในพื้นที่ฟูมฟัสมรรณภาพลดลง 25-50 % และอาจป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้ การบำบัดโดยรูปแบบนี้มีดังนี้

1) การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ (engagement and education)

2) การระบุสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ (identification of the relapse signature) โดยการฝึกทบทวนสิ่งที่คิดว่าเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการเหล่านี้ ประกอบด้วยการฝึก 2 ประเภท คือ 2.1) การฝึกบันทึกกระบวนการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เริ่มแรกที่มีอาการนำไปสู่อาการกำเริบซ้ำ (Time line exercise) และ 2.2) การฝึกคัดเลือกรับรู้คำอาการเตือน (The card sort exercise) เป็นการจัดทำบัตรคำที่ประกอบด้วยอาการทางจิตและอาการที่ไม่ใช่อาการทาง

จิต ซึ่งเป็นอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 55 บัตรคำ แล้วให้ผู้ป่วยเลือกบัตรคำที่ตรงกับประสบการณ์ของอาการนำครั้งก่อนของตน และให้ผู้ป่วยพูดบรรยายถึงอาการที่ระบุได้จากบัตรคำ ร่วมกันอภิปราย การฝึกโดยอธิบายถึงสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการและให้ข้อมูลเพิ่มเติม เน้นการสนับสนุนให้แต่ละคนเข้าใจความหมายตามประสบการณ์ของตนเอง

### 3) การพัฒนาแนวทางการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ

(development of a relapse drill)

3.1) มีข้อมูลเกี่ยวกับ แหล่งช่วยเหลือ (pathway to support)

3.2) สามารถเข้าถึงแหล่งที่ให้การบำบัดทางจิต (service interventions)

3.3) เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหาต่างๆ (personal coping strategies) รวมทั้งการจัดการกับอาการนำ

### 4) การฝึกการติดตามอาการนำ (rehearsal and monitoring)

การรับรู้สัญญาณของ อาการนำของแต่ละบุคคล

5) การระบุลักษณะอาการนำและเรียนรู้วิธีการจัดการเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ

## 3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้อง พบเนื้อหาที่ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษาก็คือ พบว่าผู้ป่วยสามารถประเมินอาการนำของตนเองได้ และผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำ จะสามารถประเมินอาการนำของตนเองได้ถูกต้องมากขึ้น และพบว่ามีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการประเมินอาการนำของผู้ป่วย ได้แก่ การตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วย ลักษณะบุคลิกภาพ แรงจูงใจในการประเมิน ดังนั้นผู้บำบัดจึงต้องศึกษาปัจจัยเหล่านี้ในผู้ป่วยแต่ละคนว่าเป็นอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการบำบัดในการส่งเสริมการประเมินอาการนำของผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละบุคคลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความรู้ที่ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมความสามารถในการประเมินอาการนำดังนี้คือ การให้ความหมายของอาการนำ องค์ประกอบของอาการนำมีอะไรบ้าง จะประเมินอาการนำได้อย่างไร และควรประเมินเมื่อไร และจะทราบได้อย่างไรว่าเกิดอาการนำ ข้อเสนอแนะมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บำบัดในการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการบำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำของผู้ป่วยควรมีการประเมินผู้ป่วยในเรื่องดังต่อไปนี้

1.1 การรู้จักตนเองของผู้ป่วย (insight) เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเอง และภาวะโรคไม่ตรงกับความเป็นจริง ปฏิเสธการเจ็บป่วย (Poor insight) จะรู้สึกโกรธต่อต้าน หรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมบำบัด และไม่เห็นความสำคัญของการประเมินอาการนำ ดังนั้นต้องมีการบำบัด เพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะโรค ที่ถูกต้อง เช่นส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัดความรู้เรื่องโรคจิตเภท การได้อภิปรายกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน ถึงสถานการณ์ในอดีตและปัจจุบัน ที่เกิดความรู้สึก ทุกข์ ทรมาณจากการเจ็บป่วยทางจิต และผลดีของการบำบัดรักษา อาจก่อให้เกิดความสนใจ และยอมรับ ในภาวะการเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยต้องยอมรับว่าตนเองป่วยทางจิต จึงจะสามารถส่งเสริมการ ประเมินอาการนำเป็นลำดับต่อไปได้ หรือถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยหรือไม่สามารถประเมิน อาการนำได้ด้วยตนเอง อาจต้องสอนให้ ญาติประเมินอาการนำ แทนหรือประเมินร่วมกับผู้ป่วยได้ (Meijel et al., Part II, 2002, level VI)

1.2 แรงจูงใจ(motivation)ใจในการประเมินอาการนำของผู้ป่วย ผู้ป่วยแต่ละ คนมีแรงจูงใจที่ต่างกัน ผู้ป่วยที่มีความตั้งใจที่จะจัดการกับสถานการณ์หรือปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง มักมีแรงจูงใจที่จะประเมินอาการนำและจัดการกับอาการนำด้วยตนเอง รวมทั้ง ผู้ป่วยที่เห็น ประโยชน์ของการประเมิน และรับรู้อุปสรรคของการประเมินน้อย จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วย ประเมินอาการนำของตนเองอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในการบำบัดผู้ป่วยที่ขาดแรงจูงใจในการประเมิน อาการนำ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมแรงจูงใจในการประเมินตนเอง เช่น การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ในการบำบัดก่อนที่จะให้ความรู้เรื่องการประเมินอาการนำ (Meijel et al., Part II, 2002, level VI ; Taitet et al., 2002, Level VI)

1.3 คุณลักษณะของผู้ป่วย หรือบุคลิกภาพของผู้ป่วยแต่ละคน (patient characteristics or patient's personality) คุณลักษณะของผู้ป่วย มีผลต่อความสนใจหรือความร่วมมือ ในการบำบัด จะพบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มอาการทางลบ เช่น ภาวะไร้อารมณ์ ขาดความ กระตือรือร้น ขาดความสามารถในการรู้จักดี ไม่ค่อยมีสมาธิ จะขาดความสนใจในการทำกิจกรรม ต่างๆ ดังนั้นจึงควรมีกิจกรรมบำบัด (activity therapy) ที่ช่วยส่งเสริมความกระตือรือร้น หรือ กิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้สึกมีความสุข ความพอใจ เพื่อลดกลุ่มอาการด้านลบในการเตรียมความ พร้อมก่อนการบำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำ และรูปแบบของการบำบัดเพื่อส่งเสริมการ ประเมินอาการนำสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสื่อมในด้านกรรู้จักดี เช่นไม่ค่อยมีสมาธิ มีปัญหาในเรื่อง ความจำ ความสามารถในการคิดในเชิงรูปธรรมลดลง ควรจัดกิจกรรมบำบัดในลักษณะที่มี โครงสร้างและขั้นตอนการบำบัดที่ชัดเจน ใช้เวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งไม่มากนัก แต่จำนวน ครั้งในการบำบัดหลายครั้งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและมีความมั่นใจในการประเมินอาการนำ ตนเอง (Meijel et al., Part II, 2002, level VI ; Tait et al.,2002, Level VI)

1.4 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอาการนำในอดีตของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจลักษณะอาการนำของตนเองได้ง่ายขึ้น ผู้บำบัด ควรพิจารณาข้อมูลจากหลายแหล่งในการวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยในภาวะอาการสงบ ภาวะ มีอาการนำ หรือ ภาวะ มีอาการกำเริบซ้ำ มีลักษณะพฤติกรรม ความคิด และภาวะอารมณ์ แต่ละระยะต่างกันอย่างไร เพื่อใช้เปรียบเทียบกับภาวะปัจจุบันของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลจะได้จากหลายแหล่ง ทั้งจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และ/หรือข้อมูลจากแบบประเมินอาการนำ และประวัติการเจ็บป่วย เป็นข้อมูลที่ได้จากตัวผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ และทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลเหล่านี้มาประกอบในการตัดสินใจทางคลินิก ว่าระยะที่มีอาการนำผู้ป่วยมีลักษณะอย่างไรบ้าง ปัจจุบันผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของการดำเนินโรค สามารถเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดได้หรือไม่ (Fitzgerald, 2001, level VII ; Meijel et al., Part II , 2002, level VI)

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดเตรียมเนื้อหาในการให้ความรู้กับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำสำหรับผู้ป่วย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับความหมายของอาการนำและอาการกำเริบซ้ำ และกระบวนการเกิดอาการกำเริบซ้ำ

2.1.1 อาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ (early warning signs of relapse) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน ก่อนที่จะพัฒนาไปสู่การอาการทางจิตที่เห็นเด่นชัด หรืออาการทางจิตกำเริบ และไม่ได้เกิดขึ้นเพราะความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด และอาจมีการใช้คำอื่นที่มีความหมายใกล้เคียงกับอาการนำแทนได้ เช่น อาการเตือน อาการก่อนอาการ (Birchwood et al., 2000, level VII ; Meije et al., 2004, level VII ; ปริญนันท์ สละสวัสดิ์ & วัฒนาภรณ์ พิบูลธอลักษณ์, 2552, level VI)

2.1.2 อาการกำเริบซ้ำ (relapse) หมายถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภท แสดงอาการของโรครุนแรงอีกครั้งหนึ่งหลังจากได้รับการรักษาจนกระทั่งอาการสงบ ซึ่งอาการทางจิตที่เกิดขึ้นรบกวนการทำบทบาทหน้าที่และ พฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Burns et al., 2000)

2.1.3 กระบวนการของอาการกำเริบซ้ำ เริ่มต้นจากผู้ป่วยมีอาการนำ หรือเกิดอาการเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติของแต่ละบุคคล โดยเริ่มจากอาการนำที่เป็นอาการทั่ว ๆ ไป นำไปสู่อาการทางจิตเล็ก ๆ น้อย ๆ และรุนแรงขึ้นจนเกิดอาการกำเริบ หรือบางคนอาจเริ่มจากมีอาการทางจิตเล็ก ๆ น้อย ๆ ก่อนแล้วเกิดความตึงเครียดเพิ่มมากขึ้น รุนแรงขึ้น จนเกิดอาการทางจิตกำเริบชัดเจน (Birchwood et al., 2000, level VII ; Fitzgerald, 2001, level VII)

2.2 ลักษณะอาการนำ ที่ผู้ป่วยจะสามารถสังเกตหรือประเมินได้ มี 3 องค์ประกอบคือ (ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์ & วัฒนภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2552, level VI ; Birchwood et al., 2000, level VII)

2.2.1 ด้านพฤติกรรม เช่น นอนไม่หลับ หรือนอนหลับยาก ควบคุมอาการของตนเองไม่ค่อยได้ สนใจดูแลกิจวัตรประจำวันน้อยลงกว่าเดิม พูดโต้ตอบหรือพูดคนเดียว แยกตัวออกอยู่ตามลำพังพูดหรือยิ้มคนเดียว แสดงท่าทีระแวงเมื่อถูกข้อมอง พฤติกรรมประหลาดโดยไม่มีสาเหตุ ไม่สนใจตนเอง ปฏิเสธการทำตามคำขอหรือคำสั่งง่ายๆ ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น เคลื่อนไหวช้า นิ่งไม่ติด ก้าวร้าว วุ่นวายกับคนอื่น

2.2.2 ด้านอารมณ์ เช่น ความตึงเครียด วิตกกังวล กังวล หรือกระสับกระส่าย กลัว ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย รู้สึกเหน็ดเหนื่อยหรือหมดแรง รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกแข็งแรงหรือมีพลัง รู้สึกว่าไม่สามารถจัดการงานที่หนักในแต่ละวันได้ รู้สึกว่ากำลังถูกลงโทษ รู้สึกโมโห รู้สึกผิด

2.2.3 ด้านการรู้คิดและการรับรู้ เช่น คิดหมกมุ่นในเรื่อง บางเรื่อง มีอาการระแวง คิดว่าตนเองมีความพิเศษกว่าคนธรรมดา รู้สึกสับสนหรืองุนงง รู้สึกหลงลืม รู้สึกเหมือนอยู่อีกโลกหนึ่ง มีความยุ่งยากในการตัดสินใจ มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ หนึ่งหรือสองสิ่ง ผันร้าย ไม่มีสมาธิ คิดว่าส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเปลี่ยนไป

2.3 ลักษณะอาการนำ สามารถประเมินอาการนำทั้ง 3 องค์ประกอบว่าอยู่ในลักษณะอาการทั่วไป หรือลักษณะเฉพาะซึ่งมี 3 ลักษณะคือ

2.3.1 อาการนำทั่วไป (non-specific symptoms) หรืออาการนำที่ไม่ใช่อาการทางจิต (non psychotic) หรือ dysphoric' symptoms เช่น ความตึงเครียด อารมณ์เศร้า แยกตัว และอาการวิตกกังวลเพิ่มขึ้นและการเปลี่ยนแปลงของการกิน การนอน (Fitzgerald, 2001, level VII ; Birchwood et al., 2000, level VII)

2.3.2 อาการนำที่มีอาการเฉพาะ (specific symptoms) หรืออาการคล้ายโรคจิต (psychotic-like symptoms) or low-level psychotic symptoms ตัวอย่างเช่น อาการหัวเราะโดยไม่มีสาเหตุหรือพูดพรั่นเพ้อ การสงสัยไม่ไว้วางใจผู้อื่น อาการเชื่อผิด ๆ หลงผิด การรับรู้เปลี่ยนไป (Fitzgerald, 2001, level VII ; Birchwood et al., 2000, level VII)

2.3.3 อาการนำที่เป็นลักษณะเฉพาะแต่ละบุคคล (specific idiosyncratic behaviours) เป็นลักษณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะสามารถสังเกตและบอกได้ว่าจะพบอาการนำหรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปเฉพาะเช่นนี้ทุกครั้งก่อนที่จะมีอาการกำเริบเช่นเริ่มออกนอกบ้านบ่อยครั้งขึ้น สูบบุหรี่บ่อยครั้งขึ้น แต่งตัวแปลกไป พูดเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาบ่อยครั้ง เป็น

ต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มักจะไม่มีในเครื่องมือประเมินหรือเครื่องมือคัดกรองอาการนำที่เป็นมาตรฐาน เนื่องจากเป็นอาการที่เป็นคำพูดบอกเล่าตามการรับรู้และตามความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ (Meijel et al., Part I, 2002, level VI)

2.4 การประเมินอาการนำ ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการนำ จากการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของตนเองว่ามีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างใน 3 องค์ประกอบทั้งด้าน พฤติกรรม ด้านอารมณ์ การคิด และการรับรู้ และมีลักษณะอาการทั่ว ๆ ไปหรือเป็นอาการที่แสดงว่า เริ่มมีอาการทางจิตเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือเป็นอาการที่มีลักษณะเฉพาะที่แสดงว่าจะเกิดอาการกำเริบซ้ำ โดยประเมินว่ามีอาการนำอะไรบ้าง เริ่มเกิดอาการนำหรือการเปลี่ยนแปลงเมื่อไร สาเหตุให้เกิดอาการนำ โดยผู้ป่วยอาจถามตนเองว่า “ ขณะนี้มีอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติหรือไม่ ” “ ถ้ามี พบการเปลี่ยนแปลงหรืออาการนำอะไรบ้าง ” “ เริ่มเกิดอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เมื่อไร ” “ มีอาการรุนแรงหรือความถี่ของอาการรบกวนชีวิต มากน้อยเพียงใด ” “ คิดว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกิดจากอะไร หรือเกิดจากสาเหตุใด” (ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์ & วัฒนารักษ์ พิบูลอาลักษณ์, 2552, level VI ; Koichi & Miyamoto, 2009, Level VI) ซึ่งรูปแบบของการประเมินอาการนำด้วยตนเองมี 2 รูปแบบคือ

2.4.1 การประเมินอาการนำ จากการสังเกตและเขียนบันทึกอาการนำตามการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละบุคคล (ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์ & วัฒนารักษ์ พิบูลอาลักษณ์, 2552, level VI; สมชาย ต้นศิริสิทธิกุล และคณะ., 2551, Level VI)

2.4.2 การประเมินอาการนำโดยเครื่องมือมาตรฐาน โดยผู้ป่วยต้อง สํารวจอาการนำตามการรับรู้ของตน และตอบแบบสอบถามซึ่งง่ายต่อการปฏิบัติแต่อาจไม่ครอบคลุม ลักษณะอาการนำของแต่ละคน ดังนั้นอาจใช้วิธีเขียนบันทึกอาการนำที่พบเพิ่มเติมจากที่มีในเครื่องมือประเมินนั้น ๆ ได้ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ประเมินที่มีใช้ในประเทศไทย Early Signs Scale: ESS พัฒนาโดย Birchwood et al., 1989 มี 34 ข้อ (วยุณี ช้างมิ่ง และคณะ., 2546, Level VI; Koichi & Miyamoto, 2011, Level V)

2.5 การตัดสินใจว่าอาการที่เปลี่ยนแปลงเป็นอาการนำหรืออาการกำเริบ ผู้ป่วยจะต้องตระหนักรู้ภาวะปกติของตนเอง ว่ามีลักษณะอย่างไร ต้องเปรียบเทียบอาการหรือ พฤติกรรมในภาวะปกติกับภาวะปัจจุบัน ถ้าเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง ถือว่าเป็นอาการนำ แต่ถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้นรุนแรงขึ้น จนรบกวนการทำหน้าที่และ พฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ถือว่าเป็นอาการกำเริบซ้ำ และถ้าเป็นการประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมิน ควรเทียบคะแนนอาการปัจจุบันกับคะแนนพื้นฐาน (baseline scores) ในภาวะปกติ (Birchwood et al., 2000, level VII)

2.6 ควรประเมินอาการนำเมื่อใด การประเมินอาการนำและพบอาการนำได้เร็ว จะทำให้การบำบัดดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบทำได้เร็วด้วย ซึ่งการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะลดโอกาสการเกิดอาการกำเริบซ้ำได้มากขึ้น ดังนั้นควรประเมินอาการนำของตนเองให้บ่อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และประเมินทุกครั้งที่มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน หรือมีความรู้สึกทางลบหรือทางบวกเพิ่มขึ้น หรือ อย่างน้อยควรประเมินทุก 2-4 สัปดาห์ (Gaebel & Riesbeck, 2007, Level IV ; Meijel et al., 2004, level VII ; Birchwood et al., 2000, level VII)

3. การบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ผู้บำบัดควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และ ควรเป็นการบำบัดระยะยาวเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการบำบัดและ สามารถประเมินอาการนำได้ต่อเนื่อง ควรเลือกรูปแบบการบำบัดตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ทัศนคติของผู้บำบัด (attitude of healthcare professional) การมีทัศนคติทางบวก ต่อผู้ป่วย จะมีผลต่อความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ก่อให้เกิดความร่วมมือในการบำบัด การให้แรงเสริมทางบวกเมื่อผู้ป่วยพัฒนาขึ้น การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข การไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแผนที่วางไว้ และช่วยกันคิดแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ใจกว้างใจ การยอมรับและเกิดทัศนคติที่ดีต่อกัน เกิดความร่วมมือในการบำบัด ช่วยให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลและมุมมองต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ชัดเจนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการนำได้ถูกต้องมากขึ้น ( Meijel et al., Part II , 2002, level VI)

3.2 ระยะเวลาในการบำบัด ควรเป็นการบำบัดระยะยาวและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการนำ สามารถประเมินอาการนำได้ถูกต้อง และต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องได้รับการเรียนรู้ในการวางแผนการประเมินอาการนำของตนเอง การอภิปรายกับผู้บำบัด เพื่อการปรับแผนการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของแต่ละบุคคล มีการฝึกทักษะและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและกลับมาพบผู้บำบัดเป็นระยะ ๆ จนกว่าจะมั่นใจว่าสามารถประเมินได้อย่างถูกต้อง และมีแรงจูงใจที่จะประเมินอาการนำอย่างสม่ำเสมอ (Meije et al., Part II, 2002, level VI)

3.3 รูปแบบของการบำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำและการบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ มีหลายรูปแบบ การเลือกรูปแบบบำบัดรูปแบบใดควรพิจารณาตามปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วย นโยบายของหน่วยงาน และความพร้อมของผู้บำบัด ตัวอย่างของรูปแบบการบำบัด (Fitzgerald, 2001, level VII ; Birchwood et al., 2000, level VII ; Meijel et al., Part II, 2002, level VI ; . Tait et al., 2002, Level VI)

รูปแบบที่ 1.การส่งเสริมความสามารถในการประเมินอาการนำและ การบำบัดด้วยยา การบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นเบื้องต้นได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินโรค การบำบัดรักษา ซึ่งรวมถึงการประเมินอาการนำและการบำบัดด้วยยาเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ซึ่ง

ผู้ป่วยต้องสามารถบอกลักษณะอาการนำได้ สามารถบอกวิธีการประเมินอาการนำ และมีทักษะในการประเมินอาการนำ เห็นความสำคัญของการประเมินอาการนำอย่างสม่ำเสมอและการไปพบแพทย์เมื่อเริ่มมีอาการนำ เพื่อให้แพทย์ประเมินและปรับยาให้เหมาะสมกับภาวะโรคต่อไป โดยที่การบำบัดด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีข้อเสนอแนะว่า ควรให้การบำบัดด้วยยาอย่างต่อเนื่องและปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นเมื่อพบอาการนำ

รูปแบบที่ 2. การส่งเสริมความสามารถในการประเมินอาการนำ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และส่งเสริมทักษะการจัดการกับปัญหา มีการให้การบำบัดเช่นเดียวกับการบำบัดรูปแบบที่ 1 รวมทั้งมีการบำบัดเพิ่มเติมในเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการนำ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดตามมาหลังเกิดอาการนำ และส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรภายในบุคคล เช่น Coping skill, stress management ในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาการนอน ปัญหาสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด ปัญหาทางอารมณ์ ซึ่งขั้นตอนของการบำบัดมีดังนี้คือ

1. การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ (engagement and education)
2. การระบุสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ (identification of the relapse signature) โดยการฝึกทบทวนสิ่งที่คิดว่าเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการเหล่านี้ และอาการนำที่พบ
3. การพัฒนาแนวทางการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ (development of a relapse drill)
  - 3.1) มีข้อมูลเกี่ยวกับ แหล่งช่วยเหลือ (pathway to support)
  - 3.2) สามารถเข้าถึงแหล่งที่ให้การบำบัดทางจิต (service interventions)
  - 3.3) เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหาต่างๆ (personal coping strategies) รวมทั้งการจัดการกับอาการนำ
4. การฝึกการติดตามอาการนำ (rehearsal and monitoring early signs) การรับรู้สัญญาณของ อาการนำของแต่ละบุคคล
5. การระบุลักษณะอาการนำและอาการกำเริบซ้ำ และวิธีการจัดการ (coping strategies) เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ

รูปแบบที่ 3. การส่งเสริมความสามารถในการประเมินอาการนำและการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy ) มีการให้การบำบัดเช่นเดียวกับการบำบัดรูปแบบที่ 2 และให้การบำบัดเพิ่มเติมในเรื่อง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง (dysfunctional beliefs) ที่นำไปสู่การเกิดอาการนำและอาการทางจิต

รุนแรง ตามมา ตัวอย่าง ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือเกิดอาการนำ เช่น ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองไร้ค่า “ ก่อให้เกิดอาการเศร้าเช่นรู้สึกอารมณ์ตกลง ร้องไห้ง่าย แยกตัว ไร้ความสุข” เชื่อว่ามีคนปองร้าย “ ก่อให้เกิดความรู้สึกเกรียด นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย” รู้สึกตนเองเป็นบุคคลพิเศษ “ ก่อให้เกิด ความรู้สึกสงสัยผู้อื่น โกรธง่าย มีการดื้อมากขึ้น” รูปแบบของการบำบัดนี้ใช้เทคนิคของการบำบัดการรู้คิด (Cognitive therapy) ในการท้าทายหรือปรับมุมมองความเชื่อใหม่ เช่น “ มองในมุมอื่นได้ใหม่ เป็นอย่างอื่นได้ใหม่ ” เพื่อให้ผู้ป่วยคิดได้กว้างขึ้น เหมาะสมหรือสมเหตุสมผลมากขึ้น เป็นการจัดการกับความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่เกิดจากความเชื่อที่ไม่ถูกต้องนั้น การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม

จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทประเมินอาการนำด้วยตนเองมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องสำคัญ 3 ปัจจัยคือ 1) ควรมีการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการบำบัด เช่น การรู้จักตนเอง แรงจูงใจในการบำบัด คุณลักษณะของผู้ป่วย ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอาการนำในอดีต 2) การเตรียมเนื้อหาในการบำบัด เช่น ความหมาย ลักษณะอาการนำ อาการกำเริบซ้ำ ระยะเวลาในการประเมิน วิธีการประเมิน 3) รูปแบบของการบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ประกอบด้วยการส่งเสริมความสามารถในการประเมินอาการนำและการบำบัดด้วยยา การส่งเสริมทักษะในการเผชิญปัญหา และการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ถูกต้องที่นำไปสู่อาการนำและอาการกำเริบซ้ำ โดยเลือกรูปแบบของการบำบัดให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

## บทที่ 4

### สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

#### 4.1 สรุปการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบการสืบค้นตาม PICO (Crainig & Smyth, 2002) เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น คือ Schizophrenia AND Mornitor or Aseessment or recognition AND Early signs or Early warning signs or Prodromal.symtoms โดยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่าง ๆ และสืบค้นด้วยมือได้หลักฐานเชิงประจักษ์รวมทั้ง 12 เรื่อง เป็นงาน Randomized Controlled trial 1 เรื่อง งาน Prospective cohort study 1 เรื่อง งาน Cross-sectional study 1 เรื่อง งาน descriptive study 3 เรื่อง Qualitative study 3 เรื่อง Review the literature 3 เรื่อง จากนั้นนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด มาสกัดเนื้อหาแล้วนำมาประเมินคุณภาพตาม การประเมินแนวโน้มนำไปใช้ในการปฏิบัติของ Polit and Beck (2008) และระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (strength of evidence) ใช้เกณฑ์การประเมินตามระบบของ การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับกำทำนาย (prognosis) ซึ่งมี 7 ระดับ ของ Grace (2009) ผลจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 12 เรื่องพบว่า งานวิจัยมีคุณภาพ และ สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา และ นำข้อมูลในแต่ละเรื่องสรุปลงในตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำมาสกัดเนื้อหาสำคัญใส่ตาราง (Collective table) แล้วนำมาสรุปเป็นประเด็นสำคัญๆที่เกี่ยวกับการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำได้ 7 ประเด็น และเขียนเป็นข้อเสนอแนะ (Recommendations) แนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำได้ ดังนี้คือ

- 1) ข้อเสนอแนะสำหรับ ผู้บำบัดในการประเมินผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมการประเมินอาการนำของผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้ การประเมินการรู้จักตนเองของผู้ป่วย (insight) และให้การบำบัดในรายที่รับรู้ตนเองไม่ถูกต้องและ/ หรือส่งเสริมให้ผู้ดูแลประเมินอาการนำแทนถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย แรงจูงใจในการประเมินอาการนำ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการประเมินอาการนำ คุณลักษณะของผู้ป่วยที่เป็นลบเช่น ไร้อารมณ์ ขาดความกระตือรือร้น ควรปรับ

กิจกรรมบำบัดให้เหมาะสมกับคุณลักษณะของผู้ป่วย ควรศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินโรคในอดีต เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบกับอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันและในอนาคต ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติหรือ เริ่มมีอาการนำ หรือมีอาการกำเริบซ้ำ

2) ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดเตรียมเนื้อหาในการให้ความรู้กับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำ มีดังต่อไปนี้ ความรู้เกี่ยวกับความหมายของอาการนำและอาการกำเริบซ้ำ กระบวนการเกิดอาการกำเริบซ้ำ องค์ประกอบและลักษณะของอาการนำ วิธีการประเมินอาการนำ การระบุอาการนำ และการกำหนดช่วงระยะในการประเมินอาการนำ

3) ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ผู้บำบัดควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย การบำบัดควรเป็นการบำบัดระยะยาวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการประเมินอาการนำได้อย่างต่อเนื่อง และเมื่อพบอาการนำควรเลือกรูปแบบการบำบัดตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่นการ ปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับภาวะการดำเนินโรค การส่งเสริมการเรียนรู้ และฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและจัดการกับความเครียดที่เกิดจากอาการนำ และการบำบัด การรู้คิด และพฤติกรรมในรายที่พบว่าผู้ที่ผู้ป่วยมีความเชื่อบางอย่างไม่ถูกต้อง นำไปสู่การเกิดอาการนำ และอาการกำเริบซ้ำ เป็นต้น

#### 4.2 ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

1) พยาบาลควรพัฒนาแนวทางการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ และพัฒนาคู่มือการบำบัด ที่เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินอาการนำ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการนำ รวมทั้งการส่งเสริม ทักษะในการจัดการเมื่อมีอาการนำ เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ และนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ ประเมินผล รวมทั้งทำการปรับปรุง เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำ และเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันต่อไป

2) พยาบาลควรเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ในการบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ เช่นแผ่นพับความรู้เรื่องอาการนำ และวิธีการบำบัดดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ เอกสารรายการอาการนำที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการประเมินด้วยตนเอง ที่ง่ายต่อการใช้หรือสะดวกต่อการใช้ประเมินตนเอง

3) เนื่องจากการประเมินอาการนำต้องมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอและประเมินตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดดูแล การบำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำในการเตรียม

ความพร้อมก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถประเมินอาการนำได้ถูกต้อง ดังนั้นจึงควรมีแผนการร่วมมือกับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกหรือพยาบาลชุมชนในการให้การบำบัดที่ต่อเนื่อง มีการให้การบำบัดเพิ่มเติมเป็นระยะๆ เพื่อเสริมแรงจูงใจในการประเมินอาการนำ จนผู้ป่วยสามารถทำเป็นประจำหรือทำได้ต่อเนื่องต่อไป

การประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์  
ASSESSMENT OF EARLY WARNING SIGNS OF RELAPSE IN PATIENTS WITH  
SCHIZOPHRENIA: EVIDENCE-BASED NURSING

นิษฐานกานต์ ธัญญพิบูลพงษ์ 5036765 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร, พย.ด., อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด. (การวิจัย  
และพัฒนาหลักสูตร)

## บทสรุปแบบสมบูรณ์

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท จะมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยที่อัตราชุกของโรคคิดเป็นร้อยละ 0.8 -1.5 ของประชากรโลก (Kaplan & Sadock, 2000 ;Meijel, Gaag, Sylvain, & Grypdonck, 2004) สำหรับประเทศไทยมีประชากรประมาณร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท (กรมสุขภาพจิต,2549) และเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการจิตรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมากที่สุด กล่าวคือ ในปีพ.ศ.2549 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 38,074 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20,197 คน (กรมสุขภาพจิต, 2550) สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ในปี 2553 เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 117,949 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 62,281 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 และผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับกษาตัวแบบผู้ป่วยใน 4,008 คน พบว่ากลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วันจำนวน 231 คน (5.4 %) (รายงานประจำปี โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2553) ปัญหาการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนต้องกลับเข้ารับกษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ถึงแม้จะมีไม่มากนัก แต่ก็ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข เพราะ การเกิดอาการกำเริบซ้ำแต่ละครั้ง จะเพิ่มโอกาสที่จะเกิดอาการกำเริบซ้ำในครั้งต่อไปเร็วขึ้น และหลังอาการกำเริบซ้ำจะทำให้อาการทางจิตหลงเหลืออยู่ (residual symptoms) เพิ่มขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ทางสังคม และสมรรถภาพในการ

ดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง (Scott et al., 2004) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ และครอบครัวต้องนำเงินที่อดออมเพื่อครอบครัวทั้งระบบมาใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย อาการกำเริบซ้ำบ่อยและการป่วยเรื้อรัง ก่อให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย รำคาญ หรือหวาดกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อสมาชิกในครอบครัว และรู้สึกเป็นภาระ เกิดความตึงเครียดในครอบครัว (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤตยา แสงวงเจริญ, และสมจิต แคนสีแก้ว, 2548: กาญจนา สุขใจ, 2549) ผลกระทบด้านสังคมและประเทศชาติ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว ะอะโวยวาย ทำลายสิ่งของตามที่สาธารณะ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ตลอดจนการก่อคดีต่าง ๆ ซึ่งเป็นที่หวาดกลัวต่อสังคม (จินดา โสมนัสและคณะ, 2534 อ้างในกัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ, 2547 ) และทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากถึง 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าค่าใช้จ่ายจะสูงขึ้นทุกปี (กรมสุขภาพจิต, 2550)

## การป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

อาการกำเริบซ้ำ (relapse) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรครุนแรงอีกครั้งหนึ่งหลังจากได้รับการรักษาจนกระทั่งอาการสงบ ซึ่งอาการทางจิตที่เกิดขึ้นรบกวนการทำบทบาทหน้าที่และ พฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Burns et al., 2000) จากการศึกษาวิจัยตามกรอบแนวคิด Vulnerability - stress - coping model ของ Nurchterlien, และคณะ ซึ่ง Meijel et al. (2004) ได้ทบทวนบทความและงานวิจัยที่ผ่านมาสรุพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งได้แก่ความเปราะบางทางด้านชีวภาพ เช่นการเสียสมดุลของสารสื่อประสาท เนื่องจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และ/หรือต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง จนก่อให้เกิดอาการนำ ถ้าผู้ป่วยยังคงอยู่ในภาวะเครียดต่อไปในขณะที่ปัจจัยปกป้องภายในตัวบุคคลมีไม่เพียงพอ เช่นขาดทักษะในการจัดการกับปัญหา ขาดทักษะในการจัดการความเครียด ขาดปัจจัยปกป้องภายนอก เช่นการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ อาการนำที่เป็นอาการทางจิตก็จะเพิ่มความรุนแรงขึ้นจนกลายเป็นอาการกำเริบซ้ำ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการบำบัดตั้งแต่วะเริ่มแรกของการมีอาการนำ (early intervention) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในภาวะสมดุล อาการสงบ ซึ่งจะ ป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Kazadi, Moosa, and Jeenah (2008) ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีประวัติมีอาการกำเริบอย่างน้อย 1 ครั้งจำนวน 134 คน และผู้ป่วยที่ไม่เคยมีอาการกำเริบซ้ำ 83 คน พบว่าปัจจัยที่มีความ

แตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เคยมีอาการกำเริบซ้ำและไม่เคยมีอาการกำเริบซ้ำ (Fisher's exact = 0.000;  $p < 0.05$ ) ได้แก่ การมีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย การมีความคิดฆ่าตัวตายและมีอาการซึมเศร้า การใช้สารเสพติด การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต และปัจจัยสำคัญที่ถือว่าเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำได้แก่ การมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เนื่องจากปฏิเสธการเจ็บป่วยและเนื่องจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต และจากการศึกษาของ Herz et al. (2000) ในการบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 41 คน กลุ่มควบคุม 41 คน กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดประกอบด้วย การบำบัดด้วยยาจิตเวชตามมาตรฐาน การให้การบำบัดทางจิตสังคม ร่วมกับการตรวจสอบอาการนำและให้การบำบัดเพิ่มเติมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อพบอาการนำ กลุ่มควบคุม ได้รับการบำบัดด้วยยาจิตเวชตามมาตรฐาน ร่วมกับการบำบัดโดยการให้การสนับสนุนแบบรายบุคคล (individual supportive therapy) ทุก ๆ 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 6 เดือน เมื่อติดตามผลใน 18 เดือนต่อมาพบว่า กลุ่มทดลองซึ่งมีการตรวจสอบอาการนำอย่างสม่ำเสมอและมีการให้การบำบัดเมื่อพบอาการนำมีอาการกำเริบซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม คือเกิด อาการกำเริบซ้ำ 7 คน (17%) ขณะที่กลุ่มควบคุม มีอาการกำเริบซ้ำ 14 คน (34 %)  $p = .01$  จะเห็นได้ว่าการบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ โดยการเพิ่มการตรวจสอบ หรือประเมินอาการนำ รวมทั้งให้การบำบัดอย่างรวดเร็ว (early intervention) จะช่วยให้อาการกำเริบซ้ำลดลงได้ ซึ่งรูปแบบของการบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ เมื่อตรวจพบอาการนำนอกเหนือจากการศึกษาของ Herz et al. (2000) มีหลายรูปแบบ เช่นรูปแบบที่ 1. จากความเชื่อที่ว่าอาการกำเริบซ้ำเกิดจากการเสียสมดุลของสารสื่อประสาท การบำบัดเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวติดตามประเมินอาการทางจิตของตนเองอย่างต่อเนื่อง ถ้าพบว่าเริ่มมีอาการนำให้รายงานผู้รักษาเพื่อปรับแผนการบำบัดด้วยยาจิตเวช รูปแบบที่ 2. เชื่อว่าการเกิดอาการกำเริบซ้ำเป็นขบวนการที่ต่อเนื่อง จากการที่มีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะเสียสมดุล และบุคคลไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรือสิ่งกระตุ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะเกิดอาการนำและอาการกำเริบซ้ำในที่สุด รูปแบบการบำบัดวิธีนี้จึงเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับปัญหา (Coping skill) เพื่อให้สามารถรักษาสมดุลได้เมื่อมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียด และไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ รูปแบบที่ 3 เชื่อว่าการเกิดอาการกำเริบซ้ำมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในตนเองเช่น การเสียสมดุลของสารสื่อประสาท การรู้คิด ความเชื่อ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรคและการบำบัดรักษาไม่เพียงพอหรือไม่ถูกต้อง และปัจจัยภายนอก เช่น ครอบครัว การงาน บริการทางสังคม บริการสุขภาพที่ได้รับ จะมีผลต่ออาการทางจิตกำเริบโดยปัจจัยภายนอกอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยปกป้องและปัจจัยคุกคามต่ออาการกำเริบซ้ำ การบำบัดจึงมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักรู้ในปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ให้การบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคม เช่น

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโรค การบำบัดรักษา ตระหนักรู้ในอาการนำของตนเอง มีทักษะในการจัดการกับปัญหาและความเครียด การมาพบแพทย์และปรับแผนการรักษาเมื่อมีอาการนำ และการจัดการกับอาการต่าง ๆ ด้วยตนเอง การส่งเสริมใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ความเครียดลดลง ทำหน้าที่ดีขึ้น และช่วยลดอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชได้ ( Birchwood et al., 2000 ; Bustillo et al., 1995; Meijel, Gaag, Kahn, & Grypdonck, 2002) และจากผลการศึกษาของ Tait, Mcnay, Gumiey, and Qrady (2002) พบว่า การที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และตระหนักรู้ในอาการนำของตนเองจะเอื้อต่อการจัดการกับสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบ รวมทั้งการบำบัดตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยป้องกันอาการกำเริบซ้ำ หรือลดระยะเวลาของการมีอาการกำเริบซ้ำได้ ดังนั้นการที่ผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรผู้บำบัดสามารถประเมินหรือตระหนักรู้อาการนำ ก่อนที่จะมีอาการกำเริบรุนแรงจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและบำบัดตั้งแต่ระยะแรก

**อาการนำ (early signs of relapse)** หมายถึงการที่ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากปกติ ก่อนที่จะมีอาการกำเริบซ้ำ (relapse) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการนำ ก่อนที่จะมีอาการกำเริบซ้ำประมาณ 2 ถึง 4 สัปดาห์ หรือมากกว่านั้น (Baker,1995) อาการนำของผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน (Birchwood et al., 1989) อาการนำจะเกิดในระยะก่อนเริ่มอาการป่วยทางจิต (prodromal phase) มีผู้ใช้คำหลายคำที่เกี่ยวกับอาการนำ เช่นอาการก่อนอาการทางจิต (prodromal Symptoms) อาการนำ (early signs symptom) อาการเตือน (early warning signs ) ซึ่งส่วนใหญ่ นักวิชาการให้ความหมายคำเหล่านี้เหมือนกัน คือหมายถึงการเกิดอาการหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ ก่อนที่จะเกิดอาการทางจิตรุนแรง (acute psychiatric) แต่มีนักวิชาการบางท่านเน้นอาการนำ หมายถึงเฉพาะอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า วิตกกังวล ความจำไม่ดี เป็นต้น (Herz et al., 1989) แต่บางท่านก็รวมเอาอาการทางจิตเล็กน้อย ๆ เช่น พฤติกรรมช่างสงสัย หรือไม่ไว้วางใจผู้อื่น แต่เนื้อหาพอมีเหตุผลไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน) เข้าเป็นอาการนำด้วย หรือบางท่านแยกอาการนำที่ไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วยว่าเป็นอาการก่อนอาการทางจิต (Prodromal Symptoms) และระบุอาการนำที่มีอาการผิดปกติทางจิตเล็กน้อยๆร่วมด้วยว่าเป็นอาการนำ (early signs symptom) (Birchwood et al., 2000)

สรุป อาการนำ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ไปจากภาวะปกติ หรือภาวะอาการสงบ ก่อนที่จะเกิดอาการทางจิตรุนแรง และเนื่องจากมีการใช้นิยามศัพท์อาการนำ ที่หลากหลาย เช่น early signs, early warning signs, prodromal symptoms ในการศึกษาครั้งนี้ขอใช้คำว่า อาการนำ (early warning signs) แทนนิยามศัพท์ ดังกล่าวมาข้างต้น

คุณลักษณะของอาการนำ (characteristics of early signs) มีผู้ที่ศึกษาลักษณะอาการนำของผู้ป่วยจิตเวชไว้หลายการศึกษาเช่น

การศึกษาของ Baker (1995) ระบุ อาการนำของผู้ป่วยที่พบบ่อยมี 4 ลักษณะดังนี้ 1) มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Mood change) พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ขาดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ กลัววิตกกังวลมีความเครียดสูง ในบางรายอาจพบว่ามีหงุดหงิด หรือ ก้าวร้าวได้ง่ายกว่าปกติ 2) การเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด (cognitive change) เช่น มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ สมาธิไม่ดี หมกมุ่นกับเรื่องบางเรื่องมากผิดปกติ 3) การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม (behavioral changes) มีปัญหาแยกตัวออกจากสังคม มีปัญหาด้านการนอน เบื่ออาหาร เป็นต้น 4) พบอาการคล้ายกับอาการทางจิต (psychotic like symptoms) เช่น พูดคนเดียว ชี้อารมณ์ ระวัง ระวัง รู้สึกว่าตนถูกควบคุม โดยที่อาการทางจิตเหล่านี้ ไม่รุนแรงเท่ากับอาการกำเริบ

การศึกษาของ Birchwood et al. (1989) ได้สอบถามผู้ป่วยและญาติถึงอาการนำที่พวกเขาสังเกตเห็นว่ามีอะไรบ้างและจำแนกตามลักษณะอาการเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย (anxiety/ agitation) เช่น เจ็บปวดทางกาย นอนหลับยาก ตึงเครียด กลัวหรือวิตกกังวลและขาดสมาธิ 2) ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว (depression/ withdrawal) เช่น อ่อนเพลีย หดแรงแงียบ แยกตัว ไม่อยากอาหาร รู้สึกไร้ค่าหรือหมดหวัง เศร้าหรือซึมเศร้า 3) ด้านขาดการยับยั้งตนเอง (disinhibition) เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว รุนแรงและไม่เป็นมิตร 4) ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต (incipient psychosis) เช่น พูดหรือหัวเราะคนเดียว พูดจาไม่ต่อเนื่องหรือเหลวไหล รู้สึกว่าคนอื่นหัวเราะเยาะหรือพูดถึง รู้สึกว่าถูกจ้องมอง

จากการทบทวนถึงลักษณะอาการนำพบว่าอาการนำสามารถจำแนกได้เป็นอาการที่เป็นอาการทางจิตและอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต และอาการนำที่พบบ่อยคือ การนอนหลับถูกรบกวน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม ไม่ค่อยมีสมาธิ ความอยากอาหารลดลง มีอาการทางด้านร่างกาย เช่น รู้สึกไม่สบาย ปวดศีรษะ ท้องผูก และระหว่างที่มีอาการผู้ป่วยมักจะต่อต้านหรือมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย โดย ผู้ป่วยจะเริ่มจากมีอาการเล็กๆ น้อยๆ และค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งมีอาการทางจิตรุนแรง (Heinrichs & Carpenter, 1985 ; Birchwood et al., 1989) โดยที่อาการนำสามารถแบ่งได้ใน 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านอารมณ์ (mood change) 2) ด้านการรู้คิด (cognitive change) 3) ด้านพฤติกรรม (behavioral changes) และ 4) อาการคล้ายกับอาการทางจิต (psychotic like symptoms)

การประเมินอาการนำ

จากการศึกษาของ Herz and Melvill (1980) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 70 สามารถตรวจพบอาการนำของตนเองได้และบอกถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ทั้งด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ Glimcher et al. (1986) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 98 สามารถตั้งเกณฑ์อาการของตนเองและระบุถึงอาการที่เกิดขึ้นก่อนมีอาการกำเริบซ้ำได้ และจากการศึกษาของ สมชาย ต้นศิริ สิทธิกุล และคณะ (2551) พบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถรับรู้อาการนำได้ร้อยละ 75 และ 95 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีศักยภาพในการประเมินอาการนำของตนเอง (Baker, 1995) นอกจากตัวผู้ป่วยเองที่สามารถประเมินและตรวจสอบอาการนำของตนเองแล้ว บุคคลสำคัญที่ควรช่วยตรวจสอบอาการนำของผู้ป่วยคือญาติผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยหรือเมื่อพบผู้ป่วยทุกครั้ง เพราะการประเมินอาการนำได้เร็วจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้เร็วขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอาการกำเริบซ้ำ หรือยืดระยะเวลาการกลับป่วยซ้ำ และเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

การประเมินอาการนำอาจทำได้ในหลายรูปแบบทั้งจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และใช้เครื่องมือให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง หรือให้ญาติและบุคลากรสุขภาพประเมิน ตัวอย่างของเครื่องมือประเมิน ได้แก่

1. เครื่องมือการสัมภาษณ์โดยใช้คำถาม 10 คำถาม (A 10-question screening interview ) พัฒนาโดย Goldberg and Huxley (1980) เป็นเครื่องมือที่ให้บุคลากรด้านสุขภาพใช้วิธีการถามผู้ป่วยในชุมชนเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง มีอาการทางจิตเล็กน้อยๆหรือไม่ มีการประเมินต่อเนื่องสม่ำเสมอ และรายงานอาการผิดปกติให้จิตแพทย์ทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินเฉพาะทางและได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วต่อไป แบบประเมินประกอบด้วยคำถามในเรื่องต่อไปนี้ จำนวน 10 ข้อคือ 1) การนอน : ในสัปดาห์ที่ผ่านมาการนอนหลับของคุณเป็นอย่างไร นอนหลับยากหรือไม่ คุณตื่นเร็วกว่าปกติหรือไม่ 2) การรับประทานอาหาร : เร็ว ๆ นี้ความอยากอาหารของคุณลดลงหรือไม่ น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 กิโลกรัมหรือไม่ 3) พลังงานและความสนใจ : เมื่อไม่นานมานี้คุณเคยรู้สึกอ่อนล้าหรือไม่มีความสนใจสิ่งต่าง ๆ หรือไม่ 4) ความวิตกกังวล : คุณเคยรู้สึกกังวลใจมากเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันหรือไม่ 5) สมาธิและความจำ : คุณเคยรู้สึกไม่มีสมาธิในการอ่านหรือดูโทรทัศน์หรือไม่ คุณรู้สึกว่าหลงลืมมากกว่าปกติหรือไม่ 6) ความรู้สึกมีคุณค่า : คุณมองอนาคตของคุณอย่างไร คุณเคยรู้สึกว่าชีวิตของคุณไม่มีค่าหรือไม่ คุณเคยคิดอยากตายหรือไม่ 7) พฤติกรรมแปลกๆ : คุณมีนิสัยหรือพฤติกรรมแปลกหรือไม่ เช่น ตรวจสอบหรือการทำความสะอาดสิ่งต่างๆ มากกว่าคนอื่น ๆ หรือไม่ 8) รู้สึกกลัวหรือกระวนกระวายมากกว่าปกติ : คุณเคยรู้สึกกลัวอย่างรุนแรงจนกระทั่งรู้สึกหัวใจเต้นผิดปกติ เหงื่อออก สั่น หรือมึนงง บ้างหรือไม่ 9) คำพูดแปลกๆ : เคยมีใครบอกคุณหรือไม่ว่าคำพูดของคุณ

แปลกหรือเข้าใจยาก 10) อาการหูแว่ว : คุณเคยได้ยินเสียงคนพูด โดยไม่เห็นตัวคนอยู่แถวๆนั้นหรือไม่

2. เครื่องมือการสัมภาษณ์อาการนำ (The Early Signs Questionnaire) พัฒนาโดยHerz & Melville (1980) เป็นเครื่องมือที่บุคลากรสุขภาพใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือครอบครัว เกี่ยวกับเรื่องต่างๆไป เช่น สอบถามเรื่องภาวะสุขภาพ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำในชีวิตประจำวัน การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง บุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที และนำข้อมูลที่ได้จาก การสังเกต การสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์และตัดสินว่าผู้ป่วยมีอาการนำตามรายการตรวจสอบอาการนำ 8 รายการ ต่อไปนี้หรือไม่ 1) มีพฤติกรรมแปลก ๆ 2) มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อยหรือแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม 3) มีการพูดหรือสื่อสารที่เข้าใจได้ยาก 4) แสดงความคิดเห็นน้อยและพูดน้อยลง 5) หมกมุ่นกับความคิดแปลก ๆ 6) คิดว่าคนอื่นกำลังพูดคุยเกี่ยวกับตนเอง 7) เชื่อมมั่นในความความคิดหรือความรู้สึกที่ไม่เป็นความจริง (persistent feelings of unreality) 8) มีความผิดปกติในการรับรู้ ในการเห็น การได้ยินและการได้กลิ่นหรือไม่ ถ้ามีพฤติกรรมเหล่านี้ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติของผู้ป่วยแสดงว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มว่าจะมีอาการนำ

3. เครื่องมือวัดอาการนำ (Early Signs Scale: ESS) (Birchwood et al., 1989) เป็นแบบวัดระดับอาการนำ ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเอง (Self report) และแบบประเมินจากผู้สังเกต(observe report) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก แบบ Likert Scale มี 2 ส่วน ส่วนแรกถามถึงความถี่ของการเกิดอาการ คือ (0) ไม่มีอาการนี้เกิดขึ้นเลย (1) มีอาการนี้เกิดขึ้น 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (2) มีอาการนี้เกิดขึ้นหลายครั้งต่อสัปดาห์แต่ไม่ทุกวัน (3) มีอาการนี้เกิดขึ้นทุกวัน และส่วนที่ 2 จะถามถึงการรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นปัญหาหรือไม่ คือ (0) ไม่เป็นปัญหา (1) เป็นปัญหาเล็กน้อย (2) เป็นปัญหาพอควร (3) เป็นปัญหามาก แต่ละส่วนจะมีช่วงคะแนนระหว่าง 0 -102 คะแนน ประกอบด้วยกลุ่มอาการ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย 2) ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว 3) ด้านขาดการยับยั้งตนเอง และ 4) ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต

จะเห็นได้ว่าการประเมินหรือตรวจสอบอาการนำจะมีประโยชน์ต่อการเป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้ วิธีหนึ่ง การประเมินอาการนำ อาจกระทำได้ทั้งโดยตัวผู้ป่วยเอง ญาติผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพโดยการสัมภาษณ์และสังเกต พฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกที่เปลี่ยนไปจากภาวะปกติของบุคคลนั้นๆ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีอาการนำบางอย่างเหมือนกันและอาการนำบางอย่างต่างกัน เป็นลักษณะเฉพาะตัวได้ สาเหตุและระยะเวลาของการเกิดอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำของแต่ละคนอาจแตกต่างกัน

จากประสบการณ์ของผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช แรกรับของโรงพยาบาลศรีธัญญา จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับเข้ารับรักษาซ้ำเนื่องจาก มี

พฤติกรรมรุนแรง เช่น ญาติบอกว่าผู้ป่วยมีท่าทีจะทำร้ายญาติ หวาดระแวง พุดจาหายบาย พุดเสียงดัง คำว่าผู้อื่น กลางคืนไม่นอน เดินไปเดินมา วุ่นวาย และมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น ญาติจึงพามาโรงพยาบาล และเมื่อถามถึงสาเหตุของอาการกำเริบซ้ำส่วนใหญ่ญาติคิดว่าเกิดจากการขาดยา และถ้าเป็นผู้ป่วยชายจะเกิดร่วมกับการใช้สุราหรือสารเสพติด เช่น กัญชาและยาบ้าร่วมด้วย ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไปในทางที่เสื่อมลง เมื่อถามผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าที่ต้องมาโรงพยาบาลเนื่องจากที่มีปัญหาเกี่ยวกับญาติ ญาติจู้จี้จู้บน เลยมมีปัญหาทะเลาะกับญาติหรือ เครียดที่เหมือนเป็นคนไร้ค่า อยู่ไปวัน ๆ อายอกอยู่คนเดียว ไม่อยากพูดกับใคร ญาติจึงพามาโรงพยาบาล และเมื่อถามผู้ป่วยถึงอาการนำหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติก่อนที่จะมีอาการรุนแรงจนควบคุมตนเองไม่ได้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยบอกว่า เกิดจากความเครียด ทำให้นอนไม่หลับ หรือไม่อยากทำอะไร รู้สึกไม่มีความสุข หงุดหงิดง่าย เป็นต้น ซึ่งถ้าผู้ป่วยสามารถระบุนำอาการนำ ก่อนที่จะมีอาการรุนแรง และแก้ไขปัจจัยสาเหตุได้ก็จะไม่เกิดอาการรุนแรงจนเกิดอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้ ในการบำบัดเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงแรกจะเน้นการรักษาด้วยยาทางจิตเวช เพื่อให้มีอาการทางจิตสงบและเมื่ออาการทางจิตสงบก็จะมี การบำบัดทางจิตสังคม เพื่อเตรียมความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันการกำเริบซ้ำ โดยการบำบัดด้วยยาจิตเวชอย่างต่อเนื่อง และการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถควบคุมดูแลตนเอง โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่มีกิจกรรมบำบัด 4 อย่าง คือ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับ โรคจิตเภท และวิธีการรักษา การป้องกันการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการนำหรืออาการเตือนเบื้องต้น 2) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลและ 4) การช่วยทำงานบ้าน ซึ่ง กิจกรรมบำบัดเหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการบำบัดดูแลตนเองและพึ่งตนเองได้ดีขึ้น แต่ในการปฏิบัติงานจริงพบว่า ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถประเมินอาการนำของตนเองได้ เมื่อให้ผู้ป่วยประเมินอาการนำตามคู่มือ ซึ่งเป็นอาการนำที่พบบ่อยได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย รู้สึกตึงเครียด กระวนกระวาย รู้สึกซึมเศร้า นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่อหน่ายไม่มีความสุข เบื่ออาหาร กินได้น้อยลง ความจำไม่ดี ย้ำคิดย้ำทำ ไม่ค่อยอยากพบปะผู้คน รู้สึกว่าถูกหัวเราะเยาะ รู้สึกว่าถูกนินทาว่าร้าย ไม่สนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัว รู้สึกไม่ดีโดยไม่มีเหตุผลชัดเจน ตื่นเต้นเกินปกติ มีหูแว่วหรือเห็นภาพหลอน รู้สึกตนเองไร้ค่า คิดฟุ้งซ่าน เป็นต้น โดยที่ผู้ป่วยบางคนบอกว่า ตัวอย่างอาการนำที่ให้มาตนเองไม่สามารถบอกได้ว่าอาการนั้น ๆ เป็นอาการนำใช่หรือไม่ เพราะเป็นอาการที่มีอยู่ตลอดเวลาในภาวะปกติของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ (residual Symptoms) จะมีอาการเหล่านี้เกือบตลอดเวลา เช่น อาการซึมเศร้า / เบื่อหน่าย/ ย้ำคิดย้ำทำ/ ไม่อยาก พบปะผู้คน/มีอาการหูแว่วได้ยินเสียงคนมาพูดเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถบอกได้ว่า ปัจจัยใดเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และตัวอย่าง

อาการเปลี่ยนแปลงที่ผู้ป่วยหรือญาติสังเกตเห็น ไม่มีอยู่ในใบความรู้ หรือใช้ภาษาที่ต่างไป ซึ่งผู้ป่วยไม่รู้ว่ามี ความหมายเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน เช่นบอกอาการนำของตนคือ รู้สึกใจคอหดหู่ รู้สึกโดดเดี่ยวมีญาติก็เหมือนไม่มี สนใจเกี่ยวกับคำสอนทางศาสนามากขึ้น คิดอยู่แต่เรื่องเดิมๆ รู้สึกเหนื่อยหมดแรง เป็นต้น ดังนั้นการให้ผู้ป่วยประเมินอาการนำจากใบความรู้อาจไม่ได้ อาการนำที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคล ได้ นอกจากนั้นยังมีคำถามอื่น ๆ อีกเช่น การประเมินอาการนำควรทำในเวลาใด บ่อยครั้งแค่ไหน จะใช้วิธีอื่นในการประเมินได้ไหม ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวประเมินอาการนำได้ ที่มีความสะดวกและมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ชัดเจน มีอำนาจในการทำนายอาการกำเริบซ้ำที่ดี โดยศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

จากปัญหาการใช้คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับ การสังเกตอาการนำเบื้องต้นของการป่วยซ้ำที่ใช้ในการปฏิบัติงานในปัจจุบัน ผู้ศึกษา จึงเห็นความสำคัญของการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินอาการนำในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นแนวทางในการประเมินอาการนำ ที่ครอบคลุมปัญหาทางคลินิกมากขึ้น มีความสะดวกและมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ มีอำนาจในการทำนายอาการกำเริบซ้ำที่ดี โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล สามารถประเมินอาการนำได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น และเห็นความสำคัญของการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งจะช่วยลดการเกิดอาการกำเริบซ้ำและลดระยะเวลาของการอาการกำเริบซ้ำ ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและมีมาตรฐานเพิ่มขึ้น

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทจากหลักฐานเชิงประจักษ์

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการนำและการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น
2. พยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้และประเมินอาการนำของตนเองได้

3. พยาบาลสามารถนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำได้

### วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท โดยการทบทวนองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะในการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ 1) วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา 2) วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 3) การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะแนวทางในการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

1.1 กรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา โดยใช้กรอบแนวคิด “PICO” (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

P = Population หมายถึง ประชากรที่สนใจศึกษา ซึ่งในการศึกษานี้คือผู้ป่วยจิตเภท

I = Intervention หมายถึง การประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ

C = Comparison intervention หมายถึง การระบุนการเปรียบเทียบ การบำบัด ซึ่งในการศึกษานี้ไม่มีการระบุนการเปรียบเทียบ

O = Outcome หมายถึง ผลลัพธ์ที่ได้รับ คือ การตรวจพบหรือระบุนอาการนำ

คำสำคัญ (keywords)

คำสำคัญ ที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

Population = ผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia)

Intervention = การตรวจสอบอาการนำ การประเมินอาการนำ และ การรับรู้อาการนำ หรืออาการเตือน (monitor, assessment , recognition)

Comparison intervention -

Outcome = อาการนำ อาการเตือน อาการก่อนอาการทางจิต (early signs, early warning signs, prodromal symptoms)

### 1.2 กำหนดขอบเขตของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดขอบเขตของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

1) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 7 ตามเกณฑ์ การประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (strength of evidence) ที่เกี่ยวข้องกับการทำนาย (prognosis) ของ Grace (2009)

2) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2011 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3) เป็นงานวิจัยแบบสมบูรณและสามารถนำมาวิเคราะห์ได้

### 1.3 การกำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

1) จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database)

ฐานข้อมูลที่รวบรวมการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ได้แก่ Cochrane Library ([www.Cochrane.org](http://www.Cochrane.org))

ฐานข้อมูลที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ OVID, CINAHL, Wiley InterScience, PubMed, Blackwell Synergy, ScienceDirect, ProQuest.

2) การสืบค้นด้วยมือ (Hand search)

- การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม (Reference list) ของบทความหรืองานวิจัยที่ค้นพบ

- สืบค้นจากวารสาร บทความทางวิชาการ งานวิจัย จากห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

## 2. การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

### 2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสกัดเนื้อหา วิเคราะห์เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตาราง และใช้เกณฑ์การประเมินแนวนอนในการนำไปใช้ในการปฏิบัติของ Polit & Beck (2008) เพื่อประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 ลักษณะคือ 1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทาง 2) การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ และ 3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการ ซึ่งพิจารณา

จาก 3.1) การถ่ายทอด/ การนำไปปฏิบัติ 3.2) ความเป็นไปไดในการนำไปปฏิบัติในสถานการณจรง และ 3.3) ความคุมทุนคุมประโยชนเมื่อนำไปใช้

## 2.2 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (strength of evidence) ตามระบบการจำแนกของ Grace (2009) ซึ่งมีเกณฑ์การแบ่งระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำนาย (Prognosis) การวินิจฉัย 7 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีคุณภาพ (systematic review of good qualities cohort studies)

ระดับที่ 2: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ที่มีการติดตามไปข้างหน้า ที่มีประชากรอยู่ในกระบวนการติดตามอย่างน้อย 80% ของประชากรที่ศึกษาทั้งหมด (prospective cohort study with at least 80% follow-up)

ระดับที่ 3: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยที่การศึกษาเหล่านั้นมีคุณภาพในระดับต่ำ หรือการศึกษาเหล่านั้นมีผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน (systematic review of lower quality studies or studies with inconsistent findings )

ระดับที่ 4: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยที่การศึกษาเหล่านั้นมีการติดตามผลการศึกษาที่ไม่ดี (retrospective cohort study with poor follow-up)

ระดับที่ 5: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะเฉพาะบางอย่างของบุคคลสองกลุ่มเช่นกลุ่มที่เป็นโรคและกลุ่มที่ไม่เป็นโรค (case-control study)

ระดับที่ 6: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโรค (case series)

ระดับที่ 7: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสังเกตทางคลินิกที่ไม่เป็นระบบ (Unsystematic clinical observation)

## 3. ผลการดำเนินการ

### 3.1 ผลการศึกษาและสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ

จากการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มีจำนวนทั้งหมด 18 ฉบับและ

พบว่าเป็นงานวิจัยที่ซ้ำกัน จำนวน 5 ฉบับ บางเรื่องค้นพบมากกว่า 1 ชิ้น ข้อมูลจึงเหลือหลักฐาน  
ประจักษ์เพียง 12 ฉบับ

### 3.2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เป็นการนำหลักฐานเชิงประจักษ์แต่ละเรื่องมาวิเคราะห์เนื้อหาอย่าง  
ละเอียดและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ลงในตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective  
table) และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะ

### 3.3 ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

1. ข้อเสนอแนะสำหรับ ผู้บำบัดในการประเมินและเตรียม  
ความพร้อมผู้ป่วยก่อนการบำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำมีดังต่อไปนี้

1.1 การรู้จักตนเองของผู้ป่วย (Insight) การรับรู้ภาวะโรคของตนเองถูกต้องเป็น  
สิ่งจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยที่ ปฏิเสธการเจ็บป่วยจะไม่เห็นความสำคัญของการประเมินอาการนำของ  
ตนเองดังนั้นต้องมีการบำบัดเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะโรค ที่ถูกต้อง หรือถ้าผู้ป่วยไม่สามารถ  
ประเมินอาการนำได้ด้วยตนเอง อาจต้องสอนให้ ญาติประเมินอาการนำ แทนหรือประเมินร่วมกับ  
ผู้ป่วยได้ (Meijel et al., Part II, 2002, level VI)

1.2 แรงจูงใจในการประเมินอาการนำ (Motivation) ผู้ป่วยแต่ละคนมีแรงจูงใจที่ต่างกัน  
ผู้ป่วยที่มีความตั้งใจที่จะจัดการกับสถานการณ์หรือปัญหาต่างๆด้วยตนเองมักมีแรงจูงใจที่จะ  
ประเมินอาการนำและจัดการกับอาการนำด้วยตนเอง รวมทั้ง ผู้ป่วยที่เห็นประโยชน์ของการประเมิน  
และรับรู้อุปสรรคของการประเมินน้อย จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยประเมินอาการนำของตนเองอย่าง  
ต่อเนื่อง ดังนั้น จึงจำเป็นต้องส่งเสริมแรงจูงใจในการประเมินตนเองในผู้ที่ขาดแรงจูงใจในการ  
ประเมิน (Meijel et al., , Part II, 2002, level VII; Tait et al., 2002, Level VI)

1.3 คุณลักษณะของผู้ป่วย หรือบุคลิกภาพของผู้ป่วยแต่ละคน (patient characteristics  
or patient's personality) พบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มอาการทางลบ เช่น ภาวะไร้อารมณ์ ขาด  
ความกระตือรือร้น ความสามารถในการรู้คิดบกพร่อง ไม่ค่อยมีสมาธิ มีปัญหาในเรื่องความจำ ผู้ป่วย  
กลุ่มนี้ควรได้รับการบำบัด ที่ช่วยส่งเสริมความกระตือรือร้น หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้สึกมี  
ความสุข ความพอใจ เพื่อลดกลุ่มอาการด้านลบ ก่อนได้รับการบำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำ  
(Meijel et al., Part II, 2002, level VI)

1.4 การศึกษาเกี่ยวกับการดำเนิน โรคในอดีต ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเป็นข้อมูล  
พื้นฐานในการเปรียบเทียบกับอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันและอนาคต จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจลักษณะ  
อาการนำของตนเองได้ง่ายขึ้น ผู้บำบัด ควรพิจารณาข้อมูลจากหลายแหล่งในการวิเคราะห์ เกี่ยวกับ  
การดำเนินโรคของผู้ป่วยเช่นข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์ จากแบบประเมินอาการนำ และ

ประวัติการเจ็บป่วย เป็นข้อมูลที่ได้จากตัวผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ และทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลเหล่านี้มาประกอบในการตัดสินใจว่า ปัจจุบันผู้ป่วยอยู่ในระยะใด สามารถเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดได้หรือไม่ ( Fitzgerald, 2001, level VII; Meijel et al., Part II, 2002, level VI)

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดเตรียมเนื้อหาในการให้ความรู้กับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำ สำหรับผู้ป่วย มีดังต่อไปนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับความหมายของอาการนำ อาการกำเริบซ้ำ และกระบวนการเกิดอาการกำเริบซ้ำ

2.1.1 อาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ (Early warning signs of relapse) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน ก่อนที่จะพัฒนาไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่เห็นเด่นชัด หรืออาการทางจิตกำเริบและไม่ได้เกิดขึ้นเพราะความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด

2.1.2 อาการกำเริบซ้ำ (Relapse) หมายถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรครุนแรงอีกครั้งหนึ่งหลังจากได้รับการรักษาจนกระทั่งอาการสงบ ซึ่งอาการทางจิตที่เกิดขึ้นรบกวนการทำหน้าที่และ พฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Burns et al., 2000)

2.1.3 กระบวนการของอาการกำเริบซ้ำ เริ่มต้นจากผู้ป่วยมีอาการนำ หรือเกิดอาการเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติของแต่ละบุคคล โดยเริ่มจากอาการนำที่เป็นอาการทั่วไป (non-specific symptoms) นำไปสู่อาการทางจิตเล็กๆ น้อยๆ (specific symptoms) และรุนแรงขึ้นจนเกิดอาการกำเริบ หรือบางคนอาจเริ่มจากมีอาการทางจิตเล็กๆ น้อยๆ ก่อนแล้วเกิดความตึงเครียดเพิ่มมากขึ้น รุนแรงขึ้น จนเกิดอาการทางจิตกำเริบชัดเจน.(Birchwood et al., 2000, level VII; Fitzgerald, 2001, level VII)

