

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
ในผู้ป่วยจิตเภท



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ. ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท

.....
นางปิ่นทारी ประสาทศรี

ผู้วิจัย

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พเยาว์ พูลเจริญ

กศ.ม. (การแนะแนว)

ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภิตา แสงอ่อน

Ph.D. (Nursing)

กรรมการควบคุมสารนิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....
รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

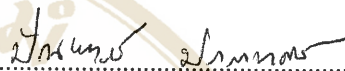
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สารนิพนธ์

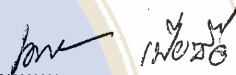
เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท
ที่ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

วันที่ 8 เดือน กันยายน พ.ศ. 2551



นางปิ่นทारी ประสาทศรี
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพวรรณ เปียชื่อ
Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

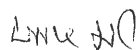


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพาว์ พูลเจริญ
กศ.ม. (การแนะแนว)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ อรพรรณ ลือบุญรัชชัย
Ph.D. (อุดมศึกษา)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

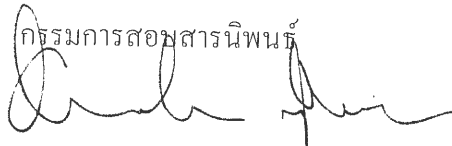
พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสทิน แสงอ่อน
Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์


รองศาสตราจารย์ ธีรชิตเทพ ต้นเผ่าพงษ์

พ.บ.

รองคณบดี รักษาการแทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พเยาว์ พูลเจริญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย ที่ให้ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่อง ในการทำสารนิพนธ์ จนเรียบร้อย สมบูรณ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจมาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เจ้าหน้าที่ห้องสมุดและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาของการศึกษา ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจในความกรุณาและขอกราบขอบคุณ เป็นอย่างยิ่ง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษาตลอดหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา ในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาส ศึกษาต่อ ขอขอบคุณผู้ร่วมงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญาทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติงานแทนอย่างดียิ่ง ในเวลาที่ต้องมาศึกษาหรือพบอาจารย์

ท้ายสุด ผู้ศึกษาขอขอบคุณ ครอบครัว และเพื่อนร่วมการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคพิเศษ) รุ่นที่ 1 ทุกท่านสำหรับความห่วงใย และกำลังใจที่มีให้ จนสารนิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ปัทมาธิ์ ประสาทศรี

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท

(A SYNTHESIS OF RESEARCH ON PSYCHOEDUCATION GROUPS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS)

ปัทมาธิ์ ประสาทศรี 4637634 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ : เพียว พูลเจริญ, กศ.ม.(การแนะแนว),
โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ จากฐานข้อมูลต่างๆ ทางอิเล็กทรอนิกส์ และห้องสมุด มีงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 9 เรื่อง ได้ข้อมูลสำคัญที่นำมาสรุปเป็น 5 ส่วน คือ 1) ส่วนประกอบของกลุ่ม ได้แก่ ลักษณะและขนาดของกลุ่ม เป็นกลุ่มปิด มีทั้งจำนวนสมาชิก 4-6 คน และ 8-10 คน ผู้นำกลุ่มมีหลายวิชาชีพ แต่ควรมีความรู้ความชำนาญ และมีประสบการณ์ในการทำกลุ่ม สมาชิกกลุ่มคือผู้ป่วยจิตเภททั้งในชุมชน ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล และในแผนกผู้ป่วยนอก ระยะเวลาในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง ประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 40 นาที ความถี่ในการดำเนินกลุ่ม ต่างกัน ไปคือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วงแรก และ 1 ครั้งต่อเดือนในช่วงหลัง จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มมีตั้งแต่ 2 ครั้ง ถึง 20 ครั้ง ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ถึง 20 สัปดาห์ 2) ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่ม ประกอบด้วย การบรรยาย อภิปราย ถาม-ตอบ และฝึกทักษะเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษา อาการข้างเคียงของการรักษา ด้วยยา การป้องกันการป่วยซ้ำ การจัดการกับความเครียดและการเจ็บป่วย การพัฒนาทักษะทางสังคม การเรียนรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน 3) วิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ได้แก่ การให้ข้อมูล การใช้กระบวนการกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติ การใช้อุปกรณ์ช่วยในการดำเนินกิจกรรม การฝึกปฏิบัติ 4) เครื่องมือที่ใช้วัดผลของกลุ่ม ได้แก่ เครื่องมือวัด อาการทางจิต ความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยา การทำหน้าที่ทางสังคม ความรู้ คุณภาพชีวิต การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติ 5) ผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาพบว่า เพิ่มความร่วมมือในการรักษา ลดการป่วยซ้ำ ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การทำหน้าที่และการติดต่อทางสังคมดีขึ้น อาการทางจิตลดลง รับรู้ถึงตราบาปลดลง Coping skill ดีขึ้น ระดับความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาเพิ่มขึ้น องค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในผู้ป่วยจิตเภทได้

คำสำคัญ : กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา / ผู้ป่วยจิตเภท

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON PSYCHOEDUCATION GROUPS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

PANDHAREE PRASARTSRI 4637634 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORS : PAYAO POOLCHAREON, M.Ed.
(GUIDANCE), SOPIN SANG-ON, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study analyzed and synthesized research studies on the use of a psychoeducation group in schizophrenic patients. The author collected data from electronic resources and libraries. Nine research studies met the criteria with the following conclusions: 1) Regarding the size and characteristics of groups, a closed group consisted of four to six and eight to 12 members and was led by an experienced therapist in a multidisciplinary team. The group members were patients with schizophrenia disorder from the O.P.D. of a community hospital. The group activities lasted 60 to 100 minutes per session. The frequency of group therapy varied from once or twice a week to monthly meetings. Group participation varied, ranging from two to 20 sessions within one to twenty weeks. 2) Regarding the characteristics of the activities and contents of the group, a knowledge of schizophrenia was disseminated through lectures and questions/answers concerning causes, symptoms, treatments, pharmacotherapy side effects, secondary prophylaxis, stress management, social skill development, and sources of community support. 3) With regard to the methods of psychoeducation groups in schizophrenic patients, the group process was used to disseminate knowledge and information, together with role-playing, as well as practicing the creation of motivation and the promotion of social and cultural beliefs. 4) As for the assessment tools, questionnaires were used to assess psychotic symptoms, compliance with treatment, adherence to pharmacotherapy, social functioning, quality of life, and emotional expression of family members and caregivers. 5) Concerning the outcomes of the use of a psychoeducation group with schizophrenic patients, research findings revealed that psychoeducation groups could result in higher cooperation with treatment, reduced relapses, reduced readmission into hospitals, improved quality of life, the promotion of social functioning and communication, decreased psychotic symptoms, decreased feelings of being stigmatized, an increase in coping skills, and the promotion of knowledge of the disorder and its treatment. The synthesized body of knowledge derived in this study can be used as a guideline for further studies on the implications of psychoeducation groups regarding the treatment of schizophrenic patients.

KEY WORDS: PSYCHOEDUCATION GROUP / SCHIZOPHRENIA PATIENTS

146 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Study objective)	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected outcomes and benefits)	6
คำจำกัดความ (Definition of term)	6
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคจิตเภท	9
กลุ่มสุขภาพจิตศึกษากับการบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท	19
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	24
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	
การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ	28
แนวทางในการสังเคราะห์งานวิจัย	34
บทที่ 4 ผลการศึกษา	74
บทที่ 5 อภิปรายผล	84
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	93
ข้อเสนอแนะ	96
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	101
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	118
บรรณานุกรม	139
ประวัติผู้วิจัย	146

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.	แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
2.	ผลการสังเคราะห์ งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท	36
3.	แสดงผลการสังเคราะห์ การศึกษา การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท	75



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด มีอุบัติการณ์ ประมาณร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก (Kaplan & Sadock, 1996) สำหรับในประเทศไทย มีอัตราความชุกประมาณ 5.2 แสนคน (Statistics by Country Schizophrenia, 2007) จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างปีงบประมาณ 2548 – 2550 พบว่าโรคจิตเภทพบบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง ในทุกปีงบประมาณ คิดเป็นร้อยละ 43.9, 43.6 และ 39.4 ของผู้ป่วยรับไว้รักษาทั้งหมด ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2551) และจากสถิติผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างปีงบประมาณ 2548-2550 พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุดทุกปีโดยคิดเป็นร้อยละ 62.8, 62.3 และ 61.15 ของผู้ป่วยรับไว้รักษาทั้งหมด ตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2550) ทั้งนี้เนื่องจากโรคจิตเภท มีลักษณะการดำเนินของโรครุนแรงและเรื้อรัง ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) นอกจากนี้พบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยในของโรคจิตเภทเท่ากับ 128.46 วัน และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งเท่ากับ 32,031.64 บาท (อรรณพ คิลปะกิจ และ อารีย์ ใจหนักแน่น, 2548) ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนการรักษาที่สำคัญได้ผลรวดเร็ว และเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุด คือ การรักษาด้วยยา (Kaplan & Sadock, 2000) แม้ว่ายาต้านโรคจิตในปัจจุบันจะมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ยาจะไม่เข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยยังคงเป็นปัญหาสำคัญของทีมสุขภาพที่ต้องหาวิธีการที่จะช่วยบำบัด รักษา ส่งเสริมและป้องกันทางด้านจิตสังคมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมมือในการรักษาเพื่อลดอัตราการป่วยซ้ำ ร่วมกับการรักษาด้วยยา เช่น การทำกลุ่มบำบัด การให้ความรู้ การปรับพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพพยาบาล ต้องดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องหาวิธีการบำบัดทางกายภาพ ที่ง่าย สะดวก ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย รวมถึงบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ตามกฎหมาย สำหรับรูปแบบการบำบัดที่สามารถดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้ คือ การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค อาการ แผนการรักษา การดูแลตนเอง ทั้งรายบุคคลและกลุ่ม ทั้งนี้รูปแบบการให้การบำบัดต้องมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและส่งผลให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเรื้อรังและรุนแรง ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ในระยะเริ่มมีอาการผู้ป่วยจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป มีความบกพร่องในหน้าที่ความรับผิดชอบด้านการทำงาน การเรียน การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แยกตัว ไม่สนใจตนเองทั้งด้านสุขอนามัยและการแต่งกาย ในระยะอาการกำเริบผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ส่วนใหญ่ในระยะนี้ ผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2539) ปัจจุบันวิธีการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด คือ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต เพื่อควบคุมอาการทางจิตให้สงบลงโดยเร็ว และป้องกันการป่วยซ้ำ (Kaplan & Sadock, 2000) แต่จากการศึกษามีผู้ป่วยจิตเภทเพียงร้อยละ 50 – 60 เท่านั้นที่รับประทานยาต่อเนื่องในปีแรก และมีแนวโน้มลดลงเหลือร้อยละ 15 – 25 ในปีต่อไป (Perkins, 1999; Ruscher, Wit & Mazmanian, 1997) มีผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น โดยผู้ป่วยที่หยุดรับประทานยา ร้อยละ 75 จะมีอาการรุนแรงขึ้นภายใน 1 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับประทานยาต่อเนื่อง จะมีอาการรุนแรงขึ้นเพียงร้อยละ 25 (Perkins, 1999) จากการศึกษาสาเหตุของการป่วยซ้ำพบว่า ร้อยละ 73 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับป่วยซ้ำ เนื่องจากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และร้อยละ 80 ของการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือ การหยุดรับประทานยา (Keith & Kane, 2003) นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับป่วยซ้ำในขณะที่ยังคงรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Gaultiere, 2004) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษา มีผลต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ญาติไม่สามารถดูแลและควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ มีผลให้อัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น

การป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ชูบินและสปริง (Zubin & Spring, 1977 Cited in Nuechterlin, Dawson, Ventura, Gitlin, & Subotnik, 1994) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการป่วยซ้ำว่า ขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ของปัจจัย 4 ประการ คือ 1) ความอ่อนแอพื้นฐานของบุคคล (Personal Vulnerability factor) ได้แก่ ความผิดปกติของระดับ โดปามีน ความสามารถของกระบวนการคิด การวิเคราะห์ข้อมูลลดลง และระบบอัตโนมัติทำงานตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากผิดปกติ 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด (Environmental Stress) ได้แก่ บรรยากาศในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการกระตุ้นทางสังคมสูง 3) ปัจจัยปกป้องทางสิ่งแวดล้อม (Environmental Protectors) ได้แก่ ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาและการมีรูปแบบการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตสังคม และ 4) ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล (Personal Protectors) ได้แก่ การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การมีทักษะในการเผชิญปัญหาและการมีความเชื่อในสมรรถนะของบุคคล

จากการศึกษาพบว่า การไม่ร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะเรื่องการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท พบมากถึงร้อยละ 25-50 ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Sullivan, Well, Morgenstern & Leake, 1995) ส่วนมากมีสาเหตุมาจากความขัดแย้งระหว่างแนวทางการรักษาของแพทย์กับความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วย การปฏิเสธการเจ็บป่วย เคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผลข้างเคียงของยา สัมพันธภาพกับทีมสุขภาพไม่ดี และมีปัญหาทางการเงิน รวมถึงการเดินทางมารับยา (Schultz & Videbeck, 1994) นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าในผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ก็มีส่วนที่บังเกิดอาการกำเริบจนต้องกลับเข้ารับรักษา ซึ่งในกรณีนี้ อาจเกิดจากร่างกายผู้ป่วยมีการดื้อซึมยาไม่ดี มีความตึงเครียดมาก (Mulaik, 1992) หรือขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในชุมชน เช่น มีการใช้สารเสพติด และไม่มาพบแพทย์ตามนัด (Chen, 1991) จากแนวคิดดังกล่าว จะเห็นได้ว่าสาเหตุที่สำคัญของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท มาจากสาเหตุและปัจจัยด้านผู้ป่วยมากที่สุด และจากผลการศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยป่วยซ้ำ คือ ผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือในการรักษา ในประเทศไทยพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง โดยหยุด เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง (ราตรี อินทรีย์, 2541) จากการศึกษาความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ คิดว่าตนเองหายแล้ว ขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา การลืมรับประทานยา ไม่ต้องการที่จะรับประทานยาทุกวันและกลัวสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย (ราตรี อินทรีย์, 2541) จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทได้รับความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของยา รู้สีกว่ายาไม่มีประสิทธิภาพ เบื่อหน่าย (Lund & Frank, 1991) ผู้ป่วยไม่มีความรู้เรื่องยา รับประทานยานานกว่า 5 ปี อยู่ห่างไกลโรงพยาบาลเกิน 10 กิโลเมตร (Razali & Yahya, 1995) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าสาเหตุของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทล้วนมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา คือ ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรค การรักษา และการปฏิบัติตัว

ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือในการรักษา ที่ผ่านมามีการศึกษาพัฒนาวิธีการที่จะช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ วิธีการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคของการรับประทานยา เช่นการให้ความรู้เรื่องโรคและประโยชน์ของการรับประทานยา การจัดการกับผลข้างเคียงของยา การช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับยาต่อเนื่อง (Fenton, Blyler & Heinsecn, 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ เพคคาลา และมิรินเดอร์ (Pekkala & Mirinder, 2008) ถึงผล ของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาและการป่วยซ้ำ ผลการทบทวน พบงานวิจัยที่เป็น Randomized control Trail study

(RCTs) ตั้งแต่ ค.ศ. 1966 – 1999 จำนวน 10 เรื่อง พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา ช่วยลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ในระยะ 9 - 18 เดือนของการติดตามผล แต่ไม่เพิ่มความร่วมมือในการรักษาสำหรับการทบทวนอย่างมีระบบเพื่อหารูปแบบการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้างของวิธีการให้สุขภาพจิตศึกษาของ กริฟฟิธ และคณะ (Griffiths, Fernandes, Mostacchi & Evans, 2004) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบมีโครงสร้างโดยเฉพาะ จะเพิ่มความรู้และความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบไม่มีโครงสร้าง การให้สุขภาพจิตศึกษา แบบมีโครงสร้าง หมายถึง การให้ความรู้กับผู้ป่วยโดยมีการวางแผน มีการแจกเอกสาร ร่วมกับการใช้สื่อทัศนูปกรณ์ การแสดงบทบาทสมมุติ นอกจากนี้การให้สุขภาพจิตศึกษามากกว่า 1 ครั้ง จะให้ผลดีในการเพิ่ม ความรู้ มากกว่าครั้งเดียว สำหรับการศึกษานี้ของ เบคคอฟ และคณะ (Bechdolf et al, 2004) พบว่าการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ต้องมีโครงสร้างหรือการวางแผนการสอน โดยเนื้อหาประกอบด้วย อาการของโรคจิตชนิดต่างๆ การรักษาด้วยยาและผลข้างเคียง การรับประทานยาต่อเนื่อง การรู้อาการนำก่อนป่วยซ้ำ การป้องกันการป่วยซ้ำ รวมทั้งการนำเทคนิค การเพิ่มแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) มาใช้ร่วมในการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อโน้มน้าว ชักจูง ให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา จึงจะช่วยลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้จากการศึกษาของ ฮอร์นังและคณะ (Hornung, Kieser, Feldmann & Buchkremer, 1996) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและญาติ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้ Psychoeducational training (PMT) ร่วมกับการใช้ Cognitive psychotherapy (CP) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ หลังให้ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา คือ 6 เดือน หลังจากนั้นความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับจะค่อยๆ ลดน้อยลง ดังนั้นควรมีการฝึกอบรมซ้ำทุก 6 เดือนหลังให้การบำบัด เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ จากการศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทรายบุคคล ในกลุ่มทดลอง 6 ครั้ง จนผู้ป่วยจำหน่ายและติดตามทางโทรศัพท์ อีก 4 ครั้ง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ให้การดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการศึกษามีอัตราการป่วยซ้ำลดลงและทำให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น (Chaiyajan, 2007) และจากการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง พบว่าการให้ความรู้แบบมีโครงสร้าง ร่วมกับการใช้เทคนิคเพิ่มแรงจูงใจ โดยมีการกระตุ้นซ้ำทุก 6 เดือน สามารถลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรักษามากกว่าการให้ความรู้แบบไม่มีโครงสร้าง (อนงค์นุช ศาโสกร, 2548)

สำหรับการใช้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท เนื้อหาความรู้ประกอบด้วยเรื่องโรคจิตเภท อาการ การรักษา อาการข้างเคียงของยาและการจัดการกับผลข้างเคียงของยา การจัดการกับ

ความเครียดและความวิตกกังวล รูปแบบการให้ความรู้สามารถจัดได้ทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล ทั้งในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและแผนกผู้ป่วยนอก สำหรับการให้ความรู้ ส่วนใหญ่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาตั้งแต่ 6 – 15 ครั้ง อาจจัด 1 - 2 ครั้ง/ สัปดาห์ เนื่องจากระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลใช้เวลา ประมาณ 2 – 3 สัปดาห์ ตามนโยบายการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลให้สั้นลง (กรมสุขภาพจิต, 2545) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสำคัญและจำเป็นที่บุคลากรทางด้านสุขภาพต้องกระทำ เนื่องจากหากไม่มีการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนจำหน่าย ให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษาแล้ว เป็นการยากที่ผู้ป่วยจิตเภทจะให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย (Falvo, 2000) ดังนั้นหากมีรูปแบบหรือวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการรักษาที่ดีและมีคุณภาพ ความเป็นไปได้ในการที่จะทำให้อาการของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำลดลงลงเกิดขึ้นได้

จากแนวคิดเกี่ยวกับการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ของซูบินและสปริง (Zubin & Spring, 1977 Cited in Nuechterlin, Dawson, Ventura, Gitlin & Subotnik, 1994) ที่เชื่อว่าขึ้นอยู่กับความอ่อนแอ พื้นฐานของบุคคล ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหา การมีรูปแบบการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตสังคม บรรยากาศในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการกระตุ้นทางสังคมสูง รวมถึงการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การมีทักษะในการเผชิญปัญหา ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอัตราการป่วยซ้ำลดลง และสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้นนั้น ต้องลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้องให้กับผู้ป่วย ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีรูปแบบการช่วยเหลือทางจิตสังคมที่มุ่งให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรค การรักษา การปฏิบัติตัว เพิ่มทักษะในการเผชิญกับภาวะของโรค มีความเข้มแข็งที่จะอยู่ได้ในสถานะที่มีปัญหา ยอมรับความเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษาและฟื้นฟู จึงเป็นวิธีการบำบัดที่เหมาะสมในการนำมาใช้ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้องให้กับผู้ป่วยในด้าน การให้ความร่วมมือในการรักษาและลดการป่วยซ้ำ

ถึงแม้ผลจากการทบทวนความรู้ (Knowledge Focused Triggers) ที่เกิดจากการค้นคว้าจากวรรณกรรมหรืองานวิจัยต่าง ๆ ที่มาจากองค์ความรู้ จะยืนยันว่ารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยการให้ความรู้กับผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำได้ แต่จากผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านมาของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา ทั้งในหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดที่ดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตจนผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ และย้ายผู้ป่วยมารับการบำบัดต่อที่หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัด พบว่ารูปแบบการให้ความรู้มีความแตกต่างกัน เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วย จิตเภทเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม เริ่มตั้งแต่วันแรก ๆ ที่เข้ารับรักษา หรือรอจนกว่าอาการทางจิตสงบ การ

ฝึกให้ผู้ป่วยจัดหารับประทานเอง โดยมีพยาบาลควบคุมดูแล การให้ความรู้กับญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาล และเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ของโรงพยาบาล ศรีธัญญา จึงสนใจศึกษาวิธีการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ช่วยลดการป่วยซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันและเป็นบทบาทที่พยาบาลจิตเวชสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้โดยตรง

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษา จึงต้องการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits / Outcomes)

ได้องค์ความรู้การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในการนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล

คำจำกัดความ (Definition of term)

ผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตประเภทหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม โดยที่อาการดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีการเสื่อมเสียการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพการงาน โดยมีระยะเวลาของความผิดปกติต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน ในระยะ 6 เดือนนั้นจะต้องมีระยะที่อาการกำเริบ (Active phase) อย่างน้อย 1 เดือน ส่วนระยะเวลาที่เหลือจะเป็นระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) หรือระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase)

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation group)

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา หมายถึง วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยใช้หลักการที่มีกลุ่มคนมาประชุมพบปะกันระหว่างผู้บำบัดหรือผู้นำกลุ่มกับผู้ป่วย เกิดแรงจูงใจและมีความจริงใจในการที่จะช่วยเหลือกัน มีการเรียนรู้ปัญหา ใช้ความสามารถในการพิจารณาแง่มุมต่างๆ ของปัญหาและ

สามารถแก้ไขปัญหาได้ ผสมผสานกับการให้ความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาและ
แหล่งให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจกับภาวะของโรค ยอมรับความเจ็บป่วย ให้ความ
ร่วมมือในการรักษาและฟื้นฟู เพิ่มทักษะในการเผชิญกับภาวะของโรค มีความเข้มแข็งที่จะอยู่ได้ใน
สถานะที่มีปัญหา



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ได้องค์ความรู้การใช้ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในการนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ตามหัวข้อสำคัญ ดังนี้

1. โรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.4 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท
 - 1.5 ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 1.6 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. กลุ่มสุขภาพจิตศึกษากับการบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 วัตถุประสงค์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
 - 2.3 หลักการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
 - 2.4 วิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
 - 2.5 ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
 - 2.6 ขนาดของกลุ่ม
 - 2.7 ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่ม
 - 2.8 ผู้นำกลุ่ม
 - 2.9 การเรียนรู้ภายในกลุ่ม
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคจิตเภท

1.1 ความหมาย โรคจิตเภท ตามความหมายของ International Classification of Disease – 10 (ICD – 10) (WHO, 1992) มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพมีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะและอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (Blunted) สติปัญญาและเชาวน์ปัญญาปกติ

โรคจิตเภท ตามความหมายของระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition; DSM-IV, 2000) เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวก คือ ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด พฤติกรรมแสดงออก ส่วนอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดไปจากที่คนทั่วไปควรมี เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดและขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ผู้เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและลบติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน ความผิดปกติดังกล่าวมีผลให้ผู้ป่วยเกิดการเสื่อมต่อการทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพและการงาน (American Psychiatric Association, 2000)

สรุป ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตประเภทหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม โดยที่อาการดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมเสียการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพการงาน โดยมีระยะเวลาของความผิดปกติต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน ในระยะ 6 เดือนนั้นจะต้องมีระยะที่อาการกำเริบ (Active phase) อย่างน้อย 1 เดือน ส่วนระยะเวลาที่เหลือจะเป็นระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) หรือระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase)

1.2 อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นบุคคลที่มีกลุ่มอาการผิดปกติด้านความคิด และการรับรู้เป็นพื้นฐาน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ในขณะที่ความรู้สึกลึกซึ้งและความสามารถทางปัญญายังคงปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวจะปรากฏชัดอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน (WHO, 1992) โดยที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการเกิดโรคได้อย่างแน่ชัด ลักษณะการดำเนินโรคแบ่งได้ 3 ระยะ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 2000)

1.2.1 ระยะเริ่มมีอาการ ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น โดยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป คาดจะสังเกตได้ว่า ผู้ป่วยเกียจคร้านมากขึ้น ชอบเก็บตัวอยู่ในห้อง ไม่สนใจสุขวิทยาส่วนบุคคล มีปัญหาเรื่องการทำงาน สัมพันธภาพ และการเรียน อาการส่วนใหญ่เป็นอาการทางลบ หรืออาการแสดงที่น้อยกว่าสภาพจิตปกติ (Negative Symptoms) โดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 1 ปี ก่อนเข้าสู่ระยะอาการชัดเจน (Kaplan & Sadock, 1998)

1.2.2 ระยะเวลาการชัดเจน ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยแสดงอาการทางบวก (Positive Symptoms) หรืออาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ อย่างชัดเจน เช่น หลงผิด ประสาทหลอน รูปแบบการพูดผิดปกติ หรือมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทบ ทำลายสิ่งของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เป็นระยะที่สังเกตได้ง่าย และทำให้ง่ายต่อการวินิจฉัยของผู้ป่วยมารับการรักษา (Kaplan & Sadock, 1998)

1.2.3 ระยะเวลาการหลงเหลือ เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการสงบและถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัว ระยะนี้อาการทางบวกจะน้อยลง แต่อาการทางลบจะเด่นชัดขึ้น ซึ่งมีลักษณะคล้ายระยะเริ่มมีอาการ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมทางจิตใจและสังคมมากขึ้น (WHO, 1992) เช่น พูดน้อย เลือยหาไร้อารมณ์ แยกตนเองออกจากสังคม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่สนใจดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเอง บางรายอาจจะมีซึมเศร้าร่วมด้วย จะเห็นได้ว่า ถึงแม้การดำเนินโรคจะมาถึงระยะที่โรคสงบแล้วก็ตาม แต่ความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมบางอย่างยังหลงเหลืออยู่ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนมากจึงมักจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (American Psychiatric Association, 2000) ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำสูง เห็นได้จากจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลภายใน 2-6 เดือน หลังจำหน่าย ที่มีถึงร้อยละ 50 และภายใน 2 ปีหลังจำหน่าย พบสูงถึงร้อยละ 70 (Fowler, 1992) จากข้อมูลดังกล่าว ผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำจนกลายเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเนื่องจากความซับซ้อนของการเกิดอาการผิดปกติ

1.3 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่มีความสลับซับซ้อนมาก แม้ว่าในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์จะมีความก้าวหน้ามากขึ้น แต่สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทยังไม่ชัดเจน แต่เป็นที่ยอมรับว่าโรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งแต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ตามรูปแบบอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท Vulnerability Stress Model of Schizophrenia (Zubin & Spring, 1977 Cited in Nuechterlin, Dawson, Ventura, Gitlin, & Subotnik, 1994) ที่มีความเชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านชีวภาพและสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลเกิดความเครียดและการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท ซึ่งความเครียดเหล่านี้ขึ้นอยู่กับความอ่อนแอของบุคคล ความรุนแรงของความเครียดและความคงทนของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ แคลปเลน และชาดอค (Kaplan & Sadock, 2000) ได้สรุปสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทว่าเกิดจากปัจจัยทางชีวภาพมากกว่าปัจจัยทางด้านจิตสังคมและการเลี้ยงดู

1.3.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ที่สำคัญ ได้แก่

1.3.1.1 ปัจจัยความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Neurotransmitters factors)

เชื่อว่าสารโดปามีน ที่ทำงานเพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิต ซึ่งมีการศึกษานับพันว่า ยาต้านโรคจิตที่ยับยั้งการทำงานของโดปามีน สามารถทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น และการค้นพบสารสื่อประสาทบางชนิด เช่น Serotonin, Norepinephrine , GABA, Glutamate พบว่าการเปลี่ยนแปลงของสารเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคจิตเภทได้เช่นกัน จึงมีการพัฒนายาต้านโรคจิตชนิดใหม่ (Atypical antipsychotic) ที่ใช้รักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีสารสื่อประสาทชนิดอื่นผิดปกติด้วย ดังนั้นการเพิ่มของ Dopamine อย่างเดียวไม่ใช่สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

1.3.1.2 ปัจจัยความผิดปกติของกายวิภาคสมอง (Neuroanatomic factors) โดย

การตรวจพิเศษทางเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ช่องสมองด้านข้าง (Lateral ventricles) มีขนาดกว้างขึ้นและพบว่า Hippocampus ในระบบ Limbic มีขนาดลดลง การค้นพบนี้อธิบายว่า การเสื่อมสลายของระบบประสาทเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

1.3.1.3 ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (Genetic factors) พบอัตราการเกิดโรคใน

บุคคลที่ครอบครัวสายตรงป่วยด้วยโรคจิตเภท มากกว่าบุคคลทั่วไปถึงร้อยละ 10 (American Psychiatric Association, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่ทั้งบิดา มารดาป่วยด้วยโรคจิตเภทมีโอกาสเป็นโรคสูงถึงร้อยละ 35 และพบในอัตราร้อยละ 15 ในกรณีที่บิดาหรือมารดาป่วยเพียงคนเดียวและจากการศึกษาในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันพบว่าหากฝาแฝดคนหนึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภทอีกคนมีโอกาสป่วยสูงถึง ร้อยละ 50 และลดลงเหลือ ร้อยละ 15 ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบเทียบกับอัตราการเกิดโรคของประชากรทั่วไปที่มีเพียงร้อยละ 0.5 - 1 (Videbeck, 2001)

1.3.1.4 ปัจจัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และขณะคลอด จากการศึกษา

พบว่ามารดาของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีปัญหาแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และขณะคลอดสูงกว่าบุคคลทั่วไป (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

1.3.2 ปัจจัยด้านครอบครัว (Family factors) ได้แก่

1.3.2.1 การสื่อสารที่ผิดปกติในครอบครัว มีความเชื่อว่า การสื่อสารใน

ครอบครัวที่มีลักษณะแปรปรวน ปิดกั้นปัญหา ไม่เป็นเหตุเป็นผล และไม่ต่อเนื่อง มีผลกระทบต่อพัฒนาการทางคำพูดและความคิดของเด็ก ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางความคิดเมื่อโตขึ้น(Nugter, Dingemans, Linszen, Dose & Gerson, 1997)

1.3.2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง (High Expressed Emotion: high EE) การแสดงออกทางอารมณ์ ของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการกลับมาซ้ำ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอัตราการป่วยซ้ำสูง มาจากครอบครัวที่มีลักษณะอารมณ์ที่รุนแรง คือ มีการวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) และการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (Emotional over involvement) (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1.3.3 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) พบความผิดปกติ ของการเรียนรู้ ความผิดปกติของอีโก้ (ego) และพบว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีวิตไม่คงอยู่ในสภาพเดิม หรืออาจเป็นเพราะการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้บุคคลป่วยเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขณิข, 2542)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคจิตเภท แต่แนวคิดที่ได้รับการยอมรับและน่าเชื่อถือ คือ Stress –diathesis Model ที่เชื่อว่าปัจจัยการเกิดโรคจิตเภทเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน โดยบางครั้งผู้ป่วยอาจมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้วเมื่อพบสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภท จนส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม(Zubin & Spring, 1977 Cited in Nuechterlin, Dawson, Ventura, Gitlin, & Subotnik, 1994)

1.4 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทได้ชื่อว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีการกำเริบซ้ำ และเรื้อรัง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศอย่างมาก โดยผลกระทบต่อผู้ป่วยนั้นพบว่า ผู้ป่วยต้องใช้ความอดทนอย่างมากต่ออาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่ต้องปรับขนาดสูงขึ้น ในขณะเดียวกันเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะแรก ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการฟื้นฟูทางอาชีพ ประกอบกับการสร้างทักษะทางสังคมต้องหยุดชะงัก จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนมากจะมีฐานะยากจนลงเรื่อยๆ เนื่องจากขาดความสามารถในการทำงาน ในขณะที่ต้องจ่ายค่ารักษาที่มีราคาแพง (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ผลกระทบต่อครอบครัวพบว่า มีหลายครอบครัวที่ต้องขาดการสนับสนุนจากสังคม โดยเฉพาะจากทีมสุขภาพ เนื่องจากพวกเขารู้สึกอับอายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม จึงพยายามแยกตัวออกจากสังคม และบางครั้งก็ไม่กล้าพาผู้ป่วยมารักษา (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเรื้อรังมากขึ้น ความสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นอีกผลกระทบหนึ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นหลักในการหารายได้ (ประไพศรี นูรณงกูร, 2538) ผลกระทบทางสังคมพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบ อาจจะทำอันตรายต่อสังคมได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง คือ การฆ่าผู้อื่น และมีโอกาสในการกระทำความผิดมากกว่าบุคคลทั่วไป (เกียรติภูมิ วงศ์จิต และ ประภาส อุครานันท์,

2541) ส่วนผลกระทบระดับประเทศ ประเด็นแรก คือ การขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างประเทศไทยที่ยังต้องการคนมีคุณภาพมาพัฒนา และสร้างสาธารณูปโภคต่างๆ ประเด็นที่สองคือ การสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาล ซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับรักษามีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้นปัญหาการกำเริบซ้ำ และการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ทุกฝ่ายควรพิจารณาหาแนวทางป้องกันโดยเร่งด่วน (เกียรติภูมิ วงศ์รจิต และประภาส อุครานันท์, 2541) โดยเฉพาะการหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

1.5 ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ (Zubin & Spring, 1977 Cited in Nuechterlin, Dawson, Ventura, Gitlin, & Subotnik, 1994) ปัจจัยด้านผู้ป่วย สาเหตุที่พบมากที่สุดคือ การไม่ร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะเรื่องการรักษาด้วยยา (Sullivan, Well, Morgenstern, & Leake, 1995) พบมากถึงร้อยละ 25-50 ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่วนมากมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว มีความขัดแย้งระหว่างแนวทางการรักษาของแพทย์กับความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วย การปฏิเสธการเจ็บป่วย เคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผลข้างเคียงของการรักษา สัมพันธภาพกับทีมสุขภาพไม่ดี และมีปัญหาทางการเงิน รวมถึงการเดินทางมารับยา (Schultz & Videbeck, 1994) แต่ในผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ก็มีบางส่วนที่ยังเกิดอาการกำเริบจนต้องกลับเข้ารับรักษา ซึ่งในกรณีนี้ อาจเกิดจากร่างกายผู้ป่วยมีการดูดซึมยาไม่ดี มีความตึงเครียดมาก (Mulaik, 1992) หรือขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ชุมชน เช่น มีการใช้สารเสพติด และไม่มาพบแพทย์ตามนัด (Chen, 1991)

