



## นิพนธ์ต้นฉบับ

### การพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

ปริญันท์ สดะสวัสดิ์,วท.ม.\*  
วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, พย.ม.\*

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

**วัสดุและวิธีการ :** เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาแบบคัดกรองโดยใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 คน แบ่งเป็น 3 รอบ รอบที่ 1 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจนได้ข้อมูลอ้อมตัวเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบในผู้ป่วยจิตเภท จากผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป จำนวน 40 คน ญาติผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน และจิตแพทย์จำนวน 9 คน รอบที่ 2 และรอบที่ 3 ใช้แบบสอบถามอาการเตือนซึ่งพัฒนาจากการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 เก็บข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช จำนวน 48 คน จนได้น้ำหนักความเป็นไปได้ของลักษณะอาการเตือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

**ผล :** อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ 1.นอนไม่หลับ 2. ควบคุมการกระทำของตนเองไม่ค่อยได้ 3. สนใจดูแลกิจวัตรประจำวันน้อยลงกว่าเดิม 4. พูดได้ตอบหรือยิ้มคนเดียว 5. แยกตัว อายากอยู่ตามลำพัง 6. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทะเลาะกับคนอื่น 7. ดึงเครียด วิตกกังวล กลัว 8. ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ห่อเหี่ยว 9. รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า 10. หงุดหงิด ขุนเขี้ยวง่าย 11. คิดหมกมุ่นในเรื่องบางเรื่อง 12. มีอาการระแวง 13. คิดว่าตนเองมีความพิเศษกว่าคนธรรมดา

**สรุป :** การพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า มีอาการเตือนที่สำคัญ 13 อาการ ที่จะนำไปทำนายนการกลับป่วยซ้ำต่อไป

**คำสำคัญ :** การกลับป่วยซ้ำ แบบคัดกรองอาการเตือน ผู้ป่วยจิตเภท

\*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



## DEVELOPMENT OF EARLY WARNING SIGNS SCREENING TEST OF RELAPSING SCHIZOPHRENIC PATIENTS

*Preeyanun Salasawaddi, M.Sc. \**

*Wattanaporn Piboonarluk, M.N.S. \**

### Abstract

**Objective:** To developed Early Warning Signs screening test of relapsing schizophrenic patients.

**Materials and methods :** This study was a research and development work using Technique delpha, Total sample size 117 samples. Divided into 3 sections. First section, using in-depth interview to 3 groups consisted of 40 schizophrenic patients who were admitted at least 2 times, 20 care givers and 9 psychiatrists. Second and third section, using questionnaire which was developed from answers on the first section survey agreement of 48 psychiatric professionals to confirm their agreement. Statistical analysis was done by using percentage, mean, median and interquartile range.

**Result :** Early Warning Signs were 1. Insomnia 2. failed to control behavior 3. failed to self care 4. talking or smiling alone 5. loss of self care 4. quiet or withdrawn 6. aggressive, agitation, pushy 7. tense, afraid, anxious 8. depressed, bored and tired 9. feeling low self-esteem 10. irritable, quick tempered 11. preoccupied with something 12. feeling harmed 13. thinking was greatest or more special than others.

**Conclusion :** Development Early Warning Signs screening test of relapsing schizophrenia patients found 13 early warning signs.

**Key Words:** Early Warning Signs screening test, relapse, schizophrenic patients

## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่หายขาด ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการกำเริบได้เป็นช่วงๆ ผู้ป่วยร้อยละ 50-70 จะมีอาการ และกลับเป็นซ้ำได้อีกหลังการรักษาภายใน 1 ปี<sup>1</sup> สำหรับในประเทศไทย พบว่ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70<sup>2</sup> ผลจากความเจ็บป่วยนี้ มีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้เกิดขึ้นอย่างถาวร<sup>3</sup> การกลับป่วยซ้ำส่งผลให้สูญเสียทั้งเวลา ค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งของผู้ป่วยและของรัฐ รวมทั้งญาติของผู้ป่วยต้องรับภาระในการดูแลกระทบบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว<sup>4</sup>

