

การส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

อัจฉรีย์ ทองมา

นางอัจฉรีย์ ทองมา
ผู้ศึกษา

Dr. Shobon

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริทิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

Dr. Shaporn

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ช่อทิพย์ สันธนะวนิช,
ปร.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

Dr. M. H. S. R.

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ประภา มหะไพร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2555

อชณัฐ ทอวง

นางอชณัฐ ทอวง

ผู้ศึกษา

Dr. Shiroon

รองศาสตราจารย์ใจ สิริมงคล,
Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ปิยะกา มงคลใจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

Dr. Shiroon

นายธีระ ลีถนันทกิจ,
พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์
กรรมการสอบสารนิพนธ์

Dr. Shiroon

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ช่อทิพย์ สันธนะวนิช,
ปร.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

Dr. Shiroon

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

Dr. Shiroon

รองศาสตราจารย์พงศ์คำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์นี้สำเร็จได้เนื่องจากได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ สันธนะวนิช อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ที่ได้เอาใจใส่ ให้คำแนะนำและชี้แนะ แนวทางการทำสารนิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษา มาโดยตลอด ซึ่งผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในพระคุณ จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไตร ประธานกรรมการสอบ สารนิพนธ์ และนายแพทย์ธีระ ลีลำนันทกิจ กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็น ประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและคณาจารย์ ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์อันมีคุณค่ายิ่งแก่ผู้ศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่หลักสูตรบัณฑิตศึกษา เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่ได้ให้ ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ทุนการศึกษา หลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ผู้บังคับบัญชาทุกระดับ ในการสนับสนุนให้โอกาสในการศึกษาต่อ และเพื่อนร่วมงานที่ช่วยเหลือ และให้กำลังใจผู้ศึกษามาตลอด

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว และคุณจิตพร รัตนสุวรรณ ที่ให้ การสนับสนุนและเป็นกำลังใจในการศึกษาตลอดมา จนทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีของสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบแด่ผู้มีพระคุณ ทุกท่าน

อัจฉรีย์ ทองมา

การส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ENHANCING ATTITUDES TOWARD MEDICATION IN INPATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: EVIDENCE-BASED NURSING

อัจฉรีย์ ทองมา 5237813 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ยาใจ สิทธิมงคล, Ph.D. (NURSING), ช่อทิพย์ สันธะวนิช, ประ.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์ แนวทางการปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้สืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ และวารสารทางวิชาการในห้องสมุด โดยใช้กรอบการสืบค้น PICO ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 7 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial 4 เรื่อง งานวิจัยแบบ quasi-experimental design ที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2 เรื่อง และงานวิจัยแบบ one group pre-posttest design 1 เรื่อง จากนั้นผู้ศึกษาได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สกัดได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อสรุปประเด็นสำคัญของหลักฐานเชิงประจักษ์ และจัดทำเป็นข้อเสนอแนะ (Recommendations) โดยพบว่า รูปแบบการปรับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพนั้นแบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ 1) Compliance Therapy การบำบัด การรู้คิด-การปรับพฤติกรรม ควรใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่นๆ ที่มีอาการทางจิตสงบร่วมอยู่ในการบำบัดด้วย 2) การใช้ Adherence Therapy โดยใช้การบำบัดการรู้คิด-การปรับพฤติกรรม ร่วมกับเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ และ 3) การใช้ Psychoeducation

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ คือ ควรมีการนำข้อเสนอแนะไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมทัศนคติทางบวกต่อยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ซึ่งอาจใช้รูปแบบการบำบัด Compliance Therapy, Adherence Therapy หรือ การใช้ Psychoeducation เพื่อปรับทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภท โดยพิจารณาตามบริบทและความเหมาะสม และนำไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยนำร่องต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคจิตเภท / ทัศนคติต่อยา / การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ENHANCING ATTITUDES TOWARD MEDICATION IN INPATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: EVIDENCE-BASED NURSING

ACHAREE TONGMA 5237813 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D. (NURSING), CHORTIP SANTHANAWANIT, Ph.D. (NEUROSCIENCE)

ABSTRACT

The present study was an analysis and synthesis of evidence to develop guidelines for enhancing attitudes toward medication in inpatients with schizophrenia. Evidence from electronic databases and academic journals from libraries were searched using the PICO framework. In the end, seven research studies were selected. Of these, four were randomized controlled trials, two were quasi-experimental research studies with an experimental group and the control group, and one group with a pre-posttest design. The selected studies were analyzed and synthesized to derive conclusions and recommendations. The findings revealed that the methods used to enhance attitudes toward medication in inpatients with schizophrenia can be divided into three types: 1) Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) which should be used with patients with schizophrenia simultaneously with other psychiatric illnesses, 2) Adherence Therapy, and 3) Psychoeducation Therapy.

Based on the study findings, it is recommended that a program to enhance attitudes toward medication in patients with schizophrenia be instituted in hospitals. Cognitive-behavioral therapy, adherence therapy, or psychoeducation therapy may be used to adjust the attitudes toward medication of patients with schizophrenia after taking each type's suitability to their contexts into careful consideration. Therapy techniques should also be tried out in a pilot study to ensure their effectiveness before actual implementation as well.

