

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา
สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

สุรีย์ จันทร์เกตุวงษ์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา
สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

สุวิทย์ จันทร์ทองงาม

นางสาวสุวิทย์ จันทร์ทองงาม
ผู้ศึกษา

ดร. นพ. นพ.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นันทจันทร์,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

ดร. นพ. นพ.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

ดร. นพ. นพ.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร. นพ. นพ.

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ศักดิ์,

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา
สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2553

ศุภมาส จันทร์เทศพงษ์

นางสาวสุรีย์ จันทร์เทศพงษ์
ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

นพ. นพ. นพ.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปี้ยเชื้อ,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
พ.บ., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน ประธานกรรมการและกรรมการควบคุม สารนิพนธ์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา ประธานกรรมการและกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจผู้ศึกษามาโดยตลอดจนเป็นผลให้สารนิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาท วิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนเจดีย์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล รวมทั้งนักศึกษารุ่นพี่ และ เพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา และอุปสรรค ต่างๆ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุดของโรงพยาบาลรามาริบัติดีสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดสถาบันและหน่วยงานอื่นๆ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการสืบค้น ข้อมูล ตำรา เอกสาร พร้อมทั้งช่วยสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือ ในทุกๆ ด้าน

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อวิชาติ คุณแม่ทุเรียน จันทรเกตุวงษ์ บุคคลใน ครอบครัวและญาติมิตรที่ให้ความรัก ความเข้าใจ ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือผู้ศึกษาเป็นอย่างดี

สุรีย์ จันทรเกตุวงษ์

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON MEDICATION COMPLIANCE/ADHERANCE PROGRAMES FOR PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA

สุรีย์ จันทร์เกตุวงษ์ 4836259 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

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

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยรวบรวมหลักฐานงานวิจัยจากฐานข้อมูลต่างๆ เช่น อีเล็คทรอนิคส์ และห้องสมุด มีงานวิจัยที่นำมาศึกษา 11 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาแบบ Randomized control trial จำนวน 3 เรื่อง และแบบ Quasi - experimental research จำนวน 8 เรื่อง ผลการศึกษาสามารถสรุปเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) งานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งมีการบำบัด 2 รูปแบบ คือการพยาบาลองค์รวม และการให้การรักษารอบครัว 2) งานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยในซึ่งมีการบำบัด 4 รูปแบบ คือ การวางแผนจำหน่าย การจัดการผู้ป่วยรายกรณี การให้สุขภาพจิตศึกษา และ Compliance therapy และ 3) งานวิจัยที่ดำเนินการในชุมชนซึ่งมีการบำบัด 4 รูปแบบ คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ The use of individual in tailored environmental supports , Evaluation of compliance by using electronic monitoring (MEMS) และ Guideline implementation and patient-tailoring strategies ผลการบำบัด พบว่า การบำบัดมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความร่วมมือรับประทานยา เพิ่มทัศนคติต่อการรักษา ลดอาการทางจิต ลดอัตราการป่วยซ้ำ และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงาน/การเข้าสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการเสริมสร้างความร่วมมือในการรับประทานยา ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท / ความร่วมมือในการรับประทานยา

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON MEDICATION COMPLIANCE/ADHERANCE PROGRAMES FOR PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA

SUREE CHANGETWONG 4836259 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 to synthesize research related to medication compliance/adherence programmes in persons with schizophrenia. Evidence-based research was searched and compiled from various electronic databases and manual search at a library. There were altogether 11 research studies selected in this study. Of these, three were randomized controlled trials, and eight were quasi-experimental research studies. According to the study findings, the evidence-based research could be divided into three categories: 1) research conducted at an outpatient clinic, which could further be classified into holistic nursing care and family consultancy; 2) research conducted at an inpatient department, which could further be classified into discharge planning, individual case management, psychoeducation, and compliance therapy; and 3) research conducted in the community could further be classified into empowerment, use of individuals in tailored environmental supports, evaluation of compliance using electronic monitoring (MEMS), and guideline implementation and patient-tailoring strategies.

As regards the outcomes, it has been reported that the medication compliance/adherence programmes could increase medication compliance/adherence, enhance attitudes toward treatment, reduce psychiatric symptoms, decrease relapses, and increase functioning and socializing ability of persons with schizophrenia.

The findings of the present study could be used as a guideline in providing care to schizophrenia patients to more effectively increase their medication compliance/adherence.

KEY WORDS: PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA / MEDICATION COMPLIANCE / ADHERENCE

211 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	6
1. โรคจิตเภท	6
- ความหมายของโรคจิตเภท	6
- การวินิจฉัย	7
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท	8
- อาการของโรคจิตเภท	10
- การดำเนินของโรคจิตเภท	11
- การบำบัดโรคจิตเภท	14
2. ความร่วมมือในการรับประทานยา	19
- ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา	19
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท	20
- ผลกระทบของการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา	21
- การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทให้มีความร่วมมือในการรับประทานยา	23
- การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท	25

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 ดำเนินการศึกษา	26
การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน	26
แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ	32
บทที่ 4 ผลการศึกษา	36
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	72
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	78
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	85
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	104
เอกสารอ้างอิง	126
ภาคผนวก	133
ประวัติผู้ศึกษา	211

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	27
2	คุณภาพงานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือ ในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท	33
3	ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัดและผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท	
	3.1 ผู้ป่วยนอก	39
	3.2 ผู้ป่วยใน	47
	3.3 ในชุมชน	60
4	เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการศึกษากลุ่มที่ศึกษาแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและในชุมชน	68
5	สดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือ ในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท	134

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด จากสถิติของกรมสุขภาพจิต พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 23.34 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) โดยที่ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ หรือมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างที่อาการไม่กำเริบ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) จึงทำให้ผู้ป่วยขาดสมรรถภาพในการดำรงชีวิตที่สมบูรณ์ โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยนั้นมีหลายด้านด้วยกันคือ 1) ด้านพฤติกรรม ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบผู้ป่วยอาจจะมีอาการเอะอะอาวระวาด แสดงอาการโกรธหรือเกลียดรุนแรง ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำให้บุคคลรอบข้างหวาดกลัว และไม่ยอมรับผู้ป่วย (วาสนา ปานดอก, 2545; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; Lelliott, Wing, & Clifford, 1994 cited in Kampman et al., 2003; McIntosh & Worley, 1994 cited in Finkelman, 1997; Quinlan & Ohlund, 1995) 2) ด้านการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยไม่สนใจการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี (Gopinath & Chaturvedi, 1992) และ 3) ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับไม่ดี (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; ดารา ศัตรูลี ดวงตา กุลรัตนญาณและสมสกุล สุภัทรพันธุ์, 2539) ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว ก็พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมักเกิดความเครียด ความรู้สึกอึดอัดใจ หนักใจ วิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย รำคาญ อารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า อับอาย หวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เนื่องจากไม่อาจคาดเดาได้ว่าผู้ป่วยจะเกิดอาการกำเริบและแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมขึ้นมาเมื่อไร (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; รัชนิกร อุปเสน, 2541; สถิตย์ วงศ์สุรประกิจ, 2542; Falloon et al., 1985 cited in Buckwalter, 1991) ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ในด้านผลกระทบต่อชุมชน ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลในชุมชนทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจ และด้านร่างกาย ซึ่งจากการศึกษาก็พบว่าบุคคลอื่นในชุมชนเกิดความรู้สึกหวาดกลัวและรำคาญผู้ป่วย (ไพรวัดย์ ร่มซ้ายและคณะ, 2544; มัลลิกา

สิงห์สุริยะ, 2547) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้านจิตเภท ยังส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง ทำให้ประเทศชาติขาดประชากรที่มีคุณภาพ ตลอดจนต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาบุคคลกลุ่มนี้ซึ่งจากการวิเคราะห์ต้นทุนของการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชจากโรงพยาบาลที่สังกัดกรมสุขภาพจิตทั้งหมด 17 แห่ง ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 43 วันต่อราย คิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 28,230 บาทต่อปี (อนเนก สุภีรนนท์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, และบุปผาพรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2550)

การบำบัดผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามอัตภาพไม่เป็นการละเมิดสิทธิของสังคมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นการบำบัดที่ผสมผสานทั้งการให้ยาด้านโรคจิตและการบำบัดทางจิตสังคม (อุมาพร ดังคสมบัติ, 2540) โดยที่จะเน้นการบำบัดรักษาด้วยยาเป็นอันดับแรกเพื่อช่วยควบคุมอาการทางจิต (กฤติยา พงษ์พุฒิพัฒน์, 2547) เนื่องจากพบว่ายามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย ช่วยลดความรุนแรงของโรค และรักษาอาการต่อเนื่องจากระยะรุนแรงจนอาการค่อยๆ ดีขึ้น ซึ่งโดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องได้รับการรักษาด้วยยาในระยะยาวเป็นปี หรือตลอดชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542; Kumar & Sedwick, 2001) จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-พ.ศ.2544) และฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-พ.ศ.2549) ที่กรมสุขภาพจิตมุ่งเน้นให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล และลดอัตราการครองเตียง (จลิ เจริญทรัพย์, 2546; พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตัวเองได้ จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2550; งามตา อักษรไพโร, 2548) ผู้ป่วยที่กลับเข้าสู่ชุมชนนี้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลานาน ประกอบกับยาที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีอาการข้างเคียง เช่น ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect) โดยผู้ป่วยจะมีอาการสั่น (Tremor) ที่มือ แขน ขา มีอาการตัวแข็งอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) อาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวายอยู่หนึ่งไม่ได้ อาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่เป็นกลุ่มอาการที่ผิดปกติเนื่องจากได้รับยา Anticholinergic ขนาดสูง (Central Anticholinergic Syndrome) โดยผู้ป่วยจะมีอาการวุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย สติสัมปชัญญะลดลงจนถึงโคม่าได้ เป็นต้น ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย ไม่ยอมร่วมมือในการรับประทานยา เช่น การหยุดยาเอง รับประทานยาไม่ครบตามขนาด รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง รับประทานยาเมื่อ

รู้สึกว่าตนเองมีอาการผิดปกติเท่านั้น ใช้ยาผิดเวลา หรือใช้นาน้อยหรือเพิ่มยามากกว่าแผนรักษา (มาโนช หล่อตระกูล, 2541; Farragher, 1999) อันส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำและทำให้การพยากรณ์โรคระยะยาวแย่ลง ซึ่งโดยทั่วไปพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภทจะกลับเป็นซ้ำ มีการศึกษาถึงอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการบำบัดมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 60-80 ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา มีการป่วยซ้ำร้อยละ 80 ถ้าได้รับการบำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียวมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 15-40 และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดด้วยยาร่วมกับการให้ความรู้และส่งเสริมทักษะทางสังคมแก่ครอบครัวมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 0-20 (Gualtiere, 1999) และเมื่อมีการป่วยซ้ำก็ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (สมภพ เรืองตระกูล, 2548; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) จะเห็นได้ว่า ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยก็เกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรับประทานยานั้นประกอบไปด้วยปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ดังนี้ 1) *ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย* เช่น ความรู้ ทักษะ และความรู้สึกล่อลวงใจเกี่ยวกับการข้างเคียงเกี่ยวกับยารักษาโรคจิต (สาธิตพร พุฒขาว, 2541) การมีอาการไม่พึงประสงค์จากยา การไม่มีเงินมารักษาเนื่องจากบ้านไกล หรืออายุที่ถูกล้อเลียนว่าบ้า (พรทิพย์ คงสตั๊ดและ สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2549) การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต คิดว่าตนเองหายดีแล้ว เปื่อหน่ายที่จะต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน และไม่สามารถทนอาการข้างเคียงของยาได้ (ทิปประพิน สุขเขียว, 2543; Rusher et al., 1997) 2) *ปัจจัยด้านครอบครัว* เช่น ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วาสนา ปานดอก, 2545) 3) *ปัจจัยด้านสังคม* เช่น สังคมไม่ยอมรับตัวผู้ป่วย (ผการัตน์ ถาวรวงษ์และชลธิดา สิมะวงษ์, 2549) และ 4) *ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ* เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ความคาดหวังต่อการรักษาของผู้ป่วย (ทัศนีย์ ทรัพย์สูงเนิน, 2544) ซึ่งการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรับประทานยาที่มีประสิทธิภาพนั้นมีหลายรูปแบบด้วยกัน โดยที่การบำบัดเหล่านี้เป็นบทบาทหน้าที่ส่วนหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างครอบคลุม ตั้งแต่การประเมิน คัดกรองและให้การบำบัดที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล (ศิริวรรณ พอนบุญ, 2548) การใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว (สมลักษณ์ เจียวสด, 2551) การให้สุขภาพจิตศึกษา (ปรารณา คำมีสินนท์, 2550; Degmecic, Pozgain, & Filakovic, 2007) และ Compliance therapy (Tay, 2007) เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาที่ศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง จึงมีความสนใจที่จะวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท อันจะส่งผลให้ผู้ศึกษามีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ในประเด็นรูปแบบของการบำบัดและประสิทธิผลของแต่ละรูปแบบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทย
3. ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในบริบทของสังคมไทย

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า 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) ซึ่งเป็นผู้ที่มีอาการแสดงออกในกลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) เช่น อาการหลงผิด (Delusion) ผู้ป่วยจะมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง อาการประสาทหลอน

(Hallucination) ใช้คำพูดศัพท์แปลกๆ (Disorganized Speed) พฤติกรรมผิดปกติมาก (Disorganized Behavior) นิ่งไม่เคลื่อนไหวอยู่ในท่าแปลกๆหรืออะอะโวยวาย (Catatonia) เป็นต้น และกลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมยไม่ยินดีในร้าย (Affective flattening) พูดน้อย (Alogia) หดความกระตือรือร้น (Avolition) ตายด้านไม่สนุกกับชีวิต (Anhedonia) บกพร่องทางเชาว์ความคิด (Cognitive Deficit) เป็นต้น

ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาทางด้านจิตเวชตามแผนการรักษาของแพทย์โดยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลาให้ครบทั้ง ชนิด จำนวน เวลาตามแผนการรักษา

โปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท คือ กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล การใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท, Compliance therapy เป็นต้น

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 การวินิจฉัย
- 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค
- 1.4 อาการของโรคจิตเภท
- 1.5 การดำเนินของโรคจิตเภท
- 1.6 การรักษาโรคจิตเภท

2. ความร่วมมือในการรับประทานยา

- 2.1 ความหมายและแนวคิดของความร่วมมือในการรับประทานยา
- 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 ผลกระทบของการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา
- 2.4 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทให้มีความร่วมมือในการรับประทานยา
- 2.5 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

1. โรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems , 10th revision) (World Health Organization, 2006) ให้คำจำกัดความไว้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านการคิดและการรับรู้ มีการแสดงอาการที่ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) แต่มักพบว่าสติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญายังดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการนึกคิดไป

ในขณะที่เจ็บป่วย อาการทางจิตที่สำคัญ 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]) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วยความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนลักษณะอาการด้านลบ ประกอบด้วยอารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดและขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 1994)

โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และในช่วงเวลาดังกล่าวต้องมีอาการในระยะที่โรคกำลังเป็นมาก (active phase) อย่างน้อย 1 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

ดังนั้น พอสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านต่างๆ ลดลง โดยที่ลักษณะอาการจะประกอบด้วยอาการด้านบวก เช่น ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม เป็นต้น และอาการด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดและขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด เป็นต้น

1.2 การวินิจฉัย

หลักการวินิจฉัยโรคจิตเภทโดยยึดหลักตาม DSM-IV ปี ค.ศ. 1994 ซึ่งแปลโดย มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548) มีดังต่อไปนี้

A) มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน

- 1) อาการหลงผิด
- 2) อาการประสาทหลอน
- 3) พูดจาสับสนมาก มักเปลี่ยนเรื่องจนฟังไม่เข้าใจ

(Disorganized speech)

- 4) พฤติกรรมเรื้อรังเปื้อน วุ่นวาย หรือมีท่าทางแปลกๆ
- 5) อาการด้านลบได้แก่ อารมณ์เฉยเมย ไม่ค่อยพูด เฉื่อยชา

หมายเหตุ แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึก หรือหูแว่วเสียงคุยกันเรื่องผู้ป่วย หรือแว่วเสียงวิจารณ์ตัวผู้ป่วย

B) กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับหน้าที่การงาน การคบหาพูดคุยกับผู้อื่นแยลงมาก หรือไม่สนใจดูแลสุขอนามัยของตนเองอย่างมาก

C) มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีระยะอาการกำเริบอย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลือน่าจะเป็นระยะเริ่มมีอาการหรือระยะหลงเหลือ

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า โรคจิตเภทมีสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลายปัจจัย สามารถสรุปได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ 2) ปัจจัยทางด้านจิตสังคมและ 3) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factors)

แนวคิดทางชีวภาพ เชื่อว่า โรคจิตเภทเป็น Brain Disorder โดยมีการพบหลักฐานทางชีวภาพในด้านต่างๆ มากขึ้นเรื่อยๆ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) ด้านพันธุกรรม 2) ด้านชีวเคมี และ 3) ด้านกายวิภาคของสมอง (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ดังนี้

1) ด้านพันธุกรรม การศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

พบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นโรคนี้ จากการศึกษาครอบครัว การศึกษาบุตรบุญธรรมและการศึกษาในคู่แฝด พบว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี้ โดยพบว่าบุตรของผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 12 สำหรับการศึกษาในบุตรบุญธรรมพบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภท มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนการศึกษาในคู่แฝด พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มี

โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่น้ำตาลไปถึง 4 เท่าและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคจิตเภทมากกว่าคนทั่วไปถึง 47 เท่า

2) *ด้านชีวเคมี (Biochemical factors)* สมมติฐานเกี่ยวกับสาร Dopamine (Dopamine Hypothesis) สมมติฐานนี้เชื่อว่ามีสาร Dopamine หลั่งออกมามากในสมองจึงทำให้เกิดอาการทางจิตขึ้น มีการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานนี้โดยพบว่าสาร Amphetamine ทำให้เพิ่มการหลั่งของสาร Dopamine มากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิตในคนที่ขาดโรคจิต เช่น Haloperidol/Chlorpromazine มีผลต่อสาร Dopamine โดยการยับยั้งการจับกันของสาร Dopamine จึงทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan & Sadock, 1998) ส่วนสมมติฐานทางชีวเคมีอื่นๆ (Others Biochemical Hypothesis) จากการศึกษพบว่า ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุ ของโรคจิตเภทได้ เช่น Nor-epinephrine, Serotonin , Acetylcholine โดยมีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทนั้นความสมดุลของ Serotonin มีความผิดปกติ ทั้งนี้เนื่องจากยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ คือ Clozapine และ Risperidone มีความสัมพันธ์กับ Serotonin Receptors (สมภพ เรืองตระกูล , 2542)

3) *ด้านกายวิภาคของสมอง* มีการศึกษาโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และ MRI ตรวจที่สมองพบว่า Ventricle มีขนาดใหญ่ขึ้น ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ Cortical gray matter นอกจากนี้ยังพบว่า Hippocampus และ Amygdala มีขนาดเล็กลง รวมทั้งมีความผิดปกติของ Prefrontal lobe ที่พบว่า มี Prefrontal atrophy และในส่วนของ Frontal lobe พบว่ามี Cerebral blood flow และ Glucose metabolism ลดลง

2. ปัจจัยทางด้านจิตสังคม

ปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทนั้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ได้แก่

1) *ด้านความขัดแย้งภายในจิตใจ (Intra-psycho conflict)* โดยในทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าปัญหาทางสุขภาพจิตเกิดจากบุคคลไม่สามารถจัดการตนเองหรือไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองได้จึงเกิดความขัดแย้งระหว่างความต้องการและแรงขับที่เกิดจากแรงผลักดันภายในที่เรียกว่า สัญชาตญาณ (Instinct) เป็นผลให้เกิดความไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของตนทางจิตใจ ร่วมกับการใช้กลไกทางจิตชนิดที่ไม่ช่วยแก้ไขปัญหา (Primitive defense mechanism) เช่น Denial, Projection, Regression และ Splitting จากสิ่งเหล่านี้มีผลให้เกิดความแปรปรวนทางจิตได้

2) *ด้านความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกที่ผิดปกติ (Defects in the mother – child relationship)* พบในกรณีมารดาหรือผู้เลี้ยงดูแสดงให้เห็นว่าตนมี

อำนาจเหนือเด็ก เด็กจึงไม่มั่นใจ ไม่เป็นตัวของตัวเอง ยึดติดมารดามากขึ้น มีผลให้เด็กไม่พัฒนาการในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น ไม่ช่วยตนเองและมีพฤติกรรมถดถอย

3) **ด้านการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว** เชื่อว่าการที่บุคคลเจริญเติบโตมาในสภาพแวดล้อมหรือครอบครัวที่มีการสื่อสารกันทั้งที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูดแบบไม่ตรงไปตรงมา หรือมีข้อมูลแอบแฝงอยู่ จะสร้างความสับสนให้กับบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่กำลังเติบโต ทำให้เด็กมีความยุ่งยากใจในการแยกแยะความจริง ไม่รู้ว่าควรปฏิบัติอย่างไรให้คนอื่น ๆ พอใจ เกิดเป็นความไม่ไว้วางใจ และมีท่าทางระมัดระวัง ขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นในสังคม

4) **ด้านครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ (Dysfunctional family)** พบว่าเด็กที่เกิดมาในครอบครัวที่ผู้เลี้ยงดูหรือบิดามารดามีปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น มีบุคลิกภาพแปรปรวน ดิสุราหรือติดยาเสพติด ซึ่งเชื่อว่ามีผลต่อคุณภาพการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุตรทั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม และในบางครั้งพบว่าเด็กถูกกระทำรุนแรงทั้งทางร่างกายและทางด้านเพศ เด็กกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะมีปัญหาทางสุขภาพจิตเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่

3. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

มีการศึกษาพบว่าภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตอาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (Sadock & sadock, 2000) บุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนมากจะเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตได้แก่ การสูญเสีย การหย่าร้าง การถูกออกจากงาน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันนี้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา ซึ่งสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม หรือสิ่งแวดล้อม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

1.4 อาการของโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ อาการและอาการแสดงที่สำคัญแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ 1) อาการทางบวก และ 2) อาการทางลบ (สมภพ เรืองตระกูล, 2548; Taylor, 1994) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) อาการทางบวก (Positive symptoms) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการที่เด่นชัด คือ มีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัดคือหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) พุดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganized speech) และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

2) อาการทางลบ (Negative symptoms) คือการที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ทำอะไรเฉยๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or Waxy Flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือเฉยชา (Blunt or Flattening) ซึ่งเกิดจากความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ

1.5 การดำเนินของโรคจิตเภท

ผู้ที่เป็โรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินของโรคเกิดขึ้นช้าๆ ไม่สามารถรู้แน่ว่าโรคเริ่มต้นเมื่อไร แต่อาการหลงผิดมักเริ่มหลังอายุ 20 ปีไปแล้ว แต่ไม่เกินอายุ 40 ปี แรกๆ อาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจน การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนเริ่มอาการ 2) ระยะอาการกำเริบ และ 3) ระยะอาการทุเลา (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ดังนี้

1.5.1 ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น ละเลยเรื่องสุขอนามัยและการแต่งกาย อาจหันไปสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ มีความคิด คำพูดหรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกแต่ก็ไม่ผิดปกติชัดเจน มีบ้างที่อาจเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนใจเกียจสนใจตนเองน้อยลง มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือนถึงเป็นปี โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุราหรือเครียดๆ อาจเห็นชัดว่าผู้ป่วยไม่ปกติ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการ โรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

1.5.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือนอาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนาน

หลายๆ เดือน ก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น อาการที่แสดงออกจะมี 2 กลุ่มอาการ คือ 1) อาการทางบวก (Positive symptoms) และ 2) อาการทางลบ (Negative symptoms) ดังนี้

1) กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในระยะอาการกำเริบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 อาการหลงผิด ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมีความรู้หรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตนเอง ความหลงผิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภทมักมีหลายรูปแบบ เช่น

- หวาดระแวง เชื่อว่ามีคนปองร้ายหรือไม่ประสงค์ดีกับตนเอง เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง
- หลงผิดว่าเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว ล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น เห็นคนคุยกันก็เชื่อว่าเขาคุยเรื่องตนเอง ดูโทรทัศน์ก็รู้สึกว่าเรื่องในโทรทัศน์เกี่ยวข้องกับตนเอง
- หลงผิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้า หรือเป็นคนสำคัญกลับชาติ มาเกิด บางครั้งความหลงผิดอาจเป็นเรื่องของศาสนา เช่น เชื่อว่าตนเองเป็นพระพุทธเจ้า ตนเอง ตรัสรู้ เป็นต้น
- หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย เช่น เชื่อว่าตนเป็นโรคใดโรคหนึ่งหรือเชื่อว่าร่างกายตนผิดไปจากเดิม ไม่ว่าแพทย์จะยืนยันอย่างไรก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความคิดได้
- ความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึกพิลั่น เป็นความเชื่อที่ไม่ว่า ใครได้ยินก็รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่ามีกลิ่นอยู่ในสมอง เชื่อว่าตนมีเครื่องดักจับวิญญาณ เป็นความหลงผิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่นๆ

1.2 อาการประสาทหลอน คือการมีการรับรู้ต่างๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นไปกับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียงและการสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว ลักษณะที่พบบ่อยคือ เสียงแว่วคนพูดคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย ประสาทหลอนที่ร้องลงมาก็คือ ภาพหลอน อาจเห็นภาพคนใกล้ชิด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ รายละเอียดชัดเจนและมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนอื่นๆ เช่น ได้กลิ่นแปลกๆ หรือลิ้นรับรู้รสแปลกๆ อาจพบได้แต่ไม่บ่อย

1.3 อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเข้าใจคนเดียว ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันตลอดได้ ซึ่งจะแสดงออกมาโดยผ่านทาง การสนทนา เป็นการพูดที่ไม่ต่อเนื่อง พูดเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง โดยอีกเรื่องหนึ่งไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเพียงเล็กน้อย หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย หากเป็นมากๆ การวางคำในประโยคเองจะสับสนทำให้ฟังไม่

เข้าใจเลย บางคนอาจใช้คำแปลๆที่คนอื่นไม่เข้าใจนอกจากตนเอง ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่คิดว่าตนเองผิดปกติไป อาการอย่างนี้ยากต่อการรักษา

1.4 อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปจนเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือจากความคิดแปลกๆ ของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น ไม่อาบน้ำหลายๆ วันติดกัน กลางคืนไม่นอน ทำท่าทางแปลกๆ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมาก จนต้องพามาพบแพทย์

1.5 อาการทางอารมณ์ อาจพบผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางรายอาจมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วน หรือหัวเราะกึกกักคนเดียวทั้งที่ไม่มีเรื่องขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการทางจิตดีขึ้น

2) อาการทางลบ (Negative symptoms) คือผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไป ได้แก่

- Alogia พูดน้อย ไม่ค่อยพูด เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
- Affective flattening การแสดงออกด้านอารมณ์ลดน้อยลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา
- Avolition-apathy ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ผู้ป่วยอาจอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไร
- Anhedonia-asociality ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน เก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจน ในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาในลักษณะนี้ โดยไม่พบอาการหลงผิด หรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

1.5.3 ระยะอาการทุเลา (Stabilization phase) หรือระยะอาการคงที่ ระยะนี้เป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มคงที่ หรือหากมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเลย ในขณะที่บางรายอาการไม่ได้ออกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางรายอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์หรือโชคลาง อาการทางลบมักพบบ่อย ในระยะนี้เองผู้ป่วยมักถูกผลักดันให้กลับไปอยู่ในความดูแลของครอบครัวและชุมชนต่อไป เนื่องจากแนวคิดที่ว่าครอบครัวของผู้ป่วย คือสถาบันที่ดีเลิศที่สุดสำหรับผู้ป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2544; Loukissa, 1995)

อาจกล่าวได้ว่าการดำเนินของโรคจิตเภทแบ่งได้เป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal phase) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) และ ระยะอาการทุเลา (Stabilization phase) การดำเนินของโรคในสมัยก่อนมักคาดหมายว่าจะต้องเป็นแบบเรื้อรังอย่างเดียว ซึ่งจะนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ แต่การรักษาในปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 25 รักษาได้ผลดี อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลือร้อยละ 50 จะมีอาการเป็นๆ หายๆ (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539)

1.6 การบำบัดโรคจิตเภท

เนื่องจากสาเหตุของโรคจิตเภท อาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียวเท่านั้น การบำบัดจึงเป็นการบำบัดแบบผสมผสานทั้งการบำบัดด้วยยา การบำบัดด้วยไฟฟ้าและ การบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

การบำบัดด้วยยา

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรัง การบำบัดที่สำคัญคือการบำบัดด้วยยา เพื่อปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เป็นปกติโดยเร็วเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยหรือผู้อื่น (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ซึ่งช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ยาที่ใช้บำบัดโรคจิตเภทในปัจจุบัน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

1. ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม

ยาที่ใช้บำบัดโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมที่นิยมใช้มีดังต่อไปนี้

1.1 Phenothiazines เป็นยาที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกัน แต่มี Side chain แตกต่างกัน 3 แบบ คือ

- Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ทำให้ความดันต่ำกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlopromazine Triflupromazine
- Piperidines มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนปานกลางมีข้อดีคือ มีฤทธิ์ Extrapryamidol side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน Anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine
- Piperrzines เป็นยาในกลุ่มที่มี Potency สูง มีฤทธิ์ Sedative น้อย แต่มี Extrapryamidol side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine Trifluperazine Fluphenazine

1.2 Thioxanthene เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazine มาก แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chlorprothiazines Thiothixene Flupenthidol Chopenthixol

1.3 Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์
ง่วงนอนน้อย และมี Extra- pyramidol side effect สูงคล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol
Triperidol

1.4 Dibenzoxanzepine ยาในกลุ่มนี้ใช้ในเมืองไทยชนิด
เดียวคือ Loxapine

1.5 Diphenybutypiperidines ใช้ในประเทศไทย 2 ตัว คือ
Pimozide และ Penfluridol

1.6 Benzamides ตัวอย่างเช่น Sulpiride

1.7 Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว แต่ใช้
เป็นยาแก้ปวด

2. ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้มี 2 ชนิด คือ

2.1 Clozapine ใช้ได้ผลดีในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ซึ่ง
ให้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งต่อต้าน
การรักษาโดยออกฤทธิ์สัดกั้ serotonin , nor-adrenaline, acetylcholine, และ histamine มากกว่า
dopamine และออกฤทธิ์ D1 antagonis มากกว่าฤทธิ์ D2 antagonis ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ
limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท จึงเป็นยาที่นิยม
ใช้มาก เพราะยังไม่มีการศึกษาที่พบว่ามีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง

2.2 Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า
haloperidol แต่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ

1. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect) เป็นฤทธิ์ที่มักพบ
ในตอนต้นของการให้ยา ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ อาการที่พบบ่อยคือ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่ามัว
ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีอาการหลังน้ำกาม
ช้าหรือไม่หลังเลย บางรายมีอวัยวะเพศไม่แข็งตัว ส่วน Extrapyramidol side effect เป็นฤทธิ์
ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง แบ่งออกเป็น 4 แบบคือ

- Parkinsonian syndrome ผู้ป่วยจะมีอาการสั่น (Tremor) ที่มือ แขน ขา
มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อ ไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตา
เฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (mask-like faces)

- Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่ง หรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือกขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่อันตรายแต่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน

- Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายอาการวุ่นวาย (agitated)

- Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มอาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ 3 แห่ง คือ หน้า แก้ม ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพอง ซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยวสุดปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้น ขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง และมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดบึ้ง ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุก มีการเคลื่อนไหวแบบกระตุกที่ค่อนข้างเร็ว และคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

2. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบหัวใจ อาจมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจได้ เช่น อาจมี T-wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่าไม่ผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazine

3. Central Anticholinergic Syndrome เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา Antiparkinson ร่วมด้วย อาจเป็นผลมาจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากยาตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มีอาการวุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย สติสัมปชัญญะลดลงจนถึงโคม่าได้

4. Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) อาการที่สำคัญคือ มีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวมากขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการตายถึงหนึ่งในห้า ต้องรีบให้การแก้ไข โดยหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษาประคับประคองเพื่อให้ไข้ลด และควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5. อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดสูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด threshold ของการชัก แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการให้ยา ส่วนใหญ่แก้ไขได้โดยการลดขนาดของยา

6. อาการง่วง มักเกิดเมื่อให้ยาในระยะแรก แต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่ตลอดเวลา จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้ยารักษาโรคจิต โดยให้กินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

7. อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่มาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีหลักฐานที่เป็นข้อบ่งชี้ว่า อาการดีซ่านที่

เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าสาเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดโรคนี้ชานมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlopomazine มากที่สุด

8. **ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด** อาการที่พบบ่อยคือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายมากคือ Agranulocytosis, Leukopenia , Hemolytic anemia และ Thrombocytopenic purpura

9. **ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบผิวหนัง (skin eruption)** เป็นได้หลายแบบ ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจากยา Chlopomazine มากกว่าชนิดอื่น บางครั้งพบเป็นรอยไหม้บริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาคล้ายโลหะ

10. **ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา** ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlopomazine ในขนาดสูงนานๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ Lens และ cornea และพบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกิดจากการได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดสูงอาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้หยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการให้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11. **ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ** ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อยคือ มีการเพิ่มของระดับ Prolactin ซึ่งเป็นผลให้มันมด และบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระยะดูขาดไปเป็นระยะเวลานาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นด้วยแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536)

การบำบัดด้วยไฟฟ้า

โดยทั่วไปการบำบัดด้วยไฟฟ้าจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการบำบัดด้วยยา หรือในรายที่มีอาการที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมการณ์เคลื่อนไหว แบบค้างแข็ง (catatonia) ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารเช้าและน้ำ การบำบัดด้วยไฟฟ้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสารสื่อประสาท เช่นเดียวกับการบำบัดด้วยยา การบำบัดจะทำประมาณ 6-12 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1-2 วัน การบำบัดด้วยไฟฟ้ามักทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

การบำบัดทางจิตสังคม

แม้ว่าในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะใช้การบำบัดด้วยยาเป็นหลักสำคัญ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาก็พบว่าต้องมีการดูแลทางด้านจิตสังคมร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้เร็วกว่าการบำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียว การบำบัดด้านจิตใจเป็นการมุ่งช่วยเหลือแก้ไขปัญหาโดยเน้นที่ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจ โดยอาศัยการสนทนาและสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; อาไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมประกอบด้วย การบำบัดดังต่อไปนี้

1. จิตบำบัด (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม เช่น การทำกลุ่มจิตบำบัด โดยใช้วิธีการของจิตบำบัดประคับประคอง ผู้รักษาตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ มุ่งเน้นเฉพาะจุดของปัญหาและทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้รับการบำบัด สามารถทำได้ทั้งเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่มเป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญ เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. การให้สุขภาพจิตศึกษาหรือให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (Psycho-education or family Counseling) การบำบัดรักษาวิธีนี้เกิดขึ้นจากการที่ครอบครัวมักเข้าใจว่าเป็นเพราะคนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบได้ การให้ความรู้เรื่องโรคและสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัวในด้านต่างๆ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

3. กิจกรรมบำบัด (Activity therapy groups) เป็นการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิตโดยการจัดกิจกรรมหลายๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ชนิดของกลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด เป็นต้น

4. นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) มักทำในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล เป็นการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและรู้สึกปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ พัฒนาเสริมสร้างควมมีคุณค่าของตนเอง และเพื่อลดความกดดันของผู้ป่วยโดยมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

5. พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) จุดมุ่งหมาย คือ การแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยผู้รักษาจะให้สิ่งเร้าที่เหมาะสมและเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสม และแนะนำการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต

เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์พิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเองโดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ (Maintenance treatment) เป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่มีฤทธิ์ยาว (Long-acting antipsychotic drugs) ระยะเวลาในการรักษาส่วนใหญ่ หลังจากอาการดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีก 1 ปี หากอาการกำเริบครั้งที่ 2 ควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี เป็นต้น แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำได้

2. ความร่วมมือในการรับประทานยา

2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา

ความร่วมมือในการรับประทานยาภาษาอังกฤษเดิมใช้คำว่า “compliance” ซึ่งมีความหมายทางการแพทย์หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลทำตามที่บุคลากรแนะนำ ซึ่งเป็นความหมายทางด้านลบ ซึ่งหมายถึงการบีบบังคับ การสั่งให้ทำเหมือนผู้รับใช้ ขาดความรู้สึก จึงใช้คำว่า “adherence” แทน ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลมีความยินดี เต็มใจ ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548)

ความร่วมมือในการรับประทานยา สามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง ไม่เกิน 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ยังถือว่าเป็นการใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการกำเริบ หรือหยุดใช้ยา จะแสดงว่า ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Kumar and Sedgwick, 2001)

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา การรับประทานยาได้ถูกขนาด ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ (สาธิตพร พุดขาว, 2541)

สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาหมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความเต็มใจในการรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา และรับประทานยาได้ถูกขนาด ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทมีหลายประการ คือ

1. **ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย** เป็นปัจจัยที่พบมากที่สุด ซึ่งปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยนี้ขึ้นกับสถานะอาการของโรค สถานะทางด้านจิตใจผู้ป่วย ทักษะคิด และความเชื่อของผู้ป่วยต่อแผนการรักษา และความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา เนื่องจากแผนการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในการรักษาด้วยยานั้นต้องใช้ยาเป็นจำนวนมากและเป็นเวลานานและมักมีอาการข้างเคียงมาก ผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องมีการตระหนักรู้ ยอมรับการรักษา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรับประทานยาได้ (สาธูพร พุชขาว, 2541) จากการศึกษาที่พบว่า การที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยานั้นเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, 2536) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่องนั้นอาจเนื่องมาจากบ้านไกลจากโรงพยาบาล ไม่มีเงินมารับยาหรืออายุที่ถูกล้อเลียนว่าบ้า (พรทิพย์ คงสตั๊ดและ สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2549) หรือการที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต (ทิปประพิน สุขเขียว, 2543)

2. **ปัจจัยด้านครอบครัว** ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทต้องมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสมญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางคนไม่มีความเข้าใจด้านยารักษาโรคจิต จึงให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทหยุดรับประทานยา เพราะไม่อยากจะให้ผู้ป่วยจิตเภทถูกมองว่าเป็นโรคจิต (วาสนา ปานดอก, 2545)

3. **ปัจจัยด้านชุมชน/สังคม** การที่สังคมไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วย ซึ่งอาจเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชน/สังคม ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน/สังคม เช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวง อาการหลงผิดหรือบางครั้งพกพาอาวุธไว้กับตัว อาจทาบทำลายข้าวของ หรือมีพฤติกรรมเป็นที่น่ารังเกียจหรือเป็นอันตรายต่อสังคม สังคมไม่ยอมรับในพฤติกรรมเหล่านี้ ประกอบกับตัวผู้ป่วยเองก็ไม่ต้องการให้สังคมรับรู้ว่าตนเองรับประทานยาทางจิตเวช ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องในการรับประทานยา (ผการัตน์ ถาวรวงษ์และชลธิดา สิมะวงษ์, 2549)

4. ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทกับทีมสุขภาพ (Schultz & Vidcheck, 1994 อ้างในจักรรัตน์ ถาวรวงษ์และชลธิชา สิมะวงษ์, 2549) ผู้ป่วยจิตเภทบางคนจะมีปัญหากับผู้ให้บริการ เช่น ผู้ให้บริการไม่ได้ให้ความสนใจกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่ถ้าผู้ให้บริการและผู้ป่วยโรคจิตเภทมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะทำให้เกิดผลดีต่อการรักษา เกิดความพึงพอใจและส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา (สาธพร พุฒขาว, 2541)

2.3 ผลกระทบของการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือในการรับประทานยานั้น ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ คือ

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง คือทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสป่วยซ้ำ (Relapse) ได้สูงถึงร้อยละ 70 (เพชรี คันธสายบัว, 2548) ซึ่งการป่วยซ้ำทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงร่วมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพมากขึ้น และถ้าป่วยซ้ำบ่อย ๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2000) และทำให้เกิดปัญหาด้านอื่นตามมา ดังรายละเอียด คือ

1.1 ด้านพฤติกรรม

- พฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น เอะอะอาละวาด มีพฤติกรรมก้าวร้าว แสดงอาการโกรธหรือเกลียดรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; Lelliott, Wing, & Clifford, 1994 cited in Kampman et al., 2003; McIntosh & Worley, 1994 cited in Finkelman, 1997; Quinlan & Ohlund, 1995) ทำลายข้าวของและทรัพย์สินรวมทั้งขโมยสิ่งของ พฤติกรรมความรุนแรงเหล่านี้ทำให้เกิดการล่ามขังตามมา (ไพรวลัย รัมซ่ายและคณะ, 2544; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548) นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยาอาจมีพฤติกรรมยั้มหัวเราะคนเดียว พูดบ่นคนเดียว หวาดกลัว หวาดระแวง ซึมเศร้า เดินไปเดินมา เรื้อยเปื้อย กลางคืน ไม่นอน (จักรรัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2547)

- การปฏิบัติตัว ได้แก่ ไม่สนใจการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว มีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี (Gopinath & Chaturvedi, 1992 อ้างในสถิต วงศ์สุรประกิจ, 2542) ไม่อาบน้ำ แปรงฟันหรือเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่สนใจในการรับประทานอาหาร แต่งกายไม่เหมาะสม บางรายแต่งกายตามปกติแต่ความสะอาดลดลง ไม่ใส่เสื้อผ้า เดินเร่ร่อนในชุมชน (จักรรัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; มารศรี ปาณิวัตร, 2548)

1.2 ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น พบว่า ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว และสังคมไม่ดี (จักรรัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; ดารา ศัตรูลี ควงดา กุลรัตนญาณและสมสกุล

สุภัทรพันธุ์, 2539) มีการแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตัวเอง ไม่กล้าพูดคุย ครอบครัวและสังคมยังมองว่าผู้ป่วยมีอาการป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเฉพาะญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; สุวิมล สมัตตะ, 2541)

1.3 ด้านการประกอบอาชีพและรายได้ จากการศึกษาก่อนของ จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้ประกอบอาชีพ 45.30 % และไม่มีรายได้ประจำ 59.50 % และจากการศึกษาของสมณฑา บุญชัย (2545) ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ คือ รายได้ต่ำกว่า 4,000 บาทต่อเดือนถึง 67.35 % และไม่ได้ประกอบอาชีพ 34.69 %

1.4 การขาดการดูแลและเอาใจใส่ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้านมักพบปัญหาการขาดความสนใจและเอาใจใส่จากญาติ ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังและถูกปล่อยไว้บ้านคนเดียว ไม่มีผู้ดูแลและให้ยารับประทาน เนื่องจากญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย (ไพรวลัย ร่มซ้ายและคณะ, 2544; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; รัชนิกร อุปเสน, 2541; วาสนา ปานดอก, 2545; อรพรรณ ลือนบุญรัชชัย, 2549)

1.5 ด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยเกิดความเครียดจากการเจ็บป่วยของตนเอง เครียดจากการไม่มีงานทำหรือไม่มีรายได้ เครียดเนื่องจากความขัดแย้งในครอบครัว มีความคับข้องใจกับครอบครัว มีการทะเลาะวิวาทถกเถียงกันบ่อย (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; มารศรี ปาณิวัตร, 2548)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว

2.1 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมักเกิดความเครียด ความรู้สึกอึดอัดใจ หนักใจ วิตกกังวลในการดูแล ราคายา อารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า อับอาย และหวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เนื่องจากไม่อาจคาดเดาได้ว่า ผู้ป่วยจะเกิดอาการกำเริบและแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมขึ้นมาเมื่อไหร่ (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; รัชนิกร อุปเสน, 2541; สถิตย์ วงศ์สุรประกิจ, 2542; Falloon et al., 1985 cited in Buckwalter, 1991)

2.2 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม ในด้านเศรษฐกิจจากการศึกษา พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา และขาดกำลังสำคัญในการทำงานจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จะช่วยหารายได้เข้าสู่ครอบครัว ผู้ดูแลบางรายต้องขาดรายได้จากการหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย บางครอบครัวต้องไปยืมเงินเพื่อนบ้านเป็นค่าเดินทางและค่ารักษา และบางครอบครัวถึงกับกักบริเวณผู้ป่วยไว้ เพราะไม่ต้องการเสียเงินค่ายาและค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยที่ยากจนอยู่แล้ว ทำให้

ครอบครัวเกิดปัญหาในด้านเศรษฐกิจมากยิ่งขึ้น (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; ไพรวัลย์ ร่มซ้าย และคณะ, 2544; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; รัชนิกร อุปเสน, 2541; สติชัย วงศ์สุรประกิจ, 2542)

2.3 ผลกระทบด้านสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล เช่น จากการศึกษาของรัชนิกร อุปเสน (2541) และมัลลิกา สิงหสุริยะ (2547) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากเวลาการพักผ่อนเปลี่ยนไปเพราะต้องเฝ้าสังเกตและระวังอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น กับผู้ป่วย

3. ผลกระทบต่อชุมชนและประเทศชาติ

จากการศึกษาปัญหาและผลกระทบของชุมชนเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านนั้น พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่บ้านมักมีพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลในชุมชนทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจ และด้านร่างกาย โดยทางด้านจิตใจพบว่าบุคคลอื่นในชุมชนเกิดความรู้สึกหวาดกลัวและรำคาญ ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมขโมยหรือทำลายสิ่งของ ทำให้คนอื่นได้รับความเสียหาย ส่วนในด้านร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายผู้อื่น (ไพรวัลย์ ร่มซ้ายและคณะ, 2544; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547)

ผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ ยกลับไปอยู่ ในชุมชนและไม่ว่ มมือในการรับประถนย จะทำให้มีอการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่อง จากมีอการหวาดระแวง หลงผิดหรือบางครั้งพกพาอาวุธไว้กับตัว บางรายถึงกับทำลายข้าวของ ขาดกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ซึ่งในแต่ละปีรัฐจะต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่เป็ นโรคจิตเภทที่กลับมารักษซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2541)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลกระทบของการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ว่ มมือในการรับประถนยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษซ้ำจำนวนมาก ดังนั้น การรักษาที่ถูกต้องร่วมกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเอง และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538)

2.4 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทให้มีความร่วมมือในการรับประถนย

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการรับประถนย มีหลายวิธีดังนี้

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา: เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา วัตถุประสงค์ในการรักษา และผลข้างเคียงของยากับผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา (ปรารธนา คำมีสินนท์, 2550; Degmecic et. al., 2007)

การให้การพยาบาลแบบองค์รวม: เป็นการให้การพยาบาลเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทายาของผู้ป่วย โดยใช้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ โดยเชื่อว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทายาดีขึ้น ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ เกิดการเรียนรู้ เกิดการรับรู้ และจดจำ และปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทายาเพิ่มมากขึ้น และลดการกลับเป็นซ้ำในที่สุด (งามตา อักษรไพโร, 2548)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management): ซึ่งเป็นกระบวนการให้บริการโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีการประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนการให้การดูแล มีการประสานความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทายามากยิ่งขึ้น (ผการัตน์ ถาวรวงษ์ และชลธิดา สิมวงษ์, 2549)

การเสริมพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทายา: กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตัวเองที่ต้องจัดการกับความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นมิทางแก้ไขได้ มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีความเชื่อถือในตนเองมากขึ้น เปิดใจยอมรับผู้อื่น มีความหวังในการมีชีวิตอย่างปกติสุข สามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทายาตามเกณฑ์การรักษาให้มากขึ้น (ศิริวรรณ พอบุญ, 2548)

การให้คำปรึกษาคอครบครัว: การให้คำปรึกษาคอครบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความห่วงใย มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลในเรื่องการรับประทายา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทายามากยิ่งขึ้น เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญทางการพยาบาล ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (สมลักษณ์ เจียวสด, 2551)

การใช้ CAT (Cognitive adaptation training): เป็นการบำบัดทางสังคม ซึ่งใช้การสนับสนุนของสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรับประทายา การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ประสิทธิผลในการรักษาและผู้ป่วยเกิดความร่วมมือที่ดีขึ้น (Velligan. et. al, 2008)

ดังนั้นแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรับประทายาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมและอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข ครอบครัวผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจ พยาบาลจิตเวช ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วย

ร่วมมือในการรับประทานยา เพื่อประยุกต์ใช้ในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.5 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับสามารถประเมินได้หลายวิธี ด้วยเครื่องมือรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกันตามโปรแกรมการศึกษา ซึ่งสามารถแบ่งวิธีการประเมินได้เป็น 2 แบบ คือ (สาธิตพร พุฒขาว, 2541)

1. การประเมินทางอ้อม (Indirect method) อาศัยเครื่องมือในการประเมินความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เช่น แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ การนับจำนวนเม็ดยา การพิจารณาการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

2. การประเมินทางตรง (Direct method) เป็นการวัดโดยอาศัยหลักทางชีววิทยาในช่วงเวลาที่กำหนด เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษานานและต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกำเริบและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างต่อเนื่องนั้นจึงมีความจำเป็นและความสำคัญอย่างยิ่ง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

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

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ที่นำมาใช้ในการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าด้วยตนเอง (Manual Search) และสืบค้นข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Search) โดยแหล่งข้อมูลที่ผู้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ได้แก่ วิทยานิพนธ์ ตำรา คู่มือ วารสารจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ และจากแหล่งข้อมูลของหน่วยงาน ส่วนการสืบค้นทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ได้เลือกใช้ฐานข้อมูลดังนี้ Cochrane library, HighWire Press, PUBMED, Science Direct, Ovid, Mulinet, CINAHL, TKC-e Thesis (ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ภายในประเทศ), ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา ห้องสมุดสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ โดยได้ทำการค้นคว้าข้อมูลในช่วง เดือน มิถุนายน 2552 - ธันวาคม 2552

2. คำสำคัญในการสืบค้น (Key words) ได้แก่ medication compliance and schizophrenia, medication adherence and schizophrenia, drug adherence and schizophrenia, drug compliance and schizophrenia, จิตเภท, ความร่วมมือในการรับประทานยา

3. เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัยดังนี้

1) ชนิดของการจัดกระทำ (Intervention) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

2) ชนิดหรือประเภทของงานวิจัย งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หรืองานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง ซึ่งไม่รวมถึงงานวิจัยที่เป็น Systematic Reviews

3) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาจากการคัดเลือกรงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50

4) เป็นงานวิจัยที่รายงานผลหรือตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 2003-2009

5) เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับสมบูรณ์ (Full text) ได้

รายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้คำสำคัญในการสืบค้น จำนวนการศึกษารงานวิจัยที่สืบค้นได้และจำนวนการศึกษาที่เลือกใช้ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวนที่ค้นได้	จำนวนงานวิจัยที่ตรงตามข้อกำหนด	งานวิจัยหลังจากที่คัดเรื่องซ้ำออก
HighWire Press	-medication compliance and schizophrenia	681	0	0
	-medication adherence and schizophrenia	2	0	0
	- drug adherence and schizophrenia	0	0	0
	- drug compliance and schizophrenia	0	0	0

หมายเหตุ () งานวิจัยที่ซ้ำ

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน ที่ค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ ตรงตาม ข้อกำหนด	งานวิจัย หลังจาก ที่คัดเรื่อง ซ้ำออก
Ovid	- medication adherence and schizophrenia	19	0	0
	medication compliance and schizophrenia	19	0	0
	- drug adherence and schizophrenia	19	0	0
	- drug compliance and schizophrenia	175	1	1
Cochrane library	-medication compliance and schizophrenia	102	0	0
	-medication adherence and schizophrenia	110	0	0
	- drug adherence and schizophrenia	0	0	0
	- drug compliance and schizophrenia	0	0	0
	-medication compliance and schizophrenia	1246	4(1)	3
PUBMED	-medication adherence and schizophrenia	422	1	1

หมายเหตุ () งานวิจัยที่ซ้ำ

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน ที่ค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ ตรงตาม ข้อกำหนด	งานวิจัย หลังจาก ที่คัดเรื่อง ซ้ำออก
PUBMED (ต่อ)	- drug adherence and schizophrenia	0	0	0
	- drug compliance and schizophrenia	0	0	0
Mulinet	- medication compliance and schizophrenia	0	0	0
	- medication adherence and schizophrenia	0	0	0
	- drug adherence and schizophrenia	0	0	0
	- drug compliance and schizophrenia	0	0	0
CINAHL	- medication compliance and schizophrenia	0	0	0
	- medication adherence and schizophrenia	0	0	0
	- drug adherence and schizophrenia	0	0	0
	- drug compliance and schizophrenia	0	0	0

หมายเหตุ () งานวิจัยที่ซ้ำ

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน ที่ค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ ตรงตาม ข้อกำหนด	งานวิจัย หลังจากที่ คัดเรื่อง ซ้ำออก
กรมสุขภาพจิต,ฐานข้อมูล วิจัย http://www.dmh.go.th	- medication compliance and schizophrenia	0	0	0
	- medication adherence and schizophrenia	0	0	0
	- drug adherence and schizophrenia	0	0	0
	- drug compliance and schizophrenia	0	0	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	- medication compliance and schizophrenia	0	0	0
	- medication adherence and schizophrenia	30	0	0
	- drug adherence and schizophrenia	0	0	0
	- drug compliance and schizophrenia	0	0	0

หมายเหตุ () งานวิจัยที่ซ้ำ

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน ที่ค้น ได้	จำนวน งานวิจัยที่ ตรงตาม ข้อกำหนด	งานวิจัย หลังจากที่ คัดเรื่องซ้ำ ออก
TKC- e Thesis (ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ ภายในประเทศ)	จิตเภท, ความร่วมมือในการ รับประทานยา	5	1	1
การสืบค้นด้วยตนเอง				
- ห้องสมุด ร.พ.ศรีธัญญา	จิตเภท, ความร่วมมือในการ รับประทานยา	1	1	1
- ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต	จิตเภท, ความร่วมมือในการ รับประทานยา	4	4	4
- ห้องสมุด มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตราชวิถี	จิตเภท, ความร่วมมือในการ รับประทานยา	0	0	0
- ห้องสมุดสำนักงาน คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	จิตเภท, ความร่วมมือในการ รับประทานยา	0	0	0
รวม		2835	12 (1)	11

หมายเหตุ () งานวิจัยที่ซ้ำ

จากการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยการค้นคว้าสืบค้นจากทุกฐานข้อมูลและจากการสืบค้นด้วยตนเองจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ที่มีฉบับสมบูรณ์ (Full text) ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้จำนวนทั้งสิ้น 11 เรื่อง

2. แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และเข้าเกณฑ์ 11 เรื่อง สำหรับแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

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

Level A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials ทุกเรื่อง หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

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

Level C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึงหลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus) คำรา หรือเอกสารที่ไม่ใช่งานวิจัย

งานวิจัยที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพงานวิจัยดังตาราง 2

ตาราง 2 คุณภาพงานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย/ปี	ระดับงานวิจัย
1.Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Patients with Schizophrenia	Degmecic, Pozgain, Pilakovic / 2007	A
2.The Use of Individual Tailored Environmental Supports to Improve Medication Adherence and Outcomes in Schizophrenia	Velligan, et.al./ 2007	A
3.Guideline Implementation and Patient-Tailoring Strategies to Improve Medication Adherence for Schizophrenia	Hudson, Owen, Thrush, Armitage, Thapa/ 2008	A
4.ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท	กาญจนา ชัยเจริญ/ 2547	B
5.การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์กรร่วมต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงห์บุรี	งามตา อักษรไพโร/ 2548	B
6. การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอ บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ	ศิริวรรณ พอนบุญ/ 2549	B
7. Compliance Therapy : An Intervention to Improve Inpatients' Attitudes To Treatment	Tay/ 2007	B

ตาราง 2 คุณภาพงานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย/ปี	ระดับงานวิจัย
8.ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการกลับเป็นซ้ำและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิต โรงพยาบาลสวนปรุง	ผกัรัตน์ ถาวรวงศ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์/ 2550	B
9.การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี	สมลักษณ์ เขียวสด/ 2550	B
10. การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	ปรารธนา คำมีสินนท์/ 2550	B
11. Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS) and its Relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables	Acosta, Bosch, Sarmiento, Juanes, Hidalgo, Mayans/ 2008	B

2. การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) ในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่องนี้ ข้อมูลที่กลั่นกรองได้นำไปสังเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยกำหนดขอบเขตของข้อมูลที่กลั่นกรองจากงานวิจัยดังนี้ 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 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (implication/implementation)



บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย
2. ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย
3. ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย

จากการศึกษาพบว่างานวิจัยทั้ง 11 เรื่องที่นำมาประเมินคุณภาพ เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 3 เรื่อง (Degmecic, Pozgain, & Filakovic, 2007; Velligan et. al, 2008; Hudson, Owen, Thrush, Armitage, & Thapa, 2008) งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) อยู่ในระดับ B จำนวน 8 เรื่อง (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547; งามดา อักษรไพร, 2548; ศิริวรรณ พอบุญ, 2548; ผลรัตน์ ถาวรวงษ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์, 2549; ปรรธนา คำมีสินนท์, 2550; สมลักษณ์ เขียวสด, 2551; Tay, 2007; Acosta, Bosch, Sarmiento, Juanes, Hidalgo, & Mayans, 2009) ทั้งหมดเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศจำนวน 6 เรื่อง และต่างประเทศจำนวน 5 เรื่อง ซึ่งมีความเพียงพอในการนำมาศึกษา

2. ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย

ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย 11 เรื่องแสดงไว้ใน ตาราง 5

3. ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 11 เรื่อง สามารถจัดกลุ่มงานวิจัยตามสถานที่ (Place)

ที่ใช้ในการดำเนินการได้เป็น 3 กลุ่มคือ 1) งานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก 2) งานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยใน และ 3) งานวิจัยที่ดำเนินการในชุมชน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. งานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่ามีการศึกษา 2 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งดำเนินการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยมี 2 รูปแบบคือ 1) การพยาบาลองค์รวม (งามตา อักษรไพโร, 2548) และ 2) การให้การปรึกษารอบครัว (สมลักษณ์ เจียวสด, 2551) ซึ่งแต่ละรูปแบบมีองค์ประกอบ (ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ผู้บำบัด กิจกรรมการบำบัด ผลลัพธ์ของการบำบัดและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน) ดังนี้

1.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

1.1.1) การพยาบาลองค์รวม (งามตา อักษรไพโร, 2548)

- การวินิจฉัย : เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาศูนย์จิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

- อายุ: กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 20-59 ปี
- เพศ: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 55 เพศหญิง ร้อยละ 45
- เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยา
- เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ระยะของโรคอยู่ในอาการสงบ ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน

1.1.2) การให้การปรึกษารอบครัว (สมลักษณ์ เจียวสด, 2551)

- การวินิจฉัย: เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทตามหลัก ICD-10 และบุคคลที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด และ/หรือตามกฎหมาย ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง

- อายุ: ระหว่าง 20-50 ปี และไม่ใช่สารเสพติด
- เพศ: เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 เพศหญิง ร้อยละ 30
- มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำสุด (1.00-1.49) ถึงระดับปานกลาง (2.50-3.49) ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของอุมพร กาญจนรักษ์ (2545)

1.2 ผู้บำบัด

1.2.1) การพยาบาลองค์รวม : นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช (งามตา อักษรไพโร, 2548)

1.2.2) การให้การศึกษาครอบครัว : นักศึกษาปริญญาโท
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (สมลักษณ์ เขียวสด, 2551)

1.3 กิจกรรมการบำบัด

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง ที่นำมาศึกษาในครั้งนี้พบว่าในแต่ละเรื่องมีรูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ดังแสดงในตาราง 3.1



ตาราง 3.1 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ป่วยนอก)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 งามตา อักษรไพโร/ 2548 - โปรแกรมการ พยาบาลองค์รวมต่อ พฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วย จิตเภท แผนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงห์บุรี	การพยาบาลองค์รวม	โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นโปรแกรมที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมรายกลุ่ม 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที จากนั้นติดตามประเมินในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4 โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ให้ความรู้ เปิดเผยตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตัวเองเป็น สาเหตุ และความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา ความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษา และเพื่อให้ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการกับอาการที่ผิดปกติ	การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและความสามารถสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากยาทางจิตและการบอกถึงอาการที่เกิดขึ้น ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เชื้อวโสธร (2545)

ตาราง 3.1 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ป่วยนอก) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 (ต่อ)		กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาความรู้เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา วางแผนจัดการกับการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และมีวิธีการดูแลตนเองได้ และให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยบอกได้ถึงการติดต่อสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพ และสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาจากการใช้ยา กิจกรรมที่ 5 การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ตระหนักได้ถึงคุณค่าของตนเอง และปรับตัวอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ	

ตาราง 3.1 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ป่วยนอก) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 (ต่อ) เรื่องที่ 2 สมลักษณ์ เทวสด / 2551 - การศึกษาการใช้ โปรแกรมการให้ คำบริการครอบครัว ต่อพฤติกรรมการใช้ยา	การให้การศึกษา ครอบครัว	กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมความผูกพันทางใจและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยบอกได้ถึงสิ่งที่ตนเคารพนับถือ ศรัทธา ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับเป้าหมายในชีวิต บอกถึงวิธีการปฏิบัติกิจกรรม ทางศาสนาเพื่อให้เกิดความสงบด้านจิตใจ และมีความรู้ ความ เข้าใจและมีวิธีผ่อนคลายเมื่อตนเองมีความทุกข์ใจ และสามารถ นำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้	พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการ รักษา ประเมินโดยแบบประเมิน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษา ของอุมพร กาญจนลักษณ์ (2545) ซึ่งพัฒนาแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับ

ตาราง 3.1 ชื่อผู้แต่งปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์ เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประธานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ป่วยนอก) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 2 (ต่อ) ตามเกณฑ์การศึกษา ของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี		ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ให้ครอบครัวเข้าใจลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับผู้ศึกษา และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทในการให้คำปรึกษาครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหาลักษณะการบำบัดการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหา สาเหตุของปัญหาและผลที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการใช้ยา ผู้ป่วยและครอบครัวมีข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางจิตเภท และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดโครงสร้างของครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหา	การศึกษาของ เพชร คันทายบัว (2544)

ตาราง 3.1 ชื่อผู้แต่งปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์ เครื่องมือที่ใช้ ประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ป่วยนอก) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 2 (ต่อ)		ที่ทำให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง เพื่อให้ครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงศักยภาพของตนเองในการจัดการกับปัญหา ที่ทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาไม่ถูกต้อง สนับสนุนให้ครอบครัวมีทักษะการแก้ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง อาการเตือนที่เกิดขึ้น และวิธีการดูแลตนเองได้ ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา และยุติการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสังเกตอาการนำของการป่วยซ้ำได้ ผู้ป่วยและครอบครัวสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา ผู้ป่วยและครอบครัวจัดการกับอาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยได้และครอบครัวมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	

1.4 ผลลัพธ์ของการบำบัดและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

1.4.1) การพยาบาลองค์รวม (งามตา อักษรไพโร, 2548)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการประเมินผลลัพธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้ศึกษาใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร เชื้อวโสร (2545) ผลการศึกษามีดังนี้

- พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม: หลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (งามตา อักษรไพโร, 2548)
- พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายด้าน: หลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รายด้าน ทั้งด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (งามตา อักษรไพโร, 2548)
- พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา: พบว่าหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รายข้อสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (งามตา อักษรไพโร, 2548)
- พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อด้านความสามารถสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากยา: หลังใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (งามตา อักษรไพโร, 2548)

1.4.2) การให้การรักษาครอบครัว (สมลักษณ์ เขียวสด, 2551)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการประเมินผลลัพธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้ศึกษาใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของอุมพร กาญจนลักษณ์ (2545) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับการศึกษาของเพชร คันธสาขบัว (2544) มีผลการศึกษาดังนี้

- พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม: หลังใช้โปรแกรมการให้การรักษาครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

- พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายด้าน: หลังการใช้โปรแกรมการให้การรักษาครบถ้วนผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

- พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อ ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา: หลังการใช้โปรแกรมรักษาครบถ้วน ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

- พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อ ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา: หลังการใช้โปรแกรมรักษาครบถ้วน ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. งานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยใน

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยใน พบว่ามี 4 รูปแบบ (5 เรื่อง) คือ 1) การวางแผนจำหน่าย (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) 2) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ผลการค้น ถาวรวงศ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2549) 3) การให้สุขภาพจิตศึกษา (ปรารธนา คำมีสินนท์, 2550; Degmecic et.al, 2007) และ 4) Compliance therapy (Tay,2007) ซึ่งแต่ละรูปแบบมีองค์ประกอบ (ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ผู้บำบัด กิจกรรมการบำบัด ผลลัพธ์ของการบำบัดและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน) ดังนี้

2.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1) การวางแผนจำหน่าย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พุทธคุณรู้เรื่อง ควบคุมพฤติกรรมตัวเองได้ขณะเข้าร่วมกิจกรรม ไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547)

2.1.2) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาเข้ารับการรักษานเป็นผู้ป่วยในป่วยเป็นโรคจิตเภทอย่างน้อย 2 ปี เคยเข้ารับการรักษานอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 24 เดือนก่อนเข้าร่วมโครงการและขาดยาหรือไม่ร่วมมือในการรักษานอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (ผลการค้น ถาวรวงศ์และชลธิดา สิมะวงศ์, 2549)

2.1.3) การให้สุขภาพจิตศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ตั้งแต่ครั้งที่ 3 ขึ้นไป ไม่มีอาการทางจิตรุนแรง เป็นผู้ป่วยที่สามารถพูดคุยรู้เรื่อง เขียนและอ่านหนังสือได้และมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (ปรารธนา คำมีสินนท์, 2550) และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทตามหลัก ICD-10 ได้เข้ารับการรักษาดัวในโรงพยาบาล (Degmecic et.al, 2007)

2.1.4) Compliance therapy

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท อายุอยู่ระหว่าง 18-65 ปียินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยการเซ็นใบยินยอม ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นๆที่มีผลต่อการศึกษาในครั้งนี้ (Tay, 2007)

2.2 ผู้บำบัด

2.2.1) การวางแผนจำหน่าย: นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547)

2.2.2) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง (ผการัตน์ ถาวรวงษ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์, 2549)

2.2.3) การให้สุขภาพจิตศึกษา: นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 เรื่อง (ปรารธนา คำมีสินนท์, 2550) และจิตแพทย์และนักจิตวิทยา 1 เรื่อง (Degmecic et.al, 2007)

2.2.4) Compliance therapy: พยาบาลจิตเวช (Tay, 2007)

2.3 กิจกรรมการบำบัด

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง ที่นำมาศึกษาในครั้งนี้พบว่าในแต่ละเรื่องมีรูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ดังแสดงในตาราง 3.2

ตาราง 3.2 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประธานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ป่วยใน)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 กาญจนา ชัยเจริญ/ 2547/ - ผลของใช้ โปรแกรมการ วางแผนจำหน่ายต่อ พฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การ รักษาของผู้ป่วย จิตเภท	การวางแผนจำหน่าย	โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นโปรแกรมที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมรายกลุ่ม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 30-60 นาที จากนั้นติดตามประเมินในสัปดาห์ที่ 4 โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพบำบัด (รายบุคคล) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและมีแนวทางแก้ไข ปัญหา ได้เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก่ใจความคิด ทักษะคิด มีการเปลี่ยนแปลงสู่สุขภาพที่ดี สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิตโดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะเชิงวิชาชีพทั้งการใช้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้แนะนำและผู้จัดการระบบ	พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประเมินโดยใช้แบบวัด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ตาราง 3.2 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประธานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ป่วยใน) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 (ต่อ)		การดูแล ของพยาบาลในการดำเนินการสร้างสัมพันธภาพบำบัด กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และ จะส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถคาดการณ์สถานการณ์การ ดำเนินโรคและพยากรณ์โรคได้ มีการตัดสินใจที่เอื้อต่อการปฏิบัติ และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการ ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้ กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ ข้างเคียงของยาเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีทักษะในการ สังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษา อาการทางจิต สามารถทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับ การรักษา	

ตาราง 3.2 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประธานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ป่วยใน) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การ บำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 (ต่อ)		กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมความตระหนักในการจัดการกับอาการทางลบและการใช้แหล่งความช่วยเหลือในชุมชน เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาตนเอง มีการแสดงออกของการทางลบลดลง โดยฝึกให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น ตระหนักถึงสิ่งที่ดีและมองเห็นคุณค่าของตนเอง มีความกล้าแสดงออก เปิดเผยตนเอง และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทางลบ และการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในอาการที่ผู้ป่วยแสดงออก และสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมที่ช่วยให้อาการทางลบลดลงได้ กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการรับรู้และทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และฝึกทักษะในการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการได้อย่างเหมาะสม	

ตาราง 3.2 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ป่วยใน) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 2 ผลการรื้อฟื้น การว่างส และ ชลธิดา สิมะวงศ์ / 2549/ - ผลของการจัดการผู้ป่วย รายกรณีต่อการกลับเป็นซ้ำ และความร่วมมือในการ รักษาด้วยยาของผู้ป่วย จิตเภท โรงพยาบาล สวนปรุง	การจัดการผู้ป่วยราย กรณี	การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้ Care map ในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมและติดตามผล 1 ปี 6 เดือน ซึ่งแผนการดูแลประกอบด้วย แผนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง โดยแบ่ง การดูแลเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 (วันที่ 1-5) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยบอก เวลา สถานที่ บุคคลได้ ไม่ทำอันตรายต่อตัวเองและผู้อื่น และได้รับการตามแผนการรักษา ระยะที่ 2 (วันที่ 6-10) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย บอกสาเหตุที่ตนเองต้องนอนโรงพยาบาลได้ ให้ได้รับยา ตามแผนการรักษา และสามารถดูแลตนเองและเข้าร่วม กิจกรรมได้ ระยะที่ 3 (วันที่ 10-20) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย บอกสาเหตุที่ทำให้ตนเองเจ็บป่วย ดูแลตนเองในการทำ กิจกรรมต่างๆ ได้	ความร่วมมือในการรักษา ประเมิน โดยแบบสอบถามความร่วมมือใน การรักษา

ตาราง 3.2 ชื่อผู้แต่งปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ป่วยใน) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 2 (ต่อ) เรื่องที่ 3 บรรณานา คัมภีร์สนนัท / 2550 - การให้สุขภาพจิต ศึกษาเพื่อความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของ ผู้ป่วยจิตเภทสำหรับ ผู้ป่วยใน โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์	การให้สุขภาพจิต ศึกษา	และยอมรับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่นได้ แผนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อประเมินสภาวะของผู้ป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย จิตเภท เป็นโปรแกรมที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมทั้งราย บุคคล และ รายนกลุ่ม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที และ ประเมินผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทันที และติดตามผลหลังครบ กิจกรรมในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้ ขั้นตอนที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา (รายบุคคล) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษาและผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเข้าใจหลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการและ	พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา ประเมินโดยโดยใช้ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ ยาตามเกณฑ์การรักษา