อาการเตือน (Early warning signs) เป็นการปรากฏก่อนเริ่มมีอาการทางจิตซ้ำหรือมีอาการทางจิตที่รุนแรง หลังจากที่ได้รักษาจนกระทั่งอาการดีขึ้นแล้ว จนมีอาการแย่ลงและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก สามารถพบได้ในระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal symptoms) ไม่สามารถบอกระยะเวลา จำนวนอาการที่กำเริบและความเร็วที่จะเกิดการกลับป่วยซ้ำได้อย่างแน่นอน<sup>5</sup> มักมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้หรือเป็นการกลับมามีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก ภายหลังจากที่พฤติกรรมนั้นๆ หายไป ระยะการกลับป่วยซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นในทันทีทันใด แต่มีอาการเตือนล่วงหน้าซึ่งเป็นกระบวนการที่สามารถสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตลอดเวลา<sup>6,7</sup> การรับรู้อาการเตือนไม่ถูกต้อง ทำให้ได้รับการรักษาได้ผลไม่ดี ต้องใช้วิธีการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาทันทีเท่าที่ทำได้ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ ในอนาคต ฉะนั้นการค้นหาอาการเตือนจึงสามารถป้องกันอุบัติการณ์การกลับป่วยซ้ำได้<sup>8</sup>

จากการศึกษาเกี่ยวกับแบบคัดกรองอาการเตือน พบว่ามีผู้สนใจสร้างแบบคัดกรองอาการเตือน 3 แบบ คือ 10-question screening interview (10-QS)<sup>9</sup> ซึ่งสร้างจากการสัมภาษณ์ของญาติผู้ป่วยจิตเภท มาพัฒนาเป็นคำถามสำหรับผู้ป่วยใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเภทที่กลับป่วยซ้ำ จำนวน 10 ข้อ สำหรับให้พยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้เป็นแบบคัดกรอง Early Signs Questionnaire (ESQ)<sup>10</sup> สร้างจากประสบการณ์ที่ตรวจพบทางคลินิกโดยรวบรวมจากการให้ข้อมูลของญาติผู้ป่วยจิตเภท และ Early Signs Scale (ESS)<sup>11</sup> โดยได้มีการทำนายการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นแบบวัดระดับอาการเตือนซึ่งเป็นแบบรายงานตนเอง และแบบรายงานผู้สังเกต ประกอบด้วย 34 ข้อ แต่พบว่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากแบบคัดกรอง ได้แก่ ความยากของการใช้แบบวัดระดับไม่เหมาะสมกับลักษณะอาการ บุคลากรรู้สึกเบื่อหน่ายคิดว่าเป็นภาระงานเนื่องจากมีความซับซ้อนและต้องใช้เวลามาก<sup>12</sup>

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ที่ช่วยให้บุคลากรทางพยาบาล ญาติและผู้ดูแลสามารถนำไปคัดกรองอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ โดยใช้เทคนิคเดลฟายในการพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนให้ได้อาการเตือนที่สำคัญและพบได้มาก เพื่อจะนำไปทำนายการกลับป่วยซ้ำต่อไป

## วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาโดยใช้เทคนิคเดลฟาย เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2551 - มกราคม 2552 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 117 คน จัดแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาระยะยาวในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป จำนวน 40 คน กลุ่มที่ 2 ญาติผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน กลุ่มที่ 3 จิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 9 คน ทั้ง 3 กลุ่มนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกจนได้ข้อมูลอื่นด้วย ส่วนกลุ่มที่ 4 ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชประกอบด้วยจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 48 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งพัฒนามาจากคำตอบของการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง ทั้งนี้ได้จัดทำหนังสือเพื่อขอการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมของงานวิจัย เพื่อทำวิจัยในมนุษย์ ประกอบด้วยใบยินยอมในการทำวิจัยในมนุษย์ และข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาและเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยมี 2 แบบ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท ญาติผู้ป่วยจิตเภท และจิตแพทย์ ลักษณะคำถามผ่านการประเมินหาความตรงเชิงเนื้อหา ความครบถ้วนและความชัดเจนของข้อความจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน และได้ทดสอบความชัดเจนการสื่อสารของคำถามในผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสามกลุ่ม จำนวน 6 คน ในการสัมภาษณ์สามารถยืดหยุ่นตามการสนทนาได้ โดยคำถามที่จะถามผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ป่วยประกอบด้วย 2 คำถาม คือ “คุณคิดว่าอาการเตือนคืออะไร” และ “ก่อนที่จะเข้ามารักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์

