

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ทิชากร คล้ายสุทธิ

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ทิชากร คล้ายสุทธิ

นางสาวทิชากร คล้ายสุทธิ

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นันทจันทร์,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ศักดิ์,

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2553

ทิชากร คล้ายสุทธิ

นางสาวทิชากร คล้ายสุทธิ

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณพวรรณ เปียชื่อ,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน ประธานกรรมการและกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา ประธานกรรมการและกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจผู้ศึกษามาโดยตลอดจนเป็นผลให้สารนิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงและขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยในชาย 4/1 ที่กรุณาสนับสนุนการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานชาย 4/1 ที่ช่วยสละเวลาเพื่อปฏิบัติงานแทนในระหว่างการศึกษา รวมทั้งนักศึกษารุ่นพี่ และ เพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท และ ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา และอุปสรรคต่างๆ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุดของโรงพยาบาลรามาริบัติดีสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดสถาบันและหน่วยงานอื่นๆ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล ตำรา เอกสาร พร้อมทั้งช่วยสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณคุณแม่สมจิตร คล้ายสุทธีและน้องๆ คุณวุฒิกร คุณดวงใจ คล้ายสุทธี รวมถึงคุณขวัญชัย โชมขุนทดที่ให้ความรัก ความเข้าใจให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือผู้ศึกษาเป็นอย่างดี

ทิชากร คล้ายสุทธี

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON RELAPSE PREVENTION IN SCHIZOPHRENIA

ทิชากร คล้ายสุทธิ 4836260 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: พัทรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ในประเด็นรูปแบบของการบำบัดและประสิทธิภาพของการบำบัดแต่ละรูปแบบโดยรวบรวมหลักฐานงานวิจัยจากฐานข้อมูลต่างๆ เช่น อิเล็กทรอนิกส์ และห้องสมุด มีงานวิจัยที่นำมาศึกษา 13 เรื่อง เป็นการศึกษาแบบ Randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 4 เรื่อง เป็น Quasi – experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 9 เรื่อง ผลการศึกษาสามารถจัดการบำบัดเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) การบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา 2) การบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต 3) การบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่องซึ่งได้แก่ การวางแผนจำหน่าย การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โปรแกรมการดูแลที่บ้านและการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชน และ 4) การบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ ผลการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น

องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการป่วยซ้ำจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท / การป้องกันการป่วยซ้ำ

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON RELAPSE PREVENTION IN SCHIZOPHRENIA

THICHAGRON KLYSUTTHI 4836260 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D.
(NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study aimed at investigating research related to relapse prevention in schizophrenia patients in terms of types and effectiveness of each type of therapy. Research evidence was searched and compiled from electronic databases and manual searches conducted at a library. There were altogether 13 studies which were selected. Of these, four were randomized controlled trials categorized under Level A, and nine were quasi-experimental research studies categorized under Level B. According to the findings, the types of therapy can be categorized into four groups: 1) therapy to disseminate health education, 2) therapy that emphasizes search for mental warning signs, 3) therapy that emphasizes continuity of care including plan for discharge, individual case management, home care program, and role of community psychiatric nurses, and 4) therapy to promote health. As for therapy outcomes, it was found that patients had improved psychiatric symptoms, better self-care behaviors, reduced rates of relapses and hospital admissions, and more knowledge of schizophrenia in both patients and their caregivers.

The body of knowledge synthesized in the present study could be used to effectively prevent relapses in schizophrenia patients.

KEY WORDS: SCHIZOPHRENIA PATIENTS / RELAPSE PREVENTION

190 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา	3
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
โรคจิตเภท	5
- ความหมายของโรคจิตเภท	5
- การวินิจฉัยโรคจิตเภท	6
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท	7
- ลักษณะอาการของโรคจิตเภท	9
- การดำเนินโรคของโรคจิตเภท	10
- การบำบัดรักษาโรคจิตเภท	11
การป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท	12
- ความหมายของการป่วยซ้ำ	12
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท	13
- ผลกระทบจากการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท	15
การป้องกันการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท	16
การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท	19

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	21
การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน	21
แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ	24
บทที่ 4 ผลการศึกษา	28
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	57
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	65
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	73
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	90
รายการอ้างอิง	109
ภาคผนวก	118
ประวัติผู้ศึกษา	190

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23
2	งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท	25
3	รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่ม การบำบัดแบบการ ให้สุขภาพจิตศึกษา	31
4	รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัด การค้นหาอาการเตือนทางจิต	41
5	รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัด ที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง	48
6	รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัด โดยการสร้างเสริมสุขภาพ	54
7	เปรียบเทียบประสิทธิภาพการบำบัดแต่ละรูปแบบ	64
8	ผลการถ่วงกรองข้อมูลจากงานวิจัย	119

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจและสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประชาชนต้องปรับตัว อยู่ตลอดเวลาอาจส่งผลให้ประชาชนมีความเครียด และเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชได้ ซึ่งโรคที่ พบได้มากที่สุดและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชได้แก่ โรคจิตเภท โดยพบว่า ร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลกมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภท (Fox & Kane, 1996; Gualtiere, 1999) และจากสถิติปี พ.ศ. 2549 พบว่าในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 402,488 ราย มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 156,493 ราย (ศูนย์สารสนเทศ, 2551) โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ และด้านพฤติกรรม เป็นกลุ่มโรคที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรังโอกาสหายเป็นปกติมีน้อย โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนมากเริ่มมีอาการตั้งแต่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และจะมีการพยากรณ์โรค ที่ไม่ดีถ้าเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุน้อย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Sadock & Sadock, 2003) ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้นปัจจุบันมีการพัฒนาไปมาก แต่ยังไม่สามารถแก้ไข ปัญหาได้ทั้งหมดส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำ จากการศึกษาพบว่า ผลของการรักษาผู้ป่วย จิตเภทที่พบได้ในปัจจุบันแบ่งได้ 5 ระดับคือ 1) รักษาหายโดยไม่กลับเป็นอีกซึ่งพบได้เพียงร้อยละ 2-4 เท่านั้น 2) มีอาการดีขึ้นสามารถอยู่ในสังคมได้แต่มีอาการป่วยซ้ำ เช่น มีอารมณ์หงุดหงิด นอน ไม่หลับ เครียด วิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีสมาธิเป็นบางครั้ง 3) มีความผิดปกติของ บุคลิกภาพแต่สามารถดูแลตนเองได้ร่วมกับมีการสนับสนุนทางสังคม 4) มีอาการของโรคตลอดเวลา และ 5) มีพยาธิสภาพของการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพอย่างถาวร ซึ่งการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะ เพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำ (Sadock & Sadock, 2003)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปจนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ ในชีวิตประจำวัน การงานและความสัมพันธ์ทางสังคมเสื่อมลงอย่างมาก และเมื่อเป็นโรคนี้แล้วมัก ไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) มีโอกาสป่วยซ้ำได้ และจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้เวลาในการรักษา ส่งผลให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องมีภาระใน การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ (ชะอุ่ม พงศ์อนุตริ, 2536) และในทางเศรษฐกิจนับเป็นการสูญเสียทั้งทางตรง

และทางอ้อมโดยพบว่ามี การสูญเสียมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธ์, 2543)

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท นับเป็นปัญหาที่สำคัญมากในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวช การป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่ซับซ้อนซึ่งอาจเกิดจากอาการของโรคและ/หรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นบริบทของ ผู้ป่วย (Videbeck, 2001) มีการศึกษาถึงอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการ รักษาเมื่ออัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 60-80 ผู้ป่วยที่หยุดรับประทานยากลับมาป่วยซ้ำร้อยละ 80 ถ้าผู้ป่วย ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 15-40 และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ด้วยยา ร่วมกับการให้ความรู้และส่งเสริมทักษะทางสังคมแก่ครอบครัวมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 0 - 20 (Gualtiere, 1999) ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำนั้นมีหลากหลายด้วยกัน เช่น ภาวะพร่องของ พฤติกรรม การดูแลตนเองในด้านการรับประทานยา การไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัวของผู้ป่วย (จิตรรัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) และการขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิต เภท การขาดการยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเอง (โชติพร พันธวัฒนาชัย, 2549) การขาดการรับรู้ ถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ การขาดความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีการกลับมาป่วยซ้ำหลายๆ ครั้ง อันจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสมาชิก ในครอบครัวเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง เกิดความวิตกกังวล เครียดและรู้สึกละเลยผู้ป่วย จิตเภทเป็นภาระต่อครอบครัว สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวอันเป็น ปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่กลับไปมีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (เพชร คันธสายบัว, 2548)

การให้การดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญนั้น ได้แก่ การบำบัดทางยา และการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric Home Care) และการบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดเหล่านี้ช่วยลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Herz et al., 2000; Meijil et al., 2006; วัฒนา ภรณ์ พิณอลักษณ์, 2549; ผลารัตน์ ถาวรวงศ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์, 2548) ซึ่งการให้การบำบัด ดังกล่าวนี้นับเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ปฏิบัติพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชซึ่งจะต้องทำหน้าที่ประเมิน คัดกรอง และการให้การบำบัดต่างๆ เพื่อป้องกันการกลับเป็น ซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการรวบรวมงานวิจัย เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้ศึกษา ในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง จึงมีความสนใจที่จะ รวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทอัน

จะส่งผลให้ผู้ศึกษามีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นรูปแบบของการบำบัดและประสิทธิภาพของการบำบัดแต่ละรูปแบบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคโดยยึดหลัก ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems , 10th revision) (World Health Organization, 2006) หรือ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition) (American Psychiatric Association, 1994) ซึ่งเป็นผู้ที่มีอาการและอาการแสดงเป็น **กลุ่มอาการด้านบวก** (Positive symptoms) เช่น อาการหลงผิด (Delusion) ผู้ป่วยจะมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง อาการประสาทหลอน (Hallucination) ใช้คำพูดศัพท์แปลกๆ (Disorganized Speech) พฤติกรรมผิดปกติมาก (Disorganized Behavior) นิ่งไม่เคลื่อนไหวอยู่ในท่าแปลกๆ หรืออะอะโวยวาย (Catatonia) เป็นต้น และ**กลุ่มอาการด้านลบ** (Negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมยไม่ยินดียินร้าย (Affective flattening) พูดน้อย (Alogia) หดความกระตือรือร้น (Avolition) ดายด้านไม่สนุกกับชีวิต (Anhedonia) และบกพร่องทางเชาว์ความคิด (Cognitive Deficit) เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีกลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจาก ที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้ว ซึ่งมักมีอาการเตือนก่อนเสมอ โดยที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีอาการเตือนที่แสดงออกแตกต่างกันไป และมีลักษณะเฉพาะของแต่ละคน เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน นอนไม่หลับ ใช้คำพูดศัพท์แปลกๆ พฤติกรรมผิดปกติมาก อะอะโวยวาย หรือมีอาการเฉยเมย ไม่ยินดียินร้าย พูดน้อย หดความกระตือรือร้น ดายด้าน ไม่มีความสุขกับชีวิต และบกพร่องทางการนึกคิด เป็นต้น ซึ่งบางรายอาจมีอาการที่รุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

การป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เช่น การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โปรแกรมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การใช้โปรแกรมสนับสนุนทางจิตสังคมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการเตือนของตนเอง การใช้โปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล สามารถจำแนกอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ เป็นต้น

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานววิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

โรคจิตเภท

- ความหมายของโรคจิตเภท
- การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท
- ลักษณะอาการของโรคจิตเภท
- การดำเนินโรคของโรคจิตเภท
- การบำบัดรักษาโรคจิตเภท

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

- ความหมายของการป่วยซ้ำ
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
- ผลกระทบจากการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

การป้องกันการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท

การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภท

ความหมายของโรคจิตเภท

“ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision) (World Health Organization, 2006) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ มีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) แต่มักพบว่าสติสัมปชัญญะและเข้าใจปัญหายังคงอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการนึกคิดไปในขณะเจ็บป่วย อาการแสดงทางจิตที่สำคัญ ได้แก่ การได้ยินเสียงสะท้อนของความคิด (thought

echo) มีผู้อื่นนำความคิดมาใส่ให้หรือดึงความคิดของตนออกไป (thought insertion or withdrawal) ความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนอื่นรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) มีความหลงผิดด้านการรับรู้และหลงผิดคิดว่าตนมีอำนาจและสามารถควบคุมคนอื่นได้ (delusional perception and delusions of control) มีอิทธิพลเหนือคนอื่นหรือได้รับอิทธิพลจากคนอื่น (influence or passivity) หูแว่วได้ยินเสียงคนอื่นวิจารณ์หรือพูดกันในเรื่องของตนเอง (hallucinatory voices commenting or discussing the patient in the third person) มีความผิดปกติด้านความคิดและอาการด้านลบ (thought disorders and negative symptoms)

ในระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, [DSM-IV]) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวก ได้แก่ ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนลักษณะอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในคนทั่วไป ไปที่ควรจะมี ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดและขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 1994)

โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และในช่วงเวลาดังกล่าวต้องมีอาการในระยะที่โรคกำลังเป็นมาก (Active phase) อย่างน้อย 1 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยที่ไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติด อาการและอาการแสดงประกอบด้วยอาการด้านบวก เช่น ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน เป็นต้น และอาการด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดและขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด เป็นต้น

การวินิจฉัยโรคจิตเภท

หลักการวินิจฉัยโรคจิตเภทโดยยึดหลักตาม DSM-IV (APA, 1994 อ้างในมานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) มีดังต่อไปนี้

1. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน

- 1) อาการหลงผิด
- 2) อาการประสาทหลอน
- 3) Disorganized speech เช่นพูดวกวน พูดอ้อมค้อม คำพูดไม่สัมพันธ์กัน
- 4) Grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior
- 5) อาการด้านลบ ได้แก่ Flat affect Alogia หรือ Avolition

หมายเหตุ แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากเป็น Bizarre delusion, Voice commenting หรือ Voice discussing

2. มีความเสื่อมหรือปัญหาในด้านสังคมและอาชีพมาก เช่น ด้านการงาน สัมพันธภาพต่อผู้อื่นหรือสุขอนามัยของตนเอง
3. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีระยะอาการกำเริบ (Active phase) อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็นระยะเริ่มมีอาการหรือระยะหลงเหลือ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่รู้จักกันมานานแต่ก็ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงแต่พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีววิทยา

1.1 กรรมพันธุ์ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้นุตรมีโอกาเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 12 แต่ถ้าป่วยเป็นโรคจิตเภททั้งบิดาและมารดาทำให้นุตรมีโอกาเสี่ยงที่จะเป็นโรคสูงถึงร้อยละ 40 สำหรับการศึกษาในบุตรบุญธรรมพบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภท มีโอกาเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนการศึกษาในกลุ่มแฝดพบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาเสี่ยงเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่าและมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดโรคมกกว่าคนทั่วไปถึง 47 เท่า (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; Sadock & Sadock, 2003)

1.2 ด้านชีวเคมี (Biochemical factors) สมมุติฐานเกี่ยวกับสาร Dopamine (Dopamine Hypothesis) สมมุติฐานนี้เชื่อว่า มีสาร Dopamine หลั่งออกมามากในสมองจึงทำให้เกิดอาการทางจิตขึ้น มีการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานนี้ กล่าวคือ เมื่อให้ยาต้านโรคจิต (antipsychotic drugs) เช่น Haloperidol, Chlorpromazine ซึ่งเป็น dopamine blocker แก่ผู้ป่วยแล้วทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่าสารที่ไปเพิ่มการหลั่งของสาร Dopamine ในสมอง เช่น Amphetamine

ทำให้เกิดอาการทางจิตได้ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536; ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548; Sadock & Sadock, 2003) ส่วนสมมุติฐานทางชีวเคมีอื่นๆ (Others Biochemical Hypothesis) จากการศึกษาพบว่า ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น Norepinephrine, Serotonin, Acetylcholine เป็นต้น โดยมีข้อสันนิษฐานว่าโรคจิตเภทอาจเกิดจากการมี Serotonin ในสมองสูงผิดปกติเนื่องจากยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ คือ Clozapine และ Risperidone ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Serotonin-dopamine antagonists ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตดีขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2547; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; Sadock & Sadock, 2003) และยังมีสารสื่อประสาทสำคัญอีกตัวที่กำลังศึกษากันอยู่ในเวลานี้คือกลูตาเมต (Glutamate) ซึ่งมีผลต่อเซลล์สมองทุกตัว สารนี้ไม่สามารถผ่านกระแสน้ำเลือดเข้าสมองได้แต่ถูกสร้างขึ้นในสมองโดยตรงหากปริมาณกลูตาเมตน้อยลง ผู้ป่วยจะแสดงอาการโรคจิตเภท (สันชัย วสุธรา, 2547)

1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมี Ventricle ขนาดใหญ่ขึ้น ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติโดยเฉพาะในส่วนของ Cortical gray matter นอกจากนี้ยังพบว่า Hippocampus และ Amygdala มีขนาดเล็กลง รวมทั้งมีความผิดปกติของ Prefrontal lobe ที่พบว่ามี Prefrontal atrophy และในส่วนของ Frontal lobe พบว่ามี Cerebral blood flow และ Glucose metabolism ลดลงและเชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน Cognitive มีความสัมพันธ์กับ Prefrontal lobe dysfunction (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; Sadock & Sadock, 2003)

1.4 การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และปัญหาการคลอด จากการศึกษาพบว่ามารดาผู้ป่วยจิตเภทอาจติดเชื้อไวรัสบางชนิดขณะตั้งครรภ์ได้ 4-6 เดือน ซึ่งเซลล์สมองของทารกอาจถูกไวรัสดังกล่าวเข้าไปโจมตีและเลือกโจมตีเฉพาะบางจุดสำคัญ โดยไม่ทิ้งร่องรอยผิดปกติใดๆ ไว้ให้เห็นและกลุ่มเซลล์ดังกล่าวก็สามารถพัฒนาต่อไปได้

2. ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychosocial factors) พบว่าปัจจัยทางด้านจิตสังคมมีความเกี่ยวข้องกับหลายทฤษฎี ดังนี้

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) โดย Sigmund Freud เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากการถูกขัดขวางพัฒนาการ (Developmental fixations) ในขณะที่ยังเป็นเด็ก ทำให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ (Intra-psycho conflict) โดยในทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า ปัญหาทางสุขภาพจิตเกิดจากบุคคลไม่สามารถจัดการตนเอง หรือไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ จึงเกิดความขัดแย้งระหว่างความต้องการและแรงขับที่เกิดจากแรงผลักดันภายในที่เรียกว่า สัญชาตญาณ (Instinct) เป็นผลให้เกิดความไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของตนทางจิตใจ ร่วมกับการใช้กลไกทางจิตชนิดที่ไม่ช่วยแก้ไขปัญหา (Primitive defense mechanism) เช่น Denial,

Projection, Regression และ Splitting จากสิ่งเหล่านี้มีผลให้เกิดความแปรปรวนทางจิตได้(เกษมตันติผลาชีวะ, 2536; ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541; Sadock & Sadock, 2003)

ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theories) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้การตอบสนองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม (Irrational reactions) และเลียนแบบความคิดของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูที่มีปัญหาด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังเชื่อว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาด้านการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นเกิดจากการเรียนรู้จากตัวอย่างที่ไม่ดีในขณะที่เป็นเด็ก (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; Sadock & Sadock, 2003)

พลวัตครอบครัว (Family dynamics) แม้จะมีหลักฐานหรืองานวิจัยที่ไม่มากนักในการบ่งชี้ถึงครอบครัวลักษณะเฉพาะที่ทำให้คนในครอบครัวเกิดโรคจิตเภท แต่พบว่าครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ (Dysfunctional family) ทำให้เด็กพัฒนาไปเป็นโรคจิตเภทได้ ครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ ได้แก่ 1) ครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน (Double blind families) เชื่อว่าการที่บุคคลเจริญเติบโตมาในสภาพแวดล้อมหรือครอบครัวที่มีการสื่อสารกันทั้งที่เป็นคำพูด และไม่เป็นคำพูดแบบไม่ตรงไปตรงมาหรือมีข้อมูลแอบแฝงอยู่ จะสร้างความสับสนให้กับบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่กำลังเติบโต ทำให้เด็กมีความยุ่งยากใจในการแยกแยะความจริง ไม่รู้ว่าควรปฏิบัติอย่างไรให้คนอื่น ๆ พอใจ เกิดเป็นความไม่ไว้วางใจและมีท่าทางระมัดระวัง ขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นในสังคม 2) ครอบครัวที่พ่อแม่ไม่รักใคร่ปรองดองกันและครอบครัวที่พ่อหรือแม่สนิทกับลูกมากเกินไปจนทำให้อีกฝ่ายหนึ่งด้อย (Schisms and skewed families) และ 3) ครอบครัวที่เกลียดรักใคร่กันและครอบครัวที่เกลียดเกลียดชังกันหรือทะเลาะกัน (Pseudomutual and pseudohostile families) (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; ยาใจ สิทธิมงคล, 2542; Sadock & Sadock, 2003)

3. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) มีการศึกษาพบว่าสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตอาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่อยู่ในสภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่า บุคคลที่อยู่ในสภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; Sadock & Sadock, 2003)

ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินของโรคเกิดขึ้นช้าๆ ไม่สามารถรู้แน่ชัดว่าโรคเริ่มต้นเมื่อไหร่ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ซึ่ง

อาการของโรคจิตเภทนั้นอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ มีการแสดงออกของกลุ่มอาการที่ค่อนข้างแตกต่างกัน (Crow, 1980 อ้างถึงใน สันชัย วสุธรา, 2547; Taylor, 1994) โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ (Taylor, 1994; John, 1993) คือ

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) โดยผู้ป่วยจะมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่นไม่ว่าจะมีหลักฐานหรือเหตุผลมาหักล้างผู้ป่วยยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน อาการประสาทหลอน (Hallucination) โดยผู้ป่วยจะมีการรับรู้ต่างๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นไปกับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียงและการสัมผัส (อาการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ ประสาทหลอนทางเสียงหรือหูแว่ว) หรืออาจพบว่าผู้ป่วยจะมีประโยค/คำพูดที่ฟังไม่รู้เรื่องใช้ศัพท์แปลกๆ (Disorganized Speech) มีพฤติกรรมผิดปกติมาก (Disorganized Behavior) นิ่งไม่เคลื่อนไหวอยู่ในท่าแปลกๆ (Catatonia)

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) ได้แก่ การมีอารมณ์เฉยเมย ไม่ยินดีในร้าย (Affective flattening) พูดน้อย (Alogia) หดความกระตือรือร้น (Avolition) ดายด้าน ไม่สนุกกับชีวิต (Anhedonia) บกพร่องทางการนึกคิด (Cognitive Deficit)

การดำเนินโรคของโรคจิตเภท

การดำเนินโรคของโรคจิตเภทนี้โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะก่อนเริ่มอาการ 2) ระยะอาการกำเริบ และ 3) ระยะอาการทุเลา (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ดังนี้

ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป โดยทั่วไปมักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ พบว่าการเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น ละเลยเรื่องสุขอนามัยและการแต่งกาย อาจหันไปสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก แต่ก็ไม่ผิดปกติชัดเจน มีบ้างที่อาจเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนใจเกียจ สนใจตนเองน้อยลง มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือนถึงเป็นปี (โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี) ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุราหรือเครียดจัดๆ อาจเห็นชัดว่าผู้ป่วยไม่ปกติ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจนพอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้น

ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลายเดือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น

ระยะอาการทุเลา (Stabilization phase) หรือระยะอาการคงที่ ระยะนี้เป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มคงที่หรือหากมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเลย ในขณะที่บางรายอาการไม่ได้ออกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางรายอาจมีอาการด้านลบหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์หรือโชคลาง ในระยะนี้มักพบอาการด้านลบบ่อย และในระยะนี้เองผู้ป่วยมักถูกผลักดันให้กลับไปอยู่ในความดูแลของครอบครัวและชุมชนต่อไป

การบำบัดรักษาโรคจิตเภท

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548) แบ่งการรักษาตามระยะอาการ โดยมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. การรักษาในระยะอาการกำเริบ

การรักษาในระยะอาการกำเริบเป็นการรักษาในระยะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายในการรักษาในระยะนี้ คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การรักษาในระยะนี้ได้แก่

1.1 การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทคือ ยารักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปการรักษาด้วยไฟฟ้าจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือในรายที่มีอาการที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบค้างแข็ง (catatonia) ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ

1.3 การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วยโดยมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2. การรักษาในระยะอาการทุเลา

ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบนอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ก็จะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

2.1 การบำบัดทางจิต มี 2 ลักษณะคือ การบำบัดรายบุคคลและการบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ให้ได้มากที่สุด

2.2 การบำบัดทางพฤติกรรม เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกกล้าแสดงออก การจัดความรู้สึกรูปแบบเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ เป็นต้น

2.3 การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ ซึ่งการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น

3. การรักษาในระยะอาการคงที่

หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยต้องกลับสู่ชุมชน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้จะเน้นการดูแลตนเองโดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ แต่เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ (Maintenance treatment) เป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป เป็นโรคเรื้อรังไม่หายขาด ยิ่งผู้ป่วยเป็นเรื้อรังนานเท่าไรก็ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะบกพร่องทางเชาวน์ความคิดมากขึ้น มีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้ ทำให้การทำหน้าที่และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติ ความสามารถด้านต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง ซึ่งจะส่งผลให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองบกพร่อง ทำให้การดูแลตนเองไม่ดีส่งผลให้เกิดอาการกำเริบขึ้นบ่อยครั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำได้

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความหมายของการป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำ (Relapse) เป็นการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ ความคิด และพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้หรือเป็นการกลับมามีอาการที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก (Sundel & Sundel, 2005)

การป่วยซ้ำ เป็นการกลับคืนของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หลังจากพฤติกรรมนั้นๆ หายไประยะหนึ่ง การป่วยซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนล่วงหน้า (Family Recovery thru Education & Empowerment, 2005)

การป่วยซ้ำ เป็นกระบวนการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นบ่อยมีลักษณะที่ชัดเจนไม่เปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคล (Kennedy, Scheep & O'Connor, 2000)

การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้ว ซึ่งการป่วยซ้ำเป็นกระบวนการเกิดขึ้นตลอดเวลามีอาการเตือนก่อนเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองจนต้องได้รับการรักษาซ้ำอีก ในผู้ป่วยแต่ละคนอาการที่แสดงออกแตกต่างกันออกไป และมีลักษณะเฉพาะในแต่ละคน (เพชรี คันธสายบัว, 2548)

จึงอาจกล่าวได้ว่า การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ แสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วโดยไม่สามารถควบคุมได้ซึ่งมักจะมีอาการเตือนล่วงหน้าก่อนเสมอ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด และมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมด พบว่าร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลกมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภท (Fox & Kane, 1996; Gualtiere, 1999) จากสถิติกรมสุขภาพจิตพบว่า มีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคม/วัฒนธรรมและชุมชนดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นซ้ำมีหลากหลายได้แก่ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา ซึ่งอาจเนื่องมาจากการรักษาต้องใช้เวลานาน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2543; สาธุพร พุฒขาว, 2541) ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากการรับประทานยาโรคจิตจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย และไม่ยอมรับรับประทานยาอีกต่อไป (ภารดี การเร็ว, 2541) การปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเอง การขาดแรงจูงใจ การขาดความตระหนักรู้ในตนเองเนื่องจากมีอาการหลงผิด (Kaplan & Sadock, 1995) และการที่ผู้ป่วยไม่สามารถสังเกตอาการนำก่อนมีอาการกำเริบ หรือไม่สามารถจัดการกับอาการตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของเบเกอร์ (Baker, 1995) เรื่องความสามารถในการดูแลตนเองต่อการค้นหาอาการนำก่อนเกิดอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทก็พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถสังเกตอาการนำก่อนมีอาการกำเริบจะช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ นอกจากนี้พฤติกรรมด้านการใช้สารเสพติดก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท มีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่มากถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด โดยการสูบบุหรี่จะทำให้ฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตลดลง (Kaplan & Sadock, 1995) จากการศึกษาของจันทรทัช เนตรสุวรรณ (2545) ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภท 45.1% มีการสูบบุหรี่เป็นประจำ นอกจากนี้จากการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ (2547) ก็พบว่า

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมีค่านิยมในการดื่มสุรา เพราะถือว่าเป็นการเข้าสังคมและทำให้สนุกสนาน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ 1 ราย จากทั้งหมด 10 ราย

ปัจจัยด้านครอบครัว

ปัจจัยด้านครอบครัวที่เกี่ยวกับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทนั้น เกิดจากการที่ครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะอยู่กับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) และยังพบว่า ผู้ดูแลอาจไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและยารักษาโรคจิต จึงให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเพราะอายุและกลัวคนอื่นว่าเป็นโรคจิต เชื่อว่าการออกกำลังกายทำให้หายจากโรคจิตได้ มีการทดลองนำผู้ป่วยไปรักษาอย่างอื่นหรือหมอบั่นบ้านแนะนำให้งดยา รวมทั้งครอบครัวไม่มีวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ทุกครั้งแม้ว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิต (วาสนา ปานดอก, 2545; จิตรัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) และยังพบอีกว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้าน มักพบปัญหาการไม่ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากญาติ ทั้งผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพัง ผู้ป่วยถูกปล่อยไว้บ้านคนเดียว ไม่มีผู้ดูแลและจัดยาให้ เนื่องจากญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย (ไพรวลัย รัมซ่ายและคณะ, 2544; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2542; วาสนา ปานดอก, 2545; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; รัชนิกร อุปเสน, 2541) นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำจะมีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ น้อยกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Bebbington & Kuipers, 1994) และพบว่าครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์มาก เช่น การวิพากษ์วิจารณ์เกินไป ความรังเกียจ ปกป้องมากเกินไปเป็นสาเหตุที่สนับสนุนการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (ชะฤทธิ พงษ์อนุตริ, 2536; Lebell, 1993)

ปัจจัยด้านสังคม/วัฒนธรรม และชุมชน

ปัจจัยด้านสังคม/ วัฒนธรรม และชุมชนที่เกี่ยวกับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทนั้นพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชนเมื่อมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการระแวงหลงผิดหรือบางครั้งทุบทำลายข้าวของและมีพฤติกรรมเป็นที่น่ารังเกียจ หรือเป็นอันตรายต่อสังคมมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมเป็นภัยต่อสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้นับเป็นสาเหตุทำให้สังคมไม่ยอมรับผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทจึงไม่ได้รับการดูแลจากสังคมทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำ (ปริทรรศ ศิลปะกิจ, 2535; วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538)

ผลกระทบจากการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความรุนแรง และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังใช้เวลารักษาที่ยาวนาน ส่วนใหญ่หลังจากการรักษาจนอาการทุเลาลง จะคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างและจะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ซึ่งการป่วยซ้ำของผู้ป่วยนั้นส่งผลกระทบในหลายๆ ด้านดังนี้

ผลกระทบด้านตัวผู้ป่วยจิตเภท

จากการที่ผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำหลายๆ ครั้งทำให้มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ โดยเฉพาะถ้ามีการป่วยซ้ำเป็นครั้งที่ 2 จะทำให้เกิดภาวะเสี่ยงของการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และยังมีผลทำให้ความคิดความเชื่อในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำลดลงด้วย (Sandock & Sandock, 2000) ในด้านการดูแลตนเองผู้ป่วยมักไม่สนใจรับประทานยา ไม่สนใจอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าไม่ยอมทำกิจกรรมใดๆ (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อกัน (ไพรัตน์ พลฤกษ์ชาติคุณากร, 2534) ด้านการประกอบอาชีพผู้ป่วยบางรายสามารถกลับไปทำงานได้บ้าง บางรายไม่สามารถทำงานได้ (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) บางรายกลับไปติดสารเสพติดหรือเป็นเหยื่อทางเพศหรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการ (จินตนา ลีละไกรวรรณ อ่างในทูลภา บุญผาสังข์, 2545)

ผลกระทบด้านครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และบางครั้งต้องไปยืมเงินเพื่อนบ้านเป็นค่าเดินทางค่ารักษาพยาบาลและจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ในส่วนที่เป็นรายได้ของผู้ป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541; ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) บางครอบครัวต้องมีการสมาชิกออกจากงานมา เพื่อดูแลผู้ป่วยและเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ ทำให้อ่อนล้าในการดูแล (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540)

ผลกระทบด้านสังคมและชุมชน

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการป่วยซ้ำนั้นในแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่หลังจากการรักษาอาการทุเลาลงจะมีอาการหลงเหลืออยู่และจะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ในช่วงที่อาการทางจิตกำเริบจะทำความเดือดร้อน เช่น มีอาการหวาดระแวงทำให้ทำร้ายผู้อื่น บางครั้งพกอาวุธไว้กับตัวทำให้นักคนอื่นในชุมชนเกิดความหวาดกลัว นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมขโมยหรือทำลายสิ่งของ ทำให้คนอื่นได้รับความเสียหาย (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; ไพรวลัย รมชัยและคณะ, 2544; วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจของประเทศ

การที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ส่งผลให้ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศและเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ในแต่ละปีจะต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2545)