KEY WORDS: SCHIZOPHRENIA / ATTITUDES TOWARD MEDICATION / EVIDENCE-BASED NURSING

123 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ	1
1.2 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ	10
1.3 ประเด็นหลักในการศึกษา	15
1.4 วัตถุประสงค์ในการศึกษา	15
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	16
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	17
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	17
2.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	18
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	23
3.1 ผลการศึกษาและสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ	23
3.2 สรุปผลการสืบค้น	25
3.3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	28
3.4 ข้อเสนอแนะในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้	40
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	44
4.1 สรุปการศึกษา	44
4.2 ข้อเสนอแนะ (Suggestion)	45
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	46
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	57
รายการอ้างอิง	70
ภาคผนวก	75
ประวัติผู้ศึกษา	123

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ (Background and Significance of Clinical Problem)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเรื้อรังและรุนแรง ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป มีความบกพร่องในหน้าที่ความรับผิดชอบด้านการงาน การเรียน การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แยกตัว ไม่สนใจตนเองทั้งด้านสุขอนามัยและการแต่งกาย ในระยะอาการกำเริบผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ส่วนใหญ่ในระยะนี้ผู้ป่วยจะถูกส่งไปรักษาตัวในโรงพยาบาล (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2552) พบว่า ร้อยละ 0.5-1.0 ของประชากรทั่วไปป่วยเป็นโรคนี้ และพบได้ทุกๆ เชื้อชาติ ในอัตราใกล้เคียงกัน (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนสูงมากในแต่ละประเทศ รวมทั้งประเทศไทย จากสถิติของกรมสุขภาพจิตรายงานว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนพอๆ กัน ในเพศชายและเพศหญิง กล่าวคือ เพศชายคิดเป็นร้อยละ 12 และเพศหญิงร้อยละ 9 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2553) สำหรับสถิติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการดูแลรักษาในปี 2553 ทั่วประเทศมีจำนวนทั้งสิ้น 1,126,265 ราย พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุดจำนวน 445,840 ราย นอกจากนี้สถิติการมารับบริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา มีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการเป็นจำนวนมากในแต่ละปี ดังสถิติของจำนวนผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2553 มีจำนวน 122,777 ราย 118,045 ราย และ 124,211 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 6,873 ราย 6,338 ราย และ 7,402 ราย ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ค่ายาและค่าบริการประมาณ 175.36 บาท/ครั้ง/ราย แต่ในรายที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลคิดเป็นค่ายาและค่าบริการประมาณ 9,445.17 บาท/ครั้ง/ราย จะเห็นว่าจำนวนการมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 3-4 ครั้ง/ปี/ราย โดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยทางจิตใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลประมาณ 61 วัน (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2554) ซึ่งมีจำนวนวันนอนสูงกว่าผู้ป่วยโรคทางกาย 5-6 เท่าตัว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย, 2552)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรง จำเป็นต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้อื่น อันเนื่องมาจากความผิดปกติของพฤติกรรม อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การควบคุมอาการทางจิตที่รุนแรง ป้องกันการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ สำหรับรูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลมีหลายรูปแบบ ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาทางจิตสังคม เช่น การฝึกอาชีพ การทำจิตบำบัด การใช้สิ่งแวดลอมบำบัด เป็นต้น ซึ่งการรักษาในปัจจุบันการรักษาด้วยยาเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุด (Kaplan & Sadock, 2000) ผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการทางจิตในเบื้องต้น เนื่องจากสันนิษฐานว่าสาเหตุสำคัญของการป่วยด้วยโรคจิตเภท เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitters) โดยเฉพาะสาร Dopamine และ Serotonin โดยกลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเชื่อว่าไปยับยั้ง postsynaptic dopamine receptor ในสมอง สำหรับอาการของโรคจิตเภท เป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือรุนแรง ซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ การรักษาด้วยยาสามารถลดหรือระงับอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ ลดอัตราการป่วยซ้ำ สามารถคงไว้ซึ่งความสมดุลของการดำรงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยณิษ, 2542) โดยทั่วไปแบ่งอาการผิดปกติออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. อาการทางบวก (Positive symptoms/Type I Syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติของความคิดทั้งด้านเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด รวมทั้งมีความผิดปกติของการรับรู้ อาการแสดงที่เด่นชัด คือ ความคิดหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมแสดงออกที่ผิดปกติไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

2. อาการทางด้านลบ (Negative Symptoms/Type II Syndrome) คือ การที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดิวนานๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic Schizophrenia or Waxy flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือเฉยเมย (Blunt หรือ Flattening) ซึ่งเกิดจากการมีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

สำหรับยาต้านโรคจิตนั้นมีทั้งยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (Conventional antipsychotics or typical antipsychotics) เช่น Chlorpromazine, Haloperidol, Perphenazine ช่วยบรรเทาอาการ Positive symptoms แต่ทำให้เกิด Extrapyramidal side effects (EPS) ได้ และยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotics) เช่น Clozapine, Risperidol, Olanzapine ซึ่งช่วยบรรเทาอาการ Negative symptoms ได้ดีกว่าในขณะที่ได้ผลดีเท่าๆ กันในการบรรเทา Positive symptoms และทำให้เกิด Extrapyramidal side effects (EPS) น้อยกว่า (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยาดังกล่าว ผู้ป่วยจะยังคงมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น ได้แก่

1. Extrapyramidal side effects (EPS) เป็นความผิดปกติทางระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว มี 3 กลุ่ม คือ

1.1 Parkinsonism คือ มีอาการสั่น เดินท้อไม่แกว่งแขน เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย ไม่แสดงความรู้สึกเหมือนสวมหน้ากาก

1.2 Acute dystonia คือ มีอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น หลังแอ่น คอแข็ง ตาเหลือก ขากรรไกรแข็ง และน้ำลายไหล

1.3 Akathisia คือ มีอาการกระสับกระส่ายอยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา ย่ำเท้า สั่นแขนขา ต้องผุดลุกผุดนั่ง เดินไปมา บางครั้งถึงกับพยายามทำร้ายตนเองจากความกระวนกระวายนั้น

2. Tardive dyskinesia คือ มีอาการเคลื่อนไหวซ้ำๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัวหรือควบคุมกล้ามเนื้อ บริเวณใบหน้าและลำคอไม่ได้ เช่น อาการเคี้ยวปาก คูดลิ้น แลบลิ้นเลียริมฝีปาก