สมเด็จพระเจ้าพระยาคุณ/ผู้ป่วยพบอาการเตือนอะไรบ้าง” ส่วนคำถามที่จะถามจิตแพทย์ได้แก่ “อาการเตือน คืออะไร” และ “ตามประสบการณ์ที่ท่านได้รักษาผู้ป่วยจิตเภท ท่านพบ อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วย จิตเภทมีอะไรบ้าง”

จากนั้นนำแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลที่กำหนดไว้ คือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2 คน ญาติผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2 คน เพื่อทดสอบความชัดเจนในการสื่อสารของคำถาม ทำการถอดเทปแบบคำต่อคำหรือแบบจดบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละราย เพื่อทำการปรับแนวคำถามให้เหมาะสม ซึ่งพบว่าเป็นคำถามที่มีความชัดเจน ครอบคลุม เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยจิตเภท ญาติผู้ป่วยจิตเภท และจิตแพทย์แล้ว นำมาจัดระบบความหมายของข้อความเป็นกลุ่มประเด็น (Formulated means into cluster of themes) โดยเขียนอธิบายประเด็นเป็นความเรียงจำแนกเป็นองค์ประกอบแต่ละด้าน 2) แบบสอบถามอาการเตือนที่พบจากประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้จากการนำความเรียงจำแนกองค์ประกอบแต่ละด้านจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาสร้างเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช ตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นและประสบการณ์ของแต่ละคนโดยให้น้ำหนักความเป็นไปได้ในแต่ละข้อคำถาม

## วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter Quartile Range: IR) ของคำถามแต่ละข้อ เมื่อได้ ค่ามัธยฐาน และค่า IR แล้วนำค่ามัธยฐานมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดได้แก่ ค่ามัธยฐาน ช่วง 2.50-5.00 และค่า  $IR \leq 1.513$  ก่อนพิจารณาஙคำถามไว้หรือตัดคำถาม เมื่อได้ค่ามัธยฐานและค่า IR ของคำถามแต่ละข้อแล้วมาสร้างเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เช่นครั้งแรก แต่แสดงค่ามัธยฐานและค่า IR ของคำถามแต่ละข้อและตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชแต่ละรายตอบในครั้งที่แล้ว เพื่อให้แต่ละรายทราบว่าตนมีความคิดเห็นแตกต่างหรือไม่แตกต่างจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชทั้งหมดอย่างไร แล้วพิจารณาว่าเห็นด้วยกับความคิดเห็นของกลุ่มส่วนใหญ่หรือไม่ หากไม่เห็นด้วยก็ให้แสดงเหตุผลประกอบคำยืนยันคำตอบเดิม หรือคำตอบใหม่ที่อยู่นอกเหนือจาก ค่า IR จากนั้นก็นำส่งผู้เชี่ยวชาญจิตเวชกลุ่มเดิม เพื่อทบทวนคำถามและคำตอบของตนเองอีกครั้งก่อนส่งแบบสอบถามกลับ จากนั้นนำคำตอบของแต่ละข้อที่ได้รับกลับมา คำนวณค่ามัธยฐานและค่า IR

## ผล

ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน คือ อายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 40 รองลงมาอายุอยู่ระหว่าง 40- 49 ปี ร้อยละ 25.0 สถานภาพโสดร้อยละ 67.50 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาต้นและมัธยมศึกษาปลาย ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 52.50

ญาติผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงและเพศชายจำนวนใกล้เคียงกัน อายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี และอายุ 59 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 45.0 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 85.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.0 รองลงมาจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 20.0 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 45.0 รองลงมามีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.0 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 40 รองลงมาเป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 30.0

จิตแพทย์ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 77.8 อายุอยู่ระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 55.6 รองลงมาอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 10–19 ปี ร้อยละ 66.7 รองลงมาระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 22.20

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ญาติผู้ป่วยจิตเภท และจิตแพทย์ ให้ความหมายของอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำว่า เป็นอาการที่ผิดปกติก่อนจะมีอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งไม่ใช่ลักษณะของอาการทางจิต และไม่ได้เกิดขึ้นเพราะความคิดผิดปกติจากการใช้สารเสพติด สามารถจำแนกอาการเตือนเป็น 3 ด้าน 11 คือ 1) ด้านพฤติกรรม ได้แก่ นอนไม่หลับ ควบคุมการกระทำตนเองไม่ค่อยได้ มีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น ดื่มชา กาแฟ สูบบุหรี่หรือดื่มสุรามากขึ้น สนใจดูแลกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการอาบน้ำ รับประทานอาหาร การแปรงฟันลดน้อยลงกว่าเดิม พุดคนเดียว ยิ้ม หัวเราะคนเดียว แยกตัวอยู่คนเดียว ก้าวร้าว วุ่นวาย อาละวาด ทำลายสิ่งของ ทะเลาะ จะทำร้ายผู้อื่น ปฏิเสธการเจ็บป่วย และไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาเหมือนเคย 2) ด้านอารมณ์ ได้แก่ ตึงเครียด วิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า เหนื่อยหมดแรง โกรธง่ายหรือใจร้อน หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย 3) ด้านความคิด/การรับรู้ ได้แก่ มีความคิดหมกมุ่นในเรื่องบางเรื่อง มีอาการระแวง คิดว่าความคิดที่เกิดขึ้นของคนอื่น มีความคิดที่มีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดาและร่างกายรู้สึกเจ็บป่วยหรือมีการบาดเจ็บอย่างร้ายแรง

จากการตอบแบบสอบถามอาการเตือนที่พบจากประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทของผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช จำนวน 48 คน ในรอบที่สองของเทคนิคเดลฟาย (ตามตารางที่ 1) พบว่า มีลักษณะอาการเตือนจำนวน 17 ข้อที่มีค่า IR ระหว่าง 1- 2 และค่า median มากกว่าหรือเท่ากับ 3 คือ ข้อที่ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18 และ 20 แต่จากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะในข้อที่ 2 และ 3, 15 และ 16 มีลักษณะทางคลินิกร่วมกับมีค่า IR และค่า median ไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงเลือกอาการเตือนที่มีความครอบคลุมของอาการมากกว่า คือ เลือกอาการเตือนข้อที่ 2, 16 ส่วนอาการเตือนข้อที่ 9 และ 10 ไม่ใช่ลักษณะอาการเตือนทางคลินิก แต่เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบ ส่วนอาการเตือนที่ไม่มีค่า IR ระหว่าง 1-2 หรือมีค่า median น้อยกว่า 3 มีจำนวน 4 อาการเตือนได้แก่อาการเตือนข้อที่ 4, 14, 19 และ 21 จึงพิจารณาตัดอาการเตือนดังกล่าวออก ทำให้เหลืออาการเตือนที่สำคัญ 13 ข้อ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่ามัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter Quartile Range: IR) จำนวน 21 อาการเตือน (N = 48 คน)