การป้องกันการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังไม่หายขาด ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบได้เป็นช่วงๆ และอาจจะมีอาการป่วยซ้ำได้อีกหลังจากได้รับการรักษาภายใน 1 ปี (Linstrom & Bingevors, 2000) ผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์ของโรคไม่ดีมีโอกาสเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้เกิดขึ้นอย่างถาวร (สันชัย วสุนธรา, 2547) ดังนั้นการป้องกันการป่วยซ้ำจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง (Meijel, Gaag, Kahn & Grypdock: 2003) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการป่วยซ้ำพบว่า การป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย การรักษาทางยาและการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยาเป็นหลักสำคัญของการรักษาโรคทางจิตเวช การรักษาด้วยยาสามารถปรับสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกาย และพบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Harwath & Cournors, 1999, Kumar & Sedgwick, 2001) ช่วยลดความรุนแรงของโรคและยังช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดอาการครั้งใหม่ (Kaplan & Sadock, 1995) แบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

1) **ระยะอาการกำเริบ** เป้าหมายในการรักษา เพื่อควบคุมอาการให้สงบโดยเร็ว สามารถนอนหลับได้ อารมณ์หงุดหงิดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

2) **ระยะให้ยาต่อเนื่อง** หลังจากอาการสงบลงผู้ป่วยยังคงต้องรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการไม่ให้กำเริบ ขนาดยาที่ใช้จะปรับลงมาให้ต่ำกว่าในระยะแรก ระยะเวลาในการรับประทานยาในผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรกหลังจากอาการของโรคดีขึ้นควรกินยาต่อไปอีก 1 ปีหากมีอาการกำเริบครั้งที่ 2 ควรกินยาต่อเนื่องไประยะยาว หากเป็นบ่อยกว่านี้อาจต้องกินยาต่อเนื่องตลอดไป

2. การบำบัดทางจิตสังคม เป็นการรักษาผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่ในวิธีการแก้ไขความไม่สมหวัง ความขัดแย้ง ความกลัวความวิตกกังวลภายหลังที่อาการทางจิตสงบลงแล้ว (สุนิย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) ซึ่งการบำบัดรักษาทางจิตสังคมจะเริ่มได้ก็ต่อเมื่ออาการทางจิตของผู้ป่วยทุเลาลง คือ ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้บ้าง สื่อสารได้ดีขึ้น ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคม

ร่วมกับการรักษาด้วยยาจะทำให้ผลการบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติ ซึ่งการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมมีดังนี้

2.1 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษา และการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ (Wilson & Kneisl, 1996) การให้สุขภาพจิตศึกษาถือเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ไม่ได้มุ่งที่การรักษาอย่างเดี่ยวแต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคองและการให้คำปรึกษา จากงานวิจัยของ Herz et al. (2000) ที่ศึกษาโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการรักษาตามปกติรวมกับการได้รับโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำซึ่งประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ วิธีจำแนกอาการเตือนและสังเกตพฤติกรรมทั้งแบบครอบครัวและรายกลุ่มครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการป่วยซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือได้รับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อติดตามผลใน 18 เดือน

2.2 การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al. 2006) ที่กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จะสามารถควบคุมอาการของโรค และลดความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งจากการศึกษาของ วัฒนาภรณ์ พิบูลธาลักษณ์ (2549) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ก็พบว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นกระบวนการให้บริการโดยเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางที่เน้นคุณภาพ และประสิทธิภาพสูงสุดโดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ โดยมีแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและสังคม มีผลทำให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยรวมทั้งควบคุมค่าใช้จ่ายได้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์และ อัญชญ์ ไพบูลย์, 2546)

2.3 การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เป็นกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลเป็นการประสานงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลกับพยาบาลและทีมสุขภาพในการเตรียมความพร้อมก่อนจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พบความช่วยเหลือจากการใช้แหล่งทรัพยากรที่เขามีอย่างเหมาะสมนำไปสู่การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย (Rorden & Taft, 1990) ซึ่งจากงานวิจัยของ นุชจรินทร์ โมราเสริฐและคณะ (2549) ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทแบบทีมสหวิชาชีพ ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมวางแผนจำหน่ายสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้นานขึ้นมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น ผู้ดูแล/ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุและการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้น จะเห็นว่าการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและช่วยป้องกันการป่วยซ้ำได้

2.4 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric Home Care) เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน และเน้นการพัฒนาสุขภาพจิต และการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) และจากการที่กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญของสถาบันครอบครัวจึงผลักดันให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการไปเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองที่บ้านได้ดีขึ้น โดยมีบุคคลากรสาธารณสุขเป็นหลักที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือครอบครัว สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น (กรมสุขภาพจิต, 2544) จากงานวิจัยของสุมนธา บุญชัย (2545) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเวชในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ทำให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

2.5 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เป็นการบำบัดโดยการชี้แนะเบื้องต้นในการใช้กระบวนการทางปัญญา และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม วิธีการคิด การตัดสินใจใหม่ หาวิธีการในการรับมือกับปัญหาต่างๆ ในชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2550) จากงานวิจัยของ Baker (1995) ศึกษาเรื่องการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ที่โรงพยาบาลจิตเวชในเมืองมอนคตัน (Moncton) นิวบรันสวิก (New Brunswick) แคนาดา (Canada) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผลการศึกษารูปได้ว่า 1) การค้นพบอาการป่วยซ้ำเป็นผลมาจากกระบวนการนึกคิด (Cognitive process) ความทุกข์ทรมาน

ที่เป็นปัจจัยในการพัฒนาการรับรู้ของผู้ป่วยจากการป่วยซ้ำจะเปลี่ยนมาเป็นการควบคุมตนเอง เพื่อป้องกันความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำที่จะเพิ่มขึ้น และ 2) การค้นพบครั้งนี้สามารถอธิบายถึงความก้าวหน้าของการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และเป็นการดูแลตนเองที่มีหลายมิติมาร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการที่จะสามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้น อธิบายและควบคุมการป่วยซ้ำได้

2.6 *Early warning signs* เป็นการให้ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลหลักค้นหาอาการเตือนทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีสมาธิ โดยให้การช่วยเหลือก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ Meijel et.al. (2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการค้นหาอาการเตือนทางจิตโดยใช้การวางแผนป้องกันการป่วยซ้ำ ลักษณะกิจกรรมเป็นโครงสร้างที่เป็นขั้นตอนสำหรับ พยาบาลในการจัดการเชิงระบบเพื่อ เตรียมการวางแผนกับผู้ป่วย ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมผลการศึกษาพบว่าสามารถลดอัตราการป่วยซ้ำลงได้

การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อน การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำนอกจากการให้การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางยาแล้ว ควรให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในด้านจิตสังคมดังนี้

1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทในเรื่อง โรค อาการ การรักษา อาการข้างเคียงของยา การปฏิบัติตามแผนการรักษา การจัดการกับความเครียด การดูแลตนเอง และการมาตรวจตามนัดซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้อย่างถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและลดการป่วยซ้ำ (Brown, Wright & Christensen, 1987; Smith & Birchwood, 1992; Macpherson, Jerron & Hughes, 1996; Gray, 2000)

2. การให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนเริ่มแรกของตนเองและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการการป่วยซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไปจะได้มาได้รับการรักษาได้ทันก่อนจะมีอาการป่วยซ้ำ (ขวัญทิพย์ สุขมาก และคณะ, 2541)

3. ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ครอบครัวสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยได้ เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการพยากรณ์การป่วยซ้ำ (Sandock& Sandock, 2000)

4. การทำกลุ่มกิจกรรมหรือจิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ สำหรับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนากลไกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยกันหาแนวทางในการช่วยเหลือ ส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา การดูแลตนเอง การจัดการกับปัญหาต่างๆ ในชีวิต

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรัง และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด โดยผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด พฤติกรรม การรับรู้ และ อารมณ์ สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัด ปัจจุบันเชื่อว่าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งทางด้านชีววิทยา จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยจะมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ 2 กลุ่มอาการ คือ อาการทางบวกและอาการทางลบ การดำเนินของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการผสมผสานระหว่างการรักษาทางยาและการรักษาทางจิตสังคม รวมทั้งการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ในชุมชน โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังมีการรักษาที่ยาวนานมีโอกาสป่วยซ้ำ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำจึงเป็นสิ่งที่จะต้องทำเป็นอย่างยิ่ง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources) ประกอบด้วย
 - 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source)
 - 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key word)
 - 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria)
2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)
 - 2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่นำมาใช้ในการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าด้วยตนเอง (Manual Search) และสืบค้นข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Search) โดยแหล่งข้อมูลที่ผู้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ได้แก่ วิทยานิพนธ์ ตำรา คู่มือวารสารจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ และจากแหล่งข้อมูลของหน่วยงาน ส่วนการสืบค้นทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ได้เลือกใช้ฐานข้อมูลดังนี้ CINAHL, PUBMED, MULINET, OVID, Science direct กรมสุขภาพจิต โดยสืบค้นในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552- ธันวาคม พ.ศ.2552
2. คำสำคัญในการสืบค้น (Key words) ได้แก่ schizophrenia, relapse, schizophrenia and relapse, schizophrenia and relapse prevention, โรคจิตเภท การป่วยซ้ำ การป้องกันการป่วยซ้ำ การป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย ดังนี้

- 1) ชนิดของการจัดกระทำ (Intervention) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
- 2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาจากการคัดเลือกงานวิจัยซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท 50 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป
- 3) ชนิดหรือประเภทของงานวิจัย งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Randomized controlled trials) หรืองานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)
- 4) เป็นงานวิจัยที่รายงานผลหรือตีพิมพ์ผลงานวิจัยระหว่าง ปี ค.ศ. 1998-2008
- 5) เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับสมบูรณ์ (Full text) ได้

รายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้สำคัญในการสืบค้น จำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ และจำนวนการศึกษาที่เลือกใช้ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวนที่ ค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ ตรงตาม ข้อกำหนด	งานวิจัยที่ หลังจาก คัดกรองซ้ำ ออกแล้ว
CINAHL	- Schizophrenia and relapse	182	2	2
	- Schizophrenia and relapse prevention	44	2(2)	0
OVID	- Schizophrenia and relapse	466	3(1)	2
	- Schizophrenia and relapse prevention	386	4(4)	0
ScienceDirect	- Schizophrenia and relapse	306	2(1)	1
	- Schizophrenia and relapse prevention	85	3(3)	0
PUBMED	- Schizophrenia and relapse	119	2(1)	1
	- Schizophrenia and relapse Prevention	49	2(2)	0
ห้องสมุดราชวิถี	- schizophrenia	6	1	1
	- relapse	0	0	0
กรมสุขภาพจิต,ฐานข้อมูลวิจัย http://www.dmh.go.th	- โรคจิตเภท	64	4	4
	- โรคจิตเภทและการป่วยซ้ำ	0	0	0
	- โรคจิตเภทและการป้องกัน การป่วยซ้ำ	0	0	0
	- โรคจิตเภท	46	2	2
มหาวิทยาลัยมหิดล http://mulinet.li.mahidol.ac.th	- โรคจิตเภทและการป่วยซ้ำ	0	0	0
	- โรคจิตเภทและการป้องกัน การป่วยซ้ำ	0	0	0

หมายเหตุ () งานวิจัยที่ซ้ำ

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวนที่ ค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ ตรงตาม ข้อกำหนด	งานวิจัยที่ หลังจาก คัดเรื่องซ้ำ ออกแล้ว
การค้นคว้าด้วยตนเองจาก ห้องสมุด ร.พ.ศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต สำนักงาน คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สืบค้นจากบรรณานุกรมท้าย บทของงานวิจัยแต่ละเรื่อง	-โรคจิตเภท	0	0	0
	-โรคจิตเภทและการป่วยซ้ำ	0	0	0
	-โรคจิตเภทและการป้องกัน การป่วยซ้ำ	0	0	0
รวม		1750	27(14)	13

หมายเหตุ () งานวิจัยที่ซ้ำ

สำหรับจำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้และเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยและ
คัดเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลแล้ว พบว่ามีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ที่มีฉบับสมบูรณ์ (Full text)
ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้จำนวนทั้งสิ้น 13 เรื่อง

แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรม และสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการสังเคราะห์
งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และเข้าเกณฑ์
13 เรื่อง สำหรับแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

1. เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality) ใช้หลักเกณฑ์
การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับ
หลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของ
งานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

Level B หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของ
งานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จาก

งานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort-study, case control study

Level C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น งานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึงหลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

งานวิจัยที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพงานวิจัยดังตาราง 2

ตาราง 2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย / ปี	ระดับงานวิจัย
1.Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in Italian community psychiatric network	Aguglia, E., Pascolo-Fabrizi, P., Bertossi, F., & Bassi., M. / 2007	Level A
2.An Intervention Study to Prevent Relapse in Patients With Schizophrenia	Meijel, B.V., Kruitwagen, C., Gaag, V.D.M., Kahn, S.R., & Grypdonck, G. M.H. /2006	Level A
3. The development and implementation of an individualized early signs monitoring system in the prediction of relapse in schizophrenia	Tait, A., McNay, L., Gumley, A., & O'grady.,M. / 2002	Level A
4. A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia	Herz, M. I., et al. /2000	Level A
5. ITAREPS: Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia individualized early signs monitoring system in the prediction of relapse in schizophrenia	Spaniel, F., et al. /2007	Level B

ตาราง 2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย / ปี	ระดับงานวิจัย
6. ผลการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท	พิศสมร เดชดวง / 2551	Level B
7. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการกลับเป็นซ้ำและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตโรงพยาบาลสวนปรุง	ผการัตน์ ถาวรวงศ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์ / 2550	Level B
8. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท	วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์/ 2550	Level B
9. ผลการใช้โปรแกรมสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี	โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย /2549	Level B
10. บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	มารศรี ปาณีวัตร /2548	Level B
11. ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทแบบทีมสหวิชาชีพ	นุชจรินทร์ โมระเสริฐ, กาญจนา สุทธิเนียม และ ชลพร กองคำ /2549	Level B
12. การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปากเกร็ด จังหวัด นนทบุรี	สุมิตรา ฤทธิสุนทร /2548	Level B
13. ผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย:เปรียบเทียบหนึ่งปีก่อนและหลังเริ่มโครงการ	ธีระ ลีลำนันทกิจ และ คณะ/2542	Level B

2. การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) ในการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 13 เรื่องนี้ ข้อมูลที่กลั่นกรองได้นำไปสังเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา และได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะกลั่นกรองออกมาจากงานวิจัยดังนี้ คือ

2.1 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Purpose)

- 2.2 แบบการวิจัย (research design)
- 2.3 กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (setting)
- 2.5 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)
- 2.6 วิธีการวิจัยหรือการบำบัด (method/Intervention)
- 2.7 ผลการวิจัย (finding/result)
- 2.8 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (implication/implementation)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วย
จิตเภทนั้นผู้ศึกษานำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. คุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์
2. ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย
3. ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

1. คุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์

งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้ง 13 เรื่อง โดยเป็น Randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 4 เรื่อง (Aguglia et al., 2007; Herz et al., 2000; Meijel et al., 2006; Tait et al., 2002) และเป็น Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 9 เรื่อง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2549; วีระ ลีตานันทกิจ และคณะ, 2542; นุชจรินทร์ โมระเสรีฐ และคณะ, 2549; ผกัรัตน์ ถาวรวงศ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2550; พิศสมร เดชดวง, 2551; มารศรี ปาณีวัตร, 2548; วัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์, 2550; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; Spaniel et al, 2008) โดยที่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 5 เรื่อง (Aguglia et al., 2007; Herz et al., 2000; Meijel et al., 2006; Spaniel et al., 2008; Tait et al., 2002) และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย จำนวน 8 เรื่อง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2549; วีระ ลีตานันทกิจ และคณะ, 2542; นุชจรินทร์ โมระเสรีฐ และคณะ, 2549; ผกัรัตน์ ถาวรวงศ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2550; พิศสมร เดชดวง, 2551; มารศรี ปาณีวัตร, 2548; วัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์, 2550; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548)

2. ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย

ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย 13 เรื่อง แสดงไว้ในตาราง 8

Copyright by Mahidol University

3. ผลการสังเคราะห์การศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัย 13 เรื่อง สามารถจัดการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) การบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา 2) การบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต 3) การบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง และ 4) การบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบการบำบัดแต่ละกลุ่มดังนี้

1) การบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมด 13 เรื่อง พบว่า เป็นการบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 5 เรื่อง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547; ชีระ ลีลานันทกิจ และคณะ, 2542; พิศสมร เดชดวง, 2551; Aguglia et al., 2007; Herz et al., 2000) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ จากการศึกษา 5 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัย 2 เรื่อง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547; พิศสมร เดชดวง, 2551) ที่ให้ความหมายของการป่วยซ้ำว่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นซ้ำอีก เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ใช้คำพูดสัพเพทท์แปลกๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เป็นต้น และพบว่ามีงานวิจัย 3 เรื่อง (ชีระ ลีลานันทกิจ และคณะ, 2542; Aguglia et al., 2007; Herz et al., 2000) ที่ให้ความหมายของการป่วยซ้ำว่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นจนต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

1.2 ผู้รับการบำบัด จากการศึกษางานวิจัยพบว่าผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม DSM-IV หรือ ICD- 10 จำนวน 4 เรื่อง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547; พิศสมร เดชดวง, 2551; Aguglia et. al., 2007; Herz et. al., 2000) และมีการศึกษา 1 เรื่องที่กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยจิตเภท (ชีระ ลีลานันทกิจและคณะ, 2542)

1.3 ผู้บำบัด จากการศึกษางานวิจัย 5 เรื่อง พบว่าผู้บำบัดเป็นบุคคลต่อไปนี้

1.3.1 พยาบาลวิชาชีพ จากการศึกษา 1 เรื่อง (พิศสมร เดชดวง, 2551) และอีก 1 เรื่อง เป็นพยาบาลที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547)

1.3.2 ทีมบุคลากรทางจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต 5 แห่ง ไม่ได้ระบุจำนวน (ชีระ ลีลานันทกิจ และคณะ, 2542)

1.3.3 ทีมสุขภาพที่ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลระดับหัวหน้า หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการรับรองและผู้จัดการรายกรณี (Herz et al., 2000)

1.3.4 ทีมสุขภาพที่ประกอบด้วย จิตแพทย์ และพยาบาล

จิตเวช อย่างละ 1 คน (Aguglia et al., 2007)

1.4 กิจกรรมการบำบัด

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษากิจกรรมบำบัดการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท แบบการให้สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 5 เรื่อง พบว่าในแต่ละเรื่องมีรูปแบบการบำบัดกิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

ชื่อผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 1 โชติพร พันธุ์วนิชย์/ 2547/ ผลการใช้โปรแกรมการ สอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภท แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ลพบุรี	สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม	โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม เป็นกิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากเทคโนโลยี การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในหอผู้ป่วยของกลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และ โปรแกรม การดูแลแบบองค์รวมของอัญชลี ศรีสุพรรณ โดยมี กิจกรรมในโปรแกรมทั้งสิ้น 4 กิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการพัฒนา ความรู้ความเข้าใจและการรักษาเกี่ยวกับโรค และทำ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและแบบประเมิน พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Pre-test) ในครั้งแรก กิจกรรมที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการมี อาการกำเริบและการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม	- ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ประเมินโดยแบบทดสอบ ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค จิตเภท - พฤติกรรมการดูแลตนเอง ประเมินโดย แบบวัดความรู้ ในการดูแลตนเองการจัดการ กับอาการทางลบ และแบบวัด พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตาราง 3 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/กิจกรรม	กิจกรรมบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 1 (ต่อ)		กิจกรรมที่ 4 การดูแลตนเองด้านสุขภาพส่วนบุคคลและการผ่อนคลายความตึงเครียดและทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Post-test) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน 4 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที โดยนัดเข้ากลุ่มวันละ 1 ครั้งๆ ละ 1 กิจกรรม จำนวน 4 วัน	
เรื่องที่ 2 ธีระ สีสานันทกิจ และ คณะ/ 2542/	สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบ กลุ่ม	Psychoeducational family treatment จำนวนครั้งและระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม ไม่ได้กำหนดชัดเจนแต่พบว่ามีการทำประเมินผลก่อนและหลังการอบรม และมีการเก็บข้อมูลก่อนที่จะ	- อัตราการป่วยซ้ำและการกลับ เข้ารักษาในโรงพยาบาลจาก ข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยก่อนที่ จะเข้าร่วมโครงการ 1 ปี

ตาราง 3 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/กิจกรรม	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 2 (ต่อ) ผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย: เปรียบเทียบหนึ่งปีก่อนและหลังเริ่มโครงการ		เข้าร่วมโครงการ 1 ปีและมีการติดตามหลังเข้ารับการอบรมไปแล้วอีก 1 ปี	แล้วติดตามดูการกำเริบของผู้ป่วยภายหลังที่ญาติเข้ารับการอบรมจากโครงการไปแล้วอีก 1 ปี โดยเปรียบเทียบจำนวนวันเฉลี่ยรวมที่ผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล
เรื่องที่ 3 Aguglia et al., / 2007/ Psychoeducational	สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม	Psychoeducational Program เป็นกิจกรรมในการจัดเป็นกลุ่มกิจกรรม โดยมีทั้งหมด 8 ครั้ง ประกอบด้วยครั้งที่ 1 บทนำ	1. อาการทางจิต โดยใช้แบบประเมิน - Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

ตาราง 3 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา (ต่อ)

ชื่อผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 3 (ต่อ) intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network		ครั้งที่ 2 โรคจิตคืออะไร ครั้งที่ 3 สาเหตุของโรคจิตเภทคืออะไร ครั้งที่ 4 การรักษาโรคจิตเภทคืออะไร ครั้งที่ 5 วิธีบำบัดทางจิตสังคม ครั้งที่ 6 การป้องกันการป่วยซ้ำ ครั้งที่ 7 บทบาทของครอบครัว ครั้งที่ 8 บทสรุปมีการประเมินความรู้ก่อน โดยแต่ละครั้งใช้เวลาดำเนินการกิจกรรม 60-90 นาที ซึ่งจะมีการติดตามประเมินผลในเดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 หลังจการทำกิจกรรม	- Scale for Assessment of Negative Symptoms (SAPS) - Scale for Assessment of Negative Symptoms 2. อัตราการนอนโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนเฉลี่ย โดยการตรวจสอบจำนวนครั้งที่ต้องเข้าโรงพยาบาลและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด
เรื่องที่ 4 พิศมร เดชดวง/ 2551/ ผลการใช้โปรแกรมการดูแล	สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม	โปรแกรมการดูแลตนเอง โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่ใช้กระบวนการกลุ่มและดำเนิน กิจกรรม 3 ขั้นตอนคือ ขั้นนำ	- พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ

ตาราง 3 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 4 (ต่อ) ตนเอง ต่อพฤติกรรม ดูแลตนเองเพื่อป้องกัน ผู้ป่วย ของผู้ป่วยจิตเภท		ขั้นตอนการ และขั้นตอนประเมินผล โดยใช้กิจกรรมในการให้ความรู้ การใช้สถานการณ์จำลอง และการแสดงบทบาทสมมติ ในเรื่องส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยของตนเอง การส่งเสริมความเข้มแข็งในตนเองแก่ผู้ป่วย การส่งเสริมการควบคุมอารมณ์ ความคิด การฝึกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติประเมินความรู้ก่อนและหลังดำเนินการศึกษากิจกรรมทั้งหมดจำนวน 10 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	ป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 3 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 5 Herz et al./ 2000/ A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia	สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม	โปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการบำบัดที่เพิ่มจากการให้การรักษาด้วยยาอีก 5 ด้าน ได้แก่ 1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องของกระบวนการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการสังเกตอาการและพฤติกรรมที่บอกเหตุล่วงหน้า 2. การเฝ้าสังเกตอาการบอกเหตุล่วงหน้า โดยทีมผู้รักษา ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยและคนอื่นๆ ทุกคนที่พบปะผู้ป่วย 3. การให้ Clinical intervention ภายใน 24 ถึง 48 ชั่วโมง เมื่ออาการบอกเหตุล่วงหน้าถูกค้นพบโดยเพิ่มความถี่ในการแก้ปัญหา การเยี่ยมเพื่อทำ Supportive therapy และเพิ่มยาเมื่อจำเป็น 4. มีการทำ Supportive group therapy	1. การป่วยซ้ำโดยใช้แบบประเมิน 1) The Global Assessment Scale (GAS) 2) The Positive and Negative Syndrome Scale(PANSS) 2. การกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินเป็นแบบสัมภาษณ์ 1) The Global Assessment Scale 2) The Positive and Negative Syndrome Scale(PANSS) 3) The Early Signs

ตาราง 3 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา (ต่อ)

ชื่อผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 5 (ต่อ)		สัปดาห์ละครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ประกอบด้วยการเน้นการทักษะการรับมือกับปัญหา หากผู้ป่วยปฏิเสธการเข้ากลุ่มก็จะมีการทำ Individual support therapy 30-40 นาที 5. การให้ Psycho-education group แบบหลายครอบครัวเป็นเวลา 90 นาที ซึ่งญาติผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้เข้ากลุ่ม 2 สัปดาห์ต่อครั้งเป็นเวลา 6 เดือน และหลังจากนั้นเดือนละ 1 ครั้ง - ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 18 เดือน โดยรายละเอียดในช่วงกิจกรรมไม่ได้ระบุชัดเจน	Questionnaire

1.5 ผลลัพธ์และแบบประเมิน จากการสังเคราะห์ผลการศึกษางานวิจัย 5 เรื่องผลลัพธ์ที่ได้มีดังต่อไปนี้

- การป่วยซ้ำ: มีงานวิจัย 2 เรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ (ธีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ 2542; Herz et al., 2000) โดยมีการศึกษา 1 เรื่อง (ธีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542) พบว่าจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 73.1 และจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 16.67 ส่วนงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Herz et al., 2000) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำมีการป่วยซ้ำร้อยละ 17 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการป่วยซ้ำร้อยละ 34 ในด้านการกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำมีการกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 22 ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติคิดเป็นร้อยละ 39 โดยใช้แบบประเมินดังนี้ 1) The Global Assessment Scale 2) The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) และ 3) The Early Signs Questionnaire

- อาการทางจิต: มีการศึกษา 1 เรื่อง (Aguglia et al., 2007) พบว่าหลังจากได้รับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation group) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่การศึกษานี้ใช้แบบประเมินดังนี้ 1) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 2) Scale for Assessment of Negative Symptoms (SAPS) 3) Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS) และ 4) Simpson-Angus Scale

- ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท: มีงานวิจัย 1 เรื่อง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ที่ประเมินผลลัพธ์เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท พบว่าหลังเข้าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสูงกว่า ก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งประเมินโดยแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตของ จันทรา วีรสมบุญ (2543)

- พฤติกรรมการดูแลตนเอง: มีงานวิจัย 2 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยมีงานวิจัย 1 เรื่อง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ที่ประเมินผลลัพธ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งประเมินโดยแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการสร้างเครื่องมือของ เพชร คันธสายบัว (2544) ส่วนการศึกษาอีก 1 เรื่อง (พิศสมร เดชดวง, 2551) ที่ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการป่วยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

ของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่ง จันทรฉาย เนตรสุวรรณและสุเมธชา บุญชัย (2545) พัฒนาจากแนวคิดของ Orem (1991)

- อัตราการนอนโรงพยาบาล: มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Aguglia et al., 2007) ศึกษาเกี่ยวกับอัตราการนอนโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าหลังจากได้รับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation group) ผู้ป่วยมีอัตราการนอนโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้แบบประเมินดังนี้ 1) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 2) Scale for Assessment of Negative Symptoms (SAPS) 3) Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS) และ 4) Simpson-Angus Scale

2. การบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 13 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัย 3 เรื่อง (Meijel et al., 2006; Spaniel et al., 2008; Tait et al., 2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ จากการศึกษา 3 เรื่องพบว่า มีงานวิจัย 2 เรื่องให้ความหมายของการป่วยซ้ำว่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นเช่น การมีความคิดผิดปกติ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง (Meijel et al., 2006; Tait et al., 2000) และมีการศึกษา 1 เรื่องที่การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นและมีการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Spaniel et al., 2008)

2.2 รูปแบบการบำบัด: จากการศึกษา 3 เรื่องพบว่า มี 1 เรื่อง ที่ใช้โปรแกรม Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia (ITAREPS) (Spaniel et.al., 2008) มี 1 เรื่อง ที่ใช้โปรแกรม Relapse prevention plans (Meijel et.al., 2006) และอีก 1 เรื่อง ที่ใช้โปรแกรม Cognitive approach เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (Tait et.al., 2000)

2.3 ผู้รับการบำบัด: จากการจากการศึกษาทั้ง 3 เรื่องพบว่า มีการศึกษา 1 เรื่อง (Tait et al., 2000) ที่ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีการศึกษา 1 เรื่อง (Spaniel et al., 2008) ที่ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โรคจิตอารมณ์ หรือโรคจิตเฉียบพลัน โดยมีโรคจิตเภทร้อยละ 64.4 และมีการศึกษา 1 เรื่อง (Meijel et al., 2006) พบว่าเป็นโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเป็นแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วย Day clinic

2.4 ผู้บำบัด จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง พบว่ามีการศึกษา 1 เรื่อง (Meijel et al., 2006) ที่ผู้บำบัดเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมทางด้านกิจกรรม มีการศึกษาอีก 2 เรื่อง (Spaniel et al, 2008; Tait et al., 2000) ไม่ระบุผู้บำบัดที่ชัดเจน

2.5 กิจกรรมการบำบัด

จากการการศึกษางานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง พบว่าในแต่ละเรื่องมี รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัด การค้นหาอาการเตือนทางจิต

ชื่อผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 1 Meijel et al. / 2006/ An Intervention Study to Prevent Relapse in Patients with Schizophrenia	Relapse prevention plans	- ลักษณะกิจกรรมเป็น โครงสร้างที่เป็นขั้นตอน สำหรับ พยาบาลในการจัดการเชิงระบบเพื่อเตรียมการวางแผนกับผู้ป่วย ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ 1) ระยะเตรียมการ เป็นการให้ ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและเครือข่าย 2) เป็นการทำการอาการอาการที่ปรากฏเบื้องต้นของผู้ป่วย 3) เป็นระยะของการตรวจสอบ ผู้ป่วยและญาติ ได้รับคำแนะนำและจำแนก และให้คำแนะนำอาการเตือนตามที่เรียงลำดับไว้ 4) เป็นระยะการเตรียมแผนปฏิบัติการดำเนินการ ได้ถูกกำหนดให้สามารถปฏิบัติได้โดยผู้ป่วยและญาติเมื่ออาการทางจิตกำเริบแบ่ง	- อัตราการป่วยซ้ำโดยใช้แบบประเมิน 1) The PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale) 2) The insight Scale

ตาราง 4 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัด การค้นหาอาการเตือนทางจิต (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 2 Spaniel et al. / 2008/ ITAREPS: Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia	โปรแกรม Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia (ITAREPS)	- โปรแกรม ITAREPS เป็นโปรแกรมที่นำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ห่างไกล โดยจะมีการส่งแบบสอบถามไปทาง SMS เข้าสู่มือถือของผู้ป่วยและญาติ การดำเนินการ 1 ปี ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมจะมีการส่งแบบสอบถามไปทาง SMS เข้าสู่มือถือของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยและญาติ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาตอบคำถามประมาณ 5 นาที ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการเตือนทางจิตเวช 1 ครั้งจะต้องประเมินต่อไปอีก 3 สัปดาห์ในช่วงนี้ผู้ป่วยและญาติจะต้องตอบแบบสอบถามสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	- การเข้าการรักษาใน โรงพยาบาลโดยใช้แบบ ประเมิน 1. แบบสอบถามอาการเตือน ของอาการทางจิต (Early warning Signs Questionnaire; EWSQ) สำหรับผู้ป่วย 2. แบบสอบถามอาการเตือน ของอาการทางจิต

ตาราง 4 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัด การค้นหาอาการเตือนทางจิต (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 2 (ต่อ)			(Early warning Signs Questionnaire; EWSQ) สำหรับญาติผู้ป่วย
เรื่องที่ 3 Tait et al./ 2000/ The development and implementation of an individualized early signs monitoring system in the	รูปแบบ : การใช้ Cognitive approach เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท	การพัฒนาปัจเจกบุคคลในเรื่องความตระหนักเรื่องความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและหากเหตุการณ์ที่จะลดความเสี่ยงของการป่วยซ้ำ โดยมี 3 ขั้นตอน 1) Initial engagement and formulation phase ทำกิจกรรม 5 ครั้งๆ 1 ชั่วโมง 2) Early signs monitoring (ESM) ส่ง SMS ให้ผู้ป่วย 2 สัปดาห์/ ครั้ง	การป่วยซ้ำ โดยใช้แบบประเมิน Early signs monitoring:ESM

ตาราง 4 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัด การค้นหาอาการเตือนทางจิต (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 3 (ต่อ) prediction of relapse in schizophrenia		3) Cognitive Therapy (Targeted cognitive therapy phase) ทำกิจกรรม 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 3 ปี ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามสัญญาณเตือนโดยเฉลี่ย 10 เดือน	

2.6 ผลลัพธ์และแบบประเมิน จากการศึกษางานวิจัย 3 เรื่อง ผลลัพธ์ที่ได้มีดังต่อไปนี้

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- ในช่วงที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม ITAREPS สามารถลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ถึง 60% และในกลุ่มที่ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือสูงในการเข้าร่วมโปรแกรมสามารถลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ถึง 100% (Spaniel et. al., 2008)

- ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม The Early Signs Monitoring System (The ESM System) พบว่า 1) ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง (4 คน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน) มีการป่วยซ้ำในระหว่างการศึกษา ซึ่ง 3 ใน 4 คน (75%) สามารถคาดการณ์การป่วยซ้ำได้จาก The ESM system และ 2) ร้อยละ 45 (9 คนจาก 20 คน) ได้รับ intervention ในระหว่างโปรแกรมโดยที่สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ 6 ราย (Tait, et al., 2002)

- ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม the relapse prevention พบว่า 1) อัตราการป่วยซ้ำในกลุ่มทดลองพบร้อยละ 12.5 ส่วนในกลุ่มควบคุมพบร้อยละ 26.2 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ผลการบำบัดช่วยให้โอกาสการป่วยซ้ำลดลง 52% 3) โปรแกรมสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ประมาณ 14 คน จากผู้ป่วย 100 คน และ 4) ในการติดตามระยะ 1 ปี กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ไม่มีอาการทางจิต เฉลี่ย 329 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 296 วัน (Meijel et al., 2006)

การได้รับยาต้านโรคจิต

- ในช่วงที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม ITAREPS ไม่มีความแตกต่างในทางสถิติในด้านการได้รับยาต้านโรคจิต ระหว่างผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับผู้ป่วยที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Spaniel et al., 2008)

- ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม The relapse prevention โปรแกรมไม่มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการได้รับยาของผู้ป่วย (Meijel et al., 2006)

การรับรู้ความเจ็บป่วย (Insight)

- ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม The relapse prevention คะแนนโดยรวมของ The insight Scale ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในส่วนของ Attribution of symptom มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .04

ความร่วมมือในการบำบัด

- ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม The relapse prevention คะแนนโดยรวมมีคะแนนความร่วมมือในการบำบัดซึ่งวัดโดย The Working Alliance Inventory พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .03 (Meijel et al., 2006)

3. การบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 13 เรื่อง พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่องมี 4 เรื่อง (นุชจรินทร์ โมระเสริฐและคณะ, 2549; ผกัรัตน์ ถาวรวงษ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2549; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

3.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ จากการศึกษา 4 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัย 3 เรื่อง (นุชจรินทร์ โมระเสริฐ และคณะ, 2549; ผกัรัตน์ ถาวรวงษ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2549; มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ที่ให้ความหมายว่าการป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นอีกครั้งหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) ให้ความหมายว่าการป่วยซ้ำว่า หมายถึง การเกิดอาการทางจิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.2 รูปแบบการบำบัด จากการศึกษา 4 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย (นุชจรินทร์ โมระเสริฐ และคณะ, 2549) งานวิจัย 1 เรื่อง ศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ผกัรัตน์ ถาวรวงษ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2549) งานวิจัย 1 เรื่อง ที่ศึกษาการใช้บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) และงานวิจัยอีก 1 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548)

3.3 ผู้รับการบำบัด จากการศึกษา 4 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัย 1 เรื่อง (ผกัรัตน์ ถาวรวงษ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์, 2549) ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม DSM-IV และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีงานวิจัย 1 เรื่อง (นุชจรินทร์ โมระเสริฐ และคณะ, 2549) ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม DSM-IV ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและมีญาติหรือผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมและมีงานวิจัย 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่มีปัญหาซับซ้อนและมีญาติหรือผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนงานวิจัย อีก 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับดูแลต่อเนื่องที่บ้านพร้อมญาติผู้ป่วยจิตเภท

3.4 ผู้บำบัด จากการศึกษาทั้ง 4 เรื่อง พบว่ามีการศึกษา 2 เรื่องที่ผู้บำบัดเป็นพยาบาลที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (มารศรี ปาณีวัตร, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) และมีการศึกษา 2 เรื่อง ที่ผู้บำบัดเป็นทีมวิชาชีพ (ผการัตน์ ถาวรวงศ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์, 2549; นุชจรินทร์ โมระเสริฐและคณะ, 2549)

3.5 กิจกรรมการบำบัด จากการศึกษาการบำบัดการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง จำนวน 4 เรื่อง โดยมีการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย (นุชจรินทร์ โมระเสริฐ และคณะ, 2549) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ผการัตน์ ถาวรวงศ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์, 2549) บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชน (มารศรี ปาณีวัตร, 2548) และการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) พบว่าในแต่ละเรื่องมีรูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง

ชื่อผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 1 นุชรินทร์ โมระเสรีฐ และคณะ/ 2549/ ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทแบบสหวิชาชีพ	โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย	ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงวารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภทและการเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายและการระดมความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานที่มีความชำนาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 เดือน และติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายต่ออีก 6 เดือน	- อาการทางจิตใช้แบบประเมินแบบวัดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท Brief Psychotic Rating Scale: BPRS: ซึ่งอยู่ในแบบวัด ผลลัพธ์ของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพ - อัตราการกลับเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล โดยใช้แบบติดตามหลังการจำหน่าย
เรื่องที่ 2 ผลการค้น การวงศ์ และชลธิดา สิมะวงศ์/	การจัดการผู้ป่วยรายกรณี	พัฒนาจากแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	- ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาประเมิน โดยแบบประเมิน

ตาราง 5 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 2 (ต่อ) 2549/ ผลของการจัดการผู้ป่วย รายกรณีต่อการกลับเป็นซ้ำ และความร่วมมือในการ รักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรค จิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง		(case management) ของจินตนา ยูนิพันธ์ และอัญญา ไพบูรณ์ (2546) และมีการประสานความร่วมมือจาก ทีมสหวิชาชีพของ โรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาล เครือข่าย สร้างเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ป่วย จะได้รับแผนการดูแลแบบผู้ป่วยในจำนวน 20 วันและ จำหน่ายออกสู่ชุมชนจะได้รับแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่อยู่ในชุมชนและเมื่อกลับไปอยู่บ้านประมาณ 1 เดือน จะได้รับแบบประเมินพึงพอใจและเก็บสถิติการ กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 3 เดือน และ 6 เดือน ระยะเวลาดำเนินการตามแผนการดูแล 1 ปี 6 เดือน	แบบสอบถามความร่วมมือใน การรักษา - การกลับมารักษา ประเมิน โดยแบบประเมิน แบบบันทึกสถิติประจำเดือน เรื่องการกลับมารักษาของผู้ ผู้ป่วยโรคจิตเภท
เรื่องที่ 3 มารศรี ปาณิวัตร/ การดูแลต่อเนื่อง	กระบวนการพยาบาล	เป็นการใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งผู้วิจัยได้ปฏิบัติภายใต้ บทบาทพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กับผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วย

ตาราง 5 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 3 (ต่อ) 2548/ บทบาทพยาบาลจิตเวช ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทที่บ้าน		ของเคลบบานอฟ (Klebanoff) - ระยะเวลาดำเนินการกิจกรรม 3 เดือน 2 สัปดาห์และ หลังดูแลที่บ้านแล้ว ติดตามประเมินผลการ เปลี่ยนแปลงเป็นระยะเวลา 6 เดือน	รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่กลับมารักษาซ้ำ ไม่มีอาการ ทางจิตกำเริบ สามารถดูแล ตนเองได้ มีส่วนร่วมในสังคม ประเมิน โดยใช้ - แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วย จิตเวชของกรมสุขภาพจิต (2541) - แบบประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงานของ ผู้ป่วยจิตเวช (Global Assessment of Function Scale, GAF)

ตาราง 5 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 4 สุมิตรา ฤทธิสุนทร/ 2548/ การศึกษาการใช้โปรแกรม การดูแลที่บ้านต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอ ปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี	โปรแกรมการดูแลที่บ้าน	ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Danielson, Bissell and Fry (1993) และแนวทางการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพของกัลป์นิภา ศรีวงศ์วรรณ (2547) และ การติดตามทางโทรศัพท์ของ รัชนี ศรีธีรบุญ (2544) มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ โดยมีการประเมินก่อนการศึกษา (Pre-test) และประเมินผลหลังการศึกษา (Post-test) ในสัปดาห์ที่4	- พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้แบบประเมินแบบ สัมภาษณ์พฤติกรรมดูแล ของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

3.6 ผลลัพธ์และแบบประเมิน

จากการสังเคราะห์งานวิจัย 4 เรื่องผลลัพธ์ที่ได้มีดังต่อไปนี้

- **อาการทางจิต:** มีงานวิจัย 1 เรื่อง (นุชจรินทร์ โมระเสรีฐ และคณะ, 2549) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพมีค่าคะแนนอาการทางจิตลดลงไปตามเกณฑ์ ร้อยละ 65.57 โดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

- **อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล:** มีการศึกษา 1 เรื่อง (ผการัตน์ ถาวรวงศ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2549) พบว่า 1) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของกลุ่มทดลองลดลงจากร้อยละ 42.86 เป็นร้อยละ 0 2) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือนลดลงจากร้อยละ 65.71 เป็นร้อยละ 8.57 และ 3) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือนลดลงจากร้อยละ 100 เป็นร้อยละ 11.43 ประเมินโดยแบบบันทึกสถิติประจำเดือนเรื่องการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท และมีการศึกษาอีก 1 เรื่อง (นุชจรินทร์ โมระเสรีฐ และคณะ, 2549) พบว่าหลังจากเข้าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบสหวิชาชีพ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีระยะเวลาอยู่ในสังคมนานขึ้นจากเดิมจาก 146 วันเป็น 199 วัน มากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม 53 วันและสามารถอยู่บ้านได้โดยไม่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ใน 28 วันร้อยละ 85.2 ประเมินโดยแบบวัดผลลัพธ์ของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพ ในด้านการติดตามการรักษาหลังการจำหน่ายจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพ

- **พฤติกรรมการดูแลตนเอง:** มีงานวิจัย 4 เรื่อง (นุชจรินทร์ โมระเสรีฐ และคณะ, 2549; ผการัตน์ ถาวรวงศ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์, 2549; มารศรี ปาณีวัตร, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยมีการศึกษา 1 เรื่อง (นุชจรินทร์ โมระเสรีฐ และคณะ, 2549) พบว่าหลังจากผู้ป่วยเข้าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติถึงร้อยละ 34.43 สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ ไม่เป็นภาระของครอบครัวร้อยละ 29.51 สามารถช่วยงานบ้านได้ตามศักยภาพ ไม่เป็นภาระของครอบครัวร้อยละ 21.50 ประเมินโดย แบบวัดผลลัพธ์ของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพในด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีการศึกษา 1 เรื่อง (มารศรี ปาณีวัตร, 2548) ที่พบว่าหลังได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา โดยสามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ ไม่กลับมารักษาซ้ำ ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และมีระดับคะแนนสมรรถภาพในด้านความคิดเห็นต่อผู้อื่นและสังคม การควบคุมอารมณ์การสื่อสาร การแสดงออกทางท่าทาง การเข้าสังคม การช่วยงานบ้านและการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการดูแล โดยใช้กระบวนการ

พยาบาลโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต (2541) และแบบประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงานของผู้ป่วยจิตเวช (Global Assessment of Function Scale, GAF) และมีการศึกษา 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และมีการศึกษาอีก 1 เรื่อง (ผการัตน์ ถาวรวงษ์ และชลธิชา สิมะวงศ์, 2549) ที่พบว่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มที่ได้รับการจัดการรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ซึ่งพัฒนาโดยสาธุพร พุดขาว (2541)

4. การบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 13 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัย 1 เรื่อง (วัฒนารักษ์ พิบูลาลักษณ์, 2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

4.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ การศึกษานี้ ได้ให้ความหมายของการป่วยซ้ำไว้ว่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 6 เดือน

4.2 ผู้รับการบำบัด ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งมีอายุระหว่าง 20-59 ปี มีอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ตั้งแต่ 18-36 คะแนน

4.3 ผู้บำบัด พบว่าผู้บำบัดเป็นพยาบาลที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

4.4 กิจกรรมการบำบัด

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาก่อนการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทในการบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ จำนวน 1 เรื่อง พบว่ามีรูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/แบบประเมิน ของการบำบัดการป้องกันผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มการบำบัด โดยการสร้างเสริมสุขภาพ

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/แบบประเมิน
เรื่องที่ 1 (ต่อ)		ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 3 เดือน โดยนัดเวลาในการพบผู้ป่วยเพื่อทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และนัดเวลาในการโทรศัพท์เยี่ยมบ้านหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 สัปดาห์ โดยการนัดโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง	

4.5 ผลลัพธ์และแบบประเมิน จากการสังเคราะห์งานวิจัย 1 เรื่อง ผลลัพธ์ที่ได้มีดังต่อไปนี้

- พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ: ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้แบบประเมินเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของ Meijel et al. (2003) และจากแบบประเมินที่พัฒนาโดย เพชร คันธสายบัว (2544) ในด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท สำหรับการอภิปรายผลการศึกษานั้นผู้ศึกษาได้แบ่งการอภิปรายไว้ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ
2. รูปแบบและประสิทธิภาพของการบำบัดแต่ละรูปแบบ

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ

สำหรับการศึกษานี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 13 เรื่อง ซึ่งเมื่อนำผลงานวิจัยที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราช วิทยาลัย อายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่าเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 5 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยแบบ Randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 4 เรื่อง และ เป็น Quasi - experimental research จำนวน 1 เรื่อง ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยเป็น Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 8 เรื่อง โดยที่เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสาร จำนวน 1 เรื่อง เป็นวิทยานิพนธ์ 7 เรื่อง งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ครั้งนี้มีกระบวนการที่น่าเชื่อถือทั้งวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่นำมาใช้ก็เป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง และถึงแม้ว่างานวิจัยในประเทศจะเป็นการศึกษาแบบ Quasi - experimental research แต่ก็มีความน่าเชื่อถือและมีผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงาน ดังนั้นงานวิจัยทั้ง 13 เรื่อง ที่นำมาสังเคราะห์นี้จึงนับว่าเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. รูปแบบและประสิทธิภาพของการบำบัด

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 13 เรื่อง สามารถจัดกลุ่มเป็น 4 รูปแบบดังนี้ 1) การบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา 2) การบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต 3) การบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง และ 4) การบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาของแต่ละกลุ่มได้ดังนี้

1) ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ให้การบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาซึ่งมี จำนวน 5 เรื่อง พบว่าประสิทธิภาพของการบำบัดมีดังนี้

- การป่วยซ้ำและอัตราการนอนโรงพยาบาล: หลังการบำบัดพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำลดลงและอัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง สอดคล้องกับการศึกษากระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาในประเทศเยอรมันที่พบว่า อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนลดลง (Pitschel-Walz et al., 2006) ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่อง ของโรค อาการ การรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญและสำคัญสำหรับผู้ป่วย ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวในด้านต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย ร่วมมือในการรักษา มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สามารถดูแลตนเองได้และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ลดการป่วยซ้ำ ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล (Brown, Wright & Christensen, 1987; Smith, Birchwood, 1992; Macpherson, Jerron, & Hughes, 1996; Gray, 2000)

- ความรู้ อาการทางจิต และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง: หลังการบำบัดโดยสุขภาพจิตศึกษาพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตลดลงและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองดีขึ้น ทั้งนี้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้โดยทีมสุขภาพแก่ผู้ป่วย และ/หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคจิตเภท เช่น ลักษณะโรคจิตเภท อาการแสดง การได้รับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยา ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ความร่วมมือในการรักษา การกลับเป็นซ้ำ การติดต่อกับทีมสุขภาพ เทคนิคการผ่อนคลายความตึงเครียดและทักษะทางสังคม เป็นต้น (พรสวรรค์ พูลกระจำ, 2548; Provencher, 1996; Townsend, 2000) การศึกษาที่นำมาสังเคราะห์ครั้งนี้ เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มซึ่งกระบวนการกลุ่มช่วยให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ร่วมกัน และการรวมกลุ่มของผู้ที่มีลักษณะเดียวกันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย/การรักษา และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การให้ความรู้แบบกลุ่มช่วยประหยัดเวลา ผู้เรียนเกิดทักษะในการคิดกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาจึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความรู้เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ดีขึ้น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Hornung, Kieserg, Feldmann, & Buchkremer (1996) ที่ใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและญาติ ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และร่วมมือในการรักษามากขึ้น รับประทานยาอย่างต่อเนื่องช่วยให้อาการทางจิตลดลง และจากงานวิจัยของ ชิน

และลูเคน (Shin & Lukens, 2002) ที่ศึกษาผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังพบว่า หลังเข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยมีอาการทางจิตโดยรวมและอาการด้านบวกลดลง

- **พฤติกรรมการดูแลตนเอง:** จากการสังเคราะห์งานวิจัยมีการศึกษา 2 เรื่องที่ประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าหลังการบำบัดโดยสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากสุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้ โดยทีมสุขภาพแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ ลักษณะโรคจิตเภท อาการแสดง การได้รับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยาโรคจิต การดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ทักษะทางสังคมและมีการฝึกการดูแลตนเอง ประกอบกับการวิจัยทั้ง 2 เรื่องเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มซึ่งในกระบวนการกลุ่มนั้นทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพภายในกลุ่ม และเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มอย่างชัดเจนภายใต้บรรยากาศของความเป็นมิตร จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย รู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกันส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง กล้าระบายความรู้สึก กล้าแสดงความคิดเห็นของตนเอง และมีความมั่นใจในการให้และการรับความช่วยเหลือจากสมาชิกกลุ่ม และจากการที่ผู้ป่วยเป็นผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากพยาบาลและสมาชิกในกลุ่มทำให้รู้สึกว่าคุณค่าส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองมากขึ้นและมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น (Marram, 1978) นอกจากนี้กระบวนการในการดำเนินกลุ่มสุขภาพจิตศึกษานั้นช่วยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้และพฤติกรรม โดยผ่านการสอนโดยจะสอนในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้และเพิ่มเติมในส่วนที่บกพร่องเพื่อเพิ่มความสามารถและความมั่นใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ทางเลือกมากขึ้น สามารถวางแผนแก้ไขปัญหของตนเองได้ดีขึ้น (Boyd, Niltner, 1998 ; Schwecke, Bostrom, 1999; Rinder, 2000 อ้างใน จริญญา สงวนเผ่า, 2548)

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าการบำบัดแบบให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นอันจะส่งผลให้ลดอัตราการป่วยซ้ำและอัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง

2) ประสิทธิภาพของการบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิตซึ่งมีจำนวน 3 เรื่องพบว่าประสิทธิภาพของการบำบัดมีดังนี้

- **อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล:** หลังจากการบำบัดแบบการค้นหาอาการเตือนทางจิตพบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการบำบัดรูปแบบนี้เป็นทำให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติ ค้นหาอาการเตือนของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในขั้นต้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการมากขึ้นจนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยที่ผลจาก

การศึกษาของงานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง ที่นำมาสังเคราะห์ก็พบว่า การบำบัดรูปแบบนี้ช่วยลดการกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา ก็พบว่า ก่อนที่จะเกิดการป่วยซ้ำนั้น มักมีอาการเตือนทางจิตนํามาก่อน โดยมีระยะเวลาในการเตือนล่วงหน้าเข้ามาเกี่ยวข้อง (Hamera et al, 1992; Herz & Melville, 1980; Kumar et al, 1989) การตรวจจับสัญญาณเตือนอาการทางจิตได้อย่างแม่นยำสามารถทำนายโอกาสป่วยซ้ำได้ 50-70 % (Norman & Malla, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์ (Baker, 1995) ที่ศึกษาความสามารถในการค้นหาอาการนำก่อนเกิดอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถสังเกตอาการนำสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ และการศึกษาของบริซวูด ในปีค.ศ. 1989 (Birchwood et al, 1989) ที่ได้พัฒนาระบบการเตือนโดยใช้ Early Signs Scale (ESS) ในผู้ป่วยจิตเภทก็พบว่าสามารถทำนายการป่วยซ้ำได้ถึง 79%

การค้นหาอาการเตือนทางจิตตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ส่งผลให้อัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลลดลง ซึ่งผลการศึกษาทั้ง 3 เรื่องนี้ส่วนใหญ่พบว่าลดการป่วยซ้ำได้ 52 - 60 % และมีการศึกษา 1 เรื่องที่พบว่า Early warning signs สามารถป้องกันได้ 100 % ในกลุ่มผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือสูง นอกจากนี้จากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ยังพบว่ามี 1 การศึกษาที่ให้ผู้ป่วยและญาติพบว่าบันทึก Early warning signs (EWS) ของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า EWS นี้สามารถทำนายอาการการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jorgensen (1998) ที่พบว่าการบันทึก EWS ของผู้ป่วยสามารถทำนายการป่วยซ้ำมีคุณภาพเกือบเท่ากับการทำนายโดยจิตแพทย์ ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรให้มีการบันทึก EWS เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังและติดตามอาการเตือน เพื่อที่จะได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มแรกอันเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำ ดังนั้นโปรแกรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดย Early warning signs ซึ่งเป็นการระบุนอาการที่แสดงถึงการจะกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกโดยญาติหรือผู้ป่วยนี้ จะช่วยลดการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง ในภาวะปัจจุบันที่กรมสุขภาพจิตที่มีนโยบายให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเพื่อใช้ชีวิตกับครอบครัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (กรมสุขภาพจิต, 2545) นั้นผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายให้กลับบ้านไปแล้วจึงอาจจะมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ส่วนหนึ่ง ดังนั้นถ้ามีการบันทึก EWS โดยผู้ป่วย/ญาติก็เป็นรูปแบบหนึ่งจะช่วยลดการป่วยซ้ำ และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิต

3) ประสิทธิภาพของการบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง

จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง ซึ่งมี 4 รูปแบบ คือ การจัดการรายกรณี การวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติตามบทบาทยุทธศาสตร์และ โปรแกรมการดูแลที่บ้าน พบว่าประสิทธิภาพของการบำบัดมีดังนี้

- **อาการทางจิต:** หลังจากการบำบัดโดยการดูแลต่อเนื่องรูปแบบการวางแผนจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น เช่นเดียว กับการศึกษาของบัควอลเตอร์ และเคอร์ฟุท (Buckwalter & Kerfoot, 1982) ที่ได้ศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชพบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าร่วมในกระบวนการการวางแผนจำหน่าย ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีการยอมรับผู้ป่วยที่จะออกจากโรงพยาบาลมากขึ้น การส่งต่อการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนมีความราบรื่น ครอบครัวมีความพึงพอใจและระดับความเครียดลดลง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทายามากขึ้นและมาตรวจตามนัด ซึ่งการที่ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตร่วมกับการฟื้นฟูสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่องนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น (Skantza, 1992)

- **อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล:** มีการศึกษา 2 เรื่องที่ประเมินเกี่ยวกับอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการบำบัดในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการวางแผนจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าหลังการบำบัดผู้ป่วยมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยรูปแบบนี้เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองและสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามสภาพแวดล้อมของตนเอง โดยที่การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีนั้นเป็นกระบวนการดูแลที่ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการประสานงานในทีมสหวิชาชีพทำให้ได้รับความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและส่งต่อถึงชุมชน (จินตนา ชูนิพันธ์ และอัญชญ์ ไพบุลย์, 2546) การจัดการผู้ป่วยรายกรณีช่วยให้ผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันเพราะต้องให้การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชนทำให้เกิดผลดีต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรเกิดความพึงพอใจส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา (สารุพร พุฒขาว, 2541) นอกจากนี้การจัดการผู้ป่วยรายกรณียังมีการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการค้นหาอาการนำก่อนเกิดอาการกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการของตนเองได้ก่อนที่อาการจะรุนแรงถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ส่วนการดูแลต่อเนื่องแบบการวางแผนจำหน่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ โดยมีการร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วย และครอบครัวโดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (Pichitpornchai, 2000) ซึ่งจากการศึกษาของบัควอลเตอร์เตอร์ และเคอร์ฟุท (Buckwalter & Kerfoot, 1982) ได้ศึกษา

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชที่พบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าร่วมในกระบวนการวางแผนจำหน่ายจะช่วยลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

- **พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง:** มีการศึกษา 4 รูปแบบ ที่ประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง ได้แก่ การวางแผนจำหน่าย การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โปรแกรมการดูแลที่บ้านและ บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชน

ผลการศึกษาพบว่าหลังจากการบำบัดผู้ป่วยมีพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองดีขึ้นทั้ง 4 รูปแบบ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการวางแผนจำหน่ายช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดูแลตนเองโดยเน้นการประเมินในส่วนของความพร้อมในด้านต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น การดูแลตนเองในเรื่องชีวิตประจำวัน ความรู้และทัศนคติต่อโรคและการรักษา โดยที่ทีมสหวิชาชีพจะร่วมกันประเมินและจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยซึ่งจากการศึกษาของ MaKeehan (1981) ที่ได้ทำการสำรวจผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และได้รับการดูแลต่อเนื่องจากพยาบาลจิตเวชชุมชน ผลสำรวจพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าการที่พวกเขาได้รับการเตรียมตัวเป็นอย่างดีก่อนออกจากโรงพยาบาล ได้รับการฝึกทักษะและให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ช่วยให้การดูแลตนเองดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าการที่จะให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขนั้นจำเป็นต้องมีการเตรียมผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการฝึกทักษะทางสังคม ส่วนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจากงานวิจัยที่นำมาศึกษานี้มีการเน้นการบำบัดที่ช่วยปรับพฤติกรรมการณ์ดูแลในด้านความร่วมมือในการรับประทานยา และมีการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชนทำให้เข้าถึงบริการได้ง่าย ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยยา (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

สำหรับโปรแกรมการดูแลที่บ้าน ส่งผลให้พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเป็นการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการพึ่งตนเอง ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน มุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2542) ซึ่งจากการศึกษาของสุวิมล สมัตถะ (2541) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ก็พบว่าหลังได้รับโปรแกรมความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น และการศึกษาของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองดีขึ้น

ทั้งนี้การที่บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นบทบาทที่อิสระตามขอบเขตวิชาชีพ มีการตัดสินใจที่ดีในการแก้ปัญหาที่ยืดหยุ่นและสร้างสรรค์ โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ รวมทั้งความรู้ความสามารถในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ มีทักษะในการให้คำปรึกษา ทักษะการสอน การให้ความรู้ และการประสานงานหาแหล่งประโยชน์ในชุมชน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีขึ้นส่วนอีก 1 การศึกษาได้ศึกษาการปฏิบัติพยาบาลตามบทบาทของพยาบาลจิตเวช ชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทางจิตที่บ้าน ตามแนวคิดของ Klebanoff (1997) ซึ่งจะครอบคลุม บทบาท 3 ด้าน คือบทบาทผู้ให้พยาบาลโดยตรง บทบาทที่ปรึกษา และบทบาทผู้ให้ความรู้หรือ ข้อมูล รวมทั้งได้กำหนดแนวทางและกิจกรรม เพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างชัดเจน เช่น ประเมินภาวะทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วย การทำจิตบำบัดรายกลุ่ม รายบุคคล การให้ความรู้ ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งบทบาทเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ที่บ้านมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ

4. ประสิทธิภาพการบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ

จากการสังเคราะห์งานวิจัย การเสริมสร้างสุขภาพพบว่าประสิทธิภาพของการบำบัดมี ดังนี้

- พฤติกรรมการป้องกันการป่วยซ้ำ: หลังการบำบัดโดยใช้โปรแกรม การสร้างเสริมสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากแบบจำลอง การสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ได้อธิบายถึงกระบวนการทางจิตสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ เกิดจากการขาดการสร้างเสริม สุขภาพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ดีเพิ่มขึ้น การบำบัดโดยการ ส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดนี้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำให้นุคลิกมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สามารถควบคุมอาการของโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งจากการศึกษาของ Limpattanasiri (2004) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทโดยประยุกต์ แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2002) เป็นกรอบแนวคิดก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี คะแนนรับประทานยาต่อเนื่องในระดับมากส่งผลให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 4 รูปแบบ คือ การบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา การบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต การบำบัดที่ เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง และการบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพดังกล่าวข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่ารูปแบบในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในแต่ละรูปแบบช่วยลด/ป้องกันการป่วย ซ้ำได้ โดยที่สามารถสรุป ประสิทธิภาพของการบำบัดที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันของการบำบัดแต่ละ รูปแบบได้ดังตาราง 7

ตาราง 7 เปรียบเทียบประสิทธิภาพการบำบัดแต่ละรูปแบบ

รูปแบบการบำบัด	ความหมายการป่วยซ้ำ	ผลลัพธ์				
		การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	อาการทางจิต	ความรู้	พฤติกรรมการดูแลตนเอง
1. การให้สุขภาพจิตศึกษา	ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น	✓	✓	✓	✓	✓
2. การค้นหาอาการเตือนทางจิต	ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นและมีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	✓	-	-	-	-
3. การให้การดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นอีกครั้งหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและได้รับการรักษาในโรงพยาบาล	✓	-	✓	✓	✓
4. การเสริมสร้างสุขภาพ	ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 6 เดือน	✓	-	-	-	✓

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท สำหรับการศึกษานี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 13 เรื่อง ซึ่งเมื่อนำผลงานวิจัยที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ก็พบว่างานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ 13 เรื่องนี้ เป็น Randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 4 เรื่องและเป็น Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 9 เรื่อง โดยที่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 5 เรื่อง และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย มีจำนวน 8 เรื่อง องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 13 เรื่อง สามารถจัดกลุ่มเป็น 4 รูปแบบดังนี้คือ 1) การบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา 2) การบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต 3) การบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง และ 4) การบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ ดังนี้

1. การบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมด 13 เรื่อง พบว่า เป็นการบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 5 เรื่อง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547; ชีระ ลีตานันทกิจ และคณะ, 2542; พิศสมร เดชดวง, 2551; Aguglia et al., 2007; Herz et al., 2000) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ

จากการศึกษางานวิจัยพบว่า การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นซ้ำอีก เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ใช้คำพูดสัพท์แปลกๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง จนต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและ มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

1.2 ผู้รับการบำบัด

จากการศึกษางานวิจัยพบว่า ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามDSM-IV หรือ ICD- 10 และมี 1 งานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยจิตเภท

1.3 ผู้บำบัด

จากการศึกษางานวิจัยพบว่า ผู้บำบัดมีหลายวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทีมบุคลากรทางจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ทีมสุขภาพที่ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลระดับหัวหน้า หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการรับรองและผู้จัดการรายกรณี และทีมสุขภาพที่ประกอบด้วย จิตแพทย์ และพยาบาลจิตเวช

1.4 กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัด จากการศึกษางานวิจัยพบว่ามีรายละเอียดดังนี้

- โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม โดยมีกิจกรรมในโปรแกรม 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและการรักษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ 2) การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้นและการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา 3) การพัฒนาทักษะทางสังคม และ 4) การดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และการผ่อนคลายความตึงเครียดดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน 4 ครั้งๆ ละ 60- 90 นาที โดยนัดเข้ากลุ่มวันละ 1 ครั้งๆ ละ1 กิจกรรม

- สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มเป็นการใช้ Psychoeducational family treatment จำนวนครั้งและระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมไม่ได้กำหนดชัดเจน

- Psychoeducational Program เป็นกิจกรรมในรูปการจัดเป็นกลุ่มกิจกรรมโดยมีทั้งหมด 8 ครั้งดังนี้ 1) บทนำ 2) โรคจิตคืออะไร 3) สาเหตุของโรคจิตเภทคืออะไร 4) การรักษาโรคจิตเภทคืออะไร 5) วิธีบำบัดทางจิตสังคม 6) การป้องกันการป่วยซ้ำ 7) บทบาทของครอบครัว และ 8) บทสรุป มีระยะเวลาในการทำโปรแกรมจะแบ่งเป็น 8 กลุ่มในแต่ละกลุ่มใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที

- โปรแกรมการดูแลตนเอง เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลตนเอง ในเรื่องการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยของตนเอง การส่งเสริมความเข้มแข็งในตนเองแก่ผู้ป่วย การส่งเสริมการควบคุมอารมณ์ ความคิด การฝึกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และการส่งเสริมการมี

ส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ เป็นกิจกรรมที่ใช้กระบวนการกลุ่มกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 10 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง

- โปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการบำบัดที่เพิ่มจากการให้การรักษาด้วยยาอีก 5 ด้าน ได้แก่ 1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ 2) การเฝ้าสังเกตอาการบอกเหตุล่วงหน้า 3) การให้ Clinical intervention ภายใน 24 ถึง 48 ชั่วโมง เมื่ออาการบอกเหตุล่วงหน้าถูกค้นพบโดยเพิ่มความถี่ในการแก้ปัญหา การเยี่ยมเพื่อทำ Supportive therapy และเพิ่มยาเมื่อจำเป็น 4) มีการทำ Supportive group therapy สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง หากผู้ป่วยปฏิเสธการเข้ากลุ่มก็จะมีการทำ Individual support therapy 30- 40 นาที และ 5) การให้ Psycho-education group แบบหลายครอบครัว โดยมีระยะเวลาในการทำกิจกรรม 18 เดือน โดยรายละเอียดในช่วงกิจกรรมไม่ได้ระบุชัดเจน

1.5 ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาพบว่าประสิทธิภาพของการบำบัดมีดังนี้

- อาการทางจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเอง: พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น
- การป่วยซ้ำและอัตราการนอนโรงพยาบาล: พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำลดลงและอัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง

2. การบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 13 เรื่อง พบว่ามีการวิจัย 3 เรื่อง (Meijel et al., 2006; Spaniel et al., 2008; Tait et al., 2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ

จากการศึกษางานวิจัยพบว่าการป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นเช่น การมีความคิด และพฤติกรรมที่ผิดปกติ และมีการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2.2 รูปแบบการบำบัด

จากการศึกษางานวิจัยพบว่ารูปแบบการบำบัดมีดังนี้ 1) โปรแกรม Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia (ITAREPS) 2) โปรแกรม Relapse prevention plans และ 3) โปรแกรม Cognitive approach เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

2.3 ผู้รับการบำบัด

ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการบำบัดเป็นแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วย Day clinic และและญาติผู้ป่วย

2.4 ผู้บำบัด

ผู้บำบัดเป็นพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมทางด้านกิจกรรม และมีงานวิจัยที่ไม่ระบุผู้บำบัดที่ชัดเจน

2.5 กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัด จากการศึกษางานวิจัยพบว่ามีรายละเอียดดังนี้

- โปรแกรม ITAREPS เป็นโปรแกรมที่นำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ห่างไกลโดยจะมีการส่งแบบสอบถามไปทาง SMS เข้าสู่มือถือของผู้ป่วยและญาติระยะการดำเนินกิจกรรม 1 ปี

- Relapse prevention plans สำหรับพยาบาลในการจัดการเชิงระบบเพื่อ เตรียมการวางแผนกับผู้ป่วย ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมี 4 ระยะ 1) ระยะเตรียมการ เป็นการให้ ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและเครือข่าย 2) เป็นการทำการพยากรณ์อาการที่ปรากฏเบื้องต้นของผู้ป่วย 3) เป็นระยะของการตรวจสอบ ผู้ป่วยและญาติจะได้รับคำแนะนำและคำแนะนำและให้คะแนนอาการเตือนตามที่เรียงลำดับไว้ และ 4) เป็นระยะการเตรียมแผนปฏิบัติการระยะการดำเนินกิจกรรมภายในเวลา 1 ปี

- การใช้ Cognitive approach เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทการพัฒนาปัจเจกบุคคลในเรื่องความตระหนักเรื่องความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และหากลยุทธ์ที่จะลดความเสี่ยงของการป่วยซ้ำโดยมี 3 ขั้นตอน 1) Initial engagement and formulation phase 2) Early signs monitoring (ESM) และ 3) Cognitive Therapy (Targeted cognitive therapy phase) ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 3 ปี ผู้ป่วยจะถูกติดตามสัญญาณเตือนโดยเฉลี่ย 10 เดือน

2.6 ประสิทธิภาพของการบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิตจากการศึกษางานวิจัยพบว่าประสิทธิภาพของการบำบัดมีดังนี้

- การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล: สามารถลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- อัตราการป่วยซ้ำ: พบว่าอัตราการป่วยซ้ำลดลง

3. การบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง

จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 13 เรื่อง พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่องมี 4 เรื่อง (นุชจรินทร์ โมระเสรีฐและคณะ, 2549; ผกาวรัตน์ ถาวรวงศ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2549; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

3.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ

จากการศึกษางานวิจัย พบว่าการป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นอีกครั้งหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

3.2 รูปแบบการบำบัด

จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการบำบัดมีดังนี้ 1) โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย 2) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี 3) บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และ 4) การใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน

3.3 ผู้รับการบำบัด

ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม DSM-IV และผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยในและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และญาติหรือผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม

3.4 ผู้บำบัด

ผู้บำบัดเป็นพยาบาลที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และทีมสหวิชาชีพ

3.5 กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจากการศึกษาวิจัยพบว่ามีรายละเอียดดังนี้

- การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) เป็นแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ป่วยจะได้รับแผนการดูแลแบบผู้ป่วยในจำนวน 20 วันและจำหน่ายออกสู่ชุมชนจะได้รับแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนระยะเวลาดำเนินการตามแผนการดูแล 1 ปี 6 เดือน

- โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เป็นการเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระยะในการดำเนินกิจกรรม 5 เดือน และติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายต่ออีก 6 เดือน

- กระบวนการพยาบาล โดยการปฏิบัติบทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของเคลบบานอฟ (Klebanoff, 1989) ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 3 เดือน 2 สัปดาห์และหลังดูแลที่บ้านแล้ว ติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะเวลา 6 เดือน

- โปรแกรมการดูแลที่บ้านได้นำแนวคิดของ Danielson, Bissell and Fry (1993) และแนวทางการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพของ กัลป์นิภา ศรีวงศ์วรรณ (2547) และ การติดตามทางโทรศัพท์ของรัชนี้ ศรีหิรัญ (2544) มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์

3.6 ประสิทธิภาพของการบำบัด ที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่องจากการศึกษานววิจัยพบว่าประสิทธิภาพของการบำบัดมีดังนี้

- อาการทางจิต: หลังจากการบำบัดโดยการดูแลต่อเนื่อง รูปแบบการวางแผนจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น

- อัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล: พบว่าการบำบัดในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการวางแผนจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง

- พฤติกรรมการดูแลตนเอง: พบว่าการบำบัดในรูปแบบการวางแผนจำหน่าย การจัดการผู้ป่วยรายกรณีโปรแกรมการดูแลที่บ้านและ บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

4. การบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ

จากการจากการศึกษานววิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 13 เรื่อง พบว่างานวิจัย 1 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ (วัฒนารณ์ พิบูลาลักษณ์, 2549) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

4.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ

การศึกษานี้ให้ความหมายของการป่วยซ้ำว่าหมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 6 เดือน

4.2 ผู้รับบำบัด

จากการศึกษาพบว่า ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

4.3 ผู้บำบัด

จากการศึกษาพบว่า ผู้บำบัดเป็นพยาบาลที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

4.4 กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวน ครั้งและระยะเวลาการบำบัดจากการศึกษางานวิจัยพบว่ามีรายละเอียดดังนี้

- โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกัน การป่วยซ้ำ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) แนวคิดการจำแนกอาการเตือนของ Meijel et al. (2003) และการวิเคราะห์ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำของเพรี คันธสายบัว (2544) โดยมี 4 ปัจจัย 1) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ 2) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ 4) อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อโดยมีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 3 เดือน ทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และนัดเวลาในการโทรศัพท์เยี่ยมบ้านหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 สัปดาห์ โดยการนัดโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

4.5 ประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ จากการศึกษา งานวิจัยพบว่าประสิทธิภาพของการบำบัดมีดังนี้

- พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ: ผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำดีขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

ในการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ งานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ บางเรื่องไม่มีรายละเอียดของกิจกรรม ทำให้มีข้อจำกัดในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเหล่านี้

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาล

การป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็น การช่วยลดอาการป่วยซ้ำของผู้ป่วย ลด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เป็นภาระให้กับญาติหรือผู้ดูแล ผลจากการศึกษาครั้งนี้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินการให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย/ครอบครัว และบริบทของสถานพยาบาลนั้นๆ ดังนี้

1. สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม: เป็นรูปแบบที่ไม่ซับซ้อนพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงาน ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการป่วยซ้ำและสามารถ นำไปใช้ได้ทั้งกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีญาติและไม่มีญาติ โดยเน้นที่การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การ

รักษา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเอง การจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และการพัฒนาทักษะทางสังคม

2. การบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต: การบำบัดรูปแบบนี้เป็นการค้นหาอาการเตือนของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในขั้นต้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการมากขึ้นจนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นรูปแบบที่น่าจะนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง: อันได้แก่ การจัดการรายกรณี การวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนและ โปรแกรมการดูแลที่บ้านซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนและ โปรแกรมการดูแลที่บ้านนั้น เป็นรูปแบบที่พยาบาลจิตเวชชุมชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. การบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ: พยาบาลสามารถนำไปเป็นแนวทางร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยการนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งอาจให้การบำบัดเป็นรายกลุ่มและ/หรือรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองช่วยเสริมสร้างสุขภาพให้ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Early Warning Sign ในประเทศไทยยังมีค่อนข้างจำกัดดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยให้มากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติซึ่งจะช่วยป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในชุมชนของสังคมไทย

3. ควรมีการศึกษารายบุคคลของผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูงทางจิตเวช ที่ปฏิบัติงานในชุมชนในการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON RELAPSE PREVENTION IN SCHIZOPHRENIA

ทิชากร คล้ายสุทธิ 4836260 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: พัทรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจและสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประชาชนต้องปรับตัว อยู่ตลอดเวลาอาจส่งผลให้ประชาชนมีความเครียดและเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชได้ โรคจิตเวช เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งโรคที่พบได้มากที่สุดและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท โดยพบว่าร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลกมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภท (Fox & Kane, 1996; Gualtiere, 1999) และจากสถิติปี พ.ศ. 2549 พบว่าในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 402,488 ราย มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 156,493 ราย (ศูนย์สารสนเทศ, 2551) โดยโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ และด้านพฤติกรรม เป็นกลุ่มโรคที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรังโอกาสหายเป็นปกติมีน้อย พบว่าผู้ป่วยส่วนมากเริ่มมีอาการตั้งแต่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และจะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีถ้าเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุน้อย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; Sadock & Sadock, 2003) ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้นปัจจุบันมีการพัฒนาไปมาก แต่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาคือทั้งหมดส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำ จากการศึกษพบว่าผลของการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่พบได้ในปัจจุบันแบ่งได้ 5 ระดับ คือ 1) รักษาหายโดยไม่กลับเป็นอีกซึ่งพบได้เพียงร้อยละ 2-4 เท่านั้น 2) มีอาการดีขึ้นสามารถอยู่ในสังคมได้แต่มีอาการป่วยซ้ำเช่นมีอาการหงุดหงิด นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีสมาธิเป็นบางครั้ง 3) มีความผิดปกติของบุคลิกภาพแต่

สามารถดูแลตนเองได้ร่วมกับมีการสนับสนุนทางสังคม 4) มีอาการของโรคตลอดเวลา และ 5) มีพยาธิสภาพของการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพอย่างถาวร ซึ่งการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำ (Sadock & Sadock, 2003) โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปจนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงานและความสัมพันธ์ทางสังคมเสื่อมลงอย่างมาก และเมื่อเป็นโรคนี้อันแล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548) มีโอกาสป่วยซ้ำได้ และจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้เวลาในการรักษาส่งผลให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องมีการะในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ (เชษฐ พงศ์อนุตริ, 2536) และในทางเศรษฐกิจนับเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยพบว่าการสูญเสียมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธ์, 2543)

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท นับเป็นปัญหาที่สำคัญมากในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวช การป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งเกิดจากอาการของโรคและสิ่งแวดล้อมที่เป็นบริบทของผู้ป่วย (Videbeck, 2001) มีการศึกษาถึงอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 60 - 80 ผู้ป่วยที่หยุดรับประทานยากลับมาป่วยซ้ำร้อยละ 80 ถ้าได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 15-40 และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับการให้ความรู้ และส่งเสริมทักษะทางสังคมแก่ครอบครัว มีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 0-20 (Gualtiere, 1999) ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำนั้นมีหลากหลายด้วยกัน เช่น ภาวะพร่องของพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการรับประทานยา ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัวของผู้ป่วย (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท การขาดการยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเอง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2549) การขาดการรับรู้ถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ การขาดความร่วมมือในการรักษา ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีการกลับมาป่วยซ้ำหลายๆ ครั้ง อันจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง เกิดความวิตกกังวล เครียดและรู้สึกลัวการดูแลผู้ป่วย จิตเภทเป็นภาระต่อครอบครัว สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวอันเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่กลับไปมีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (เพชร คันธสายบัว, 2548)

การให้การดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ได้แก่ การบำบัดทางยา และการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric Home Care) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการบำบัดเหล่านี้ช่วยลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Herz et al., 2000; Meijil et al., 2006;

วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ์, 2549; ผลารัตน์ ถาวรวงศ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์, 2548) ซึ่งการให้การบำบัดดังกล่าวนี้เป็นบทบาทหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ปฏิบัติพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งจะต้องทำหน้าที่ประเมิน คัดกรอง และการให้การบำบัดต่างๆเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีมีการรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ที่ศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง จึงมีความสนใจที่จะรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทอันจะส่งผลให้ผู้ศึกษามีความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นรูปแบบของการบำบัดและประสิทธิภาพของการบำบัดแต่ละรูปแบบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคโดยยึดหลัก ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision) (World Health Organization, 2006) หรือ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition) (American Psychiatric Association, 1994) ซึ่งเป็นผู้ที่มีอาการแสดงออกใน *กลุ่มอาการด้านบวก* (Positive symptoms) เช่นอาการหลงผิด (Delusion) ผู้ป่วยจะมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง อาการประสาทหลอน (Hallucination) ใช้คำพูดศัพท์แปลกๆ (Disorganized Speech) พฤติกรรมผิดปกติมาก (Disorganized Behavior) นิ่งไม่เคลื่อนไหวอยู่ในท่าแปลกๆ หรืออะอะโวยวาย (Catatonia) และ*กลุ่มอาการด้านลบ* (Negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมยไม่ยินดีในร้าย (Affective flattening) พูดน้อย (Alogia) หดความกระตือรือร้น (Avolition) ตายด้านไม่สนุกกับชีวิต (Anhedonia) และบกพร่องทางเชาว์ความคิด (Cognitive Deficit) ซึ่งผู้ป่วย

จะต้องมีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีกลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้ง หลังจากที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้ว ซึ่งมักมีอาการเตือนก่อนเสมอ โดยที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีอาการเตือนที่แสดงออกแตกต่างกันไป และมีลักษณะเฉพาะของแต่ละคน เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน การนอนไม่หลับ ใช้คำพูดศัพท์แปลกๆ พฤติกรรมผิดปกติมาก เอะอะ ไวยวาย หรือมีอาการเฉื่อยเมย ไม่ยินดีในร้าย พุดน้อย หดความกระตือรือร้น ดาญด้านไม่สนุกกับชีวิต และบกพร่องทางเช้าวความคิด เป็นต้น ซึ่งบางรายอาจมีอาการที่รุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

การป้องกันการป่วยซ้ำในโรคจิตเภท หมายถึง การบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เช่น การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โปรแกรมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การใช้โปรแกรมสนับสนุนทางจิตสังคมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการเตือนของตนเอง การใช้โปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล สามารถจำแนกอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ เป็นต้น

วิธีการดำเนินการศึกษา (Methodology)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ เพื่อการทบทวน (Search for information sources) ประกอบด้วย
 - 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source)
 - 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key word)
 - 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria)
2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)
 - 2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ เพื่อการทบทวน

(Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่นำมาใช้ในการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าด้วยตนเอง (Manual Search) และสืบค้นข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Search) โดยแหล่งข้อมูลที่ผู้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ได้แก่ วิทยานิพนธ์ ตำรา คู่มือ วารสารจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ และจากแหล่งข้อมูลของหน่วยงาน ส่วนการสืบค้นทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ได้เลือกใช้ฐานข้อมูลดังนี้ CINAHL, PUBMED, MULINET, OVID, Science direct กรมสุขภาพจิต โดยสืบค้นในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 - ธันวาคม พ.ศ. 2552

2. คำสำคัญในการสืบค้น (Key words) ได้แก่ schizophrenia, relapse, schizophrenia and relapse , schizophrenia and relapse prevention, โรคจิตเภท การป่วยซ้ำ การป้องกันการป่วยซ้ำ การป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

3. เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัยดังนี้

1) ชนิดของการจัดกระทำ (Intervention) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาจากการคัดเลือกรงานวิจัยซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท 50 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

3) ชนิดหรือประเภทของงานวิจัย งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Randomized controlled trials) หรืองานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)

4) เป็นงานวิจัยที่รายงานผลหรือตีพิมพ์ผลงานวิจัยระหว่าง ปี ค.ศ. 1998-2008

5) เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับสมบูรณ์ (Full text) ได้

สำหรับจำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ คือ 1,750 เรื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากหลักเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยเข้าและคัดเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลแล้ว พบว่ามีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ที่มีฉบับสมบูรณ์ (Full text) ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้จำนวนทั้งสิ้น 13 เรื่อง

แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ

1. เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality) ใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort-study, case control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัย ที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

2. การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 13 เรื่องนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะกลั่นกรองออกมาจากงานวิจัยดังนี้ คือ

- 2.1 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Purpose)
- 2.2 แบบการวิจัย (Research design)
- 2.3 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- 2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- 2.5 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Instrument and data collection)
- 2.6 วิธีการวิจัยหรือการบำบัด (Method/Intervention)
- 2.7 ผลการวิจัย (Finding/Result)
- 2.8 ข้อเสนอแนะเพื่อให้นำไปใช้ (Implication/Implementation)

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. คุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์

2. ผลการสังเคราะห์การศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 การบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
- 2.2 การบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต
- 2.3 การบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง
- 2.4 การบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ

คุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์

งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้ง 13 เรื่อง โดยเป็น Randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 4 เรื่อง (Aguglia et al., 2007; Herz et al., 2000; Meijel et al., 2006; Tait et al., 2002) และเป็น Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 9 เรื่อง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2549; ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542; นุชจรินทร์ โมระเสรีฐ และคณะ, 2549; ผกัรัตน์ ถาวรวงศ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2550; พิศสมร เดชดวง, 2551; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; วัฒนาภรณ์ พิบูลธาลักษณ์, 2550; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548; Spaniel et al, 2008) โดยที่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 5 เรื่อง (Aguglia et al., 2007; Herz et al., 2000; Meijel et al., 2006; Spaniel et al., 2008; Tait et al., 2002) และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย มีจำนวน 8 เรื่อง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2549; ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542; นุชจรินทร์ โมระเสรีฐ และคณะ, 2549; ผกัรัตน์ ถาวรวงศ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2550; พิศสมร เดชดวง, 2551; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; วัฒนาภรณ์ พิบูลธาลักษณ์, 2550; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548)

ผลการสังเคราะห์การศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการสังเคราะห์การศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภททั้ง 13 เรื่อง สามารถจัดเป็นกลุ่มได้ดังนี้คือ 1) การบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา 2) การบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต 3) การบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง 4) การบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบการบำบัดแต่ละกลุ่มดังนี้

1. การบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา จากการสังเคราะห์ผลการศึกษา ทั้งหมด 13 เรื่อง พบว่าเป็นการบำบัดแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 5 เรื่อง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547; ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542; พิศสมร เดชดวง, 2551; Aguglia et.al., 2007; Herz et.al., 2000) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ หมายถึง จากการศึกษา 5 เรื่อง พบว่ามีการศึกษา 2 เรื่อง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547; พิศสมร เดชดวง, 2551) ที่ให้ความหมายของการป่วยซ้ำว่าหมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นซ้ำอีก เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน

ใช้คำพูดศัพท์แปลกๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง และพบว่ามีงานวิจัย 3 เรื่อง (ธีระ ลีตานันทกิจ และคณะ, 2542; Aguglia et al., 2007; Herz et al., 2000) ที่ให้ความหมายของการป่วยซ้ำว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นจนต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

1.2 ผู้รับการบำบัด จากการศึกษางานวิจัยพบว่าผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม DSM-IV หรือ ICD-10 จำนวน 4 เรื่อง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547; พิศสมร เดชดวง, 2551; Aguglia et. al., 2007; Herz et. al., 2000) และมีการศึกษา 1 เรื่องที่กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยจิตเภท (ธีระ ลีตานันทกิจและคณะ, 2542)

1.3 ผู้บำบัด จากการศึกษางานวิจัย 5 เรื่อง พบว่าผู้บำบัดอาจเป็นบุคคลต่อไปนี้

1.3.1 พยาบาลวิชาชีพมีการศึกษา 1 เรื่อง (พิศสมร เดชดวง, 2551) และอีก 1 เรื่อง เป็นพยาบาลที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547)

1.3.2 ทีมบุคลากรทางจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต 5 แห่ง ไม่ได้ระบุจำนวน มี 1 เรื่อง (ธีระ ลีตานันทกิจ และคณะ, 2542)

1.3.3 ทีมสุขภาพที่ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลระดับหัวหน้า หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการรับรองและผู้จัดการรายกรณีมีจำนวน 1 เรื่อง (Herz et. al., 2000)

1.3.4 ทีมสุขภาพที่ประกอบด้วย จิตแพทย์ และพยาบาลจิตเวช อย่างละ 1 คน มีจำนวน 1 เรื่อง (Aguglia et. al., 2007)

1.4 กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัด จากการศึกษางานวิจัย 5 เรื่องพบว่า มี 1 งานวิจัย (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ที่ใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มโดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน 4 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที โดยนัดเข้ากลุ่มวันละ 1 ครั้งๆ ละ 1 กิจกรรม จำนวน 4 วัน โดยมีการทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Pre-test) ในครั้งแรกของการทำกิจกรรม และมีการทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Post-test) ในครั้งที่ 4 ของการทำกิจกรรม และมี 1 งานวิจัย (ธีระ ลีตานันทกิจและคณะ, 2542) ที่ใช้โปรแกรม Psychoeducational family treatment ซึ่งไม่ได้ระบุลักษณะรายละเอียดของกิจกรรม จำนวนครั้งและระยะเวลาในการทำกิจกรรม และอีก 1 งานวิจัย (พิศสมร เดชดวง, 2551) ที่ใช้สุขภาพจิตสุขศึกษาแบบกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน 10 ครั้งๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง โดยมีการทำแบบสัมภาษณ์

พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Pre-test) ในครั้งแรกของการทำกิจกรรมและหลังสิ้นสุดกิจกรรม (Post-test) และมีอีก 1 งานวิจัย (Aguglia et.al., 2007) ที่ใช้ Psychoeducational Program ซึ่งในโปรแกรมจะแบ่งกิจกรรมเป็น 8 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที ซึ่งจะมีการประเมินผลในครั้งแรกที่เริ่มกิจกรรม จากนั้นติดตามประเมินผลในเดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 หลังจากทำกิจกรรม และมีอีก 1 งานวิจัย (Herz et.al. 2000) ที่ใช้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มโดยดำเนินกิจกรรม 18 เดือน ซึ่งไม่ได้ระบุช่วงกิจกรรมที่ชัดเจน

1.5 ผลลัพธ์และแบบประเมิน จากการศึกษางานวิจัย 5 เรื่อง ผลลัพธ์ที่ได้มีดังต่อไปนี้

1.5.1 การป่วยซ้ำ: มีงานวิจัย 2 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ (ธีระ ลีลาณาทกิจ และคณะ 2542; Herz et al., 2000) โดยมีการศึกษา 1 เรื่อง (ธีระ ลีลาณาทกิจ และคณะ, 2542) พบว่าจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 73.1 และจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 16.67 ส่วนงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Herz et al., 2000) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำมีการป่วยซ้ำร้อยละ 17 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการป่วยซ้ำร้อยละ 34 ในด้านการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำมีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 22 ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติคิดเป็นร้อยละ 39 โดยใช้แบบประเมินดังนี้ 1) The Global Assessment Scale 2) The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) 3) The Early Signs Questionnaire

1.5.2 อาการทางจิต: มีการศึกษา 1 เรื่อง (Aguglia et al., 2007) พบว่าหลังจากได้รับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation group) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่การศึกษานี้ใช้แบบประเมินดังนี้ 1) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 2) Scale for Assessment of Negative Symptoms (SAPS) 3) Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS) และ 4) Simpson-Angus Scale

1.5.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท: มีงานวิจัย 1 เรื่อง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ที่ประเมินผลลัพธ์เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท พบว่าหลังเข้าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสูงกว่า ก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งประเมินโดยแบบประเมินแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตของจันทรา ชีรสมบุญ (2543)

1.5.4 พฤติกรรมการดูแลตนเอง: มีงานวิจัย 2 เรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยมีงานวิจัย 1 เรื่อง (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ที่ประเมินผลลัพธ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งประเมินโดยแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการสร้างเครื่องมือของเพชร คันธสาขบัว (2544) ส่วนการศึกษาอีก 1 เรื่อง (พิศสมร เดชดวง, 2551) ที่ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการป่วยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคจิตเภทของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณและสุมนธา บุญชัย (2545) ตามแนวคิดของ Orem (1991)

1.5.5 อัตราการนอนโรงพยาบาล: มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Aguglia et al., 2007) ศึกษาเกี่ยวกับอัตราการนอนโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าหลังจากได้รับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation group) ผู้ป่วยมีอัตราการนอนโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้แบบประเมินดังนี้ 1) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 2) Scale for Assessment of Negative Symptoms (SAPS) 3) Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS) 4) Simpson-Angus Scale

2. การบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 13 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัย 3 เรื่อง (Tait et al., 2000; Meijel et al., 2006; Spaniel et al., 2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ: จากการศึกษา 3 เรื่อง พบว่า มีงานวิจัย 2 เรื่อง ให้ความหมายของการป่วยซ้ำว่าเป็นการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้น เช่น การมีความคิดผิดปกติ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง (Meijel et al., 2006; Tait et al., 2000) และมีการศึกษา 1 เรื่อง ที่การป่วยซ้ำหมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้น และมีการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Spaniel et al., 2008)

2.2 รูปแบบการบำบัด: จากการศึกษา 3 เรื่อง พบว่ามี 1 งานวิจัย ที่ใช้โปรแกรม Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia (ITAREPS) (Spaniel et al., 2008) มี 1 งานวิจัย ที่ใช้โปรแกรม Relapse prevention plans (Meijel et al., 2006) และอีก 1 งานวิจัยที่ใช้โปรแกรม Cognitive approach เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (Tait et al., 2000)

2.3 ผู้รับการบำบัด: จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง พบว่า มีการศึกษา 1 เรื่อง (Tait et al., 2000) ที่ ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีการศึกษา 1 เรื่อง (Spaniel et al., 2008) ที่ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โรคจิตอารมณ์ โรคจิตเฉียบพลัน โดยมีโรคจิตเภทร้อยละ 64.4 ผู้ป่วย และมีการศึกษา 1 เรื่อง (Meijel et al., 2006) พบว่าเป็นโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเป็นแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วย Day clinic

2.4 ผู้บำบัด: จากการวิเคราะห์งานวิจัย 3 เรื่องพบว่ามีการศึกษา 1 เรื่อง (Meijel et al., 2006) ที่ผู้บำบัดเป็นพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมทางด้านกิจกรรม มีการศึกษาอีก 2 เรื่อง (Spaniel et al., 2008; Tait et al., 2000) ผู้บำบัดเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ

2.5 กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวน ครั้งและระยะเวลาการบำบัด: มี 1 งานวิจัย (Spaniel et al., 2008) ที่ใช้โปรแกรม (ITAREPS) Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia โดยดำเนินกิจกรรม 1 ปี ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมจะมีการส่งแบบสอบถามไปทาง SMS เข้าสู่มือถือของผู้ป่วย และญาติ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาตอบคำถามประมาณ 5 นาที ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการเตือนทางจิตเวช 1 ครั้งจะต้องประเมินต่อไปอีก 3 สัปดาห์ในช่วงนี้ผู้ป่วยและญาติจะต้องตอบแบบสอบถาม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง มี 1 งานวิจัย (Meijel et al., 2006) ที่ใช้โปรแกรม Relapse prevention plans โดยแบ่งระยะเวลาออกเป็น 3 ระยะภายในเวลา 1 ปี ซึ่งในแต่ละระยะไม่ได้ระบุเวลาที่ชัดเจน และอีก 1 งานวิจัย (Tait et al., 2000) ที่ใช้โปรแกรม Cognitive approach เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 3 ปี ผู้ป่วยจะถูกติดตามสัญญาณเตือนโดยเฉลี่ย 10 เดือน

2.6 ผลลัพธ์และแบบประเมิน: จากการสังเคราะห์งานวิจัย 3 เรื่อง ผลลัพธ์ที่ได้มีดังต่อไปนี้

2.6.1 การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- ในช่วงที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม ITAREPS สามารถลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ถึง 60% และในกลุ่มที่ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือสูงในการเข้าร่วมโปรแกรมสามารถลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ถึง 100% (Spaniel et al., 2008)

- ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม The Early Signs Monitoring System (The ESM System) พบว่า 1) ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง (4 คน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน) มีการป่วยซ้ำในระหว่างการศึกษา ซึ่ง 3 ใน 4 คน (75%) สามารถคาดการณ์การป่วยซ้ำได้จาก The ESM system

2) ร้อยละ 45 (9 คนจาก 20 คน) ได้รับ intervention ในระหว่างการศึกษาโดยที่สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ 6 ราย (Tait et al., 2002)

- ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม The Relapse Prevention พบว่า 1) อัตราการป่วยซ้ำในกลุ่มทดลองพบร้อยละ 12.5 ส่วนในกลุ่มควบคุมพบร้อยละ 26.2 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ผลการบำบัดช่วยให้โอกาสการป่วยซ้ำลดลง 52% 3) โปรแกรมสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ประมาณ 14 คน จากผู้ป่วย 100 คน และ 4) ในการติดตามระยะ 1 ปี กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ไม่มีอาการทางจิต เฉลี่ย 329 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 296 วัน (Meijel et al., 2006)

2.6.2 การได้รับยาต้านโรคจิต

- ในช่วงที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม ITAREPS ไม่มีความแตกต่างในทางสถิติในด้านการได้รับยาต้านโรคจิตระหว่างผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับผู้ป่วยที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Spaniel et al., 2008)

- ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม The Relapse Prevention โปรแกรมไม่มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการได้รับยาของผู้ป่วย (Meijel et al., 2006)

2.6.3 การรับรู้ความเจ็บป่วย (Insight)

- ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม The Relapse Prevention คะแนนโดยรวมของ The insight Scale ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในส่วนของการ Attribution of symptom มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .04 (Meijel et al., 2006)

2.6.4 ความร่วมมือในการบำบัด

- ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม The Relapse Prevention คะแนนโดยรวมมีคะแนนความร่วมมือในการบำบัดซึ่งวัดโดย The Working Alliance Inventory พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .03 (Meijel et al., 2006)

3. การบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 13 เรื่อง พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่องมี 4 เรื่อง (นุชจรินทร์ โมระเสริฐ และคณะ, 2549; ผกาวรัตน์ ถาวรวงศ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์, 2549; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

3.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ จากการศึกษา 4 เรื่อง พบว่ามีการศึกษา 3 เรื่อง (นุชจรินทร์ โมระเสริฐ และคณะ, 2549; ผกาวรัตน์ ถาวรวงศ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2549; มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ที่ให้ความหมายว่าการป่วยซ้ำหมายถึงการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นอีกครั้งหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและการศึกษาอีก 1

เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) ที่ให้ความหมายว่าการป่วยซ้ำว่าเป็นการเกิดอาการทางจิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.2 รูปแบบการบำบัด จากการศึกษา 4 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย (นุชจรินทร์ โมระเสริฐ และคณะ, 2549) งานวิจัยอีก 1 เรื่อง ที่ศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ผกัรัตน์ ถาวรวงศ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2549) งานวิจัยอีก 1 เรื่อง ที่ศึกษาการใช้บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) และงานวิจัยอีก 1 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548)

3.3 ผู้รับการบำบัด จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง พบว่ามีการศึกษา 1 เรื่อง (ผกัรัตน์ ถาวรวงศ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์, 2549) ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม DSM-IV และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีการศึกษา 1 เรื่อง (นุชจรินทร์ โมระเสริฐ และคณะ, 2549) ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม DSM-IV ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและมีญาติหรือผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมและมีการศึกษา 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกที่มีปัญหาซับซ้อนและมีญาติหรือผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนการศึกษาอีก 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับดูแลต่อเนื่องที่บ้านพร้อมญาติผู้ป่วยจิตเภท

3.4 ผู้บำบัด จากผลการศึกษาทั้ง 4 เรื่อง พบว่ามีการศึกษา 2 เรื่อง ที่ผู้บำบัดเป็นพยาบาลที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (มารศรี ปาณิวัตร, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) และมีการศึกษา 2 เรื่อง ที่ผู้บำบัดเป็นทีมสหวิชาชีพ (ผกัรัตน์ ถาวรวงศ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์, 2549; นุชจรินทร์ โมระเสริฐและคณะ, 2549)

3.5 กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัด จากผลการศึกษาทั้ง 4 เรื่อง มี 1 งานวิจัย (ผกัรัตน์ ถาวรวงศ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์, 2549) ที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการตามแผนการดูแล 1 ปี 6 เดือน โดยผู้ป่วยจะได้รับแผนการดูแลแบบผู้ป่วยในจำนวน 20 วัน และจำหน่ายออกสู่ชุมชนจะได้รับแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนและเมื่อกลับไปอยู่บ้านประมาณ 1 เดือน จะได้รับแบบประเมินความพึงพอใจและเก็บสถิติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 3 เดือน และ 6 เดือน มี 1 งานวิจัย (นุชจรินทร์ โมระเสริฐ และคณะ, 2549) ที่ใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีระยะในการดำเนินกิจกรรม 5 เดือน และติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายต่ออีก 6 เดือน และอีก 1 งานวิจัย (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) ที่ใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ โดย

มีการประเมินก่อนการศึกษา (Pre-test) และประเมินผลหลังการศึกษา (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4 และมีอีก 1 วิจัย (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ที่ใช้การปฏิบัติการพยาบาลภายใต้บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของครอบครัวโดยใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 3 เดือน 2 สัปดาห์ และหลังจากดูแลที่บ้านแล้วติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะเวลา 6 เดือน