ปัจจัยด้านครอบครัว ได้มีการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ได้รับการรู้เกี่ยวกับ การควบคุมอาการกำเริบ การรักษาพยาบาล และแหล่งสนับสนุนทางสังคมและอาชีพ จะมีอัตราการกลับเข้ารับรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ไม่ได้รับความรู้ดังกล่าวถึงร้อยละ 50 (Smith & Knice-Ambinder, 1989) สอดคล้องกับผลการวิจัยในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับเข้ารับรักษา ส่วนใหญ่จะขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น ผู้ดูแลเชื่อว่า อาการของผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากการถูกกระทำทางไสยศาสตร์จึงพาผู้ป่วยไปบ้านหมอธรรมเพื่อขับไล่ผีออกจากตัวผู้ป่วย หรือเข้าใจว่าโรคจิตเภทสามารถรักษาให้หายขาดได้ทันที เมื่อเห็น

ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงหยุดยาเอง (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) นอกจากนี้ยังเกิดการไม่ยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความตึงเครียด และมีปมด้อย (Beck & Rector, 2000) ขณะเดียวกันผู้ดูแลก็มีความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วย หรือมีภาระ โดยแสดงออกมาในลักษณะอารมณ์โกรธและหงุดหงิดใจเมื่อ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ วิตกกังวลและรู้สึกสิ้นหวังที่ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ความรู้สึกดังกล่าวทำให้เกิดความท้อแท้ และเบื่อหน่ายการดูแล (Razali & Yahya, 1995) รวมถึงการเพิกเฉยต่อบทบาทผู้ดูแล ไม่ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยขาดยาและไม่ได้รับการประคับประคองทางจิตใจก็ย่อมมีโอกาสเกิดการกำเริบซ้ำได้ง่าย (วัชรภรณ์ ลือโฮสงค์, 2541)

ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ การไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพไม่ดี (Schultz & Videbeck, 1994) ทั้งสองสาเหตุนี้มีความเกี่ยวข้องกับทีมสุขภาพโดยตรง เพราะบทบาทของทีมสุขภาพจะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและวิธีการดูแลรักษา รวมถึงการดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ นอกจากนี้ ผลการวิจัยของราชาลิและยาห์ยา (Razali & Yahya, 1995) ที่ศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดด้วยยาต่อการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง 185 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 85 คน ได้รับประทานยารักษาโรคจิต 1-2 ครั้งต่อวัน ร่วมกับการให้การปรึกษาเรื่องยา ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 80 คน ได้รับการบำบัดตามปกติ หลังจากติดตามผลเป็นเวลา 1 ปี พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อยู่ในกลุ่มทดลองเกิดการกำเริบซ้ำเพียง 11 คน (13%) ในขณะที่กลุ่มควบคุม เกิดการกำเริบซ้ำถึง 23 คน (29%) และพบว่าทั้งสองกลุ่มมีการกำเริบซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีอัตราการกำเริบซ้ำสูง ก่อให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ มากมาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบซ้ำ มีหลายปัจจัยทั้งด้านผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ซึ่งสาเหตุที่สำคัญ มาจากสาเหตุด้านผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษามากที่สุด (Sullivan, Well, Morgenstern & Leake, 1995; Schultz & Videbeck, 1994; Mulaik, 1992; Chen, 1991)

1.6 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งตามระยะอาการ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2539; คณะกรรมาธิการพระบรมราชชนก, 2539; Townsend, 2000) ดังนี้

1.6.1 ระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาพยาบาลในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีปัญหาที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาหรือรายที่สงสัยว่าอาจมีโรคทางกายมาเกี่ยวข้อง ในระยะนี้ จะเน้นให้ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลโดยมี

เป้าหมายเพื่อควบคุมอาการที่กำลังให้ได้ดีที่สุด และเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมผู้รักษาพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องต่อไป การรักษาในระยะนี้ได้แก่

1.6.1.1 การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือยา รักษาโรคจิตเป็นยาที่ช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดีขึ้น และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับ โดปามีนในสมอง ทำให้อาการแสดงของโรคลดลงเกือบทุกอาการ โดยเฉพาะอาการทางบวก ซึ่งจะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงเช่น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง น้ำลายไหลยืด คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง หรือมีอาการปากคอแห้ง อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาได้ด้วยยาต้านโรคพาร์กินสัน และการรักษาตามอาการ จากการศึกษา ของ Fleishchacker และคณะ (Fleishchacker, Meise, Gunther & Kurz, 1994) ได้แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็น 4 ประการ คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ลักษณะประชากร ลักษณะการเจ็บป่วยหรือชนิดของโรค พยาธิสภาพ ของโรค 2) ปัจจัยด้านผู้รักษา เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคมและสิ่งแวดล้อมทางการรักษา 4) ปัจจัย ด้านแผนการรักษา เช่น วิธีการที่เข้าสู่วางกาย ผลดีและผลข้างเคียงของยา ที่จะส่งผลต่อ การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย จากการ ทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่พบมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านแผนการรักษา คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา (มานิต ศิริสุรภานนท์และจำลอง ดิษยณิข, 2542; มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2543; สารุพร พุฒขาว, 2541; Adamec, 1996) ทั้งนี้เนื่องจากแผนการรักษาใช้ยาจำนวนมาก (Fleishchacker, Meise, Gunther & Kurz, 1994) ขนาดของยาที่ให้สูงและให้ยาบ่อย การรักษาต้องใช้ระยะเวลานาน (มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2543; Haber, Mc Mahon, Hoskin & Sidelean, 1992) ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับผลข้างเคียงจากการรับประทานยาด้านโรคจิต เช่น น้ำลายไหล กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง จนทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรู้สึกไม่สบาย และไม่ยอมรับประทานยาอีกต่อไป (การดี การเร้ว, 2541) การขาดการตระหนักรู้ในตนเอง มีอาการหลงผิด การปฏิเสธอาการเจ็บป่วย การขาดแรงจูงใจ (Kaplan & Sadock, 2000) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความคิดและความเชื่อว่าโรคที่เป็นอยู่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ทำให้เกิดความท้อแท้ ไม่ยอมมารับการรักษาหรือไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษา (Puntit, 1991) ไม่มีความรู้เรื่องโรคและการรักษา พบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่หยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกว่าการไม่ดีขึ้น ไม่สุขสบายและรู้สึกแปลกๆ โดยไม่ทราบว่าเป็นผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งหยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้น (Kaplan & Sadock, 2000)

การรักษาโรคจิตเภทนั้น ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 6-12 เดือน ทำให้การรับรู้ความจำเป็นในการรักษาของผู้ป่วยลดลง (Haber, Mc Mahon, Hoskin & Sidelean, 1992) ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มที่จะเกิดความเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยา และหยุดรับประทานยาในที่สุด (นงเยาว์ พูลศิริ, 2535) จากการศึกษาของ Razali และ Yahya (1995) ถึงความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในมาเลเซีย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปี จะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลามากกว่า 5 ปี จากการศึกษาของ Perri (2003) พบว่า ระยะเวลาหลังเริ่มการรักษา 1 ปี ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะลดลงเหลือร้อยละ 50 และลดลงเหลือร้อยละ 29-33 หลังการรักษา 5 ปี ส่วนระยะเวลาที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงสุด คือ ภายใน 6 เดือน (Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt & David, 1996; Kemp, Kirov, Everitt, Hayward & David, 1998; Perri, 2003)

1.6.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยไฟฟ้าจะนำมาใช้เมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีอาการเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (catatonia) ผู้ป่วยไม่รับประทานและน้ำ และกรณีการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล การรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสารสื่อประสาทเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา วิธีการรักษา ผู้รักษาจะวางขั้วไฟฟ้าลงบนขมับทั้งสองข้างของผู้ป่วยแล้วจึงปล่อยกระแสไฟฟ้าขนาดต่ำพอที่จะทำให้ผู้ป่วยชักได้เป็นเวลาอย่างน้อย 25-30 วินาที การรักษาจะทำประมาณ 6-12 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1-2 วัน ในระหว่างรับการรักษา ผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงงสับสน พบได้บ่อยใน 1-2 ชั่วโมงหลังการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวิช, 2542; ทูลภา บุญผาสังข์, 2545)

1.6.1.3 การรักษาด้วยสิ่งแวดลอม จะมุ่งเน้นการลดความกดดันของผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดลอมให้สงบผ่อนคลาย และส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรม เพื่อคงสภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรืออาจใช้การผูกมัดและจำกัดบริเวณ ซึ่งจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น แต่ทีมสุขภาพจะต้องบอกผู้ป่วยก่อนว่า จะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการผูกมัด หรือการจำกัดบริเวณ แล้วจึงดำเนินการช่วยเหลืออย่างรีบด่วนและนุ่มนวลที่สุดหลังจากนั้นอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในระยะแรก เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าไม่ใช่การลงโทษ แต่เป็นวิธีการช่วยเหลือ กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาผิดควบคุมอาการร่วมด้วย ทีมสุขภาพต้องตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัว และผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้จึงจะพิจารณายุติการผูกมัดหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวิช, 2542; ทูลภา บุญผาสังข์, 2545)

1.6.2 ระยะเวลาการดูแล ผู้ป่วยในระยะนี้จะเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น แม้จะมีอาการทางจิตแต่ความรุนแรงน้อยลง การรักษาในโรงพยาบาล ก็เพื่อควบคุมอาการและ บำบัดทางจิตเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับสู่ชุมชน การรักษาพยาบาลโดยทั่วไปมีลักษณะ เช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ แต่จะเน้นการบำบัดทางจิต ซึ่งมีวิธีการดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2543; คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2539; Townsend, 2000)

1.6.2.1 การบำบัดความคิด มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ใน ตนเอง คิดแก้ไขปัญหาและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม และสามารถปรับตัวเข้าสู่สังคมได้ วิธีการ บำบัดได้แก่ การทำจิตบำบัด ซึ่งมี 2 ลักษณะคือ จิตบำบัดรายบุคคลและจิตบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้ง สองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมายเหมือนกันคือ เพื่อให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด แต่ต่างกันที่จิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัดโดยอาศัย อิทธิพลของกระบวนการกลุ่ม ทำให้เกิดการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่น มากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

1.6.2.2 การบำบัดพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่ เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับ พฤติกรรมให้เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดพฤติกรรม ดังวิธีการต่อไปนี้

1. การเสริมแรง โดยให้รางวัลทางวัตถุ เช่น ขนม เสื้อผ้า ดินสอ หรือ รางวัลทางสังคม เช่น ความสนใจ หรือคำชมเชยจากทีมสุขภาพเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไปในทางที่ เหมาะสม เรียกว่า การเสริมแรงทางบวก แต่ถ้าเป็นพฤติกรรมไม่เหมาะสม ทีมสุขภาพจะงดให้ รางวัล หรือใช้การเพิกเฉยต่อพฤติกรรมนั้น ซึ่งเป็นลักษณะหนึ่งของการลงโทษ (punishment)

2. การฝึกความกล้าแสดงออก (assertive training) โดยกระตุ้นและ สนับสนุนให้ผู้ป่วยกล้าพูด หรือแสดงความรู้สึกออกมาตรงๆ เช่น การพูดปฏิเสธคนอื่นหรือการ แสดงความคิดเห็น

3. การจัดการความรู้สึกกลัวอย่างเป็นระบบ โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยค่อยๆ เผชิญกับสภาวะที่ผู้ป่วยกลัว

4. การเรียนรู้จากตัวแบบทางบวก โดยการให้ผู้ป่วยสังเกตตัวแบบจาก บุคคลจริง ภาพยนตร์ เทปบันทึกเสียง หรือภาพนิ่ง แล้วพยายามฝึกพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม ตามตัวแบบนั้น ร่วมกับการให้กำลังใจ และให้ข้อมูลย้อนกลับจากผู้บำบัด

5. การบำบัดครอบครัว เป็นการรวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันใน ฐานะครอบครัว เช่น บิดา มารดา พี่หรือน้อง รวมถึงผู้ป่วยเข้ามาร่วมในการบำบัด ทั้งนี้ เพื่อให้ ครอบครัวมีทัศนคติแห่งการช่วยเหลือ ไม่ใช่การตำหนิตติเตียน หรือไม่ยอมรับผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วย

และครอบครัวอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข วิธีการที่นิยมคือ การทำจิตบำบัดครอบครัว ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ ผู้บำบัดต้องตระหนักว่าครอบครัวเป็นผู้ร่วมบำบัด (collaborator) ที่สำคัญมาก และโรคจิตเภทไม่ใช่โรคที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในครอบครัว หรือการกระทำที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกบางคน เน้นการให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิถีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการลดความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว

1.6.3 ระยะอาการคงที่ การรักษาพยาบาลในระยะนี้ จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่ดี จากบุคคลในครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นทีมสุขภาพจึงต้องมีการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลให้พร้อมในการดูแลที่บ้าน ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2543; คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2539; Townsend, 2000)

1.6.3.1 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสามารถ และพลังอำนาจที่จะควบคุมสถานการณ์การดูแล โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแลระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ดูแล ปรึกษาหารือ และตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการดูแล วางแผนการดูแล เลือกรูปแบบปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสม ลงมือปฏิบัติ ประเมินผล ค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อนำมาวางแผนการดูแล และปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน (Lailinen & Isola, 1996)

1.6.3.2 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจและการดูแลบำบัดรักษาที่ทีมสุขภาพนำมาสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลประกอบด้วย โรคจิตเภท มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ลักษณะของโรค อาการแสดง และการรักษาพยาบาลโดยทั่วไปวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบซ้ำของโรค การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และทักษะทางสังคม เช่น ทักษะการสื่อสาร การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ (Provencher, 1996; Townsend, 2000)

1.6.3.3 การสนับสนุนประคับประคองทางจิตใจ โดยวิธีให้การปรึกษาให้กำลังใจ กระตุ้นให้ระบายความรู้สึกและให้ความสำคัญกับประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแล ปัจจุบันมักใช้กลุ่มประคับประคอง (support group) เพราะผู้ดูแลจะมีโอกาสเปิดเผยความรู้สึกอย่างมาก ช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลระหว่างกัน และเรียนรู้กลวิธีแก้ไขปัญหาขณะให้การดูแล นอกจากนี้มีการบริการเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือ เช่น การช่วยเหลือทางการเงิน การช่วยเหลือทางกฎหมาย การจัดกลุ่มประคับประคองสำหรับผู้ดูแล การให้บริการดูแลชั่วคราว (respite care) และ บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care)

1.6.3.4 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนด้วยตนเอง อันจะส่งผลให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายสูงสุดของการรักษา นั่นคือ การป้องกันการกำเริบซ้ำ ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้การพยาบาลทางจิตเวชมีความสมบูรณ์ เนื่องจาก เป็นการวางแผนที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย โดยการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาใน 3 ด้าน ด้านแรก คือ การพัฒนาด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนากระบวนการคิด การยังรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และความสามารถในการควบคุมอาการแสดงของโรค ด้านที่สองคือ การพัฒนาด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ และสุดท้ายคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้แก่ การจัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การผลักดันให้เข้าถึงแหล่งเงิน และสิทธิตามกฎหมาย ซึ่งการจะพัฒนาทั้ง 3 ด้านให้สำเร็จได้ ทีมสุขภาพจะต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแล (Hochberger, 1992)

จากการทบทวนสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท และรูปแบบการรักษา พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความสลับซับซ้อน ไม่สามารถรักษาได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง แต่ควรใช้วิธีการรักษาหลายๆวิธีไปพร้อมๆ กัน ทั้งการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต การรักษาด้วยไฟฟ้า การทำจิตบำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วย และครอบครัว การรักษาทางจิตสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต โดยเฉพาะการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาการป่วย เกิดความร่วมมือในการรักษาและฟื้นฟูเพิ่มทักษะในการเผชิญกับภาวะของโรค มีความเข้มแข็งที่จะอยู่ได้ในสถานะที่มีปัญหาเพิ่มขึ้นทั้งรายบุคคลและกลุ่ม ช่วยลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ในระยะ 9 - 18 เดือนของการติดตามผล

2. กลุ่มสุขภาพจิตศึกษากับการบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภท เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลทั้งในขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องของโรค อาการ การรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นและสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ป่วยและการรักษาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและลดการป่วยซ้ำ สำหรับรูปแบบการให้ความรู้ในปัจจุบันที่สามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจที่ดี คือ การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Brown, Wright & Christensen, 1987; Smith & Birchwood, 1992; Macpherson, Jerron & Hughes, 1996; Gray, 2000)

2.1 ความหมาย

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) หมายถึง การบำบัดทางจิตใจ (Psychological intervention) ผสมผสานกับการให้ความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาและแหล่งให้ความช่วยเหลือ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจกับภาวะของโรค ยอมรับความเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษาและฟื้นฟูเพิ่มทักษะในการเผชิญกับภาวะของโรค มีความเข้มแข็งที่จะอยู่ได้ในสภาวะที่มีปัญหา กระบวนการสุขภาพจิตศึกษาก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้และพฤติกรรมผ่านทางการสอน รวมถึงมีการประเมินความจำเป็นในการเรียนรู้ของผู้ป่วย สอนในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมความรู้ในส่วนที่บกพร่อง เพื่อเพิ่มความสามารถและความมั่นใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง รับรู้ทางเลือกเพิ่มขึ้น สามารถวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองได้ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือและการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Boyd,&Niltner,1998;Schwecke,&Bostrom, 1999; Rinder, 2000 อ้างใน จริญญา สวงวนเผ่า, 2548)

กระบวนการกลุ่ม หมายถึง วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยใช้หลักการที่มีกลุ่มคนมาประชุมพบปะกันระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วยหรือผู้นำกลุ่มกับญาติผู้ป่วยจิตเวชหรือญาติผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นผู้ที่กำลังเผชิญกับปัญหา ให้ได้มีการเรียนรู้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน ได้มีการใช้ความสามารถในการพิจารณาแง่มุมต่างๆ ของปัญหาและสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา ทั้งนี้กระบวนการกลุ่มจะเน้นให้สมาชิกเกิดแรงจูงใจและมีความจริงใจในการที่จะช่วยเหลือกัน (เยาวณี จริญญาศักดิ์, 2544)

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา หมายถึง วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยใช้หลักการที่มีกลุ่มคนมาประชุมพบปะกันระหว่างผู้บำบัดหรือผู้นำกลุ่มกับผู้ป่วย เกิดแรงจูงใจและมีความจริงใจในการที่จะช่วยเหลือกัน มีการเรียนรู้ปัญหา ใช้ความสามารถในการพิจารณาแง่มุมต่างๆ ของปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาได้ ผสมผสานกับการให้ความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาและแหล่งให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจกับภาวะของโรค ยอมรับความเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษาและฟื้นฟูเพิ่มทักษะในการเผชิญกับภาวะของโรค มีความเข้มแข็งที่จะอยู่ได้ในสภาวะที่มีปัญหา (เพ็ญพรรณ พรหมนารด, 2540)

2.2 วัตถุประสงค์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2539)

2.2.1 เพื่อช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยหรือญาติได้ระบายความรู้สึกกับข้อใจ ความรู้สึกขัดแย้งในใจที่เกิดจากอาการเจ็บป่วยทางจิตเวช

2.2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับปัญหาของการเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การดำเนินโรค การรักษา การป่วยซ้ำ

2.2.3 เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติได้มีการแนะนำและเรียนรู้วิธีการจัดการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวชได้ดีขึ้น

2.3 หลักการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา อาศัยหลัก 3 ประการ ดังนี้ (เพ็ญพรรณ พรหมนารถ, 2540)

2.3.1 ความเข้าใจ (Understanding) หมายถึง สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจปัญหา เข้าใจตนเองมากขึ้น

2.3.2 ความรัก (Love) หมายถึง สมาชิกเกิดความรู้สึก เห็นอกเห็นใจและมีทัศนคติที่ดีต่อกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน ให้ความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน

2.3.3 การกระทำ (Action) หมายถึง สมาชิกในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนการกระทำที่เป็นปัญหาและแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อให้สามารถดูแลตนเองหรือผู้ป่วยจิตเวชได้

2.4 วิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

ตามแนวคิดของ แอนเดอร์สัน และคณะ (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980) ได้กล่าวถึงกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาว่าเป็นรูปแบบการให้ความรู้โดยมีหลัก ดังนี้

2.4.1 การประคับประคอง (Support) เป็นปฏิกิริยาของสมาชิกที่ตอบสนองกลุ่มอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งผู้นำกลุ่มมีส่วนสำคัญในการสร้างบรรยากาศให้สมาชิกรู้สึกถึงความเกื้อกูลอบอุ่นและปลอดภัย ทำให้สมาชิกเชื่อถือและได้รับประสบการณ์ในกลุ่มซึ่งเป็นสถานที่ที่มีคนรับฟังยอมรับและเข้าใจ การยอมรับและสนับสนุนให้สมาชิกช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกันโดยการประคับประคองนี้ จะช่วยลดความวิตกกังวลซึ่งมีอยู่ในทุกขั้นตอนของการทำกลุ่ม

2.4.2 การบริการด้านความรู้ (Educational Service) เป็นการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการเจ็บป่วย เช่น ทฤษฎีของการเกิดโรค สาเหตุ อาการ ผลกระทบ และการจัดการเกี่ยวกับอาการของโรค รวมถึงการตอบสนองทางอารมณ์ของครอบครัว จัดได้ว่าเป็นการให้ข้อมูล (Information) เพื่อลดทัศนคติด้านลบ ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา

2.4.3 การลดภาวะตึงเครียดของสมาชิก เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยมีผลถึงความเครียดในครอบครัว จากปัญหาการสื่อสารที่สับสน และมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความวุ่นวายส่งผลต่อสมาชิกเกิดความรู้สึกผิดโกรธ คับข้องใจ การจัดการด้านการสื่อสารที่ดีการมีข้อตกลงในการเคารพขอบเขตของบุคคล รวมถึงการประคับประคองกันจะทำให้ความเครียดลดลงไปได้

2.4.4 สร้างเครือข่าย (Network) ซึ่งหมายถึง การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ของผู้ป่วยจะส่งผลต่อระยะเวลาการเกิดและหายของโรค การได้รับความช่วยเหลือจะช่วยลดความกดดัน ซึ่งเครือข่ายทางสังคมเบื้องต้นคือ สมาชิกที่เข้าร่วมในกลุ่ม ครอบครัว ชุมชน

2.5 ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีลักษณะเป็นกลุ่มปิด หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียว ตั้งแต่เริ่มต้นจนปิดกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มมีการพัฒนาการและนำไปสู่การแก้ปัญหา จำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หากมีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางพัฒนาการของกลุ่มได้ (Marram, 1978) การให้ความรู้แบบกลุ่มช่วยประหยัดเวลา ผู้เรียนเกิดทักษะในการคิด มีการอภิปรายและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ร่วมกัน มีการช่วยเหลือสนับสนุนแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับแนวคิดใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาดตนเอง (ควงใจ รัตนธัญญา, 2545)

การให้ความรู้แบบกลุ่ม เป็นการให้ความรู้ทางด้านจิตวิทยาและภาวะความเจ็บป่วย เน้นการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เนื้อหาการให้ความรู้ประกอบด้วย อุบัติการณ์ พยาธิสภาพ อาการแสดงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การทำงาน สังคม การดำเนินโรค การรักษา ยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยา การป้องกันการป่วยซ้ำ เน้นสาระและให้ความสำคัญกับขนาดของกลุ่มที่เหมาะสม ผู้นำกลุ่มมีบทบาทในการสนับสนุนและเอื้ออำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ (Boyd, & Niltner; Rinder, 2002 อ้างใน จริญญา สวงวนเผ่า, 2548)

2.6 ขนาดของกลุ่ม

จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่ม ประมาณ 8- 12 คน (Marram, 1978; Yalom, 1985) เนื่องจากกลุ่มที่มีสมาชิกน้อยกว่า 4-5 คน จะมีประสิทธิภาพน้อย จะทำให้สมาชิกมีความวิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง ควรมีจำนวน 7-8 คน หรือ 5-10 คน ถ้ามีสมาชิกจำนวนมากเกินไป ทำให้การปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง

2.7 ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่ม

ระยะเวลาการเข้ากลุ่ม แต่ละครั้ง ควรใช้เวลา 60 นาที หรือครั้งละ 75 นาที ไม่ควรทำทุกวัน (Yalom, 1985) และจากการศึกษางานวิจัยแบบกลุ่มที่ได้ผลดี พบว่า สมาชิกกลุ่ม ควรมีประมาณ 7-8 คน จำนวนครั้งในการทำกลุ่ม ตั้งแต่ 5 – 10 ครั้ง ระยะเวลาทำกลุ่มครั้งละ 60-90 นาที ใช้เวลา 2 ครั้ง/สัปดาห์ นาน 6 – 10 สัปดาห์ (Hornung, Kieserg, Feldmann & Buchkremer, 1996)

2.8 ผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม การทำกลุ่มให้ได้ผลดี จะต้องให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี ดังนั้น ผู้ที่ทำหน้าที่ผู้นำกลุ่มต้องเข้าใจหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเป็นอย่างดีและเข้าใจการปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างถูกต้อง ดังนี้ (Marram, 1978)

2.8.1 กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มให้ชัดเจน อธิบายให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจ จุดมุ่งหมาย และวิธีการดำเนินกลุ่ม

2.8.2 สร้างแบบแผนการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพ โดยมีการวางแผนโครงสร้างการทำกลุ่ม กำหนดระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่ง และลักษณะของสมาชิก

2.8.3 กระตุ้นและเพิ่มพูนปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก โดยการกระตุ้นให้มีการพูดจา แลกเปลี่ยนความคิดในหัวข้อเดียวกัน จะทำให้สมาชิกทราบปัญหาของผู้อื่นมีเช่นเดียวกับตนเอง และช่วยแก้ปัญหาเหล่านั้น

2.8.4 กระตุ้นให้สมาชิกระบายและแลกเปลี่ยนปัญหา ซึ่งต่างก็พบร่วมกัน การทำกลุ่ม จะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่พูดเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน หรือของสมาชิกส่วนใหญ่

2.8.5 ช่วยลดความกังวลของสมาชิก ตั้งแต่เริ่มแรกของการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลु วัตถุประสงค์ ผู้นำกลุ่มต้องมีท่าทีแสดงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจ และพร้อมให้การ ช่วยเหลือแก่สมาชิก

2.8.6 การสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องควบคุมดูแลความก้าวหน้าในการ ดำเนินการกลุ่มทุกระยะจนกว่าจะสิ้นสุดการทำกลุ่มเพื่อให้บรรลุ จุดมุ่งหมายที่วางไว้

2.9 การเรียนรู้ภายในกลุ่ม มี 3 ระยะ ดังนี้ (Marram, 1978)

2.9.1 ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มบอกจุดมุ่งหมายในการทำ กลุ่ม กฎและแนวทางในการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกละอาย การสร้างความไว้วางใจให้เกิดกับสมาชิกในกลุ่ม ในระยะนี้เป็นการสร้างบรรทัดฐาน (Norm) ของกลุ่มเพื่อ เป็นกฎเกณฑ์พื้นฐานสำหรับสมาชิกกลุ่มใช้ในการปฏิสัมพันธ์กัน

2.9.2 ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ระยะนี้สมาชิกกลุ่มมักมีความรู้สึกไว้วางใจและ เชื่อมั่นในกลุ่ม มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น ยอมรับปัญหา พิจารณาแนวทางและเลือกวิธีการแก้ไข ปัญหาของตนเอง นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มทำให้สมาชิกสามารถรับรู้ข้อมูลย้อนกลับและให้ ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ เกิดความรู้สึกมี คุณค่า มีศักดิ์ศรีมากขึ้น ที่สามารถเข้าใจปัญหาตนเอง สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหา ตลอดจน ช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจ และแก้ปัญหาบางอย่าง ระยะนี้เป็น ระยะระดมพลังของกลุ่ม ผู้นำ กลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการทำกลุ่มได้บรรลุจุดมุ่งหมายเสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหาและหาแนวทางช่วยเหลือในการทดสอบความถูกต้องเพื่อให้ สมาชิกมีความมั่นใจในการหาวิธีไปในการแก้ปัญหาต่อไป

2.9.3 ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม โดยการให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลง ความสำเร็จของกลุ่ม

โดยสรุป กลุ่มเป็นกระบวนการอิทธิพลทางสังคมที่สำคัญในอันที่จะให้บุคคลที่เป็นสมาชิกในสังคม ประพฤติปฏิบัติตามบรรทัดฐานที่สังคมนั้นๆ กำหนดไว้ หากผู้ฝ่าฝืนจะได้รับการลงโทษ

ปัจจุบันการใช้กระบวนการกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย / ญาติหรือผู้มารับบริการ เป็นที่นิยมแพร่หลาย เพราะกระบวนการกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีประโยชน์ ดังนี้

1. วิธีทำกลุ่มสะดวกรวดเร็ว
2. ปริมาณผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้น การทำกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วย / ญาติ เข้าใจโรคทางจิตเวชและสามารถดูแลตนเองได้และญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ไม่ต้องกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาล
3. การทำกลุ่มช่วยทำให้มีสัมพันธภาพทางสังคมกับคนอื่นๆ ดีขึ้น
4. ช่วยให้ผู้ป่วย / ญาติ มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและรู้สึได้ว่าได้ประโยชน์ได้ประสบการณ์ ต่างก็มีประสบการณ์และปัญหาความยุ่งยากในการดูแลอย่างเดียวกันและได้เห็นแนวทางแก้ปัญหาเพื่อช่วยผู้ป่วยจิตเวชให้อยู่ในสังคมได้
5. ช่วยให้ผู้ป่วย/ญาติได้ช่วยเหลือกัน หาวิธีการแก้ปัญหาและหาวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องโดยผู้ที่มีปัญหาหรือญาติผู้ป่วยสนับสนุนซึ่งกันและกันและร่วมรับผิดชอบที่จะหาวิธีแก้ปัญหา

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัย และหลักฐานทางวิชาการในการนำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษามาใช้ ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีงานวิจัยการและหลักฐานทางวิชาการ การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และในชุมชนดังนี้

3.1 งานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่การศึกษาของ ฮอร์นัง และคณะ (Hornung, Kieserg, Feldmann & Buchkremer, 1996) ศึกษาผลการใช้ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยจัดผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่ม 4 - 6 คน โดยมีผู้บำบัด 1-2 คน กลุ่มที่ให้ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษามี 10 sessions ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ระยะเวลา 10 สัปดาห์ เนื้อหาของกลุ่มได้แก่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา การสังเกตอาการเตือน และการบันทึกพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดโดยใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่ากลุ่มควบคุม และผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น การศึกษาของ ชินและลูเคน (Shin & Lukens, 2002) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเชื้อชาติเกาหลี – อเมริกันในด้าน อาการ , ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอคติ

ทางสังคม (stigma) และ coping skill พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีอาการทางจิตโดยรวม และ อาการด้านบวกลดลง ความรู้สึกถึงตราบาปลดลง และมี Coping Skill ดีขึ้น กว่ากลุ่มควบคุม การศึกษาของพรสวรรค์ พูลกระจ่าง (2548) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมให้ความรู้และประทับ ประครองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาโดย เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมให้ความรู้และประทับประครองเหมาะสม กว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3.2 งานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทขณะที่เป็นผู้ป่วยใน ได้แก่ การศึกษาของ เบคคอฟ และคณะ (Bechdolf et al, 2004) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้ การปรับความคิดพฤติกรรม (Cognitive - Behavioral Therapy) กับ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการ ใช้เทคนิคเพิ่มแรงจูงใจ เพื่อจัดการกับอาการและเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและลดการป่วย ซ้ำ โดยกลุ่มที่ใช้ การปรับความคิดพฤติกรรม ในการบำบัด แบ่งเป็น 16 Sessions / 8 weeks แต่ละ Sessions ใช้เวลา 60-90 นาที กลุ่มที่ 2 ใช้ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการใช้เทคนิคเพิ่มแรงจูงใจ จัดการสอน 8 ครั้ง ทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้ง ใช้เวลา 60-90 นาที ผลการศึกษาพบว่าทั้งสอง กลุ่มมีความรู้ และมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นเหมือนกัน จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็น ระบบของ เพคคาลา และ มิรินเดอร์ (Pekkala & Merinder, 2008) ที่ศึกษาผลของโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาและการป่วยซ้ำ ผลการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบ งานวิจัยที่เป็น Randomized control Trail study (RCTs) ตั้งแต่ ค.ศ. 1966 – 1999 จำนวน 10 การศึกษา พบว่ามีการใช้สุขภาพจิตศึกษาทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม เนื้อหาประกอบด้วย การ ให้ความรู้เรื่องโรค วิธีการจัดการ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 1-10 ครั้ง เรียกว่า สุขภาพจิตศึกษา ระยะสั้น และตั้งแต่ 11 ครั้งขึ้นไป เรียกว่าสุขภาพจิตศึกษาแบบมาตรฐาน ผลการทบทวน วรรณกรรม พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ในระยะ 9 -18 เดือน ของการติดตามผล สรุปได้ว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา สามารถลดการป่วยซ้ำและลดอัตราการกลับ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ถึง 18 เดือน ของการติดตามผล จากการทบทวนงานวิจัยอย่าง เป็นระบบของ กริฟฟิธ และคณะ (Griffiths, Fernandes, Mostacchi, & Evans, 2004) ศึกษา ประสิทธิภาพของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่ม สุขภาพจิตศึกษา เพื่อประเมิน เกี่ยวกับระดับความรู้ เกี่ยวกับโรคจิต อาการและอาการแสดง ผลข้างเคียงจากการรักษา ความร่วมมือในการรักษา การมา ตรวจตามนัด การกลับเป็นซ้ำหรือการมารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ประเมินทัศนคติต่อการ รักษา และความคุ้มค่า คุ้มทุนของ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผลการศึกษา พบว่าในกลุ่มที่ให้ กลุ่ม สุขภาพจิตศึกษา แบบมีโครงสร้างระดับความรู้จะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา สำหรับ

การให้ความรู้มากกว่า 1 ครั้ง จะให้ผลดีในการเพิ่ม ความรู้ มากกว่าครั้งเดียวเนื่องจากการทำหลายครั้งจะช่วยกระตุ้นผู้ป่วยทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น การศึกษาของ Pitschel – Walz และคณะ (Pitschel – Walz , Bouml, Bender, Engel, Wagner & Kissling, 2006) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในการลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ในระยะ 12 และ 24 เดือน ระดับอาการทางจิต ความร่วมมือในการรักษา อัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองแตกต่างจากควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ อการา และ โอนิปี (Agara & Onibi, 2007) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาต่อการมาตรวจตามนัด ของผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังออกจากโรงพยาบาลพบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการมาตรวจตามนัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ พรสวรรค์ (พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคอง พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองเหมาะสมกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3.3 งานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ได้แก่ การศึกษาของ อकिनสัน และคณะ (Atkinson, Coia, Gilmour & Harper, 1996) เพื่อเปรียบเทียบผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและ waiting list control group ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยลงไปทำกลุ่มในชุมชนแต่ละแห่งที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ กลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วยผู้ป่วยประมาณ 10 คนเข้ากลุ่มครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 20 ครั้ง ผู้นำกลุ่มได้แก่พยาบาล นักอาชีวอนามัย และอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกการทำกลุ่มมาแล้ว เนื้อหาของกลุ่มประกอบด้วย โรคจิตเภท อาการ การรักษา ยาและผลข้างเคียง การฟื้นฟูสมรรถภาพ การป่วยซ้ำความสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคคลอื่นๆ การจัดการกับความเครียดทางลบ การจัดการกับความเครียด และเป้าหมายของผู้ป่วย (Where do you go from here?) พบว่า หลังการทดลองและในระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$)

ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่กล่าวมามา สรุปได้ว่าเป็นการให้ความรู้ครอบคลุมเรื่องโรค อาการ การรักษา อาการข้างเคียงของยา การจัดการกับความเครียด ความกลัว วิดกกังวล การดูแลตนเอง การมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งการให้ความรู้นั้นสามารถทำได้ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และในชุมชน จำนวนสมาชิกกลุ่ม 4-12 คน จำนวนครั้งในการทำกลุ่มตั้งแต่ 2 – 20 ครั้ง ทำกลุ่มครั้งละ 60-90 นาที ใช้เวลา 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์ นาน 1 – 20 สัปดาห์ ผล