ตาราง 3.2 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประธานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ป่วยใน) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การ บำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 3 (ต่อ)		ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วม โครงการและเพื่อสัมผัส แรงงูใจในการรักษา ขั้นตอนที่ 2 การให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบกลุ่ม ครั้งที่ 1 โรจิตเภทและการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ เกี่ยวกับโรค และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิด พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ครั้งที่ 2 การป้องกันกำเริบของ โรจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมี การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับยารักษา โรจิตเภทและสามารถสังเกต และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจาก ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ครั้งที่ 3 การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของโรจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงลักษณะของอาการเตือน ก่อนที่	

ตาราง 3.2 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ป่วยใน) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/ บำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 3 (ต่อ)		อาการทางจิตกำเริบ สามารถสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นได้ และมีแนวทางการจัดการเมื่อมีอาการเตือนเกิดขึ้น ครั้งที่ 4 การฝึกการรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อเป็นการฝึกการรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ครั้งที่ 5 การสร้างความมั่นใจในความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพื่อตรวจสอบระดับความสามารถผู้ป่วย ในการนำความรู้ไปปฏิบัติที่บ้าน ให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีกำลังใจในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง	

ตาราง 3.2 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ป่วยใน) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การ บำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 4 Degmeci et.al, / 2007 -Psychoeducation and compliance in the treatment of patients with schizophrenia	กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา บำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	ดำเนินกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา โดยใช้เวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง มีการดำเนินกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยเน้นให้ ผู้ป่วยสำรวจปัญหาของตนเอง ยอมรับปัญหาของตนเอง พยายาม เน้นให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการหยุดยากับการกลับเป็นซ้ำ ผู้บำบัดต้องรับทราบถึงสาเหตุที่ทำให้คนไข้ปฏิเสธการเจ็บป่วย โดยสอบถามถึงปัญหาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ความต้องการการรักษา แหล่งช่วยเหลือทางสังคม ความยุ่งยาก ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ให้ความรู้เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการขาดการรักษา เช่น บุคลิกภาพเปลี่ยนไป แนะนำให้ผู้ป่วยบันทึกเกี่ยวกับอาการ ข้างเคียงของการรักษาและแจ้งให้ผู้ป่วยบำบัดทราบ เน้นให้ผู้ป่วย ทราบถึงความจำเป็นของการรักษา	-ประเมิน clinical symptoms โดยใช้ แบบประเมิน The Brief Psychiatric Rating Scale -ประเมิน compliance โดยใช้แบบ ประเมิน The compliance Assessment Inventory, attitude towards drugs with Drug Attitude Inventory -ประเมิน social Functioning โดยใช้แบบประเมิน The Global Assessment of Functioning

ตาราง 3.2 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ป่วยใน) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 5 Tay / 2007 - Compliance Therapy : An intervention to improve inpatients' Attitudes toward treatment	Compliance therapy	การดำเนินกิจกรรม เป็นทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง ในเวลา 3 วัน โดยในการทำกลุ่มนั้น ถ้าผู้ป่วยคนใดมี negative attitude toward treatment จะจัดให้ได้รับกิจกรรมรายบุคคลต่อไป	- ประเมินทัศนคติต่อการรักษา โดยใช้ The 10-items shortened version of the Drug attitude Inventory (DAI-10) โดยใช้ประเมินตอนเริ่มต้นและตอนสิ้นสุดการให้ intervention - ประเมิน Compliance Scale โดยใช้ 7-point rating scale for measurement of adherence โดยใช้ประเมินแรกรับจากทะเบียนประวัติและประเมินหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมเสร็จแล้ว 1 วัน

2.4 ผลลัพธ์ของการบำบัดและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

2.4.1 การวางแผนจำหน่าย (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการประเมินผลลัพธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมิน แบบสัมภาษณ์การวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่สร้างขึ้นโดย อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดของ เพชร กัณธ สายบัว (2544) มีผลการศึกษา ดังนี้

- พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา: ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย อยู่ในระดับดีมาก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

- พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ: พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4.2 การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ผการัตน์ ถาวรวงศ์และ

ชลธิชา สิมะวงศ์, 2549)

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากการประเมินผลลัพธ์เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ของสาธุพร พุฒขาว (2541) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอด ของจารุวรรณ ชันดีสุวรรณ (2528) มีผลการศึกษา ดังนี้

- ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา: ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการรายกรณีมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

- ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการรายกรณี และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ: พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการรายกรณี มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การกลับมารักษาซ้ำ

- การกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำลดลง โดย 1) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงจากร้อยละ 42.86 เป็นไม่มีกลับมารักษาซ้ำ 2) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน ลดลงจากร้อยละ 65.71 เหลือร้อยละ 8.7 และ 3) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน ลดลงจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 11.4 ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การกลับมารักษาซ้ำ ไม่มีความแตกต่างกันจากก่อนทดลอง

2.4.3 การให้สุขภาพจิตศึกษา (ปรารณา คำมีสินนท์, 2550;

Degmecic et.al, 2007)

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา: ก่อนการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนน พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ในระยะหลังการศึกษาและระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูงโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งได้นำแบบ ประเมินของ สรินทร เชี่ยวโสธร (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ที่ได้พัฒนามาจาก Farragher (Farragher, 1999) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีความร่วมมือในการรักษา (compliance) ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งประเมินโดยใช้ The compliance Assessment Inventory, attitude towards drugs with Drug Attitude Inventory

อาการทางจิต: จากการประเมินคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต ของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างเข้าร่วมโครงการสุขภาพจิตศึกษา เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หลังการศึกษา และระยะติดตามผล (1 เดือน และ 3 เดือน) ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการจิตลดลง ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า เมื่อรับผู้ป่วยเข้าในโรงพยาบาลทั้งกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มควบคุม มีอาการทางจิตไม่แตกต่างกัน แต่ในวันจำหน่ายและระยะติดตามเยี่ยม 1 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งวัดโดยใช้แบบประเมิน The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

การปฏิบัติหน้าที่ในสังคม: มีการศึกษา 1 เรื่อง ที่ศึกษาถึงการปฏิบัติหน้าที่ในสังคม ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า เมื่อรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน แต่ในวันจำหน่ายและระยะติดตามผลหลัง 3 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา สามารถปฏิบัติหน้าที่ในสังคมได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งวัดโดยใช้แบบประเมิน The Global Assessment of Functioning

2.4.4 Compliance therapy (Tay, 2007)

ทัศนคติต่อการรักษา: กลุ่มที่ได้รับ compliance therapy intervention มีทัศนคติต่อการรักษาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ intervention ทั้งแบบ individual session และ group session ซึ่งวัดโดยใช้แบบประเมิน The 10-items shortened version of the Drug attitude Inventory (DAI-10)

ความร่วมมือในการรักษา: ก่อนรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลมีการปฏิเสธการรักษา 95.7 % แต่หลังรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลผู้ป่วยยอมรับการรักษาเพิ่มขึ้นถึง 92.8 % ซึ่งประเมินโดยใช้ 7-point rating scale for measurement of adherence

3. งานวิจัยที่ดำเนินการในชุมชน

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง มีการศึกษา 4 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทโดยดำเนินการศึกษาในชุมชน คือ 1) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (ศิริวรรณ พอบุญ, 2548) 2) The use of individual in tailored environmental supports (Velligan et. al, 2008) 3) Evaluation of noncompliance by using electronic monitoring (Acosta et. al, 2009) และ 4) Guideline implementation and patient-tailoring strategies (Hudson et. al, 2008) ซึ่งแต่ละรูปแบบมีองค์ประกอบ (ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ผู้นำบัด กิจกรรมการบำบัด ผลลัพธ์ของการบำบัดและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน) ดังนี้

3.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1) การเสริมสร้างพลังอำนาจ: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) อายุระหว่าง 25- 59 ปี มีคะแนนประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง ด้วยเหตุผลของการขาดยา ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ขึ้นไป (ศิริวรรณ พอบุญ, 2548)

3.1.2) The use of individual in tailored environmental supports: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทโดยใช้ the Structures Clinical Interview for Diagnosis มีอายุระหว่าง 18-60 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชตามแผนการรักษาของแพทย์และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องที่ the Center for Health Care Services สามารถดูแลตัวเองได้ในเรื่องของการรับประทานยา มีความเข้าใจและสามารถทำแบบทดสอบได้ (rating scale and neuropsychological testing (Velligan et. al, 2008)

3.1.3) Evaluation of noncompliance by using electronic monitoring: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทโดยใช้เกณฑ์ ICD-10 และมีอายุมากกว่า 18 ปี (Acosta et. al, 2009)

3.1.4) Guideline implementation and patient-tailoring strategies: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท อายุ 18-65 ปี ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยการเซ็นใบยินยอม (Hudson et. al, 2008)

3.2 ผู้บำบัด

3.2.1) การเสริมสร้างพลังอำนาจ: นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ศิริวรรณ พอบุญ, 2548)

3.2.2) The use of individual in tailored environmental supports: ผู้ที่จบการศึกษาด้านจิตวิทยาหรือการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบำบัด (Velligan et. al, 2008)

3.2.3) Evaluation of noncompliance by using electronic monitoring: จิตแพทย์ (Acosta et. al, 2009)

3.2.4) Guideline implementation and patient-tailoring strategies : nurse coordinators ที่ทำงานเต็มเวลาอย่างน้อย 50% และได้ผ่านการฝึกอบรมกับทีมวิจัยมาก่อนที่จะมาดำเนินการในเรื่องนี้ โดยทุกคนจะได้รับคู่มือเกี่ยวกับ intervention protocol (Hudson, et. al, 2008)

3.3 กิจกรรมการบำบัด

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง ที่นำมาศึกษาในครั้งนี้พบว่าในแต่ละเรื่องมีรูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ดังแสดงในตาราง 3.3

ตาราง 3.3 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประธานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ในชุมชน)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 ศิริวรรณ พอนญ /2548 - การศึกษาการใช้ โปรแกรมการ เสริมสร้างพลัง อำนาจสำหรับผู้ป่วย จิตเภทและ ผู้ดูแลต่อ พฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษ ของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน	การเสริมสร้างพลังอำนาจ บำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน เป็น โปรแกรมที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมรายกลุ่ม 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 ขั้นตอน ขั้นตอนละ 60-90 นาที โดยขั้นตอนที่ 1,2,3 ทำในสัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 4 ทำในสัปดาห์ที่ 2 และติดตามประเมินในสัปดาห์ที่ 3 โดยมี ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหา สถานการณ์จริง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึง พฤติกรรมการใช้ยารักษา อาการทางจิตที่ผ่านมาและปัญหาที่เกิด จากการใช้ยาได้ ขั้นตอนที่ 2 การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการ ทางจิต โดยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยมี	- ประเมินพลังอำนาจของผู้ป่วย จิตเภทโดยใช้แบบประเมินพลัง อำนาจของผู้ป่วยจิตเภท - ประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบ ประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแล

ตาราง 3.3 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ในชุมชน) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/ บำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 (ต่อ)		วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถวางแผนเพื่อจัดการกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้และร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ขั้นตอนที่ 3 เสริมสร้างแหล่งของอำนาจ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาโดยการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกความต้องการความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนการใช้ยาที่ถูกต้อง ขั้นตอนที่ 4 ผู้ป่วยและผู้ดูแลเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้พูดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย	

ตาราง 3.3 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ในชุมชน) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การ บำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 2 Velligan et. al / 2008 - The use of individual In tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes in schizophrenia	: CAT เปรียบเทียบกับ กลุ่ม Pharm – CAT และ กลุ่ม TAU	ขณะอยู่ที่บ้าน และประเมินพลังอำนาจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทและประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแล - กลุ่ม Full – CAT และ Pharm – CAT จะใช้เวลาในการทำกิจกรรมทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 9 สัปดาห์ และติดตามต่อเนื่องอีก 9 เดือน ส่วนการประเมินเรื่องอาการแสดง และการปฏิบัติหน้าที่ จะทำการประเมินทุก 3 เดือน ซึ่งในการศึกษาจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่ม TAU (Treatment as usual) คือกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ 2) กลุ่ม Full-CAT (Full-Cognitive Adaptation Training) คือ การฝึกการปรับด้านความคิดอย่างเต็มรูปแบบ โดยเน้นการ	-ประเมินเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้วิธีการนับเมตริกที่ได้รับกลับบ้าน -ประเมินอาการทางจิต โดยใช้ The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) -ประเมินข้อบ่งชี้ของการกลับเป็นซ้ำ หรือการกลับเข้ารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลซ้ำโดยใช้ BPRS ข้อ 3 และข้อ 4

ตาราง 3.3 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ในชุมชน) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 2 (ต่อ) เรื่องที่ 3 Acosta et. al /2009 - Evaluation of Noncompliance in Schizophrenia patients Using electronic	ขวดยาที่ติดฝาด้วย microprocessor	ปรับตัวในชุมชนหลายด้าน เช่น การดำเนินชีวิต การใช้ เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การเข้าสังคม และความร่วมมือใน การรับประทานยา 3) กลุ่ม Pharm – CAT (Pharm - Cognitive Adaptation Training) เป็นส่วนหนึ่งของ Full-CAT แต่เน้นเฉพาะการ รับประทานยาตรงตามเวลา และการมาตรวจตามนัด ใช้ขวดยาที่ติดฝาด้วย microprocessor แล้วนำไปวิเคราะห์ ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อดูความสม่ำเสมอระหว่างจำนวน ครั้งในการเปิดขวด กับแผนการรักษาด้วยยา โดยแบ่งผู้ป่วย ที่เข้าร่วมโปรแกรมออกเป็น 2 กลุ่ม ตามแผนการรักษา คือ 1) กลุ่มที่ได้รับยาบำบัดประจํา (ยารับประทานอย่างเดียว)	- ประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของ ผู้ป่วย โดยใช้ The Social and Occupational functioning Scale (SOFAS) : ประเมินความร่วมมือในการ รักษาด้วยยาด้วยฟลายด์ที่ติด ด้วย microprocessor โดยความ ร่วมมือ จะประเมินจาก ความ สม่ำเสมอระหว่างการเปิดขวด

ตาราง 3.3 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ในชุมชน) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การ บำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 3 (ต่อ) monitoring and its relationship to sociodemographic, psychopathological variables		หรือร่วมกับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ) โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับ वादใส่ยาที่มีฝาปิดด้วย microprocessor ที่บรรจุยาต้านโรค จิต มีจำนวนเพียงพอกับระยะเวลาที่ทำการรักษา เป็นเวลา 3 เดือน และผู้ป่วยทุกคนจะได้รับคำอธิบาย วิธีการเปิดขวดยา 2) กลุ่มที่ได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อเพียงอย่างเดียว ประเมินจาก การได้รับยาฉีดตามแผนการรักษาภายใน 3 วัน	ยากับแผนการรักษาที่ได้รับ ถูกต้องอย่างน้อย 75 % ตามแผนการรักษา : ประเมิน sociodemographic variables โดยใช้ PANSS scale and the first three items on the Amador Insight Scale
เรื่องที่ 4 Hudson et. al. / 2008 - Guideline implementation	medication adherence เปรียบเทียบในกลุ่มที่ ได้รับการบริการขั้น พื้นฐาน	มีการใช้แบบประเมินเพื่อดูเรื่องปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อ medical adherence ใน 9 ประเด็นได้แก่ 1. ปัญหาเรื่องความจำ	- ประเมินข้อมูลพื้นฐานจากการ ซักประวัติและตัดสินใจตาม ใช้ The Structured Clinical

ตาราง 3.3 ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด กิจกรรมการบำบัด และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในประเมิน ของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ในชุมชน) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การ บำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 4 (ต่อ) and patient-tailoring strategies to improved medication adherence for schizophrenia		2.ปัญหาเรื่องรูปแบบ/กฎเกณฑ์เรื่องการรับประทานยา 3. ความกลัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับยา 4. ผลข้างเคียงจากปฏิกิริยาจากยา 5. การปฏิเสธเรื่องการเจ็บป่วยของตัวเอง 6. ความเชื่อเรื่องการรักษาด้วยยา 7.การขาดความไว้วางใจในคนที่ดูแล 8. การขาดความช่วยเหลือทางสังคม 9. ปัญหาอื่นๆ -หลังจากที่ทราบปัญหา/อุปสรรคของผู้ป่วยแล้ว nurse coordinators จะทำการเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อจะแก้ปัญหาดังกล่าว โดยจะมีการทำ barrier assessments ในตอนเริ่มการศึกษาและต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีนัดตรวจนั้น nurse coordinators จะประเมินอย่างน้อยทุก 6 สัปดาห์เป็นระยะเวลา 6 เดือน	Interview for Positive and Negative Syndrome Scales (SCI-PANSS) - The Barnes Akathisia Rating Scale (BARS)-รายงานการรับประทานยาด้วยตัวเองภายในเวลา 30 วัน โดยใช้ The Schizophrenia Outcomes Module (SCHIZOM) :

3.4 ผลลัพธ์ของการบำบัดและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

3.4.1) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (ศิริวรรณ พอบุญ, 2548)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา: ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่า ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4.2) The use of individual in tailored environmental supports (Velligan et. al, 2008)

ความร่วมมือในการรับประทานยา: กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบ Full-CAT (Full-Cognitive Adaptation Training) และ Pharm – CAT (Pharm - Cognitive Adaptation Training) มีความร่วมมือในการรับประทานยาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (TAU) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม Full-CAT และ Pharm – CAT

อาการทางจิต: เมื่อวิเคราะห์อาการแสดงด้วย mixed-effect regression model พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติในเรื่องของ symptom score ในช่วง baseline assessment กับช่วงเวลาที่ให้ intervention ($p > 0.09$)

การป่วยซ้ำ: ในช่วงของการประเมินก่อนการทดลองพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของทั้ง 3 กลุ่ม แต่หลังจากได้รับ intervention แล้วพบว่า กลุ่มที่ได้รับ Full-CAT มีความแตกต่างกับกลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.004$) และกลุ่ม Pharm-CAT มีความแตกต่าง กับกลุ่ม TAU ($p < 0.005$) โดยพบว่า กลุ่ม Full-CAT และกลุ่ม Pharm-CAT มีการป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่ม TAU แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม Full-CAT และกลุ่ม Pharm-CAT

ด้านการปฏิบัติงานและการเข้าสังคม: ซึ่งประเมินโดย SOFAS scores (Social and Occupational Functioning Scale) โดยกลุ่มที่ได้รับ Pharm-CAT มี SOFAS scores สูงกว่ากลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง treatment period ที่ทำการประเมินที่ช่วงเวลา 3, 6 และ 9 เดือน ($p < 0.05$) แต่ไม่พบความแตกต่างในช่วง follow-up ในช่วง 12 เดือน และ 15 เดือน (without home-visit) และกลุ่มที่ได้รับ Full-CAT มี SOFAS scores สูงกว่ากลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง treatment period ที่ทำการประเมินที่ช่วงเวลา 3, 6 และ 9 เดือน ($p < 0.001$) และในช่วง 3 เดือนแรกของการ follow-up ก็ยังพบความแตกต่างกับกลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ไม่พบความแตกต่างในช่วง 6 เดือน follow-up ($p < 0.07$)

กลุ่ม Full-CAT มี SOFAS scores สูงกว่ากลุ่ม Pharm-CAT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเดือนที่ 3, 6, 9, 2 แต่ไม่พบความแตกต่างกันในเดือนที่ 15 ในช่วง follow-up

3.4.3) Evaluation of noncompliance by using electronic monitoring (Acosta et. al, 2009)

ความร่วมมือในการรักษา: จากการประเมินด้วยขดขดที่มีฝาปิดด้วย microprocessor พบว่า มีผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษา 57.3 % และกลุ่มที่ได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อมีความร่วมมือในการรักษา 97.7 %

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา: กลุ่มผู้ป่วยที่ รู้จักตนที่ดี ไม่มี ความสับสนในการใช้กระบวนการคิด จะมีความร่วมมือในการรักษาที่ดีกว่ากลุ่มที่มีความสับสนใน กระบวนการของการใช้ความคิด (conceptual disorganization), การคิด/ทึกทักเอาเอง (stereotype thinking) สมาธิไม่ดี (poor attention) ขาดการรู้จักตน (lack of insight) การทำกิจวัตรซ้ำๆ (mannerism) และการมีปฏิกิริยาอยู่ในท่าแปลกๆ อย่างจงใจ (posturing) ซึ่งประเมินโดยใช้ PANSS scale

ความแตกต่างเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล: พบว่า กลุ่มที่มีความร่วมมือในการรักษา และกลุ่มที่ไม่มีความร่วมมือในการรักษา ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น การใช้สารเสพติด (ทั้งปัจจุบันและอดีต) ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการรับไว้ในโรงพยาบาล ระยะเวลาหลังจำหน่ายครั้ง สุดท้าย แผนการรักษา และจำนวนเม็ดยาที่ได้รับในแต่ละวัน

3.4.4) Guideline implementation and patient-tailoring strategies (Hudson et. al, 2008)

ความร่วมมือในการรักษา: กลุ่มที่ได้รับ Intervention (กลุ่ม Enhanced implementation) นั้นส่วนใหญ่จะมีสัดส่วนของ adherence rate ที่ baseline สูงกว่ากลุ่ม nonadherence (79.7% vs 48.7%, $p < 0.001$) และมีสัดส่วนของ a negative baseline diagnosis for akathisia สูงกว่ากลุ่ม nonadherence (67% vs 46%, $p = 0.049$) นอกจากนี้พบว่ากลุ่ม adherence มี baseline total PANSS scores ต่ำกว่ากลุ่ม nonadherence อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (80 vs 84, $p = 0.0081$)

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสามารถจัดกลุ่มงานวิจัย เป็น 3 กลุ่มคือ 1) ผู้ป่วยนอก 2) ผู้ป่วยใน และ 3) ในชุมชนนั้น จะเห็นได้ว่า งานวิจัยแต่ละกลุ่มก็มีผลลัพธ์ที่เหมือนและแตกต่างกัน สามารถสรุปได้ดังตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการศึกษากลุ่มที่ศึกษาแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและในชุมชน

สถานที่ ในการ ศึกษา	รูปแบบ	ผลลัพธ์ของการศึกษา					
		ความร่วมมือ ในการ รับปรึกษา	ทัศนคติต่อการ รักษา	การกลับมา รักษาซ้ำ	อาการทางจิต	การปฏิบัติ หน้าที่ ในสังคม	ลักษณะอาการที่มี ผลต่อความ ร่วมมือในการ รับปรึกษา
1) แผนก ผู้ป่วยนอก	การพยาบาลองค์รวม (งามตา อักษรไพโร, 2548)	- พฤติกรรมการ ใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา	-	-	-	-	-
	การให้การปรึกษารอบครัว (สมลักษณ์ เขียวสศ, 2551)	- พฤติกรรมการ ใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา	-	-	-	-	-
2) แผนก ผู้ป่วยใน	การวางแผนจำหน่าย (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547)	- พฤติกรรมการ ใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา	-	-	-	-	-
	การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ผการัตน์ ถาวรวงศ์และ หัตติดา สิมะวงศ์, 2549)	- ความร่วมมือใน การรักษาด้วยยา	-	- การกลับมา รักษาซ้ำ	-	-	-

ตาราง 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการศึกษากลุ่มที่ศึกษาแผนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและในชุมชน (ต่อ)

สถานที่ ในการ ศึกษา	รูปแบบ	ผลลัพธ์ของการศึกษา					
		ความร่วมมือ ในการ รับปรึกษา	ทัศนคติต่อการ รักษา	การกลับมา รักษาซ้ำ	อาการทางจิต	การปฏิบัติ หน้าที่ ในสังคม	ลักษณะอาการที่มี ผลต่อความ ร่วมมือในการ รับปรึกษา
2) แผน ผู้ป่วยใน (ต่อ)	การให้สุขภาพจิตศึกษา -ปรารภนา คำนีสินนท์ (2550) -Degmecic et.al., (2007)	- พฤติกรรมความ ร่วมมือในการ รักษา -พฤติกรรมความ ร่วมมือในการ รักษา	- -		-อาการทางจิต -อาการทางจิต	- การปฏิบัติ หน้าที่ทาง สังคม -	
	-Compliance therapy (Tay, 2007) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (ศิริวรรณ พอบุญ, 2548) การให้การปรึกษารอบครัว (สมลักษณ์ เพียวสด, 2551)	- ความร่วมมือใน การรักษา - พฤติกรรมการใช้ ยาตามเกณฑ์	- ทัศนคติต่อการ รักษา		- -	- -	
3) ในชุมชน							

ตาราง 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการศึกษากลุ่มที่ศึกษาแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและในชุมชน (ต่อ)

สถานที่ ในการ ศึกษา	รูปแบบ	ผลลัพธ์ของการศึกษา					
		ความร่วมมือใน การรับประทาน ยา	ทัศนคติต่อการ รักษา	การกลับมา รักษาซ้ำ	อาการทางจิต	การปฏิบัติ หน้าที่ ในสังคม	ลักษณะอาการที่มี ผลต่อความ ร่วมมือในการ รับประทานยา
3) ในชุมชน (ต่อ)	The use of individual in tailored environmental supports (Velligan et. al, 2008)	-ความร่วมมือใน การรับประทาน ยา	-	- การป่วยซ้ำ	- อาการทาง จิต	- การปฏิบัติ หน้าที่ใน สังคม	-อาการทางจิต มีผลต่อความ ร่วมมือในการ รักษา
	Evaluation of noncompliance by using electronic monitoring (Acosta et. al, 2009)	-ความร่วมมือใน การรักษา	-	-	-	-	

ตาราง 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการศึกษากลุ่มที่ศึกษาแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและในชุมชน (ต่อ)

สถานที่ ในการ ศึกษา	รูปแบบ	ผลลัพธ์ของการศึกษา					
		ความร่วมมือ ในการ รับปรึกษา	ทัศนคติต่อการ รักษา	การกลับมา รักษาซ้ำ	อาการทางจิต	การปฏิบัติ หน้าที่ใน สังคม	ลักษณะอาการที่ มีผลต่อความ ร่วมมือในการ รับปรึกษา
3) ในชุมชน (ต่อ)	Guideline implementation and patient-tailoring strategies (Hudson et. al, 2008) and patient-tailoring strategies (Hudson et. al, 2008)	- ความร่วมมือ ในการรักษา	-	-	-	-	-

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสามารถอภิปรายผลเป็น 2 ประเด็นใหญ่ๆ ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย
2. รูปแบบและประสิทธิภาพของการบำบัด

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย

สำหรับการศึกษานี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 11 เรื่อง ซึ่งเมื่อนำผลงานวิจัยที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพโดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่าเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 5 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาแบบ Randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 3 เรื่อง และแบบ Quasi - experimental research จำนวน 2 เรื่อง ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยเป็นการศึกษาแบบ Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 6 เรื่อง โดยที่เป็นงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง เป็นวิทยานิพนธ์ 5 เรื่อง งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ครั้งนี้มีแบบการวิจัยและวิธีการดำเนินการวิจัยที่น่าเชื่อถือ เครื่องมือที่นำมาใช้ก็เป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง ส่วนงานวิจัยในประเทศที่เป็นการศึกษาแบบ Quasi - experimental research ก็มีกระบวนการที่น่าเชื่อถือ และควบคุมการดำเนินการวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง ที่นำมาสังเคราะห์นี้เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. รูปแบบและประสิทธิภาพของการบำบัด

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 11 เรื่อง สามารถจัดกลุ่มตามสถานที่ (Place) ที่ใช้ดำเนินการศึกษา เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้คือ 1) งานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก 2) งานวิจัยที่ดำเนินการที่

แผนกผู้ป่วยใน และ 3) งานวิจัยที่ดำเนินการในชุมชน ซึ่งในแต่ละกลุ่มสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ประสิทธิภาพงานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก

จากการสังเคราะห์งานวิจัย 11 เรื่อง พบว่า มีงานวิจัย 2 เรื่อง ที่ดำเนินงาน ณ แผนกผู้ป่วยนอก คืองานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ 1) การพยาบาลองค์รวม (งามตา อักษรไพโร, 2548) และ 2) การให้การปรึกษารอบครัว (สมลักษณ์ เขียวสด, 2551) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 2 โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยา ทั้งด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาโดยรวมและรายด้าน (ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาและด้านความสามารถสังเกต/การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิต) ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาทั้ง 2 รูปแบบ มีการจัดกระทำที่ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น ดังนี้ 1) โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม เป็นการบำบัดที่ มีการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ สาเหตุและความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา ความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษา พัฒนาความรู้เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการกับอาการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในสังคมสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น (งามตา อักษรไพโร, 2548) ส่วนการให้การปรึกษารอบครัวนั้นมุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัว สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย สนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ส่งเสริมทักษะที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาแล้ว (สมลักษณ์ เขียวสด, 2551) นอกจากนี้ทั้ง 2 โปรแกรม ยังเน้นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเกิดความไว้วางใจทีมการรักษา เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และช่วยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยได้อันเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพอันดี ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ส่งผลให้เพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การพยาบาลองค์รวมและการให้การปรึกษารอบครัวนี้ เป็นการบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก ดังนั้น จึงสามารถที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลต่างๆ หรือในสถานบริการในชุมชน โดยถ้าผู้ป่วยมีผู้ดูแลหรือญาติเข้าร่วมก็สามารถให้การปรึกษารอบครัวได้ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีญาติหรือผู้ดูแลมาร่วมโครงการก็สามารถให้การพยาบาลองค์รวมได้

ซึ่งประสิทธิภาพที่ได้นั้นก็สามารเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ควรมีการศึกษางานวิจัยในลักษณะนี้อีกแต่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิภาพด้านอื่นๆ อีก เช่น ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการทางจิต ประสิทธิภาพเกี่ยวกับลดอัตราการป่วยซ้ำ ซึ่งจะเป็นการศึกษาที่กว้างขึ้นและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่โรงพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ประสิทธิภาพงานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยใน

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่า มีรูปแบบการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยใน 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การวางแผนจำหน่าย (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) 2) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ผการัตน์ ถาวรวงษ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2549) 3) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) (ปรารณา คำมีสินนท์, 2550; Degmecic et.al., 2007) และ 4) Compliance therapy (Tay, 2007) ซึ่งมีประสิทธิภาพของการบำบัด ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา/ความร่วมมือในการรักษา:

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ใช้การบำบัดทั้ง 4 รูปแบบ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา/ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยสูงขึ้นทุกการศึกษา เมื่อพิจารณารูปแบบการบำบัดแต่ละการศึกษาก็พบว่า การวางแผนจำหน่าย มีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและการรักษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท เสริมสร้างให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา เสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาตนเอง มีการแสดงออกทางลบลดลง โดยฝึกให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง มีความกล้าแสดงออกที่เหมาะสม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการรับรู้ในการแสดงออกทางอารมณ์ มีการฝึกทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ สำหรับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี นั้นมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเอง บอกสาเหตุที่ทำให้ตนเองต้องนอนโรงพยาบาล และตระหนักถึงสาเหตุที่ทำให้ตนเองต้องเจ็บป่วยและสามารถดูแลตนเอง ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ ในการบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษา มีการให้แรงจูงใจในการรักษาด้วยยา โดยการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ ฝึกให้ผู้ป่วยรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการรักษาให้กับผู้ป่วย สำหรับในการศึกษาเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาในต่างประเทศนั้น มีการให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคจิตเภท ขณะที่รับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาล ส่วนการบำบัดโดยรูปแบบ Compliance therapy นั้นมีการดำเนินกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยเน้นให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาของตนเอง ยอมรับปัญหาของตนเอง พยายามเน้นให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการหยุดยากับการกลับเป็นซ้ำ ผู้บำบัด

ต้องรับทราบถึงสาเหตุที่ทำให้คนไข้ปฏิเสธการเจ็บป่วย โดยสอบถามถึงปัญหาของผู้ป่วยรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ความต้องการการรักษา แหล่งช่วยเหลือทางสังคม ความยุ่งยากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ให้ความรู้เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการขาดการรักษา เช่น บุคลิกภาพเปลี่ยนไป แนะนำให้ผู้ป่วยบันทึกเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการรักษา และแจ้งให้ผู้บำบัดทราบ เน้นให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการรักษา เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการบำบัดทั้ง 4 รูปแบบ เป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น การตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง และการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ฯลฯ ซึ่งกิจกรรมการบำบัดเหล่านี้ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา/ความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้น

2.2 อาการทางจิต:

งานวิจัยที่ศึกษาถึงผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทมี 2 เรื่อง คือ การศึกษาที่ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิต (ศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ) ซึ่งพบว่าหลังการศึกษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลง ทั้งในระยะหลังการศึกษาและระยะติดตามผล ทั้งนี้เนื่องจากการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการบำบัดที่มีการให้แรงจูงใจในการรักษาด้วยยา โดยการให้ความรู้รายบุคคลและรายกลุ่ม แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ ฝึกให้ผู้ป่วยรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการรักษาให้กับผู้ป่วย สำหรับในการศึกษาเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาในต่างประเทศนั้น มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลช่วยให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาก็เชื่อว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทนั้นก็คือ การที่ผู้ป่วย มีสาร Dopamine หลังออกมามากในสมองจึงทำให้เกิดอาการทางจิตขึ้นโดยมีการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ที่พบว่าสาร Amphetamine ทำให้เพิ่มการหลั่งของสาร Dopamine มากขึ้นอันก่อให้เกิดอาการทางจิต ในขณะที่ยาต้านโรคจิต เช่น Haloperidol, Chlorpromazine มีผลต่อสาร Dopamine โดยการยับยั้งการจับกันของสาร Dopamine ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่องจึงทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan & Sadock, 1998)

2.3 การปฏิบัติหน้าที่ในสังคม: พบว่า มีการศึกษาเพียง 1 เรื่อง ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ในสังคม คือ การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ซึ่งเป็นงานวิจัยในต่างประเทศ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติหน้าที่ในสังคมได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา ทั้งช่วงจำหน่ายและระยะ

ติดตามผล 3 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ซึ่งจะเป็นความรู้เกี่ยวกับ อาการเริ่มต้นของผู้ป่วยจิตเภท การป้องกันการเกิดอาการทางจิต ยาที่ใช้ในการรักษา และผลข้างเคียงของยาซึ่งผลการศึกษพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาดีขึ้นและผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อันส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ในสังคมดีขึ้น (Atkinson , Coia, Gilmour, & Harper, 1996)

การปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพราะสิ่งเหล่านี้นจะเป็นสิ่งที่เสริมสร้างให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมในการศึกษาในรูปแบบอื่นๆ ด้วย เพื่อจะได้หารูปแบบที่เหมาะสม และมีประโยชน์มากที่สุด ในการให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน และอาจประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ซึ่งจะมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น

2.4 ทักษะคิดต่อการรักษา พบว่า มีการศึกษา 1 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ทักษะคิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อการรักษา คือ Compliance therapy เป็นรูปแบบการบำบัดที่เน้นให้ผู้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาของตนเอง ยอมรับปัญหาของตนเอง พยายามเน้นให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการหยุดยากับการกลับเป็นซ้ำ ผู้บำบัดต้องรับทราบถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ความต้องการการรักษา แหล่งช่วยเหลือทางสังคม ความยุ่งยากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ให้ความรู้เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการขาดการรักษา เช่น บุคลิกภาพเปลี่ยนไป แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการรักษา และแจ้งให้ผู้บำบัดทราบ เน้นให้ผู้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการรักษา ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาเพิ่มขึ้น อันส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา

3. ประสิทธิภาพงานวิจัยที่ดำเนินการในชุมชน

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง มีงานวิจัย 4 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทโดยดำเนินการศึกษาในชุมชน คือ 1) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (ศิริวรรณ พอบุญ, 2548) 2) The use of individual in tailored environmental supports (Velligan et.al., 2008) 3) Evaluation of noncompliance by using electronic monitoring (Acosta et. al, 2009) และ 4) Guideline implementation and patient-tailoring strategies (Hudson et.al., 2008) ซึ่งมีประสิทธิภาพของการบำบัด ดังนี้

3.1 *ความร่วมมือในการรับประทานยา*: พบว่างานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นทั้ง 4 เรื่อง โดยที่ *การเสริมสร้างพลังอำนาจ* มีการดำเนินกิจกรรมโดยการสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสถานการณ์จริง การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิตโดยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เสริมสร้างแหล่งของอำนาจ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาโดยการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร ส่วนรูปแบบการบำบัดของการศึกษา *The use of individual in tailored environmental supports* มีกิจกรรมบำบัดที่มุ่งเน้นการปรับทางด้านความคิด การปรับตัวกับชุมชน การดำเนินชีวิต การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การเข้าสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยา สำหรับการศึกษาที่รูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ *Evaluation of noncompliance by using electronic monitoring* เป็นการศึกษาถึงความร่วมมือในการรักษาโดยใช้ขวดยาที่มีฝาปิดด้วย Microprocessor เพื่อดูความสม่ำเสมอของจำนวนครั้งในการเปิดขวดกับแผนการรักษาเป็นการเพิ่มความตระหนักในการรับประทานยา และอีก 1 การศึกษาคือ *Guideline implementation and patient-tailoring strategies* มีการใช้แบบประเมินเพื่อดูเรื่องปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อ medication adherence ใน 9 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาเรื่องความจำ ปัญหาเรื่องรูปแบบ/กฎเกณฑ์เรื่องการรับประทานยา ความกลัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับยา ผลข้างเคียงจากปฏิกิริยาจากยา การปฏิเสธเรื่องการเจ็บป่วยของตัวเอง ความเชื่อเรื่องการรักษาด้วยยา การขาดความไว้วางใจในคนที่ดูแล การขาดความช่วยเหลือทางสังคม และปัญหาอื่นๆ หลังจากที่ทำทราบปัญหา/อุปสรรคของผู้ป่วยแล้ว Nurse Coordinators จะทำการเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อจะ แก้ปัญหาดังกล่าว โดยจะมีการทำ Barrier Assessments เน้นที่การค้นหาปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน และหาสิ่งช่วยเหลือตามปัญหาของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า การบำบัดทั้ง 4 รูปแบบดังกล่าวข้างต้นมีกระบวนการบำบัดที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรับประทานยา/รักษามากขึ้น

3.2 *อาการทางจิต การป่วยซ้ำ การปฏิบัติงานและการเข้าสังคม*: มี 1 งานวิจัยที่ศึกษาเรื่องอาการทางจิต การป่วยซ้ำ การปฏิบัติงานและการเข้าสังคม คือ *The use of individual in tailored environmental supports* ซึ่งเป็นรูปแบบงานวิจัยที่ใช้กระบวนการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยเน้นการปรับตัวทางด้านชุมชนหลายด้าน ทั้งการดำเนินชีวิต การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การเข้าสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งจะส่งผลทำให้ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง การป่วยซ้ำน้อยลง มีการปฏิบัติงานและการเข้าสังคมดีขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งสิ้น 11 เรื่อง ซึ่งเมื่อนำงานวิจัยที่ได้มาประเมินคุณภาพ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ก็พบว่า เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 3 เรื่อง (Degmecic, Pozgain & Pilakovic, 2007; Velligan et. al, 2008; Hudson et. al, 2008) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) อยู่ในระดับ B จำนวน 8 เรื่อง (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547; ศิริวรรณ พอบุญ, 2548; งามตา อักษรไพโร, 2548; ผลารัตน์ ถาวรวงษ์และ ชลธิดา ลิ้มวงษ์, 2549; Tay, 2007; สมลักษณ์ เขียวสด, 2551; Acosta et. Al., 2008) โดยที่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศ จำนวน 6 เรื่อง และต่างประเทศ จำนวน 5 เรื่อง ซึ่งงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง ได้นำมาจัดกลุ่มตามสถานที่ (Place) ที่ดำเนินการศึกษาได้เป็น 3 กลุ่มคือ 1) งานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก 2) งานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยในและ 3) งานวิจัยที่ดำเนินการในชุมชน ซึ่งแต่ละกลุ่ม สรุปผลได้ดังนี้

1. งานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่า มีการศึกษา 2 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งดำเนินการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยมี 2 รูปแบบคือ 1) การพยาบาลองค์กรวม (งามตา อักษรไพโร, 2548) และ 2) การให้การปรึกษารอบครัว (สมลักษณ์ เขียวสด, 2551) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้

1.1 ผู้รับการบำบัด: ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทตามหลัก ICD-10 และมีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมด้วย

1.2 ผู้บำบัด: ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

1.3 กิจกรรมการบำบัด พบว่ามีรายละเอียดดังนี้

- การพยาบาลองค์รวม: มีกิจกรรมในโปรแกรม 6 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย 2) การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) การพัฒนาความรู้เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 4) การพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในสังคม 5) การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง และ 6) การส่งเสริมความผาสุกทางใจและจิตวิญญาณ ดำเนินการตามโปรแกรมโดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมรายกลุ่ม 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จากนั้นติดตามประเมินในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4

- การให้การปรึกษารอบครัว: มีกิจกรรมในโปรแกรม 4 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวและการประเมินโครงสร้างของครอบครัว 2) การสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย 3) การสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหที่ทำให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง และ 4) การเสริมทักษะที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา และยุติการให้คำปรึกษา โดยดำเนินการตามโปรแกรมใช้เวลาในการทำกิจกรรมรายกลุ่ม 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที

1.4 ประสิทธิภาพของการบำบัด: การบำบัดทั้ง 2 โปรแกรม ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น

2. งานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยใน

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทายาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทโดยดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยใน พบว่ามี 4 รูปแบบ (5 เรื่อง) คือ 1) การวางแผนจำหน่าย (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) 2) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ผการัตน์ ดาวรวงศ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2549) 3) การให้สุขภาพจิตศึกษา (ปรารณา คำมีสินนท์, 2550; Degmecic et. Al., 2007) และ 4) Compliance therapy (Tay, 2007) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้

2.1 ผู้รับการบำบัด: ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยจิตเภทตามหลัก ICD-10 และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.2 ผู้บำบัด: ผู้บำบัดมีหลายวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวชคลินิก

2.3 กิจกรรมการบำบัด: พบว่ามีรายละเอียดดังนี้

- การวางแผนจำหน่าย: มีกิจกรรมในโปรแกรม 6 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพบำบัด(รายบุคคล) 2) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการรักษา 3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และ 4) การส่งเสริมความตระหนักในการจัดการกับอาการทางลบและการใช้แหล่งความช่วยเหลือในชุมชน ดำเนินการตามโปรแกรมโดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมรายกลุ่ม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง กิจกรรมละ 30-60 นาที จากนั้นติดตามประเมินในสัปดาห์ที่ 4

- การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: มีกิจกรรมในโปรแกรมแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยบอกเวลา สถานที่ บุคคลได้ ไม่ทำอันตรายต่อตัวเองและผู้อื่นและ ได้รับยาตามแผนการรักษา ระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยบอกสาเหตุที่ตนเองต้องนอนโรงพยาบาลได้ ให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสามารถดูแลตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมได้ ระยะที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยบอกสาเหตุที่ทำให้ตนเองเจ็บป่วย ดูแลตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ และยอมรับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่นได้ โดยใช้ Care map ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมและติดตามผล 1 ปี 6 เดือน

- การให้สุขภาพจิตศึกษา: มีการศึกษาทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ โดยที่การศึกษาใน **ประเทศไทย** มีกิจกรรมทั้งหมด 2 ขั้นตอน คือ **ขั้นตอนที่ 1** การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา (รายบุคคล) **ขั้นตอนที่ 2** การให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบกลุ่ม ซึ่งมีทั้งหมด 5 ครั้ง คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของโรคจิตเภท การฝึกการรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และการสร้างความมั่นใจในความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยมีการทำกิจกรรมทั้งราย บุคคล และรายกลุ่ม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที และประเมินผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทันที และติดตามผลหลังครบกิจกรรมในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3

ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ นั้น มีการให้ความรู้เกี่ยวกับ ให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาของตนเอง ยอมรับปัญหาของตนเอง พยายามเน้นให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการหยุดยากับการกลับเป็นซ้ำ ผู้บำบัดต้องรับทราบถึงสาเหตุที่ทำให้คนไข้ปฏิเสธการเจ็บป่วย โดยสอบถามถึงปัญหาของผู้ป่วยรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ความต้องการการรักษา แหล่งช่วยเหลือทางสังคม ความยุ่งยากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ให้ความรู้เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการขาดการรักษา เช่น บุคลิกภาพเปลี่ยนไป แนะนำให้ผู้ป่วยบันทึกเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการรักษาและแจ้งให้ผู้บำบัดทราบ เน้นให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการรักษา โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง

- Compliance therapy: การดำเนินกิจกรรม เป็นทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง ในเวลา 3 วัน โดยในการทำกลุ่มนั้น ถ้าผู้ป่วยคนใดมี negative attitude toward treatment จะจัดให้ได้รับกิจกรรมรายบุคคลต่อไป

2.4 ประสิทธิภาพของการบำบัด: จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย พบว่า การบำบัดส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย ดังนี้ 1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา/ ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น 2) อาการทางจิตลดลง 3) การปฏิบัติหน้าที่ในสังคมดีขึ้นและ 4) มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาเพิ่มขึ้น

3. งานวิจัยที่ดำเนินการในชุมชน

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง มีการศึกษา 4 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทโดยดำเนินการศึกษาในชุมชน คือ 1) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (ศิริวรรณ พอนบุญ, 2548) 2) The use of individual in tailored environmental supports (Velligan et. al, 2008) 3) Evaluation of noncompliance by using electronic monitoring (Acosta et. al, 2009) และ 4) Guideline implementation and patient-tailoring strategies (Hudson et. al, 2008) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้

3.1 ผู้รับการบำบัด: ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ผู้บำบัด: ผู้บำบัดมีหลายวิชาชีพ คือ พยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ที่จบการศึกษาด้านจิตวิทยาหรือการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับการอบรมเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัด จิตแพทย์ และ nurse coordinators ที่ทำงานเต็มเวลาอย่างน้อย 50 %

3.3 กิจกรรมการบำบัด พบว่ามีรายละเอียดดังนี้

- การเสริมสร้างพลังอำนาจ: มีกิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1, 2, 3 ทำในสัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 4 ทำในสัปดาห์ที่ 2 และติดตามประเมินในสัปดาห์ที่ 3 โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสถานการณ์จริง 2) การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิตโดยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และ 3) เสริมสร้างแหล่งของอำนาจ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาโดยการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร และ 4) ผู้ป่วยและผู้ดูแลเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ โดยเป็นโปรแกรมที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมรายกลุ่ม 2 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ขั้นตอน ขั้นตอนละ 60-90 นาที

- The use of individual in tailored environmental supports:

มีการทำกิจกรรมโดยแบ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่ม TAU (Treatment as usual) คือกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ 2) กลุ่ม Full-CAT (Full-Cognitive Adaptation Training) คือ การฝึกการปรับด้านความคิดอย่างเต็มรูปแบบ โดยเน้นการปรับตัวในชุมชนหลายด้าน เช่น การดำเนินชีวิต การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การเข้าสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยา 3) กลุ่ม Pharm -CAT (Pharm - Cognitive Adaptation Training) เป็นส่วนหนึ่งของ Full-CAT แต่เน้นเฉพาะการรับประทานยาตรงตามเวลา และการตรวจตามนัด ใช้เวลาในการทำกิจกรรมทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 9 สัปดาห์ และติดตามต่อเนื่องอีก 9 เดือน

- Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients

using electronic: ใช้ขวดยาที่ติดฝาด้วย microprocessor แล้วนำไปวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อดูความสม่ำเสมอระหว่างจำนวนครั้งในการเปิดขวด กับแผนการรักษาด้วยยา โดยแบ่งผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ได้รับยารับประทาน (ยารับประทานอย่างเดียว หรือร่วมกับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ) และ 2) กลุ่มที่ได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อเพียงอย่างเดียว ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน

- Guideline implementation and patient-tailoring strategies:

มีการใช้แบบประเมินเพื่อดูเรื่องปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อ medication adherence ใน 9 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาเรื่องความจำ ปัญหาเรื่องรูปแบบ/กฎเกณฑ์เรื่องการรับประทานยา ความกลัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับยาผลข้างเคียงจากปฏิกิริยาจากยา การปฏิเสธเรื่องการเจ็บป่วยของตัวเอง ความเชื่อเรื่องการรักษาด้วยยา การขาดความไว้วางใจในคนที่ดูแลการขาดความช่วยเหลือทางสังคม และปัญหาอื่นๆ หลังจากที่ทำทราบปัญหา/อุปสรรคของผู้ป่วยแล้ว nurse coordinators จะทำการเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อจะแก้ปัญหาดังกล่าว โดยจะมีการทำ barrier assessments ในตอนเริ่มการศึกษาและต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีนัดตรวจนั้น nurse coordinators จะประเมินอย่างน้อยทุก 6 สัปดาห์เป็นระยะเวลา 6 เดือน

3.4 ประสิทธิภาพของการบำบัด: จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

พบว่า การบำบัดส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยดังนี้ ความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น อาการทางจิตลดลง การป่วยซ้ำลดลง ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและการเข้าสังคมเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาล

จากการสังเคราะห์โปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภททั้งในต่างประเทศและต่างประเศนี้ ก็พบว่าเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับลักษณะของผู้ป่วยและบริบทของสถานบริการนั้นๆ ดังนี้

1. รูปแบบการเสริมสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ณ แผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก หรือในสถานบริการในชุมชนนั้น ถ้าผู้ป่วยมีผู้ดูแลหรือญาติเข้าร่วมการบำบัดได้ อาจใช้รูปแบบการให้การปรึกษารอบครัว แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีญาติหรือผู้ดูแลมาร่วมก็สามารถใช้การให้การพยาบาลองค์กรร่วมได้ ซึ่งประสิทธิภาพของทั้ง 2 รูปแบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มมากขึ้น

2. ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแล/ ญาติ มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาให้มากขึ้น เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วต้องกลับไปอยู่ที่บ้านในชุมชน การช่วยเหลือของญาติจะมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรับประทานยา/ การรักษาดีขึ้น

3. ควรมีการเสริมสร้างทักษะการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมให้กับผู้ป่วย ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

4. ควรนำรูปแบบการเสริมสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาในชุมชนรูปแบบใหม่ๆ ที่ศึกษาในต่างประเทศ มาทดลองใช้ในบริบทของสังคมไทย เช่น The use of individual in tailored environmental supports, Evaluation of noncompliance by using electronic monitoring, Guideline implementation and patient-tailoring strategies และ Compliance therapy

5. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติที่ดีของผู้ป่วยและญาติต่อการรักษา อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา/ การรักษาเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของญาติในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาในบริบทของสังคมไทยให้มากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรับประทานยาและอาการทางจิต เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะส่งผลต่ออาการทางจิตอย่างไร

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยให้มากยิ่งขึ้น อันจะนำไปเป็นข้อมูลที่ใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต่อไป

4. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม เพื่อเพิ่มพูนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท อันจะเป็นการส่งเสริมให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มากยิ่งขึ้น

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON MEDICATION COMPLIANCE/ADHERANCE PROGRAMES FOR PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA

สุรีย์ จันทร์เกตุวงษ์ 4836259 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

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

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด จากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 23.34 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) โดยที่ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ หรือมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างที่อาการไม่กำเริบ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) จึงทำให้ผู้ป่วยขาดสมรรถภาพในการดำรงชีวิตที่สมบูรณ์ โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความรุนแรง ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ *ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย* นั้น มีหลายด้านด้วยกันคือ 1) ด้านพฤติกรรม ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ผู้ป่วยอาจจะมีอาการอะละอะระวาด แสดงอาการโกรธหรือเกลียดรุนแรง ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำให้บุคคลรอบข้างหวาดกลัว และไม่ยอมรับผู้ป่วย (วาสนา ปานดอก, 2545; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; Lelliott, Wing, & Clifford, 1994 cited in Kampman et al., 2003; McIntosh & Worley, 1994 cited in Finkelman, 1997; Quinlan & Ohlund, 1995) 2) ด้านการปฏิบัติตัว เช่นผู้ป่วยไม่สนใจการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี (Gopinath & Chaturvedi, 1992) และ 3) ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว และชุมชนอยู่ใน

ระดับไม่ดี (จิรารัตน์ พิมพ์ดี, 2541; คารา ศัตรูถี ดวงตา กุลรัตนญาณและสมสกุล สุภัทรพันธุ์, 2539) ส่วนผลกระทบต่อกครอบครัว ก็พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมักเกิดความเครียด ความรู้สึกอึดอัดใจ หนักใจ วิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย รำคาญ อารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า อับอาย หวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เนื่องจากไม่อาจคาดเดาได้ว่าผู้ป่วยจะเกิดอาการกำเริบและแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมขึ้นมาเมื่อไร (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; รัชนิกร อุปเสน, 2541; สถิตย์ วงศ์สุรประกิจ, 2542; Falloon et al., 1985 cited in Buckwalter, 1991) ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ในด้านผลกระทบต่อชุมชน ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลในชุมชนทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจ และด้านร่างกาย ซึ่งจากการศึกษาก็พบว่าบุคคลอื่นในชุมชนเกิดความรู้สึกหวาดกลัวและรำคาญ (ไพรวลัย รมช้ายและคณะ, 2544; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้านจิตเภท ยังส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง ทำให้ประเทศชาติขาดประชากรที่มีคุณภาพ ตลอดจนต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาบุคคลกลุ่มนี้ซึ่งจากการวิเคราะห์ต้นทุนของการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช จากโรงพยาบาลที่สังกัดกรมสุขภาพจิตทั้งหมด 17 แห่ง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 43 วันต่อราย คิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 28,230 บาทต่อปี (อนnek สุภิรนนท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, และบุปผาพรรณ พัวพันประเสริฐ, 2550)

การบำบัดผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามอัตภาพไม่เป็นภาระของสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นการบำบัดที่ผสมผสานทั้งการให้ยาด้านโรคจิตและการบำบัดทางจิตสังคม (อุมาพร ตั้งคสมบัติ, 2540) โดยที่การบำบัดโรคจิตเภานั้นจะเน้นการบำบัดรักษาด้วยยาเป็นอันดับแรกเพื่อช่วยควบคุมอาการและความผิดปกติของอาการทางจิตจะลดลงหรือหายไป (กฤติยา พงษ์พุดพิพัฒน์, 2547) เนื่องจากพบว่ายามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย ช่วยลดความรุนแรงของโรค และรักษาอาการต่อเนื่องจากระยะรุนแรงจนอาการค่อยๆ ดีขึ้น ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องได้รับการรักษาด้วยยาในระยะยาวเป็นปี หรือตลอดชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542; Kumar & Sedwick, 2001) ซึ่งการรับประทานยาที่ต้องใช้เวลานานนั้น อาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เช่น รับประทานยาไม่ครบตามขนาด รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดใช้ยา รับประทานยาเมื่อรู้สึกตัวตนเองมีอาการผิดปกติ ใช้ยาผิดเวลา หรือใช้ยาน้อยหรือเพิ่มยามากกว่าแผนรักษา (มาโนช หล่อตระกูล, 2541; Farragher, 1999)

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-พ.ศ.2544) และฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-พ.ศ.2549) ที่กรมสุขภาพจิตมุ่งเน้นให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน เพื่อลดค่าใช้จ่าย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล และลดอัตราการครองเตียง (จีลี เจริญทรัพย์, 2546;

พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตัวเองได้ จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2550; งามตา อักษรไพโร, 2548) ผู้ป่วยที่กลับเข้าสู่ชุมชนจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น

โรคจิตเภทเป็นโรคที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลานาน ประกอบกับยาที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีอาการข้างเคียง เช่น ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect) โดย ผู้ป่วยจะมีอาการสั่น (Tremor) ที่มือ แขน ขา มีอาการตัวแข็งอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) อาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่หนึ่งไม่ได้ อาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่เป็นกลุ่มอาการที่ผิดปกติเนื่องจากได้รับยา Anticholinergic ขนาดสูง (Central Anticholinergic Syndrome) โดยผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรง สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย สติสัมปชัญญะลดลงจนถึงโคม่าได้ เป็นต้น ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย ไม่ยอมร่วมมือในการรับประทานยา เช่น การหยุดยาเอง ไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อันส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำและทำให้การพยากรณ์โรคระยะยาวแย่ลง ซึ่งโดยทั่วไปพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภทจะกลับเป็นซ้ำ มีการศึกษาถึงอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการบำบัดมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 60-80 ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยามีการป่วยซ้ำร้อยละ 80 ถ้าได้รับการบำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียวมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 15-40 และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดด้วยยาร่วมกับการให้ความรู้และส่งเสริมทักษะทางสังคมแก่ครอบครัวมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 0-20 (Gualtiere, 1999) และเมื่อมีการป่วยซ้ำก็ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (สมภพ เรืองตระกูล, 2548; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) จากข้อมูลกล่าว จะเห็นได้ว่า ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยก็เกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรับประทานยานั้นประกอบไปด้วยปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ดังนี้ 1) *ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย* เช่น ความรู้ ทักษะ และความรู้สึกต่ออาการข้างเคียงเกี่ยวกับยารักษาโรคจิต (สาธูพร พุฒขาว, 2541) การมีอาการไม่พึงประสงค์จากยา ไม่มีเงินมารักษาเนื่องจากบ้านไกล อายุที่ถูกล้อเลียนว่าบ้า (พรทิพย์ คงสัจย์และ สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2549) การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต (ทิปประพิน สุขเจียว, 2543) ความเบื่อหน่ายที่จะต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน ไม่สามารถทนอาการข้างเคียงของยาได้ และคิดว่าตนเองหายดีแล้ว (Rusher et al., 1997) 2) *ปัจจัยด้านครอบครัว* เช่น

ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วาสนา ปานดอก, 2545) 3) **ปัจจัยด้านสังคม** เช่น สังคมไม่ยอมรับตัวผู้ป่วย (ผการัตน์ ถาวรวงษ์และชลธิดา สิมะวงษ์, 2549) และ 4) **ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ** เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ความคาดหวังต่อการรักษาของผู้ป่วย (ทัศนีย์ ทรัพย์สูงเนิน, 2544) ซึ่งการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรับประทานยาที่มีประสิทธิ ภาพนั้นมีหลายรูปแบบด้วยกัน โดยที่การบำบัดเหล่านี้ เป็นบทบาทหน้าที่ส่วนหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างครอบคลุม ตั้งแต่การประเมิน คัดกรองและให้การบำบัดที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล (ศิริวรรณ พอบุญ, 2548) การใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว (สมลักษณ์ เขียวสด, 2551) และการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท (ปรารธนา คำมีสินนท์, 2550) Psychoeducation (Degmecic, Pozgain, & Filakovic, 2007), Compliance therapy (Tay, 2007) เป็นต้น

ดังนั้นองค์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบที่ยังไม่มีการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาที่ศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรงจึงมีความสนใจที่จะวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท อันจะส่งผลให้ผู้ศึกษามีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ในประเด็นรูปแบบของการบำบัดและประสิทธิผลของแต่ละรูปแบบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชในบริบทสังคมไทย
3. ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในบริบทของสังคมไทย

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช 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) ซึ่งเป็นผู้ที่มีอาการแสดงออกในกลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) เช่น อาการหลงผิด (Delusion) ผู้ป่วยจะมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง อาการประสาทหลอน (Hallucination) ใช้คำพูดศัพท์แปลกๆ (Disorganized Speech) พฤติกรรมผิดปกติมาก (Disorganized Behavior) นิ่งไม่เคลื่อนไหวอยู่ในท่าแปลกๆหรืออะอะโวยวาย (Catatonia) และกลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมยไม่ยินดีในร่าย (Affective flattening) พูดน้อย (Alogia) หดความกระตือรือร้น (Avolition) ตายด้านไม่สนุกกับชีวิต (Anhedonia) บกพร่องทางเชาว์ความคิด (Cognitive Deficit)

ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเวชมีการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาทางด้านจิตเวชตามแผนการรักษาของแพทย์โดยรับประทานอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลาให้ครบทั้ง ชนิด จำนวน เวลาตามแผนการรักษา

โปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเวช คือ กิจกรรมที่ใช้ปฏิบัติการบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความร่วมมือในการรับประทานยาเช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล การใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเวช, Compliance therapy เป็นต้น

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท 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 การก๊อปปี้ข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมที่ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ที่นำมาใช้ในการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าด้วยตนเอง (Manual Search) และสืบค้นข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Search) โดยแหล่งข้อมูลที่ผู้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ได้แก่ วิทยานิพนธ์ ตำรา คู่มือ วารสารจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ และจากแหล่งข้อมูลของหน่วยงาน ส่วนการสืบค้นทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ได้เลือกใช้ฐานข้อมูลดังนี้ Cochrane library, HighWire Press, PUBMED, Science Direct, Ovid, Mulinet, CINAHL ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต, ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา, TKC-e Thesis (ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ภายในประเทศ), ห้องสมุดสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ซึ่งได้ทำการค้นคว้าข้อมูลในช่วงเดือน กันยายน 2552 - ธันวาคม 2552

2. คำสำคัญในการสืบค้น (Key words) ได้แก่ medication compliance and schizophrenia, medication adherence and schizophrenia, drug adherence and schizophrenia, drug compliance and schizophrenia, จิตเภท, ความร่วมมือในการรับประทานยา

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยดังนี้

- 1) ชนิดของการจัดกระทำ (Intervention) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
- 2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาจากการคัดเลือกรายงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท 50 เปอร์เซ็นต์ ขึ้นไป
- 3) ชนิดหรือประเภทของงานวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (randomized controlled trials) หรืองานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi- experimental study) ซึ่งไม่รวมถึงงานวิจัยที่เป็น Systematic Reviews
- 4) เป็นงานวิจัยที่รายงานผลหรือตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 2003-2009
- 5) เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับสมบูรณ์ (Full text) ได้

แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และเข้าเกณฑ์ 11 เรื่อง สำหรับแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

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

Level A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials ทุกเรื่อง หรืองานวิจัยเดียวที่เป็น randomized controlled trials

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

Level C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึงหลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus) ตำรา หรือเอกสารที่ไม่ใช่งานวิจัย

2. การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 11 เรื่อง และนำข้อมูลที่กลั่นกรองได้ ไปวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่สกัดออกมาจากงานวิจัยดังนี้ 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 ข้อเสนอแนะเพื่อให้นำไปใช้ (implication/implementation)

ผลการศึกษา

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ผลการศึกษาสามารถนำเสนอ ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ
2. รูปแบบและประสิทธิภาพของการบำบัด

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ

การศึกษานี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 11 เรื่อง ซึ่งเมื่อนำงานวิจัยที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพโดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย(2544) พบว่าเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 5 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาแบบ Randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 3 เรื่อง และแบบ Quasi - experimental research จำนวน 2 เรื่อง ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยเป็นการศึกษาแบบ Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 6 เรื่อง โดยที่เป็นงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง เป็นวิทยานิพนธ์ 5 เรื่อง งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ครั้งนี้มีแบบการวิจัยและวิธีการดำเนินการวิจัยที่น่าเชื่อถือ เครื่องมือที่นำมาใช้ก็เป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง ส่วนงานวิจัยในประเทศที่เป็นการศึกษาแบบ Quasi-experimental research ก็มีกระบวนการที่น่าเชื่อถือและควบคุมการดำเนินการวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง ที่นำมาสังเคราะห์นี้จึงนับว่าเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ

รูปแบบและประสิทธิภาพของการบำบัด

จากการศึกษาพบว่างานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง สามารถจัดกลุ่มงานวิจัยตามสถานที่ที่ใช้ในการดำเนินการได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) งานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก 2) งานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยใน และ 3) งานวิจัยที่ดำเนินการในชุมชน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. งานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่ามีการศึกษา 2 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดต่อการใช้ยาตามเกณฑ์โดยดำเนินการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ 1) การพยาบาลองค์รวม (งามตา อักษรไพโร, 2548) และ 2) การให้การปรึกษารอบครัว (สมลักษณ์ เขียวสด, 2551) ซึ่งแต่ละรูปแบบมีองค์ประกอบดังนี้

1.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

1.1.1) การพยาบาลองค์รวม (งามตา อักษรไพโร, 2548)

- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี มีอายุอยู่ระหว่าง 20-59 มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาและอยู่ในระยะอาการสงบ ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน

1.1.2) การให้การปรึกษารอบครัว (สมลักษณ์ เขียวสด, 2551)

- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทตามหลัก ICD-10 และบุคคลที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด และ/หรือตามกฎหมาย ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง

1.2 ผู้บำบัด

1.2.1) การพยาบาลองค์รวม: นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (งามตา อักษรไพโร, 2548)

1.2.2) การให้การปรึกษารอบครัว: นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (สมลักษณ์ เขียวสด, 2551)

1.3 กิจกรรมการบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม พบว่ามีรายละเอียดดังนี้

1.3.1) การพยาบาลองค์รวม มีกิจกรรม 6 กิจกรรม ดำเนินการตามโปรแกรมโดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมรายกลุ่ม 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จากนั้นติดตามประเมินในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4

1.3.2) การให้การปรึกษารอบครัว มีกิจกรรม 4 กิจกรรม ดำเนินการตามโปรแกรมใช้เวลาในการทำกิจกรรมรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กิจกรรมละ 45 - 60 นาที

1.4 ผลลัพธ์ของการบำบัดและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.4.1) การพยาบาลองค์รวม (งามตา อักษรไพโร, 2548)

ประเมินผลลัพธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ผลการศึกษามีดังนี้

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม: พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (งามตา อักษรไพโร, 2548)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายด้าน : พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รายด้าน ทั้งด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (งามตา อักษรไพโร, 2548)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา: พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รายข้อสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (งามตา อักษรไพโร, 2548)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อด้านความสามารถสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากยา: ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (งามตา อักษรไพโร, 2548)

1.4.2) การให้การศึกษาครอบครัว (สมลักษณ์ เชี่ยวสด, 2551)

จากการประเมินผลลัพธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งผู้ศึกษาใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของอุมาพร กาญจนลักษณ์ (2545) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับการศึกษาของเพชร คันธสายบัว (2544) มีผลการศึกษา ดังนี้

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม: พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายด้าน: พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว: พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา: พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. งานวิจัยที่ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยใน

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทายาโดยดำเนินการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยใน มี 4 รูปแบบ (5 เรื่อง) คือ 1) การวางแผนจำหน่าย (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) 2) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ผการัตน์ ถาวรวงศ์และชลธิดา สิมะวงศ์, 2549) 3) การให้สุขภาพจิตศึกษา (ปรารธนา คำมีสินนท์, 2550; Degmecic et.al, 2007) 4) Compliance therapy (Tay, 2007) โดยที่แต่ละรูปแบบมองประกอบดังนี้

2.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1) การวางแผนจำหน่าย: กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พุดคุยรู้เรื่อง ควบคุมพฤติกรรมตัวเองได้ขณะเข้าร่วมกิจกรรม ไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547)

2.1.2) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในป่วยเป็นโรคจิตเภทอย่างน้อย 2 ปี เคยเข้ารับการรักษาอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 24 เดือนก่อนเข้าร่วม โครงการและขาดยาหรือไม่ร่วมมือในการรักษาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (ผการัตน์ ถาวรวงศ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2549)

2.1.3) การให้สุขภาพจิตศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จิตเวชตั้งแต่ครั้งที่ 3 ขึ้นไป ไม่มีอาการทางจิตรุนแรง เป็นผู้ป่วยที่สามารถพุดคุยรู้เรื่อง เขียนและอ่านหนังสือได้และมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทายา (ปรารธนา คำมีสินนท์, 2550) และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทตามหลัก ICD-10 ได้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Degmecic et.al, 2007)

2.1.4) Compliance therapy: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทอายุอยู่ระหว่าง 18-65 ปี ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยการเซ็นใบยินยอม ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการศึกษาในครั้งนี้ (Tay, 2007)

2.2 ผู้บำบัด

2.2.1) การวางแผนจำหน่าย: นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547)

2.2.2) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง (ผการัตน์ ถาวรวงศ์ และชลธิดา สิมะวงศ์, 2549)

2.2.3) การให้สุขภาพจิตศึกษา: นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 เรื่อง (ปรารณา คำมีสินนท์, 2550) และจิตแพทย์และนักจิตวิทยา 1 เรื่อง (Degmecic et.al, 2007)

2.2.4) Compliance therapy: พยาบาลจิตเวช (Tay, 2007)

2.3 กิจกรรมการบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม พบว่า มีรายละเอียดดังนี้

2.3.1) การวางแผนจำหน่าย มีกิจกรรมในโปรแกรม 6 กิจกรรม ดำเนินการตามโปรแกรมโดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมรายกลุ่ม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง กิจกรรมละ 30 - 60 นาที จากนั้นติดตามประเมินในสัปดาห์ที่ 4 (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547)

2.3.2) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีกิจกรรมในโปรแกรมแบ่งเป็น 3 ระยะ ทำกิจกรรมต่างๆ โดยใช้ Care map ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมและติดตามผล 1 ปี 6 เดือน (ผการัตน์ ถาวรวงศ์และ ชลธิดา สิมะวงศ์, 2549)

2.3.3) การให้สุขภาพจิตศึกษา มีการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยใน **ประเทศไทย** มีกิจกรรมทั้งหมด 2 ขั้นตอน โดยมีการทำกิจกรรมทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที และประเมินผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทันที และติดตามผลหลังครบกิจกรรมในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 (ปรารณา คำมีสินนท์, 2550) ส่วน**การศึกษาในต่างประเทศนั้น** ใช้เวลาในการทำกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง (Degmecic et.al, 2007)

2.3.4) Compliance therapy การดำเนินกิจกรรม เป็นทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง ในเวลา 3 วัน (Tay, 2007)

2.4 ผลลัพธ์ของการบำบัดและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.4.1 การวางแผนจำหน่าย (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547)

จากการประเมินผลลัพธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมิน แบบสัมภาษณ์การวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่สร้างขึ้นโดย อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดที่ได้จากการศึกษาของ เพชร คันธสาบว (2544) มีผลการศึกษาดังนี้

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา: ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย อยู่ในระดับดีมาก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ: พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4.2 การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ผการัตน์ ถาวรวงศ์และชลธิชา สิมะวงศ์, 2549)

จากการประเมินผลลัพธ์เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ของสาธุพร พุฒขาว (2541) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด ของจาวรณ ชันดีสุวรรณ (2528) มีผลการศึกษาดังนี้

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา: ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการรายกรณีมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการรายกรณีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ: พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการรายกรณีมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การกลับมารักษาซ้ำ: การกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำลดลง โดย 1) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดจากร้อยละ 42.86 เป็นไม่มีกลับมารักษาซ้ำ 2) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน ลดจากร้อยละ 65.71 เหลือร้อยละ 8.7 และ 3) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน ลดจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 11.4 ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การกลับมารักษาซ้ำ ไม่มีความแตกต่างกันจากก่อนทดลอง

2.4.3 การให้สุขภาพจิตศึกษา มีรายงานการศึกษา 2 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาในประเทศไทย (ปรารธนา คำมีสินนท์, 2550) และศึกษาในต่างประเทศ (Degmecic et.al, 2007) ซึ่งมีผลการศึกษาดังนี้