2.2 ลักษณะอาการนำ ที่ผู้ป่วยจะสามารถสังเกตหรือประเมินได้ มี 3 องค์ประกอบคือ (ปริยพันธ์ สวัสดิ์ & วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2552, level VI; Birchwood et al., 2000, level VII)

2.2.1 ด้านพฤติกรรม เช่น นอนไม่หลับ หรือนอนหลับยาก ควบคุมอาการของตนเองไม่ค่อยได้ สนใจดูแลกิจวัตรประจำวันน้อยลงกว่าเดิม พูดโต้ตอบหรือพูดคนเดียว แยกตัวอยากอยู่ตามลำพังพูดหรือยิ้มคนเดียว แสดงท่าทีระแวงเมื่อถูกข้อมอง พฤติกรรมประหลาดโดยไม่มีสาเหตุ ไม่สนใจตนเอง ปฏิเสธการทำตามคำขอร้องหรือคำสั่งง่ายๆ ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น เคลื่อนไหวช้า นั่งไม่ติด ก้าวร้าว วนวายกับคนอื่น

2.2.2 ด้านอารมณ์ เช่น ความตึงเครียด วิตกกังวล กังวล หรือกระสับกระส่าย กลัว ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย รู้สึกเหน็ดเหนื่อยหรือหมดแรง รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกแข็งแรงหรือมีพลัง รู้สึกว่าไม่สามารถจัดการงานที่หนักในแต่ละวันได้ รู้สึกว่ากำลังถูกลงโทษ รู้สึกโมโห รู้สึกผิด

2.2.3 ด้านการรู้คิด เช่น คิดหมกมุ่นในเรื่องบางเรื่อง มีอาการระแวง คิดว่าตนเองมีความพิเศษกว่าคนธรรมดา รู้สึกสับสนหรืองุนงง รู้สึกหลงลืมรู้สึกเหมือนอยู่อีกโลกหนึ่ง มีความยุ่งยากในการตัดสินใจ มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ หนึ่งหรือสองสิ่ง ผันร่าย ไม่มีสมาธิ คิดว่าส่วนต่างๆ ของร่างกายเปลี่ยนไป

2.3 ลักษณะอาการนำ สามารถประเมินอาการนำทั้ง 3 องค์ประกอบว่าอยู่ในลักษณะอาการต่างๆ ไป หรือลักษณะเฉพาะซึ่งมี 3 ลักษณะคือ

2.3.1 อาการนำทั่วไป (non-specific symptoms) หรืออาการนำที่ไม่ใช่อาการทางจิต (non psychotic) หรือ dysphoric' symptoms เช่น ความตึงเครียด อารมณ์เศร้า แยกตัว และอาการวิตกกังวลเพิ่มขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงของการกิน การนอนชัดเจน (Birchwood et al., 2000, level VII; Fitzgerald, 2001, level VII)

2.3.2 อาการนำที่มีอาการเฉพาะ (specific symptoms) หรืออาการคล้ายโรคจิต (psychotic-like symptoms) or low-level psychotic symptoms ตัวอย่างเช่น อาการหัวเราะโดยไม่มีสาเหตุหรือพูดพร่ำเพื่อ การสงสัยไม่ไว้ใจผู้อื่น อาการเชื่อผิดๆ หลงผิด การรับรู้เปลี่ยนไป (Birchwood et al., 2000, level VII; Fitzgerald, 2001, level VII)

2.3.3 อาการนำที่เป็นลักษณะเฉพาะแต่ละบุคคล (specific idiosyncratic behaviours) เป็นลักษณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะสามารถสังเกตและบอกได้ว่าจะพบอาการนำหรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปเฉพาะเช่นนี้ทุกครั้งก่อนที่จะมีอาการกำเริบเช่นเริ่มออกนอกบ้านบ่อยครั้งขึ้น สูบบุหรี่บ่อยครั้งขึ้น แต่งตัวแปลกไป พูดเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาบ่อยครั้ง เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มักจะไม่มีในเครื่องมือประเมินหรือเครื่องมือคัดกรองอาการนำที่เป็นมาตรฐาน เนื่องจากเป็นอาการที่เป็นคำพูดบอกเล่าตามการรับรู้และตามความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ (Meije et al., Part I, 2002, level VI)

2.4 วิธีการประเมินอาการนำ การประเมินอาการนำ ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการนำ จากการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของตนเองว่ามีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง โดยผู้ป่วยอาจถามตนเองว่า “ ขณะนี้มีอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติหรือไม่ ” “ ถ้ามี พบการเปลี่ยนแปลงหรืออาการนำอะไรบ้าง ” “ เริ่มเกิดอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เมื่อไร ” “ มีอาการรุนแรงหรือความถี่ของอาการรบกวนชีวิต มากน้อยเพียงใด ” “ คิดว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกิดจากอะไร

หรือเกิดจากสาเหตุใด” (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์ & วัฒนารณณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2552, level VI ; Koichi & Miyamoto, 2009, Level VI) ซึ่งรูปแบบของการประเมินอาการนำด้วยตนเองมี 2 รูปแบบคือ

2.4.1 การประเมินอาการนำ จากการสังเกตและเขียนบันทึกอาการนำตามการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละบุคคล(ปรียนันท์ สละสวัสดิ์ วัฒนารณณ์ พิบูลอาลักษณ์ 2552, level VI; สมชาย ต้นศิริสิทธิกุล และคณะ, 2551, Level VI)

2.4.2 การประเมินอาการนำโดยเครื่องมือมาตรฐานโดยผู้ป่วยต้อง สํารวจอาการนำตามการรับรู้ของตน และตอบแบบสอบถามซึ่งง่ายต่อการปฏิบัติแต่อาจไม่ครอบคลุม ลักษณะอาการนำของแต่ละคน ดังนั้นอาจใช้วิธีเขียนบันทึกอาการนำที่พบเพิ่มเติมจากที่มีในเครื่องมือประเมินนั้นๆ ได้ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ประเมินที่มีใช้ในประเทศไทย Early Signs Scale: ESS พัฒนาโดย Birchwood et al, 1989 มี 34 ข้อ (วยุณี ช้างมิ่ง และคณะ, 2546, Level VI; Koichi & Miyamoto., 2011, Level V)

2.5 การระบุว่าอาการนำ การที่ผู้ป่วยจะระบุอาการนำของตนได้ ผู้ป่วยจะต้องตระหนักรู้ภาวะปกติของตนเอง ว่ามีลักษณะอย่างไร ต้องเปรียบเทียบอาการหรือพฤติกรรมในภาวะปกติกับภาวะปัจจุบัน ถ้าเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง ถือว่าเป็นอาการนำ แต่ถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้นรุนแรงขึ้น จนรบกวนการทำบทบาทหน้าที่และ พฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ถือว่าเป็นอาการกำเริบซ้ำ และถ้าเป็นการประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมิน ควรเปรียบเทียบ คะแนนอาการปัจจุบันกับคะแนนพื้นฐาน (baseline scores) ในภาวะปกติ (Birchwood et al., 2000, level VII)

2.6 ช่วงระยะเวลาในการประเมินแต่ละครั้งควรเป็นอย่างไร พบว่าการตรวจพบอาการนำได้เร็วจะทำให้การบำบัดดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้เร็วขึ้น ซึ่งการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของอาการนำจะลดโอกาสการเกิดอาการกำเริบซ้ำได้มากขึ้น ดังนั้นควรประเมินอาการนำของตนเองให้บ่อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และประเมินทุกครั้งที่มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน หรือมีความรู้สึกทางลบหรือทางบวกเพิ่มขึ้น หรือ อย่างน้อยควรประเมินทุก 2-4 สัปดาห์(Gaebel & Riesbeck, 2007, Level IV; Meijel et al., 2004, level VII; Birchwood et al., 2000, level VII)

3. การบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ผู้บำบัดควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และ ควรเป็นการบำบัดระยะยาวเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการบำบัดและ สามารถประเมินอาการนำได้ต่อเนื่อง ควรเลือกรูปแบบการบำบัดตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ทัศนคติของผู้บำบัด (Attitude of healthcare professional) การมีทัศนคติทางบวก ต่อผู้ป่วย จะมีผลต่อความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ก่อให้เกิดความร่วมมือในการบำบัด ช่วยให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลและมุมมองต่างๆเพิ่มขึ้น ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมชัดเจนช่วยให้ ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการนำได้ถูกต้องมากขึ้น(Meijel et al., Part II, 2002, level VI)

3.2 ระยะเวลาในการบำบัด ควรเป็นการบำบัดระยะยาวและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการนำ สามารถประเมินอาการนำได้ถูกต้อง และต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องได้รับการเรียนรู้ในการวางแผนการประเมินอาการนำของตนเอง การอภิปรายกับผู้บำบัด เพื่อการปรับแผนการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของแต่ละบุคคล มีการฝึกทักษะและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและกลับมาพบผู้บำบัดเป็นระยะๆ จนกว่าจะมั่นใจว่าสามารถประเมินได้อย่างถูกต้อง และมีแรงจูงใจที่จะประเมินอาการนำอย่างสม่ำเสมอ (Meijel et al., Part II, 2002, level VI)

รูปแบบของการบำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำและการบำบัด เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ มีหลายรูปแบบ การเลือกรูปแบบบำบัดรูปแบบใดควรพิจารณาตาม ปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วย นโยบายของหน่วยงาน และความพร้อมของผู้บำบัด ตัวอย่างของ รูปแบบการบำบัด (Birchwood et al., 2000, level VII; Fitzgerald, 2001, level VII; Meijel et al., Part II, 2002, level VI; Tai, et al., 2002, Level VI)

รูปแบบที่ 1. การส่งเสริมความสามารถในการประเมินอาการนำและ การบำบัดด้วยยา (medication intervention) การบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นเบื้องต้นได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ กระบวนการดำเนินโรค การบำบัดรักษา ซึ่งรวมถึงการประเมินอาการนำ สามารถบอกลักษณะอาการ นำได้ สามารถบอกวิธีการประเมินอาการนำ และมีทักษะในการประเมินอาการนำ เห็นความสำคัญของการประเมินอาการนำอย่างสม่ำเสมอและการไปพบแพทย์เมื่อเริ่มมีอาการนำ เพื่อให้แพทย์ประเมินและปรับยาให้เหมาะสมกับภาวะโรคต่อไป โดยที่การบำบัดด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีข้อเสนอแนะว่า ควรให้การบำบัดด้วยยาอย่างต่อเนื่องและปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นเมื่อพบอาการนำ

รูปแบบที่ 2. การส่งเสริมความสามารถในการประเมินอาการนำ รวมทั้ง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และส่งเสริมทักษะการจัดการกับปัญหา(own coping skill) มีการให้การบำบัด เช่นเดียวกับการบำบัดรูปแบบที่ 1 รวมทั้งมีการบำบัดเพิ่มเติมในเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัย กระตุ้นให้เกิดอาการนำ ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดตามมาหลังเกิดอาการนำ และส่งเสริมการใช้แหล่ง ทรัพยากรภายในบุคคล เช่น Coping skill, stress management ในการแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาการนอน ปัญหาสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด ปัญหาทางอารมณ์ เป็นต้น

รูปแบบที่ 3. การส่งเสริมความสามารถในการประเมินอาการนำและการ บำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม(cognitive behavior therapy ) มีการให้การบำบัดเช่นเดียวกับการ บำบัดรูปแบบที่ 2 และให้การบำบัดเพิ่มเติมในเรื่อง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และปรับเปลี่ยน ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง (dysfunctional beliefs) ที่นำไปสู่การเกิดอาการนำและอาการทางจิต รุนแรง ตามมา เช่น ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองไร้ค่า “ ก่อให้เกิดอาการเศร้าเช่นรู้สึกอารมณ์ตกลง ร้องไห้ง่าย แยกตัว ไม่มีความสุข” เชื่อว่ามีคนปองร้าย “ ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย”

รูปแบบของการบำบัดนี้ใช้เทคนิคของการบำบัดการรู้คิด (Cognitive therapy) ในการท้าทายหรือปรับมุมมองความเชื่อใหม่เช่น “มองในมุมอื่นได้ใหม่ เป็นอย่างอื่นได้ไม่” เพื่อให้ผู้ป่วยคิดได้กว้างขึ้น เหมาะสมหรือสมเหตุสมผลมากขึ้น เป็นการจัดการกับความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่เกิดจากความเชื่อที่ไม่ถูกต้องนั้น

### ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

1. พยาบาลควรพัฒนาแนวทางการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ และพัฒนาคู่มือการบำบัด ที่เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินอาการนำ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการนำ รวมทั้งการส่งเสริม ทักษะในการจัดการเมื่อมีอาการนำ เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ และนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ ประเมินผล รวมทั้งทำการปรับปรุง เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำ และเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันต่อไป
2. พยาบาลควรเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ในการบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น แผ่นพับความรู้เรื่องอาการนำ และวิธีการบำบัดดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ เอกสารรายการอาการนำที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการประเมินด้วยตนเอง ที่ง่ายต่อการใช้หรือสะดวกต่อการใช้ประเมินตนเอง
3. การบำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำในการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถประเมินอาการนำได้ถูกต้อง ดังนั้นจึงควรมีแผนการร่วมมือกับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกหรือพยาบาลชุมชนในการให้การบำบัดที่ต่อเนื่อง มีการให้การบำบัดเพิ่มเติมเป็นระยะ ๆ เพื่อเสริมแรงจิตใจในการประเมินอาการนำ จนผู้ป่วยสามารถทำเป็นประจำหรือทำได้ต่อเนื่องต่อไป

ASSESSMENT OF EARLY WARNING SIGNS OF RELAPSE IN PATIENTS  
WITH SCHIZOPHRENIA: EVIDENCE-BASED NURSING

NITTAKARN TANYAPIBOOLPONG 5036765 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,  
ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.

## EXTENDED SUMMARY

### Background and Significance of the Study

Schizophrenia is an important psychiatric problem that is frequently found. Patients with schizophrenia have abnormality in cognition, perceptions, emotions, and behaviors. The prevalence rate of schizophrenia is approximately 0.8% to 1.5% of the world population (Kaplan & Sadock, 2000; Meijel, Gaag, Sylvain, & Grypdonck, 2004). As for Thailand, about 1% of the population have been stricken with schizophrenia (Department of Mental Health, B.E. 2549), and they make up the largest group of psychiatric patients who are admitted into the hospital. In 2006, the number of patients who were admitted into a psychiatric hospital was 38,074. Of these, 20,197 were patients with schizophrenia (Department of Mental Health, B.E. 2550). With regard to patients who sought treatment at Srithanya Hospital in 2010, the number of outpatients was 117, 949. Of these, 62,281 or 52.8% were patients with schizophrenia. In addition, 4,008 were hospitalized as inpatients, and 231 of them had to be readmitted into the hospital within 90 days, accounting for 5.4% of the total (Annual Report, Srithanya Hospital, B.E. 2553). The problems with relapses of patients with schizophrenia, even though their prevalence rate is not so high, are still considered major problems that need to be solved. This is because each relapse increases the risks for the following relapses within a shorter time span. Besides, after frequent bouts of

relapses, patients will suffer from residual symptoms which adversely affect their social functioning and daily living abilities (Scott, Reid, Smith, Natynczuk, Robson-Ward, & Vaughan, 2004). Furthermore, there are effects on the patients' family. Their sickness makes them unable to work, and the family may have to use their family savings to pay for their medical expenses. Frequent relapses and chronic conditions can also cause boredom, frustration, and fear among the family members, who may also see the patients' sickness as a burden, thus leading to strain in the family (Somporn Rungraungkolakit et al., B.E. 2548; Kanchana Sudjai, B.E. 2549). In terms of effects on society and the country, some patients with schizophrenia may have aggressive behaviors including lack of self-control, vandalism, and physical assaults of others, so they can become a threat to society (Jinda Sommanas et al., B.E. 2534 cited in Kalnika Sriwongwan, B.E. 2547). The government has to spend as much as 200 million baht per year, and the amount tends to increase every year (Department of Mental Health, B.E. 2550).

### **Prevention of Relapses in Patients with Schizophrenia**

Relapses refer to the condition in which patients with schizophrenia have severe symptoms of the disease once again after having received treatment and recovered. Such psychiatric symptoms significantly affect their social functioning and behaviors, causing them to lose self-care efficacy and requiring them to be hospitalized (Burns et al., 2000). Meijel, Gaag, Sylvain, and Grypdonck (2004) reviewed studies conducted based on the framework of the vulnerability-stress-coping model of Nurchterlien et al. (1992) and concluded that factors that are associated with relapses are biological vulnerability such as loss of balance of neurotransmitters due to inconsistent medication intake or lack of medication adherence and/or encounter with highly stressful situations, thus resulting in early signs of relapses. If patients remain in a stressful state while they have insufficient internal protective factors, such as lack of problem-solving or stress-coping skills, and lack external protective factors, such as support from family, community, and health experts, leading psychiatric symptoms can increase in their severity and become relapses. However, if patients receive early

intervention, they can return to balance state and their symptoms will be in remission, so relapses can be prevented. A study conducted by Kazadi, Moosa, and Jeenah (2008) with 134 patients with schizophrenia who had experienced at least one bout of relapses and 83 patients with schizophrenia who had never experienced relapses had revealed that different factors between these two groups of patients (Fisher's exact = 0.000;  $p < 0.05$ ) were co-morbidity of other psychiatric illnesses, suicidal thoughts, depression, substance abuse, lack of medication adherence, and stressors in life. Other important factors that increase risks of relapses are depressive symptoms and lack of medication adherence due to denial of the mental illness or medication side effects. Herz et al. (2000) carried out a study on intervention to prevent relapses with 41 patients with schizophrenia in the control group and another 41 patients in the experimental group. The subjects in the experimental group received standard treatment with psychiatric medication, psychosocial therapy, and examination of early signs of relapses. Intervention was also provided to the patients and their family when early signs of relapses were detected. On the other hand, the subjects in the control group received standard pharmacological treatment together with individual supportive therapy conducted every two weeks for the period of six months. At an 18-month follow-up, it was found that the experimental subjects who were examined regularly to detect early signs of relapses and who received immediate intervention when early signs of relapses were detected had a lower rate of relapses than the subjects in the control group. That is, only seven of them, or 17%, had relapses, whereas 14 subjects in the control group, or 34%, experienced relapses ( $p = 0.01$ ). Thus, it could be concluded that intervention to prevent relapses by examination or assessment of early signs of relapses and early intervention can reduce relapses. In addition to the intervention used in the study of Herz et al. (2000), there are different types of intervention. For example, one intervention is conducted based on a belief that relapses result from loss of balance of neurotransmitters. The therapy emphasizes promotion of continuous monitoring of psychiatric symptoms of patients by the patients themselves and their family. If early signs are detected, the therapists should be informed immediately to adjust the pharmacological treatment plan. The second form of intervention believes that occurrence of relapses is a continuous process which can be triggered by factors that cause the loss of balance. If individuals are unable to

effectively cope with problems or arousals, they will develop early signs of relapses and eventually relapses. As a result, this type of intervention emphasizes development of coping skills which will enable patients to maintain balance when there are stressors so as to prevent relapses. The third form of intervention maintains that there are different factors related to relapses including internal factors and external factors. Internal factors are loss of balance of neurotransmitters, cognition, beliefs, knowledge and understanding of the disease condition, and insufficient or ineffective treatment. External factors include family, work, social services, and healthcare services. External factors can be protective factors or threatening factors of relapses. Thus, the intervention emphasizes the patients' and family's awareness, making them gain insight into a great number of influencing factors. The patients will receive pharmacological treatment and psychosocial treatment such as promotion of knowledge about the disease condition, treatment, and early signs of relapses. Patients can also be enabled to detect their own early signs of relapses as well as develop problem-solving and stress-coping skills. They should be encouraged to see psychiatrists for adjustment of the treatment plan after early signs of relapses have been detected. They should also be taught how to deal with various early signs of relapses by themselves and how to utilize sources of social support for rehabilitation and promotion of quality of life, which will enable patients to adjust themselves, reduce stress, enhance functioning, and decrease possibility of relapses (Barry Ford, 2000; Birchwood, et al., 2000; Bustillo et al.1995; Meijel, Gaag, Kahn, & Grypdonck, 2002). A study conducted by Tait, Mcnay, Gumiey, and O'Grady (2002) has shown that when patients are able to continuously observe and monitor changes in their symptoms and become aware of their early signs of relapses, they will be better able to manage causes of relapses. In addition, early intervention has been proved effective to prevent relapses or reduce the duration of relapses. As a result, it is deemed necessary that patients, family, and therapists be able to assess or become aware of early signs of relapses before they become severe relapses to ensure early intervention.

## **Early Signs of Relapses**

Early signs of relapses refer to changes in patients' cognition, feelings, and behaviors before relapses set in. In general, patients will experience early signs of relapses. Most patients experience early signs of relapses between two and four weeks or longer before relapses set in (Baker, 1995). Early signs of relapses of patients can vary (Birchwood et al., 1989), and they precede the prodromal phase when patients begin to experience mental symptoms. Different researchers and scholars use different terms to refer to early signs of relapses such as early signs of relapses, early signs symptoms, and early warning signs, to name a few. However, these terms are generally defined similarly as symptoms or changes in behaviors that deviate from normal conditions before acute psychiatric symptoms set in. However, some researchers and scholars emphasize that early signs of relapses refer only to non-psychiatric symptoms such as insomnia, loss of appetite, depression, anxiety, and memory loss, etc. (Herz et al., 1989). On the contrary, others include minor psychiatric symptoms such as curiosity, inquisitiveness, or lack of trust in others which are not entirely abnormal. A number of researchers and scholars may even differentiate early signs of relapses which are not psychiatric symptoms and identify early signs of relapses which involve minor psychiatric symptoms as early signs symptoms. (Birchwood, et al., 2000)

In conclusion, early warning signs refer to changes in cognition, feelings, and behaviors which are different from what they are like in a normal condition or remission before occurrence of severe psychotic symptoms. As there are various terms that are used to define such changes, including early signs, early warning signs, and prodromal symptoms, in the present study, the term 'early warning signs' is used to refer to all of the aforementioned terms.

### **Characteristics of early signs**

A number of researchers and scholars have investigated early signs of psychiatric patients as follows:

Baker (1995) has identified four frequently found early signs of relapses as follows: 1) Mood change, which makes patients depressed, scared, anxious, and

stressed. Some may lack interest in their environments, and others may be more easily irritable or aggressive. 2) Cognitive change, which results in problems with memory, concentration, and obsession. 3) Behavioral change is characterized by social isolation, difficulty sleeping, loss of appetite, etc. 4) Psychotic-like symptoms include talking to self, inquisitiveness, suspicion, feeling as if being controlled, etc. However, these symptoms are not as severe as relapses.

Birchwood et al. (1989) asked patients and family members of the early signs of relapses they had been able to observe. Then, they classified them into four aspects as follows: 1) anxiety and agitation which include physical pain, difficulty sleeping, strain and stress, fear or anxiety, and loss of concentration; 2) depression or withdrawal symptoms which include loss of energy, silence, isolation, loss of appetite, feeling of worthlessness, and unfriendliness; 3) disinhibition including irritability, aggression, violence, and unfriendliness; 4) incipient psychosis such as talking or laughing to self, incoherent or nonsensical speech, feeling being laughed at, feeling as if being spotlighted by others, etc.

A review of early signs of relapses has led to a conclusion that early signs of relapses can be divided into psychiatric symptoms and non-psychiatric symptoms. Frequently found early signs of relapses include disrupted sleep, mood swing, anxiety, stress, depression, social isolation, loss of concentration, loss of appetite, and physical symptoms such as feeling sick, headache, and constipation. While experiencing early signs of relapses, patients tend to resist or develop dilemma. They may begin having minor symptoms which continuously become worsened until they develop severe mental symptoms (Melville, 1980; Heinrichs and Carpenter, 1985; Birchwood, et al., 1989). Early signs of relapses can generally be divided into four components as follows: 1) mood change, 2) cognitive change, 3) behavioral change, and 4) psychotic-like symptoms.

### **Assessment of Early Signs of Relapses**

A study of Herz and Melville (1980) has shown that about 70% of patients with schizophrenia who were treated as outpatients were able to detect their own early signs of relapses and to describe their own cognitive, feeling, and behavioral changes.

Likewise, Glimcher et al. (1986) found that 98% of patients with schizophrenia who were treated as outpatients were able to observe their own symptoms and identify these symptoms before relapses took place. In Thailand, Somchai Tantisirisithikul, et al (B.E. 2551) reported that 75% and 95% of the patients with schizophrenia and their family members were able to perceive early signs of relapses, respectively. This means that patients with schizophrenia have the potential to assess their own early signs of relapses (Baker, 1995). In addition to patients, important persons who should help examine early signs of relapses of patients are family caregivers and healthcare team members who provide close care to patients. This is because the earlier the early signs of relapses can be detected, the earlier the patients will receive interventions to prevent or prolong relapses and reduce rates of hospital re-admission.

Assessment of symptoms can be done in different ways including observation, interviews, and self-administered questionnaire to be completed by patients or their family caregivers. Examples of instruments to assess early signs of relapses are as follows:

1. A 10-question screening interview (10-QS) was developed by Goldberg and Huxley (1980). This instrument is generally used by healthcare team members who interview the patients in the community to assess what changes the patients have experienced and whether they have any subthreshold psychotic episodes. The assessment is consistently conducted, and abnormal symptoms are reported to psychiatrists so as to allow patients to receive timely specific assessments and early interventions. The instrument consists of ten questions on the following topics: 1) sleeping—How have you been sleeping in the past week? Any difficulties getting to sleep? Waking up early?; 2) food intake—Have you lost your appetite recently? Weight loss of two or more kilograms?; 3) energy and interest—Have you experienced loss of energy or interests recently?; 4) anxiety—Have you been worrying a lot about everyday problems?; 5) concentration and memory—Have you had difficulty concentrating on reading or watching television? Have you been more forgetful than usual?; 6) sense of self-esteem— How do you see the future? Do you ever feel that life is not worth living? Have you ever felt you would like to end it all?; 7) strange behaviors— Have you any odd habits, like checking or cleaning more than other people?; 8) exaggerated fear or anxiety—Do you ever have attacks of palpitations,

sweating, shaking, or dizziness accompanied by feelings of intense fear?; 9) strange speech—Has anybody commented that your speech has become odd or difficult to understand?; and 10) auditory hallucination—Have you ever had the experience of hearing people's voices speaking when nobody seems to be around?

2. The early signs questionnaire was developed by Herz and Melville (1980). This instrument is used by healthcare team members to interview patients or family about general topics such as health status; activities in daily living; perception of self, others, and the environment; emotions and behaviors of patients, etc. The interview lasts approximately 30-45 minutes. The data from observations and interviews are then analyzed to determine if the patients have any of the following eight prodromal signs checklist: 1) marked peculiar behavior, 2) inappropriate or loss of expression of feelings, 3) speech that is difficult to follow, 4) marked lack of speech and thoughts, 5) marked preoccupation with odd ideas, 6) ideas of reference—things have special meanings, 7) persistent feelings of unreality, and 8) changes in the way things appear, sound, or smell. If these behaviors have changed from normal conditions of patients, it means that patients are likely to experience early signs of relapses (Herz & Marder, 2002).

3. The early sign scale (ESS) was developed by Birchwood et al. (1989). It is used to measure the levels of early signs, and it includes both self report and observer report. There are 34 items in the scale, and they are arranged in a four-point Likert scale. The items are divided into two parts. The first part elicits data regarding the frequency of the symptoms: (0) meaning having no symptom at all, (1) meaning having the symptom once a week, (2) meaning having the symptoms several times a week but not everyday, and (3) having the symptom everyday. The second part elicits data regarding perception of the symptoms whether they are perceived as problems or not: (0) meaning no problem, (1) meaning having slight problems, (2) meaning having some problems, and (3) having a lot of problems. The scores for each part range from 0 to 102 points. The symptoms are divided into four aspects of 1) anxiety or listlessness, 2) depression or isolation, 3) lack of self-restraint, and 4) beginning of psychotic symptoms.

It can be seen that assessment or examination of early signs of relapses is beneficial as the data obtained can be used as baseline data to prevent relapses.

Assessment of early signs of relapses may be done by the patients, family caregivers, and healthcare team members who can interview and observe changes in patients' behaviors, cognition, and feelings. Some patients may share some early signs but have other different early signs of relapses, which can be individual specific. Also, causes and duration of early signs of relapses can vary among individual patients.

Based on the Investigator experience working at the psychiatric admission ward of Srithanya Hospital, and based on the Investigator's interview of patients and family caregivers, it has been found that most of the patients needed to be re-admitted into the hospital due to their violent behaviors. For instance, the caregivers explained that patients seemed to want to hurt caregivers, or they had undesirable behaviors such as being paranoia, speaking loudly and with harsh words, refusing to go to sleep at night, causing disruption, and posing a threat to others, so the caregivers took them to the hospital. When being asked about the cause of relapses, most of the family caregivers thought that relapses were caused by lack of adherence to medication. In cases of male patients, relapses may have resulted from use of alcohol or drugs such as marijuana and amphetamines, causing their behaviors to be deteriorated. On the other hand, when the Investigator interviewed the patients, they explained that they had to come to the hospital because they had problems with their family caregivers who may nag them too much and made them stressed. They also stated that they felt that they were worthless and they did not want to talk to anybody, so the caregivers took them to the hospital. Furthermore, when being asked about early signs of relapses or changes in their normal conditions before the symptoms became so severe that they lost control of themselves, the patients said that they were stressed and unable to sleep. They also felt like doing nothing, which made them unhappy and irritable. It is believed that if the patients are able to identify early signs of relapses and deal with the cause of early signs before they become severe, they may not experience relapses and may not need to be re-hospitalized.

During the initial phase of hospital admission, the intervention generally emphasizes the use of psychotic medication to bring the symptoms under control. After that, psychosocial therapy is used to prepare the patients for rehabilitation and prevent relapses. Continuous pharmacological intervention and psychosocial intervention to promote sense of self-esteem and self-control ability are done with the

empowering process consisting of four activities as follows: 1) providing Psycho education related to schizophrenia and its treatment, prevention of relapses, observation of early signs of relapses or early warning signs, 2) promoting adherence to medication, 3) promoting self-care practices, particularly personal hygiene care, and 4) encouraging patients to do Domestics. These activities aim at making patients become confident in their self-care practices and self-reliance. However, based on the Investigator's actual experience working in the ward, it can be seen that some patients are unable to assess their early signs of relapses when they are given a manual on frequently found early signs including mood swing, strain, listlessness, depression, insomnia, loss of concentration, boredom, unhappiness, loss of appetite, memory loss, obsessive-compulsive behaviors, social isolation, feeling as if being laughed at or gossiped about, lack of interest in things around them, feeling bad without obvious reasons, overexcitement, auditory or visual hallucination, sense of worthlessness, etc. Some patients even stated that they were not sure if the early signs specified in the manual should be considered early signs because they experienced those symptoms all the times, even when they were in their normal condition. In particular, patients with residual symptoms experienced such signs and symptoms constantly including depression, boredom, obsession, social isolation, and auditory hallucination. Moreover, some patients were unable to identify the factors that triggered changes in them. It was also the case that some of the symptoms observed by the patients or family caregivers were not included in the manual provided by the Investigator, or the symptoms were called with a different term, so the patients did not know if they had the same or similar meaning. For example, they stated that their early signs of relapses included gloominess, loneliness, becoming more interested in religious teaching, having obsessive thinking, feeling exhausted or lacking energy, etc. Therefore, asking patients to assess their early signs from the information sheet may not cover specific early signs of individual patients. In addition, there were other questions that needed to be answered such as when the assessment should be done, how often the assessment should be done, what other assessments methods can be used, etc. As a consequence, the was Investigator interested in investigating existing research-based evidence on assessment techniques of early signs of relapses so that the

findings would lead to development of a practical, clear, and accurate assessment technique that could be implemented at the hospital and in the community.

Based on the problems with the manual on observation of early signs of relapses currently in use, the Investigator was interested in reviewing existing research-based evidence related to early signs of relapses or early warning signs in patients with schizophrenia. It was anticipated that the analysis and synthesis of research-based evidence would result in a guideline on assessment of early signs of relapses that better covers clinical problems, is more practical and feasible to implement, and has a good predictive power of relapses. Such evidence-based practice can promote patients' ability to more correctly assess early signs of relapses and make them realize the significance of early interventions which can effectively reduce both occurrence and duration relapses, hence improving nursing care quality and standards.

## **Study Objective**

The present study aimed at analyzing and synthesizing an evidence-based guideline on assessment of early signs of relapses in patients with schizophrenia.

## **Expected Outcomes and Benefits**

1. Nurses have better knowledge and understanding of early signs of relapses and assessment of early signs of relapses in patients with schizophrenia.
2. Nurses can support schizophrenia patients to perceive and assess their own warning signs.

## **Methodology**

The present study aimed at analyzing and synthesizing an evidence-based guideline on assessment of early signs of relapses in patients with schizophrenia.

Existing research-based evidence was reviewed, analyzed, and synthesized to derive at recommendations on assessment of early signs of relapses in patients with schizophrenia. The steps involved in the study were as follows: 1) searching for related research-based evidence, 2) assessing quality and levels of research-based evidence, and 3) synthesizing research-based evidence to derive at recommendations on assessment of early signs of relapses in patients with schizophrenia, which can be explained in detail below.

