ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2546
Vol 18 No 3 July - September 2003

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท*

Relationships among symptom recognition, social support and symptom self-management of schizophrenic patients

วยุณี ช้างมิ่ง พย.ม.**
Vayunee Changming M.N.S.
ยาใจ สิทธิมงคล Ph. D.***
Yajai Sitthimongkol Ph. D.
อติรัตน์ วัฒนไพลิน กศ. ด.****
Atirat Wattanapailin Ed. D.
เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา พ.บ., ว.ว.*****
Thienchai Ngamthipwattana M.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำของโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง จำนวน 100 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้อาการนำของโรค แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการจัดการกับอาการของโรคด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการนำโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ได้รับสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างสูงและสามารถจัดการกับอาการด้วยตนเองในระดับค่อนข้างต่ำ การรับรู้อาการนำและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทาง

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

** พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
***** รองศาสตราจารย์ คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

บวกกับการจัดการกับอาการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้อาการนำสามารถอธิบายความแปรปรวนของการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ร้อยละ 14.7 ($p < .05$) และการรับรู้อาการนำกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ร้อยละ 29.4 ($p < .05$)

ผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า การพัฒนาความสามารถในการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะในการประเมินอาการนำก่อนที่อาการทางจิตจะรุนแรง ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยในการจัดการกับอาการได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การรับรู้อาการนำ, การสนับสนุนทางสังคม, การจัดการกับอาการด้วยตนเอง, ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This study was a descriptive research aiming to examine the predicting power of symptom recognition and social support on symptom self-management of schizophrenic patients. The purposive sample was composed of 100 patients with schizophrenia receiving medical service from the outpatient department of Galya-Rajanarindra Institute and Somdet-Chaopraya Institute of Psychiatry. They were selected with purposive sampling method. The research instruments were consisting of demographic information questionnaire, early sign scale, social support and symptom self-management. Data were analyzed by percentage, means, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation and Multiple Regression Analysis.

The results revealed that the overall symptom recognition, as well as the overall symptom self-management of patients with schizophrenia was at a fairly low level whereas the social support was at a fairly high level. There was a significant relationship between symptom recognition, social support and symptom self-management ($p< .05$). The results of multiple regression analysis indicated that symptom recognition was the most influential variable on symptom self-management and it could explain the variance of symptom self-management at 14.7% ($p< .05$). Symptom recognition and social support could co-explain the variance of symptom self-management at 29.4% ($p< .05$).

Based on the findings of this study, The research suggests that the development of symptom self-management skills in patients with schizophrenia, nurses should train patients to monitor early signs before the illness becomes severe and should also provide social support to the patients so that they will have effective symptom self-management.

Key words : Symptom recognition, Social support, Symptom self-management, Schizophrenic patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความรุนแรง ประมาณ 2ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้จะมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำและการป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลทำให้มีสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตที่เสื่อมลง (The American Psychiatric Association or APA, 1994) ทำให้ครอบครัวต้องเพิ่มภาระในการดูแลจนอาจทำให้เกิดความเครียดและยังส่งผลกระทบต่อสังคมทำให้รัฐต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้

ซูบินและสปริง (Zubin & Spring, 1977 cited in O'connor, 1994) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการมีอาการทางจิตกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทว่าขึ้นอยู่กับความเปราะบางต่อความเครียด (Vulnerability-Stress model) ของบุคคล อันมีผลมาจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมองทำให้มีความไวต่อการถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งภายในภายนอกได้ง่าย หากบุคคลไม่สามารถตอบสนองต่อความเครียดนั้นได้โดยมีปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลหรือปัจจัยปกป้องทางสิ่งแวดล้อม เช่น ทักษะในการจัดการกับปัญหา การได้รับยารักษาทางจิตเวช การจัดการกับปัญหาของครอบครัวและการช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมของบุคลากรทางสุขภาพ จะเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งโอคอนเนอร์ (O'Connor, 1994: 232-233) เสนอรูปแบบของการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทว่าจะต้องมีปัจจัยสำคัญคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการได้รับยารักษาอาการทางจิต ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดและช่วยป้องกันให้ผู้ป่วยมีระดับการทำหน้าที่ดีขึ้น ทำให้ช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชได้

การศึกษาวิจัยในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาให้ข้อสรุปตรงกันว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับอาการด้วยตนเองเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานขึ้นและลดการกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษาวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ผู้ป่วยพยายามใช้วิธีเผชิญและจัดการกับสถานการณ์ อาการหรือปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเองก่อนที่อาการจะรุนแรงจนเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ดังการศึกษาของโคเฮนและเบิร์ค (Cohen & Berk, 1985) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้วิธีเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นหลากหลายวิธี ได้แก่ การตอบโต้กลับ (Fighting back) การใช้เวลานอก (time out) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Isolated diversion) การแยกตัวจากสังคม (Social diversion) การสวดมนต์ (Prayer) การรับการรักษา (Medical) การใช้ยาและสารเสพติด (Drugs) การไม่ทำอะไรเลยหรือรู้สึกว่าไม่มีอะไรมาช่วยเหลือ (Do nothing: helpless) และการไม่ทำอะไรเลยโดยยอมรับต่ออาการนั้น (Do nothing: accepting) สอดคล้องกับการศึกษาของเมอร์ฟี่และโมลเลอร์ (Murphy & Moller, 1993) ที่พบว่าผู้ป่วยใช้วิธีจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นหลายวิธีได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) การตอบโต้กลับ (Fighting Back) การค้นหาความ

ช่วยเหลือ (Help-seeking) การพยายามทำให้รู้สึกดีขึ้น (Attempts to feel better) การแยกตัว (Isolation) และการหลีกหนี (Escape behavior)

การใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยตนเองของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามามีอิทธิพล แคนเฟอร์ (Kanfer & Goelick, 1991) เชื่อว่าการที่บุคคลจะจัดการกับอาการด้วยตนเองได้จำเป็นต้องมีทักษะในการสังเกตติดตามพฤติกรรมหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงของตนเองอย่างใส่ใจ ซึ่งต้องอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์มาเป็นข้อมูลในการประเมินตนเองและพิจารณาตัดสินใจเลือกที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง การรับรู้อาการนำของโรคเป็นปัจจัยที่แสดงถึงการมีทักษะในการสังเกตติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะแรกก่อนที่อาการทางจิตจะรุนแรงของผู้ป่วย (Birchwood et al., 1989) และเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การตัดสินใจใช้วิธีจัดการกับอาการของโรคด้วยตนเอง ดังการศึกษาของเบเกอร์ (Baker, 1995) ที่พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการป่วยเป็นแรงกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสนใจติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองและพยายามค้นหาวิธีการควบคุมอาการที่เกิดขึ้น และจากการศึกษาของเคนเนดี้ เชพ และโอคอนเนอร์ (Kennedy, Schepp & O'Connor, 2000) พบว่าการรับรู้ต่ออาการนำของโรคมีความสัมพันธ์กับการจัดการกับอาการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) โดยบุคคลที่มีคะแนนการรับรู้ต่ออาการนำของโรคสูงจะมีคะแนนการใช้วิธีการจัดการกับอาการมากกว่าบุคคลที่มีคะแนนการรับรู้ต่ออาการนำของโรคต่ำ และบุคคลที่มีการรับรู้อาการนำแตกต่างกันจะมีการใช้วิธีจัดการกับอาการที่แตกต่างกัน (Cohen & Berk, 1985) อีกทั้งจากการศึกษาอุบัติการณ์การมีอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการนำเกิดขึ้นก่อนมีอาการกลับเป็นซ้ำอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (Baker, 1995) และส่วนใหญ่สามารถสังเกตอาการตนเองและระบุถึงอาการที่เกิดขึ้นก่อนมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ (Glimcher et al., 1986) เบริชวูดและคณะ (Birchwood et al., 1989) ได้ศึกษาอาการนำของโรคจิตเภทในผู้ป่วยและครอบครัว จำแนกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว ด้านการไม่สามารถยับยั้งตนเอง และด้านการเริ่มมีอาการทางจิต

นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ เช่น เพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (O'Connor, 1994) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความเครียด ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับตัวบุคคล ทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดและสามารถปรับตัวหรือเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น (Cohen & Wills, 1985) ดังการศึกษาของคลินตันและคณะ (Clinton et al., 1998) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงสามารถปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตในชุมชนได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และการศึกษาของยาใจ สิทธิมงคล เจริญ แจ่มแจ้ง และสมจินต์ อรุณปลอด (2543) พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากพยาบาลในระหว่างอยู่โรงพยาบาลสามารถร่วมทำนายการจัดการกับอาการทางจิตได้ร้อยละ 21 ($P<.05$) แสดงว่าการสนับสนุน

ทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อจัดการกับอาการด้วยตนเอง

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลจิตเวช จึงเล็งเห็นความสำคัญที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภทขณะดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้าน เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาความสามารถในการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. การรับรู้อาการนำของโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำของโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
3. อำนาจทำนายของการรับรู้อาการนำของโรคและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานของการวิจัย

- การรับรู้อาการนำของโรคและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการกับอาการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- การรับรู้อาการนำของโรคจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Correlational Research) แบบ Retrospective เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำของโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2546 จำนวน 100 ราย โดยใช้สูตรคำนวณ $n \geq 10 k + 50$ ตามหลักเกณฑ์ของทอนไดค์ (Thorndike, 1978 cited in ธวัชชัย วรพงศ์ธร, 2532: 60) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การจำแนกโรคระบบ ICD 10 มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับยารักษาอาการทางจิตคงที่อย่างน้อย 1 เดือน ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ สื่อสารภาษาไทยได้ และไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้าหรือมีพยาธิสภาพทางสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วนคือ

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
2. แบบประเมินอาการในระยะแรก (Early Signs Scale,ESS) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยเบิร์ชวูดและคณะ (Birchwood et al., 1989) เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับกำหนดคะแนนเป็น 0-3 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นใน

ระยะแรกก่อนมีอาการกลับเป็นซ้ำ จำนวน 34 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย (anxiety/agitation) 6 ข้อ 2) ความซึมเศร้าหรือแยกตัว (depression/ withdrawal) 11 ข้อ 3) การไม่สามารถยับยั้งตนเอง (disinhibition) 7 ข้อ และ 4) การเริ่มมีอาการทางจิต (incipient psychosis) 10 ข้อ

3. แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามซึ่งสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2537) ได้พัฒนาและปรับปรุงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของแบรนท์และไวเนิร์ท (Brandt & Weinert, 1981) ตามแนวคิดของไวส์ (Weiss, 1974 cite in Brandt & Weinert, 1981) และแปลเป็นภาษาไทยโดยจิรภา หงส์ตระกูล (2532) เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ กำหนดคะแนนเป็น 1-7 ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้านๆ ละ 5 ข้อ ได้แก่ ด้านการได้รับความรักและความผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับความยืนยันความมีคุณค่าในตนเอง การได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ

4. แบบประเมินการจัดการกับอาการด้วยตนเอง (The Symptom Management Assessment Tool or SMST) ซึ่งพัฒนาโดยเมอร์ฟีและมอลเลอร์ (Murphy & Moller, 1993) และเคนเนดี้และคณะ (Kennedy et al., 2000) ได้นำมาปรับใช้ในผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนเป็น 0-4 มี 2 ส่วน ส่วนแรกถามถึงความถี่ของการใช้ ส่วนที่ 2 ถามถึงการรับรู้ถึงผลของการใช้วิธีจัดการกับอาการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง จำนวน 38 ข้อ จำแนกเป็น 6 ด้าน คือ 1) การเบี่ยงเบน (Distraction) 14 ข้อ 2) การตอบโต้กลับ (Fighting Back) 7 ข้อ 3) การค้นหาความช่วยเหลือ (Help-seeking) 4 ข้อ 4) การพยายามทำให้รู้สึกดีขึ้น (Attempts to feel better) 6 ข้อ 5) การแยกตัวเอง (Isolation) 4 ข้อ 6) การหลีกหนี (Escape behavior) 3 ข้อ