3. อาการร่วง เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด พบมากในช่วงแรกของการใช้ยา

4. อาการข้างเคียงทางผิวหนัง คือ มีอาการแพ้แสงแดด

5. Neuroleptic malignant syndrome (NMS) คือ การที่กล้ามเนื้อแข็งเกร็งอย่างรุนแรง ติดต่อกันเป็นเวลานาน มีผลทำให้ชีพจรเร็วหรือช้า มีไข้สูง ระดับความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย เป็นอาการข้างเคียงที่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้

6. ผลต่อการเป็น anticholinergic agent ทำให้มีอาการปากแห้ง คอแห้ง ม่านตาขยาย ทำให้ตาพร่า ท้องผูก

7. ผลต่อต่อมไร้ท่อ ทำให้มีการหลั่งน้ำนม ประจำเดือนผิดปกติ ความต้องการทางเพศ ลดลง

8. น้ำหนักเพิ่ม

9. อาการ Agranulocytosis ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Clozapine คือ ค่า neutrophil count 500-1,500/mm³ (Deficiency in neutrophil granulocytes) ซึ่งมีอาการทางคลินิก คือ มีไข้ อ่อนเพลียอย่างมาก (severe asthenia) และมีแผลภายในช่องปาก (buccopharyngeal) หรือมีแผลรอบทวารหนัก

จากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตต่อผู้ป่วยที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อยารักษาโรคจิตและไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง Fleishacker, Oehl, & Hummer (2003) ได้สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทไว้ 4 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ความคิด ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม ลักษณะการเจ็บป่วย พยาธิสภาพของโรค อาการแสดงจากพยาธิสภาพการเจ็บป่วย การขาดความตระหนักรู้ในตนเอง อาการหลงผิด การปฏิเสธการเจ็บป่วย คุณภาพชีวิตในระหว่างที่ป่วย 2) ปัจจัยด้านผู้รักษา เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคมและสิ่งแวดล้อมทางการรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในครอบครัวที่มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยดี สามารถช่วยผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา และ 4) ปัจจัยด้านแผนการรักษา ขึ้นอยู่กับวิธีที่เข้าสู่วางกาย ผลของยาในการรักษา ผลข้างเคียงของยา และระยะเวลาการรักษา

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของ Stallard & Joyce (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Olanzapine มีอาการข้างเคียง เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง และอาการกระสับกระส่ายน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชกลุ่มดั้งเดิม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Olanzapine มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีทัศนคติที่ดีต่อยาและมีการกำเริบซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม อีกทั้ง Jones et al., (2006) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ได้แก่ Clozapine, Risperidol, Olanzapine และยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม ได้แก่ Chlorpromazine, Haloperidol, Perphenazine ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี จำนวน 227 ราย จากสถานบริการจิตเวชชุมชน 14 แห่งในสถานบริการสุขภาพของประเทศอังกฤษ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติว่ามีอาการผิดปกติจากอาการข้างเคียงของยาหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ มีคุณภาพชีวิตในทางที่ดีขึ้นภายใน 1 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม นอกจากนี้ Voruganti et al., (1999) เปรียบเทียบอาการข้างเคียงจากยาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และความทนต่อการใช้ยาของผู้ป่วยในการรักษาอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ จำนวน 230 คน จัดแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มที่ใช้ยากลุ่มดั้งเดิมและยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ได้แก่ Risperidone, Olanzapine, Clozapine และ Quetiapine โดยใช้เวลาประมาณ 6 เดือนในการศึกษา พบว่า

ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มใหม่มีอาการข้างเคียงจากยาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มดั้งเดิม และมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาใหม่ พบว่าดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มดั้งเดิม Lambert et al., (2004) ศึกษาถึงผลกระทบของยารักษาโรคจิต อาการข้างเคียงจากยา ทัศนคติต่อยา กลุ่มดั้งเดิมที่ใช้ในการรักษา และความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 213 คน ในโรงพยาบาลจิตเวชเมือง Hamburg จำนวน 2 แห่ง โดยศึกษาถึงอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม จากผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยาและหยุดการรักษา ทัศนคติต่อยารักษาโรคจิต และศึกษาหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรักษา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 82 คน (39%) รายงานว่ามีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต และอีก 131 คน (61%) ที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต พบว่า ผลกระทบของยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมสามารถทำนาย ความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางเพศ (Sexual dysfunctions) ($p < 0.001$) อาการข้างเคียงจากยา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง ($p < 0.05$) นอกจากอาการข้างเคียงดังกล่าวแล้วนั้น ความทุกข์ทรมานใจของผู้ป่วย ($p < 0.05$) ยังส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดการรับประทานยามากกว่าอาการข้างเคียงอื่นๆ เช่น อาการง่วง หรืออาการเหนื่อย และพบว่า ความไม่ร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับทัศนคติต่อยาในทางลบ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกันกับ Weiden, Mackell, & McDonnell (2002) ศึกษาภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มจากอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 1,527 คน พบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะอ้วน ($BMI > 30$) และน้ำหนักเกินของผู้ป่วยนั้นว่าเกิดจากการรับประทานยารักษาโรคจิต สามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการรักษาและทัศนคติต่อยา ($OR=2.5$; $CI 1.1- 5.5$) Rettenbacher et al., (2004) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เช่น อาการข้างเคียงของยา ทัศนคติต่อยาและการเจ็บป่วยในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 61 คนของคลินิกนอกของโรงพยาบาลจิตเวช ประเทศออสเตรเลีย พบว่า ความร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกล่อลวงของยากับอาการทางด้านลบ ความไม่ร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบ และพบว่า ผู้ป่วยจะไม่ร่วมมือในการรักษาหากพบว่ายารักษาโรคจิตทำให้เกิดอาการทางจิตใจ (Psychological Symptoms) เช่น ขาดสมาธิ สูญเสียความจำ ซึมเศร้า ไร้อารมณ์ หรือการนอน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Adewuya, Ola, Mosaku, Fatoye, & Egunranti (2006) ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่อยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไนจีเรีย จำนวน 312 คน พบว่า ทัศนคติที่ดีต่อยารักษาโรคจิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการของโรคและอาการข้างเคียงของยา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง อาการง่วงจากยา การขาดการรับรู้การเจ็บป่วย และการว่างงานของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อระดับทัศนคติต่อยา และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกที่ดีต่อยากับระดับทัศนคติ โดยพบว่า การรับรู้ตนเอง การตระหนักถึงความจำเป็นในการรักษา การรับรู้ทาง