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา: การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ในระยะหลัง การศึกษาและระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง ซึ่งสูงกว่าระยะก่อนการศึกษา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบว่า กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีความร่วมมือในการรักษา (compliance) ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งประเมินโดยใช้ The compliance Assessment Inventory, attitude towards drugs with Drug Attitude Inventory (Degmecic et.al, 2007)

อาการทางจิต: การศึกษาในประเทศไทยพบว่าหลังการศึกษาและระยะติดตามผล (1 เดือน และ 3 เดือน) ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการจิตลดลง (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า เมื่อรับผู้ป่วยเข้าในโรงพยาบาลทั้งกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มควบคุมมีอาการทางจิตไม่แตกต่างกัน แต่ในวันจำหน่ายและระยะติดตามเยี่ยม 1 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งวัดโดยใช้แบบประเมิน The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Degmecic et.al, 2007)

การปฏิบัติหน้าที่ในสังคม: มีการศึกษา 1 เรื่อง ที่ศึกษาถึงการปฏิบัติหน้าที่ในสังคม ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า เมื่อรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน แต่ในวันจำหน่ายและในระยะติดตามผลหลัง 3 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา สามารถปฏิบัติหน้าที่ในสังคมได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งวัดโดยใช้แบบประเมิน The Global Assessment of Functioning (Degmecic et.al, 2007)

2.4.4 Compliance therapy

ทัศนคติต่อการรักษา: กลุ่มที่ได้รับ compliance therapy intervention มีทัศนคติต่อการรักษาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ intervention ทั้งแบบ individual session และ group session โดยใช้ The 10-items shortened version of the Drug attitude Inventory (DAI-10) (Tay, 2007)

ความร่วมมือในการรักษา: ก่อนได้รับ Intervention ผู้ป่วยมีการปฏิเสธการรักษา 95.7 % แต่หลังจากผู้ป่วยได้รับ Intervention ผู้ป่วยยอมรับการรักษาเพิ่มขึ้นถึง 92.8 % ซึ่งประเมินโดยใช้ 7-point rating scale (Tay, 2007)

3. งานวิจัยที่ดำเนินการในชุมชน

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง มีการศึกษา 4 เรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาโดยดำเนินการศึกษาในชุมชน คือ 1) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (ศิริวรรณ พอบุญ, 2548) 2) The use of individual in tailored environmental supports (Velligan, et. al, 2008) 3) Evaluation of noncompliance by using electronic monitoring (Acosta, et. al, 2009) 4) Guideline implementation and patient-tailoring strategies (Hudson, et. al, 2008) โดยที่แต่ละรูปแบบมีองค์ประกอบดังนี้

3.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1) การเสริมสร้างพลังอำนาจ: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) อายุระหว่าง 25- 59 ปี มีคะแนนประเมินอาการทางจิต(Brief Psychiatric Rating Scale:BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง ด้วยเหตุผลของการขาดยา ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป (ศิริวรรณ พอบุญ, 2548)

3.1.2) The use of individual in tailored environmental supports: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภทโดยใช้ the Structures Clinical Interview for Diagnosis มีอายุระหว่าง 18-60 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชตามแผนการรักษาของแพทย์และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องที่ the Center fir Health Care Services สามารถดูแลตัวเองได้ในเรื่องของการรับประทานยา มีความเข้าใจและสามารถทำแบบทดสอบได้ (rating scale and neuropsychological testing (Velligan, et. al, 2008)

3.1.3) Evaluation of noncompliance by using electronic monitoring: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทโดยใช้เกณฑ์ ICD-10 และมีอายุมากกว่า 18 ปี (Acosta, et. al, 2009)

3.1.4) Guideline implementation and patient-tailoring strategies: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท อายุ 18-65 ปี ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยการเซ็นใบยินยอม (Hudson, et. al, 2008)

3.2 ผู้บำบัด

3.2.1) การเสริมสร้างพลังอำนาจ: นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ศิริวรรณ พอนบุญ, 2548)

3.2.2) The use of individual in tailored environmental supports: ผู้ที่จบการศึกษาด้านจิตวิทยาหรือการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบำบัด (Velligan, et. al, 2008)

3.2.3) Evaluation of noncompliance by using electronic monitoring: จิตแพทย์ (Acosta, et. al, 2009)

3.2.4) Guideline implementation and patient-tailoring strategies : nurse coordinators ที่ทำงานเต็มเวลาอย่างน้อย 50% และได้ผ่านการฝึกอบรมกับทีมวิจัย มาก่อนที่จะมาดำเนินการในเรื่องนี้ โดยทุกคนจะได้รับคู่มือเกี่ยวกับ intervention protocol (Hudson, et. al, 2008)

3.3 กิจกรรมการบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวน ครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม พบว่ามีรายละเอียดดังนี้

3.3.1) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นโปรแกรมที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมรายกลุ่ม 2 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ขั้นตอน ขั้นตอนละ 60-90 นาที โดยที่ขั้นตอนที่ 1, 2, 3 ทำในสัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 4 ทำในสัปดาห์ที่ 2 และติดตามประเมินในสัปดาห์ที่ 3 (ศิริวรรณ พอนบุญ, 2548)

3.3.2) The use of individual in tailored environmental supports มีการทำกิจกรรมโดยแบ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่ม TAU (Treatment as usual) คือกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ 2) กลุ่ม Full-CAT (Full-Cognitive Adaptation Training) คือการฝึกการปรับด้านความคิดอย่างเต็มรูปแบบ โดยเน้นการปรับตัวในชุมชนหลายด้าน เช่น การดำเนินชีวิต การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การเข้าสังคม และ ความร่วมมือในการรับประทานยา 3) กลุ่ม Pharm – CAT (Pharm - Cognitive Adaptation Training) เป็นส่วนหนึ่งของ Full-CAT แต่เน้นเฉพาะการรับประทานยาตรงตามเวลา และการมาตรวจตามนัด ใช้เวลาในการทำกิจกรรมทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 9 สัปดาห์ และติดตามต่อเนื่องอีก 9 เดือน (Velligan, et. al, 2008)

3.3.3) Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic ใช้ชุดยาที่ติดฝาดด้วย microprocessor แล้วนำไปวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อดูความสม่ำเสมอระหว่างจำนวนครั้งในการเปิดขวด กับแผนการรักษาด้วยยา ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน (Acosta, et. al, 2009)

3.3.4) Guideline implementation and patient-tailoring strategies มีการใช้แบบประเมินเพื่อดูเรื่องปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อ medication adherence ใน 9 ประเด็นและหลังจากที่ทราบปัญหา/อุปสรรคของผู้ป่วยแล้ว nurse coordinators จะทำการเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อจะแก้ปัญหาดังกล่าว โดยจะมีการทำ barrier assessments ในตอนเริ่มการศึกษาและต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีนัดตรวจนั้น nurse coordinators จะประเมินอย่างน้อยทุก 6 สัปดาห์เป็นระยะเวลา 6 เดือน (Hudson, et. al, 2008)

3.4 ผลลัพธ์ของการบำบัดและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4.1) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (ศิริวรรณ พอนบุญ, 2548)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา: ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4.2) The use of individual in tailored environmental supports (Velligan, et. al, 2008)

ความร่วมมือในการรับประทานยา: กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบ Full-CAT (Full-Cognitive Adaptation Training) และ Pharm – CAT (Pharm - Cognitive Adaptation Training) มีความร่วมมือในการรับประทานยาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (TAU) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม Full-CAT และ Pharm – CAT

อาการทางจิต: เมื่อวิเคราะห์อาการแสดงด้วย mixed-effect regression model พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติในเรื่องของ symptom score ในช่วง baseline assessment กับช่วงเวลาที่ให้ intervention ($p>0.09$)

การป่วยซ้ำ: ในช่วงของการประเมินก่อนการทดลองพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของทั้ง 3 กลุ่ม แต่หลังจากได้รับ intervention แล้วพบว่า กลุ่มที่ได้รับ Full – CAT มีความแตกต่างกับกลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.004$) และกลุ่ม Pharm-CAT มีความแตกต่าง กับกลุ่ม TAU ($p<0.005$) โดยพบว่า กลุ่ม Full – CAT และกลุ่ม Pharm – CAT มีการป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่ม TAU แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม Full – CAT และกลุ่ม Pharm – CAT

ด้านการปฏิบัติงานและการเข้าสังคม: ซึ่งประเมินโดย SOFAS scores (Social and Occupational Functioning Scale) โดยกลุ่มที่ได้รับ Pharm-CAT มี SOFAS scores สูงกว่ากลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง treatment period ที่ทำการประเมินที่ช่วงเวลา 3, 6 และ 9 เดือน ($p < 0.05$) แต่ไม่พบความแตกต่างในช่วง follow-up ในช่วง 12 เดือน และ 15 เดือน (without home-visit) และกลุ่มที่ได้รับ Full-CAT มี SOFAS scores สูงกว่ากลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติในช่วง treatment period ที่ทำการประเมินที่ช่วงเวลา 3, 6 และ 9 เดือน ($p < 0.001$) และในช่วง 3 เดือนแรกของการ follow-up ก็ยังพบความแตกต่างกับกลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ไม่พบความแตกต่างในช่วง 6 เดือน follow-up ($p < 0.07$)

กลุ่ม Full – CAT มี SOFAS scores สูงกว่ากลุ่ม Pharm-CAT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเดือนที่ 3, 6, 9, 12 แต่ไม่พบความแตกต่างกันในเดือนที่ 15 ในช่วง follow-up

3.4.3) Evaluation of noncompliance by using electronic monitoring (Acosta, et. al, 2009):

ความร่วมมือในการรักษา: จากการประเมินด้วยขดยาที่มีฝาปิดด้วย microprocessor พบว่า มีผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษา 57.3 % และกลุ่มที่ได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อมีความร่วมมือในการรักษา 97.7 %

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา: กลุ่มผู้ป่วยที่รู้จักตนที่ดี ไม่มีความสับสนในการใช้กระบวนการคิด จะมีความร่วมมือในการรักษาที่ดีกว่ากลุ่มที่มีความสับสนในกระบวนการของการใช้ความคิด (conceptual disorganization), การคิด/ที่กักตัวเอง (stereotype thinking) สมาธิไม่ดี (poor attention) ขาดการรู้จักตน (lack of insight) การทำกิจวัตรซ้ำๆ (mannerism) และการมีปฏิกิริยาอยู่ในท่าแปลกๆ อย่างจงใจ (posturing) ซึ่งประเมินโดยใช้ PANSS scale

3.4.4) Guideline implementation and patient-tailoring strategies (Hudson, et. al, 2008)

ความร่วมมือในการรักษา: กลุ่มที่ได้รับ Intervention (กลุ่ม Enhanced implementation) นั้นส่วนใหญ่จะมีสัดส่วนของ adherence rate ที่ baseline สูงกว่ากลุ่ม nonadherence ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการแพทย์

จากการสังเคราะห์โปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภททั้งในต่างประเทศและต่างประเศนี้ ก็พบว่าเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยและบริบทของสถานบริการนั้นๆ ดังนี้

1) รูปแบบการเสริมสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ณ แผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก หรือในสถานบริการในชุมชนนั้น ถ้าผู้ป่วยมีผู้ดูแลหรือญาติเข้าร่วมการบำบัดได้ อาจใช้รูปแบบการให้การปรึกษารอบครัวแต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีญาติหรือผู้ดูแลร่วมก็สามารถใช้การให้การพยาบาลเองได้ ซึ่งประสิทธิภาพของทั้ง 2 รูปแบบก็ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มมากขึ้น

2) ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแล /ญาติ มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความร่วมมือในการรับประทายาให้มากขึ้น เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วต้องกลับไปอยู่ที่บ้านในชุมชน การช่วยเหลือของญาติจะมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภท มีความร่วมมือตามแผนการรักษาดีขึ้น

3) ควรเสริมสร้างความทักษะการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมให้กับผู้ป่วย ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการรับประทายาอย่างต่อเนื่อง

4) ควรนำรูปแบบการเสริมสร้างความร่วมมือในการรับประทายา ในชุมชนรูปแบบใหม่ๆ ที่ศึกษาในต่างประเทศ มาทดลองใช้ในบริบทของสังคมไทย เช่น The use of individual in tailored environmental supports, Evaluation of noncompliance by using electronic monitoring, Guideline implementation and patient-tailoring strategies และ Compliance therapy

5) ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติที่ดีของผู้ป่วยและญาติต่อการรักษา อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาถึงความร่วมมือของญาติในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทายาในบริบทของสังคมไทยให้มากขึ้น

2) ควรมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและอาการทางจิต เพื่อหลักฐานเชิงประจักษ์ในเรื่องผู้ป่วยจิตเภทที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะส่งผลต่ออาการทางจิตอย่างไร

3) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยให้มากยิ่งขึ้น อันจะนำไปเป็นข้อมูลที่ใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

4) ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการร่วมมือในการรับประทายาของผู้ป่วยจิตเภท อันจะเป็นการส่งเสริมให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มากยิ่งขึ้น

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON MEDICATION COMPLIANCE/ADHERANCE PROGRAMES FOR PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA

SUREE CHANGETWONG 4836259 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

Introduction

Schizophrenia is the most commonly found mental disorder. According to the statistics of the Department of Mental Health, schizophrenic patients account for 23.34% of the total psychiatric patients (Ministry of Public Health, B.E. 2550). In general, the onset of schizophrenia starts in adolescence, and it cannot be completely cured. Most schizophrenic patients experience occasional relapses or have some remaining symptoms even during remission (Manote Lortrakul & Pramote Sukanich, B.E. 2548). For this reason, schizophrenic patients lack capacity to live their life to the fullest. Schizophrenia is a severe disorder that can affect the patients, their family, their community, and the country. The *effects of schizophrenia on the patients* include effects on their behaviors, their self-conduct, and their interpersonal relationships. As for the effects on schizophrenic patients' behaviors, during relapses, patients may express aggressive behaviors, anger, self-harm, or harm to others, making surrounding persons scared and do not accept them (Wasana Pandok, B.E. 2545; Mallika Singhasuriya, B.E. 2547; Lelliott, Wing, & Clifford, 1994 cited in Kampman et al., 2003; McIntosh & Worley, 1994 cited in Finkelman, 1997; Quinlan & Ohlund, 1995). In addition, the effects on schizophrenic patients' self-conduct include lack of interest

in daily living activities or poor personal hygiene (Gopinath & Chaturvedi, 1992). Finally, the effects on interpersonal relationships of schizophrenic patients, previous studies have shown that patients have poor relationships with their family and community (Jidarat Pimdeed, B.E. 2541; Dara Satrulee, Duangta Kulrattanayan, & Somsakul Supatpan, B.E. 2539) With regard to *effects on schizophrenic patients' family*, the families of schizophrenic patients tend to suffer from stress, uneasiness, worry, caregiving anxiety, irritability, annoyance, anger, boredom, depression, embarrassment, and fear of possible dangers caused by schizophrenic patients to themselves or others. This is because it is unpredictable when the patients will have relapses and express inappropriate behaviors (Mallika Singhasuriya, B.E. 2547; Ratchaneekorn Uppasane, B.E. 2541; Sathit Wongsurapakit, B.E. 2542; Falloon et al., 1985 cited in Buckwalter, 1991). As a result, the families will lose their income and have increased financial burdens caused by medical expenses (Ratchaneekorn Uppasane, B.E. 2541). Finally, schizophrenia can have certain *effects on the community*. Schizophrenic patients are likely to have disruptive behaviors that adversely affect community members' physical, mental, and economic well-being. Previous studies have shown that community members are likely to feel scared and irritated by schizophrenic patients (Praiwal Romsai et al., B.E. 2544; Mallika Singhasuriya, B.E. 2547). Besides this, schizophrenia can affect the society to a greater extent. The country loses quality citizens and wastes their budgets to treat these patients. An analysis of cost effectiveness of mental care provided to psychiatric patients at 17 hospitals under the Department of Mental Health has indicated that schizophrenic patients' length of hospital stay is 43 days on average, totaling the expenses of 28,230 baht per year (Anake Supeeranan, Suwat Mahatnirankul, & Bubbhawan Puapantaprasert, B.E. 2550).

Therapy for schizophrenic patients to enable them to help themselves and live society without causing too much burden is necessary. Generally, therapy for schizophrenic patients combines antipsychotic drugs and psychosocial therapy (Umaport Tangkasombat, B.E. 2540). The treatment of schizophrenic patients emphasizes the use of antipsychotic drugs to control the symptoms and reduce or eliminate psychiatric symptoms (Krittiya Pongputtipat, B.E. 2547). This is because it has been found that antipsychotic drugs can effectively control schizophrenic patients'

symptoms, reduce the severity of the disorder, and continuously treat them until they recover from their severe condition. In general, schizophrenic patients need to receive treatment with medications for years or for the rest of their life (Manote Lortrakul & Pramote Sukanich, B.E. 2542; Kumar & Sedwick, 2001). Pharmacological treatment which takes a long time may result in lack of cooperation or adherence from schizophrenic patients. They may not take the complete doses of the medications, take medications inconsistently, discontinue medications when they feel that they experience abnormal symptoms, take medications at a wrong time, or increase or decrease the dosage without permission from the doctor (Manote Lortrakul, B.E. 2541; Farragher, 1999).

According to the Eighth and Ninth National Economic and Social Development Plans (B.E. 2540-2544 and B.E. 2545-2549), one emphasis of the Department of Mental Health is to rehabilitate patients in the community to reduce medical expenses caused by psychiatric care in the hospital as well as the rate of bed occupation (Jalee Charoensap, B.E.2546; Porntip Wongsuban et al., B.E. 2547; Marasri Paneewat, B.E. 2548). Therefore, when psychiatric patients have improved symptoms and are able to control their emotions and behaviors, they will be discharged from the hospital and return to their family and community (Department of Mental Health, B.E. 2550; Ngamta Aksornprai, B.E. 2548). The patients who return to the community will need to continue their treatment to control their symptoms and prevent relapses including adhering to the treatment plans and keeping the doctor's appointments.

Schizophrenia is a disorder that requires prolonged pharmacological treatment. The medications generally used to treat schizophrenic patients tend to have side effects such as *autonomic side effects* including tremor of the limbs, muscular spasms including torticollis, restlessness, etc. In addition to this, there can be abnormal symptoms caused by administration of a high dose of *Anticholinergic* called *Central Anticholinergic Syndrome*. Schizophrenic patients will develop listlessness, confusion, hallucination, seizure, fever, dilated retinas, loss of consciousness, or coma. These side effects can make schizophrenic patients bored and prevent them from adhering to medications. For example, they may discontinue their medication or they do not take their medications consistently. As such, they can develop relapses and

their prognosis becomes worsened. It has been found that two in three schizophrenic patients will suffer from relapses. A study on the rate of relapses in schizophrenic patients has shown that 60-80% of schizophrenic patients who do not receive treatment experience relapses, and 80% of those who do not have medication adherence develop relapses. Furthermore, if schizophrenic patients receive only pharmacological treatment, the rate of relapses range between 15 and 40%, while the rate of relapses is only 0-20% in those patients who receive medications together with dissemination of knowledge and promotion of social skills to the family (Gualtiere, 1999). When schizophrenic patients suffer from relapses, readmission into the hospital is required (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2548; Nantika Tavichachart, B.E. 2548). Based on such information, it can be seen that lack of medication adherence is a major problem that affects relapses of schizophrenic patients.

There are a number of factors that result in schizophrenic patients' lack of medication adherence including patient factors, family factors, social factors, and healthcare team factors. First, patient factors include knowledge, attitudes, feelings toward side effects of the medications (Sathuporn Puthkhao, B.E. 2541), undesirable symptoms caused by the medications, inability to get prescribed medications due to proximity from the hospital and financial constraints, shame and embarrassment from having a mental disorder (Porntip Kongsat & Sawad Tiengtham, B.E. 2549), denial of the sickness (Teepprapin Sukkhiew, B.E. 2543), boredom with prolonged treatment, inability to tolerate medication side effects, and belief that they have recovered (Rusher et al., 1997). Second, family factors include family's lack of knowledge and understanding in care of schizophrenic patients (Wasana Pandok, B.E. 2545), etc. Third, social factors include society's lack of acceptance in schizophrenic patients (Pakarat Tavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2549). Fourth, healthcare team factors include relationships between patients and healthcare team members, patients' expectation of the treatment (Tassanee Sapsungnern, B.E. 2544). There are different forms of therapy that can be used to effectively increase medication adherence in schizophrenic patients. These therapies are considered part of the duties and responsibilities of advanced psychiatric nurse practitioners who are responsible for providing comprehensive care to these patients including assessing, screening, and providing therapy to increase their medication adherence such as empowering patients

and their family caregivers (Siriwan Porboon, B.E. 2548), using a discharge planning program (Kanchana Chaicharoen, B.E. 2547), using a family consultancy program (Somlak Kiewsood, B.E. 2551), providing psychoeducation (Prathana Kammeeseenon, B.E. 2550; Degmecic, Pozgain, & Filakovic, 2007) and compliance therapy (Tay, 2007), etc.

Therefore, a body of knowledge on promotion of medication adherence in schizophrenic patients is deemed significant. However, a review of literature has shown that there is no synthesis of research on medication adherence programs for schizophrenic patients conducted in Thailand or abroad. The researcher who is a professional in psychiatric nursing directly responsible for providing care to schizophrenic patients was interested in analyzing and synthesizing research on the effects of medication adherence programs for schizophrenic patients. It was anticipated that the findings of the study would be used to effectively promote medication adherence in schizophrenic patients to enable them to live in their home and community happily and to increase their quality of life.

Research Objective

To analyze and synthesize research on medication adherence programs in schizophrenic patients in terms of types and effectiveness of each program

Expected Outcomes and Benefits

1. The findings of the study will lead to a body of knowledge that can be applied to more effectively promote medication adherence in schizophrenic patients.
2. The baseline data derived in this study can be used to develop a clinical nursing practice guideline to more effectively promote medication adherence in schizophrenic patients in the Thai context.
3. The baseline data derived in this study can be used to conduct further research on promotion of medication adherence in schizophrenic patients in the Thai context.

Definition of Terms

Schizophrenic patients refer to persons 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.

Medication adherence in schizophrenic patients refers to schizophrenic patients' self-practice of continuous antipsychotic medication intake as prescribed by a psychiatrist. It also means that schizophrenic patients do not discontinue the medications by themselves, use the medications correctly, and taking the medications at the times, dosages, and number of times as specified in the treatment plan.

Medication adherence programs for schizophrenic patients refer to activities used to treat schizophrenic patients to increase their cooperation with medication intake such as empowering patients and their family caregivers, a discharge planning program, a family consultancy program, provision of psychoeducation, and compliance therapy.

Methodology

The present study aimed at compiling, analyzing, and synthesizing research on medication adherence programs for 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, on the topic of medication adherence programs for schizophrenia patients. 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 Cochrane library, HighWire Press, PUBMED, Science Direct, Ovid, Mulinet, CINAHL, and the libraries of the Department of Mental Health, Chiang Mai University, Srithanya Hospital, TKC-e Thesis (domestic thesis database), and the National Research Commission. The search was conducted between September and December 2009.

2. The key words used in the searchers were medication compliance and schizophrenia, medication adherence and schizophrenia, drug adherence and schizophrenia, drug compliance and schizophrenia, จิตเภท, and ความร่วมมือในการรับประทานยา.

3. The inclusion criteria were as follows:

- 1) Type of intervention: Research on medication adherence programs for schizophrenia patients
- 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, excluding systematic reviews
- 4) Published dates: The research reports were published between 2003 and 2009
- 5) Full texts: Full texts were available.

Guidelines on synthesis of research and academic evidence

A review of existing research and academic evidence resulted in 11 research reports on medication adherence programs for schizophrenia patients with full text available for subsequent evaluation. The guidelines on synthesis of research and academic evidence are as follows:

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 at 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 medication adherence programs for schizophrenia patients can be described as follows:

1. Quality and sufficiency of research and academic evidence
2. Types and effectiveness of therapy programs

Quality and sufficiency of research and academic evidence

In the present study, a total of 11 research studies were analyzed and synthesized. When the quality of research was evaluated based on the criteria proposed by the Royal College of Physicians of Thailand (B.E. 2544), it was found that there

were five studies which were conducted abroad. Of these, three were randomized controlled trials categorized under Level A, and two were quasi-experimental research. The other six studies were carried out in Thailand, and all of them were quasi-experimental research categorized under Level B. Of the six studies conducted in Thailand, one was a research report, while the other five were master's theses. It can be said that the research used in the present synthesis had a reliable design and methodology, and the instruments used in the research studies had a high level of reliability. As for the quasi-experimental research conducted in Thailand, the research process was reliable and it was carried out under supervision of experienced researchers. Thus, it can be concluded that all 11 studies selected in the synthesis has sufficient quality.

Types and effectiveness of therapy programs

It was found that the selected 11 studies could be categorized based on the research settings into three groups: 1) research conducted at the outpatient clinic, 2) research conducted at the inpatient clinic, and 3) research carried out in the community, which can be described as follows:

1. Research conducted at the outpatient clinic

Of the 11 studies, there were two studies related to medication adherence programs which were conducted at the outpatient clinic using a holistic nursing program (Ngamta Aksornprai, B.E. 2548) and family counseling therapy (Somluck Kiewsood, B.E. 2551). Each of these two forms of therapy comprised the following components:

1.1 Characteristics of the study subjects

1.1.1 Holistic nursing program (Ngamta Aksornprai, B.E. 2548)

- The subjects were patients who were diagnosed with schizophrenia based on the ICD-10 criteria and caregivers or family members of schizophrenic patients who took the patients to receive treatment at the psychiatric clinic of Ratchaburi Hospital. They were 20 to 59 years old, had problems with medication adherence, and were in remission with no auditory hallucination or delusion.

1.1.2 Family counseling therapy (Somluck Kiewsood, B.E. 2551)

- The patients were patients who were diagnosed with schizophrenia based on the ICD-10 criteria and individuals who had blood or legal relationships with them and who directly provided care to them.

1.2 Therapists

1.2.1 Holistic nursing program: a graduate student in psychiatric nursing and mental healthcare (Ngamta Aksornprai, B.E. 2548)

1.2.2 Family counseling therapy: a graduate student in psychiatric nursing and mental healthcare (Somluck Kiewsood, B.E. 2551)

1.3 Therapy activities, duration of therapy sessions, frequency, number of sessions, and duration of the whole therapy program

1.3.1 Holistic nursing program (Ngamta Aksornprai, B.E. 2548) consisted of six activities which were conducted two weeks, three times per week, each lasting 60 minutes, with the evaluation sessions conducted in the third and fourth weeks.

1.3.2 Family counseling therapy (Somluck Kiewsood, B.E. 2551) was composed of four activities which were conducted once a week, with each activity lasting 45 to 60 minutes.

1.4 Outcomes of therapy and research instruments

1.4.1 Holistic nursing program (Ngamta Aksornprai, B.E. 2548)

The study evaluated the outcome of medication adherence based on the treatment criteria of Sarintorn Chiewsothorn (B.E. 2545), and the findings were as follows:

Overall medication adherence behaviors: The mean score of overall medication adherence of schizophrenic patients after the implementation of the program was higher than that obtained before the implementation of the program with statistical significance at the .05 level.

Each aspect of medication adherence behaviors: The mean scores of each aspect of medication adherence of schizophrenic patients after the implementation of the program including adherence to the treatment plan and ability to observe and

manage medication side effects were higher than those obtained before the implementation of the program with statistical significance at the .05 level.

Medication adherence behaviors regarding adherence to the treatment plan: The scores of all items of adherence to the treatment plan were higher than those obtained before the implementation of the program with statistical significance at the .05 level.

Medication adherence behaviors regarding ability to observe and manage medication side effects: The scores of all items of ability to observe and manage medication side effects were higher than those obtained before the implementation of the program with statistical significance at the .05 level.

1.4.2 Family counseling therapy (Somluck Kiewsood, B.E. 2551)

The assessment of outcomes of medication adherence was conducted using the medication adherence assessment scale developed by Umaporn Kanchanaluck (B.E. 2545) which was developed based on the concept of Farragher (1999) together with the study of Petcharee Kanthasaibua (B.E. 2544). The findings of the study were as follows:

Overall medication adherence behaviors: The mean score of overall medication adherence of schizophrenic patients after the implementation of the program was higher than that obtained before the implementation of the program with statistical significance at the .05 level.

Each aspect of medication adherence behaviors: The mean scores of each aspect of medication adherence of schizophrenic patients after the implementation of the program including adherence to the treatment plan and ability to observe and manage medication side effects were higher than those obtained before the implementation of the program with statistical significance at the .05 level.

Medication adherence behaviors regarding adherence to the treatment plan before and after the implementation of the family counseling program: The mean score of schizophrenic patients' adherence to the treatment plan was higher than that obtained before the implementation of the program with statistical significance at the .05 level.

Medication adherence behaviors regarding ability to observe and manage medication side effects: The mean score of schizophrenic patients' ability to observe and manage medication side effects was higher than that obtained before the implementation of the program with statistical significance at the .05 level.

2. Research conducted at the inpatient clinic

Of the 11 studies, there were five studies regarding medication adherence programs which were carried out at the inpatient clinic using four types of therapy programs including 1) discharge planning program (Kanchana Chaicharoen, B.E. 2547), 2) individual case management program (Pakarat Tavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2549), 3) psychoeducational programs (Prathana Kammeseenon, B.E. 2550; Degmecic et.al, 2007), and 4) compliance therapy (Tay, 2007). They could be described as follows:

2.1 Characteristics of the study subjects

2.1.1 Discharge planning program (Kanchana Chaicharoen, B.E. 2547): The subjects were adult schizophrenic patients who were admitted into the hospital for treatment. They were able to talk and control their own behaviors during the activity sessions, were not being treated with electric shock, and had been hospitalized more than one time. The other group of subjects consisted of caregivers of schizophrenic patients who were older than 20 years of age.

2.1.2 Individual case management program (Pakarat Tavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2549): The subjects were schizophrenic patients who had been treated as inpatients for at least two years. They had been treated at least three times in the previous 24 months before participating in the program, and they lacked medication adherence for at least one week.

2.1.3 Psychoeducational programs: The subjects were schizophrenic patients who had been admitted into the psychiatric hospital for the third time or more. In addition, they did not have severe psychotic symptoms, were able to verbally communicate with others, were able to read and write, and had medication non-adherence (Prathana Kammeseenon, B.E. 2550) and those who had been diagnosed with schizophrenia based on the ICD-10 criteria and were admitted into the hospital (Degmecic et.al, 2007).

2.1.4 Compliance therapy (Tay, 2007): The subjects were patients who had been diagnosed with schizophrenia aged between 18 and 65 years. They signed an informed consent form to show their willingness to participate in the study and did not take part in other studies that may have had an effect on the findings of the compliance therapy.

2.2 Therapists

2.2.1 Discharge planning program: a graduate student in psychiatric nursing and mental healthcare (Kanchana Chaicharoen, B.E. 2547)

2.2.2 Individual case management program: professional nurses working at Suan Prung Hospital (Pakarat Tavoronwong & Cholthida Simawong, B.E. 2549)

2.2.3 Psychoeducational programs: a graduate student in psychiatric nursing and mental healthcare (Prathana Kammeseenon, B.E. 2550) and a psychiatrist and a psychologist (Degmecic et.al, 2007)

2.2.4 Compliance therapy: a psychiatric nurse (Tay, 2007)

2.3 Therapy activities, duration of therapy sessions, frequency, number of sessions, and duration of the whole therapy program

2.3.1 Discharge planning program (Kanchana Chaicharoen, B.E. 2547): There were six group activities in the program which were conducted twice a week for three weeks, with each activity lasting 30 to 60 minutes. The evaluation was conducted in the fourth week.

2.3.2 Individual case management program (Pakarat Tavoronwong & Cholthida Simawong, B.E. 2549): The activities in the program were divided into three phases. The care map was used to provide care to schizophrenic patients. The total duration of activities and follow-ups was one year and six months.

2.3.3 Psychoeducational programs: For the study conducted in Thailand, the activities were divided into two phases, including both individual and group activities. The activities were conducted three times a week, for a period of three weeks, with each session lasting 60 to 90 minutes. The evaluation was administered immediately after the activities ended. The follow-ups were carried out at one and three months after the end of the program. (Prathana Kammeseenon,

B.E. 2550) As for the study conducted abroad, the total duration of the activities was four weeks, with the activities being organized once a week, and with each activity lasting one hour. (Degmecic et.al, 2007)

2.3.4 Compliance therapy (Tay, 2007): There were both individual and group activities. The group activities were carried out three times on three days.

2.4 Outcomes of therapy and research instruments

2.4.1 Discharge planning program (Kanchana Chaicharoen, B.E. 2547): Medication adherence was assessed using the medication adherence scale developed by Umaporn Kanchanarak (B.E. 2545) based on the concept of Farragher (1999) together with the concept derived from the study of Petcharee Kanthasaibua (B.E. 2544). The findings were as follows:

Medication adherence behavior: After receiving the discharge planning program, schizophrenic patients had medication adherence behavior at a very good level, which was higher than that before receiving the program with statistical significance at the .05 level.

Medication adherence behavior of the subjects who received discharge planning program and those who received only routine nursing care: The subjects who participated in the discharge planning program had higher medication adherence behavior than those who received only routine nursing care with statistical significance at the .05 level.

2.4.2 Individual case management program (Pakarat Tavornwong & Cholthida Simawong, B.E. 2549): Medication adherence was assessed using the schizophrenia treatment adherence questionnaire developed by Sathuporn Puthkao (B.E. 2541) which was adapted from the pulmonary tuberculosis treatment adherence questionnaire of Jaruwat Kantisuwan (B.E. 2528). The findings were as follows:

Medication adherence behavior: The scores of medication adherence of schizophrenic patients who received individual case management were higher than those obtained before receiving the program with statistical significance at the .001 level.

Medication adherence behavior of the subjects who received individual case management and those who received only routine nursing care: The subjects who received individual case management had higher medication adherence behavior

scores than those of the subjects who received only routine nursing care with statistical significance at the .001 level.

Rates of hospital readmissions: The rates of hospital readmission of the subjects who received individual case management decreased as follows: 1) Hospital readmissions within 28 days reduced from 42.86% to none; 2) Hospital readmissions within three months reduced from 65.71% to 8.7%; and 3) Hospital readmissions within six months reduced from 100% to 11.4%. However, there were no differences in rates of hospital readmissions between before and after receiving routine nursing care in the other group of subjects.

2.4.3 Psychoeducational programs: There were two studies. One was conducted in Thailand (Prathana Kammeseenon, B.E. 2550), while the other was carried out abroad (Degmecic et.al, 2007). The findings were as follows:

Medication adherence behavior: As for the study conducted in Thailand, it was found that immediately after the implementation of the psychoeducational program and at the one-month and three-month follow-ups, the scores of medication adherence of schizophrenic patients were higher than those obtained before the implementation, as determined using the treatment adherence assessment scale constructed by Sarintorn Chiewsothorn (B.E. 2545). On the other hand, the study carried out abroad revealed that schizophrenic patients who received the psychoeducational program had more treatment compliance than those who did not receive the program with statistical significance at the .05 level, as assessed using the Compliance Assessment Inventory and the Drug Attitude Inventory (Degmecic et.al, 2007).

Psychotic symptoms: The findings of the study conducted in Thailand indicated that immediately after the implementation of the psychoeducational program and at the one-month and three-month follow-ups, the schizophrenic patients had fewer psychotic symptoms. The study carried out abroad reported that when first admitted into the psychiatric hospital, the subjects who received psychoeducation and those in the control group had similar psychotic symptoms. However, on the day of the discharge and at the one-month follow-up, the subjects who received psychoeducation had fewer psychotic symptoms than those who did not receive psychoeducation with

statistical significance at the .01 level, as assessed using the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Degmecic et.al, 2007).