### 1. Searching for related research-based evidence

1.1 The PICO framework (Craig & Smyth, 2002) was used as the criterion in the search for research-based evidence as follows:

P (Population) = patients with schizophrenia  
 I (Intervention) = assessment of early signs of relapses  
 C (Comparison) = no comparison of interventions  
 O (Outcome) = detection or identification of early signs of relapses

#### **Key words**

The keywords used in the search for research-based evidence included the following:

P (Population) = schizophrenia  
 I (Intervention) = monitor early signs, assessment early signs, recognition of early signs or early warning signs  
 C (Comparison) = no comparison of interventions  
 O (Outcome) = early signs, early warning signs, prodromal symptoms

1.2 The scope of the search for research-based evidence was specified as follows

1.2.1 It was research-based evidence from level 1 to level 7 according to the strength of evidence criteria related to prognosis of Grace (2009).

1.2.2 It was research-based evidence which was published between 2000 and 2011, either in Thai or in English.

1.2.3 The full text was available for analysis.

### 1.3 The data sources used in the search included the following:

#### 1.3.1 Electronic databases

- Databases of systematic reviews including Cochrane Library ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org))

- Databases of research and nursing and health science evidence including OVID, CINAHL, Wiley InterScience, PubMed, Blackwell Synergy, ScienceDirect, and ProQuest

#### 1.3.2 Manual search

- Search from reference lists of retrieved articles or research reports

- Search from academic journals, academic articles, and research reports from the library of the Faculty of Nursing, Mahidol University, Srithanya Hospital, and Somdej Chaophraya Psychiatric Institute

## 2. Assessing quality and levels of research-based evidence

2.1 The contents of each research study were extracted, analyzed, and synthesized into the table. After that, the criteria on implementation feasibility proposed by Polit and Beck (2008) were used to evaluate the quality of the research-based evidence in three aspects as follows: 1) clinical relevance, 2) scientific merits, and 3) implementation potential, which were considered based on 1) transferability of findings, 2) feasibility of implementation, and 3) cost-benefit ratio.

### 2.2 Assessment of the levels of research-based evidence

The criteria on evaluation of strength of evidence proposed by Grace (2009) were utilized to determine the level of the selected research studies in terms of prognosis. There were seven levels of strength of evidence as follows:

Level 1: Systematic review of good qualities cohort studies

Level 2: Prospective cohort study with at least 80% follow-up

Level 3: Systematic review of lower quality studies or studies with inconsistent findings

Level 4: Retrospective cohort study with poor follow-up

Level 5: Case-control study

Level 6: Case series

Level 7: Unsystematic clinical observation

## Findings

### 1. Results from the Search of Databases

A search of research-based evidence resulted in research studies retrieved from different databases. In the beginning, a total of 18 research studies were selected.

However, five studies were repeatedly retrieved, and some studies were retrieved from more than one database. As a result, in the end, there were 12 research studies selected in this study.

### 2. Analysis and synthesis of evidence-based research

In this step, each of the selected research was content-analyzed in detail in the collective table, and the recommendation was synthesized

### 3. Recommendations

3.1 Recommendations for the therapists for assessment and preparation of patients' readiness before the intervention to promote assessment of early warning signs are as follows:

1) Insight: Correct perception of one's disease condition is necessary because patients who deny their own sickness will not realize the significance of assessment of their own early warning signs. Therefore, intervention is needed to promote correct perception of the disease condition. If patients are unable to assess early warning signs by themselves, nurses may have to teach their relatives who can assess patients' early warning signs for them or with them (Van Meijel et al., 2002, Part II, Level VI).

2) Motivation: Different patients have different levels of motivation. Patients who have an intention to deal with situations or problems by themselves tend to have the motivation to assess and manage their own early warning signs. Also, patients who understand the benefits of assessment and have a low level of perceived barriers to actions have more motivation to continuously assess their own early warning signs. Therefore, it is necessary to promote motivation for self-assessment in patients who lack it (Van Meijel et al., 2002, Part I, Level VII; Tait et al., 2002, Level VI).

3) Patient characteristics or personality: Patients who have negative syndromes such as indifference, lethargy, impaired cognition, lack of

concentration, and memory problems require intervention that promotes their eagerness. They should also receive activities that promote happiness and satisfaction to reduce negative symptoms before they receive the intervention to promote assessment of early warning signs (Van Meijel et al., 2002, Part II, Level VI).

4) Past prognosis: Past prognosis of each patient should be examined so as to derive at baseline data that can be used to compare the patients' symptoms in the present and in the future, which will enable patients to understand their early warning signs more easily. The therapists can consider the information from different sources in the analysis of the prognosis of the disease of the patients such as the observation, interview, early warning sign assessment form, and history of illness. The data should come from both the patients and related persons such as relatives and the healthcare team, and such data should be used in making the decision to determine the patients' stage of illness and their ability to participate in the intervention. (Fitzgerald, 2001, Level VII; Van Meijel et al., 2002, Part II, Level VI).

3.2 The recommendations for preparation for the contents of knowledge dissemination to assess early warning signs of the patients are as follows:

1) Knowledge about the meaning of early warning signs, relapses, and the process of onset of relapses.

1.1) Early warning signs of relapses refer to changes in cognition, emotions, and behaviors which are individual experience of each patient before they develop into distinguishing mental symptoms or mental relapses, which do not result from substance abuse.

1.2) Relapses refer to the incidence in which patients with schizophrenia manifest severe symptoms of schizophrenia one more time after they have received the treatment and their symptoms have been in remission. The mental symptoms significantly disturb their social functioning and behaviors, making them loss the self-care efficacy and requiring hospitalization (Burns et al., 2000).

1.3) The process of relapses begin with early warning signs or changes from individual patients' normal condition, starting from non-specific symptoms that develop into specific symptoms and ending with relapses. For some patients, they may have specific symptoms which increase in intensity until

they clearly become relapses (Birchwood et al., 2000, Level VII; Fitzgerald, 2001, Level VII).

2) Characteristics of early warning signs that can be observed or assessed by the patients consist of three components as follows (Preeyanan Salasawad & Wattanaporn Pibul-aluck, B.E. 2552, Level VI; Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000, Level VII):

2.1) The behavioral component includes insomnia or difficulty sleeping, inability to control one's symptoms, loss of interest in one's daily living activities, talking to self, isolation, smiling to self, showing paranoid behaviors when being stared at, having irrational behaviors without causes, loss of interest in self, refusal to follow simply requests or orders, increased cigarette smoking or alcohol drinking, slow movement, restlessness, aggression, and disturbance of others.

2.2) The emotional component includes strain, anxiety, concern, listlessness, fear, depression, boredom, desperation, worthlessness, irritability, exhaustion or fatigue, loneliness, feeling strong or energized, feeling unable to manage daily heavy workload, feeling like being punished, anger, and guilt.

2.3) The cognition component includes obsessive thinking, paranoid, superiority thinking, confusion or puzzlement, forgetfulness, difficulty making decision, nightmare, loss of concentration, and disillusion that body parts are changing.

3) As for the characteristics of early warning signs, all three components of early warning signs can be assessed to determine if they are considered non-specific symptoms or specific symptoms as follows:

3.1) Non-specific symptoms are non-psychotic symptoms or Dysphoric's symptoms such as strain, sadness, isolation, anxiety, and changes in eating and sleeping patterns (Fitzgerald, 2001, Level VII; Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000, Level VII).

3.2) Specific symptoms are psychotic-like symptoms or low-level psychotic symptoms which include laughing without a cause, babbling, suspiciousness, disillusion, and changes in perception (Fitzgerald, 2001, Level VII; Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000, Level VII).

3.3) Specific idiosyncratic behaviors are characteristics which can be observed by patients and their family to predict that early warning signs or behavioral changes are leading to relapses such as going out more often, smoking more often, dressing differently, talking about religion more often, etc. These symptoms are not likely to be included in the standardized assessment or screening tools because they are symptoms verbally told by the patients and their relatives as they have perceived them or subjective symptoms (Van Meijel et al., 2002, Part I, Level VI).

4) As for assessment methods of early warning signs, the patients are able to assess their early warning signs from their own observation of changes that are happening to them. The patients may ask themselves the following questions, “At present do I have any symptoms that have changed from a normal condition?” “If yes, what are changes or early warning signs that are detected?” “When did the changes in symptoms start?” “How much do the severe symptoms or frequency of symptoms disturb my life?” and “What do I think are the causes of such changes?” (Preeyanan Salasawad & Wattanaporn Pibul-aluck, B.E. 2552, Level VI; Koichi & Miyamoto, 2009, Level VI).

4.1) Assessment of early warning signs can be done by observation and records of early warning signs as perceived by individual patients (Preeyanan Salasawad & Wattanaporn Pibul-aluck, B.E. 2552, Level VI; Somchai Tantisirisithikul et al., B.E. 2551, Level VI).

4.2) Assessment of early warning signs can also be done using a standardized instrument. The patients have to observe their perceived early warning signs and complete the questionnaire. This is easy to do, but it may not cover all early warning signs of patients. Therefore, additional early warning signs should be recorded. An example of the instruments used in Thailand is the Early Signs Scale (ESS) developed by Birchwood et al. (1989) consisting of 34 items (Wayunee Changming et al., B.E. 2546, Level VI; Koichi & Miyamoto, 2009, Level VII).

5) Identification of early warning signs: In order for patients to identify their early warning signs, they have to be aware of their own normal conditions and be able to tell what they are like. They have to compare symptoms and behaviors in the normal condition with the present condition. If there are some

changes, they should be considered early warning signs. If the changes are so severe that they clearly disturb their social functioning and behaviors, they are considered relapses. If an assessment tool is used, scores of present symptoms should be compared with baseline scores in a normal condition (Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000, Level VII).

6) Duration of each assessment: It has been found that the earlier the early warning signs are detected, the sooner the patients can perform self-care to prevent relapses. The treatment conducted immediately after early warning signs have been detected is more likely to reduce relapses. Thus, patients should assess their early warning signs as often as possible and every time when there are changes in their daily life or when they have increased negative or positive feelings. Early warning signs should be assessed at least every two to four weeks (Gaebel & Riesbeck, 2007, Prospective Level IV; Meijel, Gaag, Kahn, & Grypdonck, 2004, Level VII; Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000, Level VII).

3.3 As for intervention to prevent relapses, the therapists should have positive attitudes toward patients. The therapy should be long-term to enhance motivation and enable patients to assess their early warning signs continuously. The type of intervention should be selected based on the patients' problems and needs, which can be described in detail below:

1) Attitude of healthcare professionals: If healthcare professionals have positive attitudes toward the patients, their relationship with the patients can be enhanced, leading to cooperation with the therapy. It also helps ease exchange of information and perspectives. If patients have information that is comprehensive and clear, they should be better able to assess their early warning signs more correctly (Meijel et al., 2002, Part II, Level VII).

2) Duration of the therapy: The therapy should be continuous and long-term so as to equip the patients with knowledge and skills necessary to assess early warning signs, hence correct and consistent assessment of early warning signs. The patients need to learn how to plan for assessment of their own early warning signs. They should discuss their assessment with the therapists to adjust the plans to suit their own specific situation. The skills in assessment should be practiced and improved continuously, and the patients should return to see the therapists on a

periodical basis until they are confident that they can assess their early warning signs correctly and have motivation to conduct the assessment on a continuous basis (Meijel et al., 2002, Part II, Level VI).

3) There are different forms of intervention to promote assessment of early warning signs and treatment to prevent relapses. The selection of the form of intervention should be done after taking the patients' problems and readiness, the policy of the workplace, and the readiness of the therapists into careful consideration (Fitzgerald, 2002, Level VII; Birchwood, Spencer, & McGovern, 2000, Level VII; Meijel et al., 2002, Part II, Level VI; Tait et al., 2002, Level VI):

Form 1: Promotion of ability to assess early warning signs and medication intervention: The intervention the patients initially receive include knowledge about the prognosis of the disease, treatment, and assessment of early warning signs, which enables the patients to indicate characteristics of early warning signs, describe assessment methods, and develop assessment skills. The patients' awareness of the significance of continuous assessment of early warning signs will be raised, and the patients are likely to go see the doctor as soon as they have detected early warning signs so that the physician can assess and adjust their medication to suit the disease condition. When medication intervention is used, it is recommended that the intervention has to be continuous and the dosages should be adjusted when early warning signs are detected.

Form 2: Promotion of ability to assess early warning signs and own coping skills: The intervention is similar to the first form of intervention, but it additionally provides knowledge about the factors triggering early warning signs, problems that follow the detection of early warning signs, and promotion of utilization of internal resources such as coping skills and stress management skills to solve problems including sleeping problems, interpersonal relationship problems, and emotional problems, etc.

Form 3: Promotion of ability to assess early warning signs and cognitive behavioral therapy: This form of intervention is similar to the second form of intervention mentioned above, but it additionally provides intervention in terms of promotion of patients' awareness and adjustment of dysfunctional beliefs that lead to early warning signs and severe psychotic symptoms. For instance, the patients who believe that they themselves are worthless will develop sadness, tearfulness, isolation,

and unhappiness, while the patients who believe that there are people who want to hurt them will develop stress, insomnia, and irritability. This form of intervention utilizes cognitive therapy to challenge or adjust beliefs and viewpoints such as “Can you look at it from a different angle? Or can you be something else?” which enables patients to think more widely, appropriately, and logically. In other words, it is management of disbeliefs which can help reduce emotional and behavioral problems that have resulted from such disbeliefs.

## **Suggestions**

1) Nurses should develop a clinical nursing practice guideline to promote patients’ ability to assess early warning signs and construct an intervention manual that emphasizes raising patients’ awareness of significance of assessment of early warning signs. Nurses should also be equipped with knowledge and understanding of characteristics of early warning signs and promote management skills when patients are having early warning signs to prevent relapses. The developed practice guideline should be tried out with patients with schizophrenia at Srithanya Hospital to assess its implementation feasibility and to further revise and improve it to comply with routine work of the hospital. Also, the developed guideline should be distributed to other related agencies to ensure uniform and standardized practices.

2) Nurses should prepare and ensure readiness of equipment needed in the intervention to promote learning of patients such as pamphlets on knowledge of early warning signs and necessary self-care to prevent relapses. There should be a list of symptoms that patients can easily and conveniently use to assess early warning signs by themselves provided to them as well.

3) Intervention to promote assessment of early warning signs before hospital discharge alone may not be sufficient to make patients confident that they are able to correctly assess their early warning signs. Thus, nurses should cooperate with nurses working in the outpatient clinic or community nurses to ensure continuous intervention. Moreover, additional intervention should be periodically conducted to increase patients’ motivation to assess their early warning signs until they are able to do it by themselves on a regular and continuous basis.

## รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2549). รายงานประจำปี 2548. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศและประชาสัมพันธ์ กองแผนงาน.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 15(1), 57-59.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). รายงานประจำปี 2550. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศและประชาสัมพันธ์ กองแผนงาน.
- กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ. (2547). ผลของการให้จิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.
- กาญจนา สุดใจ. (2549). การให้ความรู้เกี่ยวกับประจักษ์แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์และมาโนช หล่อตระกูล. ( 2541). เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM- IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ปริญนันท์ สละสวัสดิ์และวัฒนาภรณ์ พิบูลอลักษณ์. (2552). การพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 3(2), 20-30.
- เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2551). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของครอบครัวไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 22(1), 1-7.
- ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2551). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2550). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2553). รายงานสถิติประจำปี 2553. นนทบุรี: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- วยุณี ช้างมิ่ง, ยาใจ สิทธิมงคล, อติรัตน์ วัฒนไพลิน และ เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำ การสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสภาการพยาบาล*, 18(3), 86-99.
- วัฒนปกรณ์ พิบูลอัครกษณ์. (2549). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.
- สมชาย ต้นศิริสิทธิกุล, ศุภกนิษฐ์ พลไพลิน, วันชา สร้างเขตต์, นัชฎกานต์ ใจบุญ และ นุชนารถ ชัยเจริญ. (2551). ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภท และญาติในการรับรู้อาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบ *วารสาร โรงพยาบาลศรีรัชฎญา*, 9(2), 17-26.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤตยา แสวงเจริญ, สมจิต แคนสีแก้ว. (2548). ผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอิสระ: กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย*, 3(1), 35-45.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- หน่วยคุณภาพหอผู้ป่วยหญิง 2 โรงพยาบาลศรีรัชฎญา. (2552). *ฉบับร่างมาตรฐาน Intensive PDSO*. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- American Psychiatric Association. (2000). *Schizophrenia and other psychotic disorder. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (4<sup>th</sup> ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baker, C. (1995). The development of the self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9, 261-268.
- Birchwood, M., Smith, J., Macmillan, F., Hogg, B., Prasad, R., Harvey, C., & Bering, S. (1989). Predicting relapse in schizophrenia: The Development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observes, a preliminary investigation. *Psychological Medicine*, 19, 649-656.
- Birchwood, M., Spencer, E., & McGovern, D. (2000). Schizophrenia: Early warning signs. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 93-101.
- Burns, T., Fiander, M., & Audini, B. (2000). A delphi approach to characterising "relapse" as used in UK clinical practice. *International Journal of Social Psychiatry*, 46(3), 220-30.
- Bustillo, J., Buchanan, R. W., & Carpenter, W. T. (1995). Prodromal symptoms vs. early warning signs and clinical action in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 553-558.

- Chen, E. Y., Hui, C. L., Dunn, E. L., Miao, M. Y., Yeung, W. S., Wong, C. K., et al. (2005). A prospective 3-year longitudinal study of cognitive predictors of relapse in first-episode schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 77(1), 99-104.
- Fitzgerald, P. B. (2001). The role of early warning symptoms in the detection and prevention of relapse in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 758-764.
- Gaebel, W., & Riesbeck, M. (2007). Revisiting the relapse predictive validity of prodromal symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 95, 19-29.
- Goldberg, D. P., & Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community: The pathway to psychiatric care*. London, England: Tavistock.
- Grace, J. (2009). Essential skills for evidence-based practice: Strength of evidence. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 8-13.
- Gumley, A., O'Grady, M., Mcnay, L., Reilly, J., Power, K. & Norrie, J. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychology Medicine*, 33, 419-431.
- Heinrichs, D. W., & Carpenter, W. T. (1985). Prospective study of prodromal symptoms in schizophrenic relapse. *American Journal of Psychiatry*, 3, 371-373.
- Herz, M. I., & Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 137, 801-805.
- Herz, M. I., Lamberti, J. S., Mintz, J., Scott, R. E., O'Del, S. P., McCartan, L., & Nex, G. (2000). A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Archived General Psychiatry*, 57(3), 277-283.
- Jolley, A. G., Hirsch, S.R., McRink, A., & Manchanda, R. (1989). Trial of brief intermittent neuroleptic prophylaxis for selected schizophrenic outpatients: Clinical outcome at one year. *British Medical Journal*, 298, 985-990.
- Jorgensen, P. (1998). Early signs of psychotic relapse in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 327-330.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2000). *Kaplan and Sandock ,s synopsis of psychiatry: behavioural sciences and clinical psychiatry* (8<sup>th</sup> ed). Baltimore: Williams & Wilkins.

- Kazadi, N. J. B., Moosa, M. Y. H., & Jeenah, F. Y. (2008). Factors associated with relapse in Schizophrenia. *South African Journal of Psychiatry, 14*(2), 52-62.
- Koichi, R. & Miyamoto, Y. (2009). Recognition of early warning signs in patients with mental illness in Japan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*, 857-859.
- Koichi, R. & Miyamoto, Y. (2011). Reliability and validity of the Japanese semi structured interview version of the Early Signs Scale (ESS-JI) for outpatients with schizophrenia (study 1). *International Journal of Mental Health Nursing, 20*, 144-151.
- Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R.S., & Grypdonck, M. (2002). The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 1. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*, 347-355.
- Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. (2002). The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 2. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*, 357-363.
- Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. (2004). Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing, 13*, 107-116.
- Muler, M., Vetter, S., Buchli-Kammermann, J., Stieglitz, R. D., Stettbacher, A., & Riecher-Rossler, A. (2010). Self-screen-prodrome as a short screening tool for pre-psychotic states. *Schizophrenia Research, 123*, (2-3), 217-24.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Principle and methods* (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scott, S. R., Reid, I., Smith, J., Natynczuk, S., Robson-Ward, M., & Vaughan, J. (2004). A staff perspective of early warning signs intervention for individuals with psychosis: clinical and service implications. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing, 11*, 469-475.
- Sadock, J. B., & Sadock, A.V. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia.: Lippincott Williams & Wilkins.

Tait, A., Mcnay, L., Gumley, A., & O' Qrady, M. (2002). The development and implementation of an individualized early signs monitoring system in the prediction of relapse in schizophrenia. *Journal of mental Health, 11*(2), 141-153.

ภาคผนวก

## ตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

### เรื่องที่ 1

#### ชื่อเรื่อง Schizophrenia: early warning signs

ผู้วิจัย Birchwood, M., Spencer, E., & McGovern, D. (2000).

แหล่งตีพิมพ์ *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 93-101.

หัวข้อ	รายละเอียด
ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์	Review the literature /Level VII
หัวข้อหลักของบทความ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การให้ความหมายของอาการนำ (Early warning signs)</li> <li>2. ลักษณะเฉพาะของอาการนำ</li> <li>3. การทำนายอาการกำเริบจากอาการนำ</li> <li>4. ผู้ป่วยสามารถระบุอาการนำของตนเองได้หรือไม่</li> <li>5. การบำบัดหลังพบอาการนำ</li> <li>6. ปัญหาที่พบบ่อยในการให้การบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ</li> </ol>
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	-
เครื่องมือในการเก็บข้อมูล	-
เนื้อหาในแต่ละหัวข้อ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.การให้ความหมายของอาการนำ (Early warning signs) การเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ก่อนที่จะพัฒนาไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่เห็นเด่นชัด (Frank psychosis) Herz &amp; Melville, 1980 ; Birchwood, et al., 1989; Jørgensen., 1998)</li> <li>2.ลักษณะเฉพาะของอาการนำ (early warning signs) อาการที่พบบ่อย ได้แก่ dysphoric' symptoms or non-specific symptoms (อารมณ์เศร้าแยกตัว มีปัญหาการนอนและการรับประทานอาหาร) ขณะที่อาการคล้ายโรคจิต (psychotic-like symptoms or specific symptoms or low-level</li> </ol>

<p>เนื้อหาในแต่ละหัวข้อ (ต่อ)</p>	<p>psychotic symptoms) เช่นหัวเราะ โดยไม่มีสาเหตุหรือพูดพรั้าเพื่อพบได้ น้อยกว่า ๓ ครั้ง การมีอาการกำเริบซ้ำ มักเริ่มต้นด้วยผู้ป่วยมีอาการนำ จะพบว่าอาการเริ่มแรกเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตต่อมามีปัญหาทางอารมณ์รุนแรงขึ้น (Birchwood et al., 1989 ; Jorgenson., 1998) จนเกิดอาการทางจิตกำเริบชัดเจน (Docherty, et al, 1978). และกระบวนการตั้งแต่เริ่มมีอาการนำจนถึงอาการกำเริบซ้ำส่วนใหญ่ใช้เวลา น้อยกว่า 4 สัปดาห์ (Docherty,et al., 1978).</p> <p>อาการนำมีผู้ใช้คำอื่น ๆ ที่มีความหมายเหมือนกันหรือใกล้เคียง กับ early warning signs เช่น ระยะก่อนเริ่มอาการป่วย (prodrome) ความหมายโดยทั่วไป หมายถึงอาการของโรคที่เป็นมากขึ้น ๆ ไม่สามารถหยุดยั้งได้ สำหรับอาการเริ่มแรก prodrome ทางจิตเวช ส่วนใหญ่ หมายถึง เฉพาะอาการนำที่ไม่ใช่อาการทางจิต</p> <p>3.การทำนายอาการกำเริบจากอาการนำ จากการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective) พบว่า psychotic relapse สามารถทำนายโดย sensitivity 50-79 % and specificity 75-81 % เมื่อประเมิน จาก disphoric symotoms (neurotic) ร่วมกับ low-level psychotic symptoms (Subotnik &amp; Neuchterlein, 1988; Birchwood, et al., 1989 ; Jorgenson., 1998) การประเมินอาการนำเพื่อทำนายอาการกำเริบซ้ำโดยใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐาน ควรศึกษาคะแนนพื้นฐานของแต่ละบุคคล (baseline scores) {คะแนนอาการที่เป็นภาวะปกติของแต่ละคน หรือเป็นอาการที่คงหลงเหลืออยู่ของแต่ละคน (residual syndromes) } ใช้ในการเปรียบเทียบ อาการที่เปลี่ยนไปจากภาวะปกติ จะสามารถทำนายอาการกำเริบซ้ำ ได้ดีกว่าที่จะนำคะแนนอาการนำไปเปรียบเทียบกับผู้อื่น (Subotnik &amp; Neuchterlein, 1988 ; Jorgenson,1998)</p> <p>-การกำหนดอาการนำที่ชี้เฉพาะอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต (non-specific symptoms) จะพบ poor sensitivities and/or specificities ควรระบุอาการนำ ทั้ง non-specific symptoms และ specific symptoms จะช่วยให้ทำนายอาการกำเริบซ้ำสูงขึ้น (Jolley, et al.,1990)</p> <p>4. ผู้ป่วยสามารถระบุอาการนำของตนเองได้หรือไม่</p>
-----------------------------------	--

<p>เนื้อหาในแต่ละหัวข้อ (ต่อ)</p>	<p>-จากการศึกษาของ Heinrichs et.al. (1985) พบว่าผู้ป่วย 63 % สามารถรับรู้อาการต่าง ๆ ที่เสื่อมถอยลงตั้งแต่ระยะแรก ๆ จนรุนแรงถึงขั้นอาการกำเริบซ้ำ</p> <p>- จากการศึกษาของ Jorgenson. (1998) พบว่าผู้ป่วยสามารถทำนายอาการกำเริบซ้ำ (sensitivity and specificity)จากการระบุอาการนำของตนเองได้พอ ๆ กับ การประเมินของ psychiatrist</p> <p>5.การบำบัดหลังพบอาการนำ</p> <p>5.1 การบำบัดด้วยยา (medication intervention)</p> <p>การบำบัดด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีข้อเสนอแนะว่า ควรให้การบำบัดด้วยยาอย่างต่อเนื่องและปรับการให้ยาเพิ่มขึ้นเมื่อพบอาการนำ สามารถลดอัตราการเกิดอาการกำเริบซ้ำได้ 12 - 23 % ตลอด 2 ปีที่มีการติดตามประเมินอาการนำ (Marder et al.,1984 ; Jolley et al.,1990 ; Gaebel et al.,1993)</p> <p>5.2 cognitive behavior intervention</p> <p>จากกรอบแนวคิด The stress – vulnerability model’ (Zubin &amp; Spring, 1977)</p> <p>5.2.1 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการความเครียด(stress management) โดยการระบุ และจัดการกับอาการนำและจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่นำไปสู่อาการกำเริบซ้ำ(personal therapy)รวมทั้งให้การบำบัดแบบประคับประคอง(supportive therapy)เพื่อส่งเสริมการปรับตัวกับครอบครัว จะช่วยยืดระยะเวลาการเกิดอาการนำลงได้ (Hogarty et al., 1997)</p> <p>5.2.2 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง(dysfunctional beliefs) ที่นำไปสู่การเกิดอาการทางจิต การใช้กลยุทธ์ของการบำบัดทางความคิดเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ช่วยให้การใช้ระยะเวลาในพื้นที่ฟูมฟักสมรรถภาพลดลง 25-50 % (Drury et al., 1996) และอาจป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้ (Birchwood, 1995)</p> <p>โปรแกรมบำบัดอาการนำเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ (Managing the early warning signs of schizophrenia)</p> <p>ซึ่งมี 5 ขั้นตอนดังนี้</p>
-----------------------------------	--

<p>เนื้อหาในแต่ละหัวข้อ (ต่อ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ (engagement and education)</li> <li>2. การระบุสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ (identification of the relapse signature โดยการฝึกทบทวนสิ่งที่คิดว่าเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการเหล่านี้ ประกอบด้วยการฝึก 2 ประเภท คือ             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1) การฝึกบันทึกกระบวนกรที่นำไปสู่อาการนำ (time line exercise) เพื่อทราบปัจจัยกระตุ้นและ นำมาเป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ</li> <li>2.2) การฝึกคัดเลือกรับคำอาการเตือน (The card sort exercise) เป็นการจัดทำบัตรคำที่ประกอบด้วยอาการทางจิตและอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต ซึ่งเป็นอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 55 บัตรคำ แล้วให้ผู้ป่วยเลือกรับบัตรคำที่ตรงกับประสบการณ์ของอาการนำครั้งก่อนของตน และให้ผู้ป่วยพูดบรรยายถึงอาการที่ระบุได้จากบัตรคำ ร่วมกันอภิปรายการฝึกโดยอธิบายถึงสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการ และให้ข้อมูลเพิ่มเติม เน้นการสนับสนุนให้แต่ละคนเข้าใจความหมายตามประสบการณ์ของตนเอง</li> </ol> </li> <li>3.การพัฒนาแนวทางการจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ (development of a relapse drill)             <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1) มีข้อมูลเกี่ยวกับ แหล่งช่วยเหลือ (pathway to support)</li> <li>3.2) สามารถเข้าถึงแหล่งที่ให้การบำบัดทางจิต (service interventions)</li> <li>3.3) เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหาต่าง ๆ (personal coping strategies) รวมทั้งการจัดการกับอาการนำ</li> </ol> </li> <li>4) การฝึกการติดตามอาการนำ (rehearsal and monitoring) การรับรู้สัญญาณของการกลับป่วยซ้ำของแต่ละคนและการจัดการ</li> <li>5) การระบุอาการกำเริบซ้ำและจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ (clarification of the relapse signature and drill)</li> <li>4.ปัญหาที่พบบ่อยในการให้การบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ             <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1) ผู้ป่วยขาดการรู้จักตนเอง (lack of insight)</li> <li>4.2) ปฏิเสธการรับรู้อาการนำ (sealing over)</li> <li>4.3) การมีอาการทางจิตขึ้น ๆ ลง ๆ (lack of syndrome stability)</li> </ol> </li> </ol>
-----------------------------------	--

<p>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก</p>	<p>ผลการทบทวนงานวิจัยนี้ตอบคำถามทางคลินิกได้หลายประเด็น การให้ความหมาย ลักษณะอาการนำและปัจจัยที่มีอิทธิพลการประเมินอาการนำ ได้ถูกต้องมากขึ้นและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการประเมินอาการนำ รวมทั้งรูปแบบของการบำบัดเมื่อมีอาการนำ</p>
<p>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์</p>	<p>งานวิจัยนี้มีวิธีการดำเนินการวิจัยเหมาะสมกับรูปแบบการวิจัย คือ Review the literature</p> <p>ผู้วิจัยเป็นผู้มีชื่อเสียงเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือประเมินอาการนำที่มีการนำไปแปลใช้ในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยและเขียนบทความเกี่ยวกับเรื่องอาการนำ การป้องกันอาการกำเริบซ้ำอีกหลายบทความ</p>
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ผลการศึกษานี้ให้ความรู้ความเข้าใจในประเด็นต่าง ๆ ความหมาย ลักษณะอาการนำและปัจจัยที่มีอิทธิพลการประเมินอาการนำ ได้ถูกต้องมากขึ้นและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการประเมินอาการนำ รูปแบบการบำบัดเมื่อพบอาการนำเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ สามารถนำมาปรับใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้แต่ควรทำการศึกษาซ้ำในบริบทของไทย อาจมีปัจจัยต่างๆที่แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศบ้าง</li> <li>2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พิจารณาแล้วพบว่าการนำข้อค้นพบจากการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำมีความเป็นไปได้ ผู้บริหารหน่วยงานให้การสนับสนุน</li> <li>3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ (Cost-benefit ratio) เมื่อนำไปใช้ พิจารณาแล้วพบว่ามีความคุ้มค่าที่จะนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ เสียค่าใช้จ่ายไม่มากนักในการพัฒนาโปรแกรมแต่อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในด้านกำลังคนและเวลาในการทดสอบ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นแต่ก็มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเพราะจะเป็น โปรแกรมหนึ่งที่ช่วยป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้</li> </ol>

<p>การสรุปเพื่อการนำไปใช้</p>	<p>หัวข้อสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมของบทความนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การให้ความหมายของอาการนำ( Early warning signs</li> <li>2. ลักษณะเฉพาะของอาการนำ (early warning signs)             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 อาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (non-specific symptoms) or dysphoric’ symptoms</li> </ol> </li> <li>3. การทำนายอาการกำเริบจากอาการนำ</li> <li>4. ความสามารถของผู้ป่วยในการระบุอาการนำของตนเอง</li> <li>5. การบำบัดหลังพบอาการนำ</li> </ol> <p>สามารถนำความรู้จากหัวข้อเหล่านี้ไปใช้ในการให้ความรู้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และวางแผนการส่งเสริมการประเมินอาการนำในผู้ป่วยได้</p>
-------------------------------	---

## เรื่องที่ 2

## ชื่อเรื่อง The role of early warning symptoms in the detection and prevention of relapse in schizophrenia

ผู้วิจัย Fitzgerald, P. B. (2001)

แหล่งตีพิมพ์ *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 758-764.