3.6 ผลลัพธ์และแบบประเมิน จากการสังเคราะห์งานวิจัย 4 เรื่อง ผลลัพธ์ที่ได้มีดังต่อไปนี้

3.6.1 อาการทางจิต: มีงานวิจัย 1 เรื่อง (นุชจรินทร์ โมระเสริฐ และคณะ, 2549) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพมีค่าคะแนนอาการทางจิตลดลงไปตามเกณฑ์ ร้อยละ 65.57 โดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

3.6.2 อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล: มีการศึกษา 1 เรื่อง (ผกรรัตน์ ถาวรวงศ์ และชลธิชา สิมะวงศ์, 2549) พบว่า 1) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของกลุ่มทดลองลดลงจากร้อยละ 42.86 เหลือร้อยละ 0 2) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือนลดลงจากร้อยละ 65.71 เหลือ ร้อยละ 8.57 และ 3) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือนลดลงจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 11.43 ประเมินโดยแบบบันทึกสถิติประจำเดือนเรื่องการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท และมีการศึกษาอีก 1 เรื่อง (นุชจรินทร์ โมระเสริฐ และคณะ, 2549) พบว่าหลังจากเข้าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบสหวิชาชีพ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีระยะเวลาอยู่ในสังคมนานขึ้นจากเดิมจาก 146 วันเป็น 199 วัน มากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม 53 วัน และสามารถอยู่บ้านได้โดยไม่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ใน 28 วัน ร้อยละ 85.2 ประเมินโดยแบบวัดผลลัพธ์ของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพ ในด้านการติดตามการรักษาหลังการจำหน่ายจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพ

3.6.3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง: มีงานวิจัย 4 เรื่อง (นุชจรินทร์ โมระเสริฐ และคณะ, 2549; ผกรรัตน์ ถาวรวงศ์และ ชลธิชา สิมะวงศ์, 2549; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยมีการศึกษา 1 เรื่อง (นุชจรินทร์ โมระเสริฐ และคณะ, 2549) พบว่าหลังจากผู้ป่วยเข้าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติถึงร้อยละ 34.43 สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพไม่เป็นภาระของครอบครัวถึงร้อยละ 29.51 สามารถช่วยงานบ้านได้ตามศักยภาพ ไม่เป็นภาระของครอบครัวถึงร้อยละ 21.50 ประเมินโดย แบบวัดผลลัพธ์ของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีการศึกษา 1 เรื่อง (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ที่พบว่าหลังได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแล

ตนเองเรื่องการรับประทานยาสามารถรับประทานอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ไม่กลับมารักษาซ้ำ ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และมีระดับคะแนนสมรรถภาพในด้านความคิดเห็นต่อผู้อื่นและสังคม การควบคุมอารมณ์การสื่อสาร การแสดงออกทางท่าทาง การเข้าสังคม การช่วยงานบ้าน การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต (2541) และแบบประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การทำงานของผู้ป่วยจิตเวช (Global Assessment of Function Scale, GAF) และมีการศึกษา 1 เรื่อง (สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และมีการศึกษาอีก 1 เรื่อง (ผการัตน์ ถาวรวงษ์ และชลธิชา สิมะวงศ์, 2549) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการจัดการรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ประเมินโดยแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ซึ่งพัฒนาโดยสาธุพร พุฒขาว (2541)

4. การบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 13 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ (วัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์, 2549) มีองค์ประกอบดังนี้

4.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ: การศึกษานี้ได้ให้ความหมายของการป่วยซ้ำไว้ว่าหมายถึงการที่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำอีกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

4.2 ผู้รับบำบัด: ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งมีคุณสมบัติ อายุระหว่าง 20-59 ปี มีอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ตั้งแต่ 18-36 คะแนน

4.3 ผู้บำบัด: ผู้บำบัดเป็นพยาบาลที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

4.4 กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัด: มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 3 เดือน โดยนัดเวลาในการพบผู้ป่วยเพื่อทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และนัดเวลาในการโทรศัพท์เยี่ยมบ้านหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 สัปดาห์ โดยการนัดโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

4.5 ผลลัพธ์และแบบประเมิน: จากการสังเคราะห์พบว่าผลลัพธ์ที่ได้มีดังต่อไปนี้

- พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้แบบประเมินเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของ Meijel et al. (2003) และจากแบบประเมินที่พัฒนาโดย เพชรกันธสายบัว (2548) ในด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง

ข้อจำกัดในการศึกษา

งานวิจัยในประเทศ บางเรื่องไม่มีรายละเอียดของกิจกรรม ทำให้มีข้อจำกัดในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเหล่านี้

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการแพทย์

การป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นการช่วยลดอาการป่วยซ้ำของผู้ป่วย ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลดระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วย ไม่เป็นภาระให้กับญาติหรือผู้ดูแล ผลจากการศึกษาครั้งนี้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินการให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย/ครอบครัว และบริบทของสถานพยาบาลนั้นๆ ดังนี้

1. **สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม:** เป็นรูปแบบที่ไม่ซับซ้อนพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการป่วยซ้ำและสามารถนำไปใช้ได้ทั้งกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีญาติและไม่มีญาติ โดยเน้นที่การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเอง การจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และการพัฒนาทักษะทางสังคม

2. **การบำบัดที่เน้นการค้นหาอาการเตือนทางจิต:** การบำบัดรูปแบบนี้เป็นการค้นหาอาการเตือนของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในขั้นต้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการมากขึ้นจนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นรูปแบบที่น่าจะนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การบำบัดที่เน้นการให้การดูแลต่อเนื่อง: อันได้แก่ การจัดการรายกรณี การวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนและ โปรแกรมการดูแลที่บ้านซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนและ โปรแกรมการดูแลที่บ้านนั้น เป็นรูปแบบที่พยาบาลจิตเวชชุมชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. การบำบัดโดยการเสริมสร้างสุขภาพ: พยาบาลสามารถนำไปเป็นแนวทางร่วมกับการพยาบาล โดยการนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งอาจให้การบำบัดเป็นรายกลุ่มและ/หรือรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองช่วยเสริมสร้างสุขภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้ถูกต้องและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาที่เกี่ยวกับ Early Warning Sign ในประเทศไทยยังมีค่อนข้างจำกัดดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัย และพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยให้มากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติซึ่งจะช่วยป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในชุมชนของสังคมไทย
3. ควรมีการศึกษบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางจิตเวช ที่ทำงานในชุมชนในการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON RELAPSE PREVENTION IN SCHIZOPHRENIA

THICHAGRON KLYSUTTHI 4836260 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D.
(NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

At present, rapid economic and social changes force people to constantly adjust themselves to the changes, and this can cause them stress and mental or psychiatric problems, which have adverse effects on the life of patients and their families. The most important and most commonly found psychiatric symptom among the population is schizophrenia. It has been found that 1% to 1.5% of the world population are at risk of schizophrenia (Fox & Kane, 1996; Gualtiere, 1999). A statistics of 2006 showed that of the total of 402,488 psychiatric patients, 156,493 were patients with schizophrenia (Information Center, B.E. 2551). Schizophrenia is characterized by abnormal thinking, perception, and behavior. It is a syndrome which is severe and chronic, with a very slim chance of full recovery. It has been found that most of the patients start to develop the symptoms during their late adolescence or early adulthood, and the prognosis is unfavorable if the symptoms start at a young age (Manote Lortrakul & Pramote Sukanich, B.E. 2548; Sadock & Sadock, 2003). Currently, the treatment of schizophrenia has greatly been developed, but it still cannot solve all the problems that exist. As a result, schizophrenia patients are likely to suffer from relapses. According to Sadock and Sadock (2003), the treatment outcomes of schizophrenia patients can be divided into the following five levels: 1) full recovery

with no relapses, which can be found in only 2% to 5% of the patients, 2) improved symptoms which enable the patients to live in society but with some relapses including irritability, insomnia, stress, anxiety, social isolation, and loss of concentration, 3) abnormal personality but with self-care efficacy if there is sufficient social support, 4) constant manifestation of symptoms, and 5) permanent pathology of personality deterioration, which can increase with relapses. Generally, schizophrenia has a slow progress which causes patients to gradually and considerable lose their self-care efficacy, ability to perform daily living activities, and work and social functioning. Once the patients are stricken with schizophrenia, it is unlikely that they will fully recover and return to normal (Manote Lortrakul & Pramote Sukanich, B.E. 2548). The chances of relapses are generally high. Moreover, as it takes a long time to treat and rehabilitate schizophrenia patients, their family or caregivers have to bear caregiver burdens (Charit Ponganutree, B.E. 2536). Schizophrenia also leads to a great economic loss, both directly and indirectly, and the loss caused by schizophrenia can be as high as 11% of the losses caused by all kinds of sickness (Somchai Chakrapanda, B.E. 2543).

Relapses in schizophrenia patients are considered an important problem in the treatment of schizophrenia. Relapses are complex problems caused by symptoms and the environment which is the patients' context (Videbeck, 2001). A study on rates of relapses in schizophrenia patients has revealed that the rate of relapses among the patients who do not receive treatment is as high as 60% to 80%, and that among those who have discontinued their medications is 80%. If the patients receive only pharmacological treatment, the rate of relapses is 15% to 40%. On the other hand, the rate of relapses in the patients who receive pharmacological treatment together with dissemination of knowledge and promotion of social skills in the family is only 0% to 20% (Gualtiere, 1999). There are a number of factors that are related to relapses including lack of adherence to medication, lack of participation in social activities, poor family relationship (Jindarat Pimdeed, B.E. 2541), lack of knowledge of schizophrenia, lack of self-acceptance of schizophrenia (Chotiporn Panthuwattanachai, B.E. 2549), lack of perceived self-care practices to prevent relapses, and lack of adherence to treatment, etc. These factors result in repeated relapses which adversely affect the patients and their family. The family members of the patients who suffer

direct effects of relapses can develop anxiety and stress, and they may feel that providing care to schizophrenia patients is a family burden. Such feelings can affect family members' emotional expressions, which are another factor that can lead to relapses in schizophrenia patients (Petcharee Kanthasaibua, B.E. 2548).

Care to prevent relapses in schizophrenia patients include pharmacological treatment and psychosocial treatment such as psychoeducation, health promotion, case management, discharge planning, psychiatric home care, and cognitive behavioral therapy, etc. Previous studies have shown that these treatments can effectively reduce relapses in schizophrenia patients (Herz et al., 2000; Meijil et al., 2006; Wattanaporn Pibul-alak, B.E. 2549; Pakarat Thavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2548).

Provision of different forms of treatment is one of the major roles of advanced psychiatric nurse practitioners who are responsible for assessing, screening, and providing treatments to prevent relapses in schizophrenia patients. However, a review of literature has indicated that there is no compilation of studies that directly investigated prevention of relapses in schizophrenia patients, both in Thailand and overseas. Thus, the researcher who is a professional nurse working to directly provide care to this group of patients is interested in compiling, analyzing, and synthesizing research related to relapse prevention in schizophrenia patients. It is anticipated that the findings of the study would equip the researcher with knowledge and understanding that can be applied to more effectively provide care to schizophrenia patients.

Research Objective

To synthesize research related to relapse prevention in schizophrenia patients in terms of types of treatment and effectiveness of each type of treatment.

Expected Outcomes and Benefits

The body of knowledge derived in the present study could be applied to prevent relapses in schizophrenia patients.

Definition of Terms

Schizophrenia patients refer to persons with abnormal thinking, feeling, emotion, and behavior who have been diagnosed with schizophrenia by a psychiatrist based on the ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision) criteria (World Health Organization, 2006) or the DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition) criteria (American Psychiatric Association, 1994). Their manifestation of symptoms include positive symptoms such as delusion, hallucination, disorganized speech, disorganized behavior, and catatonia, as well as negative symptoms such as affective flattening, alogia, avolition, anhedonia, and cognitive deficit. The patients need to have these symptoms for longer than six months, and they need to have at least two positive symptoms and negative symptoms for at least one month in order to be considered schizophrenic.

Relapses in schizophrenia patients refer to schizophrenia patients' manifestation of symptoms one more time after they have been treated until their symptoms have improved. There tend to be warning signs which vary among schizophrenia patients and which can be individual-specific such as delusion, hallucination, insomnia, disorganized speech, disorganized behavior, and catatonia, as well as negative symptoms such as affective flattening, alogia, avolition, anhedonia, and cognitive deficit. Some schizophrenia patients may have so severe symptoms that re-hospitalization is required.

Prevention of relapses refers to different types of psychosocial treatments that will enable schizophrenia patients to stay free from relapses that require hospitalization such as psychoeducation programs, health promotion programs, case management for medication adherence, psychosocial support program to enable patients to assess their own warning signs, or programs that enable patients and/or caregivers to distinguish warning signs before the onset of relapses.

Methodology

The present study aimed at compiling, analyzing, and synthesizing research on relapse prevention in schizophrenia patients. The steps involved in the study were as follows:

1. Search for information sources included the following:
 - 1.1 Data sources
 - 1.2 Keywords
 - 1.3 Inclusion criteria
2. Guidelines on synthesis of research included the following:
 - 2.1 Evaluation of research quality
 - 2.2 Data extraction

Search for information sources

1. Data sources used in this study included academic documents and research materials published both in Thailand and abroad, retrieved through manual searches and search from electronic resources conducted by the researcher. The manual searches of theses, dissertation, manuals, textbooks, and journals were conducted at the library of different universities and from the information sources of offices and organizations. The databases used in the electronic searches included CINAHL, PUBMED, MULINET, OVID, Science Direct, and Department of Mental Health. The search was conducted between September and December 2009.

2. The key words used in the searches were schizophrenia, relapse, schizophrenia and relapse, schizophrenia and relapse prevention

3. The inclusion criteria were as follows:

- 1) Type of intervention: Research on relapse prevention in schizophrenia
- 2) Sample groups: Research conducted with at least 50% of the study samples were schizophrenia patients
- 3) Research design: Randomized controlled trials with random assignments of the subjects into the experimental group and the control group or quasi-experimental research
- 4) Published dates: The research reports were published between 1998 and 2008
- 5) Full texts: Full texts were available.

In this study, a total of 1,750 research studies were first retrieved. However, when considering the exclusion criteria and when the same research reports which were retrieved from different sources were omitted, it was found that there were 13 research reports with full text available for subsequent evaluation.

Guidelines on synthesis of research

1. Evaluation of research quality was conducted using the criteria proposed by the Royal College of Physicians of Thailand (B.E. 2544) which divide the levels of research evidence into four levels as follows:

Level A refers to meta-analysis of randomized controlled trials (RCT) or single research which is a randomized controlled trial.

Level B refers to meta-analysis of at least one randomized controlled trial, or evidence from research which is systematically designed but is a non-randomized controlled trial, cohort study, or case-control study.

Level C refers to correlational research or descriptive research.

Level D refers to evidence derived from expert consensus.

2. Data extraction was conducted to analyze the research findings to derive a body of knowledge on relapse prevention in schizophrenia patients. Data extraction was carried out with the following aspects taken into consideration:

2.1 Problem/purpose

2.2 Research design

2.3 Sample

2.4 Setting

2.5 Data collection

2.6 Method/intervention

2.7 Findings/results

2.8 Implementations/implications

Findings

The analysis and synthesis of research on relapse prevention in schizophrenia patients can be divided into three groups as follows:

1. Characteristics of research used in the analysis and synthesis

2. Outcomes of the synthesis of research on relapse prevention in schizophrenia patients

- 2.1 Psychoeducation therapy
- 2.2 Therapy that emphasizes search for early warning signs
- 2.3 Therapy that emphasizes continuity of care
- 2.4 Therapy to promote health

Characteristics of research in the analysis and synthesis

Of the selected 13 studies, four of them were randomized controlled trials categorized under Level A (Aguglia et al., 2007; Herz et al., 2000; Meijel et al., 2006; Tait et al., 2002) and nine were quasi-experimental research categorized under Level B (Chotiporn Panwattanachai, B.E. 2549; Theera Leelananatakit et al., B.E. 2542; Nuchjarin Morasert et al., B.E. 2549; Pakarat Thavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2550; Pitsamorn Dejduang, B.E. 2551; Marasri Paneewat, B.E. 2548; Wattanaporn Pibulalak, B.E. 2550; Sumittra Rittisoonorn, B.E. 2548; Spaniel et al., 2008). Of these 13 studies, five were conducted abroad (Aguglia et al., 2007; Herz et al., 2000; Meijel et al., 2006; Tait et al., 2002; Spaniel et al., 2008), whereas eight were carried out in Thailand (Chotiporn Panwattanachai, B.E. 2549; Theera Leelananatakit et al., B.E. 2542; Nuchjarin Morasert et al., B.E. 2549; Pakarat Thavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2550; Pitsamorn Dejduang, B.E. 2551; Marasri Paneewat, B.E. 2548; Wattanaporn Pibulalak, B.E. 2550; Sumittra Rittisoonorn, B.E. 2548).

Findings on relapse prevention in schizophrenia patients

The findings from the synthesis of the 13 selected studies on relapse prevention in schizophrenia patients can be grouped as follows: 1) psychoeducational therapy, 2) therapy that emphasizes search for early warning signs, 3) therapy that emphasizes continuity of care, and 4) therapy to promote health, which can be described in detail as follows:

1. Psychoeducational therapy

The findings showed that of the 13 selected studies, five studies were related to psychoeducational therapy (Chotiporn Panwattanachai, B.E. 2549; Theera

Leelananatakit et al., B.E. 2542; Pitsamorn Dejduang, B.E. 2551; Aguglia et al., 2007; Herz et al., 2000). They can be described as follows:

1.1 *Definition of relapses*: There were two in five studies (Chotiporn Panwattanachai, B.E. 2549; Pitsamorn Dejduang, B.E. 2551) which defined relapses as the incidents in which schizophrenia had psychiatric symptoms again such as delusion, hallucination, disorganized speech, and disorganized behavior. On the other hand, the other three studies (Theera Leelananatakit et al., B.E. 2542; Aguglia et al., 2007; Herz et al., 2000) defined relapses as the onset of schizophrenia patients' psychiatric symptoms which required re-hospitalization and longer hospital stay.

1.2 *Clients*: The clients who received therapy were schizophrenia patients who had been diagnosed based on the DSM-IV or ICD-10 criteria in four studies Chotiporn Panwattanachai, B.E. 2549; Pitsamorn Dejduang, B.E. 2551; Aguglia et al., 2007; Herz et al., 2000). However, one of five studies was conducted with the family caregivers of schizophrenia patients (Theera Leelananatakit et al., B.E. 2542).

1.3 The findings revealed that the therapists could be any of the following persons:

1.3.1 Professional nurses (Pitsamorn Dejduang, B.E. 2551) or graduate nursing students pursuing their master's degree in psychiatric nursing care (Chotiporn Panwattanachai, B.E. 2549).

1.3.2 Members of the psychiatric team at five mental care settings, but without the number being specified in one study (Theera Leelananatakit et al., B.E. 2542).

1.3.3 A healthcare team consisting of a psychiatrist, a head nurse, a certified social worker, and a case manager (Herz et al., 2000).

1.3.4 A healthcare team consisting of a psychiatrist and a psychiatric nurse (Aguglia et al., 2000).

1.4 *Therapy activities, duration, frequency, number of sessions, and duration of each session*: There was one study (Chotiporn Panwattanachai, B.E. 2549) which used a group psychoeducational therapy consisting of four sessions, each of which lasted 60 to 90 minutes. The group activities were conducted once a day, and there was one activity on each day, totaling four days. The participants were required

to fill out the questionnaires on knowledge of schizophrenia and self-care assessment (pre-test) on the first day of the activities, and to complete the questionnaire on knowledge of schizophrenia (post-test) on the fourth day of the activities. In addition, there was one study (Theera Leelananatakit et al., B.E. 2542) which used the psychoeducational family treatment but did not present the details of the activities used in the program or the frequency and duration. One study (Pitsamorn Dejduang, B.E. 2551) used a group psychoeducational therapy with ten sessions, each lasting one hour. The activities consisted of completion of a self-care interview (pre-test) on the first day of the activities and after the program ended (post-test). In another study (Aguglia et al., 2007), the psychoeducational program was used in eight sessions, each lasting 60 to 90 minutes. The assessment was conducted on the first day of the program, to be followed at six months and 12 months after the program ended. Finally, in a study conducted by Hertz et al. (2000), a group psychoeducational treatment was used in the period of 18 months, but with no details of the activities described.

1.5 *Outcomes and assessments*: The findings of the five selected studies were as follows:

1.5.1 Relapses: There were two studies which investigated relapses (Theera Leelananatakit et al., B.E. 2542; Hertz et al., 2000). In one study (Theera Leelananatakit et al., B.E. 2542), it was found that the number of days admitted into the hospital was reduced by 73.1% and the number of patients who needed to be hospitalized was reduced by 16.67%. In the other study (Hertz et al., 2000), it was discovered that 17% of the patients who received the relapse prevention program experienced relapses, while 34% of those who received only routine nursing care suffered from relapses. As for hospital re-admission, the findings showed that 22% of the patients who received the relapse prevention program suffered from relapses that required hospitalization, whereas 39% of those who received only routine nursing care had to be re-hospitalized. The instruments used in these studies were 1) The Global Assessment Scale, 2) The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), and 3) The Early Signs Questionnaire.

1.5.2 Psychiatric symptoms: There was one study (Aguglia et al., 2007) which reported that after the psychoeducational group,

schizophrenic patients had better mental conditions than before receiving the program with statistical significance at the .05 level. The instruments used included 1) The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), 2) The Scale for Assessment of Negative Symptoms (SAPS), 3) The Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS), and 4) the Simpson-Angus Scale.

1.5.3 Knowledge about schizophrenia: There was one study (Chotiporn Panwattanachai, B.E. 2549) which assessed outcomes regarding knowledge of schizophrenia. It was found that after participating in the group psychoeducational program, the knowledge of schizophrenia of patients was higher than that before participating in the program with statistical significance at the .05 level, as assessed using the knowledge on schizophrenia scale developed from the knowledge of patients with a psychiatric symptom scale constructed by Chandra Somboon (B.E. 2543).

1.5.4 Self-care behavior: There were two studies which investigated self-care behavior of schizophrenia patients. One (Chotiporn Panwattanachai, B.E. 2549) assessed the outcomes on self-care practices and found that the patients had better self-care behaviors than before receiving the program with statistical significance at the .05 level when assessed with the self-care behavior scale developed by the researcher based on the instrument of Petcharee Kanthasaibua (B.E. 2544). In the other study (Pitsamorn Dejduang, B.E. 2551), the self-care behaviors were assessed to prevent relapses. It was reported that self-care behaviors to prevent relapses after the program were higher than those before receiving the program with statistical significance at the .05 level. The instrument used was the self-care behaviors to prevent relapses questionnaire developed by the researcher based on the self-care behaviors of schizophrenia patients of Chanchai Natesuwan and Sumontha Boonchai (B.E. 2545) based on the concept of Orem (1991).

1.5.5 Rates of hospitalization: One study (Aguglia et al., 2007) investigated rates of hospitalization and found that after receiving the psychoeducational group, the rates of hospital re-admission and duration of hospital stays of schizophrenia patients reduced with statistical significance at the .05 level. The instruments used in the study were 1) the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS),

2) the Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS), 3) the Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS), and 4) the Simpson-Angus Scale.

2. Therapy with an emphasis on search for early warning signs

The analysis and synthesis of the selected 13 studies revealed that there were three studies (Tait et al., 2000; Meijel et al., 2006; Spaniel et al., 2008) whose emphasis was on search for early warning signs of schizophrenia patients, which could be described as follows:

2.1 Definition of relapses: Of the three studies, there were two studies (Tait et al., 2000; Meijel et al., 2006) which defined relapses as the condition in which schizophrenia patients had psychiatric symptoms such as disorganized thinking or behaviors, and one study which defined relapses as the psychiatric symptoms of the patients which required re-hospitalization (Spaniel et al., 2008).

2.2 Types of therapy: Of the three studies, one study used the Information Technology Aided Relapse Prevention Program in Schizophrenia (ITAREPS) (Spaniel et al., 2008), one study used the Relapse Prevention Plans (Meijel et al., 2006), and the other study employed the Cognitive Approach Program to prevent relapses in schizophrenia patients (Tait et al., 2000).

2.3 Clients: One of the three studies (Tait et al., 2000) was conducted with schizophrenia patients who received outpatient treatment, while in another study (Spaniel et al., 2008), the clients were psychiatric patients and caregivers who received outpatient treatment including those with schizophrenia, emotional disorder, and acute mental disorder, with schizophrenia patients accounting for 64.4% of the total. In the last study (Meijel et al., 2006), the clients were patients with schizophrenia or other mental disorders as diagnosed based on the DSM-IV and they were treated as inpatients, outpatients, or day clinic patients.

2.4 Therapists: In one study (Meijel et al., 2006), the therapists were nurses who had undergone training in how to conduct group activities. In the other two studies (Tait et al., 2000; Spaniel et al., 2008), the therapists were healthcare team members.

2.5 Therapy activities, duration, frequency, number of sessions, and duration of each session: In one study (Spaniel et al., 2008), the Information

Technology Aided Relapse Prevention Program in Schizophrenia (ITAREPS) were used for the total period of one year. During the process, a questionnaire was sent via SMS to the mobile phones of patients and caregivers once a week. They needed to respond to the questionnaire, which took about five minutes each time. If it was found that the patients had one early warning sign, the assessment would be conducted for another three weeks, during which the patients and caregivers had to respond to the questionnaires twice a week. In another study (Meijel et al., 2006), the Relapse Prevention Plans were used for three periods in one year, but each time period was not specified. In the last study (Tait et al., 2000), the Cognitive Approach Program was used to prevent relapses in schizophrenia patients for the period of three years. The patients would be followed up to detect early warning signs about ten months on average.

2.6 *Outcomes and assessments:* The findings reported by these three studies were as follows:

2.6.1 Hospital admission:

- During their participation in the ITAREPS program, the numbers of hospital readmission could be reduced by 60%. In the group of schizophrenia patients and caregivers who were more cooperative, the numbers of hospital readmission could be reduced by 100% (Spaniel et al., 2008).

- It was also found that the patients who participated in the Early Signs Monitoring System (The ESM System), 20% of the subjects (four out of the total number of 20) had relapses during the study, and the relapses of three out of these four (75%) could be predicted with the ESM system; 45% (nine out of 20 subjects) received intervention during the study, and relapses could be prevented in six patients (Tait et al., 2002).

- For the patients who received the Relapse Prevention Program, it was reported that 1) the rate of relapses in the experimental group and the control group reduced by 12.5% and 26.2%, respectively, but with no statistically significant differences; 2) the outcomes of the therapy reduced relapses by 52%; 3) the program could prevent relapses in 14 out of 100 patients; and 4) during the one-year follow-up period, the relapse-free duration in the experimental group was 329 days on average and in the control group was 296 days on average (Meijel et al., 2006).

2.6.2 Use of antipsychotic drugs

- During the period in which the patients participated in the ITAREPS program, there were no statistically significant differences in the use of antipsychotic drugs in patients who were hospitalized and those who were not (Spaniel et al., 2008).
- There was no change in prescription of medications in patients who participated in the Relapse Prevention Program (Meijel et al., 2006).

2.6.3 Insight of pain

- For the patients who participated in the Relapse Prevention Program, their overall score of the Insight Scale did not change with statistical significance, but the score of attribution of symptoms changed with statistical significance at the .04 level (Spaniel et al., 2006).

2.6.4 Treatment adherence

- The overall score of the Working Alliance Inventory of the patients who participated in the Relapse Prevention Program changed with statistical significance at the .03 level (Meijel et al., 2006).

3. Therapy with an emphasis on continuity of care

The analysis and synthesis of the selected 13 studies revealed that there were four studies (Nutjarin Morasert et al., B.E. 2549; Phakarat Thavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2549; Marasri Paneewat, B.E. 2548; Sumitra Rithisoontorn, B.E. 2548) whose emphasis was on continuity of care for schizophrenia patients, which could be described as follows:

3.1 *Definition of relapses*: Of the four studies, there were three studies (Nutjarin Morasert et al., B.E. 2549; Phakarat Thavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2549; Marasri Paneewat, B.E. 2548) which defined relapses as the psychiatric symptoms experienced by schizophrenia patients after hospital discharge, and one study which defined relapses as the onset of psychiatric symptoms of the patients after hospital discharge (Sumitra Rithisoontorn, B.E. 2548).

3.2 *Types of therapy*: Of the four studies, one study used the Discharge Planning Program (Nutjarin Morasert et al., B.E. 2549), one study used the individual case management (Phakarat Thavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2549), one study used the roles of community psychiatric nurses in psychiatric

homecare (Marasri Paneewat, B.E. 2548), and the other study employed the homecare program in schizophrenia patients (Sumitra Rithisoontorn, B.E. 2548).

3.3 *Clients*: One of the four studies (Phakarat Thavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2549) was conducted with schizophrenia patients who were diagnosed with schizophrenia based on the DSM-IV criteria and were treated as inpatients. In another study (Nutjarin Morasert et al., B.E. 2549), the clients were schizophrenia patients who were diagnosed with schizophrenia based on the DSM-IV criteria and were treated as inpatients with their caregivers participating in the study. In another study (Marasri Paneewat, B.E. 2548), the clients were psychiatric patients who were diagnosed with schizophrenia by a psychiatrist and who received both inpatient and outpatient treatments due to complex problems and whose caregivers also participated in the program. In the last study (Sumitra Rithisoontorn, B.E. 2548), the clients were schizophrenia patients who received continuous homecare together with their caregivers.

3.4 *Therapists*: In all four studies, there were two studies (Marasri Paneewat, B.E. 2548; Sumitra Rithisoontorn, B.E. 2548) in which the therapists were graduate students in psychiatric nursing, while in the other two studies (Phakarat Thavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2549; Nutjarin Morasert et al., B.E. 2549), the therapists were multidisciplinary team members.

3.5 *Therapy activities, duration, frequency, number of sessions, and duration of each session*: Of the four studies, there was one study (Phakarat Thavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2549) in which individual case management was used for the period of one year and six months. The patients received inpatient treatment for 20 days, and after they were discharged from the hospital, they received the care plan for schizophrenia patients in the community. At one month after the discharge, they would receive the satisfaction assessment scale to complete, and the statistics of their readmissions to the hospital would be collected at 28 days, three months, and six months. In another study (Nutjarin Morasert et al., B.E. 2549), the discharge planning program was used for the period of five months with a follow-up monitoring being carried out at six months. In another study (Sumitra Rithisoontorn, B.E. 2548), the homecare program was used for four weeks, with the pre-test conducted before the program started and the post-test which was

administered in the fourth week. In the last study (Marasri Paneewat, B.E. 2548), a clinical nursing care plan for community nurses was used to provide homecare to schizophrenia patients proposed by Klebbanof. The total duration of the program was three months and two weeks. After the homecare was completed, the assessment of the changes would be conducted for a total period of six months.

3.6 *Outcomes and assessments*: The analysis and synthesis of four studies yielded the following outcomes:

3.6.1 Psychotic symptoms: One study (Nutjarin Morasert et al., B.E. 2549) reported that schizophrenia patients who participated in the multidisciplinary discharge planning had the psychotic symptoms scores reduced by 66.57% when they were assessed with the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).

3.6.2 Rate of hospital readmission: One study (Phakarat Thavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2549) found that 1) the rate of readmissions within 28 days of the experimental group reduced from 42.86% to 0%; 2) the rate of readmissions within three months of the experimental group reduced from 65.71% to 8.57%; and 3) the rate of readmissions within six months of the experimental group reduced from 100% to 11.34% as recorded with the monthly statistics on readmissions of schizophrenia patients. In another study (Nutjarin Morasert et al., B.E. 2549), it was found that after participating in the multidisciplinary discharge planning program, schizophrenia patients had increased length of stay in the community after hospital discharge from 146 days to 199 days, which was 53 days longer than before their participation in the program, and 85.2% of them were able to stay home without having to being re-hospitalized within 28 days, as assessed with the multidisciplinary discharge planning program outcome evaluation regarding monitoring after hospital discharge.

3.6.3 Self-care behaviors: All four studies (Nutjarin Morasert et al., B.E. 2549; Phakarat Thavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2549; Marasri Paneewat, B.E. 2548; Sumitra Rithisoontorn, B.E. 2548) investigated self-care behaviors of the patients. One study (Nutjarin Morasert et al., B.E. 2549) reported that after participating in the multidisciplinary discharge planning program, 34.43% of the schizophrenia patients were able to work as usual, 29.51% were able to perform self-care without having a burden on their family, and 21.50% were able to do household

chores without having a burden on their family, as assessed with the multidisciplinary discharge planning program outcome evaluation regarding self-care behaviors of schizophrenia patients. In another study (Marasri Paneewat, B.E. 2548), after the provision of care with the nursing care process, schizophrenia patients were able to perform self-care with medication adherence, did not have any readmission to the hospital, did not experience relapses, were able to perform daily living activities by themselves, and had higher scores of opinions toward others and society, emotional control, communication, physical expressions, socialization, household chores, and personal hygiene than before receiving the nursing care process as assessed using the capacity of psychiatric patients evaluation scale of the Department of Mental Health (B.E. 2541) and the Global Assessment of Function Scale (GAF). In another study (Sumitra Rithisoontorn, B.E. 2548), the mean scores of self-care behaviors of psychiatric patients were higher than those obtained before the implementation of the homecare program with statistical significance. In the final study (Phakarat Thavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2549), when comparing the scores of medication adherence, it was discovered that the scores of those who received the individual case management were higher than the scores of those who received only routine nursing care with statistical significance at the .001 level, as evaluated using the treatment adherence questionnaire constructed by Sathuporn Putkhao (B.E. 2541).