สังคม ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย อายุที่เริ่มป่วย อาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบมีความสัมพันธ์กับทัศนคติทางบวกโดยค่าความรู้สึกล้านบวกของทัศนคติต่อยาที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายการตระหนักรู้ในความจำเป็นต้องรักษา ($\beta = -0.56, p < .001$) 30% of the variance ($F_1 = 21.72, p < .001$) อาการด้านบวกและด้านลบ ($\beta = -0.21, p = .10$) การรับรู้ทางสังคม ($\beta = -0.05, p = .74$) และพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มใหม่มีทัศนคติที่ดีต่อยาดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มดั้งเดิม (Rocca et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มใหม่มีอาการข้างเคียงจากยาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มดั้งเดิม ซึ่งมีผลต่อทัศนคติที่ดีต่อยาและส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามยารักษาโรคจิตยังคงมีอาการข้างเคียงของยา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง กระสับกระส่าย ความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางเพศ (Sexual dysfunctions) นอกจากอาการข้างเคียงดังกล่าวแล้วยังพบว่า ความทุกข์ทรมานใจจากอาการทางด้านจิตใจ เช่น ขาดสมาธิ สูญเสียความจำ หรือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ยังส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดการรับประทานยามากกว่าอาการข้างเคียงอื่นๆ อีกทั้งยังพบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าภาวะอ้วน ($BMI > 30$) มาจากการรับประทานยารักษาโรคจิต ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อยาและไม่ร่วมมือในการรับประทานยา จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตมีทัศนคติต่อการรับประทานยาในทางลบ มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในบุคคลกลุ่มต่างๆ ดังเช่น การศึกษาของ Biocina & Baric (2009) ที่ศึกษาความร่วมมือในการรักษา และการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเพศหญิง ในแถบยุโรป ตะวันออก จำนวน 15 คน และผู้ดูแล จำนวน 15 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการ และอาการข้างเคียงจากยาน้อย จะทำให้ผู้ป่วยหยุดการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของโรงพยาบาล 10 แห่งในช่วง 12 ปีที่ผ่านมา การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาด้วยยาจากบุคลากรทางการแพทย์ นับว่าเป็นประโยชน์อย่างมาก แต่พบว่ามากกว่า 70% ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับความรู้และข้อมูลการเจ็บป่วย มีเพียง 3% เท่านั้นที่รับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยเป็นอย่างดี อีกทั้งปัญหาการเป็นดราบาปของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแล 40% ปิดบังเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Day et al., (2005) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การให้การดูแล และทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 228 คนของหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลใน North Wales และ Northwest ประเทศอังกฤษ พบว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ดี ประสิทธิภาพระหว่างการอยู่โรงพยาบาลที่ไม่ดี การรับรู้ตนเองที่ต่ำ สามารถทำนายทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษา นอกจากนี้ Mohamed et al., (2008)

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ทักษะต่อยา อาการของโรค และทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจากสถาบันจิตเวชนานาชาติ Funded และติดตามผล 18 เดือน พบว่า ทักษะที่ดีต่อยาที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการที่ลดลงและทักษะทางสังคมที่เพิ่มขึ้น ในเวลาที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และการเสื่อมลงของอาการของโรค และมีการเพิ่มขึ้นของระดับความซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Haq et al., (2009) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติของผู้ป่วยในการรับประทานยารักษาโรคจิต ของผู้ป่วยจิตเภท 70 คนในโรงพยาบาลจิตเวช South East Dubin ผลการศึกษาพบว่า 86% ของผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อยารักษาโรคจิต และ 82% มีการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองดี 27% มีจุดมุ่งหมายในชีวิตที่ชัดเจน จากการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์ของทัศนคติต่อยาและอาการหลงผิดอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -0.25, n = 70, p < 0.05$) และพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและทัศนคติต่อยา ($r = -0.028, n = 70, p < 0.05$) Rusch, Todd, Bodenhausen, Weiden, & Corrigan (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่ดีต่อยา การรับรู้ และความร่วมมือในการรักษา โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชเมือง Chicago จำนวน 85 ราย พบว่า ทัศนคติที่ดีต่อยามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่จะทำนายระดับการรับรู้ และความจำเป็นในการรักษา และทัศนคติที่ดีสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้

โดยพบว่าในเอเชียมีการศึกษาของ Huang, Cheng, Lai, & Hsieh (2009) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ในประเทศไต้หวัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะมีความคิดและการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยที่ดี ส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยที่มีงานทำจะมีความร่วมมือที่ดีในการรักษาด้วยยาเช่นกัน อีกทั้งยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีการติดสารเสพติดและดื่มสุรา สามารถทำนายได้ว่า จะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lan, Shiau, & Lin (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในไต้หวัน โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทและญาติ จำนวน 70 ราย พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นผลมาจากการรักษาทางจิตเวช จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ไม่ดีในการรับประทานยา นอกจากนั้นความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ยังส่งผลที่ไม่ดีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้รักษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านแผนการรักษา โดยพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษา กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วย การรับประทานยา ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการรักษา

ประสิทธิภาพของยา และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Gaultiere, 2004)

สำหรับในประเทศไทยนั้น มีการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ ซึ่งมีความสอดคล้องกับวรรณกรรมต่างประเทศในข้างต้น โดยพบว่า ความไม่ร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง โดยหยุด เพิ่ม หรือลดขนาดยาเอง (สุพล รุจิรพัฒน์, 2529; จลี เจริญสรรพ, 2538) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกต่อต้าน ไม่ร่วมมือในการรักษา โดยลดขนาดยาหรือหยุดรับประทานยาเอง (ทัศนีย์ ทิพย์สุนะนิน, 2544) และจากการศึกษา ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาล และผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สาเหตุของความไม่ร่วมมือตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ คิดว่าตนเองหายแล้ว ขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา การลืมรับประทานยา ไม่ต้องการที่จะรับประทานยาทุกวัน และกลัวสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย สำหรับตามการรับรู้ของพยาบาล คือ ผู้ป่วยคิดว่าหายแล้ว การมีความรู้น้อย ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานยา ไม่ต้องการรับประทานยาทุกวัน ลืมรับประทานยา และไม่ยอมรับรับประทานยา ซึ่งบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของการบำบัดทางการพยาบาลที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ที่จะแก้ไขปัญหาการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาได้ (ราตรี อินทรีย์, 2541)

ดังที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ททัศนคติต่อยา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตนเอง การเจ็บป่วย ความรู้ อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการรักษา และประสบการณ์การอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย โดยทัศนคติที่ดีต่อยานั้นสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษา กล่าวคือ หากผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองดี มีความรู้เกี่ยวกับยา และอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต จะทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา และเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง

ดังนั้น ผู้วิจัยจำนวนมากจึงหันมาให้ความสนใจศึกษาหาวิธีการปรับทัศนคติของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อการรักษาด้วยยา อย่างไรก็ตามในหัวข้อต่อไปนี้จะกล่าวถึงความหมายของทัศนคติและความสัมพันธ์ของทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทและพฤติกรรมรับประทานยา เพื่อเป็นข้อมูลในการทำความเข้าใจทัศนคติ และการปรับทัศนคติของผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว

ความหมายของทัศนคติ นักวิชาการแต่ละท่านได้ให้ความหมายของทัศนคติไว้แตกต่างกันตามทฤษฎีของตน ได้แก่ ศักดิ์ไทย สุรกีบบวร (2545) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ สภาวะของความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มของพฤติกรรมบุคคล ที่มีต่อบุคคล สิ่งของ สถานการณ์ต่างๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง และสภาวะความพร้อมทางจิตนี้จะต้องอยู่นาน

พอสมควร สอดคล้องกับ สร้อยตระกูล (ดิวยานนท์) อรรถมานะ (2541) ที่ให้ความหมายของ ทักษคติไว้ว่า ทักษคติ คือ ผลผสมผสานระหว่างความนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้ และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด คนใดคนหนึ่ง สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งออกมาในทางประเมินค่าอันอาจเป็นไปในทางยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้ และความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งขึ้น Newstrom & Devis (2002) ให้ความหมายของทักษะคติไว้ว่า ทักษคติ คือ ความรู้สึกหรือความเชื่อ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ตัดสินว่า บุคคลรับรู้สภาวะแวดล้อมของพวกเขายังไง ผูกพันกับการกระทำของพวกเขาหรือมีแนวโน้มของการกระทำอย่างไร และสุดท้ายมีพฤติกรรมอย่างไร Hornby (2001) ให้ความหมายของทักษะคติไว้ว่า ทักษคติ คือ วิถีทางที่บุคคลคิดหรือรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือคนใดคนหนึ่ง และวิถีทางที่บุคคลประพฤติดต่อบุคคลอื่นหรือคนใดคนหนึ่ง นอกจากนี้ Gibson (2000) ยังกล่าวว่า ทักษคติ คือ ตัวตัดสินพฤติกรรม เป็นความรู้สึกเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นสภาวะจิตใจในการพร้อมที่จะส่งผลกระทบต่อการตอบสนองของบุคคลนั้นๆ ต่อบุคคลอื่นๆ ต่อวัตถุหรือต่อสถานการณ์ โดยที่ทักษะคตินี้สามารถเรียนรู้หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์ Schermerhorn, Jame, & Richard, (2000) เชื่อว่า ทักษคตินั้นสามารถที่จะรู้หรือถูกตีความได้จากสิ่งที่บุคคลพูดออกมาอย่างไม่เป็นทางการ หรือจากการสำรวจที่เป็นทางการ หรือจากพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ทักษคติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดหรือความเชื่อ และแนวโน้มที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของบุคคล เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบโดยการประมาณค่าว่าชอบหรือไม่ชอบ จะส่งผลกระทบต่อการตอบสนองของบุคคลในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อบุคคล สิ่งของ และสถานการณ์ในสภาวะแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ โดยที่ทักษะคตินี้สามารถเรียนรู้หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์ และทักษะคตินั้นสามารถที่จะรู้ หรือถูกตีความได้จากสิ่งที่คนพูดออกมาอย่างไม่เป็นทางการ หรือจากการสำรวจที่เป็นทางการ หรือจากพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น

Zimbardo & Ebbesen (1970) และ Gibson (2000) ได้สรุปองค์ประกอบของทักษะคติ ไว้ 3 ประการ คือ