Social functioning: The study conducted abroad also investigated social functioning of schizophrenic patients. It was found that when first admitted into the psychiatric hospital, the subjects who received psychoeducation and those in the control group were not different in terms of social functioning. However, on the day of the discharge and at the three-month follow-up, the subjects who received psychoeducation had better social functioning than those who did not receive psychoeducation with statistical significance at the .01 level, as assessed using the Global Assessment of Functioning (Degmecic et.al, 2007).

2.4.4 Compliance therapy (Tay, 2007):

Attitudes toward treatment: Schizophrenic patients who received compliance therapy intervention, both individual sessions and group sessions, had better attitudes toward treatment, as assessed using the 10-item Shortened Version of the Drug Attitude Inventory (DAI-10) (Tay, 2007).

Treatment compliance: Before receiving the intervention, 95.7% of the subjects rejected the treatment, but after receiving the intervention, 92.8% of the subjects accepted the intervention, as assessed using the 7-Point Rating Scale (Tay, 2007).

3. Research conducted in the community

According to the analysis and synthesis of 11 selected research studies, there were four studies on medication adherence that were conducted in the community: 1) empowerment (Siriwan Porboon, B.E. 2548), 2) use of individual in tailored environmental supports (Velligan et al., 2008), 3) evaluation of non-compliance by using electronic monitoring (Acosta et al., 2009), and 4) guideline implementation and patient-tailoring strategies (Hudson et al., 2008). Each type of therapy could be explained in detail as follows:

3.1 Characteristics of the study subjects

3.1.1 Empowerment (Siriwan Porboon, B.E. 2548):

The study subjects were schizophrenic patients who had been diagnosed with the ICD-10 criteria who were between 25 and 59 years old, had the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) no more than 30 points, had been admitted into a psychiatric hospital for

at least two times due to lack of medication adherence, and did not have history of substance abuse. The caregivers of schizophrenic patients had to be at least 20 years of age.

3.1.2 Use of individual in tailored environmental supports (Velligan et al., 2008): The study subjects were schizophrenic patients who had been diagnosed with schizophrenia based on the Structures Clinical Review for Diagnosis. They were 18 to 60 years of age, had been treated with antipsychotic drugs prescribed by a psychiatrist and had been continuously followed up at the Center for Health Care Services. They were able to take care of themselves in terms of medication intake, and they were able to comprehend and respond to the rating scale and neuropsychological testing.

3.1.3 Evaluation of non-compliance by using electronic monitoring (Acosta et al., 2009): The subjects were patients who had been diagnosed with schizophrenia based on the ICD-10 criteria and were older than 18 years of age.

3.1.4 Guideline implementation and patient-tailoring strategies (Hudson et al., 2008): The study subjects were schizophrenic patients who ranged in age from 18 to 65 years old and indicated their willingness to participate in the study by signing the informed consent form.

3.2 Therapists

3.2.1 Empowerment: a graduate student in psychiatric nursing and mental healthcare (Siriwan Porboon, B.E. 2548)

3.2.2 Use of individual in tailored environmental supports: graduates in the field of psychology or related fields who had undergone training on how to conduct therapy (Velligan et al., 2008)

3.2.3 Evaluation of non-compliance by using electronic monitoring: a psychiatrist (Acosta et al., 2009)

3.2.4 Guideline implementation and patient-tailoring strategies: nurse coordinators who worked full-time for at least 50% and who had been trained by the research team before they were able to conduct the therapy. They also received an intervention protocol (Hudson et al., 2008).

3.3 Therapy activities, duration of therapy sessions, frequency, number of sessions, and duration of the whole therapy program

3.3.1 Empowerment: The group activities were conducted in two weeks, divided into four steps, each lasting 60 to 90 minutes. Steps 1, 2, and 3 were organized during the first week, while step 4 was done in the second week. The evaluation was conducted in the third week. (Siriwan Porboon, B.E. 2548)

3.3.2 Use of individual in tailored environmental supports: The subjects were divided into three groups before they participated in the activities: 1) the TAU (treatment as usual) group received usual treatment of the healthcare setting; 2) the Full-CAT (Full-Cognitive Adaptation Training) group received full cognitive adaptation with an emphasis on adaptation in community in different aspects such as living life, spending free time, socializing, and adhering to medication treatment; 3) the Pharm-CAT (Pharm-Cognitive Adaptation Training) was part of the Full-CAT but the emphasis was placed on on-time medication intake and keeping the doctor's appointments. The activities were conducted on a weekly basis, for the period of nine weeks. The follow-up was carried out for another nine months. (Velligan et al., 2008)

3.3.3 Evaluation of non-compliance by using electronic monitoring: The medicine bottles with a microprocessor attached to the cap was analyzed using the computer machine to determine the consistency between the total number of times opening the bottle and the medication treatment plan. Data were collected in three months. (Acosta et al., 2009)

3.3.4 Guideline implementation and patient-tailoring strategies: An assessment form was used to investigate obstacles that affected medication adherence in a total of nine issues. After the problems and obstacles of schizophrenic patients were made known, nurse coordinators would choose appropriate methods to help the patients solve their problems. Barrier assessments were conducted for the first time when schizophrenic patients began their participation in the study and for the second time when schizophrenic patients came for the doctor's appointment. In cases that schizophrenic patients did not have the doctor's appointment, nurse coordinators would assess them at least every six weeks for the period of six months. (Hudson et al., 2008)

3.4 Outcomes of therapy and research instruments

3.4.1 Empowerment (Siriwan Porboon, B.E. 2548):

Medication adherence behavior: The scores of medication adherence of schizophrenic patients after empowerment were higher than those obtained before empowerment with statistical significance at the .05 level.

3.4.2 Use of individual in tailored environmental supports (Velligan et al., 2008):

Medication adherence behavior: The schizophrenic patients who were in the Full-CAT (Full-Cognitive Adaptation Training) group and the Pharm-CAT (Pharm-Cognitive Adaptation Training) group had better medication adherence than those in the TAU (treatment as usual) group with statistical significance at the .05 level. However, there was no difference in medication adherence between the Full-CAT (Full-Cognitive Adaptation Training) group and the Pharm-CAT (Pharm-Cognitive Adaptation Training) group.

Psychotic symptoms: When psychotic symptoms were analyzed with the mixed-effect regression model, it was found that there was no statistically significant difference in symptom scores at the baseline assessment and during the intervention ($p > 0.09$).

Relapses: The subjects in all three groups were not different when assessed before the intervention. However, after the intervention, it was discovered that the Full-CAT group was different from the TAU group with statistical significance ($p < 0.004$), and that the Pharm-CAT group was statistically significantly different from the TAU group ($p < 0.005$). The findings revealed that the Full-CAT group and the Pharm-CAT group had fewer relapses than the TAU group, but there was no statistically significant difference between the Full-CAT group and the Pharm-CAT group.

Social and occupational functioning: SOFAS scores (Social and Occupational Functioning Scale) were used to assess schizophrenic patients. It was reported that the Pharm-CAT group had higher SOFAS scores than the TAU group with statistical significance during the treatment period as assessed at the third, sixth, and ninth months ($p < 0.05$), but the differences were not found during the 12-month and 15-month follow-ups (without home visits). In addition, the SOFAS scores of the Full-CAT group were higher than those of the TAU group with statistical significance during the treatment period as assessed at the third, sixth, and ninth months ($p <$

0.001). Also, during the first three months of the follow-up, statistically significant differences between the Full-CAT group and the TAU group could still be found ($p < 0.001$), but the differences were not detected during the sixth-month follow-up ($p < 0.07$). Finally, the SOFAS scores of the Full-CAT group were higher than those of the Pharm-CAT group with statistical significance at the .05 level at the third, sixth, ninth, and twelfth months, but the differences were not detected during the 15-month follow-up.

3.4.3 Evaluation of non-compliance by using electronic monitoring (Acosta et al., 2009):

Medication adherence behavior: Medication adherence of schizophrenic patients was assessed from the microprocessor attached to the cap of the medicine bottles. It was found that 57.3% of the patients had medication adherence. On the other hand, 97.7% of schizophrenic patients who received intramuscular injection had treatment adherence.

Factors related to medication adherence: Schizophrenic patients who had good insight and did not have conceptual disorganization had better medication adherence than those who had conceptual disorganization, stereotype thinking, poor attention, lack of insight, mannerism, and posturing as assessed using the PANSS Scale.

3.4.4 Guideline implementation and patient-tailoring strategies (Hudson et al., 2008):

Medication adherence: The schizophrenic patients who received the intervention (enhanced implementation) had a higher adherence rate at baseline than that of the non-adherence group ($p < 0.001$).

Recommendations

For nursing practices

The present synthesis of medication adherence programs for schizophrenic patients in Thailand and abroad has shown that psychosocial therapy is one method that can be utilized by psychiatric nurses to more effectively promote medication adherence in schizophrenic patients, with characteristics of the patients and the contexts of the healthcare settings taken into careful consideration as follows:

1. Medication adherence programs for schizophrenic patients at inpatients unit, outpatients unit or community healthcare centers can involve family caregivers in

the family counseling programs. However, if the patients do not have caregivers who can participate in the therapy programs, holistic nursing can be used instead. These two types of therapy have already been proved to increase medication adherence in schizophrenic patients.

2. Caregivers should be involved in promotion of medication adherence in schizophrenic patients. This is because after the patients have been discharged from the hospital and returned to the community, caregivers will play a major role in ensuring that the patients adhere to their treatment plan to prevent relapses.

3. Social functioning skills should be promoted among schizophrenic patients both during their hospital stay and after their return to community so as to enable them to perform self-care practices to ensure medication adherence.

4. New forms of medication adherence programs for schizophrenic patients that have been reported in other countries should be tried out in the Thai context such as the use of individual in tailored environmental supports, evaluation of non-compliance by using electronic monitoring, guideline implementation and patient-tailoring strategies, and compliance therapy.

5. A program should also developed to enhance positive attitudes of schizophrenic patients and their family caregivers toward treatment plans so as to increase their medication adherence.

For further research

1. Studies should be conducted to investigate caregivers' cooperation to increase medication adherence in schizophrenic patients in the Thai context.

2. Studies should also be conducted to explore the relationship between medication adherence and psychotic symptoms so as to derive at research-based evidence on how medication adherence affects psychotic symptoms of schizophrenic patients.

3. Studies should be conducted to examine social functioning of schizophrenic patients in the Thai context so that the findings can be implemented to plan for care of schizophrenic patients.

4. Research should be carried out on social support to promote medication adherence in schizophrenic patients to increase society's roles in provision of care for schizophrenic patients.



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). *เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)*. นนทบุรี: สยามอินเตอร์พม่าเค็ดติง.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2549*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไอดี สเคว.
- กฤติยา พงษ์พัฒน์. (2547). ศึกษาผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยยาโครซาปีนในกลุ่มผู้ป่วยบำบัดระยะยาว. *โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชผู้ชุมชน*, 6(3), 4-12.
- กาญจนา ชัยเจริญ. (2547). ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. (บรรณาธิการ). (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- งามดา อักษรไพร. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. *โครงการศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- จลิ เจริญสรรพ. (2546). ความพึงพอใจในงานของผู้ให้บริการสุขภาพในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.

- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คารา ศัตรูลี ดวงตา กุลรัตนญาณ และสมสกุล สุภัทรพันธุ์. (2539). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่บ้าน. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.
- ทัดทรง ตานะเศรษฐ. (2548). ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยทัศนคติต่อการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทชาวไทยภูเขานิคมที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่สะเรียง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ทรัพย์สูงเนิน. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2540). ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทีปประพิณ สุขเขียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรารธนา คำมีสินธุ์. (2550). การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ผการัตน์ ถาวรวงษ์ และชลธิชา สิมะวงษ์. (2549). รายงานการวิจัยผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการกลับเป็นซ้ำ และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุง. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง.
- พรทิพย์ คงสตัย และสวัสดิ์ เทียงธรรม. (2549). การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท. โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ จลี เจริญสรรพ นพรัตน์ ไชยธานี นิรมล โกไสยพันธ์ พรประไพ แยกเต้า และพรทิพย์ โพธิ์ครูประเสริฐ. (2547). ผลสำเร็จของงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ปีงบประมาณ 2540-2546 ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เพชร คันธสายบัว. (2548). การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 20 (1), 1- 9.
- ไพรวลัย รมชัย วัชนิ หัตถพนม สุวดี ศรีวิเศษ เอกอุมา วิเชียรทอง และคณะ. (2544). รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- มัลลิกา สิงหสุริยะ. (2547). การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล: กรณีศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2542). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2541) ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา. วารสารคลินิก, 67 (14), 761-765.
- มารศรี ปาณิวัตร. (2548). บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2539). แนวคิดในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14(1), 43-52.

- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คุณภาพงานวิจัย. เอกสารประกอบการสอนวิชา
ระเบียบวิธีวิจัยและการใช้ผลการวิจัย. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา ปานดอก. (2545). กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. การค้นคว้าอิสระ
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิลาวรรณ เทพโสธร. (2538). รายงานการวิจัย: การศึกษาปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับ
บริการครั้งแรกที่โรงพยาบาลศรีธัญญา. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข.
- ศิริวรรณ พอบุญ . (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
และผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.
โครงการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการ
พยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถิต วงศ์สุรประกิต. (2542). ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ กฤติยา แสงเจริญ ปรานีพร บุญเรือง สมจิต แคนสีแก้ว และนวนันท์
ปิยะวัฒน์กุล. (2547). รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน .
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542).ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). จิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมลักษณ์ เจียวสด. (2551). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาคอครัวต่อพฤติกรรมการใช้
ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี. โครงการศึกษาอิสระ
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สาธุพร พุฒขาว. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายรุ้ง จันทร์เส้ง. (2548). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์*. การค้นคว้าอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุมณฑา บุญชัย. (2545). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). *ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนก สุภินันท์ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และบุปผารรณ พัวพันธ์ประเสริฐ. (2550). *ต้นทุนบริการสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต 2547*. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 15 (มกราคม), 2-9.
- อรพรรณ ถีโอนุญวัชรชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร: คำนสุทธาการพิมพ์.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินต์ติ้ง.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2540). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: เฟื่องฟ้าพรินต์ติ้ง.
- อุไรวรรณ เหลืองไฟโรจน์. (2536). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา*. โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

- Acosta, F. J., Bosch, E., Sarmiento, G., Juanes, N., Hidalgo, A. C., & Mayan, T. (2009). Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEM) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables. *Schizophrenia Research*, 107, 213–217.

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Atkinson, J. M., Coia, D. A., Gilmour, W. H., & Harper, J. P. (1996). The Impact of Education Group for People with Schizophrenia on Social Functioning and Quality of Life. *British Journal of Psychiatry*, 168, 199-204.
- Buckwalter, K. C. (1991). Community mental health and home care. In G. K. McFarland & M.D. Thomas (Eds.), *Psychiatric Mental Health Nursing: Application of the Nursing process*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Degmecic, D., Pozgain, I., & Filakovic, P. (2007). Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Patients with Schizophrenia. *Collegium Antropologicum journal*, 31(4), 1111-1115.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in mental health service. *Irish Medical Journal*, 92 (6), 393- 394.
- Finkelman, A. W. (1997). *Psychiatric Home Care*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Gopinath, P. S., & Chaturvedi, S. K. (1992). Distressing behaviour of schizophrenics at home. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 185-188
- Gualtiere, B. (1999). *Understanding and help for schizophrenia*. Retrieved August 25, 2009, from <http://www.newopenow.org/notes/archive/schizophrenia.html>
- Hudson, T. J., Owen, R. R., Thrush, C. R., Armitage, T. L., & Thapa, P. (2008). Guideline Implementation and Patient-Tailoring Strategies To Improve Medication Adherence for Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (1), 74-79.
- Kampman, O., Illi, A., Poutanen, P., & Leinonen, E. (2003). Four-year outcome in non-compliant schizophrenia patients treated with or without home-based ambulatory outpatient care. *European Psychiatry*, 18, 1-5.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical Psychiatry*. 8th ed. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kumer, S., & Sedwick, P. (2001). Non – compliance to psychotropic medication in Eastern India: Clients'perceptive part II.. *Journal of Mental Health*, 10 (3), 279 – 284.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: a review of research study. *Journal of Advance Nursing* 21 (2), 248 – 255.

- Quinlan, J., & Ohlund, G., (1995). Psychiatric home care: an introduction. *Home Healthcare Nurse*, 13 (4), 20-24.
- Rusher, S. M., et al. (1997). Psychiatric patient' attitudes about medication and factor affecting noncompliance . *Psychiatric Service*. 1, 82-85.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Tay, S.C. (2007). Compliance Therapy. *Journal of psychosocial nursing*, 6 (45), 29-36.
- Taylor, M.C. (1994). *Essential of Psychiatric Nursing*. (4th ed). St.Louis: Mosby.
- Velligan, D. I., Diamond, P. M., Mintz, J., Maples, N., Li, M., Zeber, J., et al. (2008). The Use of Individually Tailored Environmental Supports to Improve Medication Adherence and Outcomes in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 34 (3), 483–493.
- World Health Organization. (2006). *ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. (10th revision) (volume 1A). Geneva.



ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

งานวิจัยที่ 1

ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้แต่ง นางสาวกาญจนา ชัยเจริญ

ปี 2547

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย 2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
Research Design	การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)
Level	B
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 40 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย โดยมีคุณสมบัติตาม เกณฑ์ที่กำหนด คือ 1. พึงรู้เรื่องและสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ ควบคุม พฤติกรรมของตนเองได้ ขณะร่วมในกลุ่มกิจกรรมบำบัด และ ไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า 2. เคยเข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง 3. ทั้งเพศชายและเพศหญิง การคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างและมีคุณสมบัติคือ เป็นผู้ดูแลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เกี่ยวข้องเป็นญาติของผู้ป่วย หรือมีความสัมพันธ์ทาง

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	สายเลือดกับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยาหรือญาติที่ น้องที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่าง สม่ำเสมอและต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยมุ่งเน้นเฉพาะการ ให้การช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล โดยผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทางโทรศัพท์ โดยนัดหมายวันเวลา ในการเข้าร่วมโปรแกรม 2 ครั้ง ในวันที่ผู้ดูแลเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและวันที่จำหน่ายผู้ป่วย กำหนดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน
Setting	แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัด สุราษฎร์ธานี
Outcomes	พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
Research Instruments	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการศึกษาค้นคว้านี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด คือ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ - แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล - แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นแบบ สัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่ม ตัวอย่างโดยดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาที่สร้างขึ้นโดย อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดของ เพชร คันธสาบว (2544) เป็น ข้อคำถามแบบมาตราส่วน 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งข้อคำถามทั้งหมดครอบคลุมพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือ การ ปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ และความสามารถ ในการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 9 ข้อ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Rorden and Taft (1990) และผสมผสานกับแนวคิดของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Peplau, 1952) โดยมีเนื้อหาครอบคลุมปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือแบบวัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลรักษา ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำราและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีลักษณะข้อคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การจัดการกับอาการทางลบ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ ภายในครอบครัว การใช้แหล่งประโยชน์จากแหล่งความช่วยเหลือในสังคมและชุมชน เพื่อตรวจสอบความรู้ความเข้าใจและความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีข้อคำถามของผู้ป่วย 20 ข้อ และสำหรับผู้ดูแล 30 ข้อ
Intervention	โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายดังต่อไปนี้ 1. การประเมินและกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพบำบัด (รายบุคคล) ใช้เวลาสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 30 นาที เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและมีแนวทางแก้ไขปัญหา ได้เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก้ไขความคิด

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ทัศนคติ มีการเปลี่ยนแปลงสู่สุขภาพที่ดี สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่าง มั่นใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิตโดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะเชิงวิชาชีพทั้งการใช้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำและผู้จัดการระบบการดูแล ของ พยาบาลในการดำเนินการสร้างสัมพันธภาพบำบัด ดังนี้ 1. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ 2. กำหนดข้อตกลงในการสร้างสัมพันธภาพบำบัด ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพ ระยะเวลาที่จะสนทนา ในแต่ละครั้ง 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนา โดยเฉพาะประสบการณ์ความ เชื่อเจตนาดี เกี่ยวกับความรู้สึกละและความคาดหวังจากการ เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และการใช้รักษาอาการทางจิต 4. พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต โดยใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและ ตระหนักถึงความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 5. ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและยอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพ และทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิดในการหา แนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน 2. การวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 2: การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและ การรักษา ใช้เวลา 60 นาที โดยเป็นการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การรักษา และ การ จัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อให้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และจะส่งผลให้ผู้ป่วยและ ผู้ดูแล สามารถคาดการณ์ สถานการณ์การดำเนิน โรคและพยากรณ์ โรคได้ มีการตัดสินใจที่เอื้อต่อการปฏิบัติและส่งเสริมความสามารถ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้ ดังนี้ 1. ดำเนินกลุ่มโดยผู้วิจัยแนะนำตัว และให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตัว แล้วจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย 2. อภิปรายร่วมกันถึงการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล สาเหตุของโรคที่ต้องมาได้รับการรักษา อาการแสดง และการรักษาที่ได้รับในโรงพยาบาล ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ กิจกรรมที่ 3: การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ใช้เวลา 45- 60 นาที เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีทักษะในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต สามารถทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับการรักษา ดังนี้ 1. ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นคำถามเกี่ยวกับอาการแพ้ยาที่ผู้ป่วยเคยมีและที่กำลังมีอยู่ 2. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกถึงวิธีการแก้ไขเมื่อเกิดอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่เคยปฏิบัติ 3. ผู้นำกลุ่มสรุปและอธิบายเพิ่มเติมถึงวิธีสังเกตและวิธีการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา 4. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยและเน้นย้ำถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยา และให้กำลังใจในการรักษาต่อไป กิจกรรมที่ 4: การส่งเสริมความตระหนักในการจัดการกับอาการทางลบและการใช้แหล่งความช่วยเหลือในชุมชน ใช้เวลา 50 นาที เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาตนเอง มีการแสดงออกของอาการทางลบลดลง โดยฝึกให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น ตระหนักถึงสิ่งที่ดีและมองเห็นคุณค่าของตนเอง มีความกล้าแสดงออก เปิดเผย

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ตนเอง และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางลบและการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในอาการที่ผู้ป่วยแสดงออก และสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมที่ช่วยให้อาการทางลบลดลงได้ ดังนี้ 1. ให้ผู้ป่วยบอกถึงข้อดีข้อเสียของตนเองและอภิปรายร่วมกันถึงประโยชน์ของการรู้จักตนเอง 2. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงประโยชน์ของการรู้จักตนเองและเชื่อมโยงไปสู่การจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยและการพัฒนาตนเอง เพื่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ และส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3. ให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายร่วมกันในประเด็นเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุน เมื่อเกิดปัญหาต่างๆ และแสดงความคิดเห็นร่วมกันถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน โดยผู้นำกลุ่มบรรยายสรุปให้เห็นถึงประโยชน์จากการมีแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน กิจกรรมที่ 5: การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว ใช้เวลา 50 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการรับรู้และทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และฝึกทักษะในการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการได้อย่างเหมาะสม ดังนี้ 1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกอ่านสถานการณ์สมมติเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว และให้สมาชิกจับคู่แสดงบทบาทสมมตินั้นและร่วมกันอภิปรายและร่วมกันอภิปรายถึงความรู้สึกต่อสถานการณ์นั้น 2. ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว 3. ให้สมาชิกเล่าถึงการแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมภายในครอบครัวที่มีของตนเอง และร่วมกันอภิปราย

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	4. ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มฝึกทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม 5. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงประโยชน์ของการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ และการสื่อสารที่เหมาะสมภายในครอบครัว 3. การตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 6: การเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาการใช้ยาหลังจำหน่าย ใช้เวลา 45 นาที เพื่อตรวจสอบระดับความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติที่บ้าน และเพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติเพื่อจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาหลังจำหน่าย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีกำลังใจในการรักษาด้วยยา 1. ให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการหยิบบายกินเองตามแผนการรักษา เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติได้หลังจำหน่าย 2. อภิปรายร่วมกันถึงความรู้และทักษะที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยและอภิปรายร่วมกันถึงความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ ให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังจำหน่าย
Research Findings	ตอนที่ 1: ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.50 โดยมีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 30-39 ปี มีสถานะภาพสมรสโสด ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.50

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ และมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 32.50 เท่ากัน มีรายได้เพียงพอกับการใช้จ่าย มีบิดา-มารดา เป็นผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี และได้รับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 5 ครั้ง เป็นส่วนใหญ่ ตอนที่ 2: เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา <u>With in group:</u> 1. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของกลุ่มทดลอง <u>สูงกว่า</u> ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของกลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง = 76.80 และ กลุ่มควบคุม = 57.20 ตามลำดับ) 2. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายด้านของกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายด้านของกลุ่มควบคุม

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	<u>Between group:</u> พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม 1. ก่อนทดลองผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมใกล้เคียงกัน และอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน (ค่าเฉลี่ย 35.75 และ 34.95 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ) 2. หลังการทดลองค่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ค่าเฉลี่ย 76.80 และ 57.20 ในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมตามลำดับ) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายด้าน 1. ก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายด้านทั้งด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา (ค่าเฉลี่ย 21.15 และ 20.45 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ) และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาใกล้เคียงกัน และอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน (ค่าเฉลี่ย 14.60 และ 14.50 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ) 2. หลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์ด้านรักษารายด้านทั้งด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาและด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาทั้ง 2 ด้าน ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
Implementation	การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทเป็นการพยาบาลรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องและพร้อมที่จะกลับไปปรับตัวอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นการป้องกันและลดการป่วยซ้ำ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 2

ชื่อเรื่องงานวิจัย การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและ
ผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้แต่ง นางสาวศิริวรรณ พอนบุญ

ปี 2548

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
Research Design	การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)
Level	B
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทตาม เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกเพื่อสุขภาพ รพ.บางพลี จำนวน 20 ครอบครัว โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลดังนี้ คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท 1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท 2. เพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 25-59 ปี 3. ภูมิลำเนาอยู่ในเขต อ. บางพลี จ. สมุทรปราการ 4. เป็นผู้ที่มิฉะนั้นประเมินอาการทางจิต(Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน 5. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง ด้วยเหตุผลของการขาดยา 6. ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด 7. เคยมีอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโรคจิต คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา พี่ หรือน้อง คนใดคนหนึ่ง ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง ดูแลผู้ป่วย

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน อายุ 25-59 ปี ไม่รับค่าตอบแทนใดๆ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและไม่เป็นโรคภัยเรื้อรังทางกายที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นสามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ โดยคัดเลือกผู้ดูแลหลักครอบครัวละ 1 คน
Setting	คลินิกเพื่อสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางพลี
Outcomes	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
Research Instruments	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการดำเนินการศึกษา มี 4 ชุด คือ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาพัฒนาจากแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นโดย พลทิพย์ ปานแดง(2547) ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ ดารณี จามจุรี และจินตนา ชูนิพันธ์ (2545) 2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ 2.1 แบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภท สร้างโดย สรินทร เชี่ยวโสธร(2545) ที่ใช้ประเมินพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งค่าคะแนนที่ได้ออกเป็น 5 ช่วง ดังนี้ - คะแนน 4.50-5.00 หมายถึง พลังอำนาจอยู่ในระดับดีมาก - คะแนน 3.50-4.49 หมายถึง พลังอำนาจอยู่ในระดับดี - คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง พลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง - คะแนน 1.50- 2.49 หมายถึง พลังอำนาจอยู่ในระดับต่ำ - คะแนน 1.00- 1.49 หมายถึง พลังอำนาจอยู่ในระดับต่ำสุด

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	2.2 แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแล สร้างโดย ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ตามแนวทางการประเมินข้อมูลแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังของคาร์นิ จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และความหมายคะแนนเช่นเดียวกับการประเมินพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท 3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์วัดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ คิดค่าคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามรวมข้อ แบ่งเป็นด้าน คือข้อคำถามที่ 1-9 เป็นด้านปฏิบัติตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา แบ่งคะแนนเป็น 5 ช่วง คือ คะแนน 4.50-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก คะแนน 3.50-4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	คะแนน 1.50- 2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ระดับต่ำ คะแนน 1.00- 1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ระดับต่ำสุด 4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต(Brief Psychiatric Rating Scale:BPRS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 18- 108 คะแนน ค่าคะแนนระหว่าง 15-30 คะแนน ถือว่ามีอาการทางจิตรุนแรงน้อย หากมีคะแนน 31 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า อาการทางจิตรุนแรงมาก
intervention	โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล ใช้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมที่ทำกับผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 2 ครั้ง(สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) ครั้งละประมาณ 60-90 นาที รวมเวลา 2 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสถานการณ์จริง วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงพฤติกรรมการใช้ยารักษาอาการทางจิตที่ผ่านมาและปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้ กิจกรรม: ผู้ศึกษาแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม ขั้นตอนที่ 2. การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิต โดยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถวางแผนเพื่อจัดการกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้และร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา กิจกรรม: ผู้ป่วยและผู้ดูแลเสนอวิธีการแก้ปัญหาแต่ละข้อและร่วมกัน

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	กำหนดเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผล และสรุปผลการวางแผนแก้ปัญหา วิธีประเมินผล โดยเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจว่าปัญหาต่างๆสามารถป้องกันและแก้ไขได้ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจว่าการฟื้นฟูหายจากโรคหรือการควบคุมอาการ เป็นหน้าที่ของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ต้องกระทำร่วมกัน ขั้นตอนที่ 3. เสริมสร้างแหล่งของอำนาจ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาโดยการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกความต้องการความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนการใช้ยาที่ถูกต้อง กิจกรรม: พยาบาลพูดคุยถึงปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาลึกเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยและผู้ดูแล และเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด พร้อมทั้งให้กำลังใจและกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ ขั้นตอนที่ 4 ผู้ป่วยและผู้ดูแลเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและลงไว้ซึ่งการปฏิบัติ วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้พูดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และประเมินพลังอำนาจเกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทและประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแล กิจกรรม: พยาบาลและทบทวนถึงปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาลึกเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยและผู้ดูแลในสัปดาห์ที่ผ่านมา พยาบาลสรุปเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษา

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings	ตอนที่ 1: เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังการทดลอง 1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาโดยรวมและจำแนกรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยรวมและรายด้านทั้งด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และความ สามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาของผู้ป่วย หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการ ใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษารายข้อทั้ง 9 ข้อ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาทุกข้อของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยที่พฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้าง พลังอำนาจทุกข้อ 3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์รักษาด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการ ข้างเคียงจากยารายข้อทั้ง 9 ข้อ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียง จากยาทุกข้อของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยที่พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกข้อ ตอนที่ 2 ข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากการศึกษา 1. ผู้ป่วยจิตเภท 3 ราย บันทึกเวลาในการรับประทานยาทุกมื้อ เพื่อปรับ เวลาในการรับประทานยาแต่ละมื้อ ให้ตรงกับที่แพทย์สั่ง 2. ผู้ป่วยจิตเภท 6 ราย ขอมให้มารดาจัดยาให้รับประทาน เพราะที่ผ่านมาเขาไม่ยอมให้ญาติดูแลเรื่องการกินยา 3. ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล มีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ
Implementation	จากผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล จะเห็นได้ว่า สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ โดยการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจ ซึ่งพยาบาลต้องมีความเชื่อมั่นว่า ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลนี้ จึงน่าจะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 3

ชื่อเรื่องงานวิจัย การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ผู้แต่ง นางสาวงามตา อักษรไพโร

ปี 2548

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม
Research Design	การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)
Level	B
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV และ ICD-10 ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้ 1.ผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอายุ 20-59 ปี ไม่จำกัดเพศ การศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ 2.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อำเภอเมืองสิงห์บุรี 3.เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยา 4.เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ระยะของโรคอยู่ในอาการสงบ ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยได้ตอบได้ 5.ผู้ป่วยที่สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา
Setting	แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสิงห์บุรี
Outcomes	พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับ - การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง - ความสามารถสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากยาทางจิตและการบอกถึงอาการที่เกิดขึ้น ในระหว่างรับการรักษาด้วยยา

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการดำเนินการศึกษา มี 3 ประเภท คือ 1.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาล องค์รวม โดยผู้ศึกษาได้พัฒนาจากโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ของ อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาโดยผู้ศึกษาใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของสรินทร์ เชื้อวโสธร (2545) 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547)
Intervention	โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นโปรแกรมที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมราย กลุ่ม กลุ่มละ 8-12 คน และแบ่งกลุ่มใหญ่ออกเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 3-5 คน จัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที รวม 6 กิจกรรม ระยะเวลา 2 สัปดาห์ และประเมินใน สัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 4 โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ จุดประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ไว้วางใจ เปิดเผย ตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน 2. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วม โครงการ กิจกรรม ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวเอง เพื่อสร้างความคุ้นเคยชี้แจงวัตถุประสงค์

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ของโครงการ ขั้นตอน ระยะเวลา สถานที่ในการจัดประชุม และ วิธีการดำเนินโครงการ กิจกรรมที่ 2: การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภทและ การรักษา จุดประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองป่วย อาการ สาเหตุ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษา ความสำคัญของการให้ ความร่วมมือในการรักษา 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับอาการที่ผิดปกติหรือ อาการเตือนที่เกิดขึ้น และวิธีการดูแลตนเองได้ กิจกรรม ให้สมาชิกแต่ละคนได้เล่าถึงอาการนำก่อนมารับการรักษา และ การรักษาที่ได้รับ และแบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่ม ร่วมกันอภิปราย ในประเด็นอาการก่อนมารับการรักษา และการรักษาที่ได้รับใน ปัจจุบัน และสรุปร่วมกันในประเด็นถึงสาเหตุที่ทำให้อาการกำเริบ ต้องมารักษา กิจกรรมที่ 3: การพัฒนาความรู้เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา จุดประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา 2. ผู้ป่วยสามารถวางแผนการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ และให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลตนเองได้

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง กิจกรรม ผู้นำกลุ่มสุ่มถามสมาชิกถึงเรื่องการกินยารักษาอาการทางจิต และ อ่านกรณีศึกษาตัวอย่างให้สมาชิกในกลุ่มฟังแบ่งสมาชิกกลุ่มละ 3-5 คน พุดคุยเรื่องข้อคิดเกี่ยวกับการกินยารักษาโรคจิต และเลือกการ ปฏิบัติตามกรณีใด ผู้นำกลุ่มสรุปการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต หัวใจ ของการรักษา สอบถามความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยต่อการกินยา ปัญหาใน การรับประทานยา และปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยา และ ให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็นร่วมกันเขียนประโยชน์ และคำขวัญที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการกินยา กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในสังคม จุดประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยบอกได้ถึงการติดต่อสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือเมื่อมี ปัญหาจากการใช้ยา กิจกรรม ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพุดคุยในประเด็นเมื่อไม่สบายใจ ได้รับการ ช่วยเหลือจากใคร และการบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรู้ ให้ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และอภิปราย เกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัย ให้ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารและวิธีขอความช่วยเหลือ กิจกรรมที่ 5 การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง จุดประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น และเกิดความเชื่อมั่น ในตนเองมากขึ้น