4. Therapy with an emphasis on health promotion

The analysis and synthesis of the selected 13 studies revealed that there was only one study (Wattanaporn Pibulaluck, B.E. 2549) which explored the therapy to promote health in schizophrenia patients, which could be summarized as follows:

4.1 *Definition of relapses:* The study defined relapses as an increase in psychiatric symptoms of schizophrenia patients after hospital discharge that made re-hospitalization necessary within six months after hospital discharge.

4.2 *Clients:* The clients were schizophrenia patients who were diagnosed with schizophrenia by a psychiatrist and who received inpatient treatments at the hospital within six months after their previous hospital discharge. They were between 20 and 59 years of age, and their scores of the Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ranged from 18 to 36 points.

4.3 *Therapists*: They were graduate students in psychiatric nursing.

4.4 *Therapy activities, duration, frequency, number of sessions, and duration of each session*: The total period of the therapy was three months. The schizophrenia patients were required to take part in the activities twice a week, and the telephone appointments were made one week after the patients were discharged from the hospital. The telephone calls were made twice a week.

4.5 *Outcomes and assessments*: The analysis and synthesis of the study yielded the following outcomes:

- Prevention of relapses: It was reported that the mean scores of behaviors to prevent relapses of schizophrenia patients who received the health promotion program were higher than the scores of those who received only routine nursing care with statistical significance at the .05 level, as determined using the Relapse Prevention Behaviors of Schizophrenia Patients Scale developed by the researcher based on the concept of Meijel et al. (2003) as well as the assessment scale constructed by Petcharee Kanthasabua (B.E. 2544) regarding categorization of warning signs, self-care practices for problem-coping, and correct medication use.

Limitation of the Study

Some of the research studies included in this study which were conducted abroad did not give detailed descriptions of the activities used in relapse prevention, hence certain limitations in the analysis and synthesis of such research.

Recommendations

For nursing practices

Relapse prevention in schizophrenia patients helps reduce onsets of relapses, re-hospitalization, and length of hospital stay. Thus, schizophrenia can decrease their burdens on their family caregivers. The findings of the present study can be implemented by psychiatric nurses who are providing care to schizophrenia patients to suit the problems of the patients and their family caregivers as well as the specific contexts of the healthcare settings as follows:

1. *Group psychoeducational therapy*: This type of therapy is not complicated and can be implemented by psychiatric nurses who work both at hospitals and in communities to prevent relapses. It can also be used with schizophrenia patients who have family caregivers and those who do not. The group psychoeducational therapy should emphasize dissemination of knowledge on schizophrenia, treatment, medication adherence, self-care practices, management of problematic symptoms, and development of social skills.

2. *Therapy which emphasizes search for early warning signs*: This type of therapy puts its emphasis on search for early warning signs of patients so as to provide initial care before the symptoms become so severe that hospitalization is needed. It should be effectively applied and implemented to provide care to schizophrenia patients in the community.

3. *Therapy that emphasizes continuity of care*: This type of therapy includes case management, discharge planning, role fulfillment of community psychiatric nurses, and home care programs which can be implemented to provide care to schizophrenia patients by the multidisciplinary team members beginning when the patients are admitted into the hospital and ending when they are discharged and return to the community. In particular, role fulfillment of community psychiatric nurses and home care programs can be effectively implemented to prevent relapses in schizophrenia patients living in the community.

4. *Health promotion therapy*: Nurses can incorporate this type of therapy into their clinical practices to prevent relapses in schizophrenia patients. It can be done as individual therapy or group therapy to create motivation to perform self-care and to promote health, which enables schizophrenia patients to correctly and continuously have desirable behaviors to prevent relapses.

For further research

1. There are few studies on early warning signs conducted in Thailand. For this reason, further studies should be carried out to investigate and develop programs on observation of early warning signs in schizophrenia patients in the Thai contexts.

2. Studies should be conducted to develop a clinical practice guideline on relapse prevention in schizophrenia patients in the Thai contexts.

3. Studies should also be done to examine the roles of advanced psychiatric nurse practitioners who work in the community to prevent relapses in schizophrenia patients.



รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2550). *คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT*. นนทบุรี: บียอนด์ พับลิชชิง.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2545). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2545*. นนทบุรี: กองแผนงานกรมสุขภาพจิต.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2544). *แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)*. นนทบุรี: สยามอินเลิฟท์มาเก็ตติ้ง.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. (บรรณาธิการ). (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ขวัญทิพย์ สุขมาก และคณะ. (2541). *เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จริญญา สงวนเผ่า. (2548). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้จิตศึกษาแก่ผู้ป่วยลมชัก*. สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). *พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). *กระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา ยูนิพันธ์ และอัญชัญ ไพบูลย์. (2546). *การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชะอุทธิ์ พงษ์อนุตรี. (2536). *การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยจิตเภท.ครอบคลุมกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตครอบครัว 6:195-225*.
- โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย. (2549). *การศึกษาการใช้โปรแกรมสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี. กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลลพบุรี*.

- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2540). ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพวรรณ น่วมทอง. (2547). การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง. โครงการศึกษาอิสระ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ พิเชฐ อุดมรัตน์ และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ. (2542). ผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย เปรียบเทียบหนึ่งปีก่อนและหลังเริ่มโครงการ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 44, 3-11.
- นุชจรินทร์ โมระเสรีฐ กาญจนา สุทธิเนียม และชลพร กองคำ. (2549). ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทแบบวิชาชีพ. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กรมสุขภาพจิต.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ. (2535). ผลกระทบของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. วารสารสวนปรุง. 8(3), 54-58.
- ผการัตน์ ถาวรวงษ์ ชลธิดา สิมะวงศ์. (2548). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการกลับเป็นซ้ำและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่.
- พรสวรรค์ พูลกระจำง. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้และระดับประคองต่อพฤติกรรม การใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิศสมร เดชดวง. (2551). ผลการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- เพชร คันธสายบัว. (2548). การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 20(1), 1- 9.
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. (2534). จิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). (เล่มที่ 3). เชียงใหม่: หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ไพรวัดย์ ร่มซ้าย วัชนี หัตถพนม สุวดี ศรีวิเศษ เอกอุมา วิเชียรทอง และคณะ. (2544). รายงาน การวิจัยเรื่องการประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- การดี การเร็ว. (2541). ความสม่ำเสมอในการมารับยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, บัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มัลลิกา สิงหสุริยะ. (2547). การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล: กรณีศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยนิช. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2547). คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มารศรี ปาณิวัตร. (2548). บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2542). ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 13, 1-9.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คุณภาพงานวิจัย. เอกสารประกอบการสอนวิชาระเบียบวิธีวิจัยและการใช้ผลการวิจัย. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2545.

- วัฒนารณ์ พินุลอักษณ. (2549). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา ปานดอก. (2545). กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. การค้นคว้าแบบอิสระ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิลาวรรณ เทพโสธร. (2538). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการครั้งแรกในโรงพยาบาลศรีธัญญา. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์สารสนเทศ. (2551). แบบรายงานผู้ป่วยใน (รับไว้รักษา) จำแนกตามโรค เพศ อายุ (รวมทุกหน่วยงาน). กองแผนงาน. กรมสุขภาพจิต.
- ศูนย์สารสนเทศ. (2551). แบบรายงานผู้ป่วยนอกทางจิตเวช จำแนกตามโรค เพศ อายุ (รวมทุกหน่วยงาน). กองแผนงาน. กรมสุขภาพจิต.
- สมชาย จักรพันธ์. (2543). แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. (อัครา)
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2547). การนำหลักการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 17(1), 13-23.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). จิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สันชัย วสุนธรา. (2547). จิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- สาธิต พุฒขาว. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุมิตรา ฤทธิสุนทร. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. โครงการศึกษาอิสระ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุนันทา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2542, กรกฎาคม). กิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric home care) จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวทางปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.
- Aguglia, E., Pascolo-Fabrizi, E., Bertossi, F. & Bassi, M. (2007). *Psychoeducation intervention and prevention of relapse among schizophrenia disorders in the Italian community psychiatric network*. Retrieved August 2, 2009, from [http://www. cpementalhealth. com/content/3/1/7](http://www.cpementalhealth.com/content/3/1/7)
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Baker, C. (1995). The development of self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 9(5): 261-268.
- Bebbington, P., & Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia : an aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24, 207-215.

- Birchwood, M., Smith, J., Macmillan, F., Hogg, B., Prasad, R., Harvey, C., & Bering, S. (1989). Predicting relapse in schizophrenia: The development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observer, a preliminary investigation. *Psychological Medicine*, 19, 649-656.
- 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.
- Buckwalter, K. C., & Kerfoot, K. M. (1982). Teaching Patients Self Care: A Critical Aspect of psychiatric Discharge Planning. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service*. 5, 15-28.
- Family Recovery thru Education & Empowerment. (2005). *Relapse*. Retrieved August 2, 2009, from <http://rankdirectory.org/site/johnrecover.faithweb.com>
- Fox, C., & Kane, F. (1996). *Psychiatric-Mental Health Nursing: Integrating the behavioral and biological sciences*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Gray, R. (2000). Does patient education enhance compliance with Clozapine?. A Preliminary investigation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 285-286.
- Gualtiere, B. (1999). *Understanding and help for schizophrenia*. Retrieved August 25, 1999 from <http://www.christiansoulcare.com/helpforschizophrenia.htm> Christian Soul Care.
- Hamera, E. K., Peterson, K. A., Young, L. M., & Schaumloffel, M. M., (1992). Symptom monitoring in schizophrenia: Potential for enhancing self care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 324-330.
- Harwath, E., & Cournors, F. (1999). *Psychiatry*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Herz, M. I., & Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 137, 801-805.
- Herz, M. I., Lamberti, J. S., Mintz, J., Scott, R., O'Dell, S. P., McCartan, L., et al. (2000). A program for relapse prevention in schizophrenia: A controlled study. *Archives General Psychiatry*, 57, 277-283.
- Hornung, W. P., Kieserg, A., Feldmann, R., & Buchkremer, G. (1996). Psychoeducational training for schizophrenia patients: background procedure and empirical findings: *Patient Education and Counseling*. 29, 257-268.

- John, B. S. (1993). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd ed.) Pennsylvania: J.B. Lippincott.
- Jorgensen, P. (1998). Early signs of psychotic relapse in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 327-330.
- Kaplan, H. I., & Sandock, B. J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry*. (6th ed). Baltimore: Williams & Wikins.
- Kenedy, M. G., Scheep, K. G., & O' Conner, F. W. (2000). Symptoms Self-Management and relapse in Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14, 266-275.
- Klebanoff, N. A. (1997). Psychosocial home care. In B.S. Johnson (Ed.), *Psychiatric-Mental Health Nursing Adaptation and Growth* (4th ed.) (pp.891-909). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Kumer, S., & Sedgwick, P. (2001). Can the factors influencing medication: Compliance reported form western populations be applied to an eastern Indian context. *Journal of Mental Health*, 10(3), 267-277.
- Kumar, S., Thara, R., & Rajkumar, S. (1989). Coping with symptom of relapse in Schizophrenia. *European Archives of Psychiatric and Neurological Science*, 239, 213-215.
- Lebell, M. B. (1993). Patients' perception of family emotional climate and outcome in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 162, 751-754.
- Limpattanasiri, J. (2004). *Factor Affective Medication Adherence Among Schizophrenia Patients. Master's Thesis*. Psychiatric-Mental Health Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Linstrom, E., & Bingefors, K. (2000). Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. *Pharmacoeconomics*, 18, 105-124.
- Macpherson, R., Jerron, B., & Hughes, A. (1996). A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia. *British journal of Psychiatry*, 168, 709-717.
- McKeehan, K. M. (1981). *Continuing Care: A Multidisciplinary approach to discharge planning*. St. Louis: Mosby Company.
- Marram, G. D. (1978). *The Group Approach in Nursing Practice*. (2nd ed .) Saint Louis: C.V. Mosby.

- Meijel, V. B., Ganng, D. V. M, Kahn, S. R., & Grypdonck, F. H. M. (2003). Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia: The Application of an Intervention Protocol in Nursing Practice. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(4), 165-172.
- Meijel, V. B., Kruitwagen, C., Gaag, D. V. M., Kahn, S. R., & Grypdonck, F. H. M. (2006). An Intervention Study to Prevention Relapse in Patients With Schizophrenia. *Journal of Scholarship*. 38, 42-49.
- Norman, R. M. G., & Malla, A. K. (1994). Prodromal symptoms of relapse in schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 527-536.
- Pender, N. J., Mardagh, C. L., & Person, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. (5th ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- Pichitpornchai, W. (2000). *Discharge Planning: Exploring Current Nursing Practice in Acute Careetting in Thailand*. Doctoral Dissertation, La Trobe University, Australia.
- Pitschel- Walz, G., Bouml., Bender, W., Engel, R. R., Wagner, M., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and Compliance in the Tretment of Schizophrenia: Results of the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal Clinical Psychiatry*, 67(3), 443-452.
- Provenche, H. L.(1996). Objective burden among primary caregivers of person with chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 181-187.
- Rorden, J. W., & Taft, E. (1990). *Discharge Planning Guide for Nurses*. W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- Sadock, B. J. & Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott: Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Willams & Wilkins.
- Shin, Sun – Kyung, & Lukens E. P. (2002). Effects of Psychoeducation for Korean- Americans with Chronic Mental Illness. *Psychiatric Service*, 53(9), 1125-1131.
- Skantza et.al., (1992). Comparision of Quality of Life with Standard of Living in Schizophrenia Out-patients. *Br J Psychiatry*. 161:797-801.
- Smith J., & Birchwood, M. (1992). Informing people with schizophrenia about their illness: The effect of residual symptom. *Journal of Mental Health*. 1, 61-70.

- Spaniel, F., Vohlidka, P., Hrdlicka, J., Novak, T., Motlova, L., Cermak, J., et al. (2007). ITAREPS: Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia. *Schizophrenia research*, 98, 312-317.
- Sundal, S. S., & Sundal, M. (2005). Behavior Change In The Human Service: Behavior And Cognitive Principles And Application. *The British Journal of Social Work*, 35(7), 1215.
- Tait, A., Mcnay, L., Gumley, A., & O'Grady, M. (2002). The development and implementation of individualized early signs monitoring system in the prediction of relapse in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 11(2), 141-153.
- Taylor, M. C. (1994). *Essentials of psychiatric nursing* (4th ed.). St Louis: Mosby.
- Townsend, M. C. (2000). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concept of Care*. Philadelphia: F.A. Davis
- Videbeck, L. S. (2001). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wilson, H., & Kneisl, C. (1996). *Psychiatric Nursing*. (5th ed). New Jersey: Addison-Wesley.
- World Health Organization. (2006). *ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. (10th revision). (volume 1A). Geneva.

ภาคผนวก

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 1

ชื่องานวิจัย **Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network**

ผู้แต่ง Aguglia, E., Pascolo-Fabrizi, E., Bertossi, F., & Bassi, M.

แหล่งตีพิมพ์/ปี Psychiatric Clinic of the University of Trieste/ 2007

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการใช้ยาบำบัดระยะยาวร่วมกับการให้ Psychoeducational ในผู้ป่วยจิตเภทในการลดการป่วยซ้ำ
Research Design	การวิจัยเชิงทดลอง
Level	A
Sample	ผู้ป่วยจำนวน 150 คน อายุระหว่าง 18- 45 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทโดย DSM IV และ ICD 10 และได้รับบำบัดด้วยยาทั้งชนิดและขนาดตามมาตรฐาน เกณฑ์คัดออก - มีความผิดปกติทางจิตเฉียบพลัน - มีปัญหาติดยาเสพติด - มี Organic factors ซึ่งรบกวนต่อสภาพทางคลินิก - ผู้ป่วยอยู่ในระหว่างเข้าร่วมการบำบัดแบบมีโครงสร้างและการให้ Psychoeducational อื่นอยู่ หรือเคยได้รับโปรแกรมดังกล่าวมาภายใน 2 ปีก่อนเข้ารับการศึกษา
Setting	ประเทศอิตาลี
Outcome	1. การรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยจิตเภท 2. ความรู้เรื่องโรค ลักษณะของโรค การป้องกันการป่วยซ้ำ
Research Instrument	1. แบบประเมิน Socio demographic and Clinical parameter 2. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instrument (ต่อ)	3. Scale for Assessment of Negative Symptoms (SAPS) 4. Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS) 5. Simpson-Angus Scale 6. Rating of Medication Influences (ROMI)
Intervention	Psychoeducational Program กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (Antipsychotic drug treatment และ assertive community treatment) ขนาดยาที่ใช้จะอยู่จะถูก monitor ทุก 6 เดือน กลุ่มทดลอง ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ได้รับการบำบัดจิตสังคมและเข้าโปรแกรม Psychoeducation โดยเข้าทั้งผู้ป่วยและญาติ ซึ่งในโปรแกรมจะแบ่งออกเป็น 8 กลุ่มใช้เวลา 60-90 นาทีในแต่ละครั้ง ดำเนินกลุ่มโดยจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชอย่างละ 1 คน สำหรับโปรแกรม Psychoeducation มีทั้งหมด 8 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 บทนำ กลุ่มที่ 2 โรคจิตเภทคืออะไร กลุ่มที่ 3 สาเหตุของโรคจิตเภทคืออะไร กลุ่มที่ 4 จะรักษาโรคจิตเภทอย่างไร กลุ่มที่ 5 วิธีการบำบัดทางจิตสังคม กลุ่มที่ 6 การป้องกันการป่วยซ้ำ กลุ่มที่ 7 บทบาทของครอบครัว การประเมินจะเริ่มที่จุดเริ่มทดลอง หลังจากนั้น 6 เดือนและ 12 เดือนตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดการทดลองจะตรวจสอบ จำนวนครั้งที่ต้องเข้าโรงพยาบาลและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research finding	กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี ลักษณะทั่วไปของประชากรและสังคมและลักษณะทางคลินิกตลอดจนสัดส่วนของเพศและระดับอายุใกล้เคียงกันและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวินิจฉัยโรคจิตเภท ระยะเวลาในการรับการวินิจฉัยโรคครั้งแรก จำนวนปีที่ได้รับการรักษา จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลและการบำบัดยาที่ใช้ในปัจจุบัน พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก การประเมินโดย The BPRS พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม Psychoeducation มีอาการดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรม Psychoeducation มีอาการดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม Psychoeducation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง จาก การประเมินโดย SAPS พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม Psychoeducation มีคะแนนลดลงดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 และพบว่าในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรม Psychoeducation มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม Psychoeducation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง จาก การประเมินโดย SANS พบว่ามีคะแนนแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม Psychoeducation กับการดูแลตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research finding (ต่อ)	จาก การประเมินโดย ROMI Scale พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 จาก การประเมินโดย The Simpson-Angus Scale พบว่าพบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อัตราการนอนโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวนวันนอนเฉลี่ย พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
การสกัดเพื่อนำไปใช้	จากผลการศึกษายืนยันได้ว่า การให้ Psychoeducation สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจและการยอมรับในเรื่องโรค ทำให้มีทัศนคติที่ดีดูแลตัวเองตามศักยภาพช่วยให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันส่งผลช่วยลดการป่วยซ้ำลงได้

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 2

ชื่อเรื่อง

An Intervention Study to Prevent Relapse in Patients with Schizophrenia

Meijel, B. V., Kruitwagen, C., Gaag, V. D. M., Kahn, S. R., & Grypdonck, G. M. H

แหล่งตีพิมพ์ Journal of Nursing Scholarship/ 2006

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่ออธิบายการใช้แผนป้องกันการป่วยซ้ำในการปฏิบัติการพยาบาล ว่ามีประสิทธิภาพในการลดอัตราการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
Research Design	Experimental design
Level	A
Sample	กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจะถูกเลือกมาจากองค์กรสุขภาพจิต 3 แห่ง โดย เป็นสถาบันการดูแลผู้ป่วยนอก 1 แห่ง และอีก 2 แห่ง เป็นองค์กร สุขภาพจิตที่มีการดูแลทั้งแบบ ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วย Day clinic จะมีการสุ่มผู้ป่วยในการเข้ากลุ่ม เกณฑ์การคัดเข้า 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทหรือโรคจิต อื่นที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ของ The Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders 2. ผู้ป่วยมีอาการคงที่และสงบพอที่จะให้ความร่วมมือใน การเตรียมการวางแผนป้องกันการป่วยซ้ำโดยต้องไม่มีค่าเฉลี่ยใน itemใดของ Positive Scale of the Positive and Negative syndrome สูงกว่า 4 3. ผู้ป่วยจะเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยDay clinic ก็ได้ ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกจะต้องมีเวลามาติดต่ออย่างน้อย 1 ครั้งในทุก 2 สัปดาห์ในระหว่างการเตรียมการวางแผนป้องกันการป่วยซ้ำ 4. ผู้ป่วยต้องลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก 1. พบ Organic brain disorder หรือ mental retardation

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	2. ผู้ป่วยจิตเวชหรือแอลกอฮอล์ 3. ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการสื่อสารหรือมีปัญหาพฤติกรรม สำหรับพยาบาลจะมีการสุ่มในการเข้ากลุ่มโดยผู้บริหารทางการพยาบาล แต่ละที่จะมีรายชื่อพยาบาลมาและแบ่งทั้งพยาบาลและสถานบริการจะทำ เทียมกัน 2 กลุ่ม โดยเลือกผู้ป่วย 1- 3 คนและเลือกพยาบาล 1 คนเป็น ผู้ดูแล
Setting	ประเทศเนเธอร์แลนด์
Outcome	1. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 2. การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท 3. Insight เกี่ยวกับความเจ็บป่วย 4. ความร่วมมือในการบำบัด
Research Instruments	1. The PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale) 2. The insight Scale เป็นแบบวัด insight เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 8 คำถาม ใน 3 มิติของ insight ได้แก่ (a) ลักษณะของอาการมี 2 คำถาม (b) การตระหนักเรื่องความเจ็บป่วย มี 2 คำถาม (c) ความต้องการการรักษา มี 4 คำถาม 3. The Working Alliance Inventory เป็นแบบวัดคุณภาพของความร่วมมือ ในการบำบัด แบ่งเป็น 3 มิติ (a) มิติด้านเป้าหมาย เป็นการตกลงระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีหรือแนวทางในการทำงานร่วมกันมี 12 คำถาม (b) มิติ ด้านภาระหน้าที่ เป็นข้อตกลงระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีหรือ แนวทางในการบรรลุเป้าหมายมี 12 คำถาม และ (c) มิติด้านข้อตกลง เป็นการ พัฒนาข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลมี 12 คำถาม 4. The Clinical Global Impression เป็นแบบวัดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลา ผ่านไป 5. The Comprehensive Assessment of Symptoms and History เป็น เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาที่ใช้ section ที่ 1 socio-demographic data และ section ที่ 4 illness history

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	แผนป้องกันการป่วยซ้ำ (relapse prevention plans) พยาบาลที่ถูกสุ่มให้อยู่ในกลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกให้เข้าใจใน Intervention protocol 2 sessions มีการแสดงบทบาทสาธิต ในแผนการป้องกันการป่วยซ้ำจะมีโครงสร้างแบบเป็นขั้นตอนสำหรับพยาบาลในการจัดการเชิงระบบเพื่อเตรียมการวางแผนป้องกันการป่วยซ้ำร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1. ระยะเตรียมการ เป็นการให้ ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นต่อในการทำงานร่วมกัน พยาบาลมีการประเมิน มีการประเมินอย่างเป็นระบบถึงปัจจัยที่จะส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคในการทำงานวางแผนการป้องกันการป่วยซ้ำ และพยายามจัดการให้ได้เหมาะสม 2. เป็นระยะของการทำรายการอาการที่ปรากฏเบื้องต้นของผู้ป่วย ซึ่งจะทำการรวบรวมให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยจะนำมาจัดความรุนแรงเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับ 1 ปกติหรือระดับคงที่ ระดับ 2 เบาจนปานกลาง และระดับ 3 รุนแรง 3. เป็นระยะของการตรวจสอบ ผู้ป่วยและญาติจะได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือในการจำแนกและให้คะแนนอาการเตือนตามที่เรียงลำดับไว้ 4. เป็นระยะการเตรียมแผนปฏิบัติการ การดำเนินการได้ถูกกำหนดให้สามารถปฏิบัติได้โดยผู้ป่วยและญาติเมื่ออาการทางจิตกำเริบ การปฏิบัติการจะสัมพันธ์กับการจัดการความเครียด การยกระดับการรับมือกับปัญหา และการร้องขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	กลุ่มควบคุม พยาบาลที่อยู่ในกลุ่มนี้จะมี session ในการให้ข้อมูลที่จำเป็น โดยเป็นการสื่อสารแบบกว้างๆ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกระบวนการวิจัย ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะได้รับการดูแลตามตามปกติ จนถึงสิ้นสุดใน 1 ปี
Research Findings	1. พยาบาลมีจำนวนรวมทั้งหมดเท่ากับ 48 คน อยู่กลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน เกือบทั้งหมดเป็นพยาบาลและอีกส่วนเป็นนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องอายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงานและจำนวนปีที่มีประสบการณ์ 2. ผู้ป่วยออกจากงานวิจัยกลางคันในกลุ่มทดลองจำนวน 11 คน และจากกลุ่มควบคุม 2 คน 3. อัตราการป่วยซ้ำในกลุ่มทดลองพบร้อยละ 12.5 และในกลุ่มควบคุมพบร้อยละ 26.2 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4. The Relative Risk Reduction (RRR) = 0.52: ผลการบำบัดช่วยให้โอกาสการป่วยซ้ำลดลง 52% 5. The absolute Risk Reduction = .137: โปรแกรมสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ประมาณ 14 คน จากผู้ป่วย 100 คน 6. ในการติดตามระยะ 1 ปี กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ไม่มีอาการทางจิตเฉลี่ย 329 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 296 วัน 7. คะแนน จาก The PANSS ในผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 8. คะแนนโดยรวมของ The insight Scale ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในส่วนของการ Attribution of symptom มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .04

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	9. การใช้ยาของผู้ป่วย ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 10. คุณภาพของความร่วมมือในการบำบัดซึ่งวัดโดย The Working Alliance Inventory พบว่าการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .03
การสกัดเพื่อนำไปใช้	จากการศึกษา การใช้แผนป้องกันการป่วยซ้ำในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งเป็นการนำการบำบัดทางจิตและสังคมมาช่วยเหลือผู้ป่วยในการจำแนกอาการทางจิตและหาแนวทางในการจัดการกับอาการนั้น ซึ่งในการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ แต่อาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับงานวิจัย

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 3

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

ผู้แต่ง Tait, A., McNay, L., Gumley, A., & O'grady., M.

แหล่งตีพิมพ์ / ปี Journal of Mental Health / 2002

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาการใช้ กระบวนการรับรู้ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
Research Design	Randomized controlled trial
Level	A
Sample	ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม DSM-IV จำนวน 20 คน เป็นผู้ชาย 14 คน ผู้หญิง 6 คน มีอายุเฉลี่ย 25-66 ปี
Setting	Ayrshire and Arran Primary Care NHS Trust
Outcome	การค้นหาอาการเตือนของการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท
Research Instruments	แบบสอบถามการเฝ้าติดตามสัญญาณเตือน (Early signs monitoring: ESM) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่เป็นการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างซึ่งถูกพัฒนาขึ้นระหว่างการวิจัยซึ่งสรุปเป็นกระบวนการที่สำคัญสำหรับค้นหาสัญญาณเตือนที่เรียกว่า Cognitive interview for Early Signs ของ Gumley และคณะ ซึ่งเป็น model ของการป่วยซ้ำที่ทำนายแรงกระตุ้นของความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับตัวเองและการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิด อาการทางจิตเฉียบพลัน การสัมภาษณ์นี้ใช้ค้นหาความเชื่อที่สำคัญและสัญญาณว่าอาจเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำซึ่งอาจสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำครั้งก่อน โดยผู้บำบัดและผู้ป่วยจะช่วยกันเลือกโดยเน้นการป่วยครั้งล่าสุดที่มีนัยสำคัญต่อผู้ป่วย ระยะเวลาระหว่างเกิดสัญญาณเตือนจนถึงการมีอาการทางจิตเกิดขึ้นจะถูกเก็บเป็นข้อมูลสำคัญในการทบทวนการป่วยซ้ำของผู้ป่วย โดยแบบสอบถามจะส่งไปหาผู้ป่วย 5 ครั้ง คะแนนจะถูกเก็บเป็นค่าเฉลี่ยรวมของแบบสอบถาม

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยที่ถูกสุ่มเข้ากลุ่มนี้จะได้รับการดูแลแบบปกติ (Treatment as usual : TAU) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกให้นัดพบจิตแพทย์ตามปกติและเพิ่มบุคลากรบางส่วนเช่น พยาบาลจิตเวช ชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการพัฒนาปัจเจกบุคคลในเรื่องของความตระหนักเรื่องความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและหากกลยุทธ์ที่จะลดความเสี่ยงของการป่วยซ้ำ โดยมีขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1. Initial engagement and formulation phase ในระยะนี้จะกำหนดข้อตกลงและร่วมกันกำหนดรูปแบบ ปัจจัยทางจิตที่สำคัญ และสัญญาณเตือนซึ่งอาจเชื่อมโยงกับการก่อตัวและเป็นตัวเร่งการเริ่มต้นการป่วยซ้ำ ในระยะนี้มี 5 session ครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยการสัมภาษณ์เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ และมีการให้ Psycho education ในหัวข้อที่เกี่ยวข้องและมีการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยผู้ป่วยบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาอาการเตือนหลักๆของการป่วยซ้ำของตนเองและความเชื่อที่อาจเร่งให้กระบวนการป่วยซ้ำเกิดขึ้นเร็วขึ้น 2. Early signs monitoring (ESM) ในช่วงที่กำหนดข้อตกลงและการคิดรูปแบบผู้ป่วยและผู้นำบำบัดจะช่วยกันตอบแบบสอบถาม Early signs monitoring โดยแบบสอบถามจะส่งไปหาผู้ป่วยและทิ้งไว้ สองสัปดาห์ต่อครั้งและส่งกลับทางไปรษณีย์ โดยจะส่งไปจำนวน 5 ครั้ง คะแนนจะถูกเก็บเป็นค่าเฉลี่ยรวมของแบบสอบถาม 3. Cognitive Therapy (Targeted cognitive therapy phase) การตั้งเป้าหมายการบำบัดจะถูกนำมาพิจารณาหากการป่วยซ้ำยัง

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ว่า (1) มีสัญญาณเตือนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (2) มีปัจจัยทางจิตสังคมมาเกี่ยวข้องซึ่งเชื่อมโยงกับการป่วยซ้ำครั้งก่อน (3) ไม่มีการตอบกลับแบบสอบถาม จำนวนของ session ในการบำบัดนั้นไม่จำกัด แต่โดยปกติแล้วประมาณ 2-3 session ต่อ สัปดาห์ ในระยะนี้จะเริ่มต้นด้วยการทบทวนรูปแบบที่คิดขึ้นและทดสอบหลักฐานที่อาจทำให้เกิดหรือขัดขวางการเกิดการป่วยซ้ำ ซึ่งผู้บำบัดและผู้ป่วยจะต้องร่วมกันเตรียมการสำหรับ intervention ซึ่งมีเป้าหมายอยู่ที่ความเชื่อหลักและการค้นหาสมมุติฐานในเรื่องการทำให้เกิดความห่อเหี่ยว ความกดดัน ความระแวงสงสัย paranoid ในระดับต่ำที่สัมพันธ์กับการรับรู้ พฤติกรรมและความผิดปกติทางกายที่เกิดขึ้นมาก่อน
Research Findings	จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการติดตามโดยเฉลี่ย 10 เดือนและได้รับแบบสอบถาม ESM ทุก 2 สัปดาห์ โดยมีการตอบกลับทางไปรษณีย์อยู่ที่ร้อยละ 83 ผลการศึกษาพบว่า 1) ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง (4 คน) มีการป่วยซ้ำในระหว่างการศึกษา ซึ่ง 3 ใน 4 คน (75%) สามารถคาดการณ์การป่วยซ้ำได้จาก the ESM system 2) ร้อยละ 45 (9 คน) ได้รับ intervention ซึ่งสามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ในผู้ป่วย 6 ราย
การสกัดเพื่อนำไปใช้	จากการศึกษาในเรื่องนี้จะเป็น การค้นหาสัญญาณเตือนของอาการที่จะทำให้เกิดการป่วยซ้ำของแต่ละบุคคลในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเมื่อค้นพบสัญญาณเตือนได้รวดเร็วขึ้นก็จะสามารถช่วยป้องกันการป่วยซ้ำได้

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instrument	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสัมภาษณ์ข้อมูลจากญาติและผู้ป่วย 1. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R(SCID) 2. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรและประวัติการเจ็บป่วย 3. The Global Assessment Scale (GAS) ประเมินครั้งแรกและเก็บไว้เป็นข้อมูลและประเมินซ้ำในเดือนที่ 2 , 6, 12, 18 และแต่ละครั้งที่ปรากฏอาการเดือนล่วงหน้า 4. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ประเมินครั้งแรกและเก็บไว้เป็นข้อมูลและประเมินซ้ำในเดือนที่ 2 , 6, 12, 18 และแต่ละครั้งที่ปรากฏอาการเดือนล่วงหน้า 5. The Early Signs Questionnaire ประเมินครั้งแรกและเก็บไว้เป็นข้อมูลและประเมินซ้ำในเดือนที่ 2 , 6, 12, 18 และแต่ละครั้งที่ปรากฏอาการเดือนล่วงหน้า
Intervention	โปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำ - การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กระทำโดยใช้คอมพิวเตอร์คัดผู้ป่วยเข้าหนึ่งใน 2 กลุ่ม ซึ่งมีจำนวน 41 คน ดำเนินการโดยจิตแพทย์พยาบาลระดับหัวหน้า หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการรับรอง และผู้จัดการรายกรณี โดยแยกทีมกันเด็ดขาด - ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยในทุกรายจะได้รับการตอบแบบสอบถาม The Early Signs Questionnaire ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาตามมาตรฐานและมีการตรวจสอบเดือนละ 1 ครั้ง มีการนำ case มาพบทวนสัปดาห์ละ 1 ครั้งและถ้าตรวจพบว่ามีการบอกเหตุล่วงหน้าขนาดยาจะเพิ่มขึ้น 20 % ขึ้นอยู่กับความต้องการทางคลินิกของผู้ป่วยและลดลงสู่ระดับปกติใน 3-4 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการบำบัดเพิ่มอีก 5 ด้าน ได้แก่

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องของกระบวนการการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการสังเกตอาการและพฤติกรรมที่บอกเหตุล่วงหน้า 2. การเฝ้าสังเกตอาการบอกเหตุล่วงหน้าโดยทีมผู้รักษา, ผู้ป่วย, ครอบครัวผู้ป่วยและคนอื่นๆทุกครั้งที่พบปะกับผู้ป่วย 3. การให้ Clinical intervention ภายใน 24 ถึง 48 ชั่วโมงเมื่ออาการบอกเหตุล่วงหน้าถูกค้นพบ โดยเพิ่มความถี่ในการแก้ไข ปัญหา การเยี่ยมเพื่อทำ Supportive therapy และเพิ่มยาเมื่อจำเป็น 4. มีการทำ Supportive group therapy สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ประกอบด้วยการเน้นการทักษะการรับมือกับปัญหา หากผู้ป่วยปฏิเสธการเข้ากลุ่มก็จะมีการทำ Individual support therapy 30-40 นาที 5. การให้ Psycho-education group แบบหลายครอบครัว เป็นเวลา 90 นาที ซึ่งญาติผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้เข้ากลุ่ม 2 สัปดาห์ต่อครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน และหลังจากนั้นเดือนละ 1 ครั้ง
Research Findings	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการป่วยซ้ำมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 17 และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 22 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีอัตราการป่วยซ้ำคิดเป็นร้อยละ 34 และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 39
การสกัดเพื่อนำไปใช้	จากการศึกษาวิจัยโปรแกรมการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการศึกษาถึงการค้นหาอาการบอกเหตุล่วงหน้าของการป่วยซ้ำซึ่งเมื่อเราพบได้ทันทั่วทั้งที่ก็จะช่วยในการรักษาด้วยยาและการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดก็จะสามารถช่วยลดการป่วยซ้ำลงได้ซึ่งจะช่วยป้องกันการป่วยซ้ำได้อีก

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 5

ชื่อเรื่องงานวิจัย **ITAREPS: Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia**

ผู้แต่ง Spaniel. F., et al.