| ข้อ                          | อาการเตือน                                                                                                             | median | mode | IR | sum |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|----|-----|
| <b>ด้านพฤติกรรม</b>          |                                                                                                                        |        |      |    |     |
| 1                            | นอนไม่หลับ                                                                                                             | 4.31   | 5    | 1  | 198 |
| 2                            | ควบคุมการกระทำตนเองไม่ค่อยได้ เช่น นั่งไม่ติด พูดเสียงดัง ชอบออกนอกบ้าน มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม                     | 4      | 4    | 2  | 184 |
| 3                            | มีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น เช่น ชอบจุดไฟเผา กระทำน่าจารผู้อื่น                                                             | 4      | 5    | 2  | 185 |
| 4                            | ดื่มชา กาแฟ สูบบุหรี่หรือดื่มสุรามากขึ้น                                                                               | 2      | 2    | 2  | 143 |
| 5                            | สนใจดูแลกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการอาบน้ำ รับประทานอาหาร การแปรงฟัน ลดน้อยลงกว่าเดิม                                   | 4      | 4    | 1  | 185 |
| 6                            | พูดคนเดียว ยิ้ม หัวเราะคนเดียว                                                                                         | 4      | 5    | 1  | 199 |
| 7                            | แยกตัวอยู่คนเดียว เช่น อยากอยู่ตามลำพัง เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง                                                           | 4      | 4    | 1  | 168 |
| 8                            | ก้าวร้าว วุ่นวาย อาละวาด ทำลายสิ่งของ ทะเลาะ จะทำร้ายผู้อื่น                                                           | 5      | 5    | 1  | 210 |
| 9                            | ปฏิเสธการเจ็บป่วย                                                                                                      | 5      | 5    | 1  | 193 |
| 10                           | ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาเหมือนเคย เช่น ไม่รับประทานยา ไม่ยอมฉีดยา                                                      | 5      | 5    | 1  | 207 |
| <b>ด้านอารมณ์</b>            |                                                                                                                        |        |      |    |     |
| 11                           | ตื่นเครียด วิตกกังวล กลัว                                                                                              | 4      | 5    | 2  | 184 |
| 12                           | มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้                                                                                      | 3      | 3    | 1  | 163 |
| 13                           | รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า                                                                                                | 3      | 3    | 2  | 138 |
| 14                           | เหนื่อย หดแรงแรง                                                                                                       | 2      | 2    | 1  | 118 |
| 15                           | โกรธง่ายหรือใจร้อน                                                                                                     | 5      | 5    | 1  | 195 |
| 16                           | หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย                                                                                                  | 5      | 5    | 1  | 208 |
| <b>ด้านความคิด/การรับรู้</b> |                                                                                                                        |        |      |    |     |
| 17                           | มีความคิดหมกมุ่นในเรื่องบางเรื่อง เช่น คิดซ้ำๆ ในเรื่องเดิมๆ                                                           | 4      | 4    | 1  | 169 |
| 18                           | มีอาการระแวง เช่น คิดว่ามีคนไม่หวังดี มีคนคอยติดตาม ถูกกลั่นแกล้ง มีคนจะมาทำร้าย                                       | 5      | 5    | 1  | 207 |
| 19                           | คิดว่าความคิดที่เกิดขึ้นของคนอื่น                                                                                      | 3      | 3    | 3  | 166 |
| 20                           | มีความคิดว่า มีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา เช่น เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์ เป็นบุคคลสำคัญ มีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์ | 4      | 5    | 2  | 177 |
| 21                           | ร่างกายรู้สึกเจ็บป่วยหรือมีการบาดเจ็บอย่างร้ายแรง                                                                      | 2      | 2    | 1  | 116 |

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter Quartile Range: IR) จำนวน 13 อาการเตือน (N=48 คน)