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของ งานวิจัย	Review the literature /Level VII
วัตถุประสงค์ การวิจัย	เพื่อวิเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการนำเพื่อใช้ในการทำนาย หรือ ตรวจหา(detection) อาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทและนำการประเมินหรือ การระบุอาการนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมป้องกันอาการกำเริบซ้ำ
Settingงานวิจัย	-
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในงานวิจัย	งานวิจัยทั้งหมด 24เรื่องเป็นงานเชิงหาความสัมพันธ์ ศึกษาเปรียบเทียบ การศึกษาไปข้างหน้า การศึกษาย้อนหลัง และการศึกษาเชิงทดลอง
การประเมิน อาการนำ	เครื่องมือในการประเมินเพื่อระบุหรือทำนายอาการกำเริบซ้ำในบทความนี้ ได้แก่ 1. early warning signs (EWS) 2. Brief Psychiatric subscale of the BPRS 3. early signs scale(ESS) 4. the warning signals scale or WSS 5. Idiosyncratic Prodrome Scale (IPS)
วิธีการ ดำเนินการ	อ่านงานวิจัยแต่ละเรื่องและนำมาสรุปเป็นความเรียงถึงผลการศึกษาวิธีการ ตรวจสอบอาการกำเริบซ้ำ จากอาการนำและนำการตรวจสอบอาการนำเป็น ส่วนหนึ่งของโปรแกรมป้องกันอาการกำเริบซ้ำ

<p>ผลการวิจัย</p>	<p>จากคำถามการศึกษาว่าเราสามารถทำนายการเกิดอาการกำเริบได้หรือไม่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาการนำของผู้ป่วยเป็นลักษณะค่อย ๆ มีอาการเปลี่ยนแปลง เริ่มจากอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต ต่อมาจะมีอาการทางจิตเล็กน้อย จนกลายเป็นอาการทางจิตกำเริบชัดเจน</li> <li>- (Docherty ,Van Kammen , Siris, Marder,1978; Huber, Gross ,1989; Foulds, Bedford;1975)</li> <li>- อาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต ที่พบได้แก่ ความตึงเครียดและอาการวิตกกังวลเพิ่มขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงของการกิน การนอน</li> <li>- (จากการศึกษาของ Herz et al (1980) ศึกษาอาการนำและการป้องกันการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว จำนวน 145 คน โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย พบว่าอาการนำที่พบมากที่สุดก่อนมีจะมีอาการกำเริบซ้ำ คืออาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต ที่พบได้แก่ ความตึงเครียดและอาการวิตกกังวลเพิ่มขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงของการกิน การนอนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอาการนำอีก 3 รายงาน</li> <li>- การศึกษาในช่วง1980-1990 งานวิจัยส่วนใหญ่คือการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดด้วยยาเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ และมี การศึกษาเกี่ยวกับการสังเกตอาการนำหรืออาการเตือนเพื่อเป็น ข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ (Gaebe et al, 1993; Jolley, Hirsch, Morrison , McRink &amp; Wilson,1990; Carpenter et al, 1990)</li> <li>- การประเมินอาการนำที่เฉพาะอาการนำที่ไม่ใช่อาการทางจิต(non specific EWS ) จะมีค่าการทำนายต่ำ (PPV 16 %) (จากการศึกษา ของ Gaebel et al, 1993 พบว่าการประเมินอาการนำที่ไม่ใช่ อาการทางจิตที่พบบ่อย 6 ลักษณะ (non specific EWS) มีค่าใน การทำนายต่ำ</li> <li>- (the sensitivity and positive predictive values of the EWS were poor although the specificity of predictive high.) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Jolled et al ,1990 การประเมินอาการนำเฉพาะที่ไม่ มีอาการทางจิตมีค่า Sensitivity 73%ในปีแรกและ53 % ในปีที่ 2</li> </ul>
-------------------	---

<p>ผลการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>และค่า positive predictive (PPV) โดยรวม เพียง 16 % เช่นเดียวกับการศึกษาของ Malla &amp; Normam, 1994 ที่พบว่า non specific EWS .ให้ค่า specificity สูง แต่ให้ค่า sensitivity และ PPV ต่ำ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การประเมินอาการนำที่มีอาการทางจิต (EWS) จะมีค่าการทำนายสูงขึ้น (PPV 78 %) (การศึกษาของ Jorgensen (1998) ใช้ เครื่องมือESS และ the Warning Sign Scale ซึ่งมีข้อคำถาม 8 ข้อให้ผู้ป่วยตอบ ใช่ - ไม่ใช่ เพื่อทำนายเฉพาะอาการหลงผิด ทดลองกับผู้ป่วย 71 คน ทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 6 เดือน พบค่า sensitivity 77 % specificity 68 % PPV 78%)</li> <li>- การใช้เครื่องมือ early sign scale (ESS) จำนวน 34 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-102 คะแนน cut-point ที่ 30 ของ Birchwood et al , 1989 ค่า PPV มากกว่า 70 % ซึ่งเป็นเครื่องมือที่อาการนำมีทั้งอาการทั่วไปและมีอาการทางจิตระดับน้อยร่วมด้วย ประเมินโดยการสัมภาษณ์ หรือส่งแบบประเมินไปทางไปรษณีย์ ทุกๆ 2 สัปดาห์ แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัด กลุ่มตัวอย่างมีเพียง 19 คน</li> <li>- การศึกษางานวิจัย ผลการศึกษาส่วนใหญ่ การประเมินอาการนำมีอำนาจการทำนายการกำเริบซ้ำต่ำ เนื่องจากเมื่อพบอาการนำแล้ว การศึกษาส่วนใหญ่จะให้การบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ จึงพบผลการศึกษาการทำนายอาการกำเริบซ้ำเป็นบวกเท็จ (false positive)  (ปัญหาของการศึกษาอำนาจการทำนายของ อาการนำต่ออาการกำเริบซ้ำ คือขณะศึกษาผู้ป่วยก็ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตในรายที่หยุดยาก่อนอาการนำ หรือได้รับการปรับยาในรายที่ยังคงได้รับยาอยู่ (เหตุผลทางจริยธรรม) หรือบางการศึกษาใช้ การประเมินอาการนำ เป็นส่วนหนึ่งของ โปรแกรมการบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ จึงทำให้อำนาจการทำนายต่ำ เช่น การศึกษาของ Jolley et al, 1989; Jolley et al, 1990; Marder,1994 และจากการศึกษาของ Marder et al, 1991 พบว่าผู้ป่วยเข้า</li> </ul>
-----------------------------	--

<p>ผลการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>โปรแกรม relapse preventionซึ่งมีการสอนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ตระหนักรู้ในภาวะโรคและอาการนำและมีการบำบัดต่างๆเพื่อให้เรียนรู้กลยุทธ์ในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่ออาการกำเริบซ้ำ รวมทั้งการบำบัดด้วยยา ทำให้อาการกำเริบซ้ำลดลง มีผลให้เกิด false positive คือผู้ป่วยมีอาการนำทำนายว่าผู้ป่วยควรเกิดอาการกำเริบแต่ไม่เกิดอาการกำเริบ)</p> <p>มีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการประเมินอาการนำ เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. time lines of monitor ถ้าประเมินห่างเกินไปก็จะทำนายได้น้อยลง ถ้าใช้ถี่เกินไปก็จะทำให้ผู้ประเมินเกิดความเบื่อหน่ายหรือรู้สึกเป็นภาระและหยุดการประเมิน</li> <li>2. การประเมินอาการนำควรใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกันในการทำนายอาการกำเริบซ้ำ (multifactor) โดยคำนึงถึงทั้งอาการเฉพาะและไม่เฉพาะ( nonspecific and specific symptom) การใช้เครื่องมือประเมินและการใช้ clinical Judgment ความถี่ของการประเมิน เป็น การประเมินร่วมกัน (involvement) ทั้งตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และแพทย์ (Carpenter et al;1999; Gaebel et al, 1993; Herz, 2000) (การใช้เครื่องมือ rating scales non-specific symptoms ควรทำร่วมกับ clinical judgment เพื่อประเมินsub threshold psychotic symptoms ได้ ซึ่งจะช่วยเพิ่ม ความสามารถในการทำนายอาการกำเริบได้สูงขึ้นและ ผู้ป่วยจะได้รับการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยา เมื่อมีรายงาน Sub threshold psychotic symptoms เช่นเริ่มให้ยาต้าน โรคจิตหรือเพิ่มขนาดยามากขึ้นช่วยให้ อาการกำเริบซ้ำต่ำลง และพบว่าอาการนำจะมีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยยังคงติดตามการรักษาหรือหยุดการรักษาด้วยยา Gaebel et al ,1993; Herz,2000)</li> </ol> <p>การทำนายอาการกำเริบซ้ำจำเป็นต้องใช้วิธีการต่างๆหลายวิธีหรือหลายปัจจัยร่วมกัน(a multifactorial approach to relapse prediction appears to have offered substantial benefits.) ทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเฉพาะและไม่ใช่อาการเฉพาะ โดยประเมิน ทั้งจากการใช้เครื่องมือประเมินที่มีโครงสร้าง การตัดสินใจทางคลินิก จาก ครอบครัว ผู้ป่วยและ ผู้บำบัด</p>
-----------------------------	--

<p>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก</p>	<p>ผลการทบทวนงานวิจัยนี้ตอบคำถามทางคลินิกได้หลายประเด็น ทั้งลักษณะอาการนำและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินอาการนำได้ถูกต้องมากขึ้นและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการประเมินอาการนำ</p>
<p>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์</p>	<p>งานวิจัยนี้มีวิธีการดำเนินการวิจัยเหมาะสมกับรูปแบบการวิจัย คือ Review the literature</p>
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ผลการศึกษาในประเด็นต่างๆ ทั้งลักษณะอาการนำและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินอาการนำได้ถูกต้องมากขึ้นและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการประเมินอาการนำสามารถนำมาปรับใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้แต่ควรทำการศึกษาซ้ำในบริบทของไทยอาจมีปัจจัยต่างๆที่แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศบ้าง</li> <li>2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พิจารณาแล้วพบว่า การนำข้อค้นพบจากการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำมีความเป็นไปได้ ผู้บริหารหน่วยงานให้การสนับสนุน</li> <li>3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ (Cost benefit ratio) เมื่อนำไปใช้ พิจารณาแล้วพบว่า มีความคุ้มค่าที่จะนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ เสียค่าใช้จ่ายไม่มากนักในการพัฒนาโปรแกรมแต่อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในด้านกำลังคนและเวลาในการทดสอบโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นแต่ก็มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเพราะจะเป็นโปรแกรมหนึ่งที่จะช่วยป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้</li> </ol>
<p>สรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<p>ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์การทบทวนวรรณกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่วนใหญ่อาการนำของผู้ป่วยเป็นลักษณะค่อยๆมีอาการเปลี่ยนแปลง เริ่มจากอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต ต่อมาจะมีอาการทางจิตเล็กน้อย จนกลายเป็นอาการทางจิตกำเริบชัดเจน</li> <li>- อาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต ที่พบได้แก่ ความตึงเครียดและอาการวิตกกังวลเพิ่มขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงของการกิน การนอน</li> </ul>

<p>สรุปเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประเมินอาการนำที่เฉพาะอาการนำที่ไม่ใช่อาการทางจิต(non specific EWS ) จะมีค่าการทำนายต่ำ</li> <li>- การประเมินอาการนำที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย จะมีค่าการทำนายสูงขึ้น</li> <li>- การใช้เครื่องมือ early sigh scale (ESS) จำนวน 34 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-102 คะแนน cut-point ที่ 30 ของ Birchwood et al , 1989 ค่า PPV มากกว่า 70%</li> <li>- ในการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ การประเมินอาการนำมีอำนาจการทำนายการกำเริบซ้ำต่ำ เนื่องจากเมื่อพบอาการนำแล้วการศึกษาส่วนใหญ่จะให้การบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ จึงพบผลการศึกษาการทำนายอาการกำเริบซ้ำเป็นบวกเท็จ(false positive) ความถี่ในการประเมินอาการนำ time lines of monitor ถ้าประเมินห่างเกินไปก็จะทำนายได้น้อยลง ถ้าใช้ถี่เกินไปก็จะทำให้ผู้ประเมินเกิดความเบื่อหน่าย หรือรู้สึกเป็นภาระและหยุดการประเมิน</li> </ul> <p>การประเมินอาการนำควรใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกันในการทำนายอาการกำเริบซ้ำ โดยคำนึงถึงทั้งอาการเฉพาะและไม่เฉพาะการใช้เครื่องมือประเมินและการใช้การตัดสินใจทางคลินิก ความถี่ของการประเมิน เป็น การประเมินร่วมกันทั้งตัวผู้ป่วยผู้ดูแลและแพทย์</p>
----------------------------------	--

## เรื่องที่ 3

## ชื่อเรื่อง. The development and implementation of an individualized early signs monitoring system in the prediction of relapse in schizophrenia

ผู้วิจัย Tait, A., Mcnay, L., Gumley, A., &amp; O' Grady, M. (2002)

แหล่งตีพิมพ์ *Journal of mental Health, 11(2), 141-153.*

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของงานวิจัย	Randomized controlled trial /Level VI
วัตถุประสงค์การวิจัย	1.ศึกษาผลของของการบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กรอบแนวคิด Cognitive therapy และผลของการประเมินอาการนำในการทำนายอาการกำเริบซ้ำ 2.การเฝ้าติดตามอาการนำสามารถทำนายอาการกำเริบซ้ำได้หรือไม่
Settingงานวิจัย	Community West of Scotland
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 20คน ผู้ป่วยชาย 14 คน และผู้หญิง 6 คน อายุเฉลี่ย 39 ปี ในกลุ่มอายุระหว่าง 25 - 66 ปี ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 9 คน กลุ่มควบคุม 11 คน กลุ่มตัวอย่าง 20 คนนี้ได้รับการเฝ้าระวังอาการเริ่มแรก ของแต่ละรายเฉลี่ยประมาณ 10 เดือนผู้ป่วยได้รับการประเมินตั้งแต่ 5 - 13 เดือน ใช้เวลาศึกษา 3 ปี
เครื่องมือในการประเมิน	แบบสอบถาม ESM (Early signs monitoring) แบบสอบถาม ESM ถูกส่งทางไปรษณีย์ทุก ๆ 14 วัน ถึงผู้ป่วยแต่ละรายให้ตอบแบบสอบถามและส่งกลับทางไปรษณีย์ แบบสัมภาษณ์ PANSS จะใช้ประเมินเมื่อเริ่มมีการบำบัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ โดยระบุว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำเมื่อคะแนน PANSS เพิ่มขึ้น 50 % แบบสัมภาษณ์ PANSS จะถูกประเมิน โดยจิตแพทย์

<p>วิธีการดำเนินการ</p>	<p>1. กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติ (treatment as usual) ผู้ป่วยต้องมาพบจิตแพทย์ตามนัด และได้รับการบำบัดดูแลจาก key worker or case manager (เช่น พยาบาลจิตเวชชุมชน นักสังคมสงเคราะห์และนักอาชีพบำบัด)</p> <p>2. กลุ่มทดลองได้รับการบำบัด cognitively oriented intervention เพื่อพัฒนาการตระหนักรู้ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ และเรียนรู้กลยุทธ์ในการลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ ได้รับการบำบัดแบบ Partnership</p> <p>การบำบัดมี 3 ขั้นตอน</p> <p>1. Initial engagement and formulation relapse เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการกำเริบซ้ำและช่วยให้ผู้ป่วยระบุอาการนำที่สำคัญของแต่ละคนและสร้างแรงจูงใจในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ มีการให้สุขภาพจิตศึกษาและการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้การบำบัด 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ย้อนหลัง ทบทวนประวัติการเจ็บป่วย ศึกษาถึงความเชื่อเกี่ยวกับอาการกำเริบซ้ำ จากประวัติการป่วยในอดีต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยระบุอาการนำที่สำคัญของอาการนำและความเชื่อสำคัญหรือสมมติฐานถึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ และเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ</p> <p>2. Early signs monitoring เพื่อส่งเสริมให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางลบที่เฉพาะเจาะจงกับอาการนำที่ประเมินจากเครื่องมือประเมินอาการนำ (ESM questionnaire) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินอาการนำของตนอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>โดยผู้บำบัดส่งเสริมให้ผู้ป่วยศึกษาอาการนำและอาการกำเริบซ้ำในอดีต ผู้บำบัดและผู้ป่วยจะช่วยกัน ค้นหา อาการนำที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละคน (idiosyncratic early signs monitoring) โดยผู้บำบัดจะสัมภาษณ์ตามคู่มือ Cognitive interview for early signs ซึ่ง Gumley et al's model of relapse predicted เชื่อว่าผู้ป่วยจะมีความเชื่อเกี่ยวกับตนเองและการป่วยในทางลบที่กระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตเฉียบพลัน เช่นเชื่อว่าตนเองจะสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ความเชื่อนี้จะมีความสัมพันธ์กับ อารมณ์ พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางกาย เช่นอาจเริ่มจากรู้สึก</p>
-------------------------	--

<p>วิธีการดำเนินการ (ต่อ)</p>	<p>กลัวอย่างมากว่าจะไม่สามารถควบคุมตนเอง นำไปสู่ความรู้สึกพะอวย มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง และนอนไม่หลับเป็นต้น และสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางลบของแต่ละบุคคลกับอาการนำที่พบในเครื่องมือประเมิน อาการนำ (ESM questionnaire) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินอาการนำของตนอย่างสม่ำเสมอสำหรับผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการประเมินอาการนำด้วยตนเอง ผู้จัดการรายกรณีของแต่ละคนจะให้การช่วยเหลือ โดยที่การบันทึกอาการนำพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละคนจากคะแนนเฉลี่ย 5 ครั้งแรกของแต่ละคนที่ประเมินได้</p> <p>ตัวอย่างความเชื่อที่นำไปสู่อารมณ์นำ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความรู้สึกลบต่อตนเองก่อให้เกิดอาการเศร้าเช่นรู้สึกอารมณ์ดกกลอง ร้องไห้ง่าย แยกตัว ไม่มีความสุข รู้สึกถูกคุกคามจากผู้อื่นก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย</li> <li>- รู้สึกตนเองเป็นบุคคลพิเศษ ก่อให้เกิดความรู้สึกสงสัยผู้อื่น โกรธง่าย มีการดื้อมากขึ้น</li> </ul> <p>3. Targeted cognitive therapy phase การบำบัดตามแนวความคิดความคิด ร่วมกับการบำบัดดูแลของผู้จัดการรายกรณี เพื่อลดอาการนำและป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยที่จะได้รับการบำบัดมีลักษณะใดลักษณะหนึ่งใน 3 ลักษณะดังนี้ดังนี้ 1) อาการนำเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากคะแนนรวมของแบบสอบถามหรือลักษณะอาการนำเฉพาะของแต่ละบุคคล 2) มีปัญหาทางจิตสังคมซึ่งสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำ หรือ 3) แบบสอบถาม ESM ไม่ส่งกลับมาทางไปรษณีย์</p> <p>การบำบัดจะทำในช่วงเวลาสั้น ๆ โดยทำ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ใช้แนวทางการบำบัด cognitive therapy โดยผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนการบำบัด โดย ศึกษาความเชื่อสำคัญที่นำไปสู่อารมณ์นำเช่นรู้สึกเบื่อ ซึมเศร้า อาการสงสัยไม่ไว้ใจสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลอื่นซึ่งอาการเหล่านี้สัมพันธ์กับปัญหาการรู้คิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการนำที่พบ และอาการนำเหล่านี้รบกวนการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย การบำบัดจะส่งเสริมการรับรู้ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการนำเช่นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การใช้สุรา การปรับความเชื่อที่ไม่ถูกต้องต่อสถานการณ์นั้น ๆ และ</p>
-----------------------------------	--

<p>วิธีการดำเนินการ (ต่อ)</p>	<p>ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนำ (alternative coping strategies perhaps prevent relapse) รวมทั้งความร่วมมือกับผู้จัดการรายกรณีในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ</p>
<p>ผลการวิจัย</p>	<p>ตัวอย่างเบื้องต้นแพทย์ติดตามผู้ป่วย 20 ราย นานประมาณ 10 เดือน โดยได้ตอบแบบสอบถาม ESM ทุก ๆ 2 สัปดาห์</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มทดลอง มีอาการกำเริบซ้ำ 3 คน (3 ใน 9 คน) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีอาการกำเริบซ้ำ 1 คน (1 ใน 11 คน)</li> <li>2. กลุ่มตัวอย่างติดตามประเมิน ESM (Early signs monitoring) อย่างต่อเนื่อง 83 % โดยที่บางส่วนผู้จัดการรายกรณีกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง บางส่วนผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประเมินให้</li> <li>3. 75 % (3 ใน 4 คนที่มีอาการกำเริบซ้ำ) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการกำเริบซ้ำถูก ทำนายด้วยเครื่องมือ the ESM ว่าจะมีอาการกำเริบ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มทดลองทั้งหมด ใน ขณะที่ 1 คนในกลุ่มควบคุมการใช้เครื่องมือ ESM ไม่สามารถทำนายได้</li> </ol>
<p>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก</p>	<p>ประเด็นปัญหาคือทำอย่างไรผู้ป่วยจึงจะสามารถประเมินอาการนำได้ถูกต้อง การศึกษานี้ชี้ให้เห็นวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจะประเมินได้ถูกต้องมากขึ้นและให้ความร่วมมือในการประเมินดี และการติดตามประเมินอาการนำอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้การทำนายอาการกำเริบซ้ำได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น</p>
<p>ความมีคุณค่าในเชิงศาสตร์</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-เป็นงานวิจัยเชิงทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาน้อย (9/10คน) วิธีวิจัยยังไม่ค่อยรัดกุม ในเรื่องการให้ Interventionบางคนมี Case manager ช่วยในการประเมินอาการนำ</li> <li>- การเขียนกระบวนการวิจัยชัดเจนแต่การเขียนผลการวิจัยยังไม่ชัดเจน</li> <li>-ได้รับทุนจาก Andrew Gumley from the Scientists office, Scottissh office; Grant number K/RED/18/13 and for the chief Scientist office Support Fund</li> </ul>

<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) พบว่าในการนำไปใช้จริงจะต้องเป็นการบำบัดโดยอาศัยความร่วมมือกับทีมสุขภาพหลายฝ่ายและต้องมีระบบพยาบาลเจ้าของไข้เข้ามาดูแลผู้ป่วย ซึ่งในการปฏิบัติงานจริงสามารถทำได้เฉพาะผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยเท่านั้น</li> <li>2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พิจารณาแล้วพบว่า ถ้าเป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ และมีทีมงานที่รับผิดชอบที่ชัดเจน ก็สามารถนำรูปแบบการบำบัดนี้มาทดลองปฏิบัติและทำวิจัยไปพร้อมกันได้</li> <li>3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ (Cost- benefit ratio) เมื่อนำไปใช้ พิจารณาแล้วพบว่า การบำบัดรูปแบบนี้ต้องใช้งบประมาณและกำลังคนมาก ถ้านำมาใช้ควรทำการศึกษานำร่องเพื่อพิจารณาความคุ้มค่าคุ้มทุนจริงก่อน ที่ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอีกปัจจัยหนึ่งคือผลการศึกษายังไม่ชัดเจนแม้ในเชิงทฤษฎีจะมีเหตุผลในการให้การบำบัดที่ดีก็ตาม</li> </ol>
<p>สรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การประเมินอาการนำอย่างต่อเนื่อง (ประมาณ 2 สัปดาห์ ต่อ ครั้ง) จะเป็นเครื่องมือทำนายอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ {75 % ของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำ (3/4 คน ) ถูกทำนายได้ด้วยการประเมินอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้เครื่องมือ ESM และเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อส่งเสริมความสามารถในการประเมินอาการนำ}</li> <li>2 .ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการนำได้ถูกต้องมากขึ้นถ้าได้รับการบำบัดเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับอาการนำและปัจจัยที่สัมพันธ์หรือกระตุ้นให้เกิดอาการนำ เห็นความสำคัญของการประเมินอาการนำและป้องกันอาการกำเริบซ้ำของตนเอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง 75 % (3ใน 4 คนที่มีอาการกำเริบซ้ำ) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการกำเริบซ้ำถูก ทำนายด้วยเครื่องมือ the ESM ว่าจะมีอาการกำเริบ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มทดลองทั้งหมด ในขณะที่ 1 คนในกลุ่มควบคุมการใช้เครื่องมือ ESM ไม่สามารถทำนายได้ (โดยที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่เรียนรู้เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการกำเริบซ้ำ การระบุนำที่สำคัญของแต่ละคนและสร้างแรงจูงใจในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ สามารถระบุนำความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางลบที่เฉพาะเจาะจงกับอาการนำ และได้รับการส่งเสริมให้ประเมินอาการ</li> </ol>

<p>สรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)</p>	<p>นำของคนอย่างสม่ำเสมอ) ผู้ป่วยที่เคยประเมินอาการนำด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและหยุดประเมินให้สงสัยว่าจะเริ่มมีอาการนำไปสู่อาการกำเริบซ้ำ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 3 คนที่มีอาการกำเริบซ้ำเป็นกลุ่มที่ไม่ส่งไปประเมินกลับทางไปรษณีย์ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินอาการนำด้วยตนเองควรมีผู้อื่นช่วยประเมินอย่างสม่ำเสมอ เช่น ผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพในชุมชนที่ดูแลผู้ป่วย</p>
-----------------------------------	---

## เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่อง **The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 1.**

ผู้วิจัย Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R.S., &amp; Grypdonck, M. (2002).

แหล่งตีพิมพ์ *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 347–355.

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของงานวิจัย	qualitative study /Level VI
วัตถุประสงค์การ วิจัย	เพื่อศึกษารูปแบบวิธีการสังเกตอาการนำและวิธีการบำบัดตั้งแต่ระยะแรก เพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ในผู้ป่วยจิตเภทและคำถามการวิจัย  1. แผนการประเมินอาการนำในการปฏิบัติงานทางจิตเวชปัจจุบัน เป็นอย่างไร  2. บุคลากร ผู้ป่วยและครอบครัวมีประสบการณ์ ในการใช้แผนการ ประเมินอาการนำอย่างไร
Settingงานวิจัย	สถานพยาบาล 6 แห่งในประเทศเนเธอร์แลนด์
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในงานวิจัย	นักวิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 25 ครั้งจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม 1.กลุ่มทีมสุขภาพ 9 คนมีพยาบาลจิตเวช 5 คน จิตแพทย์ 1 คนนักจิตวิทยา 1 คนแพทย์ทั่วไป 2 คนสัมภาษณ์ คนละครั้งรวมเป็น 9 ครั้ง สัมภาษณ์ คนละ 1-2 ชั่วโมง 2.กลุ่มผู้ป่วย 8 คนเป็นชาย 7 คน หญิง 1 คน จากสถานบำบัด 4 แห่ง โดยผู้ป่วยต้องถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ไม่มีอาการทางจิตอย่างเด่นชัด สามารถแสดงความคิด ความรู้สึกออกทางภาษาพูดได้ อายุ 21-39 ปีเฉลี่ย แล้วคือ 30 ปีระยะเวลาในการเป็นโรครออยู่ที่ 2-17 ปีเฉลี่ย 6.5 ปี การกลับ เป็นโรคจิตเวชซ้ำไม่เท่ากันอยู่ระหว่าง 1-5 ครั้ง มี 3 คนที่ไม่สามารถระบุ ได้ชัดเจนว่ามีอาการกำเริบซ้ำกี่ครั้งเนื่องจากเข้ามีอาการด้านบวก หลงเหลืออยู่ตลอดเวลาสัมภาษณ์คนละครั้งรวม 8 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที 3. กลุ่มญาติมี 15 คนเป็นพ่อแม่ 14 คนพี่สาว 1 คนแต่ 15 คนนี้สัมภาษณ์ 8 ครั้งคือสัมภาษณ์ที่ละครอบครัว

<p>เครื่องมือในการเก็บข้อมูล</p>	<p>1) แบบสัมภาษณ์ที่มสุขภาพโดยแบบสัมภาษณ์ กึ่ง โครงสร้าง หัวข้อในการสัมภาษณ์ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยถามผู้ป่วยว่า 1.ผู้ป่วยมีแผนในการทำอะไรบ้างเพื่อช่วยให้สามารถรับรู้อาการนำของตนเองได้ 2. วิธีการที่จะเขียนแผนการประเมินอาการนำ 3.ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากแผนการนี้ไหม แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีแผนการที่จะช่วยในการรับรู้อาการนำมาก่อน จะถามว่าเข้าจะเตรียมการอย่างไรเพื่อวางแผนให้ตนเองสามารถประเมินอาการนำได้ และเขาคิดถ้ามีแผนการมันจะก่อให้เกิดประโยชน์อะไรกับเขาบ้าง</p> <p>3) แบบสัมภาษณ์ครอบครัว ว่าญาติมีส่วนร่วมและประสบการณ์อย่างไรเกี่ยวกับการรับรู้อาการนำของผู้ป่วย</p>
<p>วิธีการดำเนินการ</p>	<p>1) การเลือกสถานที่เพื่อเก็บข้อมูล วิธีการเลือกสถานที่เพื่อไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง มี 2 วิธีคือ 1 เลือกจากการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ ว่ามีสถานพยาบาลใดบ้างที่มีการนำแผนการสังเกตอาการนำและให้การบำบัดตั้งแต่ระยะแรกอย่างเป็นระบบที่ใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท</p> <p>วิธีที่ 2 ศึกษาจากผลการสำรวจของ van Mierlo (1997) เกี่ยวกับการบำบัดโดยใช้การจัดการกับอาการในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเนเธอร์แลนด์ ขโดยเลือกสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน 6 ที่ 1. คลินิกคนไข้นอกในโรงพยาบาลจิตเวช 2. หอผู้ป่วยที่ดูแลคนไข้เรื้อรังในโรงพยาบาลจิตเวช 3. หน่วยคนไข้นอกที่โรงพยาบาลมหาลัย 4.คลินิกคนไข้นอกวัยรุ่นที่โรงพยาบาลมหาลัย 5. คลินิกคนไข้นอกที่บริหารจัดการโดยศูนย์บริการจิตเวชชุมชน RIAGG และ 6 โปรแกรมการจัดการรายกรณีของศูนย์บริการจิตเวชชุมชน RIAGG</p> <p>2) การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 25 คนตามที่กำหนดไว้ในกลุ่มตัวอย่างและสัมภาษณ์ตามคู่มือการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ขณะสัมภาษณ์มีการอัดเทป</p> <p>3) การวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์บทสัมภาษณ์หลังจากถอดเทปการสัมภาษณ์แล้วนำมาวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม WINMAX-PRO'96 (Kuckartz 1996) ขั้นตอนในการวิเคราะห์</p> <p>1.การตีความและการวิเคราะห์แต่ละ case 2. เอาแต่ละ case มาเปรียบเทียบกัน 3. สร้างหรือวางแผนระบบ(จำแนกหัวเรื่อง) 4. ใส่รหัสให้กับข้อความแต่ละส่วน 5. รวบรวมและตีความหมายของส่วนที่มีรหัส</p>

<p>วิธีการดำเนินการ (ต่อ)</p>	<p>เดียวกัน 6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรหัสมีความสัมพันธ์กับหัวข้อ เป็นอย่างไรอ่านแล้วจัดประเภท</p> <p>หลังจากนำวิธีการนี้มาใช้ทำให้ผู้วิจัยได้เข้าถึงระบบ early recognition and early intervention strategies ที่ใช้ในสถานพยาบาลมากขึ้นคือเห็นภาพชัดเจนขึ้นว่าสถานพยาบาลแต่ละแห่งมีกลยุทธ์ในการสังเกตอาการแรกเริ่มและเข้าไปรักษาแต่เนิ่น ๆอย่างไร</p>
<p>ผลการวิจัย</p>	<p>ผลการวิเคราะห์</p> <p>1 รูปแบบของการวางแผนการประเมินอาการนำและการบำบัดระยะเริ่มแรกเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำมี 3 รูปแบบคือ</p> <p>1. รูปแบบพื้นฐาน (The basic model) เป็นการแยกแยะอาการนำเบื้องต้นว่ามีอะไรบ้างเขียนเป็นรายการออกมาเท่าที่จะทำได้ วิธีการเขียนรายการคือรวบรวมมาจากสัมภาษณ์จากผู้ป่วยใช้ตรวจรายการจากอาการทั่ว ๆ ไปว่าแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะตัวไม่เหมือนกันซึ่งอาการของผู้ป่วยจะเขียนในการ์ดของเขาซึ่งการ์ดนี้ผู้ป่วยอาจนำพกติดตัวไปกับตัวเอง ในการ์ดก็จะเขียนชื่อผู้ป่วย ชื่อแพทย์ ชื่อสถานพยาบาล ที่ติดต่อวิธีนี้เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดแค่ตรวจว่าเกิดอะไร วิธีการรักษาคือการให้ยาวิธีนี้ถือว่าเป็นวิธีที่ต้องพึ่งแพทย์ฝ่ายเดียว</p> <p>2. รูปแบบการแบ่งการบำบัดเป็นระยะๆ (The phase model) ศึกษาตั้งแต่อาการกำเริบซ้ำในครั้งที่ผ่านมาเพื่อเห็นภาพโดยรวมของการเกิดอาการกำเริบซ้ำตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่สมดุล จนเริ่มเกิดอาการและพัฒนากลายเป็นโรคอย่างเต็มตัว โดยที่รูปแบบการบำบัดวิธีนี้มีความเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทเวลากลับมาเป็นซ้ำจะมีกระบวนการและรูปแบบการเปลี่ยนแปลงอาการกำเริบเหมือนเดิม วิธีการรักษาในรูปแบบนี้คือการทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมดุลของตนเองได้หรือการสร้างภาวะสมดุลให้กลับเป็นดังเดิม รูปแบบนี้คนไข้สามารถตัดสินใจได้ว่าเขาสามารถดูแลรักษาตนเองได้หรือไม่ หรือเมื่อไรควรไปพบแพทย์การบำบัดวิธีนี้เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหาต่างๆ (own coping skill) ถ้าเปรียบเทียบกับวิธีที่ 1 วิธีนี้คนไข้จะมีบทบาทในการดูแลตนเองมากขึ้น</p> <p>3. รูปแบบครบวงจร (the comprehensive model) คือ รูปแบบนี้จะศึกษา</p>