แหล่งตีพิมพ์ / ปี Schizophrenia Research/ 2008

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาการใช้โปรแกรม ITAREPS (Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia) ในการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
Research Design	การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)
Level	B
Sample	1. ผู้ป่วยจิตเวช 45 คน ที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท โรคจิตอารมณ์ โรคจิตเฉียบพลันหลายรูปแบบที่มีและไม่มีอาการทางจิตเภท โดยเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 29 คน 2. ญาติผู้ป่วยจิตเวช 39 คน
Setting	แผนกผู้ป่วยนอกของสถานบริการจิตเวช ประเทศสาธารณรัฐเชค
Outcome	1. จำนวนครั้งของการตอบและส่ง SMS ของผู้ป่วยและญาติ 2. จำนวนครั้งของการเกิดอาการเตือนของโรคจิตเวช 4. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5. ตัวแปรที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังได้รับโปรแกรม ITAREPS

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments	1. โปรแกรม ITAREPS (Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia) ซึ่งพัฒนาขึ้นที่ Prague Psychiatric Centre 2. แบบสอบถามอาการเตือนของอาการทางจิต (Early warning Signs Questionnaire; EWSQ) สำหรับผู้ป่วย 3. แบบสอบถามอาการเตือนของอาการทางจิต (Early warning Signs Questionnaire; EWSQ) สำหรับญาติผู้ป่วย
Intervention	โปรแกรม ITAREPS เป็นโปรแกรมที่นำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ห่างไกลโดยการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่และเครื่องคอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ - การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กระทำโดยจิตแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชจำนวน 14 แห่งในสาธารณสุขรัฐเชค นอกจากนี้ยังได้มีการโฆษณาในวารสารจิตแพทย์เพื่อหากกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชแห่งอื่นๆ เพิ่มเติมด้วย - ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ระบบอัตโนมัติของโปรแกรมจะส่งแบบสอบถามไปทาง SMS เข้าสู่มือถือของผู้ป่วย และญาติสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ในวันพฤหัสบดี) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตอบแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อโดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที ซึ่งแบบสอบถามจะแยกเป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยและสำหรับญาติ หลังจากผู้ป่วยและญาติตอบแบบสอบถามเสร็จจะส่งคำตอบซึ่งเป็นระดับคะแนนอาการเตือนทางจิตผ่านทาง SMS เข้าสู่โปรแกรม ITAREPS ถ้าระดับคะแนนอาการเตือนทางจิตสูงเกินกว่าสัปดาห์ที่ผ่านมา 20% ระบบจะมีการเตือนจิตแพทย์ผู้ดูแลทันที และจิตแพทย์จะติดต่อกลับทาง E-mail message เพื่อให้คำแนะนำ

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ในการปฏิบัติเบื้องต้น (Early Intervention Algorithm; EIA) ในการดูแลที่ถูกต้องต่อไป หลังจากผู้ป่วยมีอาการเตือนทางจิตเวชเกิดขึ้น 1 ครั้ง จิตแพทย์ต้องเฝ้าระวังและประเมินอาการต่อไปอีก 3 สัปดาห์ เรียกว่า Alert Period โดยในช่วงนี้จะให้ผู้ป่วยและญาติตอบแบบสอบถามสัปดาห์ละ 2 ครั้งคือในวันพฤหัสบดีและวันจันทร์ ถ้าอาการไม่เลวลงก็จะยุติ Alert Period ในกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยหรือญาติต้องส่งข้อมูลนี้ทาง SMS เข้าสู่ระบบด้วยโดยข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะถูกจัดเก็บในอินเทอร์เน็ตและจิตแพทย์ผู้ดูแลสามารถศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยได้ผ่านทาง www.itareps.com
Research Findings	1. ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามจำนวน 1,540 ครั้ง และญาติตอบแบบสอบถามจำนวน 1,020 ครั้ง 2. ผู้ป่วยส่ง SMS ตอบว่ามีอาการเตือนทางจิตเวชจำนวน 88 ครั้ง ส่วนญาติตอบกลับว่าผู้ป่วยมีอาการเตือนทางจิตเวชจำนวน 47 ครั้ง 3. ผู้ป่วยออกจากงานวิจัยกลางคัน 10 % 4. ในช่วงที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม ITAREPS สามารถลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ถึง 60% และสามารถลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ถึง 100% ในกลุ่มที่ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือสูงในการเข้าร่วมโปรแกรม ITAREPS 5. การเข้าร่วมโปรแกรม ITAREPS ไม่มีความแตกต่างในทางสถิติระหว่างผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับตัวแปรต่อไปนี้ 1) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย 2) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนเข้าโปรแกรม ITAREPS

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	3) ค่าคะแนน CGI ระหว่างการตรวจครั้งแรก 4) จำนวนครั้งของการ Alert ระหว่างที่อยู่ในโปรแกรม ITAREPS 5) สถานะของการได้รับยาต้านโรคจิต (การให้หรือการหยุดยาต้านโรคจิตเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม ITAREPS และ6) ระยะเวลาการเข้าร่วมในโปรแกรม ITAREPS
การนำไปใช้	ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ห่างไกล โดยให้จิตแพทย์เป็นผู้ประเมินอาการของผู้ป่วยจากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยและญาติ และให้คำแนะนำเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเตือนทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชน้อยลง

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 6

ชื่อเรื่อง ผลการใช้โปรแกรมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้แต่ง พิศสมร เดชดวง

แหล่งตีพิมพ์/ปี มหาวิทยาลัยมหิดล /2551

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลตนเอง 2. เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
Research Design	การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)
Level	B
Sample	ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญานนทบุรี เป็นผู้ป่วยในระยะเรื้อรังบำบัด หรือบำบัดระยะยาว และไม่ได้อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า ที่มีอายุระหว่าง 20-45 ปี และมีลักษณะคล้ายกันในด้านเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 36 คน คัดเลือกมาทีละคู่ และทำการสุ่มอย่างง่ายโดยจับฉลากเลือกกลุ่มที่จะทำการทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน
Setting	โรงพยาบาลศรีธัญญา
Outcome	1. การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท 2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท 3. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเภท 4. ความเข้มแข็งในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท 5. การควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instrument (ต่อ)	1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 54 ข้อ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทของ จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณและสุเมธชา บุญชัย (2545) ตามแนวคิดของ Orem (1991) ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ จากการปฏิบัติประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาโปรแกรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องโดยใช้กระบวนการกลุ่มและ ดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอนคือ ขั้นนำ ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุปประเมินผล โดยใช้กิจกรรมในการให้ความรู้ การใช้สถานการณ์จำลอง และการแสดงบทบาทสมมติจำนวน 10 ครั้งๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง ในเรื่องการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการเจ็บป่วยของตนเอง การส่งเสริมความเข้มแข็งในตนเองแก่ผู้ป่วย การส่งเสริมการควบคุมอารมณ์ ความคิด การฝึกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	กลุ่มควบคุม ก่อนดำเนินการทดลองผู้วิจัยพบกลุ่มผู้ป่วยให้ผู้ป่วยตอบแบบ สัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองและเก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการ ทดลอง <u>ขั้นตอนการ</u> ให้การพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย - การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน - การให้ยาตามแผนการรักษา - การตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจพิเศษต่างๆ - การสนทนาเพื่อการบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด <u>ขั้นสรุปประเมินผล</u> หลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบ สัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำเพื่อใช้ เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Posttest) กลุ่มทดลอง ก่อนดำเนินการทดลองผู้วิจัยพบกลุ่มผู้ป่วยให้ผู้ป่วยตอบแบบ สัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองและเก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการ ทดลอง <u>ขั้นนำ</u> ผู้วิจัยและทีมวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างแรงจูงใจใน การเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 1 สร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง <u>ขั้นตอนการ</u> กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ครั้งที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ โดยใช้สถานการณ์ “ฉันอยากรู้จักเธอ” กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วย ของตนเอง

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ครั้งที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท จากสถานการณ์ “เรื่อง ของแดง” ครั้งที่ 4 ความรู้เรื่องการรับประทานยารักษาโรคจิต จากสถานการณ์ “การตัดสินใจของแดง” ครั้งที่ 5 ความรู้เรื่องการป้องกันอาการของโรคจิต กำเริบ จากสถานการณ์ “มาป้องกันอาการกำเริบ กันเถอะ” กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความเข้มแข็งในตนเองแก่ผู้ป่วย ครั้งที่ 6 การสร้างคุณค่าในตนเอง จากสถานการณ์ “ความภูมิใจของแดง” กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมการควบคุมอารมณ์ ความคิด และ พฤติกรรม ครั้งที่ 7 การเผชิญความเครียดและการควบคุม อารมณ์ จากสถานการณ์ “จะอย่างไรดี” ครั้งที่ 8 การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ จาก สถานการณ์ “กิจกรรมดี มีประโยชน์” กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ ครั้งที่ 9 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และบทบาท ของญาติในการส่งเสริมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วย <u>ขั้นสรุปประเมินผล</u> ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเพื่อพูดคุยสัมภาษณ์สภาพ ทบทวน และสรุป ประเมินผลจากการเข้าร่วมกิจกรรม และประเมินผลการติดตามการดูแล ตนเองของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ในหอผู้ป่วย ครั้งที่ 10 ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ประสบการณ์ต่างๆ จาก กิจกรรมเปรียบเทียบกับเนื้อหาของสิ่งที่เรียนรู้ กับชีวิตจริง เพื่อการนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ต่อไปหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำเพื่อใช้เป็นคะแนนหลังการทดลอง(Posttest)
Research finding	ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา มีสถานภาพสมรส โสด ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีรายได้ 5000-10000 บาท ซึ่งเป็นรายได้ที่เพียงพอ อาศัยอยู่กับบิดา-มารดา มากที่สุด มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว4-5 คน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเป็นคนดูแลตนเอง ช่วงอายุในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะอยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวนครั้งในการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 1-3 ครั้ง กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น มีสถานภาพสมรส โสด ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีรายได้ 5000-10000 บาท ซึ่งเป็นรายได้ที่เพียงพอ อาศัยอยู่กับญาติพี่น้องมากที่สุดมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 คน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเป็นคนดูแลตนเอง ช่วงอายุในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะอยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวนครั้งในการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 4-6 ครั้ง Between Group ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research finding (ต่อ)	พิจารณาตามรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05
การสกัดเพื่อนำไปใช้	จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพเน้นให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้และมีญาติคอยสนับสนุน โดยจะมีการวางแผนการพยาบาล อย่างต่อเนื่องทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและมีประสิทธิภาพทำให้ป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 7

ชื่อเรื่อง ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการกลับเป็นซ้ำ และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง

ผู้แต่ง ผศ.รศ.ดร.ถาวรพงศ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์

แหล่งตีพิมพ์/ปี กรมสุขภาพจิต/ 2549

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการกลับเป็นซ้ำและ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท
Research Design	การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental designs)
Level	B
Sample	ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM-IV) ว่าเป็นโรคจิตเภท เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยภวานาและหอผู้ป่วยอื่นๆ จำนวน 70 คนมีการคัดเลือกเข้ากลุ่มโดยการจับสลากเข้าผู้ที่จับสลากได้เลขคู่จะอยู่ในกลุ่มทดลองและผู้ที่จับสลากได้เลขคี่จะอยู่ในกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1. เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 2 ปี 2. เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 ครั้งใน 24 เดือนก่อนเข้าโครงการ 3. ขาดยาและไม่ร่วมมือในการรักษาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำเป็นแบบผู้ป่วยใน
Setting	โรงพยาบาลสวนปรุง
Outcome	1. การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท 2. การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท 3. การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท
Research Instrument	1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instrument (ต่อ)	2. เครื่องมือทดลอง ได้แก่ Care Map การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สร้างขึ้นโดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาล เครือข่าย ประกอบด้วยแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล สวนปรุงและแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน 3. เครื่องมือวัดผล ได้แก่ 3.1 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยนำมาจากแบบ วัดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทของสาธุพร พุฒ ขาว(2541) ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นข้อ ความทางบวก 2 ข้อ ข้อความด้านลบ 5 ข้อ ลักษณะ แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือเคยปฏิบัติหรือไม่เคย ปฏิบัติ ถ้าคะแนนรวมสูงกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนหมายถึง ความ ร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี แต่ถ้าคะแนนต่ำกว่า 4 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ดี 3.2 แบบบันทึกสถิติประจำเดือนเรื่องการกลับมารักษาซ้ำของผู้ ป่วยโรคจิตเภท 3.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของ นันทนา ทองด้วง (2547) มีข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ ประกอบด้วยข้อ คำถามที่มีความหมายด้านบวก 33 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมาย ด้านลบ 5 ข้อซึ่งใช้วัดความพึงพอใจ 5 ด้านประกอบด้วย ด้านความ สะดวก ด้านการประสานงาน ด้านอรรถาธิบาย ความสนใจของผู้ ให้บริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับ และด้านคุณภาพบริการ แบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	กลุ่มควบคุม จำนวนผู้ป่วย 35 คน รับประทานยาไว้แบบผู้ป่วยในตามตึกต่างๆ ให้การดูแลตามปกติเป็นระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน กลุ่มทดลอง จำนวนผู้ป่วย 35 คน รับประทานยาไว้แบบผู้ป่วยในที่ตึกภพนาโดยมีการดำเนินแผนการดูแลเป็นระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ประเมินอาการซ้ำซ้อนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้ในโรงพยาบาล 2. ทีมสหวิชาชีพพบผู้ป่วยเพื่อประเมินผู้ป่วยโรคจิตเภท 3. ให้บริการตามแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุงโดยทีมสหวิชาชีพและให้บริการประจำวันตามปกติ 4. สรุปปัญหาและเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภท 5. ประสานพยาบาลในชุมชน 6. จำหน่ายผู้ป่วย 7. เยี่ยมผู้ป่วยและให้การดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน 8. ประสานการดูแลระหว่างทีมพยาบาลและทีมชุมชนเป็นระยะเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านได้ 1 เดือน วัดคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เก็บสถิติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 3 เดือนและ 6 เดือน
Research finding	ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี โดยกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 31.43 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 40 มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นกลุ่มทดลองร้อยละ 80 คิดเป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 74.29 ในด้าน

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research finding (ต่อ)	อาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ว่างงานคิดเป็นกลุ่มทดลองร้อยละ 60 คิดคิดเป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 51.43 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นกลุ่มทดลองร้อยละ 68.57 คิดเป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 57.14 จำนวนครั้งของการรักษาแบบผู้ป่วยในส่วนมากได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 6-10 ครั้งคิดเป็นกลุ่มทดลองร้อยละ 40 คิดเป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 37.15 ข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา Within group กลุ่มควบคุมมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่าง กลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 Between group เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของทั้ง 2 กลุ่มหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ข้อมูลเกี่ยวกับการมารับการรักษาซ้ำ กลุ่มทดลอง การกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มทดลองพบว่าลดลงโดยภายใน 28 วันจากร้อยละ 42.86 เหลือร้อยละ 0 การกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน จากระ้อยละ 65.71 เหลือ ร้อยละ 8.57 การกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือนจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 11.43 กลุ่มควบคุม การกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่าง

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research finding (ต่อ)	ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ความพึงพอใจต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับ มาก
การสกัดเพื่อนำไปใช้	จากงานวิจัยพบว่าการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาดูแลผู้ป่วย จะทำให้มีการดูแลผู้ป่วยได้ควบคุมในทุกด้านด้วยทีมสหวิชาชีพตั้งแต่ โรงพยาบาลสู่ชุมชนสามารถทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ต่อเนื่องช่วย ลดการป่วยซ้ำลงได้

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท งานวิจัยที่ 8

ชื่องานวิจัย ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้แต่ง วัฒนาภรณ์ พิบูลธาลักษณ์

แหล่งตีพิมพ์/ปี มหาวิทยาลัยมหิดล/2549

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ 2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
Research Design	การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research)
Level	B
Sample	ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ เป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ - เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท - เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ตั้งแต่ 18-36 คะแนน โดยอาการทางจิตทั้ง 18 ด้าน ต้องมีค่าระหว่าง 1-2 คะแนน - ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น การได้ยิน การพูด - มีอายุระหว่าง 20-59 ปี - มีโทรศัพท์ที่ใช้ในบ้านของตัวเอง ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยคัดเลือกจาก

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	1. ใช้วิธีจับฉลาก 7 หอผู้ป่วย เพื่อแบ่งเป็นหอผู้ป่วยควบคุมจำนวน 3 หอ และหอผู้ป่วยทดลอง จำนวน 4 หอผู้ป่วย 2. เลือกตัวอย่างโดยมีคุณลักษณะในหอผู้ป่วยควบคุมและหอผู้ป่วยทดลองให้มีความเหมือนกันเป็นจำนวนใกล้เคียงกัน ดังนี้ 2.1 เพศเดียวกัน 2.2 สถานภาพสมรสเหมือนกัน 2.3 ระดับการแสดงอารมณ์ในครอบครัวระดับเดียวกัน
Setting	สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ
Outcome	1. การสังเกตอาการทางจิตที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้นของผู้ป่วยจิตเภท 2. การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท 3. การใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท
Research Instrument	1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 : แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาก่อนการเจ็บป่วย ระยะเวลาระหว่างการเข้ารับการรักษาครั้งก่อนและระยะเวลาก่อนการเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของ Meijel et al. (2003) และจากแบบสอบถามของเพชร คันธสายบัว (2544) แบ่งเป็น 3 ด้านจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ ดังนี้ ด้านที่ 1 การจำแนกอาการเตือน จำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 2 การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา จำนวน 4 ข้อ

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instrument (ต่อ)	ด้านที่ 3 การใช้ยาที่ถูกต้อง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 อันดับ โดยที่ 5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุดและ 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านน้อยที่สุด โดย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 14-70 คะแนน 2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา: โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งผู้วิจัยพัฒนาตาม กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) แนวคิดการจำแนกอาการเตือนของ Meijel et al. (2003) และการวิเคราะห์ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำของเพริ คันธสายบัว (2544) โดยมี 4 ปัจจัย 5 กิจกรรม (จำนวน 10 ครั้ง) ดังนี้ ปัจจัยที่ 1. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ กิจกรรมที่ 1 (ครั้งที่ 1) การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ใช้เวลา 45 นาที ประกอบด้วย เนื้อหา ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผลดีของพฤติกรรม ป้องกันการป่วยซ้ำ ปัจจัยที่ 2. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ กิจกรรมที่ 2 (ครั้งที่ 2) การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาของ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ประกอบด้วย เนื้อหา ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ปัญหา ของการจำแนกอาการเตือน ปัญหาของการดูแลตนเองด้านการเตรียม เภสัชวิทยา และปัญหาการใช้ยาที่ถูกต้อง ปัจจัยที่ 3. การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instrument (ต่อ)	กิจกรรมที่ 3 (ครั้งที่ 2) การสัมภาษณ์ตัวแบบผ่านผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ใช้เวลา 60 นาที เนื้อหาการสัมภาษณ์ประกอบด้วย ประสิทธิภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำต่อการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ต้องต้องหลังจำหน่าย ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการป้องกันการป่วยซ้ำและการจัดการปัญหาจากการป้องกันการป่วยซ้ำ กิจกรรมที่ 4 (ครั้งที่ 3 - 4) การเรียนรู้ประสบการณ์เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ใช้เวลาประมาณ 120 นาทีโดยแบ่งเป็น 2 ครั้งๆละ 60 นาที ครั้งที่ 1 ประกอบด้วยตอนที่ 1-3 ครั้งที่ 2 ประกอบด้วยตอนที่ 4-6 ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการใช้ขั้นตอนกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Titty (1994) จำนวน 6 ขั้นตอนคือ ตอนที่ 1 ประสบการณ์ที่เคยป้องกันการป่วยซ้ำ ตอนที่ 2 การนำเสนอเนื้อหาสาระพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ตอนที่ 3 การวิเคราะห์บททวนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ตอนที่ 4 การสรุปสิ่งเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ตอนที่ 5 การฝึกทักษะพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ตอนที่ 6 การส่งต่อคู่มือการสร้างพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ปัจจัยที่ 4. อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ กิจกรรมที่ 5 (ครั้งที่ 5 -10) การติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของรัชนิ ศรีหิรัญ (2544) ซึ่งจะมีกิจกรรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง/ อาทิตย์ เป็นเวลา 3 อาทิตย์ รวม 6 ครั้งระยะเวลาในการติดตามแต่ละครั้ง 15-20 นาที

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instrument (ต่อ)	เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในสัปดาห์ที่ 5
Intervention	โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ขั้นเตรียมการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และPretest โดย 1. สุ่มหอยผู้ป่วยโดยการจับสลากได้จำนวน 4 หอย จำนวนผู้ป่วย 30 คน 2. ประเมินอาการผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินBPRS เพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง 3. ระยะเวลาอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระยะเวลาในการพบผู้ป่วย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (อังคาร- พฤหัส หรือ พุธ- ศุกร์) 1 สัปดาห์หลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายนัดเวลาในการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (จันทร์-พุธ หรือ อังคาร-พฤหัสบดี หรือ ศุกร์-อาทิตย์ หรือ เสาร์- จันทร์) ครั้งละ 15 นาที ช่วงเวลา 17.00-20.00 น. โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดวันและช่วงเวลาเอง 4. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ขั้นตอนการ กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามตารางกิจกรรมประจำหอยผู้ป่วยนั้น ดังนี้ เวลา 09.30-10.00 น. เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น กลุ่มอ่านหนังสือพิมพ์ กลุ่ม Morning talk การมีปฏิสัมพันธ์ดังต่อไปนี้กับพยาบาล เวลา 10.00 -11.00 น. เข้ากลุ่มจิตบำบัด กลุ่มวางแผนครอบครัว กลุ่มนันทนาการบำบัด กลุ่มอาชีพบำบัด

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	เวลา 13.00-14.30 น. เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น กลุ่มวาดรูป กลุ่มอ่านหนังสือ กลุ่มกีฬา กลุ่มอาชีพบำบัด เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยที่มีการกลับป่วยซ้ำภายใน 28 วัน จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลจิตเวชชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 5 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชุดเดิมผ่านทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลอง พบผู้ป่วยตามเวลาที่นัดหมาย ให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้เวลาในการทดลองในโรงพยาบาลจำนวน 2 สัปดาห์จำนวน 4 ครั้ง (2 ครั้ง/สัปดาห์) และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอีก 3 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง (2 ครั้ง/สัปดาห์) รวมทั้งหมด 10 ครั้ง ดังรายละเอียด ดังนี้ - สัปดาห์ที่ 1 แบ่งเป็น 2 ครั้งมี 3 กิจกรรม (ครั้งที่ 1 มี 2 กิจกรรม ครั้งที่ 2 มี 1 กิจกรรม) ครอบคลุมปัจจัย 2 ด้าน(การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำและการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ) ดังนี้ - ครั้งที่ 1 มี 2 กิจกรรม คือ - กิจกรรมที่ 1 การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำใช้เวลาทั้งสิ้น 45 นาที - กิจกรรมที่ 2 การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำใช้เวลาทั้งสิ้น 45 นาที - ครั้งที่ 2 มี 1 กิจกรรม คือ - กิจกรรมที่ 3 การสัมภาษณ์ตัวเองผ่านผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที - สัปดาห์ที่ 2 แบ่งเป็น 2 ครั้งๆ ละ 1 กิจกรรม ครอบคลุมปัจจัยด้านที่ 3 (การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ) ดังนี้

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ครั้งที่ 3 มี 1 กิจกรรมคือ กิจกรรมที่ 4 การเรียนรู้จากประสบการณ์เรื่อง” การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทเพื่อไม่ให้ป่วยซ้ำ” ตอนที่ 1 รวมเวลาที่ใช้ทั้งสิ้น 60 นาที ครั้งที่ 4 มี 1 กิจกรรมคือ กิจกรรมที่ 4 การเรียนรู้จากประสบการณ์เรื่อง” การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทเพื่อไม่ให้ป่วยซ้ำ” ตอนที่ 2 รวมเวลาที่ใช้ทั้งสิ้น 60 นาที - สัปดาห์ที่ 3 - 5 แบ่งเป็น 2 ครั้ง / สัปดาห์ ครอบคลุมปัจจัยด้านที่ 4 ดังนี้ ครั้งที่ 5 -10 มี 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 5 การติดตามทางโทรศัพท์รวมเวลาที่ใช้ทั้งสิ้น 15 - 20 นาที/ครั้ง - สัปดาห์ 5 หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชุดเดิมผ่านทางโทรศัพท์
Research Finding	Within Group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Finding(ต่อ)	Between group ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพิจารณารายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้านคือด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมการเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้องแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
การสกัดเพื่อนำไปใช้	จากผลการศึกษา การนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมาใช้อาจจะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวและชุมชนสามารถจำแนกอาการเตือนของตัวเองสามารถดูแลตนเองในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสมสามารถรับประทานยาได้ต่อเนื่อง และพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำดีขึ้น

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 9

ชื่อเรื่อง ผลการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี

ผู้แต่ง โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย

แหล่งตีพิมพ์/ปี กรมสุขภาพจิต/ 2547

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม
Research Design	The One Group Pretest- Posttest
Level	B
Sample	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD -10) ที่มารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2546 ถึงเดือนกันยายน 2547 จำนวน 20 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1. ได้รับการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลลพบุรี เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท 2. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ สามารถพูดคุยได้ตอบได้ และอ่านออกเขียนได้ 3. ระยะของโรคอยู่ในอาการสงบ ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน 4. เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และให้ความร่วมมือวิธีคัดเลือกเข้ากลุ่ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการตรวจรักษาทั้งหมด ที่มีอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรีย้อนหลังตั้งแต่เดือนตุลาคม 2546 ถึงเดือนกันยายน 2547 โดยการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Setting	แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี
Outcome	1. ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาของโรคจิตเภท 2. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้นและจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของโรคจิตเภท 3. ทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท 4. การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลและการผ่อนคลายความตึงเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
Research Instruments	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1. โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในหอผู้ป่วยของกลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมของอัญชลี ศรีสุพรรณ โดยมีกิจกรรมในโปรแกรมทั้งสิ้น 4 กิจกรรมดังนี้ - กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและการรักษาเกี่ยวกับโรค - กิจกรรมที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้นและการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา - กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม - กิจกรรมที่ 4 การดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลและการผ่อนคลายความตึงเครียด ซึ่งในแต่ละกิจกรรมประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอนคือ - ขั้นตอนที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับสมาชิกกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง - ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกันและให้ความรู้ผู้ป่วย มีการเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มขนาด 5-10 คน แลกเปลี่ยนประสบการณ์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

ข้อมูล	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	ขั้นตอนที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นการให้ผู้ป่วยช่วยกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ การแก้ไขปัญหาที่ได้จากกลุ่ม 2. แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตของ จันทรา ชีรสมบุรณ์ และแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการทางลบของ อัญชลี ศรีสุพรรณ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบทดสอบที่มีลักษณะ 2 ตัวเลือก 3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยพัฒนามาจากการสร้างเครื่องมือของเพชร คันธสาขบัว ที่ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 73 ข้อ
Intervention	โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ขั้นเตรียมการ เตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ข้อตกลงขั้นตอนและระยะเวลาในการทำกิจกรรมและขอความร่วมมือในการศึกษา ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และทำการประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทโดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Pre-test) ในวันที่ 30 เมษายน 2548 ขั้นทดลอง โดยการทำกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที นัดเข้ากลุ่มวันละ 1 กิจกรรม / ครั้ง การดำเนินกิจกรรมดังนี้ <u>กิจกรรมที่ 1</u> การสร้างสัมพันธภาพและการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาโดยจัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

ข้อมูล	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	กลุ่มที่ 1 วันที่ 30 มีนาคม 2548 เวลา 09.00-10.00 น. กลุ่มที่ 2 วันที่ 30 มีนาคม 2548 เวลา 13.00 - 14.00 น. <u>กิจกรรมที่ 2</u> การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้น และการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา โดยจัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 วันที่ 31 มีนาคม 2548 เวลา 09.00-10.00 น. กลุ่มที่ 2 วันที่ 31 มีนาคม 2548 เวลา 13.00 - 14.00 น <u>กิจกรรมที่ 3</u> การพัฒนาทักษะทางสังคม เช่น การสื่อสารที่ดี และมีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและครอบครัว การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมโดยจัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 วันที่ 1 เมษายน 2548 เวลา 09.00-10.00 น. กลุ่มที่ 2 วันที่ 1 เมษายน 2548 เวลา 13.00 - 14.00 น <u>กิจกรรมที่ 4</u> การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลและการผ่อนคลายความตึงเครียดโดยจัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 วันที่ 2 เมษายน 2548 เวลา 09.00- 10.30 น. กลุ่มที่ 2 วันที่ 2 เมษายน 2548 เวลา 13.00 -14.30 น ขั้นประเมินผล ประเมินความรู้กลุ่มตัวอย่างหลังการศึกษา (Post- test) เกี่ยวกับโรคจิตเภทโดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทชุดเดิม ในวันที่ 2 เมษายน 2548 และประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองหลังการศึกษา 1 สัปดาห์โดยใช้แบบประเมิน พฤติกรรมการดูแลตนเองชุดเดิม (Post- test) ในวันที่ 9 เมษายน 2548
Research Findings	1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 55 เป็นเพศหญิงร้อยละ 45 โดยส่วนใหญ่อายุระหว่าง 30-38 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 40 อยู่ในสถานภาพโสด ร้อยละ 90 โดยมีระยะการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-6 ปี ร้อยละ 60 และส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลร้อยละ 55

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

ข้อมูล	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
การสกัดเพื่อนำไปใช้	ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม มีความรู้ ทักษะการเข้าสังคม การจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 10

ชื่อเรื่องงานวิจัย บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ผู้แต่ง มารศรี ปาณิวัตร

แหล่งตีพิมพ์/ปี กรมสุขภาพจิต/ 2548

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	1. เพื่อศึกษาบทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนที่บ้าน 2. เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนที่บ้าน
Research Design	การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ชนิด One group pre-test – post-test design
Level	B
Sample	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจำนวน 7 คน ที่มีปัญหาซับซ้อน ดังนี้ - ผู้ป่วยที่กลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 2 เดือนหลังจำหน่าย - ญาติไม่ให้การดูแล ไม่ยอมรับและไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัว หรือญาติเพื่อนบ้าน - ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ - ผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ - ไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ - ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ - ผู้ป่วยที่ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม - ผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน แยกตัว ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม 2. ผู้ดูแลหลัก จำนวน 11 คน