| ข้อ | อาการเตือน                                                                                                         | median | Q1 | Q3 | IR |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|----|----|
| 1.  | นอนไม่หลับ                                                                                                         | 5      | 4  | 5  | 1  |
| 2.  | ควบคุมการกระทำตนเองไม่ค่อยได้ เช่น นั่งไม่ติด พูดเสียงดัง ชอบออกนอกบ้าน มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม                 | 5      | 4  | 5  | 1  |
| 3.  | สนใจดูแลกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการอาบน้ำ รับประทานอาหาร การแปรงฟัน ลดน้อยลงกว่าเดิม                               | 4      | 4  | 5  | 1  |
| 4.  | พูดคนเดียว ยิ้ม หัวเราะคนเดียว                                                                                     | 5      | 4  | 5  | 1  |
| 5.  | แยกตัวอยู่คนเดียว เช่น อยากรู้อยู่ตามลำพัง เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง                                                    | 3      | 3  | 4  | 1  |
| 6.  | ก้าวร้าว วุ่นวาย อาละวาดทำลายสิ่งของ ทะเลาะ จะทำร้ายผู้อื่น                                                        | 5      | 5  | 5  | 0  |
| 7.  | ดึงเครียด วิตกกังวล กลัว                                                                                           | 4      | 4  | 5  | 1  |
| 8.  | มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้                                                                                  | 4      | 3  | 4  | 1  |
| 9.  | รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า                                                                                            | 3      | 3  | 4  | 1  |
| 10. | หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย                                                                                              | 5      | 4  | 5  | 1  |
| 11. | มีความคิดหมกมุ่นในเรื่องบางเรื่อง เช่น คิดซ้ำๆ ในเรื่องเดิมๆ                                                       | 4      | 3  | 4  | 1  |
| 12. | มีอาการระแวง เช่น คิดว่ามีคนไม่หวังดี มีคนคอยติดตาม ถูกกลั่นแกล้ง มีคนจะมาทำร้าย                                   | 5      | 5  | 5  | 0  |
| 13. | มีความคิดว่า มีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา เช่นเป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์ เป็นบุคคลสำคัญ มีความสัมพันธ์กับผู้ศักดิ์ | 4      | 4  | 5  | 1  |

จากการตอบแบบสอบถามอาการเตือนที่พบจากประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชจำนวน 48 คน ในรอบที่สามของเทคนิคเดลฟาย โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 13 อาการ พบว่ามี 6 อาการที่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง ความเป็นไปได้ในทัศนะของผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชมีความเป็นไปได้มากที่สุดได้แก่ อาการเตือนที่ 1,2,4,6,10 และ 12 มีจำนวน 5 อาการ ที่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง

3.50-4.49 หมายถึง ความเป็นไปได้ในทัศนะของผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชมีความเป็นไปได้มาก ได้แก่ อาการเตือนที่ 3,7,8,11 และ 13 มีจำนวน 2 อาการ ที่มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง ความเป็นไปได้ในทัศนะของผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นไปได้ปานกลาง ได้แก่ อาการเตือนที่ 5, 9 จะเห็นว่า มี 13 อาการเตือน มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter Quartile Range) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 แสดงว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันสูงมาก ดังตารางที่ 2

## วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนก ผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาตากสินมหาราชครั้งที่ 2 ขึ้นไป ญาติผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการเผชิญกับอาการเตือนก่อนเกิดการกลับป่วยซ้ำ และจิตแพทย์ที่ให้การรักษานักจิตเวช ได้ให้ความหมายของอาการเตือนว่าเป็นอาการที่ผิดปกติไม่ใช่ลักษณะของอาการทางจิต ก่อนจะมีอาการทางจิตกำเริบ โดยไม่ได้เกิดขึ้นเพราะความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Glimcher et al.<sup>14</sup> ศึกษาการติดตามอาการของตนเองและการกำกับอาการเจ็บป่วยของตนเองในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสอบถามพบว่า 98% สามารถบอกได้เมื่อเริ่มมีอาการแย่งประสบการณ์อาการที่พบมากที่สุดคือ อาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Thurm and Haefner<sup>15</sup> ศึกษาการรับรู้ความอ่อนแอ ความเสี่ยงต่อการกลับป่วยซ้ำและวิธีการจัดการในผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบสัมภาษณ์ พบว่านอกจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73 สามารถระบุอาการนำก่อนการกลับป่วยซ้ำได้ อาการนำที่พบมากที่สุดคือ อาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตและจากการศึกษานอกจากการให้ความหมายแล้ว ยังสามารถระบุอาการเตือนก่อนการกลับป่วยซ้ำได้ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะอาการเตือนซึ่งสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ด้านได้แก่ ด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์ และด้านความคิด/การรับรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Birchwood, et al.<sup>11</sup> ที่จำแนกอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำเป็น 3 ด้านได้แก่ ด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์และด้านความคิด กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม สามารถระบุอาการเตือนในแต่ละด้าน ซึ่งประกอบด้วย 21 อาการ (ตามตารางที่ 1)