<p>ผลการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>ตั้งแต่อาการแรกเริ่ม อาการนำมีอย่างไรบ้างให้สังเกตปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการกำเริบซ้ำ ปัจจัยที่ว่าอาจมีความเครียด ความเครียดดูทั้งภายในและภายนอก ภายในคือเครียดด้วยตัวเขาเอง ภายนอกคือมีเหตุการณ์อะไรมากระตุ้นให้เขาเครียด ดูปัจจัยที่ช่วยป้องกันมีไหมเช่นมีญาติที่คอยให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจหรือมีกิจกรรมที่ช่วยป้องกัน เช่นการเล่นกีฬา ดูหลายแง่มุมไม่ได้ดูแต่อาการ ดูว่าผู้ป่วยมีทักษะอะไรบ้างที่จะช่วยป้องกันการเกิดเป็นซ้ำเช่น การกล้าแสดงออกที่เหมาะสม ทักษะส่วนบุคคล การเรียนรู้และฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด เข้าใจได้ถึงปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่ออาการกำเริบซ้ำ ทั้งปัจจัยที่ช่วยป้องกันและบำบัดอาการนำ แต่รูปแบบการบำบัดวิธีนี้ไม่ได้เขียนแนวทางในการบำบัดที่ชัดเจนเมื่อเกิดอาการนำขึ้น</p> <p>ความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่าง 3 รูปแบบ คือ บทบาทของทีมงานสุขภาพกับบทบาทของครอบครัวเพราะน้ำหนักทั้ง 3 รูปแบบไม่เท่ากัน ถ้าเป็นรูปแบบที่ 1 คือการเลือกอาการเริ่มต้นตามรายการที่ได้แสดงเอาไว้ ในขณะที่รูปแบบที่ 2 จะดูซับซ้อนโดยการแบ่งเป็นระยะๆแล้ววิธีการรักษาแตกต่างกัน อย่างเช่นรูปแบบที่ 1 พอเกิดอาการให้ติดต่อแพทย์ แจ้งแพทย์จะให้ยาในการรักษา ถ้าเป็นรูปแบบ 2, 3 คนไข้จะมีบทบาทมากขึ้นเขาจะต้องเข้าใจอาการของตัวเองได้ดีขึ้น แล้วก็ตัดสินใจได้ด้วยตนเองเริ่มอาการรักษาด้วยตนเอง ดูแลตนเอง ซึ่งวิธี 2, 3 จะมีการรักษาทางจิตสังคมเข้ามาด้วย ไม่ได้รักษาด้วยยาอย่างเดียว</p> <p>2. การระบุอาการนำ (listing of early signs) เนื้อหาเกี่ยวกับการวางแผนการระบุอาการนำ ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดก่อนอาการทางจิตกำเริบได้ แต่การระบุอาการนำของผู้ป่วยและครอบครัวอาจแตกต่างกัน ส่วนใหญ่จะเห็นด้วยกับอาการนำที่สำคัญหรือเห็นได้ชัดเจน</p> <p>ผู้ป่วยมักจะระบุอาการนำที่รบกวนตนเองเช่นปัญหาการนอน อาการวิตกกังวล ไม่มีความสุข แต่มักจะไม่ค่อยกล่าวถึงอาการนำที่คล้ายอาการทางจิตหรือเริ่มตนมีอาการทางจิต เช่น การสงสัยไม่ไว้วางใจผู้อื่น อาการเชื่อผิดๆ หลงผิด การรับรู้เปลี่ยนไป</p>
-------------------------	--

ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>ญาติมักสามารถระบุอาการเริ่มต้นของอาการทางจิตได้เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการเริ่มต้นของอาการทางจิตจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างชัดเจน เช่น ไม่ใส่ใจในสุขอนามัยตนเอง ไม่ทำหน้าที่ที่เคยปฏิบัติ หรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากควบคุมตนเองไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ผู้ป่วยมักจะไม่นำมาถ่วง หรืออาการคลุมเครือทำให้ผู้ป่วยมีความพอใจ ผู้ป่วยจึงไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นปัญหา เป็นต้น</p> <p>ลักษณะอาการนำที่มีลักษณะที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละคน (the significance of idiosyncrasises for early detection) เป็นลักษณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะสามารถสังเกตและบอกได้ว่าถ้าผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมเฉพาะเช่นนี้แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะมีอาการกำเริบซ้ำเช่นเริ่มออกนอกบ้านบ่อยครั้งขึ้น สูบบุหรี่บ่อยครั้งขึ้น แต่งตัวแปลกไป เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มักจะไม่มีการประเมินหรือคัดกรองอาการนำเนื่องจากเป็นอาการเฉพาะของแต่ละบุคคล และเครื่องมือประเมินจะเป็นภาษาของนักวิชาชีพ</p> <p>3. การตรวจสอบอาการนำ (monitoring)</p> <p>เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำประเมินได้ 2 รูปแบบคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 ประเมินจากอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยโดยตรงและ</li> <li>2 ประเมินทางอ้อมโดยประเมินจากปัจจัยปกป้องหรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด</li> </ol> <p>4. บทบาทของครอบครัว (role of family) ครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยระบุอาการนำและการบำบัดตั้งแต่ระยะแรกเนื่องจาก 1) ครอบครัวสามารถระบุอาการนำที่สำคัญเพิ่มเติมจากที่ผู้ป่วยบอก 2) ครอบครัวสามารถติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้นไม่สามารถระบุอาการเปลี่ยนแปลงได้ 3) ครอบครัวสามารถอธิบายอาการที่อาจเป็นอันตรายเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงถึงขั้นวิกฤติและวางแผนร่วมกับทีมผู้รักษาในการบำบัดได้ 4) ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</p> <p>5. ผลของการระบุอาการนำและการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองสามารถป้องกันหรือยืดระยะเวลาการกำเริบซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น เพราะได้จัดการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และช่วยให้ครอบครัวเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเริ่มมีอาการนำได้เหมาะสมขึ้น</p>
------------------	--

<p>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก</p>	<p>-ผลจากการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้สามารถประเมินอาการนำและบำบัดตั้งแต่ระยะแรก ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้บำบัดเป็นอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกว่าควรจัดวางแผนการบำบัดในเรื่องนี้อย่างไร จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินอาการนำได้อย่างไร การศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการบำบัดให้เหมาะกับผู้รับบริการ เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจทางคลินิกว่าผู้ป่วยมีอาการนำต้องเป็นการประเมินร่วมกัน</p>
<p>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์</p>	<p>การวางแผนการวิจัยและการดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนชัดเจนเหมาะสมกับรูปแบบการวิจัยที่กำหนด</p>
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</p>	<p>การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ผลการศึกษานี้ทำให้เห็นความสำคัญของการร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้บำบัด ซึ่งมีมุมมองเกี่ยวกับลักษณะอาการนำต่างกันและมีรูปแบบบำบัดตามความเชื่อที่ต่างกันสามารถนำมาปรับใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้ตามปัญหาและความเหมาะสม แต่ควรทำการศึกษาซ้ำในบริบทของไทยอาจมีปัจจัยต่างๆที่แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศบ้าง</p> <p>2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พิจารณาแล้วพบว่า การนำข้อค้นพบจากการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำมี ความเป็นไปได้ ผู้บริหารหน่วยงานให้การสนับสนุน</p> <p>3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ (Cost- benefit ratio) เมื่อนำไปใช้ พิจารณาแล้วพบว่า มีความคุ้มค่าที่จะนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ เสียค่าใช้จ่ายไม่มากนักในการพัฒนาโปรแกรมแต่อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในด้านกำลังคนและเวลาในการทดสอบโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นแต่ก็มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเพราะจะเป็น โปรแกรมหนึ่งที่ช่วยป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้</p>

## เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่อง **The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part II.**

ผู้วิจัย Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R. S., &amp; Grypdonck, M. (2002).

แหล่งตีพิมพ์ *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 357–363.

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	qualitative study/ Level VI
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินอาการนำและการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก
Settingงานวิจัย	สถานพยาบาล 6 แห่งในประเทศเนเธอร์แลนด์
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	นักวิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 25 ครั้งจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม 1. กลุ่มทีมสุขภาพ 9 คน มีพยาบาลจิตเวช 5 คน จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน แพทย์ทั่วไป 2 คน สัมภาษณ์คนละครั้งรวมเป็น 9 ครั้ง สัมภาษณ์คนละ 1-2 ชั่วโมง 2. กลุ่มคนไข้ 8 คน เป็นชาย 7 คน หญิง 1 คน จากสถานบำบัด 4 แห่ง โดยผู้ป่วยต้องถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ไม่มีอาการทางจิตอย่างเด่นชัด สามารถแสดงความคิด ความรู้สึกออกทางภาษาพูดได้ อายุ 21-39 ปี เฉลี่ยแล้วคือ 30 ปี ระยะ เวลาในการเป็น โรคอยู่ที่ 2-17 ปี เฉลี่ย 6.5 ปี การกลับเป็นโรคจิตเวชซ้ำไม่เท่ากันอยู่ระหว่าง 1-5 ครั้ง มี 3 คนที่ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่ามีอาการกำเริบซ้ำกี่ครั้งเนื่องจากเข้ามีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่ตลอดเวลา สัมภาษณ์คนละครั้งรวม 8 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที 3. กลุ่มญาติมี 15 คน เป็นพ่อแม่ 14 คน พี่สาว 1 คน แต่ 15 คนนี้ สัมภาษณ์ 8 ครั้ง คือ สัมภาษณ์ที่ครอบครัว
เครื่องมือในการเก็บข้อมูล	1. แบบสัมภาษณ์ทีมสุขภาพ โดยแบบสัมภาษณ์ กึ่งมีโครงสร้าง หัวข้อในการสัมภาษณ์ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

<p>เครื่องมือในการเก็บข้อมูล (ต่อ)</p>	<p>2. แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยถามผู้ป่วยว่า 1) ผู้ป่วยมีแผนในการทำอะไรบ้างเพื่อช่วยให้สามารถรับรู้อาการนำของตนเองได้ 2) วิธีการที่จะเขียนแผนการรับรู้อาการนำ 3) ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากแผนการนี้ไหม แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีแผนการที่จะช่วยในการรับรู้อาการนำมาก่อน จะถามว่าเข้าจะเตรียมการอย่างไรเพื่อวางแผนให้ตนสามารถรับรู้อาการนำได้ และเขาคิดถ้ามีแผนการมันจะก่อให้เกิดประโยชน์อะไรกับเขาบ้าง</p> <p>3. แบบสัมภาษณ์ครอบครัว ว่าญาติมีส่วนร่วมและประสบการณ์อย่างไรเกี่ยวกับการรับรู้อาการนำของผู้ป่วย</p>
<p>วิธีการดำเนินการ</p>	<p>1. การเลือกสถานที่เพื่อเก็บข้อมูล วิธีการเลือกสถานที่เพื่อไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง มี 2 วิธีคือ วิธีที่ 1 เลือกจากการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ ว่ามีสถานพยาบาลใดบ้างที่มีการนำแผนการสังเกตอาการนำและให้การบำบัดตั้งแต่ระยะแรกอย่างเป็นระบบตนเองที่ให้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท</p> <p>วิธีที่ 2 ศึกษาจากผลการสำรวจของ van Mierlo (1997) เกี่ยวกับการบำบัดโดยใช้การจัดการกับอาการในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยเลือกสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน 6 ที่ 1 คลินิกคนไข้นอกในโรงพยาบาลจิตเวช 2. หอผู้ป่วยที่ดูแลคนไข้เรื้อรังในโรงพยาบาลจิตเวช 3. หน่วยคนไข้นอกที่โรงพยาบาลมหาลัย 4. คลินิกคนไข้นอกวัยรุ่นที่โรงพยาบาลมหาลัย 5. คลินิกคนไข้นอกที่คนไข้ที่บริหารจัดการโดยศูนย์บริการจิตเวชชุมชน RIAGG และ 6 โปรแกรมการจัดการรายกรณีของศูนย์บริการจิตเวชชุมชน RIAGG</p> <p>2 การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 25 คนตามที่กำหนดไว้ในกลุ่มตัวอย่างและสัมภาษณ์ตามคู่มือการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ขณะสัมภาษณ์มีการอัดเทป</p> <p>3 การวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์บทสัมภาษณ์หลังจากถอดเทปการสัมภาษณ์แล้วนำมาวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม WINMAX-PRO'96 (Kuckartz 1996) ขั้นตอนในการวิเคราะห์ 1. การตีความและการวิเคราะห์แต่ละ case 2. เอาแต่ละ case มาเปรียบเทียบกับกัน 3. สร้างหรือวางแผนระบบ(จำแนกหัวเรื่อง) 4. ใส่รหัสให้กับข้อความแต่ละส่วน 5. รวบรวมและตีความหมายของส่วนที่มีรหัส</p>

วิธีการดำเนินการ (ต่อ)	<p>เดียวกัน 6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรหัสมีความสัมพันธ์กับหัวข้อ เป็นอย่างไรอ่านแล้วจัดประเภท</p> <p>หลังจากนำวิธีการนี้มาใช้ทำให้ผู้วิจัยได้เข้าถึงระบบ early recognition and early intervention strategies ที่ใช้ในสถาน พยาบาลมากขึ้นคือเห็น ภาพชัดเจนขึ้นว่าสถานพยาบาลแต่ละแห่งมีกลยุทธ์ในการสังเกตอาการ แรกเริ่มและเข้าไปรักษาแต่เนิ่นๆ อย่างไร</p>
ผลการวิจัย	<p>ผลการวิเคราะห์</p> <p>ศึกษาปัจจัยที่มีผลดีหรือผลไม่ดีต่อ บำบัดเพื่อส่งเสริมการสังเกตอาการ นำและการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก</p> <p>มี 7 ปัจจัยคือ</p> <p>ปัจจัยที่ 1 การให้ความรู้หรือการศึกษาทั้งกลุ่มบุคลากรทาง การแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัวพูดตรงกันว่าการให้ความรู้เรื่องการ สังเกตอาการนำและเข้ารับการรักษาระยะเริ่มแรก เป็นสิ่งจำเป็นการให้ ความรู้มี 3 รูปแบบ</p> <p>รูปแบบที่ 1 การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย ร่วมมือกันในการวางแผนการสังเกตอาการ</p> <p>รูปแบบที่ 2 บุคลากรทางการแพทย์เป็นบุคคลที่จะให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ อาการนำที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละคนและแต่ละสภาพแวดล้อมได้ แล้วเขียนแผนการสังเกตอาการนำร่วมกัน</p> <p>รูปแบบที่ 3 การให้ความรู้กับผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็น การให้ความรู้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ปัจจัยกระตุ้น และ ความเชื่อที่ไม่เหมาะสมหรือขาดทักษะในการจัดการกับปัจจัยกระตุ้น เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ</p> <p>ปัจจัยที่ 2 ทักษะของตัวบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งตัวบุคลากร ทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยมีความเห็นตรงกันว่า ทักษะของตัวบุคลากรทางการแพทย์และคุณภาพความสัมพันธ์ ระหว่างตัวบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้ การสังเกตอาการนำและการบำบัดตั้งแต่ระยะแรกทำได้สำเร็จหรือไม่ ทักษะคือการบำบัดที่ให้ความสำคัญต่อความร่วมมือและประสานงานกัน</p>

<p>ผลการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>จะทำได้ นั่นคือทุกคนต้องรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองและพึ่งพาซึ่งกันและกัน</p> <p>ปัจจัยที่ 3 ความเข้าใจตนเองของผู้ป่วย (insight) มีหลายลักษณะ เช่น หมายถึงผู้ป่วยรับรู้วาทตนเองป่วย หมายถึงการที่ผู้ป่วยกินยาเป็นประจำมาน้อยแค่ไหน บางครั้งเป็นการอยากที่จะแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตและประเมินอาการนำและการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรกถ้าผู้ป่วยปฏิเสธหรือไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย</p> <p>ปัจจัยที่ 4 การยอมรับว่าตนเองป่วย เป็นเรื่องยากที่จะให้เขา ยอมรับการเป็นโรคการยอมรับทำให้รู้สึกหดหู่ โกรธต่อต้านปฏิเสธ หรือบางคนยอมแพ้ สิ้นสนในชีวิต การไม่ยอมรับจะสะท้อนออกมาในรูปแบบของการคือเจ็บคือไม่ยอมทำตามแผน ติดตามประเมินอาการนำทางออกที่ดีคือการใช้กลุ่มบำบัดการคุยกันในกลุ่มอาจทำให้เขาเข้าใจมากขึ้นและยอมรับว่าตนเองป่วยจากการที่เขาได้ยินมุมมองของเพื่อนที่ป่วยเหมือนกันเห็นว่ามันไม่ใช่เรื่องเสียหายที่จะยอมรับ</p> <p>ปัจจัยที่ 5 แรงจูงใจ ผู้ป่วยแต่ละรายมีแรงจูงใจต่างกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อติดตามอาการเตือนไประยะหนึ่งจะ เบื่อมองว่าไม่เห็นจำเป็นที่จะต้องมาสังเกตอาการอีกต่อไป เพราะฉะนั้นบางคนแนะนำว่าบางที่ไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสังเกตอาการตนเองอยู่ตลอดเวลาที่ได้คือ ระบุช่วงเวลาว่าควรสังเกตตนเองตอนไหนเช่นตอนที่เกิดความเครียดขึ้นมาหรือตอนเห็นอาการเตือนบางอย่างเกิดขึ้น แล้วก็ค่อยเริ่มอีกวิธีหนึ่งที่ทำให้เพิ่มแรงจูงใจก็คือทำให้คนไข้ตระหนักข้อดีของแผนการสังเกตอาการที่จะมีต่อตัวเขาอนาคต เพิ่มทักษะให้เขารู้จักจัดการดูแลตนเอง ลองอยู่ด้วยตนเองก่อนเป็นขั้นตอนนี้ที่จะนำไปใช้ชีวิตเสรีได้ด้วยตนเองในที่สุด</p> <p>ปัจจัยที่ 6 บุคลิกภาพของผู้ป่วยบางอย่างที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้การประเมินอาการนำและการบำบัดตั้งแต่ระยะแรก เช่น ภาวะไร้อารมณ์ ขาดความกระตือรือร้นไม่รู้สึกรู้ว่าอยากทำอะไร ทำให้เขาไม่อยากจะเขียนแผนการ ซึ่งอาจมีสาเหตุหลายอย่างเช่น ภาวะซึมเศร้า ความผิดปกติทางความคิด ความสามารถทางกระบวนการคิดหลายอย่างด้อยลง ความรู้สึกต่อต้าน บุคลิกภาพทางการแพทย์ควรคำนึงถึงประเด็น</p>
-------------------------	---

ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>พวกนี้เพื่อแก้ไขปัจจัยเหล่านี้ที่มีผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการบำบัดดูแลตนเอง</p> <p>ปัจจัยที่ 7 ปัจจัยเรื่องการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยรับรู้ว่าการรักษาต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะในระยะเวลาเริ่มแรกในการเรียนรู้เกี่ยวกับการวางแผนการประเมินอาการนำตนเอง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้นำแผนการไปใช้ และกลับมาพูดคุยกับบุคลากรเพื่อการปรับแผนการประเมินให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลเหมาะกับสถานการณ์ ปัจจุบันก็จะทำให้แผนการมีประสิทธิภาพ ปัญหาสำคัญของการรักษาไม่ต่อเนื่อง คือการต้องเปลี่ยนผู้รักษาบ่อย ๆ ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการบำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำและการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มต้น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มุมมองของผู้ป่วยต่อภาวะโรคต่อตนเองต่ออนาคตและต่อการบำบัด</li> <li>2. การจัดการแผนการสังเกตอาการนำจะต้องทำเฉพาะแต่ละบุคคลเพราะแต่ละก็มีอาการแตกต่างกันมีบุคลิกลักษณะแตกต่างกัน สถานการณ์ที่ต้องเผชิญในชีวิตประจำวันที่ต่างกัน</li> <li>3. การเขียนแผนการสังเกตอาการเป็นสิ่งที่จะต้องทำร่วมกันทั้ง 3 ฝ่าย ผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวหรือคนอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยเพราะว่าแต่ละคนจะมีมุมมองหรือให้ข้อมูลที่แตกต่างกันไป</li> <li>4. การสังเกตอาการและเข้ารับการรักษาตั้งแต่เบื้องต้นจะประสบความสำเร็จสูงถ้ามีความต่อเนื่องในการรักษาซึ่ง</li> <li>5. บุคลากรทางการแพทย์จะต้องมีทัศนคติในเชิงบวก มีทัศนคติที่ดีต่อกัน จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา ควรให้แรงเสริมทางบวกในสิ่งที่เขาพัฒนา การเน้นความผิดพลาดจะทำให้หมดกำลังใจและสูญเสียแรงจูงใจในการบำบัดดูแลตนเอง</li> </ol>
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	<p>-ผลจากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการให้ข้อมูลให้ความรู้ ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ ความเข้าใจคนไข้ การยอมรับว่าตนเองป่วยแรงจูงใจ บุคลิกลักษณะของผู้ป่วย และ การรักษาอย่างต่อเนื่องมีอิทธิพลต่อการประเมินอาการนำและการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาเพื่อวางแผนการส่งเสริมการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบมาก การศึกษานี้ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษา</p>

<p>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์</p>	<p>การวางแผนการวิจัยและการดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนชัดเจนเหมาะสมกับรูปแบบการวิจัยที่กำหนด</p>
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</p>	<p>การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ผลการศึกษานี้ในประเด็นต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการประเมินอาการนำของผู้ป่วย สามารถนำมาปรับใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้แต่ควรทำการศึกษาซ้ำในบริบทของไทยอาจมีปัจจัยต่างๆที่แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศบ้าง</p> <p>2.ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พิจารณาแล้วพบว่า การนำข้อค้นพบจากการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำมีความเป็นไปได้ ผู้บริหารหน่วยงานให้การสนับสนุน</p> <p>3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ (Cost-benefit ratio) เมื่อนำไปใช้ พิจารณาแล้วพบว่า มีความคุ้มค่าที่จะนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ เสียค่าใช้จ่ายไม่มากนักในการพัฒนาโปรแกรมแต่อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในด้านกำลังคนและเวลาในการทดสอบโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น แต่ก็มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเพราะจะเป็นโปรแกรมหนึ่งที่ช่วยป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้</p>
<p>สรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<p>สรุปประเด็น</p> <p>ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดเพื่อส่งเสริมการตรวจสอบอาการนำและการบำบัดในระยะเริ่มแรก</p> <p>1.ปัจจัยการให้ข้อมูลให้ความรู้ การให้ความรู้เรื่องการสังเกตอาการนำและการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเป็นสิ่งจำเป็น การให้ความรู้สามารถให้ได้ทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม</p> <p>2.ทัศนคติของผู้บำบัด เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้บำบัดควรมีทัศนคติทางบวก จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา ควรให้แรงเสริมทางบวกในสิ่งที่เขาพัฒนา การเน้นความผิดพลาดจะทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจและสูญเสียแรงจูงใจในการบำบัดดูแลตนเอง</p>

<p>สรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)</p>	<p>3. ความเข้าใจตนเองของผู้ป่วย (insight) มีผลต่อการบำบัด ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเจ็บป่วยจะไม่เห็นความสำคัญของการประเมินอาการนำของตนเอง</p> <p>4. ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย การเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่มอาจช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยมากขึ้น การพูดคุยกันในกลุ่มอาจทำให้เขายอมรับว่าตนเองป่วยจากการที่เขาได้ยินมุมมองของเพื่อนที่ป่วยเหมือนกันเห็นว่ามันไม่ใช่เรื่องเสียหายที่จะยอมรับ</p> <p>5. แรงจูงใจ ผู้ป่วยแต่ละรายมีแรงจูงใจต่างกัน วิธีหนึ่งที่ทำให้เพิ่มแรงจูงใจก็คือทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อดีของแผนการสังเกตอาการนำต่อการป้องกันอาการกำเริบซ้ำและต่ออนาคตที่ดีที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในชีวิตเสรีได้ด้วยตนเองได้ในที่สุด</p> <p>6. บุคลิกภาพของผู้ป่วยบางอย่างที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้การประเมินอาการนำและการบำบัดตั้งแต่ระยะแรก เช่น ภาวะไร้อารมณ์ขาดความกระตือรือร้นไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกว่าอยากทำอะไร ภาวะซึมเศร้าความสามารถทางกระบวนการคิดมันด้อยลง ความรู้สึกต่อต้าน บุคลากรทางการแพทย์ควรคำนึงถึงประเด็นเหล่านี้ เพื่อแก้ไขปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัดดูแลตนเอง ต่อไป</p> <p>7. การบำบัดดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่การให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ การวางแผนการประเมินอาการนำตนเอง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้นำแผนการไปใช้ และกลับมาพูดคุยกับบุคลากรเพื่อการปรับแผนการประเมินให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลเหมาะกับสถานการณ์ของแต่ละบุคคล การจัดแผนการสังเกตอาการนำจะต้องทำเฉพาะแต่ละบุคคล เพราะแต่ละก็มีอาการนำแตกต่างกันมีบุคลิกลักษณะแตกต่างกัน</p> <p>8. การเขียนแผนการสังเกตอาการเป็นสิ่งที่จะต้องทำร่วมกันทั้ง 3 ฝ่าย คนไข้ บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวหรือคนอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับคนไข้ เพราะว่าแต่ละคนจะมีมุมมองหรือให้ข้อมูลที่แตกต่างกันไป</p> <p>9. การรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยรับรู้ว่า การรักษาต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะในระยะเวลาเริ่มแรกในการเรียนรู้เกี่ยวกับการวางแผนการประเมินอาการนำตนเอง</p>
-----------------------------------	---

**เรื่องที่ 6**

**ชื่อเรื่อง** ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การนำ การสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท..

ผู้วิจัย วุฒิ ช่างมิ่ง, ยาใจ สิทธิมงคล, อติรัตน์ วัฒนไพลิน และ เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2546).

แหล่งตีพิมพ์ วารสารสภาการพยาบาล, 18(3), 86-99.

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	descriptive study / level VI
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษา 1. การรับรู้การนำของโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท 2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การนำของโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท 3.อำนาจทำนายของการรับรู้การนำของโรคและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
Settingงานวิจัย	แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายนพ.ศ. 2546 จำนวน 100 ราย มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาอาการทางจิตคงที่อย่างน้อย 1 เดือน

<p>เครื่องมือในการเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย</li> <li>2. แบบประเมินอาการในระยะแรก (Early Signs Scale.ESS) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยเบิร์ชวูดและคณะ (Birchwood et al.,1989)เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4ระดับกำหนดคะแนนเป็น 0 - 3 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในระยะแรกก่อนมีอาการก่อนมีอาการกลับเป็นซ้ำจำนวน 34 ข้อ ผู้วิจัยได้แปลเครื่องมือ Early Signs Scale เป็นภาษาไทยด้วยเทคนิค Back Translation และนำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน หลังจากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปหาความเที่ยงตรง(Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มประชากรจำนวน 30 รายและ 100 รายตามลำดับ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช <math>r = 0.91, 0.88</math></li> <li>3. แบบสอบถามการได้รับสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถาม ซึ่งสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2537) ได้พัฒนาและปรับปรุงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของแบรนท์และไวเนอร์ท</li> <li>4. แบบประเมินการจัดการอาการด้วยตนเอง (The Symptom Management Assessment Tool or SMST)ซึ่งพัฒนาโดยเมอร์ฟีและมอลเลอร์ (Murphy &amp; Moller, 1993)และเคนเนดี้และคณะ (Kennedy et al., 2000)</li> </ol>
<p>วิธีดำเนินการ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ติดต่อขอพบหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยในหน่วยงานโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์การทำวิจัย</li> <li>2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยศึกษาจากแฟ้มประวัติและประสานงานกับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อช่วยคัดกรองผู้ป่วยก่อนการสัมภาษณ์</li> <li>3. แนะนำตัวกับผู้ป่วยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในกานทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์โดยอ่านข้อความในแบบประเมิน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 50 - 60 นาที</li> </ol>

<p>ผลการวิจัย</p>	<p>1. การรับรู้อาการนำ การสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการนำของโรคโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ .58 ซึ่งต่ำกว่าค่าครึ่งของคะแนนที่เป็นไปได้คือ 1.5 คะแนน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการนำที่เกิดในระดับค่อนข้างต่ำ</li> <li>- การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 4.78 ซึ่ง สูงกว่าค่ากึ่งกลางของคะแนนที่เป็นไปได้คือ 4 คะแนน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมไปในระดับค่อนข้างมาก</li> <li>- การใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 1.20 ซึ่งต่ำกว่าค่ากึ่งกลางของคะแนนที่เป็นไปได้คือ 2 คะแนน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยตนเองในระดับค่อนข้างน้อย</li> </ul> <p>2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำของโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเอง พบว่าการรับรู้อาการนำของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (<math>r = .384</math>) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 (<math>r=.289</math>)</p> <p>3. อำนาจการทำนายของการรับรู้อาการนำของโรคและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ ร้อยละ 29.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p>
<p>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก</p>	<p>การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำของโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินอาการนำ (Early Signs Scale.ESS)ซึ่งพัฒนาขึ้น โดยเบิร์ชวูดและคณะ (Birchwood et al.,1989)มาใช้ในการประเมินอาการนำในผู้ป่วยจิตเภท และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาว่ามีเครื่องมืออะไรที่สามารถประเมินอาการนำได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด</p>

<p>ความมีคุณค่าในเชิง ศาสตร์</p>	<p>งานวิจัยนี้มีการออกแบบงานวิจัยได้เหมาะสมกับคำถามการวิจัยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยทุกตัวแปรวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล</p>
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ ได้ในการปฏิบัติ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) พบว่าการศึกษานี้ได้พัฒนาเครื่องมือที่มีผู้สร้างไว้แล้ว และนำมาปรับปรุงเป็นภาษาไทยและยืนยันว่าใช้ได้เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือและมีความเที่ยงตรงน่าจะนำมาปรับปรุงเป็นเครื่องมือมาตรฐานและนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลศรีธัญญาได้</li> <li>2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง ( Feasibility of Implementation) พิจารณาแล้วพบว่าน่าจะนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้แต่อาจต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้มีแรงจูงใจและมีทักษะในการประเมินเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยประเมินอาการนำก่อนข้างต่ำอาจเนื่องจากยังขาดความตระหนักในอาการนำของตนเอง</li> <li>3. ความคุ้มทุน คำนวณประโยชน์ (Cost- benefit ratio) เมื่อนำไปใช้พิจารณาแล้วพบว่า เกิดประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการรักษาเพราะการประเมินอาการนำได้ เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา มีประโยชน์คุ้มเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในการพัฒนาเครื่องมือ</li> </ol>
<p>สรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<p>จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เครื่องมือมีคุณภาพดี โดย ผู้วิจัยได้แปลเครื่องมือ Early Signs Scale เป็นภาษาไทยด้วยเทคนิค Back Translation และนำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน หลังจากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปหาความเที่ยงตรง (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มประชากรจำนวน 30 รายและ 100 รายตามลำดับ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช <math>r = 0.91, 0.88</math> ดังนั้นน่าจะนำเครื่องมือนี้ไปใช้ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองต่อไปได้ รวมทั้งพัฒนาเครื่องมืออย่างต่อเนื่องในการพัฒนาการแปรผลว่าจะแนะนำอะไรจึงจะถือว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการนำคะแนขนาดไหนถือว่าอาการกำเริบ</p>

**เรื่องที่ 7**

**ชื่อเรื่อง Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: A review of the literature**

ผู้แต่ง Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. (2004)

แหล่งตีพิมพ์ *Journal of Mental Health Nursing*, 13, 107–116.