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Setting	อำเภอเมือง จังหวัดเลย
Outcomes	1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 2. ระดับคะแนนสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช 3. ระดับคะแนนการประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงานของผู้ป่วยจิตเวช 4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก 5. บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
Research Instruments	1. แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต (2541) 2. แบบประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงานของผู้ป่วยจิตเวช (Global Assessment of Functioning Scale, GAF) 3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ที่ผู้วิจัยนำมาจากพรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ (2547) 4. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2543) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลครอบครัว รวมทั้งบันทึกกิจกรรมและการให้ความช่วยเหลือทางการพยาบาลในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง
Intervention	เป็นการให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล รายละประมาณ 5-8 ครั้ง โดยใช้ “กระบวนการพยาบาล” เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ครั้งแรกในการเยี่ยมบ้านจะให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทและแบบประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงานของผู้ป่วย (Pre - test) หลังจากนั้นจึงปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลพร้อมกับการบันทึกในแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทุกครั้ง ครั้งสุดท้ายของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีการประเมินด้วยแบบประเมินชุดเดิม (Post - test) พร้อมกับประเมิน

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention(ต่อ)	ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และมีการติดตามเพื่อประเมินความต่อเนื่องของการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยในแต่ละเดือนเป็นระยะเวลา 6 เดือนโดยในขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้านแต่ละครั้ง ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาล ดังนี้ 1. การประเมินปัญหา โดยมีกิจกรรมที่ปฏิบัติ คือ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อความเชื่อถือว่าไว้วางใจระหว่างผู้ศึกษาและผู้รับบริการ 1.2 กระตุ้นให้พูดคุยถึงความรู้สึก และผลกระทบที่ได้รับจากการเจ็บป่วยโดยใช้คำถามปลายเปิด 1.3 ร่วมรับรู้ปัญหา โดยรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ ใส่ใจ แสดงความรู้สึกเห็นใจในปัญหาที่เกิดขึ้น แสดงความห่วงใย 1.4 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดปัญหา โดยสรุปจากการบอกเล่าของผู้ป่วยและญาติ และสะท้อนคิดพิจารณาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พร้อมทั้งให้บอกความคาดหวังในการเจ็บป่วย 1.5 เสนอตัวให้ความช่วยเหลือ โดยแสดงความห่วงใยและต้องการช่วยเหลือในปัญหาที่เกิดขึ้น 1.6 สร้างข้อตกลงร่วมกันในการแก้ไขปัญหาระหว่างผู้รับบริการและผู้ศึกษา 2. การวางแผนและปฏิบัติ โดยมีกิจกรรมที่ปฏิบัติ คือ 2.1 พิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาของผู้รับบริการ 2.2 ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหาระหว่างผู้รับบริการและผู้ศึกษา

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention(ต่อ)	2.3 หาวิธีการแก้ไขปัญห โดยกระตุ้นให้ผู้รับบริการเป็นผู้คิดหาแนวทางแก้ไข เพื่อปรับความหวังให้เป็นแผนการดูแล 2.4 ปฏิบัติตามแผนโดยผู้ศึกษาให้การสนับสนุน แนะนำให้กำลังใจ ให้ข้อมูล สร้างความมั่นใจ ให้เสริมพลัง กล่าวชื่นชมให้กำลังใจเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น 2.5 สรุปประเด็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสรุปให้เห็นศักยภาพของผู้ป่วยและญาติในความสามารถของการแก้ไขปัญห 2.6 จากการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี มีการเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการดูแล 2.7 สร้างความตระหนักและให้ความสำคัญของบุคคลในชุมชน ค้นหาศักยภาพของชุมชนและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย 2.8 หาแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย 3. การประเมินผล มีกิจกรรมที่ปฏิบัติดังนี้ 3.1 ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในผู้ป่วยและครอบครัว 3.2 นำมาปรับปรุงแก้ไขในกิจกรรมต่างๆ หรือปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ 3.3 เชื่อมโยงแหล่งสนับสนุนในพื้นที่เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง 3.4 สรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 3.5 ประเมินความพึงพอใจ 3.6 ยุติบริการ

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช
งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention(ต่อ)	โดยในการปฏิบัติการตามกระบวนการพยาบาลดังกล่าว ผู้ศึกษาปฏิบัติภายใต้บทบาทพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของเคลบบานอฟ (Klebanoff) ดังนี้ 1. บทบาทของการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง โดยมีกิจกรรมการพยาบาลดังนี้ - การประเมินสถานะด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย - การตรวจสภาพจิต การให้คำปรึกษารายบุคคล - การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย - การส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ ที่เหมาะสม - จัดการเรื่องการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยพบพยาบาลผู้เชี่ยวชาญตาม ปัญหาของผู้ป่วยและญาติ - บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง - ให้ความร่วมมือกับทีมการรักษาในการดูแลผู้ป่วย - ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช เพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม - ประเมินผลการให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 2. บทบาทที่ปรึกษา มีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้ - ให้ความปรึกษาแก่สมาชิกในทีมการรักษา - ให้ความปรึกษาแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน - ให้ความปรึกษาด้านการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน - เป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาการให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ที่บ้าน 3. บทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล กิจกรรมการพยาบาล มีดังนี้

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention(ต่อ)	- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง และให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลผู้ป่วย - ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการและการรักษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องยา ผลข้างเคียงของยา และวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช - ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน - ให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพทั้งกับพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ - ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เช่น แหล่งสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านจิตใจและสังคมในโรงพยาบาล เช่น คลินิกคลายเครียด บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นต้น - ให้ข้อมูลแก่ญาติและชุมชนเกี่ยวกับการแปลผลพฤติกรรมอาการของผู้ป่วยที่แสดงออก - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องของการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลภายในครอบครัวให้มีการติดต่อ สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดความขัดแย้งภายในครอบครัว - บันทึกการดูแลในแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทุกครั้งที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings	1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วย รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่กลับมารักษาซ้ำ ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ สามารถดูแลตนเองเรื่องการ รับประทานยาและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ช่วยเหลืองานครอบครัว ประกอบอาชีพและได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่น มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆในชุมชน มากขึ้น มีผู้ดูแล หลักเรื่องการรับประทานยา และเมื่อติดตามผล ความต่อเนื่องเมื่อยุติการดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน โดยติดตามผลจากการ บันทึกการมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่องในแต่ละ เดือน ร่วมกับการประเมินโดยการพูดคุยซักถาม ผู้ป่วยและญาติ พบว่า ในระยะเวลา 6 เดือนผู้ป่วยมารับการรักษาอย่าง สม่ำเสมอและต่อเนื่อง รับประทานยาได้ถูกต้องตามแผนการ รักษาของแพทย์ มีทักษะทางสังคมและสามารถดำเนินชีวิตได้ อย่างอิสระภายใต้บรรยากาศที่เป็นที่อาศัยของผู้ป่วยเอง 2. ระดับคะแนนสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยจิต เภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านมีระดับคะแนนสมรรถภาพสูงขึ้น กว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้าน ดังนี้ - ผู้ป่วยจิตเภท 6 ราย ก่อนได้รับการดูแลที่บ้านมี คะแนนความ สามารถอยู่ที่ระดับ 1 (ระดับคะแนน ≤ 2.40 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ รับผิดชอบของผู้อื่น หรือเป็นผู้ที่อยู่ตามลำพัง ไม่ ยุ่งกับใคร) หลังได้รับการดูแลที่บ้านมีคะแนนความสามารถอยู่ที่ ระดับ 3 (ระดับคะแนน ≥ 3.41 หมายถึง ผู้ป่วยอาการทุเลามาก ผู้ป่วยพึ่งตนเองได้หรือประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและช่วยเหลือ ผู้อื่นได้)

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	- ผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย ก่อนได้รับการดูแลที่บ้านมีคะแนนความสามารถอยู่ที่ระดับ 1 หลังได้รับการดูแลที่บ้านมีคะแนนความสามารถอยู่ที่ระดับ 2 (ระดับคะแนน 2.41 - 3.40 หมายถึง ผู้ป่วยอาการทุเลาปานกลาง เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้างแต่ยังมีการทางจิตหลงเหลืออยู่) 3. ระดับคะแนนการประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงานของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลที่บ้านมีระดับคะแนนการประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับการดูแลที่บ้าน ดังนี้ - ผู้ป่วยจิตเภททั้ง 7 ราย ก่อนได้รับการดูแลที่บ้านมีคะแนนการประเมินอาการทางจิตใจ สังคมและหน้าที่การงานอยู่ในระหว่าง 60 - 70 คะแนน หลังจากได้รับการดูแลที่บ้านมี 1 รายคะแนนเพิ่มเป็น 78 คะแนน ผู้ป่วย 5 รายคะแนนเพิ่มอยู่ในช่วง 80 - 90 คะแนน และอีก 1 รายคะแนนเพิ่มเป็นมากกว่า 90 คะแนน 4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอยู่ในระดับดีถึงดีมาก 5. สรุปบทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีความสอดคล้องกับบทบาทพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของเคลบบานอฟ (Klebanoff) ซึ่งสามารถแยกกิจกรรมในแต่ละบทบาทที่ได้ปฏิบัติที่มีความสอดคล้องและความแตกต่างจากบทบาทของเคลบบานอฟ ดังต่อไปนี้

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	5.1 บทบาทผู้ให้การพยาบาลโดยตรง (Clinician) กิจกรรมที่ปฏิบัติภายใต้บทบาทการให้การพยาบาลโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยที่มีความสอดคล้องกับของเคลบบานอฟ ในด้านการประเมินร่างกาย จิตใจสังคมของผู้ป่วย การตรวจสภาพจิต การประสานงานกับหน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการ พยาบาลจิตเวช บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง บริหารจัดการนำตัวผู้ป่วยไปยังแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ กิจกรรมที่ปฏิบัติเพิ่มเติมจากกรอบของเคลบบานอฟ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับที่เคลบบานอฟคือ ประเมินความรู้ และทัศนคติของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเวช ความเชื่อทางวัฒนธรรมและวิถีชุมชนของผู้ป่วยแต่ละราย ประเมินผลกระทบหรือความคับข้องใจของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพและความต้องการ บริหารจัดการให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหา ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงความสามารถและดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้ประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ สร้างการยอมรับจากญาติและชุมชนให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแล กิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติในบทบาทของการให้การพยาบาลตามที่เคลบบานอฟกล่าวไว้ มี 1 กิจกรรม คือ การทำจิตบำบัดรายครอบครัวและรายบุคคล 5.2 บทบาทการเป็นที่ปรึกษา (Consultant) กิจกรรมที่ปฏิบัติและมีความสอดคล้องกับบทบาทพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของเคลบบานอฟ คือ การให้

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในเรื่องความไม่สบายใจและความคับข้องใจจากการดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัว การให้คำปรึกษาแก่ญาติ รับฟังปัญหาความคับข้องใจที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วย การให้คำปรึกษาแก่ผู้นำและแกนนำชุมชน รับฟังปัญหาหรือผลกระทบที่ได้รับจากการมีผู้ป่วยทางจิตอยู่ในชุมชน ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดการตำหนิตืดเย็นผู้ป่วยและลดความขัดแย้งภายในครอบครัว การเป็นที่ปรึกษาด้านการจัดการในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านกับญาติและชุมชน กิจกรรมที่ปฏิบัติเพิ่มเติม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับที่เคลบบานอฟได้กล่าวไว้ในบทบาทที่ปรึกษามี 1 กิจกรรม คือ การเป็นที่ปรึกษาแก่ญาติในการประเมินความก้าวหน้าหรือพฤติกรรมอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย กิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติตามที่เคลบบานอฟกล่าวไว้ในบทบาท การ เป็นที่ปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นที่ปรึกษาเรื่องการวิจัย ทางโรงพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน นิเทศการให้การพยาบาลทางจิตสังคมแก่สมาชิกในทีมการรักษา เป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 5.3 บทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล (Teacher) กิจกรรมที่ปฏิบัติและมีความสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามของเคลบบานอฟ มีดังนี้ การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ญาติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน ให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการให้บริการของหน่วยงาน กระทำตัวเป็นแบบอย่างให้แก่ผู้ป่วย ญาติและชุมชนเพื่อนำไปปฏิบัติ

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	กิจกรรมที่ปฏิบัติเพิ่มเติมหรือเป็นกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับที่คลับบานอฟกล่าวถึง คือ การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ชุมชนในเรื่องโรคจิตเภท และความสำคัญของชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องสิทธิการรักษา และขั้นตอนของการไปขอรับบริการจากโรงพยาบาลเฉพาะทาง ให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแก่ญาติและชุมชน ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ส่วนราชการในท้องถิ่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องโรคจิตเภทกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติตามที่เตรียมไว้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การให้ข้อมูลแก่ทีมการรักษาเกี่ยวกับการแปลผลพฤติกรรม ความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย 5.4 กิจกรรมที่ปฏิบัตินอกเหนือจากบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของคลับบานอฟ คือ เชื่อมโยงให้เกิดการทำงานเป็นทีมยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ใช้ศักยภาพของชุมชนที่มีอยู่มาใช้ให้เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและชุมชน สนับสนุนให้ชุมชนรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเองเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วย
การสกัดเพื่อนำไปใช้	การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาลและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของคลับบานอฟ รวมทั้งกิจกรรมการพยาบาลที่เพิ่มเติมจากของคลับบานอฟ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนสามารถดูแลตนเองเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในชุมชน

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 11

ชื่อเรื่อง ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทแบบสหวิชาชีพ
ผู้แต่ง นุชรินทร์ โมระเสรีฐ์ กาญจนา สุทธิเนียม ชลพร กองคำ
แหล่งที่มา/ปี กรมสุขภาพจิต / 2549

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทแบบสหวิชาชีพ
Research Design	การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)
Level	B
Sample	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โดยแบ่งเป็น 1st schizophrenia และ schizophrenia ที่ readmission ใน 28 วัน โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2548 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2548 และยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 61 คน 2. ญาติ / ครอบครัว/ ผู้ดูแล ข้อตกลงเบื้องต้น 1. ญาติที่นำมาเข้าโปรแกรมจะต้องเป็นญาติที่รับผิดชอบในการดูแลให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำกับผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีสภาพจิตที่พร้อมจะได้รับคำแนะนำจากโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
Setting	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
Outcomes	1. อาการทางจิต 2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท 3. การกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1.1 แผนการดูแลจิตเภทแบบสหวิชาชีพ (CARE MAP : ผู้ป่วย Schizophrenia) 1.2 กระบวนการให้คำปรึกษา (Brief Advise : BA , Brief Intervention : BI) 1.3 โปรแกรมกลุ่มบำบัด ได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มวางแผนจำหน่าย กลุ่มทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานครูรักษาโรคจิต ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาจากตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตและการเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย และการระดมความคิดจากผู้ปฏิบัติงานที่มีความเชี่ยวชาญ ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีเนื้อหาครอบคลุมการประเมิน การวินิจฉัย การทดสอบ การรักษาทางด้านร่างกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม การสอนให้ความรู้ การเตรียมวางแผนจำหน่าย และผลลัพธ์ที่คาดหวัง 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพและระดับการศึกษา ส่วนที่ 2 แบบวัดผลลัพธ์ของโปรแกรมวางแผนจำหน่าย แบบทีมสหวิชาชีพ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 แบบวัดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท Brief Psychotic Rating Scale : BPRS มีลักษณะข้อคำถามอาการทางจิตจำนวน 18 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนน 7 ระดับ ประเมินโดยจิตแพทย์

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	ตั้งแต่แรกเริ่มและก่อนจำหน่าย ด้านที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาด้วยยา จิตเวช และจากการรักษาที่ไม่ใช่ยาจิตเวช มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ มี/ ไม่มี ประเมินโดยจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และเภสัชกร ด้านที่ 3 การดูแลตนเองของผู้ป่วยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่/ ไม่ใช่ ประเมินโดยพยาบาลจิตเวช ด้านที่ 4 การมีส่วนร่วมในการรักษาของญาติ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบเข้าร่วม /ไม่เข้าร่วม ประเมินโดยนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ด้านที่ 5 การติดตามการรักษาหลังจำหน่ายมีลักษณะคำตอบเป็นข้อย่อยให้เลือกตอบมากกว่า 1 ข้อ ประเมินโดยพยาบาลจิตเวช ด้านที่ 6 ความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ มี /ไม่มี ประเมินโดยพยาบาลจิตเวช ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (Quality of Life) มีลักษณะคำตอบ เป็น 7 ระดับ เป็นแบบให้เลือกตอบจำนวน 21 ข้อ ประเมินโดยนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจของญาติ มีลักษณะคำตอบ เป็น 3 ระดับให้เลือกตอบ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 10 ข้อ และคำถามเชิงคุณภาพปลายเปิดจำนวน 1 ข้อ ถามเกี่ยวกับความรู้สึกและข้อคิดเห็นของญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ประเมินโดยพยาบาลจิตเวช
Intervention	โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทแบบสหวิชาชีพ มีขั้นตอนดังนี้

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention(ต่อ)	1. ขั้นคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ 2. ขั้นตกลงบริการกับผู้ป่วยและญาติ 3. ขั้นดำเนินการปฏิบัติตาม Care Map : ผู้ป่วย Schizophrenia ดังนี้ <u>สัปดาห์ที่ 1</u> 1. การประเมิน การวินิจฉัย และการทดสอบ - ประเมิน BPRS - ชักประวัติตรวจร่างกายและตรวจสภาพจิต - วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง - ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามความจำเป็น - ประเมินทางจิตสังคม - ชักประวัติและวินิจฉัยทางสังคมวางแผนการบำบัด และให้การช่วยเหลือ - ประเมินการได้รับสารน้ำและอาหารตามความต้องการของร่างกาย - ประเมินประวัติการตอบสนองต่อการใช้ยา (ในผู้ป่วยเก่า) - ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - ประเมินศักยภาพครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการ - ประเมินและติดตามอาการทางจิตและรูปแบบการนอนหลับของผู้ป่วย 2. การรักษาทางด้านร่างกาย - ดูแลให้สารน้ำและอาหารตามความต้องการของร่างกาย - การรักษาด้วยยาและการประเมิน

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention(ต่อ)	- การรักษาด้วยไฟฟ้า - การจำกัดพฤติกรรม - กายภาพบำบัด 3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและสังคม - สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ - สนทนาเพื่อการบำบัด - สิ่งแวดล้อมบำบัด 4. การสอน - ให้ความรู้และข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับ โรค อาการ สาเหตุ การสังเกตอาการเตือน การรักษาต่อเนื่อง การจัดการกับปัญหา แหล่งขอความช่วยเหลือ 5. การวางแผนจำหน่าย - ประเมินสถานการณ์ที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวางแผนการจำหน่าย - ประชุมปรึกษาระหว่างทีมเพื่อการวางแผนการดูแลร่วมกัน <u>สัปดาห์ที่ 2</u> 1. การประเมิน การวินิจฉัย และการทดสอบ - ชักประวัติตรวจร่างกายและตรวจสุขภาพจิตเพิ่มเติม - ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามความจำเป็น - ประเมินทางจิตสังคม - ตรวจทางจิตวิทยาตามความจำเป็น - ประเมินสมรรถภาพและวางแผนการฟื้นฟู - ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	- ประเมินและติดตามอาการทางจิตและรูปแบบการนอนหลับของผู้ป่วย - ประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการเฉพาะทาง 2. การรักษาทางด้านร่างกาย - การรักษาด้วยยาและการประเมิน - การรักษาด้วยไฟฟ้า - กายภาพบำบัด 3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและสังคม - สนทนาเพื่อการบำบัด - จัดบำบัด/พฤติกรรมบำบัด รายบุคคลตามความจำเป็น - ให้การปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว - ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยจัดกิจกรรมบำบัดตามความต้องการ/ความจำเป็น 4. การสอน - ให้ความรู้และข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับ โรค อาการ สาเหตุ การสังเกตอาการเตือน การรักษาต่อเนื่อง การจัดการกับปัญหา แหล่งขอความช่วยเหลือ 5. การวางแผนจำหน่าย - ประเมินสถานการณ์ที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวางแผนการจำหน่าย - ติดตามผลการรักษา - ส่งต่อHHC ตามเกณฑ์ - ให้การช่วยเหลือทางสังคมตามความจำเป็น <u>สัปดาห์ที่ 3 - จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</u> 1. การประเมิน การวินิจฉัย และการทดสอบ - ประเมิน BPRS เข้าในกรณี Discharge

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention(ต่อ)	- ชักประวัติตรวจร่างกายและตรวจสภาพจิตเพิ่มเติม - ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามความจำเป็น - ประเมินทางจิตสังคม - ตรวจทางจิตวิทยาตามความจำเป็น - พินฟูสมรรถภาพผู้ป่วย - ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - ประเมินและติดตามอาการทางจิตและรูปแบบการนอนหลับของผู้ป่วย 2. การรักษาทางด้านร่างกาย - การรักษาด้วยยาและการประเมิน - การรักษาด้วยไฟฟ้า - กายภาพบำบัด 3. การพินฟูสมรรถภาพทางจิตและสังคม - สนทนาเพื่อการบำบัด - จิตบำบัด/พฤติกรรมบำบัด ระบุบุคคลตามความจำเป็น - ให้การปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว - พินฟูสมรรถภาพโดยจัดกิจกรรมบำบัดตามความต้องการ/ความจำเป็น 4. การสอน - ให้ความรู้และข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับ โรค อาการ สาเหตุ การสังเกตอาการเตือน การรักษาต่อเนื่อง การจัดการกับปัญหา แหล่งขอความช่วยเหลือ 5. การวางแผนจำหน่าย - ประเมินสถานการณ์ที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวางแผนการจำหน่าย - ติดตามผลการรักษา

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention(ต่อ)	- ส่งต่อ HHC ตามเกณฑ์ - ให้การช่วยเหลือทางสังคมตามความจำเป็น - ติดตามประเมินผล 3 เดือนหลังจำหน่ายในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง - ส่งต่อในสถานบริการใกล้บ้านหรือสถานบริการที่ผู้ป่วยมีบัตรปสน. - ประสานงานกับเครือข่ายภายใน(OPD)เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง - ประชุมปรึกษาระหว่างทีมญาติและผู้ป่วย 4. ขั้นการติดตามประเมินผลต่อเนื่องหลังจำหน่ายผู้ป่วยต่ออีก 6 เดือน
Research Findings	1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการวางแผนจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพพบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ52.5และเพศชายร้อยละ47.5 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปีร้อยละ 34.43 มีสถานภาพโสดร้อยละ 73.8 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 24.6 และพบว่าส่วนใหญ่ว่างงานถึงร้อยละ 68.9 2. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการวางแผนจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและให้คำปรึกษารายบุคคลร้อยละ100 รองลงมาเป็นการได้รับ HHC ร้อยละ 11.48 และพบว่าญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ร้อยละ 88.52 รองลงมาเป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล ร้อยละ 85.25 และได้รับHHC ร้อยละ11.48 3. อาการทางจิตก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการวางแผนจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพ มีค่าคะแนน BPRS ลดลงไปตามเกณฑ์ ($\geq 30\%$) ร้อยละ65.57 และมีค่าคะแนน BPRS ลดลงไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ($< 30\%$) ร้อยละ 34.43

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings(ต่อ)	4. ระยะเวลาการกลับไปอยู่ในสังคมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล readmission ใน 28 วันเพียงร้อยละ 14.8 เป็นกลุ่มผู้ป่วยเก่าทั้งหมด 5. ศักยภาพและความสามารถของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าหลังเข้าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน สามารถอยู่บ้านและทำงานได้ตามปกติถึงร้อยละ 34.43 รองลงมาเป็นอยู่บ้านและสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพไม่เป็นภาระของครอบครัวถึงร้อยละ 29.51 อยู่บ้านและ สามารถช่วยงานบ้านได้ตามศักยภาพ ไม่เป็นภาระของครอบครัวถึงร้อยละ 21.50 และไม่สามารถอยู่บ้านได้ (readmission ใน 28 วัน) ร้อยละ 14.75 6. จำนวนระยะเวลาอยู่ในสังคมของผู้ป่วย readmission ใน 28 วัน พบว่าหลังจากเข้าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบสหวิชาชีพ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีระยะเวลาอยู่ในสังคมนานขึ้นจากเดิมจาก 146 วันเป็น 199วัน มากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม 53 วัน 7. จำนวนค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า หลังจากเข้าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบสหวิชาชีพ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่าเฉลี่ยร้อยละ 51.85 พิจารณารายด้านพบว่า ความเข้าใจ และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับสูงสุดค่าเฉลี่ยร้อยละ 69 ด้านการทำงานอยู่ในระดับค่าเฉลี่ยร้อยละ 61.83 ด้านสัมพันธภาพและด้านความพอใจในชีวิตอยู่ในระดับค่าเฉลี่ย 51.33 ด้านการวางแผนในชีวิตอยู่ในระดับค่าเฉลี่ย 43.89 และด้านกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับค่าเฉลี่ย 40.25

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้	โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทแบบสหวิชาชีพ เป็นการรักษายาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบลงเร็วสามารถอยู่ร่วมในครอบครัวและสังคมได้ปกติตามศักยภาพของแต่ละบุคคล และยังช่วยลดการกลับป่วยซ้ำลงได้

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 12

ชื่อเรื่อง การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

ผู้แต่ง สุนิตรา ฤทธิสุนทร

แหล่งตีพิมพ์/ปี กรมสุขภาพจิต/ 2548

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้าน
Research Design	การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ชนิด One group pretest – posttest design
Level	B
Sample	ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เป็นผู้ป่วยที่มีอาการสงบสามารถให้ความร่วมมือได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร ยินดีเข้าร่วมโครงการ มีโทรศัพท์ใช้ในบ้านของตนเองหรือมีโทรศัพท์มือถือเป็นของตนเอง อายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป และมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 20 คน ญาติผู้ป่วยจิตเภท 20 คน ทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน
Setting	อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
Outcomes	1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท 4 ด้าน ได้แก่ - การดูแลตนเองด้านการใช้ยาและสารเสพติด - การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต - การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน - การดูแลตนเองด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 12 (ต่อ)

ข้อมูล	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน 3. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติและผู้นำชุมชน 4. โปรแกรมการดูแลที่บ้าน
Intervention	โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1. การสร้างสัมพันธภาพ 2. การให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว 3. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองในด้านการ ใช้ยาและสารเสพติด การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต การปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 4. การติดตาม กระตุ้น แนะนำโดยใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือ 5. การยุติสัมพันธภาพ ทบทวน และสรุปผลการดำเนินงาน โดยมีขั้นตอนดังนี้คือ การเตรียมทีมสุขภาพระดับชุมชน ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและผู้นำชุมชน โดยมีการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเรื่องโรค จิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นเวลา 1 ชั่วโมง หลังจากนั้น นั้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนทำแบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในกรณีที่บุคลากรในทีมมี ความรู้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือน้อยกว่า 75 % พยาบาลจะให้ ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ขาดจนกว่าจะมีความรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ การเตรียมผู้ป่วย พยาบาลลงพบผู้ป่วยที่บ้านเพื่อประเมิน พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองก่อนการศึกษา (Pre-test) นัดหมายวันเวลาที่ จะลงเยี่ยมบ้าน หลังจากนั้นจึงดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวที่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 12 (ต่อ)

ข้อมูล	รายละเอียด
Intervention(ต่อ)	<u>สัปดาห์ที่ 1</u> พยาบาลเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนลงพบผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านเพื่อสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 1 เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและเกิดความไว้วางใจ กิจกรรมที่ 2 คือการให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อร่วมกันค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นเป็นตอน พร้อมกับลงบันทึกในแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน กิจกรรมที่ 3 คือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองในด้านการใช้ยาและสารเสพติด การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พร้อมกับมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติจะทดสอบความรู้ตามคู่มือที่ให้ไว้ และมีการนัดหมายในครั้งต่อไป ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง 15 นาที กิจกรรมที่ 4 หลังจากนั้น 3 วันต่อมาพยาบาลเยี่ยมบ้านใช้โทรศัพท์ในการติดตาม กระตุ้น และแนะนำการดูแลตนเอง โดยใช้เวลา 30 นาที <u>สัปดาห์ที่ 2</u> พยาบาลเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนลงพบผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านเพื่อสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 1 เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและเกิดความไว้วางใจ กิจกรรมที่ 2 คือการให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อร่วมกันค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นเป็นตอน พร้อมกับลงบันทึกในแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน กิจกรรมที่ 3 คือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองในด้านการใช้ยาและสารเสพติด การดูแลตนเอง

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 12 (ต่อ)

ข้อมูล	รายละเอียด
Intervention(ต่อ)	ด้านสุขภาพจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แต่ในสัปดาห์นี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินโดยมีพยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นผู้นิเทศ มีเพียงบางกิจกรรมเท่านั้นที่พยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นผู้ทำกิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 2 ในเรื่องเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวทางและวิธีการแก้ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และพยาบาลเยี่ยมบ้านทำการประเมินความรู้ของญาติโดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติและผู้นำชุมชน ถ้าพบว่าคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ คือน้อยกว่า 75 % พยาบาลเยี่ยมบ้านจะทบทวนความรู้ในส่วนที่ขาดพร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม และนัดทำการประเมินใหม่อีกครั้งในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 4 หลังจากนั้น 3 วันต่อมาพยาบาลเยี่ยมบ้านใช้โทรศัพท์ในการติดตาม กระตุ้นและแนะนำการดูแลตนเอง โดยใช้เวลา 30 นาที <u>สัปดาห์ที่ 3</u> พยาบาลเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนลงพบผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านเพื่อดำเนินกิจกรรมที่ 5 คือ การยุติสัมพันธภาพ ทบทวนและสรุปผลการดำเนินงาน โดยมีการประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าความรู้สึกต่างๆ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานที่ผ่านมา รวมทั้งแนะนำแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหา นอกจากนี้ยังให้ญาติทำแบบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านซ้ำในกรณีที่พบว่าคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ในสัปดาห์ที่ 2 โดยใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง <u>สัปดาห์ที่ 4</u> พยาบาลเยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองด้วยแบบประเมินชุดเดิม (Post-test)

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 12 (ต่อ)

ข้อมูล	รายละเอียด
Research Findings	1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนทุกคน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 3. ญาติของผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 18 คน ส่วนอีก 2 คนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้รับการทบทวนความรู้แล้วประเมินซ้ำในสัปดาห์ที่ 3 พบว่าคะแนนผ่านเกณฑ์
การสกัดเพื่อนำไปใช้	จากผลการศึกษา จะเห็นได้ว่า การใช้ “โปรแกรมการดูแลที่บ้าน” โดยทีมพยาบาลและทีมสุขภาพระดับชุมชน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงขึ้นในทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 13

ชื่องานวิจัย ผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย:เปรียบเทียบ
หนึ่งปีก่อนและหลังเริ่มโครงการ

ผู้แต่ง ชีระ ถิ์ถานันท์ทกิจ, พิเชฐ อุดมรัตน์ และ ชุศรี เกิดพงษ์บุญโชติ

แหล่งตีพิมพ์/ปี วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย / 2542

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อประเมินผลโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท (PRELAPSE = Preventing relapse in schizophrenia) ในประเทศไทย
Research Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Sample	ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จิตแพทย์วินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของ DSM-IV หรือ ICD-10
Setting	โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 5 แห่ง คือ โรงพยาบาล สมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นและโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
Outcome	1. ความรู้เรื่องโรคจิตเภท 2. การกำเริบของโรคจิตเภท 3. การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
Research Instruments	เครื่องมือในการทดลอง ประกอบด้วย 4 ชุด 1. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภท 2. แบบประเมินเจตคติ 3. แบบประเมินความคิดเห็นของญาติที่มีต่อการเข้าอบรม 4. แบบฟอร์มPL-1 สำหรับจิตแพทย์เพื่อกรอกข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย
Intervention	สุขจิตศึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้ Psychoeducational family treatment ชนิด multiple family group ตามแนวคิดของ McFarlane และคณะ

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
งานวิจัยที่ 13 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research finding	- ญาติที่เข้าอบรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด - จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเมื่อเปรียบเทียบ 1 ปีหลังจากที่ญาติเข้าร่วมโครงการพบว่า มีจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลงคิดเป็นร้อยละ 72.1 - จำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเมื่อเปรียบเทียบ 1 ปีหลังจากที่ญาติเข้าร่วมโครงการพบว่า มีจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลลดลงคิดเป็นร้อยละ 73.1 - จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบที่ต้องรับตัวรักษาในโรงพยาบาลพบว่าหลังจากที่ญาติเข้ารับการอบรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับตัวรักษาในโรงพยาบาลลดลงคิดเป็นร้อยละ 16.67
การสกัดเพื่อนำไปใช้	โครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทมีประสิทธิภาพในการช่วยลดการกำเริบโดยการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและช่วยในการลดค่าใช้จ่ายในการที่ต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล	นางสาวทิชากร คล้ายสุทธิ
วัน เดือน ปี เกิด	19 ตุลาคม 2514
สถานที่เกิด	จังหวัดนครปฐม
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรีชัยภูมิ ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับต้น พ.ศ. 2532 - 2534 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี), พ.ศ. 2543 - 2545 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, พ.ศ. 2548 - 2553
ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีชัยภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โทรศัพท์: 02- 5252333 -5 E-mail: thichaklouy@yahoo.co.th
ที่อยู่ปัจจุบัน	120/2 หมู่ 9 ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โทรศัพท์: 081-8150463