การศึกษา สรุปได้ว่าการใช้สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรค เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และลดการป่วยซ้ำ

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีอาการป่วยเรื้อรังและรุนแรง ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้ส่งผลให้การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเกิดความบกพร่องไป แม้ว่าแผนการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตในปัจจุบันจะมีประสิทธิภาพ แต่จากการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบคือ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเอง เนื่องจากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ดังนั้นการรักษาด้วยยาอย่างเดียวไม่สามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับหรือเกิดทัศนคติที่ดีต่อความร่วมมือในการรักษาได้ จำเป็นต้องมีการบำบัดทางจิตสังคม ร่วมด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การจัดการกับอาการและผลข้างเคียงของยา การจัดการกับความเครียด ความกลัว โดยเฉพาะ พยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สามารถใช้การบำบัดทางการพยาบาล ที่เป็นเอกลักษณ์หรือบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย เน้นการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในเรื่องของอาการแสดงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การทำงาน สังคม การทบทวนความรู้ เกี่ยวกับอุบัติการณ์ พยาธิสภาพ การดำเนินโรค การรักษา ยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยา สามารถนำความรู้หรือทักษะที่ได้รับไปปรับใช้กับตนเองได้ ดังนั้นในการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ จะช่วยให้ผู้ศึกษามีความรู้ความเข้าใจในองค์ความรู้ที่เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่มีปัญหาไม่ร่วมมือในการรักษา มีอาการกำเริบและป่วยซ้ำ ได้รับความรู้มีความเข้าใจในแผนการรักษา ยอมรับและร่วมมือในการรักษา สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้นานขึ้น

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรายละเอียดตามขั้นตอนดังนี้

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Search for information sources) ประกอบด้วย

- 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data sources)
- 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key words)
- 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria)

2. แนวทางในการสังเคราะห์งานวิจัย ประกอบด้วย

- 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)
- 2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Search for information sources)

1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data sources) ที่ใช้ในการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ วิทยานิพนธ์ ตำรา คู่มือ วารสารจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ แหล่งข้อมูลของหน่วยงาน สถาบันที่เกี่ยวข้อง และฐานข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) โดยฐานข้อมูลที่ใช้มีดังนี้ PUBMED, MEDLINE, OVID, CINAHL, Science Direct, Blackwell-synergy, www.guidelines.gov, www.Cochrance.org, www.Joannabriggs.edu.au, www.dmp.go.th, www.li.mahidol.ac.th, <http://library.car.chula.ac.th>, และ Reference list โดยการสืบค้นใช้ทั้ง ทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronically) และ การสืบค้นด้วยมือ (Manually)

1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key words) ได้แก่

- 1.2.1 Schizophrenia And Education Program And Drug compliance
- 1.2.2 Schizophrenia And Psychoeducation Program And Relapse
- 1.2.3 Schizophrenia And Psychoeducation Program And Rehospitalization
- 1.2.4 Schizophrenic patient And Psychoeducation
- 1.2.5 ผู้ป่วยจิตเภทและสุขภาพจิตศึกษา

1.2.6 ผู้ป่วยจิตเภทและจิตศึกษาและการป่วยซ้ำ

1.2.7 ผู้ป่วยจิตเภท และความร่วมมือในการรักษา

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกรงานดังนี้

1.3.1 ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณาทั้งงานวิจัยเชิงทดลอง เชิงคุณภาพ เชิงความสัมพันธ์และเชิงพรรณนา รวมทั้งการทบทวนงานวิจัยที่เป็น Meta-analysis ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 ถึงปี ค.ศ. 2007

1.3.2 ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท

1.3.3 ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย และหลักฐานทางวิชาการ พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดหรือในงานวิจัยที่มีผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 50 % ขึ้นไป

1.3.4 เป็นงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ ที่สามารถหา Full text ได้จากระบบบริการห้องสมุด

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการศึกษาที่สืบค้นได้	จำนวนการศึกษาที่ตรงตามเกณฑ์
PUBMED	1. Schizophrenia + Education Program+ Drug compliance	16	1
	2. Schizophrenia + psychoeducation Program + relapse	4	0
	3. Schizophrenia + psychoeducation Program + Rehospitalization	2	0
	4. Schizophrenic patient + psychoeducation	38	4

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการศึกษาที่ สืบค้นได้	จำนวนการศึกษาที่ ตรงตามเกณฑ์
MEDLINE	1. Schizophrenia + Education Program+ Drug compliance	81	6
	2. Schizophrenia + psycho education Program + relapse	80	6
	3. Schizophrenia + psychoeducation Program + Rehospitalization	82	6
	4. Schizophrenic patient + Psychoeducation	82	6
CINAHL	1. Schizophrenia + Education Program+ Drug compliance	4	0
	2. Schizophrenia + psychoeducation Program + relapse	4	0
	3. Schizophrenia + psycho education Program + Rehospitalization	1	0
	4. Schizophrenic patient + psychoeducation	20	0
OVID	1. Schizophrenia + Education Program+ Drug compliance	73	0
	2. Schizophrenia + psycho education Program + relapse	37	0
	3. Schizophrenia + psycho education Program + Rehospitalization	511	0

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการศึกษาที่ สืบค้นได้	จำนวนการศึกษาที่ ตรงตามเกณฑ์
	4. Schizophrenic patient + psychoeducation	77	0
BLACKWELL	1. Schizophrenia + Education Program+ Drug compliance	674	1
	2. Schizophrenia + psycho education Program + relapse	123	1
	3. Schizophrenia + psycho education Program + Rehospitalization	29	0
	4. Schizophrenic patient + Psychoeducation	117	1
SCIENCE DIRECT	1. Schizophrenia + Education Program+ Drug compliance	2	0
	2. Schizophrenia + psycho education Program + relapse	3	0
	3. Schizophrenia + psycho education Program + Rehospitalization	0	0
	4. Schizophrenic patient + Psychoeducation	10	0

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการศึกษาที่ สืบค้นได้	จำนวนการศึกษาที่ ตรงตามเกณฑ์
www. Cochrane.org	1. Schizophrenia + Education Program+ Drug compliance	7	1
	2. Schizophrenia + psycho education Program + relapse	11	2
	3. Schizophrenia + psycho education Program + Rehospitalization	4	0
	4. Schizophrenic patient + Psychoeducation	3	0
www. Joannabriggs. edu.au	1. Schizophrenia + Education Program+ Drug compliance	4	0
	2. Schizophrenia + psycho education Program + relapse	2	0
	3. Schizophrenia + psycho education Program + Rehospitalization	0	0
	4. Schizophrenic patient + Psychoeducation	2	0

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการศึกษาที่ สืบค้นได้	จำนวนการศึกษาที่ ตรงตามเกณฑ์
www. Guidelines. gov	1. Schizophrenia + Education Program+ Drug compliance	0	0
	2. Schizophrenia + psycho education Program + relapse	0	0
	3. Schizophrenia + psycho education Program + Rehospitalization	0	0
	4. Schizophrenic patient + Psychoeducation	7	0
www.dmp. go.th	1. ผู้ป่วยจิตเภทและโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษา	0	0
	2. ผู้ป่วยจิตเภทและโปรแกรมจิต ศึกษาและการ ป่วยซ้ำ	0	0
	3. ผู้ป่วยจิตเภทและความร่วมมือ ในการรักษา	0	0
www.li. mahidol.ac. th	1. ผู้ป่วยจิตเภทและโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษา	1	0
	2. ผู้ป่วยจิตเภทและโปรแกรมจิต ศึกษาและการ ป่วยซ้ำ	2	0
	3. ผู้ป่วยจิตเภทและความร่วมมือ ในการรักษา	2	0

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการศึกษาที่ สืบค้นได้	จำนวนการศึกษาที่ ตรงตามเกณฑ์
library.car.chula .ac.th	1. ผู้ป่วยจิตเภทและโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษา	24	1
	2. ผู้ป่วยจิตเภทและโปรแกรมจิต ศึกษาและการป่วยซ้ำ	-	0
	3. ผู้ป่วยจิตเภทและความร่วมมือ ในการรักษา	2	0
Reference list		2	2
รวมทั้งหมด		1551	9

จากคำสำคัญทั้งหมด เมื่อคัดเลือกรงานวิจัยที่ไม่ซ้ำกันจากฐานใดฐานหนึ่งทั้งในและต่างประเทศ มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และมี Full text ที่จะนำไปประเมินคุณภาพ ได้จำนวน 9 เรื่อง เป็นหลักฐานระดับ A จำนวน 8 เรื่อง ระดับ B จำนวน 1 เรื่อง

2. แนวทางในการสังเคราะห์งานวิจัย ประกอบด้วย

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality) พิจารณาใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการออกเป็น 4 ระดับ (คณะกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guideline ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) ดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่เป็น Meta - analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT)

Level B หมายถึง หลักฐานที่เป็น Meta- analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น Randomized Controlled Trials (RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ Non Randomized Controlled Trials, Cohort - study, Case Control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) เพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ พิจารณาดังข้อมูล จากงานวิจัยที่คัดเลือกไว้ดังนี้

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Problem / Purpose)
- 2) แบบการวิจัย (Research design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- 4) สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- 5) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)
- 6) วิธีการวิจัยหรือแนวปฏิบัติการพยาบาล (Method / Intervention)
- 7) ผลการวิจัย (Finding / Result) ในการวิจัย
- 8) ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (Implication / Implementation)

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในผู้ป่วยจิตเภทได้นำเสนอไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศีกษาในผู้ป่วยจิตเภท

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective		Sample	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention	Intervention / Findings / Implication
1. Authors	Atkinson, J. M., Coia, D. A., Gilmour, W. H., & Harper, J. P.				
Year	1996				
Title	The Impact of Education Groups for People with Schizophrenia on Social Functioning and Quality of Life.				
Design	A randomized controlled trial เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสุขภาพจิตศีกษา และ waiting list control group	Setting Outcome	- ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่สมัครเข้าร่วมการศีกษา จำนวน 146 คน จากผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 515 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 73 คน กลุ่มควบคุม 73 คน - เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง 1. ผู้ป่วยที่ยังอยู่ในระบบการรักษาของโรงพยาบาล (long-stay hospital) 2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ทราบระบบการบริการทางจิตเวช - ชุมชนทางตอนใต้ของเมือง Glasgow - คุณภาพชีวิต - การทำหน้าที่ทางสังคม - การติดต่อทางสังคม - ระดับอาการทางจิต - ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	Intervention	กลุ่มสุขภาพจิตศีกษา - การดำเนินการในการศีกษาใช้เวลา 20 สัปดาห์ (1 ครั้ง/สัปดาห์) ครึ่งละ 90 นาทีรวมระยะเวลาการพักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม - ความรู้ข้อมูลของกลุ่มแต่ละครั้งสามารถสลับกันได้ตามการสำรวจปัญหาของกลุ่ม - ผู้ป่วยจะได้รับคู่มือที่อธิบายเหตุผลเนื้อหาในกลุ่มแต่ละครั้งดังนี้ 1. โรคจิตเภทมีผลอย่างไรต่อคุณ 2. โรคจิตเภทคืออะไร 3. วิธีแก้ปัญหาเรื่องอาการ 4. การรักษาโรคจิตเภท 5. วิธีแก้ปัญหาเรื่องยาและผลข้างเคียง 6. การฟื้นฟูสมรรถภาพ: แหล่งสนับสนุนในชุมชน 7. วิธีแก้ปัญหาเรื่องการทำงาน, การใช้เวลาว่าง 8. อาการนำของการป่วยซ้ำ 9. วิธีแก้ปัญหาเรื่องการจัดการกับอาการป่วยซ้ำ 10. สภาพของโรคจิตเภท 11. วิธีแก้ปัญหาเรื่องการใช้แอลกอฮอล์และยาอื่น 12. ครอบครัวและโรคจิตเภท 13. วิธีแก้ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับครอบครัว
Level of evidence	Level A				
Objective	เพื่อเปรียบเทียบผลของกลุ่มสุขภาพจิตศีกษาและ waiting list control group ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท	Method and Instrument	- สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้ Intervention คือกลุ่มสุขภาพจิตศีกษา กลุ่มควบคุมจะได้รับการบันทึกว่าเชื่อว่าจะได้รับ Intervention ในการศีกษาค้างต่อไปเรื่อย ๆ นี้และไม่ได้ Intervention ใด ๆ เพิ่มเติมจากภาวะปกติ		การจัดการกับความรู้อีกทางลบ

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Method and Instrument (ต่อ)	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention (ต่อ)	Intervention / Findings / Implication
	- ประเมินกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลอง หลัง การทดลองและ 3 เดือนหลังการทดลอง (ระยะติดตาม) โดยมีการประเมินดังนี้ 1. คุณภาพชีวิต ประเมินโดยใช้ Heinrichs et al's scale (Heinrichs, Hanlon & Carpenter Jr., 1984) 2. การทำหน้าที่ทางสังคม ประเมินโดยใช้ Social Functioning Schedule (SFS) ของ Remington และ Tyrer (Remington & Tyrer, 1979) 3. เครือข่ายทางสังคม ประเมินโดยใช้ Modified Social Network Schedule (SNS) ของ Dunn และคณะ (Dunn, O'Driscoll, & Dayson, 1990) 4. ระดับอาการทางจิต ประเมินโดยใช้แพทช์โดยใช้ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และ Global Assessment Scale (GAS) 6. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประเมินในระยะ 9 เดือน หลังการทดลอง โดยใช้แบบบันทึกการใช้ยา - วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test - เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินก่อนการทดลอง แล้วกลุ่มทดลองจะได้รับการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในแต่ละพื้นที่ในชุมชนในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก	14. ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ - ครอบครัว, เพื่อน และคนอื่น ๆ 15. วิธีแก้ปัญหาเกี่ยวกับทักษะทางสังคม, การกล้าแสดงออก, การบอกต่อเคลือบเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง 16. ความเครียด 17. วิธีแก้ปัญหาเรื่องการจัดการกับความเครียด, การแยกตัว (Withdrawal) 18. การใช้บริการต่าง ๆ 19. วิธีแก้ปัญหาเรื่องบ้านพัก, สังคมสงเคราะห์, องค์การอาสาสมัคร, กฎหมายและสิทธิของผู้ป่วย 20. เป้าหมายของผู้ป่วย (Where do you go from here?) - การทำกลุ่มผู้วิจัยจะลงไปในชุมชนแต่ละแห่ง 8 แห่ง ซึ่งจะประกอบด้วยผู้ป่วยประมาณ 10 คน - ผู้นำกลุ่มได้แก่พยาบาลผู้ชำนาญการทางคลินิก (CPNs) นักอาชีวอนามัยและอาสาสมัครที่ได้รับ การฝึกการทำกลุ่มมาแล้ว Waiting list control group ผู้ป่วยดำเนินชีวิตในชุมชนตามปกติ		

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศรษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Method and Instrument (ต่อ)	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Findings	Intervention / Findings / Implication
	- สถานที่ในการทำการได้แก่ ศูนย์ชุมชน ศูนย์การจ้างงาน สถานบริการสาธารณสุข และองค์การเผยแพร่วิศาสา ซึ่งสถานที่เหล่านี้จะมีการขายอาหารและเครื่องดื่ม ของอบด้วย			คุณภาพชีวิต - ก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม - หลังการทดลองและในระยะติดตาม (3 เดือน) กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$ และ $p \leq 0.01$) - หลังการทดลองและในระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$) การทำหน้าที่ทางสังคม - ก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม - ในระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$) - ในระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$)

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Findings (ต่อ)	Intervention / Findings / Implication
			การติดต่อทางสังคม - ก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนการติดต่อทางสังคมเพิ่มขึ้นกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) - หลังการทดลองและในระยะติดตามกลุ่มทดลองมีการติดต่อทางสังคมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$) - หลังการทดลองและในระยะติดตาม จำนวนการพบกับ คนที่ไว้ใจใจของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$ และ $p \leq 0.01$) - หลังการทดลองและในระยะติดตาม การพบกับคนที่ไว้ใจใจของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$ และ $p \leq 0.05$) ระดับอาการทางจิต ไม่พบความแตกต่างของอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในทุกระยะของการทดลอง

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention / Findings / Implication
		การร่วมมือในการรักษาด้วยยา ไม่พบความแตกต่างของความเร็วในการรักษาด้วยยา ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้ 1. สามารถจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในชุมชน ได้โดยเน้นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภททางสังคมสูงอายุนอกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2. สถานที่ในการทำกลุ่มควรใช้แหล่งประโยชน์ชุมชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข วัด 3. ควรจัดกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 90 นาที และให้มีการพักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่มในระหว่างทำกลุ่ม 4. ขอบเขตของเนื้อหาในกลุ่มนอกจากให้ตามแนวของสุขภาพจิตศึกษาทั่วไปแล้ว มีการเน้นการทักษะการทำหน้าที่ และการติดต่อทางสังคมซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยไว้วางใจผู้อื่นและดำเนินชีวิตในสังคมได้

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention / Findings / Implication
		5. ผู้ในกลุ่มเป็นพยาบาลผู้ชำนาญการและสามารถฝึกอาสาสมัครในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือกลุ่มได้ 6. จุดอ่อนของการจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในชุมชนคือมีความยากลำบากในการทำให้ผู้ป่วยสนใจและเข้าร่วมกลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมแยกตัว หรือปฏิเสธ โดยคิดว่าตนเองมีความพร้อมอยู่แล้ว ผู้ดำเนินกลุ่มต้องวางแผนสร้างแรงจูงใจไว้ด้วย 7. ควรให้ญาติของผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มด้วยเพื่อมีส่วนสนับสนุน ให้กลุ่มดำเนินไปด้วยดีและช่วยดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในภายหลัง

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective		Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention	Intervention / Findings / Implication
2. Authors	Shin, Sun – Kyung, and Lukens E. P.	ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังหรือจิตเภท - อเมริกันจำนวน 110 คน ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกในเมือง Queens รัฐ New York City คัดเลือกผู้ป่วยที่เป็น Schizophrenia , Schizoaffective disorder หรือ Schizophreniform disorder โดยจิตแพทย์ชาวเกาหลี ตาม DSM – IV ให้ผู้ป่วยจำนวน 65 คน ซึ่งยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 48 คน กลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 24 คน	Intervention	กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา - แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน 3 กลุ่ม ดำเนินกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 10 สัปดาห์ ใช้ตารางกลุ่มละ 90 นาทีต่อครั้ง ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มโดยใช้ภาษาเกาหลี กลุ่มแต่ละครั้งใช้เทคนิคต่างๆ หลากหลายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และกระตุ้นความสนใจของผู้ป่วย ในส่วนแรกของกลุ่มแต่ละครั้งจะเป็นการบรรยาย ตามด้วยการถามตอบและการอภิปราย โดยมีข้อสงสัยที่สรุปซึ่งประกอบด้วย 1. ความหมายของการเจ็บป่วย 2. ยาและอาการข้างเคียง 3. การป้องกันอาการป่วยซ้ำ 4. ภาวะวิกฤตและการจัดการกับการเจ็บป่วย 5. ทรัพยากร 6. การสื่อสารและทักษะการจัดการกับความเครียด 7. การช่วยเหลือตนเอง 8. แหล่งสนับสนุนในชุมชน
Year	2002			
Title	Effects of Psychoeducation for Korean - Americans With Chronic Mental Illness.			
Design	A randomized controlled trial เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา+การบำบัดประจักษ์ประจักษ์รายบุคคลกับการบำบัดประจักษ์ประจักษ์รายบุคคล	Setting คลินิกจิตเวชในเมือง Queens รัฐ New York City Outcome - ความรุนแรงของอาการทางจิต - การรับรู้เชิงอคติทางสังคม (stigma) - Coping Skill Method and Instrument - ผู้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน - กลุ่มทดลองจะได้ Intervention คือกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จำนวน 10 สัปดาห์ ร่วมกับการบำบัดประจักษ์รายบุคคลในทุกสัปดาห์ - กลุ่มควบคุมจะได้ Intervention คือ การบำบัดประจักษ์ประจักษ์รายบุคคลสัปดาห์หนึ่ง		
Level of evidence	Level A			
Objective	เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังหรือจิตเภท - อเมริกันในด้าน อาการ , ประสิทธิภาพการรับรู้เกี่ยวกับทรัพยากรและ coping skill			

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Method and Instrument (ต่อ)	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention (ต่อ)	Intervention / Findings / Implication
	- ประเมินกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลองและในช่วง 1 สัปดาห์หลังจบการทดลอง โดยการประเมินได้แก่ 1. อาการทางจิต โดยใช้ BPRS 2. การรับรู้เกี่ยวกับความหมาย โดยใช้ Stigma-Deviation Scale 3. coping skill โดยใช้ Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales - วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ANCOVA - เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจะถูกแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย และทบทวนโดยจิตแพทย์ชาวเกาหลี-อเมริกัน อีก 2 คน และแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้งโดยนักสังคมสงเคราะห์ที่พูดและเข้าใจวัฒนธรรมของทั้ง 2 เชื้อชาติ อีก 2 คน นำเครื่องมือที่ได้รับการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครึ่ง 1 ไปเปรียบเทียบกับต้นฉบับข้อความที่แปลหลายความหมายหรือกลุ่มเครื่องมือที่กำหนดความหมายที่เหมาะสมถูกต้อง - ก่อนเริ่มการทดลองผู้ป่วยทั้ง 48 คน ได้รับการชี้แจงและยินยอมเข้าร่วมการทดลอง		Intervention (ต่อ)	- มีการอธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามชนบทที่มีประเพณีเกาหลี เช่น ความเชื่อทางศาสนาโบราณ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ ทรมาน โรค ความโชคร้าย - โชคร้าย ชีวิต - ความตาย ตามบริบทของการเจ็บป่วยทางจิต การพูดถึงจิตและกาย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของสิ่งสำคัญสองสิ่งในชีวิต - มีการใช้อุปกรณ์ให้ผู้ป่วยได้ประกอบการทำกลุ่มเพื่อนนั้นให้เกิดการเรียนรู้โดยเขียนเป็นภาษาเกาหลีและภาษาอังกฤษ - การทำกลุ่มครั้งแรกๆ ผู้นำกลุ่มจะพยายามนำผู้ร่วมกลุ่มให้ร่วมอภิปรายเพื่อสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนและแบ่งปัน - เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการทดลองได้มีการเพิ่มผลการทำกลุ่มและครั้งนี้ให้ผู้ป่วยทุกรายทราบ การปรับระดับระบอบการปกครอง เป็นการปรับระดับระบอบการปกครอง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 45 นาที โดยนักศึกษามีปฏิสัมพันธ์ที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective		Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument		Intervention / Findings / Implication
				ระดับอาการทางจิต - ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับอาการทางจิตโดยรวมและอาการด้านบวกลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีอาการทางจิตโดยรวมและ อาการด้านบวกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม - ความรู้สึกลึงอติทางสังคม (stigma) - กลุ่มตัวอย่างทั้งหมัมีการรับรู้ถึงอติทางสังคม (stigma) น้อยกว่าก่อนการทดลอง - หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้สึกลึงอติทางสังคม (stigma) ลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุม Coping Skill - หลังการทดลองกลุ่มทดลองมี Coping Skill สูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้ 1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังโดยใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่ผสมผสานตนเองเกี่ยวกับประเพณีวัฒนธรรมเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention / Findings / Implication
		2. การศึกษานี้เป็นการเชื่อมต่อมุมมองแบบตะวันตกและแบบตะวันออกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการรักษาสามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันได้ 3. กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่ ผสมมุมมองเกี่ยวกับประเพณีวัฒนธรรมช่วยให้เกิดความคิดเชิงเดิมและอคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่มีบทบาทของวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องหมดไป และเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง เกิดการยอมรับและความหวัง และขยายผลไปสู่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย 4. การวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ในเบื้องต้นจึงได้รายงานผลการวิจัยอาจใช้ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ป่วยเกาหลี-อเมริกันทั้งหมดไม่ได้ 5. การวิจัยนี้ประเมินผลการทดลองในระยะสั้นเพียงครั้งเดียวคือ 1 สัปดาห์ หลังการทดลองจึงนั้นถ้ามีการติดตามประเมินผลในระยะยาวจะช่วยให้คุณค่าของงานวิจัย

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective		Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument		Intervention	Intervention / Findings / Implication
3. Authors	Bechdolf, A., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., Klosterkotter, J., Hambrecht, M., & Pukrop, R.	Sample	- ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 189 คน อายุ 18-64 ปี Diagnosis: Schizophrenic or related disorder (ICD-10 : F 20, F 23, F 25) ที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยใน ในระยะ 14 วัน ในช่วงเดือน กรกฎาคม 1999 - ธันวาคม 2000 โดยมีเกณฑ์ในการคัดออกคือ ผู้ที่ติดยา หรือติดสุรา มีโรคทางสมอง บกพร่องในการเรียนรู้ หรือการได้ยิน ผู้เข้ากลุ่มด้วยระบบคอมพิวเตอร์ blocks of eight participants ได้ ผู้ป่วยจำนวน 88 คน เข้ากลุ่ม Cognitive-behavioral therapy จำนวน 40 คน เข้ากลุ่ม Psycho-education จำนวน 48 คน		กลุ่ม Cognitive – Behavioral Therapy (CBT) - ผู้ป่วย 40 คน แบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 8 คน - จัดกลุ่ม 16 ครั้ง / 8 สัปดาห์กลุ่มแต่ละครั้ง ใช้เวลา 60-90 นาที หยุดพัก 5-10 นาที - เนื้อหาของกลุ่มประกอบด้วย 1. การประเมินผู้ป่วย 2. การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง 3. การตั้งประเด็นปัญหาสำคัญ 4. การพัฒนาวิธีการ การจัดการกับปัญหาเพื่อลดโอกาสการเกิดปัญหาขึ้นอีก 5. การป้องกันกำเริบเป็นซ้ำ และการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุข - ผู้นำกลุ่ม ได้แก่จิตแพทย์ (A.B.) หรือผู้บำบัดทางจิต (B.K.) ที่ได้รับการฝึกและ มีประสบการณ์ในการทำ กลุ่ม CBT - เทคนิคที่ใช้ ประกอบด้วย 1. Formulation 2. Guided recovery 3. Symptom monitoring 4. exposure/focusing for managing voices 5. hypothesis/reality testing 6. reframing attributions
Year	2004				
Title	A Randomized Comparison of Group Cognitive – Behavioural Therapy and Group Psychoeducation in Patients with Schizophrenia.	Setting	แผนกจิตเวช ในมหาวิทยาลัย Cologne ประเทศเยอรมัน ในช่วงเดือน กรกฎาคม ปี ค.ศ.1999 ถึง เดือนธันวาคม ปี ค.ศ.2000 - การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล - อาการทางจิต - ความร่วมมือในการรักษา ด้วยยา - ประเมินผู้ป่วยก่อนการทดลอง หลังการทดลองและ 24 เดือนหลังการทดลอง (ระยะติดตาม) ดังนี้		
Design	Randomized controlled trial				
Level of evidence	Level A				
Objective	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการใช้ Cognitive – Behavioral Therapy (CBT) และ Psychoeducation (PE) ในผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการบำบัดรักษา ความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยา	Outcome			
		Method and Instrument			

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument		Intervention / Findings / Implication	
	Method and Instrument (ต่อ)	Intervention (ต่อ)		
	1. Re-hospitalization ใช้เกณฑ์ของ Buchkramer and coworkers คือผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลตลอดเวลา 36 ชั่วโมง หรืออยู่เป็นช่วงในเวลา 5 วัน 2. อาการทางจิต ใช้ Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) 3. Compliance medication ใช้ Compliance rating scale ซึ่งมี 4 - point rating scale ดังนี้ คะแนน 1 = ผู้ป่วยปฏิเสธการพิจารณาหรือยอมรับขนาดต่ำๆ คะแนน 2 = ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในช่วงการรักษาน้อยกว่า 4 สัปดาห์ ต้องมีการชักจูง โน้มน้าว หรือร้องให้รับประทานยาผู้ป่วยมักมีข้อโต้แย้งเสมอ คะแนน 3 = ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา น้อยกว่า 4 สัปดาห์ในระยะแรกหลังจากนั้นยอมรับการรักษา คะแนน 4 = ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีมาก คือพร้อมที่จะยอมรับและรับผิดชอบต่อการรักษา - วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test, chi-squared test, ANCOVA และ Mann-Whitney U test	Intervention (ต่อ) 7. rational responding 8. coping strategy enhancement 9. distraction techniques 10. role play 11. anxiety management 12. depression and self-esteem work 13. medication compliance/motivation Interviewing 14. schema work 15. relapse prevention 16. keeping well strategies กลุ่ม Psychoeducation (PE) - ผู้ป่วย 48 คน แบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 8 คน - จัดกลุ่มแบบเก็งมีโครงสร้าง 8 ครั้ง/ 8 สัปดาห์ กลุ่มแต่ละครั้ง ใช้เวลา 60-90 นาที พัก 5-10 นาที - ผู้นำกลุ่ม ได้เกิดจิตแพทย์ (A.B.) หรือผู้บำบัดทางจิต (B.K.) ที่ได้รับการฝึกและ มีประสบการณ์ในการทำกลุ่ม - เนื้อหาของกลุ่มประกอบด้วย 1. อาการของโรคจิต 2. รูปแบบต่างๆของโรคจิต 3. การรักษาด้วยยาและผลข้างเคียง		

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention / Findings / Implication
		4. การรับประทานยาต่อเนื่อง 5. การรู้อาการนำก่อนป่วยซ้ำ 6. การป้องกันการป่วยซ้ำ
		Re-hospitalization - หลังการทดลองทันที กลุ่ม CBT มีอัตราการ Re-hospitalization น้อยกว่ากลุ่ม PE - หลังการทดลอง 24 เดือน อัตราการ Re-hospitalization ไม่แตกต่างกัน อาการทางจิต - หลังการทดลอง 24 เดือน อาการทางจิตของผู้ป่วยกลุ่ม CBT และ PE ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - หลังการทดลอง 24 เดือน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม CBT และ PE Compliance - หลังการทดลองทันทีและ 24 เดือน ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยดีขึ้นในกลุ่ม CBT และ PE แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention / Findings / Implication
		ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้ 1. สามารถจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา 1 ครั้ง / สัปดาห์ ทั้งหมด 8 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที พัก 5-10 นาที ผู้เข้าร่วมกลุ่ม จำนวน 8 คน เนื้อหาของกลุ่ม ประกอบด้วยเรื่องของโรค การรักษา การป้องกัน การป่วยซ้ำ ช่วยให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้ 2. งานวิจัยเป็นเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้ได้เนื่องจากเอกสาร และขอพบได้ใน การให้ การพยาบาล 3. งานวิจัยเรื่องนี้มีระยะการติดตามหลังการทดลอง 2 ปี มีผลให้สมาชิกในกลุ่มขาดหายไปจำนวนมาก อาจปรับระยะการติดตามผลเป็นช่วงที่สั้นกว่านี้ 4. งานวิจัยนี้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทแบบเฉียบพลันที่รับไว้รักษาใน โรงพยาบาลจะนำผลการวิจัยอาจไม่สามารถนำไปใช้ถึงผู้ป่วยจิตเภทอื่นๆ ได้ทั้งหมด

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective		Sample	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention	Intervention / Findings / Implication
4. Authors	Griffiths, D., Fernandes, S., Mostacchi, S., & Evans, V		-งานวิจัยที่เกี่ยวกับการทำกลุ่ม psycho-education สำหรับผู้ป่วยจิตเภท และ / หรือ เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช ครอบคลุมทั้ง Individual และ groups	Intervention	- Interventions ใช้รูปแบบที่มีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องโรคและการรักษา รู้ข้อดี ข้อเสีย และผลข้างเคียงของการรักษา รู้ลักษณะของโรคก่อนรักษา วิธีการให้ความรู้ มีทั้งการเขียน บรรยาย ฟังเพลงและดู VDO การแสดงบทบาทสมมติ
Year	2004		-เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกงานวิจัย		
Title	Comparison of educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication.		1. รูปแบบของงานวิจัย		
Design	Systemic Review		1.1 งานวิจัยทั้งหมดเป็น randomized controlled trials เนื่องจากขั้นตอนการวิจัยมีประสิทธิภาพและเกี่ยวข้องกับความรู้ของผู้ป่วยโรคจิตเวช		- งานวิจัย 15 เรื่อง ที่มีประสิทธิภาพในการให้ความรู้ ประเมิน โดย Medication questionnaire และ Understanding medication questionnaire and self reports
Level of evidence	Level A		1.2 งานวิจัยต้องมีการประเมิน ผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความรู้ ความร่วมมือในการรักษา การป่วยซ้ำ การเกิด insight และความคุ้มค่า		- งานวิจัย 13 เรื่อง ที่ประเมินความร่วมมือในการรักษา โดยการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ การตรวจปัสสาวะ หรือใช้ self-reports
Objective	ศึกษาประสิทธิภาพของการให้ educational interventions ในผู้ป่วยจิตเวช ในประเด็นเกี่ยวกับ		2. ผู้เข้าร่วมงานวิจัย		- งานวิจัย 5 เรื่อง ที่ประเมิน Relapse ประเมินโดยการนับจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือต้องเพิ่มขนาดยาที่ใช้รักษา
	- ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต และผลข้างเคียงจากการรักษา		2.1 อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช (schizophrenia, depression, bipolar disorder)		- งานวิจัย 6 เรื่อง ที่ประเมิน insight โดยใช้แบบวัด Attitude ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความจำเป็นและการรักษา
	- ความร่วมมือในการรักษา การมาตรวจตามนัด		2.2 ได้รับยารักษาโรคจิตเวช		
			3. รูปแบบของ Intervention ต้องเป็นการศึกษาเปรียบเทียบ		
			3.1 การให้ Education กับ ไม่ให้ Education		
			3.2 วิธีการให้ Education		
			3.3 ความถี่ และจำนวน ของการให้ Education		

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample (ต่อ)	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention / Findings / Implication
- การกลับมาเป็นซ้ำหรือการมารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ - Insight โดยประเมินทัศนคติต่อการรักษา - ความคุ้มค่าคุ้มทุนของ educational interventions	4. รูปแบบของ Outcomes 4.1 Primary outcomes - ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของการรักษา - Compliance, follow up and medication - การ Relapse – readmission into hospital - insight และ attitude ต่อยา 4.2 Secondary outcomes - cost – effectiveness 5. เกณฑ์การคัดออก - ผู้ป่วยที่อาการทางจิตรุนแรง - งานวิจัยที่ให้ความรู้กับครอบครัว/ ผู้ดูแลของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต 6. การประเมินผลลัพธ์ ประเมินทันทีและหลังให้ Interventions จนถึง 2 ปี - ให้นิยามวิจัย 43 เรื่อง คัดออก 22 เรื่อง เนื่องจากไม่เข้าเกณฑ์ที่กำหนดไว้และคุณภาพงานไม่ดี - คงเหลืองานวิจัย 21 เรื่อง - อายุของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 18 – 75 ปี ทั้งชายและหญิง - งานวิจัย 10 เรื่องทำในผู้ป่วย Schizophrenia - 1 เรื่อง ทำในผู้ป่วย Bipolar disorder และ 10 เรื่องทำในผู้ป่วย Psychiatric illnesses	Knowledge 1. Compared education versus no education พบว่า ในกลุ่มที่ให้ education ระดับความรู้อะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ให้ education กลุ่มที่ให้ education 1 session /week, 3 session / week เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ให้ education พบว่า การให้ความรู้ทั้ง 1 session /week, 3 session/ week ระดับความรู้จะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ให้ education 2. วิธีการให้ education เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง โดยกลุ่มที่มีโครงสร้างจัดให้ความรู้ผู้ป่วย 1-hour/ week เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโครงสร้าง ที่ไม่ให้ความรู้ พบว่ากลุ่มที่มีโครงสร้าง ผู้ป่วยมีความรู้และร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโครงสร้าง 3. วิธีการให้ education : alternative structured พบว่าการใช้ education ร่วมกับ การใช้ video tape and role play ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีผลต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษา 4. Frequency of education sessions พบว่า ทั้งแบบ 1 หรือ 3 sessions/week หลังให้ Intervention 1 เดือน มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาเพิ่มขึ้น	Findings