แต่จากการเก็บข้อมูลโดยใช้เทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุงพบว่าอาการเตือนของการกลับ

ป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชมีความเห็นสอดคล้องและมีความเป็นไปได้มากที่สุดมีจำนวน 13 อาการ คือ 1.นอนไม่หลับ 2. ความคุมการกระทำของตนเองไม่ค่อยได้ 3. สนใจดูแลกิจวัตรประจำวันน้อยลงกว่าเดิม 4. พูดโต้ตอบหรือยิ้มคนเดียว 5. แยกตัวอยากอยู่ตามลำพัง 6. ก้าวร้าว รุนแรง ทะเลาะกับคนอื่น 7. ดึงเครียด วิตกกังวลกลัว 8. ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ 9. รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า 10. หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย 11. คิดหมกมุ่นในเรื่องบางเรื่อง 12. มีอาการระแวง 13. คิดว่าตนเองมีความพิเศษกว่าคนธรรมดา (ตามตารางที่ 2) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Herz, et al.<sup>16</sup> พบว่าอาการที่พบมากที่สุดก่อนมีอาการทางจิตคือ มีความตึงเครียดและอาการทางประสาทเพิ่มขึ้น อยากอาหารลดลง ไม่มีสมาธิ นอนหลับยาก ซึมเศร้าและแยกตัวจากสังคม Heinrichs and Carpenter<sup>17</sup> พบอาการเตือนที่แสดงถึงการกำเริบของอาการทางจิต 32 อาการ อาการที่พบมากที่สุดตามลำดับ คือ ประสาทหลอนพฤติกรรมแปลกประหลาด การนอนเปลี่ยนแปลง วิตกกังวล การรับรู้ไม่มีประสิทธิภาพ ฉุนเฉียว/ไม่เป็นมิตร มีอาการทางกายหรือหลงผิด การรับรู้ผิดปกติ พฤติกรรมไม่เหมาะสม และซึมเศร้า Glimcher, et al.<sup>14</sup> พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่สามารถบอกได้เมื่อเริ่มมีอาการแย่ง ประสบการณ์อาการที่พบมากที่สุดคือ อาการทางประสาทและตึงเครียด ปัญหาในการนอน เหนื่อยมากกว่าปกติและซึมเศร้า Hamera, et al.<sup>18</sup> พบว่าอาการเริ่มแรก ประกอบด้วยอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า และอาการทางจิต Thurm and Haefner<sup>15</sup> พบว่า อาการนำที่พบมากที่สุดได้แก่ การถูกรบกวนการดำเนินชีวิต เช่น การรบกวนการนอนและความอยากอาหาร อ่อนเพลีย และพักผ่อนไม่เพียงพอ อารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้าหรือ เศร้ามากขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคเดลฟาย เนื่องจากเทคนิคเดลฟายเป็นกระบวนการหรือเครื่องมือที่ใช้ในการตัดสินใจหรือลงข้อสรุปในแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเป็นระบบที่ปราศจากการเผชิญหน้าโดยตรง มีการแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชจำนวนมาก เป็นการทวนเวลาและค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ได้จะเป็นคำตอบที่น่าเชื่อถือได้เนื่องจากเป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชทั้งหมด และคำตอบได้มาจากการย้าถามหลายรอบ ส่วนข้อจำกัดของการใช้เทคนิคเดลฟายครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชมีจำนวนมาก และไม่ได้ปฏิบัติงานอยู่ในที่เดียวกัน แบบสอบถามที่ส่งไปอาจสูญหายหรือไม่ได้รับคำตอบกลับคืนมาผู้วิจัยได้แก้ไขโดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยที่มีประสบการณ์ทำงานการพยาบาลทางจิตเวชอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 5 คนได้รับการเตรียมความรู้ด้านอาการเตือนและการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท อธิบายระเบียบวิธีของงานวิจัยเพื่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตและเก็บเอกสารคืนมาให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ จึงทำให้การเก็บข้อมูลจากกลุ่มเดิมได้ครบถ้วน