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ในข้อที่ 2 และ 4 มาใช้โดยผ่านการแปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิค Back Translation และนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน หลังจากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปหาความเที่ยงตรง (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มประชากรจำนวน 30 รายและ 100 รายตามลำดับ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าดังนี้ 1) แบบประเมินการรับรู้อาการนำของโรค = 0.91 / 0.88 2) แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม = 0.78/0.88 3) แบบประเมินการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ส่วนความถี่ของการใช้วิธีการจัดการกับอาการ = 0.71 / 0.71 ส่วนการรับรู้ต่อผลที่เกิดขึ้น = 0.75 / 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการสถาบันสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาโดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิ์ข้อมูลผู้ป่วยของแต่ละสถาบัน

2. ติดต่อขอพบหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยในหน่วยงานโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยศึกษาจากแฟ้มประวัติและประสานงานกับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อช่วยคัดกรองผู้ป่วยก่อนการสัมภาษณ์

4. แนะนำตัวกับผู้ป่วย ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์โดยอ่านข้อความในแบบประเมินให้ผู้ป่วยฟังทีละข้อและบันทึกคำตอบลงในแบบประเมิน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 50-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้อาการนำของโรค การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำของโรค การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียรสัน (Pearson Correlation)

3. อำนาจการทำนายของปัจจัยการรับรู้อาการนำของโรคและการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการกับอาการด้วยตนเองโดยใช้วิธีวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุ (multiple regression)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศชายมากกว่าหญิง (เพศชาย ร้อยละ 55.0 เพศหญิง ร้อยละ 45.0) มีอายุเฉลี่ย 36 ปี กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98) ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 65.0) มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 48.0) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 49.0) มีรายได้เฉลี่ยประมาณเดือนละ 3,905 บาท ร้อยละ 75.0 มีรายได้เพียงพอ จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันเฉลี่ย 5 คนโดยความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเป็นพ่อ/แม่ มากที่สุด (ร้อยละ 60.0) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยนานมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 54.0) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9 ปี ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง (ร้อยละ 68.0) สาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแต่ละครั้งมาจากการขาดยามากที่สุด (ร้อยละ 39.0) ส่วนใหญ่เข้าใจว่าตนเองป่วยด้วยโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 74.0) ในจำนวนนี้คิดว่าตนเองเป็นโรคจิต/มีหูแว่ว (ร้อยละ 33.0) เป็นโรคเครียด (ร้อยละ 28.0) และมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่รายงานว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท (ร้อยละ 5.0) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเข้าใจว่าตนเองหายแล้วแต่จำเป็นต้องรับประทานยา (ร้อยละ 54.0) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมาจากแพทย์มากที่สุด (ร้อยละ 69.0) และปัจจัยสำคัญที่คิดว่ามีส่วนช่วยให้หายจากโรคมากที่สุดคือครอบครัว (ร้อยละ 69.0)

1. การรับรู้อาการนำ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการนำของโรคโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ .58 ซึ่งต่ำกว่าค่ากึ่งกลางของคะแนนที่เป็นไปได้คือ 1.5 คะแนน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการนำที่เกิดขึ้นในระดับค่อนไปทางต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการนำของโรคด้านวิตกกังวล/กระวนกระวายมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านซึมเศร้า/แยกตัว ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต และด้านไม่สามารถยับยั้งตนเองตามลำดับ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 4.78 ซึ่งสูงกว่าค่ากึ่งกลางของคะแนนที่เป็นไปได้คือ 4 คะแนน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนไปทางมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการได้รับความรักและความผูกพัน การเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และการได้รับการยืนยันความมีคุณค่าตามลำดับ

การใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.20 ซึ่งต่ำกว่าค่ากึ่งกลางของคะแนนที่เป็นไปได้คือ 2 คะแนน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยตนเองในระดับค่อนไปทางน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความถี่ของการใช้วิธีจัดการกับอาการด้านการแยกตัวเองมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการตอบโต้กลับ การเบี่ยงเบน การพยายามทำให้รู้สึกดีขึ้น การค้นหาความช่วยเหลือ และการหลีกหนี ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ประสิทธิผลของการใช้วิธีจัดการกับ อาการมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.16 ซึ่งต่ำกว่าค่ากึ่งกลางของคะแนนที่เป็นไปได้คือ 2 คะแนน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประสิทธิผลของการใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยตนเองในระดับค่อนไปทางต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประสิทธิผลของการใช้วิธีจัดการกับอาการด้านการตอบโต้กลับมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการแยกตัวเอง การเบี่ยงเบน การค้นหาความช่วยเหลือ การพยายามทำให้รู้สึกดีขึ้นและการหลีกหนี ตามลำดับ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำของโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

จากตารางที่ 1 พบว่าการรับรู้อาการนำของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .384$) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .289$)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนาย และตัวทำนายกับเกณฑ์ โดยแสดงในรูปเมตริกสัมพันธ์ (Correlation Matrix)

ตัวแปรที่ศึกษา	การรับรู้อาการนำของโรค	การสนับสนุนทางสังคม	การจัดการกับอาการด้วยตนเอง
- การรับรู้อาการนำของโรค (ความถี่ของการเกิดอาการ)	1		
- การสนับสนุนทางสังคม	-.220*	1	
- การจัดการกับอาการด้วยตนเอง	.384*	.289*	1

* $p < .05$

3. อำนาจการทำนายของการรับรู้อาการนำของโรคและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

จากตารางที่ 2 พบว่า ตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับการคัดเลือกคือ การรับรู้อาการนำของโรค ได้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .147 แสดงว่าการรับรู้อาการนำสามารถทำนายการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ร้อยละ 14.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเพิ่มตัวทำนายการสนับสนุนทางสังคมเข้าไปร่วมในการวิเคราะห์ได้ค่าสัมประสิทธิ์เพิ่มขึ้นเป็น .294 แสดงว่าการรับรู้อาการนำร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ร้อยละ 29.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุระหว่างตัวทำนายกับการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยวิธีการถดถอยพหุ (Multiple regression)

ขั้นที่	ตัวทำนาย	Multiple R	R^2 change	R^2	b	Beta	t
1.	การรับรู้อาการนำของโรค	.384	.147	.147	.385	.384	4.117*
2.	การรับรู้อาการนำของโรค				.471	.470	5.380*
	การสนับสนุนทางสังคม	.543	.294	.147	.223	.393	4.494*
	Constant (a) = 9.560						

Adj R^2 = .280, Overall $F_{(1, 97)}$ = 20.193

* P < .05

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการนำของโรคโดยรวมในระดับค่อนไปทางต่ำ (mean = .58) อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังและทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาอาการทางจิตสม่ำเสมอต่อเนื่องมาอย่างน้อย 1 เดือน มีอาการทางจิตสงบและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามสมควร อาการนำต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจึงอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาตามรายด้านจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถระบุอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของตนเองในด้านวิตกกังวล/กระวนกระวายมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านซึมเศร้า/แยกตัว ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต และด้านการไม่สามารถยับยั้งตนเอง (mean = .74, .64, .61 และ .28 ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ผู้ป่วยนอกจิตเภทส่วนใหญ่สามารถสังเกตติดตามอาการและระบุถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะแรกของตนเองได้ โดยอาการนำที่พบบ่อยที่สุดเป็นกลุ่มอาการด้านวิตกกังวล (Herz, 1980; Glimcher et al., 1986; Birchwood et al., 1989) ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิด stress vulnerability ที่ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความเปราะบางอันมีผลมาจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมอง ทำให้มีความไวต่อการถูกกระตุ้นและตอบสนองต่อปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลได้ง่าย (Zubin & Spring, 1977 cited in O'Connor, 1994: 232-233) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชแล้วผู้ป่วยมักจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรว่าความเครียดมีผลต่อการนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความสนใจกับอาการนำในด้านวิตกกังวลมาก