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument			Intervention / Findings / Implication	
	Setting	Outcome	Method and Instrument	Findings (ต่อ)	Compliance
		งานวิจัยทำทั้งในและนอกโรงพยาบาล ใน United States of America, Canada, The United Kingdom and Egypt - Knowledge - Compliance - Relapse - Insight - ความคุ้มค่าของ Intervention	- ผู้คัดเลือกงานวิจัยและพบทวนมี 4 คน ประเมินคุณภาพของงาน และวิธีการวิจัยที่ใช้ randomization ตรวจเช็คข้อมูลโดยใช้วิธี cross – checked การคัดเลือกงานวิจัยนี้ เปิดเผยข้อผู้แต่ง สถาบันและ Journal จะมีการอภิปรายระหว่าง Reviewers หากมีความเห็นไม่ตรงกัน - คัดเลือกงานวิจัย ตั้งแต่ปี 1666 – 2002 ดังนี้ 1.1 Medline (1966 – 2000) 1.2 CINAHL (1982 – 2002) 1.3 EMBASE (1980 – 2002)		1. Compared education versus no education ไม่พบความแตกต่างของความร่วมมือในการรักษา 2. เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มี โครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง พบว่า หลังให้ Intervention ไม่พบความแตกต่างของความร่วมมือในการรักษา 3. วิธีการให้ education : alternative structured หลังให้ Intervention โดยใช้ Medication regime พบว่าความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น 4. Frequency of education sessions ผลการศึกษาพบว่าหลังการให้ Intervention ไม่พบความแตกต่างของความร่วมมือในการรักษา Relapse 1. education versus no education ผลการศึกษาพบว่าหลังการให้ Intervention ไม่พบความแตกต่าง 2. การให้ education เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่าหลังการให้ Intervention ไม่พบความแตกต่าง 3. Frequency of education sessions พบว่า หลังการให้ Intervention ไม่พบความแตกต่าง

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument		Intervention / Findings / Implication	
	Method and Instrument (ต่อ)	Findings (ต่อ)	Insight	Implication
	1.4 ProQuest , Psychit and the Cochrane Controlled Trials Register (Issue 2, 2002 of Cochrane library) - all of Mental Health Nursing (1990-2002) - Psychiatry, Psychology and Law (1995-2002) - Schizophrenia Bulletin (1990-2002) - Conference Proceedings Best Practice In Mental Health Nursing (June, 2000) - ไม่จำกัดภาษา - เครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วย คือ - DSM-III diagnosis of Schizophrenia - Mini Mental State Examination (MMSE) - Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) - Global Assessment of Function (GAF) - Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) - Adjustment Scale II (SAS II) - National Adult Reading Test		Insight 1. education versus no education ผลการศึกษาพบว่าหลังการให้ Intervention ไม่พบความแตกต่างในการเพิ่ม Insight 2. การให้ education เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้างผลการศึกษาพบว่าหลังการให้ Intervention ไม่พบความแตกต่างในการเพิ่ม Insight 3. Frequency of education sessions ผลการศึกษาพบว่า หลังการให้ Intervention ไม่พบความแตกต่างในการ เพิ่ม Insight cost-effectiveness ผลการศึกษาไม่พบ งานวิจัยที่บันทึกเกี่ยวกับ cost analysis ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ 1. ผู้ป่วยที่ได้รับ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแบบมีโครงสร้าง โดยเฉพาะ จะเพิ่มความรุนแรงและความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ที่ได้รับ แบบไม่มีโครงสร้าง	

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective		Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention / Findings / Implication
Method and Instrument (ต่อ)	- เครื่องมือที่ใช้ประเมิน Outcomes - Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) - Life Skills Profile (LSP) - Understanding Medication Questionnaire - Schedule for Assessment of Insight (SAI) - Knowledge of Medication Questionnaire - Insight Scale (IS) - Schizophrenia Knowledge Questionnaire - Adjustment Scale II (SAS II) - Drug Attitude Inventory (DAI) - Attitude To Medication Questionnaire - Simpson – Angus Scale for extra-pyramidal side – effects - Attitude Survey	Implication (ต่อ)	Intervention / Findings / Implication
			2. กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแบบมีโครงสร้าง หมายถึง การให้ความรู้กับผู้ป่วยซึ่งมีการวางแผน มีการ แยกเอกสาร ร่วมกับการใช้โซเชียลมีเดียเพื่อการ Role-play 3. การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบมีโครงสร้าง ควร จัดเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคจิตเภทเพื่อเพิ่ม ความรู้และเพิ่มความร่วมมือ ในการรักษา 4. การให้ สุขภาพจิตศึกษา มากกว่า 1 ครั้ง จะให้ ผลดีในการเพิ่ม ความรู้มากกว่าครั้งเดียวเนื่องจาก การทำหลายครั้งช่วยกระตุ้นผู้ป่วยได้ดีกว่า

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective		Sample	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention	Intervention / Findings / Implication
5. Authors	Homung, P., Kieserg, A., Feldmann, R., & Buchkremer, G.		- ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย DSM-III-R ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ต้องรับประทานยารักษาโรคจิตเป็นเวลานาน และมีอาการเสถียร 2 ครั้ง ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา มีอาการทางจิตสงบในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 191 คน		
Year	1996				
Title	Psychoeducational training for schizophrenic patients: background procedure and empirical findings.		- ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยใช้ criteria of the balanced randomization ได้แก่ อายุเพศ ความร่วมมือในการรับประทานยาและ prognostic score ดังนี้ 1. จำนวน 32 คน เข้ากลุ่ม Psychoeducation training 2. จำนวน 34 คน เข้ากลุ่ม Psychoeducation training ร่วมกับ Cognitive psychotherapy 3. จำนวน 35 คน เข้ากลุ่ม Psychoeducation training ร่วมกับกลุ่ม Psychoeducation ในญาติของผู้ป่วย		1. กลุ่ม Psychoeducation training ไปรับการบำบัด จัดผู้ช่วยเข้าร่วมกลุ่ม 4-6 คน มีผู้บำบัด 1-2 คน กลุ่มที่ให้ Psycho educational training มี 10 sessions ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที แบ่งเป็น 5 ครั้งแรก ให้การบำบัด 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 5 ครั้งหลัง ให้การบำบัด ทุก 4 วัน โครงสร้างของโปรแกรม แบ่งเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 (ครั้งที่ 1-3) วัดอุปสรรค เพื่อให้สมาชิกรู้จักกัน ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา โดยอาศัยประสบการณ์จากสมาชิกในกลุ่ม การร้องขอระยะนี้และผู้นำกลุ่มจะให้ข้อมูล ถึงรูปแบบของโปรแกรมการฝึก เนื้อหาในภาพรวม และแจ้งวัตถุประสงค์ให้สมาชิกใน กลุ่มทราบ จากนั้นให้สมาชิก ได้ทำความเข้าใจกับ แลกเปลี่ยน ข้อส่วนตัว มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้นำกลุ่มนั้น การสนับสนุน ให้กำลังใจ และความเข้าใจสมาชิก (Supportive and Empathic) ต่อจากนั้นผู้นำให้ สมาชิกกลุ่มร่วมกันตั้งความหวังในการฝึกและการรักษา ร่วมกันอภิปราย พิจารณาเกี่ยวกับโรค สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค และการรักษา ยาและผลข้างเคียงของยา โดยผู้นำกลุ่มอธิบายเพิ่มเติมให้เห็นเป็นรูปธรรม โดยใช้ อุปกรณ์ (Audio visual) ประกอบ
Design	Randomized Controlled Trial				
Level of evidence	Level A				
Objective	1. ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา 2. การตระหนักถึงอาการเตือนและการป่วยซ้ำ 3. เพิ่มความรู้ในการบริหารจัดการเรื่องยา 4. วิธีการจัดการภาวะวิกฤติทางจิตใจ 5. การป้องกันการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท	Setting	4. จำนวน 33 คน เข้ากลุ่ม Psychoeducation training ร่วมกับ Cognitive psychotherapy และ Psychoeducation ในญาติ 5. จำนวน 57 คน เข้ากลุ่มควบคุม ศูนย์จิตเวชในชนบท ในประเทศเยอรมัน 7 แห่ง		

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศรัษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention (ต่อ)	Intervention / Findings / Implication
	Outcome - ความร่วมมือในการรับประทาณา - การจัดการเรื่องด้วยตัวเอง - อาการและการทำหน้าที่ทางสังคม - การคงอยู่ของผลการทดลองในระยะ 1 ปี Method and Instrument - ประเมินการใช้และการจัดการเรื่อง โดยยาร - สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง 18 ข้อ ดังนี้ 1. ยารักษาโรคจิต 2. พฤติกรรมการใช้ยา 3. การจัดการเรื่อง 4. ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยาร - ประเมินความร่วมมือในการรับประทาณาจากสองส่วนคือแบบประเมินการใช้และการจัดการเรื่อง โดยยาร - โดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและจากบันทึกการรักษาของแพทย์ - แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม โดย Global Assessment Scale - แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale เพื่อประเมินอาการทางจิต		และในระยะที่ 1 นี้ยังได้มีการอภิปรายถึงเรื่องความศรัียดด้วย ระยะที่ 2 (ครั้งที่ 4) ระยะการสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยในระยะนี้มี การอภิปรายเกี่ยวกับการปรับเพิ่ม-ลดยาเอง และเน้นไม่ให้ผู้ป่วยปรับเพิ่ม-ลดยาเอง ยกเว้นอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ ระยะที่ 3 (ครั้งที่ 5-6) เกี่ยวกับอาการเตือนของการป่วยซ้ำ อภิปรายเกี่ยวกับอาการเตือน โดยให้ผู้ป่วยและญาติที่คอยเห็นอาการ เล่าถึงอาการที่พบเห็น โดยผู้สัมภาษณ์ให้เสนออาการเตือนมีอะไรบ้าง ปัจจัยกระตุ้นให้ป่วยซ้ำ มีวิธีการปรับตัวอย่างไร ผู้ป่วยที่มีอาการเตือนและมี ความศรัียดมากจะตื่น จะทำให้เกิดการป่วยซ้ำได้ ถ้ามีอาการรุนแรง อยู่ไม่ได้ จะทำอะไร รับประทาณาตัวใหม่และจะปรึกษาใคร ระยะที่ 4 (ครั้งที่ 7-10) ระยะการฝึกปฏิบัติและการนำความรู้ไปปฏิบัติและปรับใช้ ระยะการฝึกปฏิบัติอาศัยความร่วมมือระหว่างจิตแพทย์ และผู้ป่วย พูดคุยถึงเรื่องการปรับขนาดยา และให้ผู้ป่วยบันทึกไว้ว่าเวลาใน 1 สัปดาห์ ใช้ยาอะไรบ้าง ขนาดยาที่ได้รับ มีการปรับเปลี่ยนยาไป

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Method and Instrument (ต่อ)	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention (ต่อ)	Intervention / Findings / Implication
	- ประเมินผลลัพธ์ โดยผู้ประเมินเชิงจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา ก่อนและหลังให้ Interventions และในระบดติดตามผล 1 ปี - วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ chi-squared test และ ANCOVA - ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพียงกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาจำนวน 74 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 57 คน เท่านั้นเนื่องจากไม่สามารถควบคุมตัวแปรอื่นได้ และจำนวนญาติที่มาร่วมกลุ่มและจำนวนครั้งการเข้ากลุ่มของญาติน้อยจึงไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์			อย่างไร เมื่อเทียบกับสัปดาห์ก่อน เมื่อปรับแล้วเป็นอย่างไร วันนี้จะมาพบแพทย์ สิ่งที่ต้องพูดคุยกับแพทย์ การบันทึกอาการวิกฤตลงในสมุดบันทึกเพื่อสังเกตอาการเตือน และในช่วงแรกมีการอภิปรายถึงความร่วมมือของญาติในการดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาและการทางจิต การเพิ่มขนาดของยาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ วิธีการที่จะใช้ในระยะวิกฤตและการจัดการกับปัญหา โดยการบันทึกไว้ในสมุดบันทึกและเบอร์โทรศัพท์ของผู้บำบัด/จิตแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตเห็นอาการเตือนและโทรศัพท์ขอคำปรึกษา 2. กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกตามปกติได้แก่การเข้ากลุ่มใช้เวลาวาง ในช่วงเวลาเดียวกัน 3. กลุ่ม Cognitive psychotherapy ประกอบด้วยการฝึกทักษะการแก้ปัญหา 4. Psychoeducation ในญาติของผู้ป่วย ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกทักษะการแก้ปัญหา

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศรษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention / Findings / Implication
		Findings 1. Medication compliance ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรับประทานยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. การจัดการเรื่องด้วยตนเอง กลุ่มทดลองผู้ป่วยส่วนใหญ่ ฟังพอใจกับความรูที่รับรู้เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยากว่าก่อนทดลอง แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม 3. Symptom score and social functioning ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ของทั้ง 2 กลุ่ม 4. ผลในระยะ Long term ระยะติดตามผล 1 ปี ไม่พบความแตกต่างทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งด้านความร่วมมือในการ รับประทานยาและการจัดการเรื่องด้วยตนเอง ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้ 1. การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศรษาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เป็ผู้ป่วยนอกช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย เนื้อหาของกลุ่มประกอบด้ว ความรู้เกี่ยวกับ โรค การรักษา และผลข้างเคียง ทัศนคติต่อโรค การใช้ยาต่อเนื่อง การป้องกันกำเริบ และมีการฝึกปฏิบัติร่วมด้ว

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Implication (ต่อ)	Intervention / Findings / Implication
			2. การใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์ในการติดตามผล และการให้การช่วยเหลือทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น 3. การติดตามผลในระยะยาว (1 ปี) ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นการนำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาศึกษารักษาในช่วง 6 เดือนเพื่อให้ผลการรักษายังคงอยู่อย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศรัษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective		Sample	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention	Intervention / Findings / Implication
6. Authors	Pekkala, E., & Mirinder, L.				
Year	2002				
Title	Psychoeducation for schizophrenia.				
Design	Systemic Review				
Level of evidence	Level A				
Objective	1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของ psycho-education interventions ร่วมกับ การดูแลตามปกติ เปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติ 2. เพื่อหาวิธีการหรือรูปแบบ (individual / family / group) หรือช่วงของ ระยะเวลา (Brief / อื่น ๆ) ของ psycho-education interventions ที่ดีที่สุด		- คัดเลือกงานวิจัยที่เป็นการศึกษาแบบ Randomized controlled trials เกี่ยวกับการทำกลุ่ม psycho-education สำหรับผู้ป่วยจิตเภท และ / หรือ เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช ครอบคลุมทั้ง Individual or groups คัดเลือกงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ 1966 – 2001 จากฐานข้อมูล CINAHL (1982 –1999), The Cochrane Library CENTRAL (Issue 1, 1999), The Cochrane Schizophrenia Group's Register (January and May 2001), EMBASE(1980 - 1999), MEDLINE (1966 - 1999), PsycLIT (1974 – 1999), SOCIOFILE (1974 - 1999), และ Reference searching - การสืบค้น เริ่มต้นในปี 1999 มี 583 Studies คัดออกครั้งแรก 498 Studies เหลือ 88 Studies ครั้งที่ 2 คัดออก 58 Studies เพราะไม่ตรงประเด็น เหลือ 30 Studies คัดเลือก โดย Reviewers ตามเกณฑ์ที่กำหนด คงเหลือ 10 Studies (ในช่วงปี 1988 – 1999) - งานวิจัยทั้งหมดที่คัดเลือกใช้วิธีการ Randomized controlled trials ช่วงเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 2 ปี - Participants มีทั้งหมด 1,125 คนเป็นผู้ชาย 598 คน ผู้หญิง 527 คน อายุอยู่ในช่วง 15 – 58 ปี	Intervention - Interventions มี 2 ชนิด คือ Individual และ Group Interventions และในการศึกษาแบบกลุ่มจะให้ Intervention ในครอบครัวด้วย - จำนวนครั้งของ Interventions มี 2 แบบคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ครั้งเรียกว่า brief Interventions มี 6 เรื่อง และ 11 ครั้ง ขึ้นไป เรียกว่า standard Interventions มี 4 เรื่อง Findings Compliance 1. Standard length interventions ทั้งความ รวมนัดในการรักษาและความร่วมมือในการรักษา ด้วยยา ผลการศึกษาไม่แสดงให้เห็นความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญ 2. Brief intervention แบ่งเป็น 2.1 Brief group interventions พบว่าความ รวมนัดในการรักษาด้วยยาแตกต่างจากกลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ในระยะเวลา 1 ปี 2.2 Brief individual interventions พบว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่แตกต่างจาก Brief group interventions อย่างมีนัยสำคัญ	

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument		Intervention / Findings / Implication	
	Sample (ต่อ)	Instrument	Findings (ต่อ)	Relapse
	- ระยะเวลาการเจ็บป่วยของ Participants อยู่ในช่วง 9-14 ปี - ความร่วมมือในการรักษาของ Participants มีตั้งแต่ poor to good	- การทดลองทั้งหมด ยกเว้น 2 เรื่องเป็นผู้ป่วยนอกและ 1 เรื่อง ที่ให้ education (Counseling) เมื่อ Discharge		Relapse 1. Standard length intervention พบว่า มี 2 เรื่อง ที่ลด Relapse ผู้ป่วยไม่กลับมา Readmission ในระยะติดตามการศึกษา 9 – 18 เดือน 2. Brief intervention 2.1 Brief individual พบว่า ไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ Relapse, Readmission, Re-hospitalization 2.2 Brief group interventions พบว่า ลดการ Relapse, Readmission อย่างมีนัยสำคัญ 3. การใช้ Psychoeducation group แบบอื่นๆ พบว่า มีงานวิจัย 6 เรื่อง ที่ลดการ Relapse อย่างมีนัยสำคัญ ในระยะติดตามการศึกษา 9 – 18 เดือน Death มีเพียง 2 งานวิจัยที่รายงานผลเรื่องการเสียชีวิต และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ Knowledge 1. Standard length intervention พบว่า มี 1 งานวิจัยที่ใช้ Psychoeducation group ทำให้ Knowledge เพิ่มขึ้น
		- Compliance - Relapse - Death - Knowledge - Behavioural Outcome - Mental state - Social functioning - Family understanding and attitude - Insight - Service utilization - Health economic outcomes		

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Method and Instrument	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Findings (ต่อ)	Intervention / Findings / Implication
	- คัดเลือกงานวิจัย โดยใช้ Reviewer 2 คน อย่างมีอิสระตามข้อกำหนดที่ตกลงไว้และเป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ - ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้หลักการของ Clarke (2000) หากว่า Reviewer 2 คนให้ความเห็นไม่ตรงกัน จะต้องมีการอภิปรายเพื่อหาข้อยุติ - การสกัดข้อมูล ดำเนินการอย่างอิสระโดย Reviewer อย่างน้อย 2 คน - เครื่องมือที่ใช้วัด outcomes 1. Medication compliance วัด โดย Medication compliance มี 4 ระดับ คือ 1 = good , 2 = is good , 3 = is fair , 4 = is poor (Bouml,1996) และบางงานวิจัยใช้ The Schedule for Assessment of Insight (SAI) มี 4 ระดับ คือ 0-4 ระดับที่ต่ำหมายถึง Insight ไม่ได้ 2. Mental state วัด โดย Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) มี 18 item 7 scale (0-6) ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการทางจิตทั้งโรคจิตเภทและอาการซึมเศร้า Scores range 18-126 ระดับคะแนนที่สูง คือ อาการรุนแรง	- คัดเลือกงานวิจัย โดยใช้ Reviewer 2 คน อย่างมีอิสระตามข้อกำหนดที่ตกลงไว้และเป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ - ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้หลักการของ Clarke (2000) หากว่า Reviewer 2 คนให้ความเห็นไม่ตรงกัน จะต้องมีการอภิปรายเพื่อหาข้อยุติ - การสกัดข้อมูล ดำเนินการอย่างอิสระโดย Reviewer อย่างน้อย 2 คน - เครื่องมือที่ใช้วัด outcomes 1. Medication compliance วัด โดย Medication compliance มี 4 ระดับ คือ 1 = good , 2 = is good , 3 = is fair , 4 = is poor (Bouml,1996) และบางงานวิจัยใช้ The Schedule for Assessment of Insight (SAI) มี 4 ระดับ คือ 0-4 ระดับที่ต่ำหมายถึง Insight ไม่ได้ 2. Mental state วัด โดย Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) มี 18 item 7 scale (0-6) ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการทางจิตทั้งโรคจิตเภทและอาการซึมเศร้า Scores range 18-126 ระดับคะแนนที่สูง คือ อาการรุนแรง	2. Brief interventions 2.1 Brief individual interventions พบว่าให้ intervention 1 หรือ 3 Sessions ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ในการติดตามการศึกษา ระยะ 1 เดือน แต่ผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน 2.2 Brief group interventions พบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้หลังให้ interventions และ ในระยะการติดตาม 1 ปี Behavioral outcome หลังการให้ Brief group interventions พบว่า GAF / GAS scale มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ในระยะการติดตาม 1 ปี และ Global functioning มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ในระยะการติดตาม 2 ปี Mental state 1. Standard length intervention พบว่าไม่มีผลต่อระดับอาการของผู้ป่วย 2. Brief interventions 2.1 Brief group interventions พบว่าบางงานวิจัย มีความแตกต่างของระดับอาการ และบางงานวิจัย ไม่พบความแตกต่างของระดับอาการ ในระยะการติดตาม 1 ปี	2. Brief interventions 2.1 Brief individual interventions พบว่าให้ intervention 1 หรือ 3 Sessions ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ในการติดตามการศึกษา ระยะ 1 เดือน แต่ผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน 2.2 Brief group interventions พบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้หลังให้ interventions และ ในระยะการติดตาม 1 ปี Behavioral outcome หลังการให้ Brief group interventions พบว่า GAF / GAS scale มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ในระยะการติดตาม 1 ปี และ Global functioning มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ในระยะการติดตาม 2 ปี Mental state 1. Standard length intervention พบว่าไม่มีผลต่อระดับอาการของผู้ป่วย 2. Brief interventions 2.1 Brief group interventions พบว่าบางงานวิจัย มีความแตกต่างของระดับอาการ และบางงานวิจัย ไม่พบความแตกต่างของระดับอาการ ในระยะการติดตาม 1 ปี

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Method and Instrument (ต่อ)	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Findings (ต่อ)	Intervention / Findings / Implication
	3. Expressed emotion โดยใช้ EE - Scale of Camberwell Family Interview (CFI) มี 5 scale คือ critical comments (a frequency count), hostility (a 4- point scale, 0-3), emotional over involvement (a 6- point scale, 0-5), warmth (a 6- point scale, 0-5), and positive remarks (a frequency count) high EE คือ คะแนน มากกว่า 6 คะแนน ในหัวข้อ critical comments หรือ 3-5 คะแนน ในหัวข้อ over involvement หรือ 1-3 คะแนน ในหัวข้อ hostility และใช้ Family Questionnaire (FQ) มี 20 item 4- point scale 4. Insight ใช้ Insight Scale (IS) มี 8 item 3 categories (ไม่เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, เห็นด้วย) ประเมิน Insight on psychosis and scoring มี 3 ปัจจัย คือ awareness of illness, need for treatment and attribution of symptoms และใช้ Krankheitskonzeptskala (KK) คือ Self rating instrument มี 29 Likert –scale items และมีบางงานวิจัยใช้ The Schedule for Assessment of Insight (SAI) มี 3 components คือ treatment compliance, awareness of illness, ability to relabel psychotic symptoms correctly คะแนน 0-14 คะแนนต่ำ	3. Expressed emotion โดยใช้ EE - Scale of Camberwell Family Interview (CFI) มี 5 scale คือ critical comments (a frequency count), hostility (a 4- point scale, 0-3), emotional over involvement (a 6- point scale, 0-5), warmth (a 6- point scale, 0-5), and positive remarks (a frequency count) high EE คือ คะแนน มากกว่า 6 คะแนน ในหัวข้อ critical comments หรือ 3-5 คะแนน ในหัวข้อ over involvement หรือ 1-3 คะแนน ในหัวข้อ hostility และใช้ Family Questionnaire (FQ) มี 20 item 4- point scale 4. Insight ใช้ Insight Scale (IS) มี 8 item 3 categories (ไม่เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, เห็นด้วย) ประเมิน Insight on psychosis and scoring มี 3 ปัจจัย คือ awareness of illness, need for treatment and attribution of symptoms และใช้ Krankheitskonzeptskala (KK) คือ Self rating instrument มี 29 Likert –scale items และมีบางงานวิจัยใช้ The Schedule for Assessment of Insight (SAI) มี 3 components คือ treatment compliance, awareness of illness, ability to relabel psychotic symptoms correctly คะแนน 0-14 คะแนนต่ำ	3. Expressed emotion โดยใช้ EE - Scale of Camberwell Family Interview (CFI) มี 5 scale คือ critical comments (a frequency count), hostility (a 4- point scale, 0-3), emotional over involvement (a 6- point scale, 0-5), warmth (a 6- point scale, 0-5), and positive remarks (a frequency count) high EE คือ คะแนน มากกว่า 6 คะแนน ในหัวข้อ critical comments หรือ 3-5 คะแนน ในหัวข้อ over involvement หรือ 1-3 คะแนน ในหัวข้อ hostility และใช้ Family Questionnaire (FQ) มี 20 item 4- point scale 4. Insight ใช้ Insight Scale (IS) มี 8 item 3 categories (ไม่เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, เห็นด้วย) ประเมิน Insight on psychosis and scoring มี 3 ปัจจัย คือ awareness of illness, need for treatment and attribution of symptoms และใช้ Krankheitskonzeptskala (KK) คือ Self rating instrument มี 29 Likert –scale items และมีบางงานวิจัยใช้ The Schedule for Assessment of Insight (SAI) มี 3 components คือ treatment compliance, awareness of illness, ability to relabel psychotic symptoms correctly คะแนน 0-14 คะแนนต่ำ	Social function Standard length intervention ไม่พบความแตกต่างของการทำหน้าที่ทางสังคม โดยใช้แบบประเมิน SAS – II scale แต่ผลลัพธ์ที่วัดไม่ชัดเจน Family understanding and attitude Brief group interventions พบว่าระดับ express emotion ของญาติลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการทดลองและระยะติดตาม 4 .5 เดือน Insight Brief group interventions งานวิจัยไม่ได้รายงานผลเรื่อง Insight Service utilization Standard length intervention งานวิจัยไม่ได้รายงานผลเรื่อง Service utilization ใช้อย่างชัดเจน และข้อมูลมีการบิดเบือน Health economic outcome Standard length intervention ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญและข้อมูลมีการบิดเบือน

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective		Method and Instrument (ต่อ)	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Implication	Intervention / Findings / Implication
			หมายถึง poor insight 5. Knowledge ใช้แบบวัด Knowledge Questionnaire (KQ) 6. Social function วัดโดย - Global Assessment of function (GAF) - Global Assessment Scale (GAS) - Quality of life scale (QQL) - Social Adjustment Scale - II(SAS -II) - Social Networks Schedule modified (SNS) - Social Functioning Schedule (SFS) 7. Satisfaction with mental health services ใช้แบบวัด VSSS		ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้ 1. การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแบบ Brief group interventions คือจำนวนครั้งน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ครั้ง สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษา 2. การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา แบบ Brief group interventions และ Standard length intervention คือจำนวนครั้งมากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป ทำให้ Psychosocial functioning ของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถลดการป่วยซ้ำ และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3. การให้ psycho-education แบบ Standard length intervention และ Brief group interventions สามารถเพิ่มระดับความรู้ในผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษาและลดการป่วยซ้ำควรใช้ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแผนการรักษา 5. กลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีค่าใช้จ่ายไม่สูงจนมากนัก เมื่อเทียบกับบริการตามปกติ ผู้บริหารจึงควรพิจารณาให้นำมาใช้ในการให้บริการขององค์กร

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective		Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument		Intervention	Intervention / Findings / Implication
7. Authors	Pitschel –Walz, G., Bouml, J., Bender, W., Engel, R. R., Wagner, M., & Kissling, W.	- ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลโรจิตติ 3 แห่งของเยอรมัน ในช่วงปี 1990 – 1994 - เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยคือ 1. เป็น schizophrenia หรือ schizoaffective disorder ตาม ICD – 9 หรือ DSM – III – R 2. ได้รับยาด้านโรจิตติมาแล้วอย่างน้อย 12 เดือน 3. อายุ 18 – 65 ปี 4. ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยของ โรงพยาบาลมา อย่างน้อย 1 ปี 5. มี Key person อย่างน้อย 1 คน - เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยออกจากกรวิจัย 1. อยู่ไกลจากโรงพยาบาลมากกว่า 150 กิโลเมตร 2. ไม่มีการติดต่อกับญาติ (น้อยกว่า 30 นาที / สัปดาห์) 3. ใช้สารเสพติดในช่วง 6 เดือน ก่อนถูกรับเข้า รักษาตัวในโรงพยาบาล 4. ดั้งจริต 5. IQ ต่ำกว่า 80 6. สื่อสารด้วยภาษาเยอรมันไม่ได้ 7. ไม่เคยมีอาการดีขึ้น ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา - มีผู้ป่วย 194 คน ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทั้งผู้ป่วยและญาติ			
Year	2006				
Title	Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Schizophrenia : Results of the Munich Psychosis Information Project Study.				
Design	Randomized controlled trial				
Level of evidence	Level A				
Objective	เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในการลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา				
					- ผู้ในกลุ่มได้แก่จิตแพทย์ และนักจิตวิทยา ที่ผ่านการฝึกการทำ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มาแล้ว - ในการทำกลุ่มแต่ละครั้งจะทำตามแนวทางการควบคุมและมีการสังเกตการณ์โดยผู้รักษาอีก 1 คน - ผู้ป่วยจะอยู่ที่คลินิกกลุ่มทดลองจะได้รับอุปกรณ์ให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นหนังสือเล่มเล็ก 4 เล่ม ที่อธิบายเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ให้อาณาที่บุคคลทั่วไปเข้าใจได้ ซึ่งต่อมาได้ตีพิมพ์เป็นคู่มือ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วย - จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 1-4 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ครั้งที่ 5 – 8 เดือนละ 1 ครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยนอก - จำนวนผู้ป่วยเข้ากลุ่ม กลุ่มละ 8 – 12 คน - เนื้อหาของกลุ่มประกอบด้วย - อากา - สาเหตุ - การรักษาในระยะเฉียบพลัน - การป้องกันการกำเริบซ้ำ - การรักษาทางจิตสังคมต่างๆ

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention / Findings / Implication
	Setting โรงพยาบาล โรดริค 3 แห่งของเยอรมนี ได้แก่ 1. Department of Psychiatry and Psychotherapy of the University of Munich 2. Department of Psychiatry and Psychotherapy of the Technical University of Munich 3. Psychiatric state Hospital in Haar Outcome - Medication and compliance - Re-hospitalization rate - Number of Re-hospitalizations and number of days in hospital - ระดับอาการทางจิต Method and Instrument - สุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ของแต่ละโรงพยาบาล กลุ่มทดลอง 102 คน กลุ่มควบคุม 92 - กลุ่มทดลองได้ Intervention คือ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยและในญาติ (แยกกัน) โดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 8 คน - กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ	Intervention (ต่อ) - การใช้ลักษณะของกลุ่ม Self – help จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในกลุ่มที่ดี (group cohesion) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในญาติ - จำนวน 8 ครั้ง 2 สัปดาห์ ต่อครั้งครั้งละ 90 นาที กลุ่มจะเริ่ม โดยเร็วที่สุดหลังการส่งผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลอง เนื้อหาเช่นเดียวกับกลุ่มในผู้ป่วย แต่จะเพิ่มเนื้อหา การอภิปรายเพื่อเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน - ระยะเวลาของกลุ่มประมาณ 4 – 5 เดือน Findings Medication and Compliance - ในระยะ 1 ปี หลัง discharge ไม่มีความแตกต่างของขนาดยาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม Medication and Compliance - ในระยะ 2 ปี ผู้ป่วยที่ Re-hospitalization มีขนาดการใช้ยาที่สูงขึ้น - กลุ่มควบคุมจะมีขนาดการใช้ยาขณะเป็นผู้ป่วยนอก น้อยกว่าเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกว่าเป็นนัยสำคัญทางสถิติ - หลังการทดลอง Compliance ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Method and Instrument (ต่อ)	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Intervention / Findings / Implication
	- ประเมินกลุ่มตัวอย่างเมื่อเริ่มการทดลอง Discharge และ 6, 12, 18, 24 เดือนหลัง discharge - เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วย 1. Compliance ประเมินโดยจิตแพทย์ผู้รักษาดตาม 4 – point compliance scale (Very good, good, Mediocore and bad) และเพื่อให้เกิดความสนใจในการประเมินของแพทย์จะมีการเจาะเลือดหาระดับยาด้วย 2. อาการทางจิต วัด โดย BPRS - การคำนวณโรค การรักษามาและ Complainet จะถูกบันทึกเมื่อผู้ป่วยมาตามนัดทุกเดือน - วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ chi-squared test, Mann-Whitney U test	Findings (ต่อ) Re-hospitalization Rate - กลุ่มทดลองมี Re-hospitalization rate แตกต่างจากกลุ่มควบคุมทั้งในระยะ 12 และ 24 เดือนหลังจำหน่าย Number of Re-hospitalization และ Number of day in hospital กลุ่มทดลองมี Number of Re-hospitalization และ Number of day in hospital ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในช่วงของการ ในระยะ 24 เดือน Psychopathology กลุ่มทดลองมีระดับอาการทางจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ระยะ 12 และ 24 เดือน	Implication ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้ 1. สามารถจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาทั้งในขณะผู้ป่วยอยู่ใน โรงพยาบาลและกระทำต่อเนื่องหลังจำหน่าย คือจัดสัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้งจะอยู่ในโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective		Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument		Intervention / Findings / Implication
				Implication (ต่อ) และอีก 4 ครั้ง ทุก 1 เดือนเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผลการทำกลุ่ม พบว่ามีความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ใน ระยะ 1-2 ปี หลังจำหน่าย 2. มีการให้สุขภาพจิตศึกษาในญาติโดยแยก ต่างหากจากผู้ป่วยนอกในกลุ่มคล้ายคลึงกับของผู้ป่วยแต่เน้นการอภิปรายร่วมกันทำให้อุบัติ สามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมมากขึ้น 3. การแจกหนังสือหรือเอกสารที่เป็นเนื้อหาใน กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติโดยใช้ ภาษาที่เข้าใจง่าย ช่วยให้การใช้กลุ่มสุขภาพจิต ศึกษาดีขึ้น