## สรุป

ผลการวิจัยเป็นการพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับป่วยซ้ำ โดยพบอาการเตือน 13 อาการ ที่จะใช้เป็นอาการเตือนในการคัดกรอง สำหรับการวิจัยในครั้งต่อไปควรเพิ่มเติมปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ และนำแบบคัดกรองไปทำนายการกลับป่วยซ้ำและหาค่า cut-off point ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและขอขอบคุณศาสตราจารย์. พญ. นันทิกา ทวิชาชาติ นพ.ธีระ ถิลาภนันทกิจ นพ.ชัยฤทธิ์ กฤษณะ ผศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ ผศ.ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ ดร. วิภาวี เผ่ากันทรารกร และคุณสุภาวดี บุญชู ที่ให้คำปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ในพระราชูปถัมภ์ฯ ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. Linstrom, E and Bingeors, K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. *Pharmacoeconomics* 2000; 18: 105-124.
2. กรมสุขภาพจิต, รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2545 (อัดสำเนา). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
3. สันชัย วสุนธรา. จิตเภท. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์; 2547.
4. ยาใจ สัทธิมงคล. ญาติของผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต* 2542; 13(2): 1-9.
5. Birchwood, M. Early Intervention in Psychotic Relapse. *Clinical Psychology Review* 2001; 21: 1211-1226.
6. Kennedy, G.M., Schepp, G.K. and O'Connor W.F. Symptom Self-Management and Relapse in Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 2000; 14: 266-275.
7. Meijel, V.B., Gaag V.D.M., Kahn, S.R. et al. Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 2003; 17: 117-125.
8. Novacek, J. and Raskin, R. Recognition of Warning Signs: A Consideration for Cost-Effective Treatment of Severe Mental Illness. *Psychiatric Service* 1998; 49: 376-378.
9. Goldberg, D.P., and Huxley, P. *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. London, England: Tavistock 1980.
10. Herz, MI, and Melville, C. Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1980; 137: 801-805.
11. Birchwood, M., Smith, J., Macmillan, F., Hongg, B., Prasad, R., Harvey, C., and Bering, S. Predicting relapse in schizophrenia: the development and implement of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychological Medicine* 1989; 19: 649-656.
12. Beck, A. and Morrison, T. Barrier to using early signs monitoring in forensic population. *Journal of Mental Health* 2002; 11 (5): 501-509.
13. ประเทืองเพ็ชรรัตน์. เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique). *วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนา* 2530.3: 38-49.
14. Glimcher, L. M., Mcknight, S., Hamera, E., Smith, B. L., et al. Use of symptoms by schizophrenics to monitor and regulate their illness. *Hospital and Community Psychiatry* 1986; 37(9): 929-933.
15. Thurm, I. and Haefner, H. Perceived vulnerability, relapse risk and coping in schizophrenia. *Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 1987; 237: 46-53.
16. Herz, MI and Lamberti JS, Mintz JS. Prodromal Symptoms and Relapse Prevention in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1995; 21(4): 541-551.
17. Heinrichs, D. W. & Carpenter, W. T. Prospective study of prodromal symptoms in schizophrenic relapse. *American Journal of Psychiatry* 1985; 3: 371-373.
18. Hamera, E. K., Peterson, K. A., Handley, S. M., et al. Patient self-regulation and function in schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 1991; 42(6): 630-631.