1. องค์ประกอบด้านการรู้คิด (*The Cognitive Component*) ประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคล ความคิดเห็น และความเชื่อของบุคคล หมายถึง กระบวนการคิด ซึ่งเน้นไปที่การใช้เหตุผลและตรรกะ องค์ประกอบที่สำคัญของความรู้ ความเข้าใจ คือ ความเชื่อในการประเมินผลหรือความเชื่อที่ถูกประเมินผลไว้แล้วโดยตัวเองประเมิน ซึ่งความเชื่อเหล่านี้จะแสดงออกมาจากความประทับใจในการชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งบุคคลเหล่านั้นรู้สึกต่อสิ่งของหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หากบุคคลมีความรู้หรือคิดว่าสิ่งใดดี มักจะมีทักษะคติที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่หากมีความรู้มาก่อนว่าสิ่งใดไม่ดี ก็จะมีทักษะคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (*The Affective Component*) คือ องค์ประกอบส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ ซึ่งมีผลแตกต่างกันไปตามบุคลิกภาพของคนนั้น เป็นลักษณะที่เป็นค่านิยมของแต่ละบุคคล โดยการได้รับการถ่ายทอดการเรียนรู้มาจากพ่อ แม่ ครู หรือกลุ่มของเพื่อนๆ

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (*The Behavioral Component*) คือ แนวโน้มหรือความตั้งใจ (*intention*) ในการแสดงออกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งหรือบุคคลหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากองค์ประกอบด้านความรู้ ความคิด และความรู้สึกที่จะแสดงบางสิ่งบางอย่างหรือที่จะกระทำ (ประพฤติ) บางสิ่งบางอย่าง ต่อคนใดคนหนึ่ง สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในทางใดทางหนึ่ง โดยความตั้งใจนี้อาจจะถูกวัดหรือประเมินออกมาได้

จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่างกัน ก็เนื่องมาจากบุคคลมีความเข้าใจ มีความรู้สึก หรือมีแนวความคิดแตกต่างกัน ดังนั้น ส่วนประกอบทางด้านความคิด หรือความรู้ ความเข้าใจ จึงนับได้ว่าเป็นส่วนประกอบขั้นพื้นฐานของทัศนคติ และส่วนประกอบนี้จะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคล อาจออกมาในรูปแบบแตกต่างกัน ทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้ จากการพิจารณาองค์ประกอบทางด้านพฤติกรรมของทัศนคติ ทัศนคติเป็นส่วนที่ยึดติดแน่นกับบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งบุคคลจะมีทัศนคติที่เป็นโครงสร้างอยู่แล้วทางด้านความรู้สึก ความเชื่ออันใดอันหนึ่ง โดยที่องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งหมายความว่า การเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบหนึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอีกองค์ประกอบหนึ่ง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526)

1.2 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (*Attitude Change*)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวว่า ทัศนคติของบุคคลสามารถถูกทำให้เปลี่ยนแปลงได้หลายวิธี อาจโดยการได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้อื่นหรือจากสื่อต่างๆ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของทัศนคติในส่วนของการรับรู้เชิงแนวคิด (*Cognitive Component*) และเมื่อองค์ประกอบส่วนใดส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลง องค์ประกอบส่วนอื่นจะมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงด้วย กล่าวคือ เมื่อองค์ประกอบของทัศนคติในส่วนของการรับรู้เชิงแนวคิดเปลี่ยนแปลง จะทำให้องค์ประกอบในส่วนของอารมณ์ (*Affective Component*) และองค์ประกอบในส่วน of พฤติกรรม (*Behavioral Component*) เปลี่ยนแปลงด้วย อีกทั้งยังได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติมี 2 ชนิด คือ

1. การเปลี่ยนแปลงไปในทางเดียวกัน หมายถึง ทักษคติของบุคคลที่เป็นไปในทางบวกก็จะเพิ่มมากขึ้นในทางบวกด้วย และทัศนคติที่เป็นไปในทางลบก็จะเพิ่มมากขึ้นในทางลบด้วย

2. การเปลี่ยนแปลงไปคนละทาง หมายถึง การเปลี่ยนทัศนคติเดิมของบุคคลที่เป็นไปในทางบวกก็จะลดลงไปในทางลบ และถ้าเป็นไปในทางลบก็จะกลับเป็นไปในทางบวก

เมื่อพิจารณาแหล่งที่มาของทัศนคติแล้ว จะเห็นว่าองค์ประกอบสำคัญที่เชื่อมโยงให้บุคคลเกิดทัศนคติต่อสิ่งต่างๆ ก็คือ การสื่อสาร ทั้งนี้เพราะไม่ว่าทัศนคติจะเกิดจากประสบการณ์เฉพาะอย่าง การสื่อสารกับผู้อื่น สิ่งที่เป็นแบบอย่าง หรือความเกี่ยวข้องกับสถาบัน ก็มักจะมีการสื่อสารแทรกอยู่เสมอ กล่าวได้ว่า การสื่อสารเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างมาก ที่มีผลทำให้บุคคลเกิดทัศนคติต่อสิ่งต่างๆ