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective		Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument		Intervention	Intervention / Findings / Implication
8. Authors	Agara, A. J., & Onibi, O.	Sample	Sample ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ช่วยซึ่งมีศรัทธาตามเกณฑ์การวินิจฉัยด้วย ICD – 10 จำนวน 48 คนที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2005	Intervention	-กลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 5-8 คน -ผู้ในกลุ่มได้แก่นักศึกษาปริญญาโทจิตวิทยา 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานการอีก 2 คน -กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วยมาตฐานหลัก 5 เรื่องซึ่งแต่ละเรื่องจะมีหัวข้อย่อยอีกดังนี้
Year	2007		ภายหลังการคัดออกจากการทดลอง		
Title	Effects of Group Psychoeducation (GEP) Compliance with Scheduled Clinic Appointments in a Neuro-Psychiatric Hospital in Southwest Nigeria: A Randomized Control Trial		- ผู้ป่วยจิตเสราเสพติด - ผู้ป่วยสมองเสื่อม - บุคลิกภาพผิดปกติ - Head Injuries		1. Characteristics of the disorder - Basis signs and symptoms of illness - Course and prognosis of illness - Possible precipitating factors - Possible perpetuating factors - How to recognize relapse in patient 2. Treatment options - Medications available for illness - How to recognize the side effect of drugs - Duration of use and cost of drug - Other treatment option like; ECT and psychotherapy - Need for compliance - Consequences of non compliance 3. Cultural aspect of illness - Patient's belief about cause of illness - Patient's attitude and knowledge
Design	Randomized controlled trial.	Setting	- Neuro- Psychiatric Hospital in Southwest Nigeria		
Level of evidence	Level A	Outcome	-จำนวนการมาตรวจตามนัดหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 9 เดือน หลังจำหน่าย		
Objective	เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาต่อการมาตรวจตามนัด ของผู้ป่วยโรคจิตเภทและซึมเศร้า หลังออกจากโรงพยาบาล	Method and Instrument	-ขั้นตอนการดำเนินงาน 1. Training of study team ระยะเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อให้ทำกลุ่ม สุขภาพจิตศึกษาได้ 2. ขออนุมัติการทำวิจัยจากโรงพยาบาลและคณะกรรมการจริยธรรม เติร์ชมแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 3. Pilot Study		

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument		Intervention / Findings / Implication	
	Method and Instrument (ต่อ)	Intervention (ต่อ)	Findings	
	- คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 25 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 23 คน - ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับ การทำกลุ่ม สุขภาพจิตศึกษาอย่างน้อย 4 ครั้ง โดยมีโครงสร้างของการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย - เริ่มทำกลุ่มในช่วง 1-2 สัปดาห์หลังรับไว้ในโรงพยาบาล - ก่อนการเริ่มกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะศึกษาประวัติของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการ ประเมินผู้ป่วย - ผู้ป่วยจะถูกนัดมา Follow Up ในเวลา 2 สัปดาห์ หลัง จำหน่ายและทุก 4-6 สัปดาห์ นาน 9 เดือน - วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test	- Body-mind theory of human existence 4. Psychosocial aspect of illness - Practices to help patient build their self-confidence and self-esteem - Reintegration into the society - Overcome stigmatization 5. Duration of treatment - Course of illness - Benefits of attending clinic regularly and as scheduled - Consequences of failing to attend clinic - กลุ่ม 3 ครั้งแรกจะให้การบรรยาย และครั้งที่ 4 จะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประเมินการรับ และพูดถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่ม 3 ครั้งแรก	- กลุ่มทดลองมีอัตราการมาตรวจตามนัดมากกว่ากลุ่มควบคุม	

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument	Implication	Intervention / Findings / Implication
			ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้ 1. กลุ่ม สุขภาพจิตศึกษาสามารถเพิ่มความร่วมมือในการมาตรฐานตนในวัดในช่วงเวลา 9 เดือน หลังจำหน่าย 2. มีการกล่าวถึงแนวทางวัฒนธรรมเพื่อทัศนคติ และความเข้าใจผู้ป่วยในขั้นตอนการดำเนินกลุ่มทำให้เข้าถึงผู้ป่วยในมิติของจิตวิญญาณมากขึ้นได้ 3. อายุ เพศ ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อประสิทธิภาพของกลุ่ม สุขภาพจิตศึกษา 4. พยาบาลที่มีประสบการณ์สามารถเป็นผู้นำกลุ่มได้โดยมีนักศึกษาศึกษาปริญญาโทเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มได้

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective		Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument		Intervention / Findings / Implication	
9. Authors	พรสวรรค์ พูลกระ้าง	Sample	-ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คน -เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1. โรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 และ DSM-IV 1. อายุ 20-59 ปี 2. ถูกดำเนินในกรุงเทพมหานคร และมีมณฑล 3. เคยรับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาอย่างน้อย 1 ครั้ง 4. อาการทางจิตระยะเรื้อรังตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 5. ไม่ใช้สารเสพติด 6. ไม่มีอาการหลังผิหรือระแวงเกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิต 7. เคยมีอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต 8. อ่านและเขียนหนังสือได้ 9. เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย	Intervention	โปรแกรมให้ความรู้และประสิทธิผลประคอง - จำนวนผู้ป่วยร่วมกลุ่ม 8 คน - ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 50 นาที - เวลาในการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ - รายละเอียดกิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตและการรักษา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับการข้างเคียงของยา กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถในการจัดการกับปัญหาในการใช้ยา
Year	2548			Findings	- ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมให้ความรู้และประคองเหมาะสมกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)
Title	การศึษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้และประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	Setting	- แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา		
Design	Quasi-experimental study เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้และประคองประคอง	Outcome	- พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย		
Level of evidence	Level B				
Objective	เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้และประคองประคอง				

ตารางที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year / Title / Design / Level of evidence / Objective	Sample / Setting / Outcome / Method / Instrument		Intervention / Findings / Implication	
	Method and Instrument	Instrument	Implication	ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้
		- เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด - ดำเนินโปรแกรมให้ความรู้และระดับประสิทธิผลโดยผู้วิจัย - ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาด้วยแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาหลังสิ้นสุดโปรแกรม - วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test		1. การใช้โปรแกรมให้ความรู้ตัวผู้รับการปรับระดับของทางจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาทางจิตเวชได้เหมาะสมมากขึ้น 2. โปรแกรมความรู้มีเนื้อหาคล้ายคลึงกันกับความรู้ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กล่าวคือมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการกับอาการข้างเคียงและปัญหาในการใช้ยา 3. ควรมีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาทุก 1 เดือนและติดตามพฤติกรรมการใช้ยาอย่างใกล้ชิด 4. ควรพิจารณาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมต่อเนื่องเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม 5. ควรมีการติดตามอัตราการปรับยาในผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้และระดับประสิทธิผลในระยะยาวควบคู่ไปด้วย

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย

1. คุณภาพของงานวิจัย
2. ส่วนประกอบของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่
 - 2.1 ลักษณะของกลุ่ม
 - 2.2 ขนาดของกลุ่ม
 - 2.3 ผู้นำกลุ่ม
 - 2.4 ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม
 - 2.5 ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม
 - 2.6 ความถี่ในการดำเนินกลุ่ม
 - 2.7 จำนวนครั้งและระยะเวลาของการดำเนินกลุ่ม
3. ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
4. วิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
5. เครื่องมือที่ใช้วัดผลกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
6. ผลลัพธ์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

สำหรับผลการศึกษาได้แสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การศึกษา การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท

หัวข้อการสังเคราะห์	ผลการสังเคราะห์ การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท
1. คุณภาพงานวิจัย	จากการศึกษา งานวิจัยทั้ง 9 เรื่องเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่ามีระดับหลักฐานการวิจัยดังนี้ - Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 6 เรื่อง (Atkinson, Coia, Gilmour & Harper, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf, Knost, Kuntermann, Schiller, Klosterkotter, Hambrecht & Pukrop, 2004; Hornung, Kieserg, Feldmann & Buchkremer, 1996; Pitschel – Walz, Bouml, Bender, Engel, Wagner & Kissling, 2006; Agara & Onibi, 2007) - Systemic review อยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง (Griffiths, Fernandes, Mostacchi & Evans, 2004; Pekkala & Mirinder, 2002) - Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง (พรสวรรค์ พูลกระจาง, 2548)
2. ส่วนประกอบของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	จากการศึกษา งานวิจัยทั้ง 9 เรื่องพบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนประกอบดังนี้ 2.1 ลักษณะของกลุ่ม พบว่าเป็น 2.1.1 การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทแบบกลุ่มปิดที่มีสมาชิกกลุ่มเดิม จำนวน 7 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจาง, 2548) 2.1.2 การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทแบบกลุ่มปิด และรายบุคคล จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ จำนวน 2 เรื่อง (Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002) 2.2 ขนาดของกลุ่ม พบว่าแตกต่างกันดังนี้ 2.2.1 จำนวนผู้ป่วย 4-6 คน 1 เรื่อง (Hornung et al, 1996) 2.2.2 จำนวนผู้ป่วย 8- 12 คน จำนวน 6 เรื่อง ((Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจาง, 2548)

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การศึกษา การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อการสังเคราะห์	ผลการสังเคราะห์ การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท
2. ส่วนประกอบของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (ต่อ)	2.2.3 ไม่ได้ระบุจำนวนผู้ป่วย จำนวน 2 เรื่อง (Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder,2002) 2.3 ผู้นำกลุ่ม พบว่ามีความหลากหลายแตกต่างกัน ดังนี้ ทีม สหวิชาชีพที่ประกอบด้วย พยาบาล นักอาชีวอนามัย อาสาสมัครที่มีประสบการณ์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักศึกษาปริญญาโท จำนวน 5 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Bechdolf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007) และเป็นวิชาชีพเดียวได้แก่ นักจิตวิทยา 1 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002) พยาบาล จำนวน 1 เรื่อง (พรสวรรค์ พูลกระจำง, 2548) ไม่ระบุผู้นำกลุ่ม 2 เรื่อง (Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder,2002) 2.4 ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม พบว่าทั้ง ผู้ป่วยนอก (3 เรื่อง) ผู้ป่วยใน (3 เรื่อง) ผู้ป่วยในชุมชน (1 เรื่อง) และทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และในชุมชน (2 เรื่อง)ดังนี้ 2.4.1 ผู้ป่วยนอก 1. ผู้ป่วยเรื้อรังชาวเกาหลี-อเมริกันโรค Schizophrenia, Schizoaffective disorder, Schizophreniform disorder ตามเกณฑ์ของ DSM-IV อายุ 22-53 ปี (Shin & Lukens, 2002) 2. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ตามเกณฑ์ของ DSM –III-R รับประทานยาต้านโรคจิตเป็นเวลานาน มีอาการทางจิตเฉียบพลัน 2 ครั้งใน 5 ปี มีอาการทางจิตสงบในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมวิจัย (Hornung et al, 1996) 3. ผู้ป่วยจิตเภท ตามเกณฑ์ของ ICD-10 และ DSM-IV อายุ 25 – 59 ปี อาการทางจิตระยะเรื้อรังบังคับและบังคับระยะยาว ไม่ใช่สารเสพติด (พรสวรรค์ พูลกระจำง, 2548) 2.4.2 ผู้ป่วยใน 1. ผู้ป่วยโรค Schizophrenia or related disorder (F20, F 23, F 25) ตามเกณฑ์ของ ICD-10 รับเป็นผู้ป่วยใน ในระยะ 14 วัน (Bechdolf et al, 2004)

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การศึกษา การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อการสังเคราะห์	ผลการสังเคราะห์ การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท
2. ส่วนประกอบของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)	2. ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยซึมเศร้า ตามเกณฑ์ของ ICD -10 (Agara & Onibi, 2007) 3. ผู้ป่วยโรค Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder ตามเกณฑ์ของ ICD -9 หรือ DSM –III-R ได้รับยาต้านโรคจิตแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี และมี Key person อย่างน้อย 1 คน เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยจิตเภทออกจากกลุ่ม (Pitschel – Walz et al, 2006) - ผู้ที่ติดยา หรือติดสุรา - มีโรคทางสมอง บกพร่องการเรียนรู้หรือการได้ยิน - บ้านอยู่ไกลมากกว่า 150 กิโลเมตร - ไม่มีการติดต่อกับญาติ(น้อยกว่า 30 นาที/สัปดาห์) - ใช้สารเสพติดในช่วง 6 เดือนก่อนรับเป็นผู้ป่วยใน - ตั้งครรภ์ - IQ ต่ำกว่า 80 - ไม่เคยมีอาการดีขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา 4. อายุของสมาชิกกลุ่ม 18-65 ปี (Bechdolf et al, 2004; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007) 2.4.3 ผู้ป่วยในชุมชน (Atkinson et al, 1996) 1. ผู้ป่วยวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท 2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่สมัครเข้าร่วมโครงการ 3. เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยจิตเภทออกจากกลุ่ม - ผู้ป่วยจิตเภทที่ยังอยู่ในระบบการรักษาของโรงพยาบาล (long-stay hospital) - ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ทราบระบบการบริการทางจิตเวช 2.4.4 ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และในชุมชน 1. เป็นโรคทางจิตเวช ได้รับยารักษาโรคจิต อายุ 18 ปีขึ้นไป (Griffiths et al, 2007) 2. เป็นโรคจิตเภท หรือเกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช อายุ 15- 58 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย 9- 14 ปี ความร่วมมือในการรักษาตั้งแต่ระดับ

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การศึษา การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อการสังเคราะห์	ผลการสังเคราะห์ การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึษาในผู้ป่วยจิตเภท
2. ส่วนประกอบของกลุ่มสุขภาพจิตศึษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)	poor-good (Pekkala & Mirinder, 2002) 2.5 ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม จากผลการศึษาพบว่าระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 5 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006) 1 ชั่วโมง 40 นาที จำนวน 1 เรื่อง (พรสวรรค์ พูลกระจาง, 2548) และไม่ระบุระยะเวลา จำนวน 3 เรื่อง (Agara & Onibi, 2007; Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002) 2.6 ความถี่ในการดำเนินกลุ่ม จากการศึษาพบว่า ความถี่ในการเข้ากลุ่ม จัด 1 ครั้ง/ สัปดาห์ จำนวน 3 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004) จัด 2 ครั้ง/ สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (พรสวรรค์ พูลกระจาง, 2548) จัด 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ใน 5 ครั้ง แรก และ 1 ครั้ง / 4 วัน ใน 5 ครั้งหลัง จำนวน 1 เรื่อง (Hornung et al, 1996) จัด 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ใน 4 ครั้ง แรก และ 1 ครั้ง / เดือนใน 4 ครั้งหลัง จำนวน 1 เรื่อง (Pitschel – Walz et al, 2006) และไม่ระบุความถี่ในการเข้ากลุ่ม จำนวน 3 เรื่อง (Agara & Onibi, 2007; Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002) 2.7 จำนวนครั้งและระยะเวลาของการดำเนินกลุ่ม 2.7.1 จัด 20 ครั้ง เวลา 20 สัปดาห์ 1 เรื่อง (Atkinson et al, 1996) 2.7.2 จัด 10 ครั้ง เวลา 10 สัปดาห์ 1 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002) 2.7.3 จัด 8 ครั้ง เวลา 8 สัปดาห์ 1 เรื่อง (Bechdolf et al, 2004) 2.7.4 จัด 10 ครั้ง เวลา 8 สัปดาห์ 1 เรื่อง (Hornung et al, 1996) 2.7.5 จัด 8 ครั้ง เวลา 5 เดือน 1 เรื่อง (Pitschel – Walz et al, 2006) 2.7.6 จัด 2 ครั้ง เวลา 1 สัปดาห์ 1 เรื่อง (พรสวรรค์ พูลกระจาง, 2548) 2.7.7 จัด 4 ครั้ง ไม่ระบุระยะเวลา 1 เรื่อง (Agara & Onibi, 2007) 2.7.8 ไม่ระบุจำนวนครั้งและระยะเวลาของการดำเนินกลุ่ม 2 เรื่อง (Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002)

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การศึกษา การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อการสังเคราะห์	ผลการสังเคราะห์ การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท
3. ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	จากการศึกษางานวิจัย พบว่าเป็นกิจกรรมการให้ความรู้ แบบกลุ่ม มีโครงสร้างที่ประกอบด้วย การบรรยาย อภิปราย ถาม-ตอบ และฝึกทักษะ จำนวน 7 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) และเป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่มีทั้งกิจกรรมการให้ความรู้ แบบกลุ่มมีโครงสร้าง และรายบุคคล 2 เรื่อง (Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002) เนื้อหากิจกรรมได้แก่ 3.1 ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษา จำนวน 8 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Griffiths et al, 2007; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) 3.2 การรักษาด้วยยา และอาการข้างเคียงของยา จำนวน 8 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Griffiths et al, 2007; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) 3.3 การป้องกันการป่วยซ้ำ จำนวน 5 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006) 3.4 การจัดการกับความเครียด จำนวน 2 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002) 3.5 การจัดการกับการเจ็บป่วย จำนวน 2 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002) 3.6 ทักษะทางสังคม จำนวน 2 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002) 3.7 แหล่งสนับสนุนในชุมชน จำนวน 2 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002)

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การศึกษา การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อการสังเคราะห์	ผลการสังเคราะห์ การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท
3. ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (ต่อ)	3.8 ฝึกปฏิบัติ การใช้และบันทึกการใช้ยา จำนวน 1 เรื่อง (Hornung et al, 1996) 3.9 ทักษะการติดต่อโรค และความรู้สึกถึงอคติทางสังคม (stigma) จำนวน 2 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002; Agara & Onibi, 2007) 3.10 ไม่ได้ระบุรายละเอียดของเนื้อหา 1 เรื่อง (Pekkala & Mirinder, 2002)
4. วิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	จากการศึกษานานวิจัยพบว่าวิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ได้แก่ 4.1 การให้ข้อมูล โดยการบรรยาย อภิปราย ถาม ตอบจำนวน 8 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Griffiths et al, 2007; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจำ, 2548) 4.2 กระบวนการกลุ่ม จำนวน 7 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจำ, 2548) 4.3 การฝึกปฏิบัติ จำนวน 1 เรื่อง (Hornung et al, 1996) 4.4 การใช้อุปกรณ์เครื่องมือช่วยในการดำเนินกิจกรรมเช่น แจกคู่มือ ฟัง เทป ดูวิดีโอ 4 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002; Griffiths et al, 2007; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006) 4.5 การแสดงบทบาทสมมติ 1 เรื่อง (Griffiths et al, 2007) 4.6 การติดต่อทางโทรศัพท์ 1 เรื่อง (Hornung et al, 1996)
5. เครื่องมือที่ใช้วัดผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	จากการศึกษานานวิจัยพบว่าเครื่องมือที่ใช้วัดผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ 5.1 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ใช้ประเมินระดับอาการทางจิต จำนวน 7 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Griffiths et al, 2007; Hornung et al, 1996; Pekkala & Mirinder, 2002; Pitschel – Walz et al, 2006) 5.2 Global Assessment Scale (GAS) จำนวน 3 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006)

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การศึกษา การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท(ต่อ)

หัวข้อการสังเคราะห์	ผลการสังเคราะห์ การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท
5. เครื่องมือที่ใช้วัดผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (ต่อ)	5.3 Heinrichs et al's scale วัด QOL จำนวน 2 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Pekkala & Mirinder,2002) 5.4 Social Functioning Schedule (SFS) ของ Remington และ Tyrer (1979) จำนวน 2 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Pekkala & Mirinder,2002) 5.5 Schedule for Assessment of Insight (SAI) 2 เรื่อง (Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder,2002) 5.6 แบบบันทึกการใช้ยา จำนวน 3 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Hornung et al, 1996; พรสวรรค์ พูลกระ้าง, 2548) 5.7 Compliance rating scale จำนวน 3 เรื่อง (Bechdolf et al, 2004; Pekkala & Mirinder,2002; Pitschel – Walz et al, 2006) 5.8 Modified Social Network Schedule (SNS) ของ Dunn และคณะ (1990) จำนวน 1 เรื่อง (Atkinson et al, 1996) 5.9 Stigma–Devaluation Scale 1 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002) 5.10 Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales จำนวน 1 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002) 5.11 Buchkremer and Coworkers Re –hospitalization Scales จำนวน 1 เรื่อง (Bechdolf et al, 2004) 5.12 Knowledge of Medication Questionnaire 1 เรื่อง (Griffiths et al, 2007) 5.13 EE - Scale of Camberwell Family Interview (CFI) 1 เรื่อง (Pekkala & Mirinder,2002)
6. ผลลัพธ์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท	จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 9 เรื่องพบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทได้ผลลัพธ์ดังนี้ 6.1 ความร่วมมือในการรักษา พบว่า การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น จำนวน 7 เรื่อง(Bechdolf et al, 2004; Griffiths et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pekkala & Mirinder, 2002; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การศึกษา การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อการสังเคราะห์	ผลการสังเคราะห์ การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท
6. ผลลัพธ์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)	2007; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) ความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด โดยพบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และการใช้ร่วมกับเครื่องมืออื่นเช่น Video, Role play จะให้ผลดีกว่า (Griffiths et al, 2004) 6.2 การป่วยซ้ำ พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดการป่วยซ้ำได้ (Pekkala & Mirinder, 2002) 6.3 การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Pekkala & Mirinder, 2002; Pitschel – Walz et al, 2006) 6.4 คุณภาพชีวิต พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จำนวน 1 เรื่อง (Atkinson et al, 1996) 6.5 ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยลง 1 เรื่อง (Pitschel – Walz et al, 2006) 6.6 การทำหน้าที่ทางสังคม พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ดีขึ้น 1 เรื่อง (Atkinson et al, 1996) 6.7 การติดต่อทางสังคม พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้การติดต่อทางสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น 1 เรื่อง (Atkinson et al, 1996) 6.8 ระดับอาการทางจิต พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้นจำนวน 3 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Pitschel – Walz et al, 2006;) 6.9 ความรู้ถึงอคติทางสังคม (stigma) พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงตราบาป ลดลง

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การศึกษา การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อการสังเคราะห์	ผลการสังเคราะห์ การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท
6. ผลลัพธ์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (ต่อ)	จำนวน 1 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002) 6.10 Coping skill พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้ Coping skill ของผู้ป่วยดีขึ้น 1 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002) 6.11 ระดับความรู้ พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้ ระดับความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 เรื่อง (Griffiths et al, 2004) ดังนี้ - กลุ่มที่ให้ Intervention มีระดับความรู้ ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ให้ Intervention - กลุ่มที่ให้ Intervention แบบมีโครงสร้างมีระดับความรู้ ดีกว่ากลุ่มที่ให้ Intervention แบบไม่มีโครงสร้าง - Intervention ที่ใช้ร่วมกับเครื่องมืออื่น เช่น Video, Role play สามารถเพิ่มระดับความรู้ได้ดีกว่า 6.12 พฤติกรรม พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้ การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น (Pekkala & Mirinder, 2002)

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัย และหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับการใช้ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ได้องค์ความรู้การใช้ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในการ นำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล สำหรับผลสังเคราะห์งานวิจัยที่ ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้แบ่งการอภิปรายเป็นกลุ่มดังนี้

1. คุณภาพของงานวิจัย
2. ส่วนประกอบของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาได้แก่
 - 2.1 ลักษณะของกลุ่ม
 - 2.2 ขนาดของกลุ่ม
 - 2.3 ผู้นำกลุ่ม
 - 2.4 ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม
 - 2.5 ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม
 - 2.6 ความถี่ในการดำเนินกลุ่ม
 - 2.7 จำนวนครั้งและระยะเวลาของการดำเนินกลุ่ม
3. ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
4. วิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
5. เครื่องมือที่ใช้วัดผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
6. ผลลัพธ์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

1. คุณภาพของงานวิจัย

ผลการศึกษานี้ มีงานวิจัยที่นำมา สังเคราะห์ และประเมินคุณภาพงานวิจัยทั้งหมด 9 การศึกษา โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ผลการประเมินงานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นงานวิจัยระดับ A ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Systemic review ของงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT) จำนวน 2 การศึกษา และงานวิจัย เดี่ยวที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT) จำนวน 6 การศึกษา และงานวิจัย ระดับ B ที่ ได้จากงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม จำนวน 1 การศึกษา ซึ่งงานวิจัยทั้ง 9 การศึกษาเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ 8 การศึกษา ศึกษาใน

ประเทศไทย 1 การศึกษาจะเห็นได้ว่าระดับงานวิจัยที่นำมาศึกษามีระดับความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท

2. ส่วนประกอบของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 การศึกษา พบว่า รูปแบบการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นรูปแบบกลุ่ม เนื่องจากการให้ความรู้แบบกลุ่มช่วยประหยัดเวลา ผู้เรียนเกิดทักษะในการคิด มีการอภิปรายและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ร่วมกัน มีการช่วยเหลือสนับสนุนแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับแนวคิดใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาดตนเอง (ดวงใจ รัตนธัญญา, 2545) และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญพรรณ พรหมนารถ (2540)

2.1 ลักษณะของกลุ่ม จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 การศึกษาพบว่าลักษณะการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท มีลักษณะเป็นกลุ่มปิด จำนวน 7 การศึกษา ส่วนอีก 2 การศึกษาเป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ การที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มปิดเพราะว่า กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวตั้งแต่เริ่มต้นจนปิดกลุ่ม ทำให้กลุ่มได้ใช้ระยะเวลาในอยู่ร่วมกันมีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เกิดการพัฒนาการและนำไปสู่การแก้ปัญหา หากมีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางพัฒนาการของกลุ่มได้ (Marram, 1978) นอกจากนี้ลักษณะของกลุ่มที่เป็นกลุ่มปิด มีโครงสร้าง และจำนวนสมาชิก 8-10 คน จะช่วยให้กระบวนการกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องโรค การรักษา ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กริฟฟิธและคณะ (Griffiths, Fernandes, Mostacchi & Evans, 2004) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ได้รับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา แบบมีโครงสร้างโดยเฉพาะ จะเพิ่มความรู้และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ที่ได้รับ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา แบบไม่มีโครงสร้าง ในทุกการศึกษาพบว่าใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมอธิบายได้ว่ากระบวนการกลุ่ม เป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่ใช้หลักการที่มีกลุ่มคนมาประชุมพบปะระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย ให้ได้มีการเรียนรู้ปัญหาและเรียนรู้การแก้ปัญหาร่วมกัน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและมีความจริงใจในการที่จะช่วยเหลือกัน สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Pekkala & Mirinder, (2002) ที่พบว่าการใช้ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เป็นการสนับสนุน ให้กำลังใจ ให้วิธีการในการจัดการกับอาการ การเจ็บป่วยระหว่างผู้ป่วยในกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ในช่วง 9-18 เดือน ของการติดตามผล

2.2 ขนาดของกลุ่ม จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 การศึกษา พบว่ามีการศึกษาถึง 6 การศึกษา ที่กำหนดจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมการทำกลุ่ม 8- 12 คน มี 1 การศึกษา กำหนดจำนวน

สมาชิกที่เข้าร่วมการทำกลุ่ม 4- 6 คน และอีก 2 การศึกษาที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่ไม่ได้ระบุจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมการทำกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Marram (1978) และ Yalom (1985) ที่พบว่าจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการเข้ากลุ่ม คือ 8- 12 คน เนื่องจากกลุ่มที่มีสมาชิกน้อยกว่า 4-5 คน จะทำให้สมาชิกมีความวิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง ผลให้กลุ่มมีประสิทธิภาพน้อย และถ้ามีสมาชิกจำนวนมากเกินไป จะทำให้การปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึงสมาชิกบางคนอาจเกิดความเบื่อหน่ายได้

2.3 ผู้นำกลุ่ม

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 การศึกษา พบว่าผู้นำกลุ่มการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทมีหลากหลายวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักอาชีวอนามัย นักจิตวิทยา อาสาสมัครที่ผ่านการฝึกการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้นำบำบัดทางจิตที่ได้ผ่านการฝึกอบรม และพบว่า มี 5 การศึกษาที่ร่วมกันแบบสหวิชาชีพแสดงให้เห็นว่าผู้นำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาไม่จำกัดเฉพาะวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง ผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ตลอดจนมีคุณสมบัติเหมาะสมสามารถเป็นผู้นำกลุ่มได้ เนื่องจากการจะทำกลุ่มให้ได้ผลดี จะต้องให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี ผู้ที่ทำหน้าที่ผู้นำกลุ่มต้องเข้าใจหน้าที่ และการปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างถูกต้อง (Marram, 1978; Townsend, 2000) และจากการศึกษาครั้งนี้ มี 6 การศึกษาที่ผู้นำกลุ่มเป็นพยาบาล แสดงให้เห็นถึงบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ตามกฎหมาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิริยจันทร์ ไชยจันทร์ (Chaiyajan, 2007) ที่พบว่าพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มนั้นเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทราบประวัติผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวางแผนการดูแล การให้ความรู้ รวมถึงสามารถติดตามอาการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องหลังผู้ป่วยอาการทางจิตสงบและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.4 ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 การศึกษา พบว่ามีการศึกษาที่แผนก ผู้ป่วยนอก 3 การศึกษา (Shin & Lukens, 2002; Hornung, Kieserg, Feldmann & Buchkremer, 1996; พรสวรรค์ พูลกระจำง, 2548) ศึกษาที่แผนกผู้ป่วยใน 3 การศึกษา (Bechdorf, Knost, Kuntermann, Schiller, Klosterkotter, Hambrecht & Pukrop, 2004; Pitschel – Walz , Bouml, Bender, Engel, Wagner & Kissling, 2006; Agara & Onibi, 2007) ศึกษาผู้ป่วยในชุมชน 1 การศึกษา (Atkinson, Coia, Gilmour & Harper, 1996) และศึกษาทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และในชุมชน 2 การศึกษา (Griffiths, Fernandes, Mostacchi & Evans, 2004; Pekkala & Mirinder, 2002) สรุปได้ว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท สามารถนำไปใช้ได้ทุกสถานที่ ที่มีผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและชุมชน ดังนั้นการกำหนดลักษณะผู้ป่วยเข้ากลุ่ม ต้องคำนึงถึงอาการทางจิตของผู้ป่วย

เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งหมดที่รวบรวมมา ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและชุมชน สามารถแยกลักษณะผู้ป่วยดังนี้

แผนกผู้ป่วยนอก ควรเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้รับการวินิจฉัยด้วย ICD-10 , DSM –IV หรือ DSM –III-R มีอาการทางจิตสงบ โดยมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในอดีต ต้องเคยมีอาการทางจิตเฉียบพลัน 2 ครั้งใน 5 ปี (Shin & Lukens, 2002; Hornung et al, 1996; พรสวรรค์ พูลกระจาง, 2548)

แผนกผู้ป่วยใน ควรเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia or related disorder (ICD-10: F20, F 23, F 25) อายุ 18-64 ปี เคยรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมาอย่างน้อย 1 ปี หรือรับยาต้านโรคจิตมาแล้วอย่างน้อย 2 เดือน มี Key person อย่างน้อย 1 คน (Bechdolf et al, 2004; Pitschel – Walz et al, 2006)

สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องคัดออก คือ ผู้ที่ติดยา หรือติดสุรา ใช้สารเสพติดในช่วง 6 เดือนก่อนถูกรับไว้ในโรงพยาบาล มีโรคทางสมอง บกพร่องการเรียนรู้หรือการได้ยิน IQ ต่ำกว่า 80 ไม่มีการติดต่อกับญาติ น้อยกว่า 30 นาที/สัปดาห์ ไม่เคยมีอาการดีขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (Bechdolf et al, 2004; Pitschel – Walz et al, 2006)

ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มในชุมชน ต้องได้รับวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท และต้องสมัครเข้าร่วมโครงการ (Atkinson et al, 1996)

2.5 ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 การศึกษา พบว่าระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 5 การศึกษา (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006) 1 ชั่วโมง 40 นาที จำนวน 1 การศึกษา (พรสวรรค์ พูลกระจาง, 2548) และไม่ได้ระบุระยะเวลา จำนวน 3 เรื่อง (Agara & Onibi, 2007; Griffiths, et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002) จะเห็นว่าระยะเวลาในการทำกลุ่มส่วนใหญ่ใช้เวลา 60-90 นาที ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาที่ใช้ในการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ต้องใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที เพื่อให้กระบวนการกลุ่ม บรรลุวัตถุประสงค์ และสามารถดำเนินการให้สมาชิกได้เรียนรู้เนื้อหาต่างๆ ได้ครบถ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญพรรณ พรหมนารถ (2540) ที่กล่าวว่า การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา สมาชิกต้องมีความเข้าใจปัญหา เข้าใจตนเองมากขึ้น เกิดความรู้สึก เห็นอกเห็นใจและมีทัศนคติที่ดีต่อกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน ให้ความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน รวมถึงสมาชิกในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนการกระทำที่เป็นปัญหาและแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ (Yalom, 1985)

2.6 ความถี่ในการดำเนินกลุ่ม

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 การศึกษา พบว่า ความถี่ในการเข้ากลุ่ม มีความหลากหลาย เช่น จัด 1 ครั้ง/ สัปดาห์ จำนวน 3 การศึกษา (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdorf et al, 2004) จัด 2 ครั้ง/ สัปดาห์ จำนวน 1 การศึกษา (พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) จัด 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ใน 5 ครั้งแรก และ 5 ครั้งหลังจัด 4 วัน/ครั้ง จำนวน 1 การศึกษา (Hornung et al, 1996) จัด 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ใน 4 ครั้งแรก และ 1 ครั้ง/ เดือนใน 4 ครั้งหลัง จำนวน 1 การศึกษา (Pitschel – Walz et al, 2006) และไม่ระบุความถี่ในการเข้ากลุ่มจำนวน 3 เรื่อง (Agara & Onibi, 2007; Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002) จากผลการวิเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด ความถี่ในการเข้ากลุ่ม มีความหลากหลาย เนื่องมาจากรูปแบบการวิจัยมีทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและชุมชนแต่ในภาพรวมจะได้ผลการศึกษาในทิศทางเดียวกัน

2.7 จำนวนครั้งและระยะเวลาของการดำเนินกลุ่ม

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 การศึกษา พบว่า แผนกผู้ป่วยนอก มีการจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่ม หลายรูปแบบ คือ จัด 20 ครั้ง เวลา 20 สัปดาห์ 1 เรื่อง (Atkinson et al, 1996) จัด 10 ครั้ง เวลา 10 สัปดาห์ 1 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002) จัด 8 ครั้ง เวลา 8 สัปดาห์ 1 เรื่อง (Bechdorf et al, 2004) จัด 10 ครั้ง เวลา 8 สัปดาห์ 1 เรื่อง (Hornung et al, 1996) จัด 8 ครั้ง เวลา 5 เดือน 1 เรื่อง โดยครั้งที่ 1-4 ช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และครั้งที่ 5-8 ช่วงผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจัดเดือนละครั้ง (Pitschel – Walz et al, 2006) จัด 2 ครั้ง เวลา 1 สัปดาห์ 1 เรื่อง (พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) จัด 4 ครั้ง ไม่ระบุระยะเวลา 1 เรื่อง (Agara & Onibi, 2007) ไม่ระบุจำนวนครั้งและระยะเวลาของการดำเนินกลุ่ม 2 เรื่อง (Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ระดับของอาการทางจิต ความสนใจและเอาใจใส่ของญาติ ดังนั้นการให้ความรู้ในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการจัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มควรศึกษาถึงองค์ประกอบอื่นร่วมด้วย เช่น ลักษณะของผู้ป่วย การเดินทางมารับการรักษา และรูปแบบของการจัดกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กริฟฟิท และคณะ (Griffiths, Fernandes, Mostacchi & Evans, 2004) ที่พบว่าการจัดกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้แบบมีโครงสร้างโดยเฉพาะให้เหมาะสมกับผู้ป่วย จะเพิ่มความรู้และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา กว่าผู้ที่ได้รับความรู้ แบบไม่มีโครงสร้าง และการศึกษาของ ฮอร์นัง และคณะ (Hornung, Kieserg, Feldmann & Buchkremer, 1996) ที่พบว่าจำนวนครั้งของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ควรให้ความรู้ซ้ำหลายครั้งดีกว่าการให้ความรู้ครั้งเดียว เนื่องจากการกระตุ้น สนับสนุนให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการดูแลตนเอง นอกจากการให้ความรู้ซ้ำๆ แล้ว การใช้วิธีการอื่นร่วมด้วย เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ จะได้ผลดีเพิ่มมากขึ้น (Chaiyajan, 2007)

3. ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 การศึกษา พบว่าเนื้อหาการให้ความรู้ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เป็นแบบมีโครงสร้างและมีเนื้อหาคล้ายคลึงกันทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษา และอาการข้างเคียงของยา การป้องกันการป่วยซ้ำ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับการเจ็บป่วย ทักษะทางสังคม แหล่งสนับสนุนในชุมชน ฝึกปฏิบัติ การใช้และบันทึกการใช้ยา ทักษะคิดต่อการเจ็บป่วย (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; Wirin, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) สอดคล้องกับ โพรเวนเชอร์ และ ทาวน์เซิน ที่กล่าวว่าทำให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจและการดูแลบำบัดรักษาที่ทีมสุขภาพนำมาสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลประกอบด้วย โรคจิตเภท มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ลักษณะของโรค อาการแสดง และการรักษาพยาบาลโดยทั่วไปวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบซ้ำของโรค การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และทักษะทางสังคม เช่น ทักษะการสื่อสาร การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ (Provencher, 1996; Townsend, 2000)

4. วิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 การศึกษา พบว่าวิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยรวมจะใช้หลายวิธีผสมผสานกัน ได้แก่ การให้ข้อมูล การใช้กระบวนการกลุ่ม การฝึกปฏิบัติ การใช้บทบาทสมมุติ การใช้อุปกรณ์ต่างๆช่วยในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้ การให้ข้อมูล โดยการบรรยาย อภิปราย ถาม ตอบจำนวน 8 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Griffiths et al, 2007; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) การใช้กระบวนการกลุ่มแบบประทับประคอง จำนวน 7 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) การฝึกปฏิบัติ จำนวน 1 เรื่อง (Hornung et al, 1996) การใช้อุปกรณ์เครื่องมือช่วยในการดำเนินกิจกรรม เช่น แจกคู่มือ ฟัง เทป ดูวิดีโอ 4 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002; Griffiths et al, 2007; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006) การแสดงบทบาทสมมุติ 1 เรื่อง (Griffiths et al, 2007) การติดต่อทางโทรศัพท์ 1 เรื่อง (Hornung et al, 1996) สอดคล้องกับตามแนวคิดของ แอนเดอร์สัน (Anderson, 1980) ที่กล่าวถึงกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาว่าเป็นรูปแบบการให้

ความรู้โดยมีหลักและวิธีการคือ 1) การประคับประคอง (Support) เป็นปฏิกิริยาของสมาชิกที่ตอบสนองกลุ่มอย่างสร้างสรรค์ สมาชิกรู้สึกถึงความเกื้อกูลอบอุ่นและปลอดภัย เกิดความเชื่อถือ และได้รับประสบการณ์โดยการประคับประคองนี้ จะช่วยลดความวิตกกังวลซึ่งมีอยู่ในทุกขั้นตอนของการทำกลุ่ม 2) การบริการด้านความรู้ (Educational Service) เป็นการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจเรื่อง การเจ็บป่วย เป็นการให้ข้อมูล (Information) เพื่อลดทัศนคติด้านลบ จัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา 3) การลดภาวะตึงเครียดของสมาชิก 4) สร้างเครือข่าย (Network) ซึ่งหมายถึง การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ของผู้ป่วยจะส่งผลต่อระยะเวลาการเกิดและหายของโรค การได้รับความช่วยเหลือจะช่วยลดความกดดัน ซึ่งเครือข่ายทางสังคมเบื้องต้นคือ สมาชิกที่เข้าร่วมในกลุ่ม

5. เครื่องมือวัดผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยจิตเภท

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 การศึกษา พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างแล้ว สิ่งสำคัญที่พบในงานวิจัยคือ แบบประเมินผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม เพื่อวัดผลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ทั้งอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวก คือ ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด พฤติกรรม ส่วนอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในคนทั่วไปควรมี เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดและขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ดังนั้นการให้ความรู้กับผู้ป่วย จะต้องประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Atkinson และคณะ (1996) Shin & Lukens (2002) Bechdolf และคณะ (2004) Hornung และคณะ (1996) Pitschel – Walz และคณะ (2006) และ พรสวรรค์ พูลกระจำง(2548) ที่ใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เพื่อประเมินระดับอาการทางจิตก่อนเข้ากลุ่ม

นอกจากนี้ พบว่ามีการนำแบบประเมินต่างๆ มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และความชำนาญของผู้ใช้แบบประเมิน เช่น

1. การวัดคุณภาพชีวิต
2. การทำหน้าที่ทางสังคม การประเมินเครือข่ายทางสังคม
3. แบบบันทึกการใช้ยา (Atkinson et al, 1996; Hornung et al, 1996; พรสวรรค์ พูลกระจำง, 2548)
4. ความร่วมมือในการรักษา Compliance rating scale (Bechdolf et al, 2004; Pitschel – Walz et al, 2006)

5. การใช้เกณฑ์การประเมิน Relapse criteria (Bechdolf et al, 2004)
6. การประเมินแหล่งช่วยเหลือ Modified Social Network Schedule (SNS) (Atkinson et al, 1996)
7. การประเมิน Stigma – Devaluation Scale (Shin & Lukens, 2002)
8. การประเมิน Insight โดย Schedule for Assessment of Insight (Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002)
9. การประเมิน Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (Shin & Lukens, 2002)
10. การวัด Re-hospitalization (Bechdolf et al, 2004)
11. การประเมินความรู้เกี่ยวกับยา Knowledge of Medication Questionnaire (Griffiths et al, 2007)
12. การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ EE - Scale of Camberwell Family Interview (Pekkala & Mirinder, 2002)

สรุปได้ว่าการนำเครื่องมือการวัดผลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของประเทศไทยนั้น ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ให้การบำบัดที่ต้องการวัดทั้งระดับอาการทางจิต โดยใช้ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ความรู้และทักษะการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6. ผลลัพธ์การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 การศึกษา พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท มีผลให้ผู้ป่วย เกิดความร่วมมือในการรักษามากขึ้น (Bechdolf et al, 2004; Griffiths et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pekkala & Mirinder, 2002; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) ความร่วมมือในการรักษาได้แก่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด โดยพบว่าการใช้ร่วมกับเครื่องมืออื่นเช่น Video, Role play จะให้ผลดีกว่า (Griffiths et al, 2004) ลดการป่วยซ้ำ (Pekkala & Mirinder, 2002) ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Pekkala & Mirinder, 2002; Pitschel – Walz et al, 2006) มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Atkinson et al, 1996) ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล (Pitschel – Walz et al, 2006) การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ดีขึ้น (Atkinson et al, 1996) การติดต่อทางสังคม ของผู้ป่วยดีขึ้น (Atkinson et al, 1996) อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Pitschel – Walz et al,

2006) รับรู้ถึงตราบาป ลดลง (Shin & Lukens, 2002) Coping skill ของผู้ป่วยดีขึ้น (Shin & Lukens, 2002) ระดับความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Griffiths et al, 2004)

จากผลการศึกษางานวิจัย พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มให้ความรู้ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทแบบมีโครงสร้าง โดยเฉพาะ จะเพิ่มความรู้และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา มากกว่า การให้ความรู้แบบไม่มีโครงสร้าง หมายถึง การให้ความรู้กับผู้ป่วยต้องมีการวางแผน มีการ แจกเอกสาร ร่วมกับการใช้สื่อทัศนูปกรณ์ การแสดงบทบาทสมมติ การจัดกลุ่มให้ความรู้แบบมี โครงสร้าง ควรจัดมากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากการทำหลายครั้งช่วยกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และมีความรู้เพิ่มขึ้น (Griffiths, Fernandes, Mostacchi & Evans, 2004) นอกจากนี้ การจัดกลุ่ม สุขภาพจิตศึกษา ควรร่วมไปกับกระบวนการกลุ่มประคับประคอง เพราะจะช่วยทำให้ผู้ป่วย มีความรู้ และมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม ช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น (พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pekkala และ Mirinder (2002) ที่พบว่าทำให้ สุขภาพจิตศึกษา สามารถลดการ ป่วยซ้ำ และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Pitschel – Walz และคณะ (2006) ที่พบว่าสุขภาพจิตศึกษามีอิทธิพลต่อความร่วมมือ ในการรักษาของผู้ป่วย และลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

ดังนั้นการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ความรู้และใช้กระบวนการ กลุ่มประคับประคอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น ดูแลตนเองได้ และ ร่วมมือในการรักษา ลดการป่วยซ้ำ สิ่งสำคัญสุดท้ายที่ทีมสุขภาพต้องการคือ ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพ ชีวิตดีขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ทั้งหมด 9 การศึกษา โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ผลการประเมินงานวิจัยที่นำมาศึกษา เป็นงานวิจัยระดับ A ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Systemic review ของงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT) จำนวน 2 การศึกษา และงานวิจัยเดี่ยวที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT) จำนวน 6 การศึกษา และงานวิจัย ระดับ B ที่ได้จากงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม จำนวน 1 การศึกษา ซึ่งงานวิจัยทั้ง 9 การศึกษา เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ 8 การศึกษา ศึกษาในประเทศไทย 1 การศึกษา ผลจากการศึกษาได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในการนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทสรุปได้ ดังนี้

1. ส่วนประกอบของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ลักษณะและขนาดของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ควรเป็นกลุ่มที่มีลักษณะมีโครงสร้าง โดยมีรูปแบบและมีการวางแผนขั้นตอนในการจัดทำลักษณะของกลุ่มจะเป็นกลุ่มปิด จำนวนสมาชิก 8 - 10 คน สามารถใช้ในการบำบัดผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยในผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและชุมชน มีการใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยใช้หลักการที่มีกลุ่มคนมาประชุมพบปะระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย ให้ได้มีการเรียนรู้และแก้ปัญหาาร่วมกัน กระบวนการกลุ่ม ยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีความรู้ในเรื่องโรค การรักษา ดีขึ้น เกิดการพัฒนา และบรรลุวัตถุประสงค์

1.2 ผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มในการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท มีหลายวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล นักอาชีวะบำบัด อาสาสมัครที่ผ่านการฝึกแล้ว นักจิตวิทยา ผู้บำบัดทางจิตที่ได้ผ่านการฝึกอบรม สามารถเป็นผู้นำกลุ่มได้ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้นำกลุ่มเป็นวิชาชีพพยาบาล ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม การทำกลุ่มให้ได้ผลดี จะต้องให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี มีการกระตุ้นและเพิ่มพูนปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องมีท่าทีแสดงความรู้สึกรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจ และพร้อมให้การช่วยเหลือแก่สมาชิก รวมถึงการสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม เพื่อให้บรรลุ จุดมุ่งหมายที่วางไว้

1.3 ลักษณะของผู่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกลุม ทั้งแผนกผู่วยนอก ผู่วยในและชุมชน มีลักษณะดังนี้

แผนกผู่วยนอก

เกณฑ์การคัดเลือกผู่วยเข้าร่วมกลุมในแผนกผู่วยนอก เป็นผู่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู่วยนอก ได้รับการวินิจฉัยด้วย ICD-10, DSM -IV หรือ DSM -III-R มีอาการทางจิตสงบ รับประทานยาต้านโรคจิตเป็นเวลาาน เคยมีอาการทางจิตเฉียบพลัน 2 ครั้งใน 5 ปี

แผนกผู่วยใน

เกณฑ์การคัดเลือกผู่วยเข้าร่วมกลุมในแผนกผู่วยใน เป็นผู่วยกลุมที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia or related disorder (ICD-10: F20, F 23, F 25) อายุ 18-64 ปี เคยรักษาเป็นผู่วยในของโรงพยาบาลมาอย่างน้อย 1 ปี หรือรับยาต้านโรคจิตมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี มีผูดูแลอย่างน้อย 1 คน

สำหรับผู่วยที่ต้องคัดออก คือผู้ที่ติดยา หรือติดสุรา ใช้สารเสพติดในช่วง 6 เดือนก่อนถูกรับไว้ในโรงพยาบาล มีโรคทางสมอง บกพร่องในการเรียนรู้หรือการไดยิน IQ ต่ำกว่า 80 ไม่มีการติดต่อกับญาติ (น้อยกว่า 30 นาที/สัปดาห์) ไม่เคยมีอาการดีขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

ผู่วยในชุมชน

เกณฑ์การคัดเลือกผู่วยในชุมชน ผู่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมต้องได้รับวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท และสมัครเข้าร่วมโครงการ

1.4 ระยะเวลาในการเข้ากลุม ระยะเวลาที่เหมาะสมในการเข้ากลุมแต่ละครั้งในแต่ละ Setting ใช้เวลาประมาณ 60 -90 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กัวัตถุประสงคและเนื้อหาของการวิจัย

1.5 ความถี่ในการดำเนินกลุม แผนกผู่วยนอก จัด 1-2 /สัปดาห์หรือ ทุก เดือนติดต่อกันเมื่อผู่วยกลับมาพบแพทย์ตามนัด แผนกผู่วยใน จัด 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ติดต่อกัน สำหรับผู่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนจัดเข้ากลุม จัด 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ติดต่อกัน

1.6 จำนวนครั้งในการเข้ากลุม แผนกผู่วยนอก จัด 10 ครั้ง ระยะเวลา 8-10 สัปดาห์ แผนกผู่วยใน จัด 8 ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในชุมชน จัด 20 ครั้งระยะเวลา 20 สัปดาห์ การจัดจำนวนครั้งควรจัดให้เหมาะสมกับผู่วยและผู่วยให้บริการ และความเป็นไปได้ในแต่ละบริบทของแต่ละ Setting

2. องค์ประกอบของกิจกรรมและเนื้อหาในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

เนื้อหาการให้ความรู้ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู่วยจิตเภท มีเนื้อหาคล้ายคลึงกันทั้งแผนกผู่วยนอก ผู่วยในและในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษา และอาการข้างเคียงของยา การป้องกันการป่วยซ้ำ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับ

ภาวะเจ็บป่วย ทักษะทางสังคม แหล่งสนับสนุนในชุมชน การฝึกปฏิบัติ การใช้และบันทึกการใช้ยา
ทัศนคติต่อการเจ็บป่วย

3. วิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

วิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทเป็น การให้ข้อมูลความรู้ โดย
การบรรยาย อภิปราย ถาม-ตอบ การฝึกปฏิบัติ การแสดงบทบาทสมมติ และมีการใช้อุปกรณ์
เครื่องมือช่วยในการดำเนินกลุ่ม ภายใต้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งมีการสนับสนุนประคับประคองของ
สมาชิกที่ตอบสนองกลุ่มอย่างสร้างสรรค์ ช่วยลดความวิตกกังวลและ ภาวะตึงเครียดของสมาชิก
สร้างเครือข่าย (Network) ซึ่งหมายถึง การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ของผู้ป่วยซึ่งส่งผล
ต่อระยะเวลาการเกิดและหายของโรค การได้รับความช่วยเหลือจะช่วยลดความกดดัน ซึ่งเครือข่าย
ทางสังคมเบื้องต้นคือ สมาชิกที่เข้าร่วมในกลุ่ม

4. เครื่องมือที่ใช้วัดผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท

การใช้แบบประเมิน เพื่อวัดผลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและ
หลังการเข้าร่วมกลุ่ม ประกอบด้วยแบบวัดดังนี้

1. การวัดคุณภาพชีวิต
2. การทำหน้าที่ทางสังคม การประเมินเครือข่ายทางสังคม
3. แบบบันทึกการใช้ยา
4. ความร่วมมือในการรักษา Compliance rating scale
5. การใช้เกณฑ์การประเมิน Relapse criteria
6. การประเมินแหล่งช่วยเหลือ Modified Social Network Schedule (SNS)
7. การประเมิน Stigma – Devaluation Scale
8. การประเมิน Insight โดย Schedule for Assessment of Insight
9. การประเมิน Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales
10. การ วัด Re –hospitalization
11. การประเมินความรู้เกี่ยวกับยา Knowledge of Medication Questionnaire
12. การแสดงออกทางอารมณ์ EE - Scale of Camberwell Family Interview

สรุปได้ว่าการนำเครื่องมือการวัดผลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทมาใช้ให้
เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของประเทศไทยนั้น ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ให้การบำบัดที่
ต้องการวัดทั้งระดับอาการทางจิต โดยใช้ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ความรู้และ
ทักษะการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

5. ผลลัพธ์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท มีผลให้ผู้ป่วย เกิดความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ได้แก่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด โดยพบว่าการใช้ร่วมกับเครื่องมืออื่นเช่น Video, Role play จะให้ผลดีมากขึ้น ลดการป่วยซ้ำ ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การทำหน้าที่และการติดต่อทางสังคมดีขึ้น ระดับอาการทางจิตลดลง Coping skill ดีขึ้น รับรู้ถึงอคติทางสังคม (stigma) ลดลง ระดับความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่าใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ความรู้และประคับประคอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ และร่วมมือในการรักษา ลดการป่วยซ้ำ มีทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น ดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการแพทย์จากผลจากการศึกษาการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในภาพรวมได้แนวคิดดังต่อไปนี้

1.1 การจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ควรจัดแบบมีโครงสร้าง จะช่วยเพิ่มความรู้และเพิ่มความร่วมมือในการรักษามากกว่าแบบไม่มีโครงสร้าง เนื่องจากการให้ความรู้กับผู้ป่วย ผู้นำกลุ่มต้องมีการวางแผนในการจัดและกำหนดให้มีความสำคัญคือ ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษา และอาการข้างเคียงของยา การป้องกันการป่วยซ้ำ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับการเจ็บป่วย ทักษะทางสังคม แหล่งสนับสนุนในชุมชน

1.2 ผู้นำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา พยาบาลจิตเวชสามารถเป็นผู้นำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาได้ สามารถจัดกลุ่มได้ ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และในชุมชน พยาบาลควรเชิญชวนให้ทีมผู้บำบัดทางจิตเวชอื่นๆเช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ เข้าร่วมในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาด้วยเพื่อให้ได้มุมมอง และความรู้ที่หลากหลายเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

1.3 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกลุ่ม ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและชุมชน คือ เป็นผู้ป่วยจิตเภท ตามการวินิจฉัยด้วย ICD-10 , DSM –IV หรือ DSM –III-R มีอาการทางจิตสงบ รับประทานยาต้านโรคจิตเป็นเวลานาน เคยมีอาการทางจิตเฉียบพลัน 2 ครั้งใน 5 ปีอายุ 18-64 ปี เคยรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี หรือรับยาต้านโรคจิตมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี มี ผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน สมัครเข้าร่วมโครงการ

สำหรับผู้ป่วยที่ต้องคัดออก คือผู้ที่คิดยา หรือติดสุรา ใช้สารเสพติดในช่วง 6 เดือนก่อน ถูกปรับไว้ในโรงพยาบาล มีโรคทางสมอง บกพร่องในการเรียนรู้หรือการได้ยิน IQ ต่ำกว่า 80 ไม่มีการติดต่อกับญาติ (น้อยกว่า 30 นาที/สัปดาห์) ไม่เคยมีอาการดีขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

1.4 วิธีดำเนินกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ควรใช้กระบวนการกลุ่ม เน้นกลุ่มแบบประทับ ประคอง ร่วมไปกับวิธีการให้ความรู้ที่หลากหลายเช่น การบรรยาย การอภิปราย การถามตอบ การแสดงบทบาทสมมติ และควรใช้ อุปกรณ์ เทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาช่วยกระตุ้นกลุ่มด้วย

1.5 จำนวนสมาชิก จำนวนครั้ง ความถี่ และระยะเวลาในการทำกลุ่ม ควรจัดเป็นกลุ่มปิดที่มีสมาชิกประมาณ 8 – 10 คน จัด 8-10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 1 - 1 ชั่วโมงครึ่ง

1.6 เครื่องมือในการประเมิน ควรเลือกใช้เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพของกลุ่มให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการติดตามทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมด้วย เพื่อให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

2. การนำผลการศึกษาไปใช้ในสถาบันของผู้ศึกษา

สำหรับการนำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาไปใช้ในสถาบันของผู้ศึกษา (โรงพยาบาลศรีธัญญา) มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

2.1 การจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยใน จัดแบบกลุ่มปิด มีโครงสร้าง สมาชิก 8 – 10 คน จัด 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงครึ่งโดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ผู้นำกลุ่ม ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มโดยต้องมีการศึกษาวัตถุประสงค์ และเนื้อหาของกลุ่มให้ชัดเจน ควรเชิญวิชาชีพอื่นมาร่วมในครั้งที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับวิชาชีพนั้นๆ แต่พยาบาลจะเป็นหลักในการจัดกลุ่ม

2.1.2 สมาชิกกลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน ได้แก่

1. ผู้ป่วยจิตเภท ตามการวินิจฉัยด้วย ICD-10 ในทุกหอผู้ป่วย
2. มีอาการทางจิตสงบ
3. รับประทานยาต้านโรคจิตมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
4. อายุ 18-64 ปี
5. สามารถมาร่วมกลุ่มได้จนครบ 8 ครั้งแม้เมื่อจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาล

สำหรับผู้ป่วยที่ต้องคัดออก คือผู้ที่คิดยา หรือติดสุรา ใช้สารเสพติดในช่วง 6 เดือนก่อนถูกปรับไว้ในโรงพยาบาล มีโรคทางสมอง บกพร่องในการเรียนรู้หรือการได้ยิน ไม่เคยมีอาการดีขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

2.1.3 วิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาใช้กระบวนการกลุ่ม แบบ ประคับประคอง ร่วมไปกับวิธีการให้ความรู้โดย การบรรยาย การอภิปราย การถามตอบ การแสดง บทบาทสมมุติ และการใช้ อุปกรณ์ ได้แก่ เอกสารความรู้ รูปภาพ เข้ามาช่วยกระตุ้นกลุ่มด้วย

2.1.4 เนื้อหาของกลุ่ม 8 ครั้งประกอบด้วย

1. โรคจิตเภท อาการ ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย
2. ความเชื่อทัศนคติ และความรู้สึกถึงอคติทางสังคม(stigma)
3. การรักษา เป้าหมายของการรักษา
4. การรับประทานยาต่อเนื่อง และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
5. อาการนำของการป่วยซ้ำ ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำ
6. การป้องกันการป่วยซ้ำ
7. ความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียด
8. การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

2.1.5 การประเมินผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและเครื่องมือที่ใช้

1. ระดับอาการทางจิต โดยใช้ Brief Psychiatric Rating Scale
2. ความร่วมมือในการรักษาโดยใช้ Compliance rating scale
3. การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนโดยใช้ Buchkremer and Coworkers criteria
4. ความรู้สึกถึง อคติทางสังคม โดยใช้ Stigma-Devaluation scale
5. ความรู้เกี่ยวกับยาโดยใช้ Knowledge of Medication Questionnaire
6. คุณภาพชีวิต โดยใช้ Heinrichs et al's scale

ประเมินผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในระยะก่อนร่วมกลุ่มครั้งแรก หลัง จบกลุ่มครั้งสุดท้าย และระยะ 6 เดือนหลังจบกลุ่มครั้งสุดท้าย ควรมีการติดตามทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมด้วย เพื่อให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

2.2 การจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยนอก จัดแบบกลุ่มปิด มีโครงสร้าง สมาชิก 8 – 10 คน จัด 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงครั้งโดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ผู้นำกลุ่ม ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มโดยต้องมีการศึกษาวัตถุประสงค์ และเนื้อหาของกลุ่มให้ชัดเจน ควรเชิญวิชาชีพอื่นมาร่วมในครั้งที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับวิชาชีพนั้นๆ แต่พยาบาลจะเป็นหลักในการจัดกลุ่ม

2.2.2 สมาชิกกลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน ได้แก่

1. ผู้ป่วยจิตเภท ตามการวินิจฉัยด้วย ICD-10

2. มีอาการทางจิตสงบ
3. รับประทานยาต้านโรคจิตมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
4. อายุ 18-64 ปี
5. เคยมีอาการทางจิตเฉียบพลัน 2 ครั้งใน 5 ปี
6. มีญาติหรือผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน
7. สมัครใจเข้าร่วมกลุ่ม

สำหรับผู้ป่วยที่ต้องคัดออก คือผู้ที่ติดยา หรือติดสุรา หรือใช้สารเสพติด ในช่วง 6 เดือนก่อนการเข้าร่วมกลุ่ม มีโรคทางสมอง บกพร่องในการเรียนรู้ หรือการได้ยิน

2.2.3 วิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาใช้กระบวนการกลุ่ม แบบ ประคับประคอง ร่วมไปกับวิธีการให้ความรู้โดย การบรรยาย การอภิปราย การถามตอบ การแสดง บทบาทสมมุติ และใช้ อุปกรณ์ ได้แก่ เอกสารความรู้ รูปภาพ เข้ามาช่วยกระตุ้นกลุ่มด้วย

2.2.4 เนื้อหาของกลุ่ม 10 ครั้งประกอบด้วย

1. โรคจิตเภท อาการ ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย
2. ความเชื่อทัศนคติ และความรู้สึกลึงอคติทางสังคม(stigma)
3. การรักษา เป้าหมายของการรักษา
4. การรับประทานยาต่อเนื่อง และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
5. อาการนำของการป่วยซ้ำ ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำ
6. การป้องกันการป่วยซ้ำ
7. ความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียด
8. การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
9. การดำเนินชีวิตในสังคม เช่น การเรียน การทำงาน
10. แหล่งสนับสนุนในชุมชน

2.2.5 การประเมินผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและเครื่องมือที่ใช้

1. ระดับอาการทางจิต โดยใช้ Brief Psychiatric Rating Scale
2. ความร่วมมือในการรักษาโดยใช้ Compliance rating scale
3. การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้อาการโดยไม่ได้วางแผนโดยใช้ Buchkremer and Coworkers criteria
4. ความรู้สึกลึงอคติทางสังคม โดยใช้ Stigma-Devaluation scale
5. ความรู้เกี่ยวกับยาโดยใช้ Knowledge of Medication Questionnaire
6. คุณภาพชีวิต โดยใช้ Heinrichs et al's scale

7. การทำหน้าที่ทางสังคม โดยใช้ Social Functioning Schedule
ประเมินผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในระยะก่อนร่วมกลุ่มครั้งแรก หลัง
จบกลุ่มครั้งสุดท้าย และระยะ 6 เดือน 12 เดือนหลังจบกลุ่มครั้งสุดท้าย

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาใน
ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นเพื่อมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และช่วยลดการป่วยซ้ำหรือเพิ่มคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วย

3.2 ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท และนำผลการศึกษามา
สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้และได้ผลดี นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อประยุกต์ใช้ในการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการป่วยซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ ไป

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท
(A SYNTHESIS OF RESEARCH ON PSYCHOEDUCATION GROUP IN SCHIZOPHRENIA
PATIENTS)

ปัทมาธิษั ประสาทศรี 4637634 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : เพียว พูลเจริญ, กศ.ม. (การแนะแนว),
โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด มีอุบัติการณ์ ประมาณร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก (Kaplan & Sadock, 1996) สำหรับในประเทศไทย มีอัตราความชุกประมาณ 5.2 แสนคน (Statistics by Country Schizophrenia, 2007) จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างปีงบประมาณ 2548 – 2550 พบว่าโรคจิตเภทพบมากเป็นอันดับหนึ่ง ในทุกปีงบประมาณ คิดเป็นร้อยละ 43.9, 43.6 และ 39.4 ของผู้ป่วยรับไว้รักษาทั้งหมด ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2551) และจากสถิติผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างปีงบประมาณ 2548-2550 พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุดทุกปีโดยคิดเป็นร้อยละ 62.8, 62.3 และ 61.15 ของผู้ป่วยรับไว้รักษาทั้งหมด ตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2550) ทั้งนี้เนื่องจากโรคจิตเภท มีลักษณะการดำเนินของโรครุนแรงและเรื้อรัง ผู้ป่วยมีโอกาสดับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) นอกจากนี้พบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยในของโรคจิตเภทเท่ากับ 128.46 วัน และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งเท่ากับ 32,031.64 บาท (อรรพรรณ ศิลปะกิจ และ อารีย์ ใจหนักแน่น, 2548) ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนการรักษาที่สำคัญได้ผลรวดเร็ว และเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุด คือ การรักษาด้วยยา (Kaplan & Sadock, 2000) แม้ว่ายาต้านโรคจิตในปัจจุบันจะมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ยาจะไม่เข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยยังคงเป็นปัญหาสำคัญของทีมสุขภาพที่ต้องหาวิธีการที่จะ

ช่วยบำบัด รักษา ส่งเสริมและป้องกันทางด้านจิตสังคมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมมือในการรักษาเพื่อลดอัตราการป่วยซ้ำ ร่วมกับการรักษาด้วยยา เช่น การทำกลุ่มบำบัด การให้ความรู้ การปรับพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพพยาบาล ต้องดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องหาวิธีการบำบัดทางการพยาบาล ที่ง่าย สะดวก ประหยัด เวลาและค่าใช้จ่าย รวมถึงบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ตามกฎหมาย สำหรับรูปแบบการบำบัดที่สามารถดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้ คือ การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรค อาการ แผนการรักษา การดูแลตนเอง ทั้งรายบุคคลและกลุ่ม ทั้งนี้รูปแบบการให้การบำบัดต้องมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและส่งผลให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง

การป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ชูบินและสปริง (Zubin & Spring, 1977 Cited in Nuechterlin, Dawson, Ventura, Gitlin, & Subotnik, 1994) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการป่วยซ้ำว่า ขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ของปัจจัย 4 ประการ คือ 1) ความอ่อนแอพื้นฐานของบุคคล (Personal Vulnerability factor) ได้แก่ ความผิดปกติของระดับโดปามีน ความสามารถของกระบวนการคิด การวิเคราะห์ข้อมูลลดลง และระบบอัตโนมัติทำงานตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากผิดปกติ 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด (Environmental Stress) ได้แก่ บรรยากาศในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการกระตุ้นทางสังคมสูง 3) ปัจจัยปกป้องทางสิ่งแวดล้อม (Environmental Protectors) ได้แก่ ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาและการมีรูปแบบการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตสังคม และ 4) ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล (Personal Protectors) ได้แก่ การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การมีทักษะในการเผชิญปัญหาและการมีความเชื่อในสมรรถนะของบุคคล จากการศึกษาพบว่า การไม่ร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะเรื่องการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท พบมากถึงร้อยละ 25-50 ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Sullivan, Well, Morgenstern & Leake, 1995) ส่วนมากมีสาเหตุมาจากความขัดแย้งระหว่างแนวทางการรักษาของแพทย์กับความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วย การปฏิเสธการเจ็บป่วย เคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผลข้างเคียงของยา สัมพันธภาพกับทีมสุขภาพไม่ดี และมีปัญหาทางการเงิน รวมถึงการเดินทางมารับยา (Schultz & Videbeck, 1994) นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าในผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ก็มีส่วนที่ซึ่งเกิดอาการกำเริบจนต้องกลับเข้ารับรักษา ซึ่งในกรณีนี้ อาจเกิดจากร่างกายผู้ป่วยมีการดื้อซึมยาไม่ดี มีความตึงเครียดมาก (Mulaik, 1992) หรือขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในชุมชน เช่น มีการใช้สารเสพติด และไม่มาพบแพทย์ตามนัด (Chen, 1991) จากแนวคิดดังกล่าว จะเห็นได้ว่าสาเหตุที่สำคัญของการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท มาจากสาเหตุและปัจจัยด้าน

ผู้ป่วยมากที่สุด และจากผลการศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยป่วยซ้ำ คือ ผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือในการรักษา ในประเทศไทยพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง โดยหยุด เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง (ราตรี อินทรีย์, 2541) จากการศึกษาความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ คิดว่าตนเองหายแล้ว ขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา การลืมรับประทานยา ไม่ต้องการที่จะรับประทานยาทุกวันและกลัวสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย (ราตรี อินทรีย์, 2541) จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทได้รับความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของยา รู้สีกว่ายาไม่มีประสิทธิภาพ เบื่อหน่าย (Lund & Frank, 1991) ผู้ป่วยไม่มีความรู้เรื่องยา รับประทานยานานกว่า 5 ปี อยู่ห่างไกลโรงพยาบาลเกิน 10 กิโลเมตร (Razali & Yahya, 1995) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าสาเหตุของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทล้วนมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา คือ ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรค การรักษา และการปฏิบัติตัว

ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือในการรักษา ที่ผ่านมามีการศึกษาพัฒนาวิธีการที่จะช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง สำหรับการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท เนื้อหาความรู้ประกอบด้วยเรื่องโรคจิตเภท อาการ การรักษา อาการข้างเคียงของยา และการจัดการกับผลข้างเคียงของยา การจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล รูปแบบการให้ความรู้สามารถจัดได้ทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล ทั้งในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและแผนกผู้ป่วยนอก สำหรับการให้ความรู้ ส่วนใหญ่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยะเวลาตั้งแต่ 6 – 15 ครั้ง อาทิตย์ 1 - 2 ครั้ง/ สัปดาห์ เนื่องจากระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลใช้เวลา ประมาณ 2 – 3 สัปดาห์ ตามนโยบายการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลให้สั้นลง (กรมสุขภาพจิต, 2545) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสำคัญและจำเป็นที่บุคลากรทางด้านสุขภาพต้องกระทำ เนื่องจากหากไม่มีการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนจำหน่าย ให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษาแล้ว เป็นการยากที่ผู้ป่วยจิตเภทจะให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย (Falvo, 2000) ดังนั้นหากมีรูปแบบหรือวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการรักษาที่ดีและมีคุณภาพ ความเป็นไปได้ในการที่จะทำให้อาการผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำลดลงลงเกิดขึ้นได้

ถึงแม้ผลจากการทบทวนความรู้ (Knowledge Focused Triggers) ที่เกิดจากการค้นคว้าจากวรรณกรรมหรืองานวิจัยต่าง ๆ ที่มาจากองค์ความรู้ จะยืนยันว่ารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยการให้ความรู้กับผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำได้ แต่จากผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่าน

มาของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา ทั้งในหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัด ที่ดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตจนผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ และย้ายผู้ป่วยมารับการบำบัดต่อที่หอผู้ป่วย เร่งรัดบำบัด พบว่ารูปแบบการให้ความรู้มีความแตกต่างกัน เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วยจิตเภทเป็น รายบุคคลและรายกลุ่ม ให้ตั้งแต่วันแรก ๆ ที่เข้ารับรักษา หรือรอจนกว่าอาการทางจิตสงบ การฝึกให้ ผู้ป่วยจัดารับประทานเอง โดยมีพยาบาลควบคุมดูแล การให้ความรู้กับญาติหรือผู้ดูแล เกี่ยวกับโรค และแผนการรักษา ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาล และเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพใน การดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ของโรงพยาบาล ศรีธัญญา จึง สนใจศึกษาวิธีการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ช่วยลดการป่วยซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ เป็นไปในทิศทางเดียวกันและเป็นบทบาทที่พยาบาลจิตเวชสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้โดยตรง

ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้ผู้ศึกษา จึงต้องการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการ ใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วย จิตเภท โดยการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits / Outcomes)

ได้องค์ความรู้การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในการนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามา รับบริการในโรงพยาบาล

คำจำกัดความ (Definition of term)

ผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตประเภทหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม โดยที่อาการดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมเสียการทำหน้าที่ทางสังคม และอาชีพการงาน โดยมีระยะเวลาของความผิดปกติต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน ในระยะ 6 เดือน นั้นจะต้องมีระยะที่อาการกำเริบ (Active phase) อย่างน้อย 1 เดือน ส่วนระยะเวลาที่เหลือจะเป็น ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) หรือระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase)

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation group)

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา หมายถึง การบำบัดทางจิตใจ(Psychological intervention) ผสมผสานกับการให้ความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาและแหล่งให้ความช่วยเหลือ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจกับภาวะของโรค ยอมรับความเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษาและฟื้นฟู เพิ่มทักษะในการเผชิญกับภาวะของโรค มีความเข้มแข็งที่จะอยู่ได้ในสภาวะที่มีปัญหา กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้และพฤติกรรมผ่านทางกระบวนการกลุ่มและการสอน รวมถึงมีการประเมินความจำเป็นในการเรียนรู้ของผู้ป่วย สอนในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมความรู้ในส่วนที่บกพร่อง เพื่อเพิ่มความสามารถและความมั่นใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง รับรู้ทางเลือกเพิ่มขึ้น สามารถวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองได้ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือและการปฏิบัติตามแผนการรักษา

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ ซึ่งมีรายละเอียดตามขั้นตอนดังนี้

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Search for information sources)

1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data sources) ที่ใช้ในการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ วิทยานิพนธ์ ตำรา คู่มือ วารสารจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ แหล่งข้อมูลของหน่วยงาน สถาบันที่เกี่ยวข้อง และฐานข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้มีดังนี้ PUBMED, MEDLINE, OVID, CINAHL, Science Direct, Blackwell-synergy, www.guidelines.gov, www.Cochrance.org, www.Joannabriggs.edu.au, www.dmp.go.th, www.li.mahidol.ac.th, http://library. car.chula.ac.th, และ Reference list โดยการสืบค้นใช้ทั้ง ทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronically) และ การสืบค้นด้วยมือ (Manually)

1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key words) ได้แก่

- 1.2.1 Schizophrenia And Education Program And Drug compliance
- 1.2.2 Schizophrenia And Psychoeducation Program And Relapse
- 1.2.3 Schizophrenia And Psychoeducation Program And Rehospitalization
- 1.2.4 Schizophrenic patient And Psychoeducation
- 1.2.5 ผู้ป่วยจิตเภทและสุขภาพจิตศึกษา
- 1.2.6 ผู้ป่วยจิตเภทและจิตศึกษาและการป่วยซ้ำ

1.2.7 ผู้ป่วยจิตเภท และความร่วมมือในการรักษา

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย ดังนี้

1.3.1 ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณาทั้งงานวิจัยเชิงทดลอง เชิงคุณภาพ เชิงความสัมพันธ์และเชิงพรรณนา รวมทั้งการทบทวนงานวิจัยที่เป็น Meta-analysis ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 ถึง ค.ศ. 2007

1.3.2 ชนิดของการปฏิบัติการพยาบาล เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท

1.3.3 ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดหรือในงานวิจัยที่มีผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 50 % ขึ้นไป

1.3.4 เป็นงานวิจัยที่สามารถหา Full text ได้จากระบบบริการห้องสมุด จำนวนการศึกษาที่สืบค้นได้จากคำสำคัญทั้งหมด เท่ากับ 1551 เรื่อง เมื่อคัดเลือกลงานวิจัยที่ไม่ซ้ำกันจากฐานใดฐานหนึ่งในและต่างประเทศ มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และมี Full text ที่จะนำไปประเมินคุณภาพ ได้จำนวน 9 เรื่อง เป็นหลักฐานระดับ A จำนวน 8 เรื่อง ระดับ B จำนวน 1 เรื่อง

2. แนวทางในการสังเคราะห์งานวิจัย ประกอบด้วย

สำหรับแนวทางการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality) พิจารณาใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการออกเป็น 4 ระดับ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) ดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่เป็น Meta- analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT)

Level B หมายถึง หลักฐานที่เป็น Meta- analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น Randomized Controlled Trials (RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ Non Randomized Controlled Trials, Cohort - study, Case Control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (data extraction) เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ พิจารณา
ดึงข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือกไว้ดังนี้

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Problem / Purpose)
- 2) แบบการวิจัย (Research design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- 4) สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- 5) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล(Data collection)
- 6) วิธีการวิจัยหรือแนวปฏิบัติการพยาบาล(Method / Intervention)
- 7) ผลการวิจัย(Finding / Result) ในการวิจัย
- 8) ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ (Implication / Implementation)

ผลการศึกษา

ผลการสังเคราะห์การศึกษาเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทแบ่งออกเป็น 6 กลุ่มได้แก่

1. คุณภาพของงานวิจัย

จากการศึกษา งานวิจัยทั้ง 9 เรื่องเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่ามีงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 6 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdorf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007) Systemic review อยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง (Griffiths et al, 2004; Pekkala & Mirinder, 2002) Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง (พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548)

2. ส่วนประกอบของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่

2.1 ลักษณะของกลุ่มพบว่า เป็นกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทแบบกลุ่มปิดที่มีสมาชิกกลุ่มเดิม จำนวน 7 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdorf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) เป็นกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทแบบกลุ่มปิด และรายบุคคล จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ จำนวน 2 เรื่อง (Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002)

2.2 ขนาดของกลุ่มพบว่า จำนวนผู้ป่วย 4-6 คน 1 เรื่อง (Hornung et al, 1996) จำนวนผู้ป่วย 8- 12 คน จำนวน 6 เรื่อง ((Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdorf et al, 2004; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) ไม่ได้ระบุจำนวนผู้ป่วย จำนวน 2 เรื่อง (Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002)

2.3 ผู้นำกลุ่ม พบว่ามีหลายวิชาชีพแตกต่างกัน ดังนี้ ทีม สหวิชาชีพที่ประกอบด้วย พยาบาล นักอาชีวอนามัย อาสาสมัครที่มีประสบการณ์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักศึกษาปริญญาโท จำนวน 5 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Bechdolf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007) และเป็นวิชาชีพเดียวได้แก่ นักจิตวิทยา 1 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002) พยาบาล จำนวน 1 เรื่อง (พรสวรรค์ พูลกระจำ, 2548) ไม่ระบุผู้นำกลุ่ม 2 เรื่อง (Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002)

2.4 ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม พบว่ามีทั้ง ผู้ป่วยนอก (3 เรื่อง) ผู้ป่วยใน (3 เรื่อง) ผู้ป่วย ในชุมชน (1 เรื่อง) และทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และในชุมชน (2 เรื่อง) ดังนี้

2.4.1 ผู้ป่วยนอก

1. ผู้ป่วยเรื้อรังชาวเกาหลี-อเมริกันโรค Schizophrenia, Schizoaffective disorder, Schizophreniform disorder ตามเกณฑ์ของ DSM-IV อายุ 22-53 ปี (Shin & Lukens, 2002)
2. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ตามเกณฑ์ของ DSM –III-R รับประทานยาต้านโรค จิตเป็นเวลานาน มีอาการทางจิตเฉียบพลัน 2 ครั้งใน 5 ปี มีอาการทางจิตสงบในช่วง 4 สัปดาห์ก่อน เข้าร่วมวิจัย (Hornung et al, 1996)
3. ผู้ป่วยจิตเภท ตามเกณฑ์ของ ICD-10 และ DSM-IV อายุ 25 – 59 ปี อาการทางจิตระยะเรื้อรังบังคับและบังคับระยะยาว ไม่ใช่สารเสพติด (พรสวรรค์ พูลกระจำ, 2548)

2.4.2 ผู้ป่วยใน

1. ผู้ป่วยโรค Schizophrenia or related disorder (F20, F 23, F 25) ตาม เกณฑ์ของ ICD-10 รับเป็นผู้ป่วยใน ในระยะ 14 วัน (Bechdolf et al, 2004)
2. ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยซึมเศร้า ตามเกณฑ์ของ ICD -10 (Agara & Onibi, 2007)
3. ผู้ป่วยโรค Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder ตาม เกณฑ์ของ ICD -9 หรือ DSM –III-R ได้รับยาต้านโรคจิตแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี และมี Key person อย่างน้อย 1 คน เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยจิตเภท ออกจากกลุ่ม (Pitschel – Walz et al, 2006)

- ผู้ที่ติดยา หรือติดสุรา
- มีโรคทางสมอง บกพร่องการเรียนรู้หรือการได้ยิน
- บ้านอยู่ไกลมากกว่า 150 กิโลเมตร
- ไม่มีการติดต่อกับญาติ(น้อยกว่า 30 นาที/สัปดาห์)
- ใช้สารเสพติดในช่วง 6 เดือนก่อนรับเป็นผู้ป่วยใน

- ตั้งครรภ์
- IQ ต่ำกว่า 80
- ไม่เคยมีอาการดีขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

4. อายุของสมาชิกกลุ่ม 18-65 ปี (Bechdolf et al, 2004; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007)

2.4.3 ผู้ป่วยในชุมชน (Atkinson et al, 1996)

1. ผู้ป่วยวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท
2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่สมัครเข้าร่วมโครงการ
3. เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยจิตเภทออกจากกลุ่ม
 - ผู้ป่วยจิตเภทที่ยังอยู่ในระบบการรักษาของโรงพยาบาล (long-stay hospital)
 - ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ทราบระบบการบริการทางจิตเวช

2.4.4 ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และในชุมชน

1. เป็นโรคทางจิตเวช ได้รับยารักษาโรคจิต อายุ 18 ปีขึ้นไป (Griffiths et al, 2007)
2. เป็นโรคจิตเภท หรือเกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช อายุ 15- 58 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย 9- 14 ปี ความร่วมมือในการรักษาตั้งแต่ระดับ poor - good (Pekkala & Mirinder, 2002)

2.5 ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม จากผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 5 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006) 1 ชั่วโมง 40 นาที จำนวน 1 เรื่อง (พรสวรรค์ พูลกระ้าง, 2548) และไม่ระบุระยะเวลา จำนวน 3 เรื่อง (Agara & Onibi, 2007; Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002)

2.6 ความถี่ในการดำเนินกลุ่ม จากการศึกษาพบว่า ความถี่ในการเข้ากลุ่ม จัด 1 ครั้ง/ สัปดาห์ จำนวน 3 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004) จัด 2 ครั้ง/ สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (พรสวรรค์ พูลกระ้าง, 2548) จัด 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ใน 5 ครั้งแรก และ 1 ครั้ง / 4 วันใน 5 ครั้งหลัง จำนวน 1 เรื่อง (Hornung et al, 1996) จัด 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ใน 4 ครั้งแรก และ 1 ครั้ง / เดือนใน 4 ครั้งหลัง จำนวน 1 เรื่อง (Pitschel – Walz et al, 2006) และไม่ระบุความถี่ในการเข้ากลุ่มจำนวน 3 เรื่อง (Agara & Onibi, 2007; Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002)

2.7 จำนวนครั้งและระยะเวลาของการดำเนินกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันคือ จัด 20 ครั้ง เวลา 20 สัปดาห์ 1 เรื่อง (Atkinson et al, 1996) จัด 10 ครั้ง เวลา 10 สัปดาห์ 1 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002) จัด 8 ครั้ง เวลา 8 สัปดาห์ 1 เรื่อง (Bechdolf et al, 2004) จัด 10 ครั้ง เวลา 8 สัปดาห์ 1 เรื่อง (Hornung et al, 1996) จัด 8 ครั้ง เวลา 5 เดือน 1 เรื่อง (Pitschel – Walz et al, 2006) จัด 2 ครั้ง เวลา 1 สัปดาห์ 1 เรื่อง (พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) จัด 4 ครั้ง ไม่ระบุระยะเวลา 1 เรื่อง (Agara & Onibi, 2007) ไม่ระบุจำนวนครั้งและระยะเวลาของการดำเนินกลุ่ม 2 เรื่อง (Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002)

3. ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จากการศึกษางานวิจัย พบว่าเป็นกิจกรรมการให้ความรู้แบบกลุ่มมีโครงสร้างที่ประกอบด้วย การบรรยาย อภิปราย ถาม-ตอบ และฝึกทักษะ จำนวน 7 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) และเป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่มีทั้งกิจกรรมการให้ความรู้แบบกลุ่มมีโครงสร้าง และรายบุคคล 2 เรื่อง (Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder, 2002) เนื้อหา กิจกรรม ได้แก่

3.1 ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษา จำนวน 8 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Griffiths et al, 2007; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548)

3.2 การรักษาด้วยยา และอาการข้างเคียงของยา จำนวน 8 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Griffiths et al, 2007; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548)

3.3 การป้องกันการป่วยซ้ำ จำนวน 5 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006)

3.4 การจัดการกับความเครียด จำนวน 2 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002)

3.5 การจัดการกับการเจ็บป่วย จำนวน 2 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002)

3.6 ทักษะทางสังคม จำนวน 2 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002)

3.7 แหล่งสนับสนุนในชุมชน จำนวน 2 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002)

3.8 ฝึกปฏิบัติ การใช้และบันทึกการใช้ยา จำนวน 1 เรื่อง (Hornung et al, 1996)

3.9 ทักษะการติดต่อโรค และความรู้สึกถึงอคติทางสังคม (stigma) จำนวน 2 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002; Agara & Onibi, 2007)

3.10 ไม่ได้ระบุรายละเอียดของเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา 1 เรื่อง (Pekkala & Mirinder, 2002)

4. วิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จากการศึกษางานวิจัยพบว่าวิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาได้แก่

4.1 การให้ข้อมูล โดยการบรรยาย อภิปราย ถาม ตอบ จำนวน 8 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Griffiths et al, 2007; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548)

4.2 กระบวนการกลุ่ม จำนวน 7 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548)

4.3 การฝึกปฏิบัติ จำนวน 1 เรื่อง (Hornung et al, 1996)

4.4 การใช้อุปกรณ์เครื่องมือช่วยในการดำเนินกิจกรรมเช่น แจกคู่มือ ฟัง เทป ดูวิดีโอ 4 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002; Griffiths et al, 2007; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006)

4.5 การแสดงบทบาทสมมติ 1 เรื่อง (Griffiths et al, 2007)

4.6 การติดต่อทางโทรศัพท์ 1 เรื่อง (Hornung et al, 1996)

5. เครื่องมือที่ใช้วัดผลกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จากการศึกษางานวิจัยพบว่าเครื่องมือที่ใช้วัดผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่

5.1 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ใช้ประเมินระดับอาการทางจิต จำนวน 7 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al, 2004; Griffiths et al, 2007; Hornung et al, 1996; Pekkala & Mirinder, 2002; Pitschel – Walz et al, 2006)

5.2 Global Assessment Scale (GAS) จำนวน 3 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Hornung et al, 1996; Pitschel – Walz et al, 2006)

5.3 Heinrichs et al's scale วัด QOL จำนวน 2 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Pekkala & Mirinder, 2002)

5.4 Social Functioning Schedule (SFS) ของ Remington และ Tyrer (1979) จำนวน 2 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Pekkala & Mirinder, 2002)

5.5 Schedule for Assessment of Insight (SAI) 2 เรือง (Griffiths et al, 2007; Pekkala & Mirinder,2002)

5.6 แบบบันทึกการใช้า จำนวน 3 เรือง (Atkinson et al, 1996; Hornung et al, 1996; พรสวรรค พูลกระจาง, 2548)

5.7 Compliance rating scale จำนวน 3 เรือง (Bechdolf et al, 2004; Pekkala & Mirinder,2002; Pitschel – Walz et al, 2006)

5.8 Modified Social Network Schedule (SNS) ของ Dunn และคณะ (1990) จำนวน 1 เรือง (Atkinson et al, 1996)

5.9 Stigma–Devaluation Scale 1 เรือง (Shin & Lukens, 2002)

5.10 Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales จำนวน 1 เรือง (Shin & Lukens, 2002)

5.11 Buchkremer and Coworkers Re –hospitalization Scales จำนวน 1 เรือง (Bechdolf et al, 2004)

5.12 Knowledge of Medication Questionnaire 1 เรือง (Griffiths et al, 2007)

5.13 EE - Scale of Camberwell Family Interview (CFI) 1 เรือง (Pekkala & Mirinder,2002)

6. ผลลัพธ์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จากการศีกษางานวิจัยทั้ง 9 เรืองพบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทได้ผลลัพธ์ดังนี้

6.1 ความร่วมมือในการรักษา พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น จำนวน 7 เรือง(Bechdolf et al, 2004; Griffiths et al, 2004; Hornung et al, 1996; Pekkala & Mirinder, 2002; Pitschel – Walz et al, 2006; Agara & Onibi, 2007; พรสวรรค พูลกระจาง, 2548) ความร่วมมือในการรักษาได้แก่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด โดยพบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และการใช้ร่วมกับเครื่องมืออื่นเช่น Video, Role play จะให้ผลดีกว่า (Griffiths et al, 2004)

6.2 การป่วยซ้ำ พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดการป่วยซ้ำได้ (Pekkala & Mirinder, 2002)

6.3 การกลับเขารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดการกลับเขารับการรักษาในโรงพยาบาล (Pekkala & Mirinder, 2002; Pitschel – Walz et al, 2006)

6.4 คุณภาพชีวิต พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จำนวน 1 เรื่อง (Atkinson et al, 1996)

6.5 ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยลง 1 เรื่อง (Pitschel – Walz et al, 2006)

6.6 การทำหน้าที่ทางสังคม พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น 1 เรื่อง (Atkinson et al, 1996)

6.7 การติดต่อทางสังคม พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้การติดต่อทางสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น 1 เรื่อง (Atkinson, et al, 1996)

6.8 ระดับอาการทางจิต พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น จำนวน 3 เรื่อง (Atkinson et al, 1996; Shin & Lukens, 2002; Pitschel – Walz et al, 2006;)

6.9 ความรู้สึกถึงอคติทางสังคม (stigma) พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอคติทางสังคมลดลง จำนวน 1 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002)

6.10 Coping skill พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้ Coping skill ของผู้ป่วยดีขึ้น 1 เรื่อง (Shin & Lukens, 2002)

6.11 ระดับความรู้ พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้ ระดับความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 เรื่อง (Griffiths et al, 2004) ดังนี้

- กลุ่มที่ให้ Intervention มีระดับความรู้ ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ให้ Intervention
- กลุ่มที่ให้ Intervention แบบมีโครงสร้างมีระดับความรู้ ดีกว่ากลุ่มที่ให้ Intervention แบบไม่มีโครงสร้าง
- Intervention ที่ใช้ร่วมกับเครื่องมืออื่น เช่น video, Role play สามารถเพิ่มระดับความรู้ได้ดีกว่า

6.12 พฤติกรรม พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททำให้ การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น (Pekkala & Mirinder, 2002)

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาลจากผลจากการศึกษาการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในภาพรวมได้แนวคิดดังต่อไปนี้

1.1 การจัดกลุ่มสุขภาพจิตศีกษา ควรจัดเบบมีโครงสร้ง จะช่วยเพิ่มความรู้และเพิ่ม ความร่วมือในการรักษามากกว่าเบบไม่มีโครงสร้ง เนื่องจากการให้ความรู้กับผู้ป่วย ผู้นำกลุ่ม ต้องมีการวางแผนในการจัดและกำหนดให้มึเนื้อหาสำคัญคือ ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การ รักษา และอาการข้างเคียงของยา การป้องกันการป่วยซ้ำ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับ การเจ็บป่วย ทักษะทางสังคม แหล่งสนับสนุนในชุมชน

1.2 ผู้นำกลุ่มสุขภาพจิตศีกษา พยาบาลจิตเวชสามารถเป็นผู้นำกลุ่มสุขภาพจิตศีกษาได้ สามารถจัดกลุ่มได้ ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และในชุมชน พยาบาลควรเชิญชวนให้ทีมผู้ บำบัดทางจิตเวชอื่นๆเช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เกสักร นักสังคมสงเคราะห์ เข้าร่วมในกลุ่มสุขภาพจิตศีกษาด้วยเพื่อให้ได้มุมมอง และความรู้ที่หลากหลายเพื่อให้เกิดประโยชน์ แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

1.3 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกลุ่ม ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและชุมชน คือ เป็นผู้ป่วยจิตเภท ตามการวินิจฉัยด้วย ICD-10 , DSM -IV หรือ DSM -III-R มีอาการทางจิต สงบ รับประทานยาต้านโรคจิตเป็นเวลาานาน เคยมีอาการทางจิตเฉียบพลัน 2 ครั้งใน 5 ปีอายุ 18-64 ปี เคยรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี หรือรับยาต้าน โรคจิตมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี มี ผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน สมัครเข้าร่วมโครงการ

สำหรับผู้ป่วยที่ต้องคัดออก คือผู้ที่ติดยา หรือติดสุรา ใช้สารเสพติดในช่วง 6 เดือน ก่อนถูกรับไว้ในโรงพยาบาล มีโรคทางสมอง บกพร่องในการเรียนรู้หรือการไต้ยีน IQ ต่ำกว่า 80 ไม่มีการติดต่อกับญาติ (น้อยกว่า 30 นาที/สัปดาห์) ไม่เคยมีอาการดีขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

1.4 วิธีดำเนินกลุ่มสุขภาพจิตศีกษา ควรใช้กระบวนการกลุ่ม เน้นกลุ่มแบบ ประคับประคอง ร่วมไปกับวิธีการให้ความรู้ที่หลากหลายเช่น การบรรยาย การอภิปราย การถาม ตอบ การแสดงบทบาทสมมุติ และควรใช้ อุปกรณ์ เทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาช่วยกระตุ้นกลุ่มด้วย

1.5 จำนวนสมาชิก จำนวนครั้ง ความถี่ และระยะเวลาในการทำกลุ่ม ควรจัดเป็นกลุ่ม ปิดที่มีสมาชิกประมาณ 8 – 10 คน จัด 8-10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 1 - 1 ชั่วโมงครั้ง

1.6 เครื่องมือในการประเมิน ควรเลือกใช้เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพของกลุ่มให้ เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการติดตามทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมด้วย เพื่อให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

2. การนำผลการศีกษาไปใช้ในสถาบันของผู้ศีกษา

สำหรับการนำกลุ่มสุขภาพจิตศีกษาไปใช้ในสถาบันของผู้ศีกษา (โรงพยาบาลศรียุธยา) มี แนวทางการปฏิบัติดังนี้

2.1 การจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยใน จัดแบบกลุ่มปิด มีโครงสร้าง สมาชิก 8 – 10 คน จัด 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงครั้งโดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ผู้นำกลุ่ม ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มโดยต้องมีการศึกษาวัตถุประสงค์ และเนื้อหาของกลุ่มให้ชัดเจน ควรเชิญวิชาชีพอื่นมาร่วมในครั้งที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับวิชาชีพนั้นๆ แต่พยาบาลจะเป็นหลักในการจัดกลุ่ม

2.1.2 สมาชิกกลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน ได้แก่

1. ผู้ป่วยจิตเภท ตามการวินิจฉัยด้วย ICD-10 ในทุกหอผู้ป่วย
2. มีอาการทางจิตสงบ
3. รับประทานยาต้านโรคจิตมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
4. อายุ 18-64 ปี
5. สามารถมาร่วมกลุ่มได้จนครบ 8 ครั้งแม้เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สำหรับผู้ป่วยที่ต้องคัดออก คือผู้ที่ติดยา หรือติดสุรา ใช้สารเสพติดในช่วง 6 เดือนก่อนถูกรับไว้ในโรงพยาบาล มีโรคทางสมอง บกพร่องในการเรียนรู้หรือการได้ยิน ไม่เคยมีอาการดีขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

2.1.3 วิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาใช้กระบวนการกลุ่ม แบบ ประคับประคอง ร่วมไปกับวิธีการให้ความรู้โดย การบรรยาย การอภิปราย การถามตอบ การแสดงบทบาทสมมติ และการใช้ อุปกรณ์ ได้แก่ เอกสารความรู้ รูปภาพ เข้ามาช่วยกระตุ้นกลุ่มด้วย

2.1.4 เนื้อหาของกลุ่ม 8 ครั้งประกอบด้วย

1. โรคจิตเภท อาการ ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย
2. ความเชื่อทัศนคติ และความรู้สึกลึกถึงอคติทางสังคม(stigma)
3. การรักษา เป้าหมายของการรักษา
4. การรับประทานยาต่อเนื่อง และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
5. อาการนำของการป่วยซ้ำ ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำ
6. การป้องกันการป่วยซ้ำ
7. ความเครียดและวิธีจัดการกับความเครียด
8. การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

2.1.5 การประเมินผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและเครื่องมือที่ใช้

1. ระดับอาการทางจิต โดยใช้ Brief Psychiatric Rating Scale
2. ความร่วมมือในการรักษาโดยใช้ Compliance rating scale

3. การกลับเข้รรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ไ้วางแผนโดยไ้
Buchkremer and Coworkers Re-hospitalization Scales
4. ความรู้สึถึง อกตทางสังคม โดยไ้ Stigma-Devaluation scale
5. ความรู้เกี่ยวกับยาโดยไ้ Knowledge of Medication Questionnaire
6. คุณภาพชีวิต โดยไ้ Heinrichs et al's scale

ประเมินผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในระยะก่อนร่วมกลุ่มครั้งแรก หลังจบกลุ่มครั้งสุดท้าย และระยะ 6 เดือนหลังจบกลุ่มครั้งสุดท้าย ควรมีการติดตามทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมด้วย เพื่อให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

2.2 การจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยนอก จัดแบบกลุ่มปิด มีโครงสร้าง สมาชิก 8-10 คน จัด 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงครั้งโดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ผู้นำกลุ่ม ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มโดยต้องมีการศึกษาวัตถุประสงค์ และเนื้อหาของกลุ่มให้ชัดเจน ควรเชิญวิชาชีพอื่นมาร่วมในครั้งที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับวิชาชีพนั้นๆ แต่พยาบาลจะเป็นหลักในการจัดกลุ่ม

2.2.2 สมาชิกกลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน ได้แก่

1. ผู้ป่วยจิตเภท ตามการวินิจฉัยด้วย ICD-10
2. มีอาการทางจิตสงบ
3. รับประทานยาต้านโรคจิตมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
4. อายุ 18-64 ปี
5. เคยมีอาการทางจิตเฉียบพลัน 2 ครั้งใน 5 ปี
6. มีญาติหรือผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน
7. สม่ครใจเข้าร่วมกลุ่ม

สำหรับผู้ป่วยที่ต้องคัดออก คือผู้ที่ติดยา หรือติดสุรา หรือใช้สารเสพติด ในช่วง 6 เดือนก่อนการเข้าร่วมกลุ่ม มีโรคทางสมอง บกพร่องในการเรียนรู้ หรือการไ้ยิน

2.2.3 วิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาใช้กระบวนการกลุ่ม แบบประทับประคอง ร่วมไปกับวิธีการให้ความรู้โดย การบรรยาย การอภิปราย การถามตอบ การแสดงบทบาทสมมุติ และใช้ อุปกรณ์ ได้แก่ เอกสารความรู้ รูปภาพ เข้มาช่วยกระตุ้นกลุ่มด้วย

2.2.4 เนื้อหาของกลุ่ม 10 ครั้งประกอบด้วย

1. โรคจิตเภท อาการ ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย
2. ความเชื่อทศคติ และความรู้สึถึงอกตทางสังคม(stigma)
3. การรักษา เป้าหมายของการรักษา

4. การรับประทานยาต่อเนื่อง และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
5. อาการนำของการป่วยซ้ำ ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำ
6. การป้องกันการป่วยซ้ำ
7. ความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียด
8. การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
9. การดำเนินชีวิตในสังคม เช่น การเรียน การทำงาน
10. แหล่งสนับสนุนในชุมชน

2.2.5 การประเมินผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและเครื่องมือที่ใช้

1. ระดับอาการทางจิต โดยใช้ Brief Psychiatric Rating Scale
2. ความร่วมมือในการรักษาโดยใช้ Compliance rating scale
3. การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้อำนาจแผนโดยใช้ Buchkremer and Coworkers Re-hospitalization Scales
4. ความรู้สึกถึงอคติทางสังคม โดยใช้ Stigma-Devaluation scale
5. ความรู้เกี่ยวกับยาโดยใช้ Knowledge of Medication Questionnaire
6. คุณภาพชีวิต โดยใช้ Heinrichs et al's scale
7. การทำหน้าที่ทางสังคม โดยใช้ Social Functioning Schedule

ประเมินผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในระยะก่อนร่วมกลุ่มครั้งแรก หลังจบกลุ่มครั้งสุดท้าย และระยะ 6 เดือน 12 เดือนหลังจบกลุ่มครั้งสุดท้าย

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นเพื่อมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และช่วยลดการป่วยซ้ำหรือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3.2 ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท และนำผลการศึกษามาสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้และได้ผลดี นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการป่วยซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ ไป

A SYSTHESIS OF RESEARCH ON PSYCHOEDUCATION GROUPS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

PANDHAREE PRASARTSRI 4637634 RAMH / M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PAYAO POOLCHAREON, M.Ed. (GUIDANCE), SOPIN SANG-ON, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Schizophrenia is one of the most common psychiatric disorders. The occurrence of schizophrenia is estimated at 1-1.5% of the world population (Kaplan & Sadock, 1996). In Thailand, the prevalence rate of schizophrenia is estimated at 5.2 in 100,000 people (Statistics by Country Schizophrenia, 2007). According to the statistics on schizophrenic patients of the Department of Mental Health during the fiscal years B.E. 2548 to B.E. 2550, schizophrenia was the most frequently found mental disorder in every fiscal year, estimated at 43.9%, 43.6%, and 39.4% of all mental patients, respectively (Department of Mental Health, 2008). In addition, according to the statistics of Srithanya Hospital between the fiscal years B.E. 2548 to B.E. 2550, schizophrenia also had the highest prevalence rate among all mental disorders, accounting for 62.8%, 62.3%, and 61.15% of all mental patients, respectively (Srithanya Hospital, 2007). The reason for such a high prevalence rate of schizophrenia is that schizophrenia is a severe chronic mental disorder that shows a high risk of relapse, estimated at as high as 70% (Department of Mental Health, 2002). Furthermore, it has been found that the mean duration of hospital stay in schizophrenia patients was 128.46 days, with the average medical expenses at 32,031.64 Baht per

person (Silapakit & Jainaknan, 2005). The most common and effective re-treatment for patients with relapsed schizophrenia in the hospital is pharmacotherapy (Kaplan & Sadock, 2000). Despite the efficacy of current antipsychotic drug, the risk of relapsed schizophrenia continues to increase unless there is cooperation among patients and their families. It is a significant responsibility of the healthcare team members to treat schizophrenic patients and promote its prevention in terms of psychosocial factors in order to reduce relapse rate using pharmacotherapy, including group therapy, counseling, behavioral adjustment, etc. As for psychiatric nurses, regardless of physical, mental, or spiritual perspectives, 24-hour holistic care is required. Appropriate nursing therapy also needs to be found, including one that is easy to learn and inexpensive. Besides, nurses play a major role in assisting patients to recover under the scope of law. Some nursing therapy models have been utilized in cooperation with the multidisciplinary team, including dissemination of knowledge among schizophrenic patients' family members and relatives and provision of patient counseling on schizophrenia education, symptoms, continuity in treatment, self-care practices, etc. The counseling sessions can be held individually or in group. It is imperative that the therapy methods be effective so as to ensure the patients' cooperation in treatment and self-care practice and to reduce the risk of relapse.

Relapse is a complicated problem that affects patients and their families (Zubin & Spring, 1977 as cited in Nuechterlin et al., 1994). Nuechterlin (1994) has pointed out that whether relapses will take place or not depend on four factors as follows: 1). personal vulnerability factors, which consist of abnormal dopamine level, decreased capability of the cognitive system, and abnormal response to stimulation; 2). environmental stress, which consists of family or work atmosphere that stimulates emotional expressions, that is filled with highly stressful events, or that provokes social stimulation; 3). environmental protectors, referring to the family's capability in coping with problems and availability of psychosocial support; 4). personal protectors, defined as continuity in pharmacotherapy, problem solving skills, and perceived self-efficacy. A study conducted by Sullivan, Well, Morgenstern, and Leake (1995) has shown that 25-50% of schizophrenia patients did not follow pharmacotherapy regimens after hospital discharge. Mostly, patients with schizophrenia do not comply with the treatment due to conflicts between the psychiatrist's treatment and the

patients' personal beliefs, denial of the illness, previous negative experience with pharmacological treatment, lack of a good relationship between schizophrenic patients and the healthcare team members, financial constraints, and difficulty in travelling to the hospital to receive the prescribed medications (Schultz & Videbeck, 1994). In addition, it has been reported that even among patients who well cooperate with the treatment regimen, some still suffer from relapses that require re-hospitalization. This may result from the patients' body's poor absorption of medications, a high level of stress (Mulaik, 1992), or lack of understanding about what to do while living in the community such as substance abuse or lack of adherence to the doctor's appointment (Chen, 1991).

The aforementioned conceptual framework implies that significant causes of relapses among schizophrenic patients mostly come from the patients themselves. The most common reason is that the patients do not cooperate with the physician's prescribed treatment regimen. In Thailand, relationships between inappropriate use of medication and relapses in schizophrenia patients have been found, and this includes lack of continuation in medication intake. Patients may increase or decrease the dosage or discontinue their prescribed medication (Chareonsun, 1995). A study on lack of cooperation in treatment as perceived by nurses and schizophrenic patients has revealed that schizophrenic patients did not cooperate with the therapy due to a number of reasons including misunderstanding that they have fully recovered, lack of knowledge about the disease and its treatment, forgetting about medication intake, having no desire to take the medication on a daily basis, and concern about medical expenses (Insee, 1998). Moreover, another conducted abroad has suggested that schizophrenic patients suffered from the side effects of the drugs, and they did not believe in the efficacy of the prescribed treatment (Lund & Frank, 1991). In another study, even after having taken the drugs for as long as five years, the patients still did not have any knowledge about the drugs they used. Besides, some lived more than ten kilometers away from the hospital (Razali & Yahya, 1995). An extensive review of related research has shown that there is a significant relationship between lack of continuity in medication intake and relapses in schizophrenic patients. The most

important factor which prevents cooperation with therapy are lack of knowledge on schizophrenia, treatment, and self-care.

To cope with lack of cooperation among schizophrenic patients, studies have been continuously conducted to develop a program to promote therapy continuity in schizophrenic patients. As for the use of psychoeducation to study schizophrenic patients, the contents consist of knowledge on the illness, symptoms, treatment, medication side effects, management of side effects, and stress and anxiety management. Dissemination of knowledge is conducted both individually and in groups, both in inpatient and in outpatient settings. In general, a educational program is conducted at the beginning of the treatment. The duration of the program overs approximately six to 15 sessions, once or twice a week due to the policy of short-term hospital stay of the Department of Mental Health which results in a total treatment period of about two to three weeks (Department of Mental Health, 2002). Dissemination of knowledge among schizophrenic patients during hospitalization is seen as an important measure that needs to be carried out by the healthcare team members. This is because without dissemination of knowledge and preparation of patients before discharge, it will be too difficult to promote patients' adherence to the treatment regimen (Falvo, 2000). With effective treatment models and methods to promote cooperation, the possibility of relapse in schizophrenic patients can be decreased.

Even though the outcomes of the knowledge-focused triggers from an extensive review of literature and research have confirmed that provision of psychoeducation through dissemination of knowledge among schizophrenic patients can reduce the rate of relapses, the practice outcomes of professional nurses working at a psychiatric ward of Srithanya Hospital, both admission wards providing care to critical patients and the rehabilitation ward have suggested that patterns of knowledge dissemination are different among nurses. These include dissemination of knowledge individually and in groups, during the initial period after admission or after the symptoms have been controlled, training patients to be responsible for their medication intake under supervision of nurses, and dissemination of knowledge of the disease and its treatment among patients' family members and caregivers. Thus, the researcher who is a professional nurse working as part of a multidisciplinary team that offers care

to schizophrenic patients, who constitute the majority of patients seeking mental treatment at Srithanya Hospital, was interested in investigating dissemination of knowledge to prevent relapses among schizophrenic patients. It was anticipated that the findings of the study would lead to a uniformed practice in providing direct care to schizophrenic patients.

The present study aimed at conducting a systematic search, analysis, and synthesis of research evidence related to the use of psychoeducation groups with schizophrenic patients so as to come up with a body of knowledge on schizophrenia treatment which can be used to improve quality of nursing care provided to schizophrenic patients.

Purposes of the Study

To analyze and synthesize the research evidence on psychoeducation groups in schizophrenic patients.

Expected Outcomes and Benefits

The findings of this study would yield insights into the use of psychoeducation groups in schizophrenic patients to be applied in providing care to schizophrenic patients who seek treatment at the hospital.

Definition of Terms

Schizophrenic patients are patients with a mental disorder whose cognition, emotion, perception, and behavior system have malfunctioned. The cause of such malfunctioning is not drug toxicity or physical or brain disorder, and abnormal symptoms occur and persist for at least six months, during which there has to be at least one month of the active phase of schizophrenia. The remaining time is the time when the prodromal phase and residual phase appear. Generally, schizophrenic patients suffer from loss of memory of social role and inability to take responsibility in life.