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Review the literature /Level VII
วัตถุประสงค์การวิจัย	ศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้อาการนำของผู้ป่วยจิตเวช
Setting งานวิจัย	-
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	สืบค้นจาก Medline and Cinahl databases ค.ศ. 1980-2002 ไม่รายงานวิธีการสืบค้นงานวิจัย คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ schizophrenia in combination with relapse, relapse prevention, prodrome, prodromal symptoms, early warning signs, early recognition, and early intervention.
วิธีการดำเนินการ	อ่านงานวิจัยแต่ละเรื่องและนำมาสรุปเป็นความเรียงเกี่ยวกับกระบวนการของการกำเริบซ้ำ ลักษณะอาการนำการรับรู้ อาการนำ การทำนายอาการกำเริบซ้ำจากอาการนำ ผลการวิจัยเกี่ยวกับการประเมินอาการนำและการบำบัดในระยะเริ่มแรก
ผลการวิจัย	จากคำถามการศึกษาว่าผู้ป่วยสามารถรับรู้อาการนำหรือไม่ และการบำบัดระยะแรกเมื่อเกิดอาการนำสามารถป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้หรือไม่  1.กระบวนการของการกำเริบซ้ำ(Psychotic relapse) ตามกระบวนการ The vulnerability-stress-coping model ปัจจัยที่ 1 ด้านพันธุกรรม ปัจจัยที่ 2 คือความเครียด

ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>ปัจจัยที่ 3 คือความสามารถในการเผชิญปัญหา ทักษะในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย. ปัจจัยที่ 4 คือปัจจัยปกป้องที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะช่วยเป็นกันชนต่อต้านความเครียด เมื่อเริ่มเกิดอาการทางจิต การป้องกันอาการกำเริบสามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น เพิ่มยาที่ใช้ในการบำบัด ลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหา และส่งเสริมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอาการกำเริบ . (Baker 1995; Boker et al . 1989; Carr 1988; Cohen &amp; Berk 1985; Falloon 1987; Holmes et al. 1994; McCandless-Glimcher et1986; Murphy &amp; Moller 1993; Westacott 1995).</p> <p>2. อาการนำ</p> <p>ความหมายอาการนำ ประสบการณ์, ความคิด, และพฤติกรรมของผู้ป่วยจะเกิดในระยะเวลาที่อาการทางจิตกลับเป็นซ้ำ (Heinrichs &amp; Carpenter 1985; Herz &amp; Melville 1980).</p> <p>จากการศึกษาของ Heinrichs and Carpenter (1985) จากการศึกษาไปข้างหน้าผู้บำบัดพบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบอาการนำ 32 อาการ อาการที่พบบ่อย 10 อาการ คือ ประสาทหลอน (53 %) ช่างสงสัย(43 %) การเปลี่ยนแปลงการนอน (43 %) วิตกกังวล(38 %) การรู้คิดเสื่อมถอย(26 %) โกรธ/ก้าวร้าว (23 %) อาการทางกาย (21 %) คิดหลงผิด(17 %) พฤติกรรมไม่เหมาะสม (17 %)และซึมเศร้า (17 %).</p> <p>การศึกษานี้พบทั้งมีอาการทางจิตและไม่มีอาการทางจิตพบว่าอาการทางจิตมากกว่าไม่มีอาการทางจิตซึ่งต่างจากการศึกษาของ Herz &amp; Melville (1980) ซึ่งศึกษา retrospective พบไม่ใช่อาการทางจิตมากกว่ามีอาการทางจิต และ ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีอาการนำที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว specific idiosyncratic behaviours ซึ่งมักจะพบทุกครั้งก่อนอาการกำเริบซ้ำซึ่ง ไม่สามารถประเมินได้จากเครื่องมือ</p>
------------------	---

<p>ผลการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>ประเมินอาการนำมาตรฐาน ควรให้ความสำคัญในการประเมิน เช่นเดียวกับอาการนำทั่ว ๆ ไป (early warning signs)ซึ่งสามารถประเมินได้จากเครื่องมือประเมินมาตรฐาน และการประเมินอาการนำที่เป็นลักษณะ จะใช้วิธีการสัมภาษณ์ (Bustillo et al., 1995; Campo &amp; Merckelbach, 1996; Herz &amp; Lamberti, 1995; Norman &amp; Malla, 1995 ; Birchwood et al., 1992; Birchwood, 1992)).</p> <p>3.การตระหนักรู้อาการนำ (RECOGNITION OF EARLY WARNING SIGN) บุคคลควรรู้อาการนำของตนเองและระยะเวลาระหว่างอาการนำ และอาการกำเริบซ้ำเพื่อให้สามารถให้การบำบัดตั้งแต้อาการนำเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้</p> <p>-จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วย 145 คน และสมาชิกในครอบครัว 80 คน retrospective พบว่าผู้ป่วย 70 % และสมาชิกครอบครัว 93 คน สามารถระบุอาการนำหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง ได้ 1 หรือมากกว่า 1 อาการ (Herz &amp; Melville , 1980 ขณะที่การศึกษาของ Kumaret ,al. (1989)ศึกษา retrospective พบว่าผู้ป่วย 86 % สามารถระบุอาการนำหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง ได้ 1 หรือมากกว่า 1 อาการ แต่การศึกษาของ Heinrichs et al (1985) พบผู้ป่วยสามารถระบุอาการนำ 63 %.</p> <p>4. การประเมินอาการนำจะประเมินได้ถูกต้องมากขึ้น ถ้ามีผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยร่วมประเมินด้วย เช่น the family or other members of the social network, and the care providers.(Carpenter &amp; Heinrichs 1983).</p> <p>5. การรายงานระยะเวลาห่างตั้งแต่เริ่มมีอาการนำและอาการกำเริบซ้ำจะแตกต่างกันมาก เช่นการศึกษาของ Herz &amp; Melville (1980) พบว่า ผู้ป่วยและ ครอบครัว รายงานระยะห่างระหว่างอาการนำและอาการกำเริบ น้อยกว่า 1 วัน 7-11%, 1 วันถึง 7 วัน 16 – 24 % มากกว่า 7 วัน ถึงมากกว่า 1</p>
-------------------------	--

ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>เดือน 50 –68 %</p> <p>6.ความสามารถของอาการนำในการทำนายอาการกำเริบซ้ำแตกต่างกันมากระหว่างการวิจัยที่ต่างกัน</p> <p>Sensitivity ตั้งแต่ 8 %- 81 % แต่ส่วนใหญ่สูงกว่า 50 %</p> <p>Specificity 60-93 % ที่ผลการศึกษาดังกล่าวต่างกันมากอาจเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนน้อย วิธีการเก็บข้อมูลต่างกัน บางการศึกษาใช้วิธีการศึกษาไปข้างหน้า บางการศึกษาใช้วิธีการศึกษา ย้อนหลัง (Gaebel et al., 1993; Jorgensen ,1998)</p> <p>7.การประเมินอาการนำ และการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง และควรเป็นการบำบัดแบบ a structural imbedding within the helping relationship</p>
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	<p>ผลการทบทวนงานวิจัยนี้ตอบคำถามทางคลินิกได้หลายประเด็น เช่น กระบวนการกำเริบซ้ำ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของอาการกำเริบซ้ำ ลักษณะของอาการกำเริบซ้ำ การตระหนักรู้ในอาการกำเริบซ้ำ การประเมินอาการนำ ช่วงระยะเวลา ระหว่างอาการนำจนเกิดอาการกำเริบซ้ำ</p>
การมีความหมายหรือการมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	<p>งานวิจัยนี้มีวิธีการดำเนินการวิจัยเหมาะสมกับรูปแบบการวิจัย คือ Review the literature</p>
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	<p>1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ผลการศึกษานี้ในประเด็นต่างๆที่มีประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางในการประเมินอาการนำ การใช้เครื่องมือและตระหนักถึงความแตกต่างในเรื่องของเวลาในการเกิดอาการกำเริบซ้ำ</p> <p>2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พิจารณาแล้วพบว่า การนำข้อค้นพบจากการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนโปรแกรมการ</p>

<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ (ต่อ)</p>	<p>บำบัดเพื่อส่งเสริมการประเมินอาการนำมีความเป็นไปได้ ผู้บริหารหน่วยงานให้การสนับสนุน</p> <p>3. ความคุ้มทุน คุ่มประโยชน์ (Cost- benefit ratio) เมื่อนำไปใช้ พิจารณาแล้วพบว่า มีความคุ้มทุนที่จะนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ เสียค่าใช้จ่ายไม่มากนักในการพัฒนาโปรแกรมแต่อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในด้านกำลังคนและเวลาในการทดสอบโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นแต่ก็มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเพราะจะเป็นโปรแกรมหนึ่งที่ช่วยป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้</p>
<p>สรุปเพื่อการนำไปใช้</p>	<p>1. ความหมายอาการนำ ประสบการณ์, ความคิด, และพฤติกรรมของผู้ป่วยจะเกิดในระยะเวลาที่อาการทางจิตกลับเป็นซ้ำ (Heinrichs &amp; Carpenter 1985; Herz &amp; Melville 1980).</p> <p>2. ลักษณะอาการนำที่พบบ่อย 10 อาการ คือประสาทหลอน ช่างสงสัย การเปลี่ยนแปลงการนอน วิตกกังวล การรู้คิดเสื่อมถอย โกรธ/ก้าวร้าว อาการทางกาย คิดหลงผิด พฤติกรรมไม่เหมาะสมและซึมเศร้า การศึกษาครั้งนี้พบทั้งมีอาการทางจิตและไม่มีอาการทางจิต</p> <p>3. ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีอาการนำที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว specific idiosyncratic behaviours ซึ่งมักจะพบทุกครั้งก่อนอาการกำเริบซ้ำซึ่งไม่สามารถประเมินได้จากเครื่องมือประเมินอาการนำมาตรฐาน</p> <p>4. การตระหนักรู้อาการนำ( RECOGNITION OF EARLY WARNING SIGN)</p> <p>- (Herz and Melville ,1980) จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วย 145 คน และสมาชิกในครอบครัว 80 คน retrospective พบว่าผู้ป่วย 70 % และสมาชิกครอบครัว 93 % สามารถระบุอาการนำหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง ได้ 1 หรือมากกว่า 1 อาการ</p>

สรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	<p>5.ระยะเวลาระหว่างตั้งแต่เริ่มมีอาการนำและอาการกำเริบซ้ำของแต่ละบุคคลต่างกัน</p> <p>6.ความสามารถของอาการนำในการทำนายอาการกำเริบซ้ำแตกต่างกันระหว่างการวิจัยที่มีวิธีการเก็บข้อมูลแตกต่างกัน</p> <p>7.การประเมินอาการนำ และการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง และควรเป็นการบำบัดแบบ a structural imbedding within the helping relationship.</p>
------------------------	---

**เรื่องที่ 8**

**ชื่อเรื่อง Revisiting the relapse predictive validity of prodromal symptoms in schizophrenia.**

ผู้วิจัย Gaebel, W., & Riesbeck, M. (2007).

แหล่งตีพิมพ์ *Schizophrenia Research*, 95, 19–29.

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของงานวิจัย	Prospective cohort study/ Level IV
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาอาการนำสามารถทำนายอาการกำเริบได้หรือไม่ - โดยศึกษาข้อมูล secondary data จากการศึกษาของ Pietzcker et al (1993) กลุ่มตัวอย่าง 339 คน แบ่งเข้า รับการบำบัด 3รูปแบบศึกษาระยะเวลา 2 ปี
Settingงานวิจัย	Setting แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 4 แห่ง
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ใน งานวิจัย	- ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภท อายุ 18-55ปี มีอาการคงที่อย่างน้อย 3 เดือน เกณฑ์คัดผู้ป่วยออกคือผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคทางสมอง ใช้สุราและยาเสพติดมีประวัติปัญญาอ่อน มาตัวตายและทำผิดกฎหมายรุนแรง เป็นชาย 46.3% อายุเฉลี่ย 43.8 คน ป่วยเฉลี่ย 7.2 ปี ระยะเวลาเกือบ หนึ่งในสามเป็นผู้ป่วยครั้งแรก drop-out หลังเข้าร่วมงานวิจัย 181คน (53.4%)
เครื่องมือในการเก็บ ข้อมูล	- เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการนำใช้list of prodromal symptoms based on “Early Symptom Questionnaire: ESQ ของ Herz & Melville 1980 ในการศึกษาคั้งนี้ประเมินการให้ค่าคะแนน(0= ไม่มีอาการ, 1= มีอาการ) โดยเครื่องมือมี 2 ส่วน 1. อาการนำทั่วไป(six general prodromal symptoms) ผู้ป่วยทุกคนจะได้ประเมินใน 6 หัวข้อต่อไปนี้ คือ 1.ตื่นเครียดวิตกกังวล 2. ซึมเศร้า3. มีปัญหาการนอน 4. กระวนกระวาย 5. ขาดสมาธิ

<p>เครื่องมือในการเก็บข้อมูล (ต่อ)</p>	<p>6. เบื่อหน่ายไม่สนใจอะไร</p> <p>2. เลือกประเมิน 3 ใน 16 อาการ ของผู้ป่วยแต่ละคน ตามที่ถูกระบุให้ประเมินได้แก่ แยกตัว รู้สึกไม่มีความสุข รู้สึกว่าถูกหัวเราะเยาะหรือถูกสังเกต เบื่ออาหาร สนใจในศาสนามากกว่าปกติ ลดความสนใจในสิ่งแวดล้อม เหม่อลอย ผื่นร้าย หลงลืม รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า, กลัวเป็นบ้า, หูแว่ว รู้สึกเหมือนถูกควบคุม หลงผิด ไม่สนใจรูปร่างหน้าตา วัตถุประสงค์การได้ยื่นเสียง</p> <p>-การประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำหรือไม่ประเมินจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อาการกำเริบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</li> <li>2. ประเมินจากอาการทางจิต(Psychopathology) วัดโดย BPRS <math>\geq 10</math></li> <li>3. ประเมินจากการปรับตัวทางจิตสังคม (psychosocial adjustment) วัดโดย CGI_change <math>\geq 6</math></li> <li>4. ประเมินจากความรุนแรงของโรค(changes in illness severity) GAS decrease <math>\geq 20</math></li> </ol>
<p>วิธีดำเนินการ</p>	<p>จากการศึกษาของ Pietzcker et al 1993 กลุ่มตัวอย่าง 363 คน แต่การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 339 คน แบ่งเข้า รับการบำบัด 3 รูปแบบคือ</p> <p>กลุ่ม 1 maintenance treatment 111คน, 32.7 %</p> <p>กลุ่ม 2 early intervention based on prodromal symptom 120 คน 35.4%</p> <p>กลุ่ม 3 crisis intervention 108 คน 31.9 % ให้การบำบัดด้วยยาเมื่อมีอาการ relapse</p> <p>ผลการศึกษากลุ่ม maintenance treatment relapse 23 % early intervention relapse 49 %e crisis intervention relapse 63% โดยผู้ป่วย 153 คน มีอาการ relapse (45.1% ของ339คน) ใน 2 ปี มี relapse รวม 227 ครั้ง (3.9 % ของการเยี่ยม 5861 ครั้ง) การประเมินอาการ นำครั้งสุดท้าย ก่อนที่จะเกิดอาการกำเริบซ้ำ</p>

<p>วิธีดำเนินการ (ต่อ)</p>	<p>กระบวนการประเมิน ในช่วงแรกกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินทุก 2 สัปดาห์และเมื่อ อาการคงที่จะถูกประเมินทุก 4 สัปดาห์ ศึกษาเฉพาะ ข้อมูล Prodromal scale การสังเกต หรือได้รับการเยี่ยม 5861 ครั้ง เฉลี่ย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินตลอด 2 ปีได้รับการประเมิน คนละ ประมาณ 17.2 ครั้ง ห่างกันประมาณครั้งละ 28.1 วัน</p>
<p>ผลการวิจัย</p>	<p>1. ผลการศึกษา ผลการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำเฉลี่ย 28.1 วันก่อนอาการกำเริบ</p> <p>1. ความไว (sensitivity)ของอาการนำแต่ละข้อ ใน 6 ข้อแรกอยู่ระหว่าง 23-39 %</p> <p>2. ความเฉพาะเจาะจง (specificity) ของอาการนำแต่ละข้อ ใน 6 ข้อแรกอยู่ระหว่าง 69-80 %</p> <p>3. ความไว (sensitivity)ของอาการนำรวมคะแนนทั้งฉบับ (over all prodrome score:OPS)= 72%</p> <p>4. ความเฉพาะเจาะจง (specificity) ของอาการนำรวมคะแนนทั้งฉบับ (OPS) = 38 %</p> <p>5. การศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการประเมินพบว่า ถ้าประเมิน ภายใน 21 วันความไว(sensitivity)80 % แต่ถ้าประเมินนานกว่า 21 วันความไว (sensitivity) 65%</p> <p>6. การประเมินอาการทางจิต (psychopathology) วัด โดย BPRS พบว่า อาการวัดอาการซึมเศร้าสามารถทำนายอาการกำเริบซ้ำได้ (OR=0.67,p=0.04) อาการสงสัย(suspiciousness OR=0.59,p=0.02) พฤติกรรมเชื่องช้า( motor retardation OR=0.68,p=0.03)</p> <p>7. การเปลี่ยนแปลง ปรับตัวทางจิตสังคม (psychosocial adjustment) วัด โดย CGI ประเมิน โดย CGI_change &gt; = 6 ค่า OR= 01.4.68, p = 0.03</p> <p>8. จากค่า% ความไว (sensitivity) ของอาการนำแต่ละข้อมีค่าต่ำอยู่ระหว่าง 23-39 % ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในการใช้อาการนำเพียงข้อใดข้อหนึ่งมาใช้ในการทำนายอาการกำเริบซ้ำ</p>

<p>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก</p>	<p>- ประเด็นปัญหาทางคลินิกการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ การศึกษานี้สามารถระบุค่าความไวและค่าความจำเพาะซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการพิจารณาในการใช้เครื่องมือในการประเมินต่อไป</p>
<p>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์</p>	<p>- ชื่อเรื่องมีความชัดเจนบอกวัตถุประสงค์ บอกกลุ่มตัวอย่างชัดเจน - แต่การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูล Secondary data จากงานวิจัยเชิงทดลอง</p> <p>ผลของการเข้าร่วมการบำบัดที่ต่างกันอาจมีผลต่อการรับรู้อาการนำและการเกิดอาการกำเริบซ้ำต่างกัน นอกจากนั้นยังมีการปรับค่าให้คะแนนเครื่องมือประเมินอาการนำจากการประเมินแบบ rating scale ไปเป็น dichotomous</p> <p>- <u>ข้อจำกัดของการศึกษานี้</u> เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัด 3 รูปแบบ จากการประเมินอาการนำ 5861 ครั้ง พบอาการกำเริบซ้ำเพียง 5 % จึงพบ true positive ประมาณ 30 % ซึ่งถือว่ามีความไวต่ำ</p>
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) พบว่าการศึกษานี้ศึกษาถึงการปรับประเมินอย่างต่อเนื่องในการบำบัดซึ่งใช้เวลาเฉลี่ย 28 วันในทางปฏิบัติอาจเป็นไปได้ถ้ามีการประเมินและติดตามผลการประเมินที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือในชุมชน</li> <li>2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พิจารณาแล้วพบว่า พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการบำบัดเพื่อส่งเสริมอาการนำและการบำบัดระยะเริ่มแรกได้ ถ้ามีการเตรียมความพร้อมในเรื่องโปรแกรมการบำบัด พัฒนาผู้บำบัดให้มีความสามารถทั้งการส่งเสริมการประเมินอาการนำ และเลือกรูปแบบการป้องกันอาการกำเริบซ้ำที่เหมาะสม รวมทั้งต้องพิจารณาใช้เครื่องมืออื่นที่ช่วยให้ระบุอาการนำและอาการกำเริบซ้ำเพิ่มขึ้น</li> <li>3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ (Cost - benefit ratio) เมื่อนำไปใช้พิจารณาแล้วพบว่า มีความคุ้มค่าคุ้มทุนเนื่องจากใช้ค่าใช้จ่ายน้อย ถึงแม้จะต้องใช้เวลาในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงานต่อไปก็ตาม</li> </ol>

<p>สรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การใช้เครื่องมือประเมินอาการนำพร้อมกับการให้การบำบัดเมื่อมีอาการนำจะพบผล false positive ได้ เนื่องจากผลของการบำบัดด้วยยา หลังจากหยุดยาหรือบำบัดด้วยยาเพิ่มขึ้นในรายที่ยังคงให้ยาอยู่หลังมีอาการนำ ทำให้อาการกำเริบลดลงและผลจากการเชื่อม 5861 ครั้ง หลังการเชื่อมพบอาการกำเริบซ้ำ 5 % ทำให้เกิด false positive และค่า sensitivity ต่ำ</li> <li>2. การประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการซ้ำกำเริบอาจมีวิธีประเมินได้หลายวิธี เช่น             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. วัดอาการทางจิต (psychopathology) วัดโดย BPRS <math>\geq 10</math></li> <li>2. วัดการปรับตัวทางจิตสังคม (psychosocial adjustment) วัดโดย CGI change <math>\geq 6</math></li> <li>3. วัดความรุนแรงของโรค (changes in illness severity) GAS decrease <math>\geq 20</math></li> </ol> </li> <li>3. ค่าความไวของเครื่องมือจะดีขึ้นถ้าใช้เครื่องมือทั้งฉบับไม่สามารถใช้ข้อใดข้อหนึ่งในการประเมิน โดยเฉพาะประเมินว่ามีอาการเหล่านี้หรือไม่ เพราะผู้ป่วยอาจมีอาการที่ยังคงหลงเหลืออยู่แล้ว (residual symptom) จากข้อมูลที่ว่า             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จากค่า % ความไว (sensitivity) ของอาการนำแต่ละข้อมีค่าต่ำอยู่ระหว่าง 23-39% ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในการใช้อาการนำเพียงข้อใดข้อหนึ่งมาใช้ในการทำนายอาการกำเริบซ้ำ</li> <li>2. ความเฉพาะเจาะจง (specificity) ของอาการนำแต่ละข้อ ใน 6 ข้อแรกอยู่ระหว่าง 69-80</li> <li>3. ความไว (sensitivity) ของอาการนำรวมคะแนนทั้งฉบับ (over all prodrome score: OPS) = 72%</li> </ol> </li> </ol>
-------------------------	---

**เรื่องที่ 9**

**ชื่อเรื่อง** ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภท และญาติในการรับรู้อาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบ.

ผู้วิจัย สมชาย ต้นศิริสิทธิกุล, ศุภกนิษฐ์ พลไพลิน, วันชา สร้างเขตต์, ณัฐกานต์ ใจบุญ และ นุชนารถ ชัยเจริญ. (2551).

แหล่งตีพิมพ์ วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 9(2), 17-26.

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของงานวิจัย	descriptive study / level VI
วัตถุประสงค์การ วิจัย	เพื่อศึกษาการรายงาน ชนิดและความถี่ของอาการเตือนในผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างที่มีอาการเลวลง เสื่อมถอย (deterioration)
Settingงานวิจัย	แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา เก็บข้อมูลระหว่าง พฤษภาคม- มิถุนายน 2551
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในงานวิจัย	ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท 20 คน ญาติ 20คน ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นschizophrenia paranoid type 11 คน Schizophrenia undifferentiated 9 คนเกณฑ์คัดเข้า 1. ต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคร่วม ทางจิตเวชและปัญญาอ่อน2. เคยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน 3.มีญาติ ดูแลอย่างน้อย 1 เดือน 4. เข้ารับการรักษาเนื่องจากอาการทางจิตกำเริบ 5. คะแนน BPRS อยู่ในระดับน้อย (18-36) และปานกลาง (37-89) BPRS ของ กลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 18-39 -ญาติ 20 คน เป็นเพศหญิงและชายเท่ากัน ส่วนใหญ่เป็นพี่น้องและให้การ ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วย
เครื่องมือในการ เก็บข้อมูล	1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2 ข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับลักษณะอาการเตือนที่เกิดขึ้น 3. ข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการเตือนของผู้ป่วยและ ญาติ

<p>วิธีดำเนินการ</p>	<p>ผู้ประเมินอาการเตือนและวิธีการจัดการอาการเตือน คือพยาบาลประจำเตียงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษ เข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัยและได้รับการชี้แจง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อคำถามแต่ละข้อ</p> <p>ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้ลักษณะอาการเตือน วิธีการจัดการกับอาการเตือน นำมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่แยกเป็นข้อมูลด้านผู้ป่วยและข้อมูลของญาติ</p>
<p>ผลการวิจัย</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วย 15 ราย (75 %) รับรู้อาการเตือนของตนเองได้ มี 5 คน (25 %) ไม่สามารถบอกอาการเตือนของตนเองได้ เป็นผู้ป่วยที่ปฏิเสธความเจ็บป่วย (lack of insight) ทั้ง 5 ราย</li> <li>2. ญาติผู้ป่วย 19 ราย (95 %) รับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยได้ มี 1 คน (5 %) ไม่สามารถบอกอาการเตือนของผู้ป่วยได้ มองว่าอาการของผู้ป่วยเหมือนเดิมตั้งแต่ป่วย</li> <li>3. ลักษณะอาการเตือนผู้ป่วยรับรู้ ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ปัญหาการนอน (หลับยาก ไม่หลับเป็นบางครั้ง ไม่หลับทั้งคืน หลับมาก) การพูด พูดและ พูดประชด ยิ้มคนเดียว หัวเราะ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ออกไปไหนต่อไหน คำที่ ชอบหยิบของคนอื่น ทำลายของ และ ลักษณะอาการเตือนที่ญาติรับรู้ ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ปัญหาการนอน (นอนกลางวัน ตื่นกลางคืน หลับ ๆ ตื่น ๆ ไม่นอนเลย) การพูด พูดไม่รู้เรื่อง พูดคนเดียว พูดมาก พูดขกซ้อน หัวเราะคนเดียว เฉยเมยไม่สนใจงานที่เคย ไม่อาบน้ำ ชอบอยู่คนเดียว หลงลืมทำกิจกรรมซ้ำ ๆ เดินไปทั่ว ตาขวาง โวยวาย เปิดวิทยุเสียงดัง สูบยาเส้นมากขึ้น เอาหินทุบหัวตัวเอง</li> <li>4. ลักษณะอาการเตือนผู้ป่วยรับรู้ ด้านความรู้สึก ได้แก่ เครียด อารมณ์เสีง่าย หงุดหงิด โกรธง่าย ใจคอไม่นิ่ง อยากอยู่คนเดียว และ ลักษณะอาการเตือนที่ญาติรับรู้ ด้านความรู้สึก ได้แก่ หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว</li> <li>5. ลักษณะอาการเตือนผู้ป่วยรับรู้ ด้านความคิด การรับรู้ ได้แก่ กลัวคนทำร้าย คนอื่นไว้ใจไม่ได้ มีอีกคนอยู่ในตัว เห็นพ่อที่</li> </ol>

ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>หน้าต่างนอกห้อง ได้ยินเสียงความคิดคนอื่น และ ลักษณะอาการเดือนที่ญาติรับรู้ ด้านความความคิด การรับรู้ ได้แก่ระแวงคนเอาของในร้าน มีคนจะมาทำร้าย คิดว่าลูกตายแล้ว คิดทำหลายเรื่องแต่ไม่ลงมือทำ เชื่อเรื่องไสยศาสตร์มากผิดปกติ คิดว่าตนเองเหนือผู้อื่น กลัวคนมาตัดผม คิดว่าแม่เป็นคนปลอม</p> <p>6. จากข้อ 3 ถึงข้อ5 จะเห็นได้ว่าทั้งผู้ป่วยและญาติบางคนรับรู้อาการได้เหมือนกันแต่ใช้คำพูดต่างกัน เช่นผู้ป่วยบอกว่าตนเอง หลับยาก ไม่หลับเป็นบางครั้ง ไม่หลับทั้งคืน หลับมาก ญาติมองเห็นว่า ผู้ป่วยนอนกลางวัน ตื่นกลางคืน หลับ ๆ ตื่น ๆ ไม่นอนเลย เป็นต้น</p> <p>7. ผู้ป่วยและญาติจะรายงานทั้งอาการเดือนในลักษณะ ที่ไม่ใช่อาการทางจิตเช่นความไม่สุขสบาย นอนไม่หลับ หงุดหงิด และรับรู้อาการเดือนแบบอาการทางจิตเช่น หวาดระแวง หัวเราะคนเดียว พูดคนเดียว นูแ่ว เป็นต้น</p> <p>8. จะเห็นได้ว่าญาติรับรู้อาการเดือนได้มากกว่าผู้ป่วย (ผู้ป่วย 15 คน ญาติ 19 คน) และรับรู้ได้เร็วกว่าผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้อาการเดือนภายใน 1 สัปดาห์ก่อนอาการกำเริบ หรือน้อยกว่า 8 คน (54%) และระบุไม่ได้ 3 คน(20%) และมากกว่า 4 สัปดาห์ 3 คน (20%) ขณะที่ญาติสามารถ ระบุอาการเดือนได้ภายใน 1 สัปดาห์ก่อนอาการกำเริบ 9 คน (47 %) ภายใน 2 สัปดาห์ 4 คน (21 %) และมากกว่า 4 สัปดาห์ 6 คน (32 %)</p>
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	<p>-เป็นการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการรับรู้อาการเดือนก่อนอาการทางจิตกำเริบการศึกษานี้เป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยจิตเภทและญาติส่วนใหญ่สามารถรับรู้อาการเดือน</p>
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	<p>-ชื่อเรื่องมีความชัดเจนบอกวัตถุประสงค์ บอกกลุ่มตัวอย่างและสถานที่ทำวิจัย</p> <p>- ผู้ทำวิจัยเป็นจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชตรงกับสาขาที่ทำวิจัย</p> <p>- เลือกรูปแบบการวิจัยเหมาะกับคำถามงานวิจัย ผลงานวิจัยสามารถตอบคำถามการวิจัยได้</p>

<p>การมีความหมาย หรือมีคุณค่าในเชิง ศาสตร์ (ต่อ)</p>	<p>-มีการระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยได้</p>
<p>แนวโน้มนที่จะ นำไปใช้ได้ในการ ปฏิบัติ</p>	<p>1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) พบว่า การศึกษาเป็นการศึกษาเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้อาการนำหรือไม่และอาการนำมีอะไรบ้าง และผู้ป่วยและญาติมีวิธีการเมื่อมีอาการนำอย่างไร ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลมาปรับใช้ในการส่งเสริมการรับรู้อาการนำของผู้ป่วยและญาติได้</p> <p>2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พิจารณาแล้วพบว่า พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้มาวิเคราะห์และนำมาปรับใช้ในการวางแผนการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ หน่วยงานสนับสนุนให้มีการพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น</p> <p>3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ (Cost-benefit ratio) เมื่อนำไปใช้ พิจารณาแล้วพบว่า มีความคุ้มค่าคุ้มทุนเนื่องจากใช้ค่าใช้จ่ายน้อย ถึงแม้จะต้องใช้เวลาในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงานต่อไปก็ตาม</p>
<p>สรุปเพื่อการ นำไปใช้</p>	<p>1. จะเห็นได้ว่าญาติรับรู้อาการเตือนได้มากกว่าผู้ป่วยกล่าวคือ ผู้ป่วย 15 คน (ร้อยละ 75 )สามารถรับรู้อาการนำของตนเอง ผู้ป่วย 5 คน (ร้อยละ 25) ไม่สามารถบอกได้โดยทั้ง 5 คนปฏิเสธการเจ็บป่วย ญาติผู้ป่วยสามารถระบุอาการเตือนของผู้ป่วยได้ 19 คน (ร้อยละ 95) ดังนั้นจึงควรให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินในอาการเตือนของผู้ป่วย</p> <p>2. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกอาการเตือนทั้งการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม อารมณ์และความคิดความรู้สึก ทั้งพฤติกรรม ทั้งที่ไม่ใช่อาการทางจิตเช่นความไม่สุขสบาย นอนไม่หลับ หงุดหงิด และรับรู้อาการเตือนแบบอาการทางจิตเช่น หวาดระแวง หัวเราะคนเดียว พูดคนเดียว หูแว่ว โดยทั้งผู้ป่วยและญาติรับรู้อาการได้เหมือนกันแต่ใช้คำพูดต่างกัน เช่น ผู้ป่วยบอกว่าตนเอง หลับยาก ไม่หลับเป็นบางครั้ง ไม่หลับทั้งคืน หลับมาก ญาติมองเห็นว่า ผู้ป่วยนอนกลางวัน ตื่นกลางคืน หลับ ๆ ตื่น ๆ ไม่นอนเลยได้ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา</p>

สรุปเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)	<p>3.เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยมากกว่า 50 % สังเกตอาการเตือนได้ก่อนอาการกำเริบซ้ำเพียง 1 สัปดาห์หรือไม่ถึง 1 สัปดาห์ ขณะที่ญาติสังเกตอาการเตือนได้ก่อนอาการกำเริบซ้ำเพียง 1 สัปดาห์ 47 % เช่นกัน และพบว่าผู้ป่วยและญาติบางส่วนยังมีวิธีการจัดการกับอาการเตือนไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ผู้ป่วยใช้วิธีทำร้ายตนเอง เดินไปเรื่อย ๆ ตะโกน พูดคนเดียว ขณะที่ญาติบางคนให้หยุดทำกิจกรรม แอบเอายานอนหลับให้กิน พาไปเที่ยว เป็นต้น ดังนั้นผลจากการศึกษานี้จึงแนะนำว่าควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักและเรียนรู้ถึงความสำคัญของการรับรู้ถึงอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบซ้ำให้เร็วขึ้นและมีทักษะในการจัดการกับอาการเตือนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น</p>
---------------------------	--

## เรื่องที่ 10

ชื่อเรื่อง การพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท.

ผู้วิจัย ปริญนันท์ สละสวัสดิ์และวัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์. (2552).

แหล่งตีพิมพ์ วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 3(2), 20-30.