ธงชัย สันติวงษ์ (2549) กล่าวว่า ทัศนคติก่อตัวเกิดขึ้นมาและเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน ได้แก่ 1) การจูงใจทางร่างกาย (Biological Motivation) ทัศนคติจะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งกำลังดำเนินการตอบสนองตามความต้องการ หรือแรงผลักดันทางร่างกาย ตัวบุคคลจะสร้างทัศนคติที่ดีต่อบุคคลหรือสิ่งของ ที่สามารถช่วยให้เขามีโอกาสตอบสนองความต้องการของตนได้ 2) ข่าวสารข้อมูล (Information) ทัศนคติจะมีพื้นฐานมาจากชนิดและขนาดของข่าวสารที่ได้รับ รวมทั้งลักษณะของแหล่งที่มาของข่าวสารด้วยกลไกของการเลือกเฟ้นในการมองเห็นและเข้าใจปัญหาต่างๆ (Selective Perception) ข่าวสารข้อมูลบางส่วนที่เข้ามาสู่บุคคลนั้น จะทำให้บุคคลนั้นเก็บไปคิดและสร้างเป็นทัศนคติขึ้นมาได้ 3) การเข้าเกี่ยวข้องกับกลุ่ม (Group Affiliation) ทัศนคติบางอย่างอาจมาจากกลุ่มต่างๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้องอยู่ ทั้งโดยตรงและทางอ้อม เช่น ครอบครัว วัด กลุ่มเพื่อนร่วมงาน กลุ่มกีฬา กลุ่มสังคมต่างๆ โดยกลุ่มเหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นแหล่งรวมของค่านิยมต่างๆ แต่ยังมีการถ่ายทอดข้อมูลให้แก่บุคคลในกลุ่ม ซึ่งทำให้สามารถสร้างทัศนคติขึ้นได้ โดยเฉพาะครอบครัวและกลุ่มเพื่อนร่วมงาน เป็นกลุ่มที่สำคัญที่สุด (Primary Group) ที่จะแหล่งสร้างทัศนคติให้แก่บุคคลได้ 4) ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ของคนที่มีต่อวัตถุสิ่งของ ย่อมเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้บุคคลต่างๆ ตีค่าสิ่งที่เขาได้ประสบมาจนกลายเป็นทัศนคติได้ และ 5) บุคลิกภาพ (Personality) มีส่วนทางอ้อมที่สำคัญในการสร้างทัศนคติให้กับตัวบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับทัศนคติในผู้ป่วยจิตเภทและญาติ พบว่า

Gutierrez, Caqueo, & Ferrer (2009) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่มีต่อทัศนคติและการรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ป่วยจิตเภท ศึกษาในญาติผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศชิลี โดยจัดให้ญาติของผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สำหรับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาจำนวน 18 สัปดาห์ จัดทำโดยนักจิตวิทยาซึ่งใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที/session จุดมุ่งหมายสำคัญของโปรแกรม คือ เปลี่ยนทัศนคติของญาติและการยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย มีการสอนญาติในการปรับวิธีการคิดและการสื่อสาร การลดความรู้สึกเป็นภาระของญาติ โปรแกรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ประสพการณ์ของญาติในผู้ป่วยจิตเภท ญาติจะสามารถบอกเล่าเกี่ยวกับความยากลำบากในการอยู่กับผู้ป่วย มีการแลกเปลี่ยนประสพการณ์กับญาติผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรู้สึกไม่โดดเดี่ยว
- 2) สุขภาพจิตศึกษา โดยนักจิตวิทยาและจิตแพทย์ ช่วยให้ความรู้ในเรื่องสาเหตุ อาการ อาการนำ ยารักษาโรคจิต และอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต
- 3) การพัฒนาทักษะการสื่อสาร ญาติจะได้รับ การแสดงบทบาทสมมุติและการเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับ สิ่งแวดล้อม การบริโภค การแสดงออก และปฏิกิริยาตอบสนองที่ชุมชนยอมรับในชีวิตประจำวัน
- 4) การดูแลตนเองของญาติ เช่น การคลายความเครียด โดยมีการฝึกทักษะต่างๆ เช่น ทักษะการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด การลดความตึงเครียด และ
- 5) เป็นการประเมินผลโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติทางลบของญาติดีขึ้น

ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996-2011 พบว่า มีการศึกษาทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา เกิดความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ป่วยในโรคจิตเภท และพบว่าประสบความสำเร็จในการเพิ่มทัศนคติด้านบวกต่อยารักษาโรคจิต มีโปรแกรมต่างๆ ได้แก่ 1) Cognitive Behavioral Intervention จัดให้กับผู้ป่วยในโรคจิตเภท ทำเป็นรายกลุ่ม แบ่งเป็น 4-6 sessions เนื้อหาใน session ได้แก่ การพูดคุยเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย ความคิด การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการของโรค ผลข้างเคียงของการรักษา ข้อดีข้อเสีย และประโยชน์ของการรับประทานยา ซึ่งให้เห็นประโยชน์ของการรับประทานยา เช่น การเพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง (Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt, & David, 1996; Kemp, Kirov, Everitt, Hayward, & David, 1998)

2) โปรแกรม Adherence therapy จัดทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 8 ครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 15-60 นาที เนื้อหาได้แก่ การทำข้อตกลง ประเมินผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมในการรับประทานยา และการประเมินผลการเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ Adherence therapy พบว่า สามารถลดอาการทางจิต ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา และความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น (Maneesakorn, Robson, Gournay, & Gray, 2006)