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง 3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ กิจกรรม ผู้นำกลุ่มอ่านกรณีศึกษาตัวอย่างให้ฟัง และให้สมาชิกกลุ่มพูดคุย ว่ารู้สึกอย่างไรเมื่อถูกมองว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ไร้คุณค่า และจะ ปฏิบัติตัวอย่างไรที่จะทำให้คนอื่นเข้าใจตน ให้สมาชิกกลุ่มค้นหา ข้อดี ข้อเสียของตน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกรู้สึก กิจกรรมที่ 6: การส่งเสริมความพึงพอใจและจิตวิญญาณ จุดประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงสิ่งที่ตนเคารพนับถือ ศรัทธา ความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับเป้าหมายในชีวิต 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบด้านจิตใจ 3. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีวิธีผ่อนคลาย เมื่อตนเองมี ความทุกข์ใจและสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ กิจกรรม ผู้นำกลุ่มกล่าวถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทางด้านจิตวิญญาณโดยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางด้านความ เชื่อ ค่านิยม สิ่งที่สมาชิกกลุ่มนับถือ ศรัทธา และพูดคุยถึงประเด็นที่ ผู้ป่วยทำอย่างไรเมื่อไม่สบายใจ ทำอย่างไรเพื่อให้สบายใจขึ้น
Research Findings	ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55) ส่วนใหญ่อายุ อยู่ระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 35) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 35) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงาน (ร้อยละ 65)

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 70) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยจะมีผู้ดูแลคือพ่อแม่ (ร้อยละ 85) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย 1-5 ปี (ร้อยละ 40) ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (ร้อยละ 35) ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม 1. ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 75 ส่วนภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับเหมาะสมมาก ร้อยละ 60 และเหมาะสมปานกลางร้อยละ 40 2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาโดยรวมและรายด้าน ทั้งด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาและด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาของผู้ป่วย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทด้านความสามารถ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	ในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาโดยรวมก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมพบที่มีความ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
Implementation	จากผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมโดยการ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการพยาบาลทั้ง 6 กิจกรรมนั้น เน้น สัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้เกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การปรับเปลี่ยนพฤ ติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่ม ความสามารถของบุคคล เกิดการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยเกิด ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า มีความหวังต่อการดำรงชีวิต และทำความเข้าใจ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับอย่างถูกต้อง ซึ่ง แนวคิดการพยาบาลองค์รวม เป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งที่พยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จะนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ต่อไป

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 4

ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการกลับเป็นซ้ำ และความร่วมมือในการรักษา
ด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง

ผู้แต่ง ผศ.รัตน์ ถาวรวงศ์
ชลธิชา สิมะวงศ์

ปี 2549

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อเปรียบเทียบผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและ หลังเข้าร่วมโครงการ
Research Design	การศึกษาเชิงทดลอง (Quasi – experimental research)
Level	B
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยกาวนา และหอผู้ป่วยอื่นๆจำนวน 70 คน เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้เข้าร่วมงานวิจัยมี คุณสมบัติดังนี้ 1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 2 ปี 2. เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 24 เดือนก่อนเข้าโครงการ 3. ขาดยาหรือไม่ร่วมมือในการรักษาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ทำให้ ต้องกลับมารับการรักษาซ้ำเป็นแบบผู้ป่วยใน
Setting	แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง อ.เมือง จ.เชียงใหม่
Outcomes	- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง - ความความร่วมมือในการรักษาด้วยยา - การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย - ความพึงพอใจต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments	1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 2. เครื่องมือทดลอง ได้แก่ - Care map การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ร่วมกันสร้างขึ้น โดยทีม สหวิชาชีพของโรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาลเครือข่าย ประกอบด้วย แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง และแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลชุมชน 3. เครื่องมือวัดผล ได้แก่ - แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ของสาธุพร พุฒ ขาว(2541)ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอด ของจารุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528)
Intervention	แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง วันที่ 1-5 วัตถุประสงค์: เพื่อให้ 1. ผู้ป่วยสามารถบอกเวลา สถานที่และบุคคลได้ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายตัวเองและผู้อื่น 3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษา กิจกรรม 1. ทบทวนการวินิจฉัยโรคในปัจจุบัน 2. ตรวจประเมินสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางด้านสังคม 3. ประเมินความคิดทำร้ายตนเองหรือพฤติกรรมก้าวร้าวที่เสี่ยงต่อ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น 4. ประเมินระดับอาการทางจิต 5. พิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	6. วินิจฉัยและสั่งการรักษาด้วยยาหรือวิธีการอื่นตามความเหมาะสม 7. ประเมินอาการระหว่างการรักษาและพิจารณาปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย 8. ศึกษาประวัติการรักษาด้วยยา และการแพ้ยาของผู้ป่วย 9. วางแผนการติดตามการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโดยเฉพาะการเฝ้าระวังอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา 10. เตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลรักษาในโรงพยาบาล a. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เป็นมิตรเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ b. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล c. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ภายในตึก เช่น ห้องน้ำ ห้องอาหาร d. ชักถามความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมทั้งชักถามข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 11. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา 12. ตรวจสภาพจิตใจและประเมินทางจิตสังคม 13. ประเมินพฤติกรรมและความคิดทำร้ายตนเองและพฤติกรรมก้าวร้าวที่เสี่ยงต่อการทำร้ายคนอื่น 14. ประเมินสภาพการทำงานของร่างกายผู้ป่วย 15. ประเมินความต้องการความปลอดภัยและดูแลในเรื่องการป้องกันความเสี่ยงต่างๆ 16. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา 17. ตรวจวัดสัญญาณชีพ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	18. ประเมินอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย 19. ให้ข้อมูลเรื่องการเจ็บป่วยและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย 20. ประเมินทางด้านโภชนาการที่จำเป็น และดูแลให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ 21. สร้างสัมพันธภาพและประเมินภาวะทางสังคม จิตใจในระยะแรก วันที่ 6-10 วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วย 1. บอกเวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง 2. บอกถึงสาเหตุที่ตนเองต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ 3. บอกความต้องการของตนเองได้ 4. ดูแลอาการของตนเองและได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ 5. ได้รับการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษา 6. รับประทานอาหารได้อย่างน้อย 2 ใน 3 ถาด 7. ได้รับการกระตุ้นให้มีกิจกรรมการดูแลตนเองและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดได้ตามความเหมาะสม 8. ผู้ป่วยได้รับการดูแล ประเมินปัญหาและความต้องการจากทีมสหสาขาวิชาชีพ กิจกรรม 1. ตรวจประเมินสภาพร่างกายและสภาพจิตใจเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของอาการและการตอบสนองต่อการรักษา 2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดด้วยทำทีที่เป็นมิตร พร้อมทั้งค้นหาปัญหาและวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติ 3. ประเมินและตรวจวัดสัญญาณชีพ 4. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ประเมินศักยภาพและจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดตามความเหมาะสม 5. สังเกต ประเมิน พร้อมทั้งบันทึกอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเวช (ต่อ)

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาประเมินผลจากการได้รับยา และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา - ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและญาติ - ประเมินความต้องการ ความปลอดภัยและดูแลในเรื่องการป้องกันความเสี่ยงต่างๆ - ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ตรวจทางจิตวิทยา พร้อมทั้งวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา - ประเมินสภาพสังคม จิตใจ ของผู้ป่วย - ค้นหาข้อเท็จจริง ข้อมูลทางสังคม-จิตใจ เกี่ยวกับผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ - ตรวจวินิจฉัยทางสังคม รวมทั้งการวิเคราะห์ และแปลผลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษา - ประเมินทรัพยากรทางสังคม และเครือข่ายทางสังคมที่จำเป็นและเหมาะสมกับผู้ป่วย - ประสานและจัดการกับทรัพยากรทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - เฝ้าระวังและประเมินอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา - ติดตามประเมินผลฤทธิ์ข้างเคียงของยา - ร่วมประชุมปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพในการทบทวนและปรับแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสม วันที่ 11- 20 วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วย - บอกเวลา สถานที่ และบุคคล ได้ถูกต้อง - บอกสาเหตุที่ทำให้ตนเองเจ็บป่วยได้

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	3. ผู้ป่วยดูแลตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆได้ และยอมรับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่น 4. กระตุ้นให้มีการฝึกทักษะทางสังคมและทักษะการอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างเหมาะสม 5. เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วย 6. บอกถึงความต้องการของตนเองเพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยาที่จำเป็นได้ 7. ดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ 8. สังเกตและบอกถึงภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อเริ่มมีอาการเป็นซ้ำได้ 9. บอกวิธีการในการจัดการกับอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยของตนเองได้ 10. มีแนวทางในการจัดการกับปัญหาทางสังคมและจิตใจที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้อย่างเหมาะสม กิจกรรม 1. ตรวจประเมินสภาพร่างกายและสภาพจิตเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของอาการ 2. ตรวจสอบความก้าวหน้าเพื่อการวางแผนการจำหน่าย 3. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและวางแผนการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 4. ดำเนินกิจกรรมการบำบัดตามแผนที่วางไว้ 5. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อร่วมวางแผนการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย 6. ประเมินความพร้อมในการเข้ากลุ่มกิจกรรมและจัดให้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดตามความเหมาะสม

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 8. ประเมินความก้าวหน้าในการร่วมกิจกรรมบำบัด และปรับ 9. แผนการให้กิจกรรมตามความเหมาะสม 10. ให้ข้อมูลเรื่องการเจ็บป่วย การสังเกตอาการ พฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย 11. ทบทวนและให้ และญาติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องเรื่องการพบแพทย์และการรับยาคตามนัด 12. ประสานและจัดการทรัพยากรทางสังคมที่เกี่ยวข้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยเช่นญาติ สถานบริการทางสังคมสงเคราะห์ 13. จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย 14. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการใกล้บ้านทั้งในกรณีปกติและฉุกเฉิน 15. ให้ข้อมูลการสังเกตอาการ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในชุมชน พบผู้ป่วยครั้งแรก วัตถุประสงค์: เพื่อ 1. ประเมินภาวะสุขภาพกายอย่างเหมาะสม 2. เตรียมความพร้อมในการดูแลรักษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัว 3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น กิจกรรม 1. ประเมินอาการทางกาย จิต สังคมของผู้ป่วย 2. พิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม 3. ประเมินความรุนแรงตามสภาพอาการของผู้ป่วย 4. ประเมินภาวะสุขภาพจิตและสุขภาพกาย รวมถึงการชักประวัติของผู้ป่วยจากญาติ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทายยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	- ประวัติครอบครัว ความสัมพันธ์ - ประวัติส่วนตัว การใช้สารเสพติด - พัฒนาการแต่ละช่วงวัย - แหล่งสนับสนุนทางสังคม นำข้อมูลต่าง ๆ มาให้การวินิจฉัยทางการแพทย์พร้อมทั้งวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม 5. ให้การวินิจฉัยปัญหาทางสังคมเพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย 6. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยทางจิตวิทยาพร้อมทั้งวางแผนการดูแลที่เหมาะสม 7. จัดเตรียมยาให้แก่ผู้ป่วย 8. ศึกษาและร่วมประเมินปัญหาความต้องการ (ด้านชีวิตจิต สังคม) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ 9. ค้นหาปัญหาการใช้ยา ให้ข้อมูลและความรู้ รวมถึงให้การปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา 10. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน โดยการประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ 11. วางแผนร่วมกับญาติเพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย 12. ประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพจิต (เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย) ในการช่วยดูแลติดตามผู้ป่วยในชุมชน 13. ให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับการติดต่อสถานบริการ กรณีมีการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง 14. ประชุมปรึกษาหารือในทีมสหวิชาชีพ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	สัปดาห์ที่ 1-3 วัตถุประสงค์: 1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา 2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินผลการบำบัดรักษา 3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น 4. ผู้ป่วยได้รับการทบทวนและปรับผลการดูแลรักษา กิจกรรม 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตรและยอมรับในตัวผู้ป่วยและครอบครัว 2. ให้กิจกรรมพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วย 3. ประเมินการรับประทานยาและผลของการรักษาด้วยยา รวมถึงฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาเพื่อตอบสนองต่อยา 4. ประเมินความรุนแรงตามสภาพอาการของผู้ป่วย เช่น ความคิดที่จะทำร้ายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและญาติ 5. ประเมินด้านพฤติกรรมและระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโดยใช้ GAF 6. ประเมินสภาวะการทำงานของร่างกายผู้ป่วย สัปดาห์ที่ 4-6 วัตถุประสงค์: 1. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาและมีการรับรู้ที่ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยดูแลตนเองและปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ 3. ผู้ป่วยดูแลอาการเจ็บป่วยดูแลอาการเจ็บป่วยของตนเองได้ และได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างเหมาะสม กิจกรรม 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยายามให้กำลังใจกับ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร 2. ตรวจสอบสภาพจิตและประเมินทางจิตสังคม เพื่อดูอาการเปลี่ยนแปลงและประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับ 3. ประเมินพฤติกรรมและระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย 4. กระตุ้นผู้ป่วยให้จัดการรับประทานเองและขอความช่วยเหลือจากญาติเมื่อต้องการ 5. ให้การปรึกษาและการเสริมแรงทางบวกเมื่อต้องการ 6. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเรียนรู้การจัดการกับอาการ และอาการแสดงความเจ็บป่วยทางจิต 7. ประเมินแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วย 8. ประเมินทักษะทางสังคม ทักษะการใช้ชีวิตในสังคม 9. บันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว 10. ประชุมปรึกษาหารือในทีมสหวิชาชีพ สัปดาห์ที่ 7-9 วัตถุประสงค์: 1. ผู้ป่วยมีอาการสงบ และมีการรับรู้ที่ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นที่จะช่วยเหลือได้ 3. ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข 4. ทบทวนแผนการรักษาและประเมินการดูแล กิจกรรม 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	2. ตรวจสอบสภาพจิตและประเมินทางจิตสังคมเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับ 3. ประเมินความรุนแรงตามสภาพอาการของผู้ป่วย เช่น ความคิดที่จะทำร้ายตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมรุนแรงที่เสี่ยงต่อผู้อื่น 4. ทบทวนความรู้และปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ป่วยและญาติ 5. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ และประสานกับแหล่งช่วยเหลือที่ผู้ป่วยจะได้รับตามความเหมาะสม 6. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกับญาติและชุมชน ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการที่จะต้องไปตรวจรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นอย่างต่อเนื่อง 7. แนะนำสถานบริการเบื้องต้นในการช่วยเหลือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย 8. ประเมินความพึงพอใจในการได้รับบริการจากพยาบาล 9. บันทึกการติดตามเยี่ยม 10. ประชุมปรึกษาหารือในทีมสหวิชาชีพ
Research Findings	ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 1. ข้อมูลทั่วไป - กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 21-30 ปี คือในกลุ่มทดลองมีร้อยละ 31.40 และในกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 40 - กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสถานภาพสมรสโสด โดยในกลุ่มทดลองมีร้อยละ 80 และในกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 74.29 - กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ว่างงาน โดยในกลุ่มทดลองมีร้อยละ 60 และในกลุ่มควบคุม มีร้อยละ 51.43 - กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา โดยในกลุ่มทดลองมีร้อยละ 68.57 และในกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 57.14

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 6-10 ครั้ง โดยกลุ่มทดลองมีร้อยละ 40 และกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 37.14 ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยากลับมาควบคุมมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของทั้งสองกลุ่ม หลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำ เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำลดลง ดังนี้ - ภายใน 28 วัน มีการกลับมารักษาซ้ำลดลงจากร้อยละ 42.86 เหลือร้อยละ 0 - ภายใน 3 เดือน มีการกลับมารักษาซ้ำลดลง จากร้อยละ 65.7 เหลือร้อยละ 8.57 - ภายใน 6 เดือน มีการกลับมารักษาซ้ำลดลงจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 11.43 ส่วนกลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำไม่แตกต่างกัน ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณี - กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาก ทั้งด้านความสะดวก ด้านการประสานงาน ด้านอรรถาธิบาย ความสนใจ ด้านข้อมูลที่ได้รับ ด้านคุณภาพบริการ และความพึงพอใจโดยรวม

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation	จากการศึกษาพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถเพิ่ม ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วย ได้ และผู้ป่วยมีความรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ผู้ป่วยได้รับ เนื่องจาก ต้องมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการนำมาปฏิบัติในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ และมี คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 5

ชื่อเรื่องงานวิจัย การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี

ผู้แต่ง นางสาวสมลักษณ์ เชื้อวสด

ปี 2551

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว
Research Design	การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)
Level	B
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช(ICD-10) และผู้ดูแลหรือสมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 20 ครอบครัว โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่าง 1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท 2. อายุ 20-50 ปี 3. มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำสุด (1.00- 1.49) ถึงระดับปานกลาง (2.50 – 3.49) ประเมินโดยแบบ สัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) 4. ไม่ใช้สารเสพติด 5. สนใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา สามารถเข้าร่วมและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ครอบครัว

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเวช (ต่อ)

งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1. เป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด และ/หรือตามกฎหมาย ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง 2. ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3. ดูแลผู้ป่วยมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน 4. ไม่มีความบกพร่องในด้านการสื่อสาร 5. สนใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา
Setting	คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี
Outcomes	- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง - พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
Research Instruments	1. โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษารอบครัว กลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ Minuchin (1974) 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเอง ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่สร้างขึ้นโดยอุมารักษ์ กาญจนรักษ์ (2544) ตามแนวคิดของ Farragher(1999) ร่วมกับการศึกษาของเพชร คันธสายบัว (2544) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งข้อคำถามทั้งหมดครอบคลุมพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้านคือ การปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ และความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 9 ข้อ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	ซึ่งข้อคำถามทั้งหมดครอบคลุมพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้านคือ การปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ และความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 9 ข้อ
Intervention	การดำเนินกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว และการประเมินโครงสร้างของครอบครัว ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ของโปรแกรม วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว 2. เพื่อประเมินโครงสร้างและปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว 3. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจ ลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับผู้ศึกษา 4. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทในการให้คำปรึกษาครอบครัวได้อย่างเหมาะสม วิธีดำเนินการ 1. ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพที่ดี กับผู้ป่วยและครอบครัว 2. สร้างข้อตกลง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการให้คำปรึกษาครอบครัว บทบาทหน้าที่ ระยะเวลา จำนวนครั้ง สถานที่ในการให้คำปรึกษาและการบันทึกเสียง 3. กระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้นเพื่อประเมินโครงสร้างระบบครอบครัวของผู้ป่วย 4. ประเมินการปฏิบัติหน้าที่ และความสัมพันธ์ในครอบครัว

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผน แก้ไขปัญหากับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ของโปรแกรม วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหา สาเหตุของ ปัญหา และผลที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยา ไม่ถูกต้อง 2. เพื่อให้ครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติ ตามแผนการใช้ยา 3. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางจิตเภท 4. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดโครงสร้าง ของครอบครัว วิธีดำเนินการ 1. ผู้ศึกษากล่าวทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความคิดเห็น 3. ให้แต่ละคนเล่าเรื่องราวของตนเอง ห้ามไม่ให้ใครพูดแทนใคร 4. ผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง 5. เน้นการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหากับทำให้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ดำเนินการใน สัปดาห์ที่ 3 ของโปรแกรม วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวกับผลกระทบที่ เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	2. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงศักยภาพของตนเองในการแสดงศักยภาพของตนเองในการจัดการกับปัญหา ที่ทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาไม่ถูกต้องเพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวมีทักษะการแก้ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง 3. เพื่อส่งเสริมความสามารถของครอบครัวในการสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลให้ชัดเจนและอยู่ในภาวะสมดุล วิธีดำเนินการ 1. ผู้รักษากล่าวทักทาย และทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่าน มา 2. ทำให้ผู้ป่วยหันมามองปัญหาในแง่มุมใหม่ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และเกิดอารมณ์ทางบวกมากขึ้น 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง 4. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักว่า ปัญหาเกิดขึ้นได้อย่างไร ใครทำอะไรกับใคร และใครตอบสนองอย่างไร 5. ผู้ศึกษาแนะนำครอบครัวเกี่ยวกับลักษณะลักษณะขอบเขตใน ครอบครัว และการยืดหยุ่นของขอบเขตระหว่างระบบย่อย 6. ให้การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำกิจกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา และยุติการให้คำปรึกษา ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรม วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสังเกตอาการนำของการป่วยซ้ำได้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	3. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับอาการทางบวก และอาการทางลบของผู้ป่วยได้ 4. เพื่อให้ครอบครัวมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพใน ครอบครัว วิธีดำเนินการ 1. ผู้ศึกษากล่าวทักทาย และทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา 2. เสริมทักษะเกี่ยวกับการสังเกตอาการนำของการป่วยซ้ำ สังเกต และจัดการกับปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา 3. เสริมทักษะการจัดการกับอาการทางบวกและอาการทางลบ 4. เสริมทักษะการสื่อสารในครอบครัว เน้นทักษะการสื่อสาร ทางบวก 5. ให้คำแนะนำเพื่อการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัว เห็น ความสำคัญของการเอาใจใส่สนับสนุนให้กำลังใจ 6. ยุติการให้คำปรึกษาและกล่าวขอบคุณ
Research Findings	ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ - ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 - อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 50 - สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 75 - ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 - ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 65 - ระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 11-15 ปี ร้อยละ 35 - จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง ร้อยละ 50 - ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 40 ตอนที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว พบว่า

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings (ต่อ)	- พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาคอครบถ้วนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 - เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาคอครบถ้วนผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ - เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา รายข้อ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาคอครบถ้วน พบว่า หลังการใช้โปรแกรมปรึกษาคอครบถ้วนผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา รายข้อ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นข้อ ไม่รับประทานยาจนนอนหลับเพิ่มเอง - เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยารายข้อ พบว่า หลังการใช้โปรแกรมปรึกษาคอครบถ้วน ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา รายข้อ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นข้อ เมื่อรับประทานยาอาการทางจิตหมดทำนมา ขอรับยาอย่างต่อเนื่อง

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation	การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาคอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการนำเอาสมาชิกในครอบครัวหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น เหมาะกับการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 6

ชื่อเรื่องงานวิจัย การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท
สำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้แต่ง ปรรธนา คำมีสินนท์

ปี 2550

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
Research Design	การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)
Level	B
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช(ICD-10) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1. เป็นผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวช ตั้งแต่ครั้งที่ 3 ขึ้นไป 2. ไม่มีอาการทางจิตรุนแรง 3. เป็นผู้ป่วยที่สามารถพูดคุยรู้เรื่อง เขียนและอ่านหนังสือได้ 4. มีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย 1 อย่างคือ หยัดใช้ยาเอง ใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาไม่ตรงตามเวลา ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้รับปรึกษาแพทย์ ไม่มาตรวจตามที่แพทย์นัด
Setting	หอผู้ป่วยชงโค โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จ.ขอนแก่น
Outcomes	1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 2. ก่อนและหลังการศึกษาเกี่ยวกับ 3. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยา 4. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 5. อาการทางจิต

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments	1. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ศึกษาได้จัดทำขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ - แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป - แบบประเมินอาการทางจิต - แบบประเมินเรื่องโรคและการรักษาด้วยยา - แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งได้นำแบบประเมินของสรินทร์ เชื้อวโสธร (สรินทร์ เชื้อวโสธร ,2545) ที่ได้พัฒนามาจาก Farragher (Farragher , 1999) มาใช้ในการศึกษา
Intervention	การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภท ขั้นตอนที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา (รายบุคคล) วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษาและผู้ป่วย 2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจหลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ 3. เพื่อสัมผัสแรงจูงใจในการรักษา กิจกรรม 1. จัดสถานที่ให้เหมาะสมกับการสร้างสัมพันธภาพ 2. ผู้ศึกษากล่าวทักทายผู้ป่วย 3. บอกถึงหลักการ วิธีการ ประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการ 4. ผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 5. ใช้เทคนิคการถามโดยใช้คำถามปลายเปิด

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทายยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	6. สัมภาษณ์แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสืบ ค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลใจ 7. สำรวจความคิดเห็นผู้ป่วยต่อผลกระทบความรุนแรงของการ ป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ อุปสรรคของ การปฏิบัติการดูแลสุขภาพ 8. ประเมินการเข้าใจและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการพูดคุยกันใน ครั้งนี้ 9. นัดหมายกับผู้ป่วยในครั้งต่อไป ขั้นตอนที่ 2 การให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบกลุ่ม ครั้งที่ 1 โรคจิตเภทและการรักษา วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ 2. ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษา กิจกรรม 1. แนะนำตัว 2. พูดคุยเรื่องทั่วไป 3. บอกการดำเนินการกลุ่ม 4. บอกวัตถุประสงค์ในครั้งนี้ 5. ให้สมาชิกในกลุ่มอภิปรายร่วมกันถึงการเจ็บป่วย ที่ต้องเข้า นอนในโรงพยาบาล สาเหตุ 6. ผู้นำกลุ่มบรรยายเรื่องโรคจิตเภท 7. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม 8. ให้สมาชิกสรุปความรู้ที่ได้รับ 9. ผู้นำกลุ่มสอบถามความรู้ของสมาชิกในการเข้าร่วมกลุ่ม 10. ผู้นำกลุ่มกล่าวปิดประชุม

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ครั้งที่ 2 การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท จุดประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจเรื่องการป้องกันการกำเริบซ้ำ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค 3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับยารักษาโรคจิตเภท 4. ผู้ป่วยสามารถสังเกต และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา กิจกรรม 1. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 2. ให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายในประเด็นการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภท 3. ผู้นำกลุ่มบรรยายสรุปหลังการอภิปราย 4. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ถามและแสดงความคิดเห็น 5. ให้สมาชิกพูดคุยถึงเรื่องการรับประทานยา 6. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องยา ช่วยในการรักษาโรคได้อย่างไร 7. ให้สมาชิกกลุ่มสรุปความรู้ที่ได้รับ ครั้งที่ 3 การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของโรคจิตเภท วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจถึงลักษณะของอาการเตือนก่อนที่อาการทางจิตกำเริบ 2. เพื่อให้สมาชิกสามารถสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นได้ 3. เพื่อให้สมาชิกทราบแนวทางการจัดการเมื่อมีอาการเตือนเกิดขึ้น กิจกรรม 1. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับป้องกันการกำเริบ 2. สอดถามสมาชิกเกี่ยวกับประสบการณ์เดิมเรื่องอาการเตือนเบื้องต้น

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	3. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของโรคจิตเภท ครั้งที่ 4 การฝึกการรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการฝึกการรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง กิจกรรม 1. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนเบื้องต้น 2. ให้สมาชิกกลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ให้ผู้นำกลุ่มบอกชื่อยาที่ใช้รักษา การออกฤทธิ์ของยา ซึ่งผู้นำกลุ่มนำยาที่สมาชิกรับประทานมาให้ดู 3. สอบถามสมาชิกว่า รับประทานยาเป็นประจำหรือไม่ 4. ผู้นำกลุ่มสรุปวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องในการจัดยากินเองเพิ่มเติม ครั้งที่ 5 การสร้างความมั่นใจในความร่วมมือในการรักษาด้วยยา วัตถุประสงค์ 1. เพื่อตรวจสอบระดับความสามารถผู้ป่วย ในการนำความรู้ไปปฏิบัติที่บ้าน 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง 3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีกำลังใจในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรม 1. ให้สมาชิกกลุ่มพูดถึงปัญหาและอุปสรรคขณะฝึกการรับประทานยาเอง ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย 2. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม 3. ผู้นำกลุ่มกล่าวถึงประโยชน์ของการใช้คู่มือโรคจิตเภทและการติดตามการรักษา 4. ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจ 5. ผู้นำกลุ่มบอกถึงการนัดหมายครั้งต่อไป 6. กล่าวปิดกลุ่ม

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Findings	1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 18 คน มีลักษณะดังนี้ - ผู้ป่วยจิตเภทที่ร่วมการศึกษาคั้งนี้เป็นเพศชายทั้งหมด - ช่วงอายุที่พบมากที่สุดระหว่าง 21-38 ปี - ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร - สถานภาพสมรสโสดเป็นส่วนใหญ่ 2. จากการประเมินคะแนนแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างเข้าร่วมโครงการตามระยะเวลาการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์มีอาการทางจิตลดลง 3. จากการประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา จากผู้ป่วยจิตเภท ราชบุคลพบว่ ก่อนการศึกษา ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เรื่องโรคและการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ในระยะหลังการศึกษาและระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง 4. การประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พบว่า ก่อนการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ในระยะหลังการศึกษาและระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง
Implementation	การใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น และป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 7

ชื่อเรื่องงานวิจัย The use of individual lu tailored environmental supports to improve
medication adherence and outcomes in schizophrenia

ผู้แต่ง Velligan, et. Al.

แหล่งตีพิมพ์/ปี Schizophrenia Bulletin ...2008;34:483-493

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการช่วยเหลือ/การสนับสนุนทางด้าน สิ่งแวดล้อมต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (adherence) ในผู้ป่วย โรคจิตเภท
Research Design	- Randomized control trial
Level	A
Setting	- San Antonio, Texas, USA
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia โดยใช้ the Structures Clinical Interview for Diagnosis 2. อายุระหว่าง 18-60 ปี 3. ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชตามแผนการรักษาของแพทย์และมี การติดตามอย่างต่อเนื่องที่ the Center fir Health Care Services 4. สามารถดูแลตัวเองได้ในเรื่องของการรับประทานยา 5. มีที่อยู่ที่แน่นอน 6. มีความเข้าใจและสามารถทำแบบทดสอบได้ (rating scale and neuropsychological testing) เกณฑ์คัดออก : 1. ได้รับยา clozapine หรือ depot medication 2. มีประวัติเรื่อง head injury, seizure disorder หรือ mental retardation 3. มีประวัติการใช้ยา/สิ่งเสพติดในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา 4. มีประวัติเรื่องการใช้ความรุนแรง (violence) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	กลุ่มตัวอย่าง : 1. ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทหรือ schizoaffective disorder โดยจะมาจาก 2 แหล่งคือ - ผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจาก inpatient psychiatric facility และมีการติดตามการรักษาอย่างน้อย 3 เดือนก่อนเข้าร่วมโครงการ จำนวน 99 คน - ผู้ป่วยนอกจาก Public clinics จำนวน 75 คน 2. ผู้ป่วยจากทั้งสองแหล่งจำนวน 156 คนที่เซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการ แต่มีการ drop out ไป เหลือผู้ป่วยจำนวน 105 คน โดยได้รับการสุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ I. Full-CAT (Cognitive adaptation training) : การฝึกการปรับเปลี่ยนในด้านความคิดและความเข้าใจ จำนวน 37 คน II. Pharm-CAT จำนวน 36 คน III. TAU (Treatment as usual) จำนวน 32 คน 3. ในช่วงของการวิเคราะห์ข้อมูลจะประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 95 คน ประกอบด้วย กลุ่ม Full-CAT จำนวน 34 คน กลุ่ม Pharm-CAT จำนวน 32 คนและกลุ่ม TAU จำนวน 29 คน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ - เป็นเพศชายจำนวน 54 คน และหญิง จำนวน 41 คน - อายุเฉลี่ย เท่ากับ 39.0 ปี - 75% ของผู้ป่วยได้รับยา risperidone or olanzapine ส่วนอีก 25% ได้รับยา aripiprazole หรือได้รับยาาร่วมกันสองชนิด - ที่ baseline assessment กลุ่มผู้ป่วยมีอาการแสดงทางจิตจากแบบประเมิน BPRS อยู่ในระดับเล็กน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 - ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติในส่วนข้อมูลทั่วไปและตัวแปรของทั้ง 3 กลุ่มในช่วง baseline assessment
Research outcomes	- Medication adherence (primary outcome) - Symptomatology

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcomes (ต่อ)	- Relapse - Functional outcomes
Research Instruments	1. Unannounced, in-home pill counts : ใช้ประเมินเรื่อง medication adherence - ประกอบด้วยการคำนวณเรื่อง an adherence percent [(the number of pills missing from the bottle and assumed taken/number of pills prescribed) x100] 2. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) : ที่ใช้ประเมินเรื่อง symptoms of psychosis - The psychosis factor score คำนวณจากค่าเฉลี่ยของแต่ละข้อคำถามที่ประเมินเรื่อง hallucination, unusual thought content, suspiciousness, and conceptual disorganization โดยทั้งหมดถือเป็น positive symptoms - ระดับคะแนนที่สูงบ่งชี้ถึง higher levels of symptomatology 3. An index for relapse in remitted/partially remitted patients : - โดยการประเมินจากข้อคำถาม 3-4 ข้อจาก BPRS มีคะแนน 4 ซึ่งบ่งชี้ถึง moderate symptom การพิจารณาเรื่องการกลับเป็นซ้ำนั้นดูจากการเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน การคิดฆ่าตัวตาย การต้องกลับเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล หรือการที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองได้ 4. The Social and Occupational functioning Scale (SOFAS) : ใช้เพื่อประเมิน Global functioning จะมีการให้คะแนนจาก 1 -100 โดยการพิจารณาในเรื่องของ social, school and working functioning - ระดับคะแนนที่สูงบ่งชี้ถึงมี adaptive function ที่ดี
Interventions	กลุ่มควบคุม : - กลุ่ม TAU จะไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีพิเศษอื่นๆ นอกเหนือจาก

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	standard medication และการติดตามการรักษาที่ the community outpatient clinic กลุ่มทดลอง : I. Cognitive Adaptation Training (CAT) : ประกอบด้วยหลักการ/กลยุทธ์ในการชดเชย/ทดแทน (compensatory strategies) และการช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อจะ ปรับปรุงในเรื่องของความสามารถในการปรับตัวในเรื่องต่างๆเช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การดูแลเรื่องการแต่งตัวและกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภท - Environmental supports ประกอบด้วยการประเมินในเรื่อง neurocognitive function, พฤติกรรม ความสามารถในการปรับตัวและสิ่งแวดล้อม - Intervention สำหรับความผิดปกติในด้านต่างๆพิจารณาจาก 2 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับของความสามารถในการบริหารหรือการปฏิบัติงานให้สำเร็จ (Executive functions) โดยประเมินจากคะแนนของ neurocognitive tests 2) พฤติกรรมของผู้ป่วยในด้านความสามารถในการทำกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมาย โดยพิจารณาจากด้านต่างๆ เช่นความไม่สนใจ/การขาดความกระตือรือร้น (apathy) พฤติกรรมที่กล้าแสดงออกในสิ่งซึ่งตามปกติแล้วผู้ป่วยไม่กล้าทำ (disinhibition) หรือมีการแสดงออกทั้งสองแบบ (พิจารณาจากคะแนนที่ประเมินจาก The Frontal systems Behavior Scale) - ผลที่ได้จากการประเมินจะแบ่งได้เป็น 6 ระดับ เพื่อนำไปสู่การให้ intervention ที่เหมาะสม ได้แก่

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	1) apathy/poor executive function 2) apathy/ fair executive function 3) disinhibited/poor executive function 4) disinhibited/fair executive function 5) mixed/poor executive function 6) mixed/fair executive function - เมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินว่าอยู่ในระดับใดแล้วจะมีการนำ intervention ที่เหมาะสมกับปัญหานั้นๆมาใช้ ซึ่งจะมีการฝึกอบรม และการดูแลตลอดในช่วงเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ II. Pharm -CAT : เป็นโครงการย่อยของ Full-CAT ที่ใช้ environmental supports ที่ประกอบด้วย signs, checklists and electronic cue devices เพื่อช่วยผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาและการรับการรักษอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ - การให้ intervention ในกลุ่มนี้จะเน้นที่ medication adherence และ appointment : โดยการให้ intervention ทั้ง 2 กลุ่มจะใช้เวลา 9 สัปดาห์และมีการ follow-up อีก 6 เดือน แต่การประเมินเรื่อง symptom และ functioning จะทำทุก 3 เดือน
Results	<u>With in group</u> : - <u>Between group</u> : 1. ข้อมูลในส่วน of demographic และ baseline ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ที่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ - กลุ่ม Pharm-CAT มี individual drop-out สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. Medication adherence :

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	- กลุ่มที่ได้รับ Full-CAT และ Pharm-CAT มี medication adherence ดีกว่ากลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม Full-CAT และ Pharm-CAT - เมื่อพิจารณาเรื่อง prescription refill rates สัมพันธ์กับเรื่อง medication adherence พบว่ากลุ่มที่ได้รับ Full-CAT มี medication adherence ดีกว่า กลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.006$) แต่ไม่พบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่ม Pharm-CAT กับกลุ่ม TAU ($p < 0.07$) 3. Symptomatology : การวิเคราะห์ด้วย mixed-effect regression model พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติในเรื่องของ symptom score ในช่วง baseline assessment กับช่วงเวลาที่ให้ intervention ($p > 0.09$) 4. Relapse: - ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างทั้ง 3 กลุ่มในเรื่องของจำนวนผู้ป่วยที่มี remission ที่ช่วง baseline assessment - ในเรื่องของ time to relapse พบว่ากลุ่มที่ได้รับ Full-CAT มีความแตกต่างกับกลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.004$) และกลุ่ม Pharm-CAT กับกลุ่ม TAU ($p < 0.005$) - เมื่อพิจารณาในเรื่องของระยะเวลาอย่างน้อย 15 เดือนที่ผู้ป่วยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำพบว่ากลุ่ม Full-CAT และกลุ่ม Pharm-CAT มีประมาณ 15% ในขณะที่กลุ่ม TAU มี 19% 5. Functional outcome: พิจารณาจาก SOFAS scores พบว่า - กลุ่มที่ได้รับ Pharm-CAT มี SOFAS scores แตกต่างกับกลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง treatment period ที่ทำการประเมินที่ช่วงเวลา 3, 6 และ 9 เดือน ($p < 0.05$) แต่ไม่พบความแตกต่างในช่วง follow-up (without home-visit)

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	- กลุ่มที่ได้รับ Full-CAT มี SOFAS scores แตกต่างกับกลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง treatment period ที่ทำการประเมินที่ช่วงเวลา 3, 6 และ 9 เดือน ($p < 0.001$) และในช่วง 3 เดือนแรกของการ follow-up ก็ยังพบความแตกต่างกับกลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ไม่พบความแตกต่างในช่วง 6 เดือน follow-up ($p < 0.07$) - เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม Full-CAT กับกลุ่มที่ได้รับ Pharm-CAT พบว่ามีความแตกต่างกันทางสถิติทุกช่วงเวลา ($p < 0.004$) ยกเว้นช่วง ในช่วง 6 เดือน follow-up
Implication	- การให้ intervention ทั้งในแบบ Full-CAT และ Pharm-CAT นั้นมีประโยชน์ในเรื่องของ improving medication adherence นอกจากนี้ Full-CAT ยังมีผลทำให้ functioning outcomes ที่ดีขึ้นด้วย

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 8

ชื่อเรื่องงานวิจัย Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables

ผู้แต่ง Acosta., et al.