Psychoeducation groups

Psychoeducation groups refer to a combination of psychological intervention and dissemination of necessary knowledge related to the disorder, treatment, and

sources of support. A psycho-education group aims to increase patients' knowledge and understanding of schizophrenia, acceptance of the disorder, and skills and strength necessary to live with the disorder. The psychoeducation process results in a change in behaviors and perceptions of the patients, and this can be achieved through instruction and group processes, as well as assessment of patients' learning requisites. The patients should be taught about what they need to know and what they lack so as to increase their ability and confidence to perform self-care, to utilize more alternatives in care, and to solve problems by themselves, all of which are important factors that result in patients' cooperation and adherence to treatment plans.

Methodology

The study aimed to collect, analyze, and synthesize the research on psychoeducation groups in schizophrenic patients. The study methodology was as follows:

1. Sources of data

1.1) Data sources used for researching, analyzing, and synthesizing the research on psychoeducation groups in schizophrenic patients: thematic papers, texts, manuals, journals from libraries at different universities, other related research from electronic resources such as PUBMED, MEDLINE, OVID, CINAHL, Science Direct, Blackwell-Synergy, www.guidelines.gov, www.cochrance.org, www.Jonnabriggs.edu.au, www.dmp.go.th, www.li.mahidol.ac.th, <http://library.chula.ac.th>, and other reference lists. The searching engines included both electronic and manual.

1.2) Keywords: as mentioned below

- 1.2.1 Schizophrenia and Education Program and Drug compliance
- 1.2.2 Schizophrenia and Psychoeducation Program and Relapse
- 1.2.3 Schizophrenia and Psychoeducation Program and Re-hospitalization
- 1.2.4 Schizophrenic patient and Psychoeducation
- 1.2.5 Schizophrenic patients and Study on mental health
- 1.2.6 Schizophrenic patients and Study on Mental Health and Relapse
- 1.2.7 Schizophrenic patients and Cooperation in treatment

1.3) Inclusion criteria: as mentioned below

1.3.1 Types of research: Experimental research, qualitative research, comparative research, and descriptive research, including the meta-analysis of research since 1996 until the present.

1.3.2 Types of nursing intervention: Research on psychoeducation groups in schizophrenic patients

1.3.3 Types of sample: Sample totally consisting of schizophrenic patients or schizophrenic patients making up at least 50% of the study sample

1.3.4 Only the research studies with full text available at a library were selected.

Finally, with the use of the keywords, a total of 1,551 titles were found. However, only nine of them were selected based on the aforementioned inclusion criteria. Of these, eight studies were considered research evidence Level A, while one was research evidence Level B.

2. Analysis and synthesis of research

2.1 Evaluation of research quality: The criteria of the Royal College of Physicians of Thailand (2001) were used as follows:

Level A: evidence derived from a meta-analysis of RCT research or single RCT research

Level B: evidence derived from a meta-analysis of RCT research (at least one title), or evidence from experimental and quasi-experimental research without random assignment, such as non-randomized control trials, cohort study, and case-control study

Level C: evidence derived from a descriptive or comparative study

Level D: evidence derived from expert consensus

2.2 Data extraction: For utilization of selected evidence, data were extracted from the following topics:

2.2.1 Problem/Purpose

2.2.2 Research design

2.2.3 Sample

2.2.4 Setting

2.2.5 Data collection

2.2.6 Method/Intervention

2.2.7 Findings/Results

2.2.8 Implication/Implementation

Findings

The analysis of psychoeducation groups in schizophrenic patients could be categorized into six types of results as follows:

1. Research quality

Of the selected nine research studies, six were RCT research categorized under Level A (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al., 2004; Hornung et al., 1996; Pitschel-Walz et al., 2006; Agara & Onibi, 2007), two studies were systematic reviews categorized under Level A (Griffiths et al., 2004; Pekkala & Mirinder, 2002), and the last one was quasi-experimental research categorized under Level B (Poolkrajang, 2005).

2. Components of psychoeducation groups in schizophrenic patients

2.1 Characteristics of groups

The findings showed that there were seven studies using closed psychoeducation groups that consisted of constant members (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al., 2004; Hornung et al., 1996; Pitschel-Walz et al., 2006; Agara & Onibi, 2007; Poolkrajang, 2005), and two studies employing closed and individual psychoeducation groups from systematic reviews (Griffiths et al., 2007; Pekkala & Mirinder, 2002).

2.2 Sizes of groups

According to the study findings, there were one study in which the psychoeducation group consisted of four to six members (Hornung et al., 1996), six studies in which the group consisted of eight to 12 members (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al., 2004; Pitschel-Walz et al., 2006; Agara & Onibi, 2007; Poolkrajang, 2005), and there were two studies which did not specify the number of group members (Griffiths et al., 2007; Pekkala & Mirinder, 2002).

2.3 Group leaders

When considering the characteristics of group leaders, it was found that there were five studies in which the leaders were multidisciplinary team members of nurses, occupational therapists, experienced volunteers, psychologists, psychiatrists,

and graduates students (Atkinson et al., 1996; Bechdorf et al., 2004; Hornung et al., 1996; Pitschel-Walz et al., 2006; Agara & Onibi, 2007), one study in which the group leader was a psychologist (Shin & Lukens, 2002), one study in which the group leader was a nurse (Poolkrajang, 2005), and two studies which did not specify who the group leaders were (Griffiths et al., 2007; Pekkala & Mirinder, 2002).

2.4 Group members

The findings showed that there were three studies which recruited outpatients, three studies which recruited inpatients, one study which recruited community patients, and two studies which recruited outpatients, inpatients, and community patients as the study subjects as described below.

2.4.1 Outpatients

1. American-Korean patients aged between 22 and 53 years, with chronic schizophrenia, schizoaffective disorder, and schizophreniform disorder diagnosed according to the DSM-IV diagnosis criteria (Shin & Lukens, 2002)
2. Chronic Schizophrenia patients diagnosed according to the DSM-III-R diagnosis criteria, with long-term antipsychotic drugs use, with the frequency rate of schizophrenia-form phase twice during the past five years, and with the maintenance phase during four weeks before psychoeducation group participation (Hornung et al., 1996)
3. Schizophrenia patients diagnosed according to the ICD-10 and DSM-IV criteria, aged between 25 and 59 years, with intensive long-term care and no history of substance abuse (Poolkrajang, 2005)

2.4.2 Inpatients

1. Patients with schizophrenia or related disorder (F20, F23, and F25) diagnosed according to the ICD-10 criteria, with 14-day hospital stay (Bechdorf et al., 2004)
2. Schizophrenia patients and patients with depression diagnosed according to the ICD-10 criteria (Agara & Onibi, 2007)
3. Patients with schizophrenia or schizoaffective disorder diagnosed according to the ICD-9 or DSM-III-R criteria, staying in or out of hospitals for one year with 12-month antipsychotic drug use, including one key person. The

criteria used to separate patients from group consisted of the following (Pitschel-Walz et al., 2006):

- An alcoholic or a drug addict
- A patient with brain disorder, learning disability, or deafness
- A patient whose house was more than 150 kilometers away from the hospital
- A patient with no family contact (less than 30 minutes/week)
- A patient with substance abuse during the past six months before hospital stay
- A pregnant woman
- A patient with Intelligence Quotient (IQ) lower than 80
- A patient whose symptoms never improved during the past two years

4. Group members aged between 18 and 65 years old (Bechdolf et al., 2004; Pitschel-Walz et al., 2006; Agara & Onibi, 2007)

2.4.3 Community patients (Atkinson et al., 1996)

- A patient diagnosed with schizophrenia disorder
- An applied schizophrenia patient living in the community

The criteria used for separating the patients from the group consisted of the following:

- A schizophrenia patient who are currently long-stay hospital
- A schizophrenia patient who had no knowledge about schizophrenia services

2.4.4 Outpatients, inpatients, and community patients

1. Patients aged 18 years or older with a psychiatric disorder and with antipsychotic drugs use (Griffiths et al., 2007)

2. Schizophrenic patients or patients with other related psychiatric disorders, aged between 15 and 58 years, with duration of illness lasting from nine to 14 years, and with cooperation rate from poor to good (Pekkala & Mirinder, 2002)

2.5 Duration of group participation

The study findings revealed that there were five studies in which the ongoing group process lasted 60 to 90 minutes (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al., 2004; Hornung et al., 1996; Pitschel-Walz et al., 2006), one study in which the patients received a 100-minute treatment (Poolkrajang, 2005), and three studies of unspecified period (Agara & Onibi, 2007; Griffiths et al., 2007; Pekkala & Mirinder, 2002).

2.6 The frequency of ongoing groups

The study findings showed that there were three studies in which group participation was held once a week (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al., 2004), one study in which the group was organized twice a week (Poolkrajang, 2005), one study in which the group was conducted once a week during the first five weeks and once every four days during the last five sessions (Hornung et al., 1996), one study in which the group sessions were held once a week for the first four sessions and once a month during the last four sessions (Pitschel-Walz et al., 2006), and there were three studies which did not specify the frequency (Agara & Onibi, 2007; Griffiths et al., 2007; Pekkala & Mirinder, 2002).

2.7 Number of sessions and duration of ongoing groups

According to the study findings, there was a variation among the selected studies in terms of number of sessions and duration of groups. There were one study which had 20 sessions in 20 weeks (Atkinson et al., 1996), one study which had eight sessions conducted in eight weeks (Bechdolf et al., 2004), one study which included ten sessions in a period of eight weeks (Hornung et al., 1996), one study which had eight sessions in five months (Pitschel-Walz et al., 2006), one study which had two sessions in one week (Poolkrajang, 2005), one study which involved four sessions within the unspecified duration (Agara & Onibi, 2007), and two studies which did not specify the total number of sessions or study duration (Griffiths et al., 2007; Pekkala & Mirinder, 2002).

3. Characteristics of group activity and contents of psychoeducation groups

The findings showed that there were seven studies on psychoeducation groups whose activities consisted of discussions, lectures, questions-answers, and

worksheet (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al., 2004; Hornung et al., 1996; Pitschel-Walz et al., 2006; Agara & Onibi, 2007; Poolkrajang, 2005) and two studies which were systematic reviews with education activities conducted in group and individually (Griffiths et al., 2007; Pekkala & Mirinder, 2002).

Activity contents

The content of the activities consisted of the following:

3.1 Education on disorders, symptoms, and treatment: Eight titles were found (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al., 2004; Griffiths et al., 2007; Hornung et al., 1996; Pitschel-Walz et al., 2006; Agara & Onibi, 2007; Poolkrajang, 2005).

3.2 Pharmacotherapy and side effects of medications: Eight titles were found (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al., 2004; Griffiths et al., 2007; Hornung et al., 1996; Pitschel-Walz et al., 2006; Agara & Onibi, 2007; Poolkrajang, 2008).

3.3 Relapse prevention: Five studies were found (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al., 2004; Hornung et al., 1996; Pitschel-Walz et al., 2006).

3.4 Stress Management: Two studies were found (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002).

3.5 Illness management: Two studies were found (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002).

3.6 Social Skills: Two studies were found (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002).

3.7 Support Community: Two studies were found (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002).

3.8 Practice and recording of drug administration: One study was found (Hornung et al., 1996).

3.9 Attitudes towards disorder versus feeling of guilt: Two studies were found (Shin & Lukens, 2002; Agara & Onibi, 2007).

3.10 Unspecified contents of psychoeducation group: One study was found (Pekkala & Mirinder, 2002).

4. Methods of psychoeducation groups

According to the study findings, methods of psychoeducation groups were as follows:

4.1 Instruction with discussions, lectures, and questions-answers:

Eight studies were found (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al., 2004; Griffiths et al., 2007; Hornung et al., 1996; Pitschel-Walz et al., 2006; Agara & Onibi, 2007; Poolkrajang, 2005).

4.2 Group process:

Seven studies were found (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al., 2004; Hornung et al., 1996; Pitschel-Walz et al., 2006; Agara & Onibi, 2007; Poolkrajang, 2005).

4.3 Workshop:

One study was found (Hornung et al., 1996).

4.4 Activity tools:

Four studies were found to include activity tools such as manual, video, etc. (Shin & Lukens, 2002; Griffiths et al., 2007; Hornung et al., 1996; Pitschel-Walz et al., 2006).

4.5 Role play:

One study was found (Griffiths et al., 2007).

4.8 Phone contacts:

One study was found (Hornung et al., 1996).

5. Assessment tools

The study findings revealed that the tools used to assess the effects of the psychoeducation groups in schizophrenic patients were as follows:

5.1 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS):

There were seven studies which utilized the BPRS to evaluate psychiatric symptoms (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002; Bechdolf et al., 2004; Griffiths et al., 2007; Hornung et al., 1996; Pekkala & Mirinder, 2002; Pitschel-Walz et al., 2006).

5.2 Global Assessment Scale (GAS):

Three studies were found (Atkinson et al., 1996; Hornung et al., 1996; Pitschel-Walz et al., 2006).

5.3 Heinrichs et al's scale:

There were two studies which used the Heinrichs et al's scale to assess schizophrenic patients' quality of life (Atkinson et al., 1996; Pekkala & Mirinder, 2002).

5.4 Social Functioning Schedule (SFS) developed by Remington &

Tyrer (1979): Two studies were found (Atkinson et al., 1996; Pekkala & Mirinder, 2002).

5.5 Schedule for Assessment of Insight (SAI): Two studies were found (Griffiths et al., 2007; Pekkala & Mirinder, 2002).

5.6 Drug Administration Record Form: Three studies were found (Atkinson et al., 1996; Hornung et al., 1996; Poolkrajang, 2005).

5.7 Compliance Rating Scale: Three studies were found (Bechdorf et al., 2004; Pekkala & Mirinder, 2002; Pitschel-Walz et al., 2006).

5.8 Modified Social Network Schedule (SNS) developed by Dunn et al. (1990): One study was found (Atkinson et al., 1996).

5.9 Stigma-Devaluation Scale: One study was found (Shin & Lukens, 2002).

5.10 Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales: One study was found (Shin & Lukens, 2002).

5.11 Buchkremer and Coworkers Re-hospitalization Scale: One study was found (Bechdorf et al., 2004).

5.12 Knowledge of Medication Questionnaire: One title was found (Griffiths et al., 2007).

5.13 EE-Scale of Camberwell Family Interview (CFI): One title was found (Pekkala & Mirinder, 2002).

6. Outcomes of psychoeducation groups

A review of the selected nine studies on psychoeducation groups in schizophrenic patients showed that the outcomes of the implementation of the psychoeducation groups were as follows:

6.1 Cooperation in treatment: The findings showed that psychoeducation groups positively affected schizophrenia patients in terms of cooperation in treatment. There were seven studies which reported positive results as evidenced by higher cooperation of schizophrenic patients after participation in psychoeducation group activities (Bechdorf et al., 2004; Griffiths et al., 2004; Hornung et al., 1996; Pekkala & Mirinder, 2002; Pitschel-Walz et al., 2006; Agara & Onibi, 2007; Poolkrajang, 2005). The cooperation of schizophrenic patients included adherence to medication intake and doctors' appointments. The findings also showed that psycho-education groups with other activity tools such as videos and role plays helped generate more cooperation (Griffiths et al., 2004).

6.2 Relapses: It was found that the use of psychoeducation groups in schizophrenic patients could reduce relapse rates (Pekkala & Mirinder, 2002).

6.3 Re-Hospitalization: Psychoeducation groups in schizophrenic patients could reduce re-hospitalization (Pekkala & Mirinder, 2002; Pitschel-Walz et al., 2006).

6.4 Quality of life: It was found that psychoeducation groups in schizophrenic patients could improve patients' quality of life (Atkinson et al., 1996).

6.5 Duration of hospital stay: Use of psychoeducation groups in schizophrenic patients helped shorten duration of hospital stay (Pitschel-Walz et al., 2006).

6.6 Social responsibilities: It was discovered that psychoeducation groups in schizophrenic patients helped promote patients' social responsibilities (Atkinson et al., 1996).

6.7 Social contacts: Psychoeducation groups in schizophrenic patients helped increase social contacts (Atkinson et al., 1996).

6.8 Level of psychiatric symptoms: It was found that psychoeducation groups in schizophrenic patients helped reduce levels of psychiatric symptoms (Atkinson et al., 1996; Shin & Lukens, 2002; Pitschel-Walz et al., 2006).

6.9 Feeling of stigma: Psychoeducation groups in schizophrenic patients helped reduce the feeling of guilt (Shin & Lukens, 2002).

6.10 Coping skills: It was reported that psychoeducation groups in schizophrenic patients helped increase coping skills (Shin & Lukens, 2002).

6.11 Level of knowledge

According to the study findings, psychoeducation groups in schizophrenic patients helped increase level of knowledge in the following aspects (Griffiths et al., 2004):

- Patients in the intervention group had higher knowledge than patients in the non-intervention group.
- Patients in the structural intervention group had higher knowledge than patients in the non-structural intervention.

- Patients in the intervention group that used activity tools such as video and role play had higher knowledge than patients in the intervention group without any activity tools.

6.12 Behavior

The findings revealed that psychoeducation groups in schizophrenic patients helped develop the patients' social roles (Pekkala & Mirinder, 2002).

Recommendations

1. As regards implementation of the findings of the present study, the findings regarding use of psycho-education groups in schizophrenic patients can be implemented to provide care to schizophrenic patients as follows:

1.1 Organization of psychoeducation groups: A structured group should be organized rather than an unstructured one in order to promote higher level of knowledge and cooperation in schizophrenic patients. In other words, in disseminating knowledge among schizophrenic patients, the group leader needs to devise a plan and design the group activities to cover knowledge of the disorder, cause of the disorder, symptoms of the disorder, treatment, side effects of the medications, prevention of relapses, stress management, management of the disease, social skills, and sources of social support in the community. Besides, role plays should be held often in order to motivate the sense of learning, and documents in the form of manuals and audio visual equipment can also be used.

1.2 Leaders of psychoeducation groups: Psychiatric nurses can act as the leader of psychoeducation groups, and the group can be organized at the inpatient ward, outpatient ward, or in the community. Nurses should invite other healthcare team members such as psychiatrists, psychologists, social workers, and pharmacists to take part in the group activities to generate knowledge and information from different points of view to benefit schizophrenic patients as much as possible.

1.3 Characteristics of schizophrenic patients taking part in psychoeducation groups: Schizophrenic patients who take part in the group activity at either the inpatient or the outpatient wards or in the community are those diagnosed with the ICD-10, DSM-IV, or DSM-III-R and are not in the active phase. In addition, they have been taking antipsychotic drug for a long period of time, have had acute

symptoms at least twice during the previous five years, are between 18 and 64 years old, have been treated as inpatients for at least one year, have been taking the antipsychotic for at least one year, and have at least one caregiver. As for those who are excluded from the study are schizophrenic patients who have history of substance abuse or alcohol abuse within the past six months before admission into the hospital; have a brain disorder, learning disability, or deafness; have an IQ lower than 80; have no family contact (less than 30 minutes per week); or have not experienced improvement in the past two years.

1.4 Implementation of the psychoeducation groups: The group process should be carried out with an emphasis on supporting the patients together with the use of different methods to disseminate knowledge and information such as lectures, discussions, questions-answers, and role playing, as well as use of modern technology to stimulate group members.

1.5 Number of group members, number of sessions, frequency, and duration of psychoeducation groups: A closed group with members of eight to ten should be held eight to ten times, once or twice a week, each lasting one to one and a half hour.

1.6 Assessment instruments: Appropriate instruments should be selected to assess the effects of psycho-education groups on schizophrenic patients. Telephone follow-ups and house visits should also be used to make group activities more effective.

2. Practice guideline for psychoeducation groups

As for psychoeducation groups conducted at Srithanya Hospital, the practice guideline is as follows:

2.1 Organization of psychoeducation groups for inpatients: A closed group structure is used with eight to ten members, in eight sessions, twice a week, each lasting one and a half hour, with the details as follows:

2.1.1 The group leaders are experienced nurses who clearly understand the purpose and contents of the group activities. Other healthcare team members may be invited to participate in the group activities, but nurses always act as a key player in the organization and implementation of group activities.

2.1.2 There are eight to ten members in the group as follows:

- Schizophrenic patients diagnosed with the ICD-10 in all wards of the hospital
- Schizophrenic patients who are not in the active phase
- Schizophrenic patients who have taken antipsychotic drugs for at least one year
- Schizophrenic patients who are between 18 and 64 years of age
- Schizophrenic patients who are able to participate in the group activities after the hospital discharge

Schizophrenic patients who are excluded from the psychoeducation groups are those who have history of substance abuse or alcohol abuse within the past six months before admission into the hospital; have a brain disorder, learning disability, or deafness; have an IQ lower than 80; have no family contact (less than 30 minutes per week); or have not experienced improvement in the past two years.

2.1.3 The structure of psychoeducation groups emphasize supporting schizophrenic patients while disseminating knowledge through lectures, discussions, questions-answers, role-playing, and use of equipment such as documents and pictures to promote participation in group activities.

2.1.4 The contents of the eight sessions are as follows:

- Schizophrenia, its symptoms, and its effects on patients
 - Beliefs, attitudes, and stigma
 - Treatment and treatment goals
 - Continuous medication intake and side effects of medications
 - Leading symptoms of relapses and factors causing relapses
 - Prevention of relapses
 - Stress and stress management
 - Communication and establishment of relationships with others

2.1.5 Assessment of psychoeducation groups and the instruments used in the assessment

- Level of mental symptoms is assessed with Brief Psychiatric Rating Scale
- Level of compliance with treatment is assessed with Compliance Rating Scale
- Unplanned readmission into hospital is assessed with Buchkremer and Coworkers Re-hospitalization Scale
- Feeling of stigma is assessed with Stigma-Devaluation Scale
- Knowledge of medication is assessed with Knowledge of Medication Questionnaire
- Quality of life is assessed with Heinrichs et al's scale

The effects of the psychoeducation group should be assessed by collecting data before the implementation of the group (pretest), immediately after implementation of the group (posttest), and six months after the implementation of the group (delayed posttest). Telephone follow-ups and house visits should also be conducted to ensure comprehensiveness of the program and to make the program effective.

2.2 Organization of psychoeducation group for outpatients: A closed group structure should be organized with eight to ten members, and the activities should be carried out once a week for ten weeks, each lasting one and a half hour, with the following details:

2.2.1 The group leader is a professional nurse with experience in conducting group activities. The leader should have thorough understanding of the objectives and the contents of the psycho-education group. Other healthcare professionals may be invited to take part in the group activities, but nurses should always be the key player.

2.2.2 Group members consist of the following parties:

- Schizophrenic patients diagnosed with ICD-10
- Schizophrenic patients with no active symptoms

- Schizophrenic patients who have been taking antipsychotic drugs for at least one year
- Schizophrenic patients who are between 18 and 64 years old
- Schizophrenic patients who have suffered from acute symptoms at least twice in the past five months
- Schizophrenic patients who have at least one caregiver
- Schizophrenic patients who are willing to participate in the study.

As for those who are excluded from the study are schizophrenic patients who have history of substance abuse or alcohol abuse within the past six months before the implementation of the psycho-education group; have a brain disorder, learning disability, or deafness; have an IQ lower than 80; have no family contact (less than 30 minutes per week); or have not experienced improvement in the past two years.

2.2.3 The psychoeducation group is conducted by means of group process with an emphasis on facilitating the patients together with disseminating knowledge and information through lectures, discussions, questions-answers, role-playing, and use of teaching materials such as documents and pictures to stimulate participation.

2.2.4 The contents of the ten sessions of the psychoeducation group are as follows:

- Schizophrenia, symptoms, and effects on patients
- Beliefs, attitudes, and stigma
- Treatment and treatment goals
- Continuous medication intake and side effects of medication
- Leading symptoms of relapses and factors causing relapses
- Prevention of relapses
- Stress and stress management

- Communication and establishment of relationships with others
- Social skill such as learning and work
- Sources of social support in community

2.2.5 Assessment of psychoeducation groups and the instruments used in the assessment

- Level of mental symptoms is assessed with Brief Psychiatric Rating Scale
- Level of compliance with treatment is assessed with Compliance Rating Scale
- Unplanned readmission into hospital is assessed with Buchkremer and Coworkers Re-hospitalization Scale
- Feeling of stigma is assessed with Stigma-Devaluation Scale
- Knowledge of medication is assessed with Knowledge of Medication Questionnaire
- Quality of life is assessed with Heinrichs et al's scale
- Social functioning is assessed with Social Functioning Schedule

The assessment is conducted to determine the effects of the psychoeducation group before the implementation (pretest), immediately after the implementation (posttest), and six months after the implementation (delayed posttest).

3. Recommendations for further studies

3.1 Research related to the use of psychoeducation group in other psychiatric patients should be analyzed and synthesized to reduce relapses and increase quality of life of the patients.

3.2 Factors related to relapses in schizophrenic patients should be investigated, and the study findings should be used in conjunction with a synthesis of research studies which report favorable outcomes of the use of psychoeducation groups so as to be applied in general psychiatric hospitals to provide care to schizophrenic patients who are suffering from relapses.

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). รายงานการประชุมกรมสุขภาพจิตประจำเดือน
มกราคม 2551.นนทบุรี: กองแผนงานกรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2545. นนทบุรี:
กองแผนงานกรมสุขภาพจิต.
- เกียรติภูมิ วงศ์จิตและประภาส อุครานันท์. (2541). การศึกษาแนวคิดและกระบวนการบังคับรักษา
ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลนิติจิตเวช, กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะอนุกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guideline ราชวิทยาลัยอายุร
แพทย์แห่งประเทศไทย.(2544).คำแนะนำในการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” (Clinical
Practice Guidelines).สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ, 18(6), 36-47.
- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2539). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. นนทบุรี: ยุทธรินทร์
การพิมพ์.
- จรัญญา สงวนเผ่า. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้จิตศึกษาแก่ผู้ป่วยลมชัก.
สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำใน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จลิ เจริญสรรพ. (2538). ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
วารสารพยาบาล สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย,3(กรกฎาคม-กันยายน 2538), 220-226.
- ดวงใจ รัตนัญญา. (2545). สุขศึกษา: หลักและกระบวนการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์ไทยรายวัน.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). กรณีศึกษา: ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับ
ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขา
วิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). *ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2539). ปัจจัยด้านสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของการดื่มสุรา ในชุมชนจังหวัดนครสวรรค์ ประเทศไทย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 39(2), 677-685.
- นงเยาว์ พูลศิริและคณะ. (2535). *บทคัดย่อผลงานวิจัยของหน่วยงานสังกัดกองสุขภาพจิต พ.ศ 2532-2536*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ประไพศรี บุรณางกูร. (2538). *การศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต*. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.
- เพ็ญพรรณ พรหมนารถ. (2540). *การพัฒนาคู่มือการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา สำหรับบุคลากรพยาบาล*. รายงานการวิจัย กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- พรสวรรค์ พูลกระจ่าง. (2548). *การศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้และประทับ ประครองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*. สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- การดี การเร็ว. (2541). *ความสม่ำเสมอในการมารับยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง*. การค้นคว้าอิสระปริญญาสาขาสารสนเทศศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2539). *คู่มือจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2543). *คู่มือจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน. (2544). *สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ตามการรับรู้ของครอบครัว*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 9(3), 113-127.
- เขาวณี จรูญศักดิ์. (2544). *กลุ่มกิจกรรมบำบัด: แนวการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ราตรี อินทรีย์. (2541). *การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภท*. รายงานวิจัยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง.

- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2550). รายงานประจำปี โรงพยาบาลศรีธัญญาปี 2550. นนทบุรี: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- วัชรภรณ์ ลือไธสงค์. (2541). ลักษณะและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำใน ผู้ป่วยจิตเภท : กรณีศึกษา. กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต.
- สาธุพร พุฒขาว. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็น โรคจิตเภท. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). คู่มือจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). คู่มือจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- อนงค์นุช ศาโศรก. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทให้มีส่วนร่วมในการรับประทายตามแผนการรักษา. สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรวรรณ ศิลปกิจและอารีย์ ใจหนักแน่น. (2548). ต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 8(1), 1-14.
- Adamec, C. (1996). *How to live with a mentally ill person: A handbook of day-to-day strategies*. New York: John Wiley & Sons.
- Agara, A. J., & Onibi, O. (2007). Effects of Group Psychoeducation (GEP) Compliance with Scheduled Clinic Appointments in a Neuro- Psychiatric Hospital in Southwest Nigeria: A Randomized Control Trial Randomized controlled trial. *Annals Academy of Medicine*, 36, 272-276.
- American Psychiatric Association. (2000). Schizophrenia and other psychotic disorder. *In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. (4th ed., pp. 297-343). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenia patient: Psychoeducation approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490-505.

- Atkinson, J. M., Coia, D. A., Gilmour, W. H., and Harper, J. P. (1996). The Impact of Education Groups for People with Schizophrenia on Social Functioning and Quality of Life. *British Journal of Psychiatry*, 168, 199-204.
- Bechdolf, A., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., Klostrkotter, J., Hambrecht, M., & Pukrop, R. (2004). A randomized comparison of group cognitive- behavioral therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, 110, 21-28.
- Beck, A. T., & Rector, N.A. (2000). Cognitive therapy of schizophrenia: A new therapy for the new millennium. *American Journal of Psychotherapy*, 54, 291-300.
- Brown, C.S., Wright, R.G., & Christensen, D.B. (1987). Association between type of medication instruction and patient knowledge, side effects and compliance. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 55-60.
- Chen, A. (1991). Noncompliance in community psychiatry: A review of clinical intervention. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(3), 282-257.
- Chaiyajan, W. (2007). *Effects of Psychoeducational Program on Attitude toward Medication And Compliance with first Appointment after Discharge among Schizophrenia Patient*. A Thesis for the Degree of Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing), Faculty of Graduate studies Mahidol University.
- Dunn, M., O'Driscoll, C., & Dayson, D. (1990). The TAPS Project 4: An observation study of the social life of long stay patient. *British journal of Psychiatry*, 157, 842-848.
- Falvo, D.R. (2000). *Effective patient education a guide to increased compliance*. Gaitthersburg, Marryland: Aspen Publication.
- Fenton, W.S., Blyler, C.R., & Heinseen, P.K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 637-651.
- Fowler, L. (1992). Family psychoeducation: chronic psychiatriccally ill caribbean patient. *Journal of Psychosocial Nursing*, 30(3), 27-32
- Fleishchacker, W. W., Meise, U., Gunther, V., & Kurz, M. (1994). Compliance with antipsychotic drugs treatment: Influence of side effect. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, 89 (Suppl 382), 11-15.

- Gaultiere, B. Understanding and help for schizophrenia Retrieved September 17, 2004, from <http://www.newhopenow – newhopenote.htm>.
- Gray, R. (2000). Does patient education enhance compliance with clozapine?. A Preliminary investigation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 285-286.
- Griffiths, R.D., Fernandez, R.S., Mostacchi, M.S., & Evans, V. (2004). Comparison of Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication. *JBIR Reports*, 2, 1-44.
- Haber, J., Mc Mahon, A.L., Hoskin, P.P., & Sidelean, B.F. (1992). *Comprehensive psychiatric nursing*. Missouri : Mosby.
- Henrichs, D. W., Hanlon, T. E., & Carpenter Jr., W. T. (1984). The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 388-398.
- Hornung, W.P., Kieserg, A., Feldmann, R., & Buchkremer, G. (1996). Psychoeducational training for schizophrenic patients: background procedure and empirical findings: *Patient Education and Counseling*. 29, 257-268.
- Hochberger, J.M. & Fisher-James, L. (1992). A discharge group for chronically mentally ill: Easing the way. *Journal of Psychosocial Nursing*, 30(4), 25-27.
- Kaplan, H. I., & Sandock, B. J. (1996). *Pockler Handbook of Clinical Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, H. I., & Sandock, B. J. (1998). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 8th ed. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kaplan, H. I., & Sandock, B. J. (2000). *Kaplan and Sandock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences and clinical psychiatry*. (8th ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Keith, S.J., & Kane, J.M. (2003). Partial compliance and patient consequences in psychiatry. *Journal Clinical Psychopharmacol*, 64(11), 1308-1315.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: Randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 345-349.
- Kemp, R., Klov, G., Everitt, B., Hayward, P., & David, A. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy. *British Journal of Psychiatry*, 172, 413-419.

- Lailinen, P. & Isola, A. (1996). Promoting participation of informal caregivers in the hospital care of the elderly patient. *Journal of Advanced Nursing*, 23(5), 942-947.
- Lund, V. E., & Frank, D.I. (1991). Helping the medicine go down. *Journal of Psychiatric Nursing*, 29 (7), 6-9.
- Macpherson, R., Jerron, B., & Hughes, A. (1996). A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 709-717
- Marram, G. D. (1978). The group approach in nursing practice. (2nd ed.). St. Louis: The C.V. Mosby Co.
- Mulaik, J.S. (1992). Noncompliance with medication regimens in severely and persistently mentally ill schizophrenic patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 13, 219-237.
- Nuechterlin, K.h., Dawson, M.E., Ventura, J., Gitlin, M., & Subotnik, K.S. (1994). The vulnerability/ stress model of Schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(suppl 382), 58-64.
- Nugter, A. M., Dingemans, M.P., Linszen, H.D., Dose, J.A., & Gerson, P.B. (1997). Parental communication deviance: its stability and the effect of family treatment in recent – onset schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95 (3), 499-204.
- Pekkala, E., Merinder, L. (2008). Psychoeducation for schizophrenia (Review). *The Cochrane Library*, 2, 1-64.
- Perkins, D.O. (1999). Adherence to antipsychotic medications. *Journal Clinical Psychiatry*, 60 (supp 121), 25-30.
- Perri, M. (n.d). *The role of medication compliance in improving out come of pharmaceutical care*. Retrieved July 17, 2003, <http://Medical> Compliance.
- Pitschel – Walz , G., Bouml, J., Bender, W., Engel, R. R., Wagner, M., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Schizophrenia : Results of the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal Clinical Psychiatry*, 67(3), 443-452.
- Provencher, H.L. (1996). Objective burden among primary caregivers of persons with chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 181-187
- Puntil, C. (1991). Integrating three approaches to counter resistance in a noncompliance elderly patient. *Journal of Psychosocial Nursing*, 29(2), 26-33.

- Razali, M.S., & Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia: A drug intervention program in a developing country. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, 91, 331- 335.
- Remington, M., & Tyrer, P. (1979). The social functioning schedule- A brief semi-structured interview. *Social Psychiatry*, 14, 151-157.
- Ruscher, S.M., Wit, R., & Mazmanian, D. (1997). Psychiatric patients' attitudes about medication and factors affecting noncompliance. *Psychiatric Services*, 48 (1), 82-85.
- Schultz , J.M. & Videbeck, S.D.(1994). *Manual of Psychiatric Nursing Care Plan* (4th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Shin, Sun – Kyung, & Lukens E. P. (2002). Effects of Psychoeducation for Korean - Americans With Chronic Mental Illness. *Psychiatric Services*, 53(9), 1125-1131.
- Smith , G.R., & Knice - Ambinder, M. (1989). Promoting medication compliance in clients with chronic mental illness. *Holistic Nursing Practice* 4(1): 70-77.
- Smith, J., & Birchwood, M. (1992). Informing people with schizophrenia about their illness: The effect of residual symptoms. *Journal of Mental Health*, 1, 61- 70.
- Sullivan, G., Well, K.B ., Morgenstern, H., & Leake, B. (1995). Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case – control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1749-1756.
- Statistics by Country Schizophrenia, 2007. <http://www.wrongdiagnosis.com/s/schizophrenia/stats-country.htm>.
- Townsend, M.C. (2000). *Psychiatric Mental Health Nursing : Concept of Care*. Philadelphia: F.A. Davis
- Videbeck, S.L. (2001). Schizophrenia. In *Psychiatric Mental Health Nursing* (pp.296-323). Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Switzerland: Word Health Organization.
- Yalom, I.D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. (3rd ed.). New York: Basic Books Inc., Publishers.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล นางปิ่นทาร์รี่ ประสาทศรี
วันเดือนปีเกิด 24 ธันวาคม 2507
สถานที่เกิด ราชบุรี
ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์, พ.ศ. 2530:
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)
กรุงเทพฯ
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยหญิง 8
โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี
โทร: 02-5250981 ต่อ 2235
สถานที่อยู่ปัจจุบัน 135/334 หมู่ที่ 1 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
โทร: 02-9689574