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	descriptive study / level VI
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
Settingงานวิจัย	สถาบันจิตเวชสมเด็จพระเจ้าพระยา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 117 คนจัดเป็น 4 กลุ่มคือกลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไปจำนวน 40 คน กลุ่มที่ 2 ญาติผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน กลุ่มที่ 3 จิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 9 คนทั้ง 3 กลุ่มนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกจนได้ข้อมูลอิ่มตัว ส่วนกลุ่มที่ 4 ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชประกอบด้วยจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 48 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งพัฒนามาจากคำตอบของการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง
เครื่องมือในการเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์ ผู้ป่วย ญาติและจิตแพทย์</li> <li>แบบสอบถามอาการเตือนที่พบจากประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภท</li> </ol>
วิธีดำเนินการ	<p>การพัฒนาแบบคัดกรองใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มตัวอย่าง 117คน แบ่ง 3 รอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>รอบที่1 สัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับอาการนำ ผู้ป่วยจิตเวชเคยรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างน้อย 2 ครั้ง จำนวน 40 คน ญาติ 20 คนและจิตแพทย์ สถาบันจิตเวชสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 9 คน</li> <li>รอบที่2 และ 3 นำแบบสอบถามที่พัฒนาจากการสัมภาษณ์รอบที่ 1 ให้ผู้เชี่ยวชาญ 48 คนประกอบด้วยจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต</li> </ol>

<p>วิธีดำเนินการ (ต่อ)</p>	<p>ประเมินน้ำหนักความเป็นไปได้ของอาการเตือน เก็บข้อมูล -ตั้งแต่เดือน มิถุนายน2551- มกราคม2552</p> <p>1. การพัฒนารอบที่1 จาก แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สร้างจากการ ทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์ ผู้ป่วย ญาติและจิตแพทย์ สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง</p> <p>- ข้อคำถามสำหรับผู้ป่วยและญาติ 2 คำถาม</p> <p>1. คุณคิดว่าอาการเตือนคืออะไร</p> <p>2. ก่อนที่จะเข้ามารักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา คุณ ผู้ป่วยพบอาการเตือนอะไรบ้าง</p> <p>- ข้อคำถามจิตแพทย์ได้แก่ “ อาการเตือนคืออะไร ” “ ตาม ประสบการณ์ที่ท่านได้รักษาผู้ป่วยจิตเภท ท่านพบอาการเตือนของ การกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทมีอะไรบ้าง ”</p> <p>2. การพัฒนารอบที่ 2 การพัฒนาแบบคัดกรองรอบ 2 นำข้อมูลที่ได้ จากการสัมภาษณ์ มาจัดระบบความหมายของข้อความเป็นกลุ่ม ประเด็น (formulated means into cluster of themes) และนำมาเขียน เป็นข้อแบบมาตราส่วนประมาณค่าrating scales 5 ระดับ ให้ ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชตอบแบบสอบถามตามความเห็นและ ประสบการณ์ของแต่ละคน โดยให้น้ำหนักความเป็นไปได้ตามความ คิดเห็นและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล</p> <p>3. การพัฒนารอบที่ 3 นำคำตอบที่ได้จากการพัฒนาในรอบ 2 ที่ได้ แสดงค่า มัชยฐาน และค่า IR ของคำถามแต่ละข้อและตำแหน่งที่ ผู้ตอบในครั้งที่แล้วของตน เพื่อให้แต่ละคนทราบว่าตนเองตอบ แตกต่างจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางจิตทั้งหมดหรือไม่ อย่างไร และให้ประเมิน ค่าrating scales 5 ระดับ เช่นครั้งแรก และ ถ้าไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็นของคนส่วนใหญ่ให้แสดงความ คิดเห็นประกอบการประเมินค่าที่แตกต่างจากคนส่วนใหญ่ด้วย</p>
<p>ผลการวิจัย</p>	<p>ผู้ป่วยเพศหญิงและชายใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ย 40-49 ปี ส่วนใหญ่ โสด จบการศึกษาระดับประถม และส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ</p> <p>- ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมารดา รองลงมา คือสามีหรือภรรยา</p>

<p>ผลการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>จิตแพทย์ส่วนใหญ่เป็นชาย อายุระหว่าง 40-49 ปี ระยะเวลาทำงาน 10-19 ปี</p> <p>ผล</p> <p>ความหมายของอาการเตือน เป็นอาการที่ผิดปกติก่อนจะมีอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งไม่ใช่อาการทางจิตและไม่ได้เกิดขึ้นเพราะความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดสามารถจำแนกอาการเตือน เป็น 3 ด้าน</p> <p>คือ 1. ด้านพฤติกรรมเช่น ใต้แก่ นอนไม่หลับ ควบคุมการกระทำตนเองไม่ได้ มีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น ดื่มชากาแฟ สูบบุหรี่หรือดื่มสุรามากขึ้น</p> <p>2. ด้านอารมณ์เช่น ตึงเครียด วิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย</p> <p>3. ด้านความคิดการรับรู้ เช่น คิดหมกมุ่นในเรื่องบางเรื่อง มีอาการระแวง คิดว่าตนเองมีความพิเศษกว่าคนธรรมดา</p> <p>อาการเตือนที่สำคัญและพบได้มาก ของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ 1) นอนไม่หลับ 2) ควบคุมอาการของตนเองไม่ค่อยได้ 3) สนใจดูแลกิจวัตรประจำวันน้อยลงกว่าเดิม 4) พูดโต้ตอบหรือพูดคนเดียว</p> <p>5) แยกตัวออกอยู่ตามลำพัง 6) ก้าวร้าว วนเวียนทะเลาะกับคนอื่น 7) ตึงเครียด วิตกกังวล กลัว 8) ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ 9) รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า 10) หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย 11) คิดหมกมุ่นในเรื่องบางเรื่อง 12) มีอาการระแวง 13) คิดว่าตนเองมีความพิเศษกว่าคนธรรมดา</p> <p>ไม่สามารถบอกระยะเวลา จำนวนอาการกำเริบ และความเร็วที่จะเกิดการกลับป่วยซ้ำได้อย่างแน่นอน</p>
<p>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก</p>	<p>- การศึกษานี้มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินอาการนำ การศึกษานี้เป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยจิตเภท สามารถระบุอาการเตือนของตนเองได้และอาการเตือนที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภทไทย</p>

<p>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์</p>	<p>งานวิจัยนี้มีความน่าเชื่อถือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ผู้วิจัยเป็นนักปฏิบัติการพยาบาลที่มีความชำนาญมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลและทำงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช</li> <li>- แหล่งตีพิมพ์วารสารสมเด็จพระยามีความเหมาะสมในการตีพิมพ์งานวิจัยนี้</li> </ul> <p>คุณภาพงานวิจัย</p> <p>ชื่อเรื่องบอกตัวแปรที่สำคัญในการศึกษาชัดเจน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- งานวิจัยได้ระบุเหตุผลที่ทำให้ต้องทำการวิจัยไว้อย่างชัดเจนนั่นก็คือต้องการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเครื่องมือ - มีการระบุกลุ่มประชากรเป้าหมาย วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน งานวิจัยนี้ใช้เทคนิคเดลฟายในการพัฒนาแบบคัดกรองซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมวิธีหนึ่ง</li> </ul>
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) พบว่าการศึกษานี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือประเมินอาการนำ ซึ่งสามารถนำเครื่องมือนี้ไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานได้เนื่องจากลักษณะผู้ป่วยเหมือนกัน</li> <li>2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พิจารณาแล้วพบว่า พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้มาวิเคราะห์และนำมาปรับใช้ในการวางแผนการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ หน่วยงานสนับสนุนให้มีการพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ ที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพของการบริการผู้ป่วย</li> <li>3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ (Cost- benefit ratio) เมื่อนำไปใช้ พิจารณาแล้วพบว่า มีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการนำเครื่องมือนี้ไปใช้แต่ต้องพิจารณาในเรื่องเกณฑ์ในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีอาการนำหรือไม่ว่าควรให้เกณฑ์ตัดสินใจต่อไป</li> </ol>

<p>สรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<p>เป็นแบบคัดกรองที่พัฒนาเพื่อช่วยให้ บุคลากรทางการแพทย์และ ญาติหรือผู้ดูแลสามารถนำไปคัดกรองอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิด อาการกำเริบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>1. อาการเตือน หมายถึง อาการที่ผิดปกติก่อนจะมีอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งไม่ใช่อาการทางจิตที่ชัดเจน และไม่ได้เกิดขึ้นเพราะความผิดปกติ จากการใช้สารเสพติด</p> <p>2. ลักษณะของอาการเตือน สามารถระบุอาการเตือนได้ 13 อาการแบ่ง ได้เป็น 3 องค์กรประกอบ</p> <p>2.1 ด้านพฤติกรรมมี 6 อาการคือ 1. นอนไม่หลับ 2.ควบคุมอาการ ของตนเองไม่ค่อยได้สนใจดูแลกิจวัตรประจำวันน้อยลงกว่าเดิม 4. พุด โต่ตอหรือพูดคนเดียว 5. แยกตัวอยากอยู่ตามลำพัง 6.ก้าวร้าว วุ่นวาย ทะเลาะกับคนอื่นดังนี้</p> <p>2.2 ด้านอารมณ์ มี 4 อาการคือ 1. ตึงเครียด วิตกกังวล กลัว 2. ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ 3. รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า 4. หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่ายจำแนกอาการเตือน ความหมายของอาการเตือน เป็นอาการ ที่ผิดปกติก่อนจะมีอาการทางจิตกำเริบซึ่งไม่ใช่อาการทางจิตและไม่ได้ เกิดขึ้นเพราะความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดสามารถจำแนกอาการ เตือน</p> <p>2.3 ด้านความคิดการรับรู้มี 3 อาการคือ 1. คิดหมกมุ่นในเรื่อง บางเรื่อง 2. มีอาการระแวง 3. คิดว่าตนเองมีความพิเศษกว่าคนธรรมดา 3.การศึกษาครั้งนี้สามารถบอกได้เพียงอาการเตือนที่พบบ่อย ยังไม่ได้ หา cut-off point ในกลุ่มจิตเภท</p>
-------------------------	--

## เรื่องที่ 11

## ชื่อเรื่อง Recognition of early warning signs in patients with mental illness in Japan

ผู้วิจัย Koichi, R. &amp; Miyamoto, Y. (2009).

แหล่งตีพิมพ์ *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* , 16 857–859

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	qualitative study /level VI
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาการรายงาน ชนิดและความถี่ของอาการเตือนในผู้ป่วยจิตเวชระหว่างที่มีอาการเลวลง เสื่อมถอย (deterioration)
Settingงานวิจัย	ศูนย์ฟื้นฟูทางสังคม 40 ศูนย์ใน 8 จังหวัดประเทศญี่ปุ่น Community centre e.g. life-training center and welfare job center ทำการวิจัยในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคมปี 2004
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	เจ้าหน้าที่ ของศูนย์ฟื้นฟูทางสังคมในประเทศญี่ปุ่นได้คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย โดยคัดผู้ป่วยที่มีอาการเสื่อมถอย (psychotic deterioration) ออกจากจำนวนผู้ป่วย 246 คน ที่ถูกถามในการเข้าร่วมนี้การศึกษา มีผู้เซ็นยินยอมเข้าโครงการทั้งหมด 224คน เป็นผู้หญิง 64 คนและผู้ชาย 160 คน อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมคือ 44.7 ปี $\pm$ 12.3 ปีเข้าโรงพยาบาลเฉลี่ยประมาณ 3.2 ครั้ง เจ้าหน้าที่ของศูนย์ฟื้นฟูทางสังคมระบุผู้ป่วยที่มีอาการจิตเภท (n = 171; สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล มี 1 คนถูกคัดออกจากการศึกษาเนื่องจากไม่สามารถที่จะตอบ แบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยอื่น ๆ มากกว่าวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท[เช่น ความผิดปกติของอารมณ์ (n = 15), ความวิตกกังวลโรค (n = 4) และโรคบุคลิกภาพ (n = 2)] การวินิจฉัย โรคทางจิตเวชถูกรายงานโดย เจ้าหน้าที่ของศูนย์ฟื้นฟูทางสังคม ไม่ได้มีการตรวจสอบการวินิจฉัยโรคจากเวชระเบียน (medical records) การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์ มหาวิทยาลัยโตเกียว ผู้เข้าร่วมทั้งหมดได้รับทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์วิธีการวิจัยจากเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฟื้นฟูทางสังคมด้วยวาจา ผู้เข้าร่วมได้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมมีส่วนร่วมในการศึกษาโดยสมัครใจและรับรู้ว่าสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาไม่ว่าด้วยเหตุผลใด ๆ

<p>เครื่องมือในการเก็บข้อมูล</p>	<p>แบบสอบถามที่ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเตือน มี 3 คำถาม</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. คุณสามารถรับรู้อาการเตือนเมื่อคุณมีอาการเลวลงคำตอบเป็น 'ใช่' หรือ 'ไม่'</li> <li>2. สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ ให้ระบุว่าเข้ารับรู้อาการเตือนได้อย่างไร และให้อธิบายอาการเตือนมีอะไรบ้างได้อย่างอิสระทั้งอาการทางกายและอาการทางจิตก่อนหน้านี้ที่อาการทางจิตเลวลง (psychotic deterioration)</li> <li>3. ผู้เข้าร่วมที่ตอบ'ไม่' คือผู้ที่ไม่ตระหนักในอาการเตือน ไม่ต้องตอบแบบสอบถามต่อ</li> </ol>
<p>วิธีดำเนินการ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการเตือน             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 คุณสามารถรับรู้อาการเตือนเมื่อคุณมีอาการเลวลงคำตอบเป็น 'ใช่' หรือ 'ไม่'</li> <li>1.2 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ ให้ระบุว่าเข้ารับรู้อาการเตือนได้อย่างไร และให้อธิบายอาการเตือนมีอะไรบ้างได้อย่างอิสระทั้งอาการทางกายและอาการทางจิตก่อนหน้านี้ที่อาการทางจิตเลวลง (psychotic deterioration)</li> <li>1.3 ผู้เข้าร่วมที่ตอบ'ไม่' คือผู้ที่ไม่ตระหนักในอาการเตือน ไม่ต้องตอบแบบสอบถามต่อ</li> </ol> </li> <li>2. ทีมผู้วิจัย ซึ่งมี 2 คน วิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง โดยการ ตรวจสอบและจัดประเภทของข้อมูลอย่างอิสระ ตามขบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ และนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน หากมีการจำแนกอาการนำที่แตกต่างกัน จะมีการอภิปรายเพื่อหาข้อสรุปหรือมติเกี่ยวกับ อาการนำร่วมกัน</li> </ol>
<p>ผลการวิจัย</p>	<p>ผลการที่ผู้ป่วยตอบคำถาม 'คุณรับรู้อาการเตือนเมื่อคุณมีอาการเลวลง? ผู้ป่วย 122 คน (54.5%) ตอบ'ใช่'ในจำนวนนี้ มีผู้ป่วย 114 คนสามารถบรรยายอาการเตือนของเขาได้ (มี 3 คนให้คำตอบไม่น่าเชื่อถือ) และ 8 คนไม่บอกว่าอาการนำคืออะไร ผู้ป่วยที่ตอบ 'ไม่' กับคำถามนี้ 2 คน บรรยายอาการตนเองได้อย่างน่าเชื่อถือ อาการเตือนโดยรวมมีอาการทั้งหมด 265 อาการ โดยกลุ่มตัวอย่าง 113 คนและได้</p>

ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>จัดเป็นหมวดหมู่สรุปได้เป็นกลุ่มอาการได้ 14 ประเภท ของอาการเดือน ชนิดและความถี่ของอาการเดือนที่ได้รับการยอมรับโดยผู้ป่วยที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก (คิดเป็น % จากผู้ที่ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 224 คน ) คือ มีการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบการนอน (57 คน 25.4 %) อาการทางกาย (38 คน 17.0 %), อาการของภาวะซึมเศร้า (29 คน 12.9 %) อาการตื่นกลัว (28 คน 12.5 %) และอาการทางจิต (20 คน 8.9%) นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆ อีก เช่น ทำกิจกรรมมากขึ้นหรือลดลง 6.7 % , อ่อนเพลีย 5.8 % คุ้มคั่ง 5.4 % หงุดหงิด 4.9% วิดกกังวล 4.5 % มีความผิดปกติด้านความคิด 4.0 % กระสับกระส่าย 2.2 % รู้สึกเครียด 0.9 % รู้สึก ตื่นกลัว 0.4 % ไม่สามารถระบุได้ 6.7 % ซึ่งจะพบว่าอาการเดือนมีทั้งอาการทางจิตและไม่ใช่อารมณ์ทางจิตเหมือนการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมา เป็นการศึกษา Retrospective การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังประมาณ 50 % สามารถรับรู้และจำอาการเดือนของตนเองได้</p>
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	<p>-เป็นการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินอาการนำ การศึกษานี้เป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนสามารถระบุอาการนำของตนเองได้ ถ้ามีวิธีให้ผู้ป่วยติดตามประเมินอาการตนเองอย่างสม่ำเสมอก็จะเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีประโยชน์ในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้ส่วนหนึ่ง          พยาบาลสามารถทำงานวิจัยหรือศึกษาความสามารถในการรับรู้อาการนำเพื่อนำไปพัฒนาเครื่องมือหรือนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้</p>
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	<p>-ชื่อเรื่องมีความชัดเจนบอกวัตถุประสงค์ บอกกลุ่มตัวอย่างและสถานที่ทำวิจัย          - ผู้ทำวิจัยเป็นนักวิชาการการพยาบาลจิตเวชตรงกับสาขาที่ทำวิจัย          -การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสม ผ่านการรับรองในจริยธรรม</p>

<p>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)</p>	<p>ได้รับการอนุมัติโดยมหาวิทยาลัยของโตเกียว</p> <p>เลือกรูปแบบการวิจัยเหมาะกับคำถามงานวิจัย ผลงานวิจัยสามารถตอบคำถามงานวิจัยได้ มีการระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการได้มา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย</p>
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) พบว่าการศึกษาเป็นการศึกษาเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยรับรู้อาการนำของตนหรือไม่และอาการนำมีอะไรบ้าง ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลมาปรับใช้ในประเทศไทยแต่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเทศไทยว่านอกจากผลที่ได้จากการศึกษานี้แล้วในประเทศไทยยังมีอาการอื่นที่แตกต่างไปจากนี้หรือไม่ อย่างไร เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสมยิ่งขึ้น</li> <li>2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พิจารณาแล้วพบว่าพยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้มาวิเคราะห์และนำมาปรับใช้ในการวางแผนการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ หน่วยงานสนับสนุนให้มีการพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพของการบริการผู้ป่วย</li> <li>3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ (Cost-benefit ratio) เมื่อนำไปใช้พิจารณาแล้วพบว่า มีความคุ้มค่าคุ้มทุนเนื่องจากใช้ค่าใช้จ่ายน้อยถึงแม้จะต้องใช้เวลาในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงานต่อไปก็ตาม</li> </ol>
<p>สรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งานวิจัยนี้ยืนยันว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 สามารถบอกอาการนำของตนเองได้ จากข้อมูลนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินอาการนำของตนเองได้ ในส่วนของผู้ป่วยที่ไม่สามารถระบุอาการนำตนเองได้ น่าจะมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักรู้ในอาการนำของตนต่อไป หรือให้ผู้ดูแลช่วยประเมินอาการนำแทนถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือประเมินอาการนำต่อไปได้ เนื่องจากผลการศึกษา</li> </ul>

<p>สรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)</p>	<p>บอกลักษณะอาการนำที่พบในผู้ป่วยจิตเภท</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดตามประเมินอาการตนเองอย่างสม่ำเสมอก็จะเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีประโยชน์ในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้</li> </ul>
-----------------------------------	--

**เรื่องที่ 12**

**ชื่อเรื่อง Reliability and validity of the Japanese semi structured interview version of the Early Signs Scale ( ESS-JI ) for outpatients with schizophrenia (study 1)**

ผู้วิจัย Koichi, R. & Miyamoto, Y. (2011).

แหล่งตีพิมพ์ *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 144–151.

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Cross-sectional study / Level V
วัตถุประสงค์การวิจัย	พัฒนาแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างเพื่อวัดอาการนำฉบับภาษาไทยใหม่ และทดสอบความเที่ยงตรง ความน่าเชื่อถือของแบบวัด
Settingงานวิจัย	คลินิกจิตเวช (ผู้ป่วยนอก) ทำการวิจัยในช่วง กันยายน-พฤศจิกายน 2550
-กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่ถูกวินิจฉัยโดยจิตแพทย์และไม่มีภาวะปัญญาอ่อน</li> <li>2. ปัจจุบันได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต</li> <li>3. ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในภาวะสับสนทางจิต (confused mental state)</li> </ol> <p>ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 25 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้รับการติดต่อจากจิตแพทย์เพื่อขอให้เข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยเช่นเข้าร่วมวิจัย 21 คน ผู้ป่วยถูกคัดออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล 6 คน เนื่องจากตอบแบบสัมภาษณ์ ESS-JI และแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (ขาดคำตอบ 1 ข้อหรือมากกว่าในการตอบ ESS-JI) เหลือข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 15 คน (หญิง 10 คน ชาย 5 คน อายุเฉลี่ย <math>41.2 \pm 10.8</math> ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มรับการรักษาทางจิตครั้งแรก <math>25 \pm 5.8</math> ปี) ปัจจุบัน ผู้ป่วย 5 คน ใช้บริการ day and</p>

<p>-กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)</p>	<p>night care centers, 3 คนใช้ บริการ home care services by community mental health nursing 1คนใช้บริการ community center และ 1 คน ใช้บริการ social rehabilitation facilities โดยผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง 5 คน อยู่กับครอบครัว 8 คน in a facility 1 คน</p>
<p>เครื่องมือในการศึกษา</p>	<p>1. แบบสัมภาษณ์กึ่ง โครงสร้างเพื่อวัดอาการนำ the Early Signs Scale ( ESS-JI ) ซึ่งได้รับการแปลเป็น ภาษาญี่ปุ่นและแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (translation-back-translation procedure ซึ่ง ESS สร้างโดย Birchwood et al (1989) ทั้งหมดมี 34 ข้อ แบ่ง เป็นกลุ่ม อาการ 4 กลุ่ม อาการคือ 1. ความวิตกกังวล/กระวนกระวาย 2.อาการ ซึมเศร้า/การแยกตัว 3.การขาดการยับยั้งชั่งใจ 4. เริ่มเกิด อาการทางจิต จากการศึกษาที่ผ่านมา แนะนำค่าจุดตัดที่ คะแนน 30 มีค่าความไวอยู่ระหว่าง (sensitivity ranging 50 % - 74 % และค่าความเฉพาะเจาะจง (Specificity) 49 % -100% (Birchwood,et al., 1989 ; Gleeson,e al., 2005 ; Jorgensen, 1998) ได้รับการยืนยันค่า reliability and validity ที่ดี จากหลายการศึกษา เช่น UK (Birchwood,et al., 1989), Denmark (Jorgensen, 1998), and Australia (Gleeson,et al., 2005) และได้มีการชี้แนะการแปลค่า คะแนน ESS จากการศึกษาของBirchwood, et al., 1989 ดังนี้ 1) ถ้าคะแนนข้อมูลพื้นฐานที่ประเมินครั้งแรก (baseline) น้อยกว่า 25 การเพิ่ม 10 คะแนนจากข้อมูล พื้นฐานชี้ถึงควรมีการติดตามประเมินอาการอย่างใกล้ชิด ถ้าคะแนนมากกว่า 30 ชี้ว่าจำเป็นต้องมีการบำบัดช่วยเหลือ (Intervention) 2) ถ้าคะแนน baseline อยู่ระหว่าง 26 ถึง 35 การเพิ่ม 5 คะแนนจากคะแนน baseline ต้องติดตามอย่าง ใกล้ชิดถ้าคะแนนมากกว่า 40 ชี้ว่าต้องมีการบำบัด</p>

<p>เครื่องมือในการศึกษา (ต่อ)</p>	<p>ช่วยเหลือ 3) ถ้าคะแนน baseline อยู่ระหว่าง 36 ถึง 45 การเพิ่ม 5 คะแนนจาก baseline ต้องมีการบำบัดช่วยเหลือ</p> <p>4) ถ้าคะแนน baseline มากกว่า 50 ไม่ควรใช้ ESS ในการติดตามความก้าวหน้าเพื่อ พยากรณ์อาการกำเริบ วิธีการนี้เป็นเพียงแนวทางในการแปลผลคะแนน ESS แต่ผู้บำบัดต้องใช้การตัดสินใจทางคลินิกของตนเองและความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการของตนเองในการตัดสินใจ</p> <p>2. แบบวัดพฤติกรรมและการบ่งชี้อาการของโรค (Behaviour and Symptom Identification Scale :BASIS-32) ฉบับภาคญี่ปุ่น BASIS-32 ใช้ตรวจสอบความตรงเชิงสภาพและเชิงโครงสร้างในการศึกษาครั้งนี้ แบบวัดสภาวะอาการทางจิต ใช้ประเมินอาการทางจิต และความบกพร่องในการทำหน้าที่หรือการทำหน้าที่เสื่อมถอยหรือลดลง (function impairment) ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบวัดมี 32 ข้อ เป็นเครื่องมือให้รายงานตนเองซึ่งครอบคลุมลักษณะใหญ่ 5 ประการของระดับอาการทางจิต แต่ละข้อใช้ลิเคอร์ทสเกลจาก 0 (ไม่ยุ่งยาก) ถึง 4 (ยุ่งยากที่สุด) คะแนนมีช่วงจาก 0 ถึง 128 คะแนนรวม คะแนนรวมที่สูงแสดงอาการทางจิตที่มากขึ้น และการทำหน้าที่เสื่อมถอยมากขึ้นของ คนไข้ ความเที่ยงและความตรงของ BASIS-32 ฉบับญี่ปุ่น ได้รับการยืนยัน โดย เซโตยา และคณะ (Sotoya,et al.,2002)</p> <p>3. แบบวัดประสิทธิภาพส่วนตนในการอยู่อาศัยในชุมชน (Self-Efficacy for Community Living Scale : SECL) SECL ใช้ตรวจสอบความตรงเชิงสภาพและเชิงโครงสร้าง ในการศึกษาครั้งนี้ SECL แบบวัดนี้มี 18 ข้อ ซึ่งครอบคลุมลักษณะใหญ่ 5 ประการ (การใช้ชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมจากอาการของโรค ชีวิตในสังคม และ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล) มี 10 ข้อ แต่ละข้อใช้ลิเคอร์ทสเกลจาก 0 (ฉันไม่มีความเชื่อมั่น) ถึง 10 (ฉันมี</p>
-----------------------------------	--

<p>เครื่องมือในการศึกษา (ต่อ)</p>	<p>ความเชื่อมั่นอย่างที่สุด คะแนนรวมจาก 0 ถึง 100 คะแนน คะแนนรวมที่สูงแสดงว่ามีความเชื่อมั่นในการอยู่ในชุมชน ความเที่ยงและความตรงของ SECL ได้รับการยืนยันโดยโอกาวา และคณะ(Okawa et al.,2001).</p> <p>ในการศึกษาที่ญี่ปุ่นที่ผ่านมา SECL มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ และเป็นไปทางลบกับแบบวัดอาการทางจิตทั้งทางบวกและทางลบ และแบบวัดการประเมินทั่วไป ซึ่งวัดระดับอาการทางจิตและหน้าที่การงานในสังคม (โอกาวาและคณะ 2001) ผู้เขียนตั้งสมมุติฐานว่า SECL จะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ และเป็นไปทางลบกับ ESS-JI</p>
<p>วิธีการดำเนินการ</p>	<p>1. การพัฒนาเครื่องมือThe Early Signs Scale ภาษาญี่ปุ่น (ESS-JI) กระทำโดยแปล the Early Signs Scale เป็นภาษาญี่ปุ่นในลักษณะดังต่อไปนี้ 1) แปลเครื่องมือ : ผู้เขียนบทความวิจัย ทั้งสองคนเป็นคนแปลภาษาอังกฤษเป็นภาษาญี่ปุ่น โดยอิสระจากกัน 2) ผู้แปลทั้งสองมาตรวจสอบและตกลงร่วมกันในร่างภาษาญี่ปุ่น ซึ่งสะท้อนเนื้อหาตามแนวคิด (conceptual content) ของต้นฉบับภาษาอังกฤษ ถูกต้องมากที่สุด 3) แปลกลับ: ผู้เชี่ยวชาญการแปลภาษาอังกฤษ (Professional English translator ) ซึ่งไม่คุ้นเคยกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ ESS แปลฉบับภาษาญี่ปุ่นเป็นภาษาอังกฤษ และ 4) การแปลกลับและทบทวนกับภาษาอังกฤษต้นฉบับ : การทบทวนการแปลกลับ เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือภาษาญี่ปุ่นมีเนื้อหา ตามแนวคิด (conceptual content) ถูกต้องและ เท่าเทียมกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ วิธีการนี้ได้กระทำซ้ำจนกระทั่งต้นฉบับและฉบับภาษาญี่ปุ่นตรงกันมากที่สุด (matched closely)</p> <p>2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น(Reliability)</p> <p>2.1 Internal Consistency ประเมิน โดย Cronbach's alpha coefficients</p>

<p>วิธีการดำเนินการ(ต่อ)</p>	<p>2.2 Test-retest reliability ประเมินโดย The pearson ‘correlation coefficients</p> <p>3.ตรวจสอบความเที่ยง (Validation) Concurrent and construct validity</p> <p>3.1 ใช้แบบวัดพฤติกรรมและการบ่งชี้อาการของโรค (Behaviour and Symptom Identification Scale :BASIS-32) ตรวจสอบ Concurrent and construct validity เครื่องมือ the Early Signs Scale ฉบับภาษาไทยรุ่น</p> <p>3.2 ใช้แบบวัดประสิทธิภาพในการอยู่อาศัยในชุมชน (Self-Efficacy for Community Living Scale: SECL) ตรวจสอบ Concurrent and construct validity เครื่องมือ the Early Signs Scale ฉบับภาษาไทยรุ่น</p>
<p>ผลการวิจัย</p>	<p>1. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)</p> <p>1.1 ค่าความเชื่อมั่นประเมินโดยใช้วิธี internal consistency อยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม</p> <p>Time 1 cronbach’s alpha = 0.89</p> <p>Time 2 cronbach’s alpha = 0.90</p> <p>(interpreted “excellent reliability” Internal Consistency if Cronbach’s alpha coefficients was more than 0.80)</p> <p>1.2 ค่าความเชื่อมั่นประเมินโดยใช้ วิธี Test-retest reliability อยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม</p> <p>ค่า คะแนนเฉลี่ย ESS-JI time 1(test) 21.9(16.47) and time 2 (retest)23.47 (16.25) <math>r = 0.931</math> (<math>P &lt; 0.01</math>)</p> <p>(interpreted “good reliability” the correlation between the two more than 0.71)</p> <p>เมื่อประเมินเป็นรายข้อพบว่า มี</p> <p>11 ข้อพบว่าค่า <math>r &gt; 0.71</math> (excellent reliability)</p> <p>13 ข้อพบว่าค่า <math>r</math> ระหว่าง 0.41-0.70 (good reliability)</p>

ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>9 ข้อพบว่าค่า <math>r</math> 0.40 และต่ำกว่า (poor reliability) และมี 1 ข้อที่ <math>r</math> ต่ำมาก</p> <p>การศึกษาครั้งนี้เวลาที่ใช้ประเมินซ้ำอยู่ระหว่าง 14-30 วัน เฉลี่ย 16.3 วัน</p> <p>สรุป</p> <p>การศึกษาครั้งนี้ยืนยันความคงที่ภายใน ความเชื่อมั่นในการสอบซ้ำ</p> <p>2.ตรวจสอบความเที่ยง (Concurrent and construct Validity</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Validity correlationระหว่าง ESS-JI กับ BASIS-32 <math>r = 0.97</math> (<math>P &lt; 0.01</math>)</li> <li>-Validity correlationระหว่าง ESS-JI กับ SECL <math>r = - 0.74</math> (<math>P &lt; 0.01</math>)</li> </ul> <p>แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือ ESS-ภาษาญี่ปุ่น มีค่าความเที่ยงตรงเชิงสภาพและความตรงเชิงโครงสร้างเมื่อใช้กับคนไข้ในชุมชนของญี่ปุ่น</p>
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	<p>งานวิจัยนี้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกในการศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำโดยงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าสามารถนำเครื่องมือที่พัฒนาใช้ในต่างวัฒนธรรมมาปรับใช้ที่อื่นได้ มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงเชิงสภาพและเชิงโครงสร้างดี พยาบาลสามารถนำเครื่องมือนี้มาพัฒนาและปรับใช้ในประเทศไทยได้</p>
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	<p>งานวิจัยนี้มีความน่าเชื่อถือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัยเป็นนักวิชาการทางการพยาบาลจิตเวชมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลและทำงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช</li> <li>- แหล่งตีพิมพ์ International Journal of Mental Health Nursing มีความเหมาะสมในการตีพิมพ์งานวิจัยนี้</li> </ul> <p>คุณภาพงานวิจัย</p>

<p>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)</p>	<p>ชื่อเรื่องบอกตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัยและบอกถึงกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษางานวิจัยได้ระบุเหตุผลที่ทำให้ต้องทำการวิจัยไว้อย่างชัดเจนนั่นก็คือต้องการพัฒนาเครื่องมือประเมินอาการนำและตรวจสอบความน่าเชื่อถือละความเที่ยงตรงของเครื่องมือมีการระบุกลุ่มประชากรเป้าหมายวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัย Cross-sectional study ซึ่งเหมาะสมกับคำถามงานวิจัย ผลการวิจัยสามารถตอบคำถามงานวิจัยได้คือเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงดี</p> <p>-ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างน้อย (15 คน) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมาก ไม่มีงานทำ เรือร้าง รุนแรง</p>
<p>แนวโน้มที่จะนำงานวิจัยไปใช้</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) พบว่า การศึกษานี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือที่มีผู้สร้างไว้แล้ว และนำมาปรับปรุงใช้ในต่างภาษาและวัฒนธรรมและยืนยันว่าใช้ได้เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือและมีความเที่ยงตรงน่าจะนำมาปรับใช้ที่ประเทศไทยและหน่วยงานที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานได้</li> <li>2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พิจารณาแล้วพบว่า พยาบาลสามารถพัฒนาเครื่องมือประเมินปัญหาและความต้องการหรือประเมินผลการพยาบาลได้ การนำเครื่องมือประเมินอาการนำนี้มาพัฒนาใช้ในหน่วยงาน มีความเป็นไปได้ หน่วยงานสนับสนุนให้มีการพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพของการบริการผู้ป่วย</li> <li>3. ความคุ้มทุน คุ่มประโยชน์ (Cost-benefit ratio) เมื่อนำไปใช้ พิจารณาแล้วพบว่า เกิดประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการรักษา การประเมินอาการนำได้ เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยได้ ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับรักษาซ้ำ มีประโยชน์คุ้มเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในการพัฒนาเครื่องมือ</li> </ol>

สรุปเพื่อนำไปใช้	<p>เป็นการศึกษาเพื่อนำเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างใช้ในการวัดอาการนำฉบับที่ใช้ในอเมริกาและยุโรป มาทดลองใช้ในเอเชีย คือประเทศญี่ปุ่นพบว่ามีความน่าเชื่อถือและมีความเที่ยงตรงเชิงสภาพและเชิงโครงสร้าง น่าจะนำมาทดลองใช้ในประเทศไทย เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ให้ผู้รับบริการเป็นผู้ประเมินเอง สามารถติดตามอาการเปลี่ยนแปลงแต่ละระยะได้ เช่น 1-2 สัปดาห์ ทำให้สามารถตรวจสอบอาการที่มีมากขึ้นหรือรุนแรงขึ้นหรือไม่ได้ ซึ่งจะมีประโยชน์ในการทำนายอาการกำเริบซ้ำและให้การบำบัดช่วยเหลือก่อนที่จะอาการรุนแรงจนอาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป ได้ และควรมีการศึกษา Predictive validity และ cross-cultural validity ด้วย</p>
------------------	--

## ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

นางสาวนัชฎกานต์ ฐัญญพินุลพงค์

วัน เดือน ปีเกิด

13 กันยายน 2517

สถานที่เกิด

จังหวัดกรุงเทพ ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, บำราศนราดูล, 2538

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรระดับต้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, นนทบุรี, 2546

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

สถานที่ทำงาน

โรงพยาบาลศรีธัญญา 47 หมู่ 4

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

จังหวัดนนทบุรี 11000

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

โทรศัพท์ 02-528-7800 (ต่อ 57431)

Email: pond\_srt@hotmail.com