แหล่งตีพิมพ์/ปี Schizophrenia Research 2009;107:213-217 ...

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อประเมิน compliance rate ในผู้ป่วยนอกที่มีภาวะโรคจิตเภท - เพื่อศึกษาความสอดคล้องของการประเมินเรื่อง compliance โดยใช้ MEMS ที่ดำเนินการโดยจิตแพทย์ ตัวผู้ป่วยเองและญาติ - เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความไม่ร่วมมือในการรักษา (noncompliance) กับตัวแปรด้านต่างๆ เช่น sociodemographic, clinical, treatment-related และ psychopathological variables
Research Design	การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)
Level	B
Setting	- Mental Health Unit (MHU) in Gran Canaria, Spain
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : - ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น schizophrenia โดยใช้เกณฑ์ ICD-10 - อายุมากกว่า 18 ปี เกณฑ์คัดออก : - กลุ่มตัวอย่าง : 1. ประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 102 คน ที่เข้ารับการรักษาที่ Mental Health Unit (MHU) in Gran Canaria, Spain ในช่วงระหว่าง 1 พ.ค. 2006-31 ธ.ค. 2006 - กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มแบ่งตามการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ คือ 1.1 กลุ่มที่ 1 : กลุ่มที่ได้รับ an oral treatment alone หรือได้รับร่วมกับ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	intramuscular treatment จำนวน 79 คน 1.2 กลุ่มที่ 2 : กลุ่มที่ได้รับ intramuscular treatment อย่างเดียว (long- term or depot injection) จำนวน 23 คน 2. ในส่วนของการวิเคราะห์เรื่อง compliance มีจำนวนผู้ป่วย เท่ากับ 97 คน เป็นกลุ่มที่ 1 จำนวน 75 คนและ กลุ่มที่ 2 จำนวน 23 คน 3. การประเมิน compliance สำหรับ intramuscular treatment นั้นผู้ป่วย จะได้รับการประเมินเรื่องเหตุผลที่ต้องการรักษา ร่วมกับเรื่องประวัติ noncompliance, ขนาดของยาและผลข้างเคียงจากยาชนิดรับประทาน ส่วนการประเมินเรื่อง compliance ใช้การพิจารณาจากร้อยละของการนินทาในขนาดที่ถูกต้องในระยะเวลา 3 วันตามแผนการรักษา 4. ผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับการประเมิน โดย psychiatrist คนเดียวกัน ซึ่ง baseline evaluation จะพิจารณาเรื่อง sociodemographic variables (อายุเพศ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา), clinical variables (ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ประวัติการใช้ยา/สิ่งเสพติด จำนวนครั้ง ในการเข้ารับตัวในโรงพยาบาล ฯ), treatment-related variable (แผนการรักษาด้วยยา ทางจิตเวชและยาอื่น ปริมาณยาที่ต้อง รับประทาน/วัน) และ psychopathological variables (psychotic symptoms, negative symptoms and general psychopathology)
Research outcomes	-Compliance and Noncompliance rates -Agreement with compliance estimation -Relationship between noncompliance and the tested variables
Research Instruments	1. The Medication Event Monitoring System (MEMS®) : Aprex Corp., Fremont, CA, USA) - เป็นฝาปิดขวดยาที่ติดด้วย microprocessor ที่บันทึกการเปิดและ เวลาที่เปิดขวดยาแล้วนำไปวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่ง ได้รับการยอมรับว่าเป็น reference standard method for assessing compliance

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments(ต่อ)	- ความหมายของ compliance ในที่นี้หมายถึงความสม่ำเสมอระหว่างจำนวนครั้งในการเปิดขวดกับแผนการรักษาด้วยยา ในช่วงเวลาอย่างน้อย 75%ของช่วงเวลาที่ทำการศึกษา 2. PANSS scale and the first three items on the Amador Insight Scale : สำหรับประเมิน psychopathological variables
Interventions	ขวดยาที่ติดด้วย microprocessor ที่บันทึกการเปิดและเวลาที่เปิดขวดยา แล้วนำไป วิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์
Results	1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษาทั้งหมด (จำนวน 97) - เพศชายจำนวน 70 คนและหญิง 27 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.4 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บป่วย เท่ากับ 16.8 ปี และจำนวนครั้งเฉลี่ยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เท่ากับ 1.5 ครั้ง 2. Noncompliance : - หลังจากการประเมินด้วย MEMS (n=74) พบว่ามีผู้ป่วย 18 คนที่จัดเป็น noncompliance และ 56 คนจัดเป็น Compliance ในการคิดเป็น % noncompliance ของการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 42.3% (คิดยอดรวมจาก intramuscular treatment จำนวน 23 คนด้วย total number of subject = 97 คน) - ในส่วนของ จาก intramuscular treatment พบว่ามี compliance rate = 97.7% 3. Agreement with compliance estimation : - การประเมินผลในเรื่อง compliance หรือ noncompliance โดย นักจิตวิทยา, ผู้ป่วยและญาติ คิดเป็นร้อยละ 78.4, 77 และ 77.9 ตามลำดับ ในเรื่องของ sensitivity คิดเป็นร้อยละ 96, 100 และ 98 ตามลำดับ ส่วนเรื่องของ specificity เท่ากับร้อยละ 22, 5 และ 6 ตามลำดับ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results(ต่อ)	4. Relationship between noncompliance and the tested variables (Table 2) : เป็นการเปรียบเทียบตัวแปรต่างๆระหว่าง 2 กลุ่มคือกลุ่ม compliers และ กลุ่ม noncompliers พบว่า - ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติในเรื่องของ sociodemographic, clinical และ treatment-related variables ระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม - กลุ่ม noncompliers มีคะแนนของ total scale and each of the first three items on the Amador Insight Scale ที่ใช้ประเมิน psychopathological variables สูงกว่า กลุ่ม compliers บ่งชี้ถึงการ รู้จักตนในระดับไม่ดี (poor insight) - กลุ่ม noncompliers มีคะแนนของ PANSS scale สูงกว่ากลุ่ม compliers ในประเด็นเรื่องความสับสนในกระบวนการของการใช้ ความคิด (conceptual disorganization), การคิด/ที่กักเอาเอง (stereotype thinking), สมาธิไม่ดี (poor attention), และขาดการรู้จัก ตน(lack of insight) แต่มีระดับของคะแนนเรื่องการทำกริยาซ้ำๆ (mannerism) และการมีปฏิกิริยาอยู่ในท่าแปลกๆ อย่างจงใจ (posturing) ต่ำกว่ากลุ่ม compliers - การวิเคราะห์ด้วย multivariate analysis พบว่ามีเฉพาะเรื่อง total insight ($p<0.054$) และ conceptual disorganization ($p=0.068$) ที่มี ผลต่อ compliance treatment
Implication	- การประเมินเรื่อง compliance โดยนักจิตวิทยา ผู้ป่วยและญาติจาก การศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับ overestimation - การรู้จักตนในระดับไม่ดี (poor insight) และความสับสนใน กระบวนการของการใช้ความคิด (conceptual disorganization) มี ความสัมพันธ์กับเรื่อง noncompliance

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 9

ชื่อเรื่องงานวิจัย Psychoeducation and compliance in the treatment of patients with
schizophrenia

ผู้แต่ง Degmecic, Pozgain, Filakovic

แหล่งตีพิมพ์/ปี Coll Antropol 2007;31:1111-1115

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อศึกษาความแตกต่างในเรื่องของความร่วมมือในการรักษา (compliance) และ บทบาททางสังคม (social functioning) ระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทสองกลุ่มที่ได้รับ/ไม่ได้รับ psychoeducation
Research Design	- Experimental design with treatment condition
Level	A
Setting	- The University Department of Psychiatry in the University Hospital Osijek
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้เกณฑ์ The ICD-10 classification of the disease เกณฑ์คัดออก : กลุ่มตัวอย่าง : 1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล the University Hospital Osijek จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1.1 กลุ่มที่ได้รับ Psychoeducation จำนวน 30 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.3 ปี เป็นเพศชาย 16 คนและหญิง 14 คน 1.2 กลุ่มที่ไม่ได้รับ Psychoeducation จำนวน 30 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.2 ปี เป็นเพศชาย 16 คนและหญิง 14 คน 2. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่ม - ระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 65% และ 60% ของกลุ่มที่ได้รับ Psychoeducation และ กลุ่มที่ไม่ได้รับ Psychoeducation ที่จบ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	การศึกษาระดับ high school) - สถานะภาพด้านการทำงานไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 55% และ 60% ของกลุ่มที่ได้รับ Psychoeducation และ กลุ่มที่ไม่ได้รับ Psychoeducation ที่ไม่มีงานทำ) 3. การประเมินตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ทำ 3 ครั้ง ได้แก่ ช่วงที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วงที่ออกจากโรงพยาบาลและช่วง 3 เดือน หลังจากออกจากโรงพยาบาล
Research outcomes	- ความร่วมมือในการรักษา (compliance) - บทบาททางสังคม (social functioning)
Research Instruments	1. The Brief Psychiatric Rating Scale เพื่อประเมินเรื่อง clinical symptoms 2. The compliance Assessment Inventory, attitude towards drugs with Drug Attitude Inventory เพื่อประเมินเรื่อง compliance 3. The Global Assessment of Functioning เพื่อประเมินเรื่อง social functioning 4. แบบสอบถามเฉพาะ (12 ข้อคำถาม) เพื่อประเมินเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค
Interventions	กลุ่มควบคุม : กลุ่มที่ไม่ได้รับ Psychoeducation กลุ่มทดลอง : กลุ่มที่ได้รับ Psychoeducation - การดำเนินการต่างๆโดยจิตแพทย์/นักจิตวิทยา ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง - ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องอาการ/อาการแสดงของโรคจิตเภท การป้องกันการเกิดซ้ำของโรคทางจิต บทบาทของการรักษาด้วยยาในโรคจิตเภท และผลข้างเคียงของยา

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	- การทำกลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วยผู้ป่วย 6-8 คน ระยะเวลาเฉลี่ย ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเท่ากับ 4 สัปดาห์ ดังนั้นผู้ป่วยจะได้รับการให้ความรู้ประมาณ 4 ครั้ง
Results	<u>With in group :</u> <u>Between group :</u> 1. ในเรื่องของ clinical symptoms พบว่าในช่วงเวลาของการเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาลนั้น กลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของคะแนนจาก The Brief Psychiatric Rating Scale แต่ที่ช่วงที่ออกจากโรงพยาบาลและช่วง 3 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาลนั้น กลุ่มที่ได้รับ Psychoeducation มีอาการแสดงของโรคน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ Psychoeducation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) 2. ในเรื่องของ social functioning พบว่าในช่วงเวลาของการเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาลนั้น กลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของคะแนนจาก The Global Assessment of Functioning Scale แต่ที่ช่วงที่ออกจากโรงพยาบาลกลุ่มที่ไม่ได้รับ Psychoeducation มีระดับของ social functioning น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ Psychoeducation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนในช่วง 3 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาลนั้น กลุ่มที่ได้รับ Psychoeducation ส่วนใหญ่มีคะแนนมากกว่า 50 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับ Psychoeducation ส่วนมากมีคะแนนอยู่ในช่วง 26-50 อย่างซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) 3. ในเรื่องของ compliance พบว่า 3.1 การประเมินเรื่อง Compliance Assessment Inventory ทั้ง 3 ช่วงเวลาที่ทำกรประเมิน ในข้อคำถามว่าคุณรับประทานยา

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	เมื่อคุณต้องการมันใช่หรือไม่พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ Psychoeducation ส่วนใหญ่ตอบว่า “ใช่” สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ Psychoeducation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3.2 การประเมินเรื่อง Compliance Assessment Inventory ทั้ง 3 ช่วงเวลาที่ทำการประเมิน ในข้อคำถามว่าคุณรับประทานยาเมื่อคุณรู้สึกป่วยใช่หรือไม่พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ Psychoeducation ส่วนใหญ่ตอบว่า “ใช่” สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ Psychoeducation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3.3 การประเมินเรื่อง Compliance Assessment Inventory ที่ช่วงเวลาเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในข้อคำถามว่าคุณเข้ารับการรักษาดัวในเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่ม 3.4 การประเมินเรื่อง Compliance Assessment Inventory ที่ช่วงเวลา 3 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล ในข้อคำถามว่าคุณเข้ารับการรักษาดัวในเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่พบว่ากลุ่มที่ได้รับ Psychoeducation ส่วนใหญ่มีการเข้ารับการรักษาคอบตามที่กำหนด (completely) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ Psychoeducation อย่างซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3.5 การประเมินเรื่อง Compliance Assessment Inventory ที่ช่วงเวลาเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ในข้อคำถามว่าคุณปฏิบัติตามคำแนะนำของจิตแพทย์ที่ดูแลหรือไม่ พบว่าพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่ม 3.6 การประเมินเรื่อง Compliance Assessment Inventory ที่ช่วงเวลาหลังจากออกจากโรงพยาบาล ในข้อคำถามว่าคุณปฏิบัติตามคำแนะนำของจิตแพทย์ที่ดูแลหรือไม่ พบว่ากลุ่มที่ได้รับ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	Psychoeducation ส่วนใหญ่ตอบว่าปฏิบัติเสมอสูงกลุ่มที่ไม่ได้รับ Psychoeducation อย่างซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3.7 การประเมินเรื่อง Compliance Assessment Inventory ที่ช่วงเวลา 3 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาลในข้อคำถามว่า คุณปฏิบัติตามคำแนะนำของจิตแพทย์ที่คุณแลหรือไม่ พบว่ากลุ่มที่ได้รับ Psychoeducation ส่วนใหญ่ตอบว่าปฏิบัติเสมอสูงกลุ่มที่ไม่ได้รับ Psychoeducation อย่างซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 4. เมื่อประเมินเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคโดยแบบสอบถามเฉพาะ พบว่าที่ช่วงเวลาเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลนั้นไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่ม แต่ที่ช่วงเวลาออกจากโรงพยาบาลกลุ่มที่ได้รับ Psychoeducation มีการตอบถูกมากกว่า 7 ข้อสูงกลุ่มที่ไม่ได้รับ Psychoeducation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)
Implication	- การให้ความรู้ในรูปแบบ Psychoeducation เกี่ยวกับโรค ยาที่ใช้ในการรักษา แผนการรักษาตลอดจนผลที่จะเกิดขึ้นจากการรักษา จะช่วยทำให้ความร่วมมือในการรักษา (compliance) ในผู้ป่วยดีขึ้น - มีความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่าง psychoeducation กับ บทบาททางสังคม (social functioning) ของผู้ป่วยโรคจิตเภท - วิธีการให้ psychoeducation จะมีประโยชน์ในการนำไปใช้ในแผนการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคอื่นๆ โดยมีข้อดีในลักษณะที่มีความกระชับและมีค่าใช้จ่ายไม่สูง

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 10

ชื่อเรื่องงานวิจัย Guideline implementation and patient-tailoring strategies to improved
medication adherence for schizophrenia

ผู้แต่ง Hudson., et al

แหล่งตีพิมพ์/ปี J Clin Psychiatry 2008;69:74-80

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการให้ intervention ในลักษณะที่มีรูปแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วย (Patient-tailoring strategies) ในการส่งเสริมเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (medical adherence) ในผู้ป่วยโรคจิตเภท
Research Design	- Randomized control trial
Level	-A
Setting	- 6 U.S. Department of Veterans Affairs (VA) Medical Centers (VAMCs) in 3 regional VA networks (Veterans Integrated Service Networks, VISNs), USA.
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท อายุ 18-65 ปี - ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยการเซ็นใบยินยอม เกณฑ์คัดออก : - เข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นๆที่มีผลต่อการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง : - ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ The U.S. department of Veterans Affairs (VA)-funded Schizophrenia Guideline Project ที่ดำเนินการในช่วง March 1999-October 2000 - กลุ่มศึกษามาจาก 6 VAMCs in 3 regional VA networks (Veteran Integrated Service Networks, VISNs) จำนวน 349 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1. กลุ่มที่ได้รับ Basic intervention จำนวน 176 คน 2. กลุ่มที่ได้รับ enhanced intervention จำนวน 173 คน

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	- ข้อมูลเรื่อง medication adherence variables ของผู้ป่วยจะได้จาก 2 ส่วนคือ 1. จากการวัดเรื่อง adherence จาก The SCHIZOM ที่ใช้วัดในช่วง baseline และ follow-up 2. จากประวัติการรักษาของผู้ป่วย (medical record) ในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกับ เวลาในช่วง baseline และ follow-up - ผู้ช่วยวิจัยจะทำหน้าที่ในการเก็บข้อมูลเรื่องการรับประทานอย่างต่อเนื่องอย่างละเอียด รวมทั้งเรื่องข้อคิดเห็น/ประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการไม่รับประทานยาของผู้ป่วย บางครั้งอาจจะต้องมีการทบทวนประวัติการได้รับยาของผู้ป่วยตั้งแต่ในอดีตร่วมด้วย ในกรณีที่ไม่มีปัญหาเรื่องดังกล่าว จะจัดผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม Adherence
Research outcomes	- Medication adherence
Research Instruments	1. The Structured Clinical Interview for Positive and Negative Syndrome Scales (SCI-PANSS) 2. The Barnes Akathisia Rating Scale (BARS) 3. The Schizophrenia Outcomes Module (SCHIZOM) : - เป็น the patient's self-report of medication ในช่วงเวลา 30 วันที่ผ่านมา - การประเมินมี 5 หัวข้อให้เลือกคือ 1. ข้อที่ 1 ไม่เคยลืมรับประทานยา 2. ข้อที่ 2 ลืมประมาณ 2 ครั้งแต่โดยรวมรับประทานยาครบ 3. ข้อที่ 3 ลืมหลายครั้งแต่โดยรวมรับประทานยาครบอย่างน้อย 50% 4. รับประทานน้อยกว่าครึ่งหนึ่งที่ต้องรับประทาน 5. หยุดรับประทานยา - การแปลผลคือกลุ่มที่เลือกตอบข้อ 1 หรือ 2 จัดเป็น Adherence ส่วนคนที่ตอบข้อ 3, 4, 5 จัดเป็น Nonadherence

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	4. The MOS 36-Item Short-Form Health survey (SF-36)
Interventions	กลุ่มควบคุม : - กลุ่มผู้ป่วยจาก 6 VAMCs จะได้รับ A basic guideline implementation strategy for medication management of schizophrenia โดยใช้ usual VA procedure ที่ประกอบด้วยคู่มือความรู้/แนวทางในการรักษาโรคจิตเภท กลุ่มทดลอง : An enhanced implementation strategy - ดำเนินการโดย nurse coordinators ที่ทำงานเต็มเวลาอย่างน้อย 50% เมื่อผู้ป่วยได้รับการสัมภาษณ์ในช่วง baseline เรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินด้วยการสัมภาษณ์อีกครั้งโดย nurse coordinators ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20-60 นาที - โดยจะมีการใช้แบบประเมินเพื่อค้นหาอุปสรรคที่มีผลต่อ medical adherence ใน 9 ประเด็นได้แก่ 1. ปัญหาเรื่องความจำ 2. ปัญหาเรื่องรูปแบบ/กฎเกณฑ์เรื่องการรับประทานยา 3. ความกลัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับยา 4. ผลข้างเคียงจากปฏิกิริยาจากยา 5. การปฏิเสธเรื่องการเจ็บป่วยของตัวเอง 6. ความเชื่อเรื่องการรักษาด้วยยา 7. การขาดความไว้วางใจในคนที่ดูแล 8. การขาดความช่วยเหลือทางสังคม 9. ปัญหาอื่นๆ - หลังจากที่เราทราบปัญหา/อุปสรรคของผู้ป่วยแล้ว nurse coordinators จะทำการเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อจะแก้ปัญหาดังกล่าว โดยจะมีการทำ barrier assessments ในตอนเริ่มการศึกษา

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions(ต่อ)	และต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีนัดตรวจ นั้น nurse coordinators จะประเมินอย่างน้อยทุก 6 สัปดาห์เป็นระยะเวลา 6 เดือน - Nurse coordinators เหล่านี้จะผ่านการฝึกอบรมกับทีมวิจัยมาก่อนที่จะ มาดำเนินการในเรื่องนี้ โดยทุกคนจะได้รับคู่มือเกี่ยวกับ intervention protocol ที่มีคำแนะนำในเรื่อง clinical interview และ assessment of medication adherence barriers รวมถึงวิธีการในการรักษาสัมพันธภาพ กับผู้ป่วยตลอดการรักษา และการสื่อสารกับแพทย์ที่เกี่ยวข้องในเรื่อง medication adherence ของผู้ป่วย
Results	<u>With in group : -</u> <u>Between group :</u> I. Demographic characteristic of patients according to implementation strategy received - กลุ่มศึกษา 94% เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 46 ปีและ 69% เป็น African American ส่วนใหญ่เป็นโสด - 84%ของผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการครบตาม protocol - พิจารณาในส่วนของ lost follow-up พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่ม white และ unmarried/separated อย่างไรก็ตามตัวแปรทั้งสองไม่มีความแตกต่าง กันทางสถิติกับกลุ่มที่ complete follow-up interviews - ระยะเวลาเฉลี่ยที่เข้ารับการสัมภาษณ์ เท่ากับ 187 วัน II. เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับ basic intervention กับกลุ่ม enhanced implementation พบว่า - ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของอายุ เพศ สถานะภาพสมรส ระดับ การศึกษา และ substance abuse risk - แต่มีความแตกต่างกันทางสถิติในเรื่องของเชื้อชาติ โดยกลุ่ม basic intervention ร้อยละ 39 เป็น white ในขณะที่กลุ่ม enhanced

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	implementation ร้อยละ 23 เป็น white ($p=0.0018$) และกลุ่ม basic intervention มี PANSS scores ต่ำกว่ากลุ่ม enhanced implementation อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) - ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ baseline adherence ระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยร้อยละ 45.5 ในกลุ่ม basic intervention และ ร้อยละ 42.8 ในกลุ่ม enhanced implementation - ในช่วง follow-up พบว่าในพื้นที่ enhanced implementation นั้น adherence rate เพิ่มขึ้นเป็น 65.3% (เพิ่มจากเดิม 22.5%) ส่วนพื้นที่ basic intervention เพิ่มขึ้นจากเดิม น้อยกว่ากลุ่ม enhanced implementation (เพิ่มขึ้นเป็น 60.6%, เพิ่มจากเดิม 15.1%) - เมื่อพิจารณาในแต่ละพื้นที่ที่ได้รับ enhanced implementation ทั้ง 3 แห่ง(A,B and C) พบว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องของ adherence improvement นั่นคือ adherence rate เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนใน VISN A และ C ในขณะที่ VISN B ไม่เห็นความแตกต่างในเรื่อง adherence rate III. A logistic regression analysis - เมื่อควบคุมปัจจัยเรื่อง baseline adherence และ clinical and demographic variables พบว่ากลุ่มผู้ป่วยในพื้นที่ที่ได้รับ enhanced implementation จะมี adherence rate at follow-up สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยในพื้นที่ที่ได้รับ basic intervention ($p=0.03$) - เมื่อพิจารณาใน VISNs พบว่ากลุ่มผู้ป่วยใน VISNs A และ B จะมี adherence rate ในช่วง follow-up ดีกว่า VISNs C ($p=0.03$) - เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม adherence ($n=220$) กับกลุ่ม non-adherence ($n=129$) ในช่วง follow-up พบว่าเพศหญิงมีส่วน adherence สูงกว่าเพศชาย (88% vs 62%, $p=0.037$) เมื่อพิจารณาที่ follow-up ในส่วนของกลุ่ม adherence นั้นส่วนใหญ่จะมีสัดส่วนของ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	adherence rate ที่ baseline สูงกว่ากลุ่ม nonadherence (79.7% vs 48.7%, $p<0.001$) และมีสัดส่วนของ a negative baseline diagnosis for akathisia สูงกว่ากลุ่ม nonadherence (67% vs 46%, $p=0.049$) นอกจากนี้พบว่ากลุ่ม adherence มี baseline total PANSS scores ต่ำกว่ากลุ่ม nonadherence อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (80 vs 84, $p=0.0081$)
Implication	- การให้ intervention สามารถบ่งชี้ได้ถึง adherence barriers ที่ช่วยให้มี antipsychotic medication adherence ที่ดีขึ้น โดยส่วนที่สำคัญในการให้ intervention นี้คือบทบาทของ trained nurses ที่ใช้หลักการของ patient-centered strategies เพื่อค้นหา adherence barrier และช่วยผู้ป่วยในการเอาชนะปัญหาดังกล่าว - การให้ enhance implementation นี้เน้นที่เรื่องของการมีส่วนร่วมระหว่างแพทย์/ทีมผู้รักษากับผู้ป่วย เพื่อที่จะส่งเสริมในเรื่องของการรักษา ช่วยในเรื่องการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาและเป็นการประยุกต์เรื่องของชีวิตประจำวันของผู้ป่วยกับการช่วยเหลือทางสังคมเพื่อพัฒนาหลักการในการส่งเสริมเรื่อง medication adherence

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 11

ชื่อเรื่องงานวิจัย Compliance therapy: An intervention to improve inpatients' attitudes toward
treatment

ผู้แต่ง Tay

แหล่งตีพิมพ์/ปี Journal of Psychosocial Nursing 2007;45:29-36

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการสร้างความร่วมมือในการรักษา (compliance therapy) โดย psychiatric nurse clinician และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อ psychotropic medications
Research Design	การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)
Level	B
Setting	- A tertiary psychiatry hospital in Singapore
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : - ผู้ป่วยอายุ 18-64 ปี - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้เกณฑ์ของ International classification of disease, 1975 revision (ICD-9) criteria for the diagnosis of schizophrenia และผู้ป่วยที่มีการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลล่าสุดด้วยเรื่อง การกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น major depression จาก ICD-9 criteria เกณฑ์คัดออก : - กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวที่ acute admission ward ที่ a tertiary psychiatry hospital in Singapore - ผู้ป่วยที่จัดว่าเป็น nonadherence จากการประเมินจากประวัติการเจ็บป่วยที่ได้จากตัวผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและจากแฟ้มประวัติสุขภาพ - ผู้ป่วยจำนวน 891 คนจาก ward เดียวกัน
Research outcomes	- Patients' attitude

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments	1. The 10-items shortened version of the Drug attitude Inventory (DAI-10) : ที่ประกอบด้วยภาษาอังกฤษและจีน - ใช้ประเมินตอนเริ่มต้นและตอนสิ้นสุดการให้ intervention - ในบางข้อคำถามที่ค่อนข้างยากสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องภาษา จะมีการแปลความหมาย/ใช้คำง่ายๆมาช่วยในการอธิบายกับผู้ป่วย - คะแนน +1 สำหรับการตอบสนองที่สนับสนุนเรื่อง adherence และคะแนน -1 สำหรับการขัดแย้งต่อเรื่อง adherence 2. Compliance Scale :7-point rating scale for measurement of adherence - ข้อมูลเบื้องต้นเรื่อง medication adherence นั้นได้จากตัวผู้ป่วยและแพทย์ประวัติดิสุภาพ - เมื่อผู้ป่วยได้รับ compliance therapy ครบสมบูรณ์หลังจากนั้น 1 วัน จะมีการประเมินโดยใช้ เครื่องมือนี้
Interventions	กลุ่มควบคุม :- กลุ่มทดลอง : Compliance therapy ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นของ Kemp et al. (1966,1998) - Key principles คือการให้ความสำคัญในเรื่องทางเลือกและความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล การสร้างบรรยากาศของการไม่มีการตัดสิน การเน้นให้มีการแสดงออกของเรื่องที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ การแสดงออกของความเห็นอกเห็นใจกัน และการช่วยเหลือ/สนับสนุนการรับรู้ความสามารถของตนเอง - Key techniques คือการฟังเพื่อสะท้อนความเข้าใจ (Reflective Listening), การสรุปความอย่างสม่ำเสมอ การถามแบบอุปมาน (Inductive Questioning) การวิเคราะห์ถึงความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา (Exploring ambivalence), การใช้การปรับ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ความคิดและการรับรู้ให้สมเหตุสมผล (Normalizing rationales), การทำให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความขัดแย้งที่มีอยู่ของตนเองระหว่างพฤติกรรมของตนเองและวัตถุประสงค์ (Developing a discrepancy) - การให้ intervention จะเป็นทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม ซึ่งแบบกลุ่มจะประกอบด้วยผู้ป่วย 2-3 คน โดยจัดกลุ่มตามภาษาที่ใช้สื่อสาร (English, Mandarin, Malay, Hokkien, Cantonese and Toecheu) ในการทำกลุ่มนั้นถ้าผู้ป่วยคนใดมีพบว่า negative attitude toward treatment จะเข้ารับ individual session ในวันต่อไป ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับ intervention ประมาณ 3 sessions ในเวลา 3 วัน
Results	<u>With in group : -</u> <u>Between group :</u> I. Participant characteristic : - ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.5 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยของความเจ็บป่วย เท่ากับ 16 ปี อายุเฉลี่ยที่มีอาการ เท่ากับ 27.1 ปี และจำนวนครั้งเฉลี่ยที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เท่ากับ 8 ครั้ง - ผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งของการ admission น้อยกว่า 5 ครั้ง มีระยะเวลาเฉลี่ยของความเจ็บป่วย เท่ากับ 11.2 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งของการ admission เท่ากับ 6-40 ครั้ง มีระยะเวลาเฉลี่ยของความเจ็บป่วย เท่ากับ 21.9 ปี จำนวนครั้งเฉลี่ยของการ admission ภายในเวลา 1 ปีก่อนเริ่มการศึกษาเท่ากับ 1.8 ครั้ง II. Kinds of sessions : - ผู้ป่วยได้รับ intervention แบบกลุ่มประมาณ 60.9% แบบรายบุคคล เท่ากับ 31.9% และทั้งสองแบบ 7.2%

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	- ผู้ป่วยรับ intervention จำนวน 3 ครั้งประมาณ 68.1%, จำนวน 1 หรือ 2 ครั้งประมาณ 20.3% และจำนวน 4 หรือ 5 ครั้งประมาณ 11.6%- 91.3%ของผู้ป่วยเข้ารับ intervention (first session) ในช่วง 2 สัปดาห์แรกที่เข้ารับการรักษาตัว และ 8.7% รับ intervention (first session) ในช่วงสัปดาห์ที่ 3 หรือช้ากว่านั้น - ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำ individual session เท่ากับ 30 นาที ส่วนของ group session เท่ากับ 1 ชั่วโมง III. Patients' attitudes 1. ผู้ป่วยมีคะแนนของ attitude score ดีขึ้นหลังจากได้รับ intervention อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (pre- intervention total DAI-10 score =2.8 and post-intervention =6.4, $p<0.0001$) โดย 95.7% เป็นผู้ป่วยที่ก่อนการรับการรักษา มีการปฏิเสธการรักษาอย่างสิ้นเชิงและ 92.8% ยอมรับการรักษาที่บน ward 2. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนในช่วง pre-intervention กับ post-intervention ในกลุ่มผู้ป่วยที่มี personality disorder หรือมีประวัติของ substance abuse พบว่า - ผู้ป่วยที่ได้รับ intervention แบบ mixed session และได้รับ 5 sessions นั้น ไม่มีความแตกต่างของคะแนนในทั้ง 2 ช่วงเวลา (no significant improvement) - กลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งของ admission น้อยกว่า 5 ครั้งและกลุ่ม 6-40 ครั้ง มี significant improvement ($p<0.0001$ and $p<0.005$, respectively) - ผู้ป่วยที่ได้รับ compliance therapy เป็นครั้งแรกและกลุ่มที่เคยได้รับ education จากการรับการรักษาในครั้งก่อนมี significant improvement ($p<0.0001$ and $p<0.005$, respectively)

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	3. ระดับการศึกษาและจำนวนครั้งของ admission ใน 1 ปีก่อนเข้าโครงการไม่มีผลต่อ attitude improvement 4. Subgroup analysis พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ intervention จำนวน 3 sessions มีคะแนนใน statement 1 (For me, the good things about medication outweigh the bad) and 7 (I feel more normal on medication) ดีกว่าเดิม ส่วน statement 5 (Medicine make me feel tired and sluggish) พบว่ามี improvement ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มี personality disorder and substance abuse และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ individual session)
Implication	- การให้ compliance therapy intervention มีผลต่อการดีขึ้นในเรื่องของทัศนคติต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ intervention ทั้งแบบ individual session และ group session

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

นางสาวสุรีย์ จันทร์เกตุวงษ์

วัน เดือน ปี เกิด

11 มิถุนายน 2506

สถานที่เกิด

จังหวัดสุพรรณบุรี

ประวัติการศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์

ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์

ระดับต้น, พ.ศ. 2525 - 2527

มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์

พยาบาลศาสตรบัณฑิต, พ.ศ. 2532 - 2534

ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

โรงพยาบาลดอนเจดีย์ อ.ดอนเจดีย์

จังหวัดสุพรรณบุรี

โทรศัพท์: 035-591032

E-mail: suree_erjd2@hotmail.com

ที่อยู่ปัจจุบัน

20 หมู่ 8 ต.หนองสาหร่าย อ.ดอนเจดีย์

จ.สุพรรณบุรี

โทรศัพท์: 081-4369929