ส่วนผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมค่อนไปทางสูง (mean = 4.78) โดยได้รับการสนับสนุนด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ มากที่สุด เช่น การดูแลช่วยเหลือทางการเงิน การให้คำแนะนำ เป็นต้น รองลงมาคือ ด้านการได้รับความรักความผูกพัน การเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และการได้รับการยืนยันความมีคุณค่า (mean = 5.34, 5.06, 4.58, 4.56 และ 4.37 ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91) อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ49) ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำเป็นต้องอาศัยการช่วยเหลือจากครอบครัวทางด้านการเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัว ค่ารักษาและค่าเดินทางในขณะมาโรงพยาบาล ประกอบกับสมาชิกครอบครัวที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ด้วยมีความสัมพันธ์เป็นพ่อและแม่มากที่สุดส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความรักความเอาใจใส่และมีโอกาสที่จะพูดคุยปรึกษาหรือได้รับคำแนะนำมากขึ้น จึงน่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าตนเองอยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก ได้รับการดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆและรับรู้ว่าตนเองยังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวค่อนข้างมาก

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยตนเองโดยรวมค่อนไปทางต่ำ (mean = 1.20) หากพิจารณาตามรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้ใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยตนเองในทุกๆ ด้าน โดยใช้วิธีจัดการกับอาการด้านการแยกตัวเองมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการตอบโต้กลับ การเบี่ยงเบน การพยายามทำให้รู้สึกดีขึ้น การค้นหาความช่วยเหลือ และการหลีกหนี (mean = 1.82, 1.30, 1.23, 1.16, .82 และ .56 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับบ้าน ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมชอบแยกตัวอยู่ลำพัง ไม่ค่อยมีสัมพันธภาพกับใคร จึงมีโอกาสใช้วิธีการแยกตัวเองได้มากกว่าวิธีอื่นๆ ซึ่งวิธีการแยกตัวเองเป็นเพียงวิธีที่ช่วยทำให้อาการไม่เปลี่ยนแปลงเท่านั้น แต่ไม่ได้นำไปสู่การมีสุขภาพดี (Murphy & Moller, 1993) จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการใช้วิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีมากขึ้น ได้แก่ วิธีการตอบโต้กลับ การเบี่ยงเบน การค้นหาความช่วยเหลือ และการพยายามทำให้รู้สึกดีขึ้น

อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประสิทธิผลของการใช้วิธีจัดการกับอาการด้านการตอบโต้กลับมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการแยกตัวเอง การเบี่ยงเบน การค้นหาความช่วยเหลือ การพยายามทำให้รู้สึกดีขึ้น และการหลีกหนี (Mean = 1.33, 1.30, 1.24, 1.18, 1.07 และ .37 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าวิธีการตอบโต้กลับเป็นวิธีที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่และนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี (Murphy & Moller, 1993) จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าวิธีการตอบโต้กลับเป็นวิธีที่มีประสิทธิผลมากกว่าวิธีอื่นๆ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อาการนำของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการกับอาการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1) และการรับรู้อาการนำของโรคยังสามารถทำนายการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ร้อยละ 14.7 อย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับผลการศึกษาของเคนเนดี้และคณะ (Kennedy et al., 2000) ที่พบว่าคะแนนการรับรู้อาการนำของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนการใช้วิธีการจัดการกับอาการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเบเกอร์ (Baker, 1995) ที่พบว่า ประสบการณ์จากการมีอาการป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานทางจิตใจจะเป็นแรงกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยสนใจติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนเองเมื่อเริ่มมีอาการรุนแรง และนำไปสู่การค้นหาวิธีการที่จะควบคุมอาการที่เกิดขึ้น ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดของแคนเฟอร์ (Kanfer & Goelick, 1991) ที่ว่าบุคคลจะมีการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้จำเป็นจะต้องมีการใช้กระบวนการสังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของตนเองเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประเมินและพิจารณาตัดสินใจเลือกที่จะกระทำเพื่อจัดการกับปัญหาอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้อาการนำของโรคจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการส่งเสริมการใช้วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเภท

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการกับอาการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1) และการรับรู้อาการนำของโรคกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ร้อยละ 29.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยร่วมที่มีผลต่อการใช้วิธีการจัดการกับอาการด้วยตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของของคลินตันและคณะ (Clinton et al., 1998) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท และผลการศึกษาของยาใจ สิทธิมงคลและคณะ (2543) ที่พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากพยาบาลในระหว่างอยู่โรงพยาบาลสามารถร่วมทำนายการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ร้อยละ 21 ($p < .05$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความเครียดทั้งทางตรงและทางอ้อม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลทำให้บุคคลมีความเชื่อว่าได้รับความรัก ช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองทำให้มีการพัฒนากระบวนการรู้คิด ประกอบกับการให้คำแนะนำจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Thoits, 1982 cited in สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2537: 21-23) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นเสมือนแรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพลังใจและมีแรงจูงใจในการพยายามเผชิญกับอาการป่วยที่เกิดขึ้นเพิ่มขึ้น อีกทั้งการได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ เช่น ครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับอาการป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการต่อการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการประเมินอาการเบื้องต้นหรืออาการนำ และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองก่อนที่จะมีอาการทางจิตรุนแรง โดยอาจจัดโปรแกรมการฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการประเมินอาการนำในทุก ๆด้านด้วยตนเอง และฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะใช้วิธีการจัดการกับอาการด้วยตนเองที่มีประสิทธิผล ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยนำญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกตั้งแต่แรกเพื่อให้ญาติเรียนรู้ และสามารถทำหน้าที่สนับสนุนผู้ป่วยในการสังเกตติดตามอาการนำที่เกิดขึ้นและจัดการกับอาการด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมขณะอยู่ที่บ้าน

ด้านการวิจัย

ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะการประเมินหรือการรับรู้อาการนำและความสามารถในการจัดการกับอาการด้วยตนเองให้กับผู้ป่วยนอกจิตเภทและครอบครัวหรือผู้ดูแล

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ไม่มีการสุ่มตัวอย่างและเป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนกลุ่มประชากร จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรกลุ่มอื่นได้ทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

ยาใจ สิทธิมงคล เจริญ แจ่มแจ้ง และสมจินต์ อรุณปลอด. (2543). สถานภาพผู้ป่วยจิตเวชในช่วงก่อนจำหน่าย. วารสารพยาบาลศาสตร์, 18(3), 65-75.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2537). แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnosis and statistical manual of mental disorders. (4 th ed.)**. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Baker, C. (1995). The development of the self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing, IX** (5), 217-231.

Birchwood, M. et al. (1989). Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. **Psychological Medicine, 19, 649-656.**

Brandt, P. & Weinert, C. (1981). The PRQ-A social support measure. **Nursing Research,** 30, 277-280.

Clinton, M. et al. (1998). Perceived social support and community adaptation in schizophrenia. **Journal of Advanced Nursing,** 27, 955-965.

Cohen, C.I.,& Berk, L.A. (1985). Personal coping styles of schizophrenia outpatients. **Hospital and Community Psychiatry,** 36(4), 407-410.

Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the Buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98, 310-353.

Glimcher, L.M., Mcknight, S., Hamera, E., Smith, B.L., Peterson, K.A., & Plumlee, A.A. (1986). Use of symptoms by schizophrenics to monitor and regulate their illness. **Hospital and Community Psychiatry,** 37(9), 929-933.

Herz, M.I., & Melville, C. (1980). Warning signs of psychosis. **American Journal of Psychiatry,** 137, 801-805.

Kanfer, F.H., & Goelick, L. (1991). **Self-management methods.** In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), Helping People Change: A textbook of methods. (4 th ed., pp 305-360). New York: The pergamon press.

Kennedy, M.G., Schepp, K.G., & O' Connor, F.W. (2000). Symptom self-management and relapse in schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing,** XIV(6), 266-275.

Murphy, M.F., & Moller, M.D. (1993). Relapse management in neurobiological disorders:The moller-murphy symptom management assessment tool. **Archives of Psychiatric Nursing,** VII(4), 226-235.

O' Connor, F.W. (1994). A vulnerability-stress framework for evaluating clinical interventions in schizophrenia. IMAGE: **Journal of Nursing Scholarship,** 26(3), 231-237.