3) โปรแกรม Compliance therapy พัฒนามาจากงานวิจัยซึ่งมีการ

ประเมินประสิทธิผลและมีการติดตามผลต่ออีก Kemp et al., (1996; 1998) จัดทำเป็น Guideline มีจำนวน 28 หัวข้อ โดยไม่ได้ระบุจำนวน session ที่แน่นอน งานวิจัยนี้มีทั้งการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก 2-3 คน หลังจากได้รับโปรแกรม Compliance therapy ค่าคะแนนทัศนคติในผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แต่พบว่าในผู้ป่วย personality disorder และหรือมีประวัติ Substance abuse ไม่มีการเพิ่มขึ้นของทัศนคติ 4) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จัดแบ่งเป็น 6 sessions ละ 30 นาที เนื้อหาประกอบด้วย เรื่องโรค อาการ อาการสำคัญ การรักษา อาการข้างเคียงของยา การจัดการอาการเตือน และการจัดการความเครียด มีการติดตามหลังจำหน่าย 3 วัน โดยการโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที (Chaiyajan, Sitthimongkol, Yuttatri, & Klainin, 2009) และ 5) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จัดทำสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง เนื้อหาได้แก่ อาการเตือน อาการของโรคจิตเภท การป้องกันการกลับเป็นซ้ำและอาการทางจิตกำเริบ ยารักษาโรคจิต และอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต พบว่า ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระดับทักษะทางสังคม ทัศนคติต่อยาความร่วมมือในการรักษา และความรู้เรื่องโรค ในกลุ่มที่เข้ารับโปรแกรมมีค่าคะแนนสูงกว่า สำหรับระดับคะแนนสภาพจิตลดลง และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน พบว่า กลุ่มที่เข้ารับโปรแกรมมีค่าคะแนนระดับทักษะทางสังคม ทัศนคติต่อยาความร่วมมือในการรักษา ความรู้เรื่องโรค สูงกว่าวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Degmecic, Pozgain, & Filakovic, 2007) จะเห็นได้ว่า แนวทางการส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนั้น มีความหลากหลายในการปฏิบัติ ดังนั้น การศึกษาโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับการส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา และเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย จึงมีความจำเป็นอย่างมาก

จากประสบการณ์ผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยแรกรับของโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในระยะเวลา 5 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2553 - เดือนพฤษภาคม 2553 มีอัตราการป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในปีที่ผ่านมา (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2554) จากการซักประวัติสัมภาษณ์ และจากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำมีสาเหตุมาจากการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา จำนวน 35 ราย ซึ่งมีสาเหตุจากการกลับไปใช้สารเสพติด 5 ราย มีพฤติกรรมทำร้ายผู้ดูแล 7 ราย ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมการรับประทานยาได้ 23 ราย จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยบอกว่า “กินแล้วตัวแข็ง ลื่นแข็ง น้ำลายไหล พูดไม่ชัด” มีจำนวน 13 ราย “กินยาแล้วง่วงมากทำให้ทำงานไม่ได้” มีจำนวน 8 ราย และ “การกินยาต่อเนื่องเป็นเวลานานทำให้รู้สึกมีอาการเพิ่มขึ้น” มีจำนวน 2 ราย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยประเมินการรับประทานยาในทางลบ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญ

ของการไม่ร่วมมือในการรักษา เช่น เชื่อว่ายารักษาอาการทางจิตส่งผลให้มีความสุขสบายทางกาย ทำงานไม่ได้ และรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บ่งบอกว่ามีทัศนคติที่ไม่ดีต่อยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และเกิดอาการกำเริบซ้ำ จากเหตุการณ์ดังกล่าว พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย มีวิธีการหลากหลายไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับความถนัดของแต่ละบุคคลที่จะนำมาใช้ เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ให้ตั้งแต่วันแรกๆ ที่เข้ารับการรักษา หรือรอนจนกว่าอาการทางจิตสงบ การฝึกให้ผู้ป่วยจัดยารับประทานเอง โดยมีพยาบาลควบคุมดูแล การให้ความรู้กับญาติ/ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา การติดตามและการประเมินผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ลงในแบบบันทึกการเฝ้าติดตามการให้ยา วิธีการต่างๆ ที่ปฏิบัติมามีหลายวิธีการ แต่ไม่มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐาน และยังไม่มียุทธศาสตร์ประเมินทัศนคติที่มีความน่าเชื่อถือ ไม่ได้มีการประเมินความรู้และทัศนคติต่อการรับประทานยา ซึ่งมีผลคือ ไม่สามารถประเมินผลการปฏิบัติ การพยาบาลว่า สามารถเพิ่มความรู้ เพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา และความร่วมมือในการ รับประทานยาได้หรือไม่ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ขณะรับ การรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีทัศนคติไม่ดีต่อการรักษาด้วยยา และไม่ร่วมมือในการ รับประทานยา เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ ถ้าหากพยาบาลสามารถประเมินทัศนคติ ต่อการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาได้ตั้งแต่แรก รับ มีการวางแผนดูแล ให้ความรู้ ปรับทัศนคติของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการบำบัดทางการพยาบาล ซึ่งเป็น กิจกรรมที่พยาบาลสามารถทำได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และปฏิบัติตามอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา ส่งผลให้การรักษา ผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ช่วยควบคุมอาการทางจิตกำเริบซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตได้ ตามปกติ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้

จากปัญหาที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญในการทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาใช้เป็นแนวทางในการให้การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาตั้งแต่รับ ไว้ ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายออกไปอยู่ในชุมชน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) โดยใช้กระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบของ EBP ในการเสนอ แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ในการปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ที่มี หลักฐานยืนยันถึงประสิทธิผลในการบำบัด ที่ก่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ศรีษะเกษ ที่เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย นำไปสู่การพยาบาลที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ

1.3 ประเด็นหลักในการศึกษา (Main Issue)

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ คือ การรับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการทางจิต และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ หรือตามศักยภาพของตนเอง ผู้ป่วยจิตเภททุกรายจะได้รับการรักษาโดยการให้รับประทานยา แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาในการรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่ร่วมมือในการรักษา สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีหลายปัจจัย โดยพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษา กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติที่ดีต่อภาวะความเจ็บป่วย การรับประทานยา ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการรักษา ประสิทธิภาพของยา และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และเกิดความร่วมมือในการรักษา การที่ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อยา ทำให้มีปัญหาในการรับประทานยาต่อเนื่อง และทำให้มีจำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาลดลงเป็นจำนวนมาก ซึ่งการป่วยซ้ำมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ก่อให้เกิดความเครียดและเป็นภาระสำหรับผู้ดูแล จึงจำเป็นต้องหาแนวทางในการปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวทางการปรับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการบำบัดระยะสั้นที่มีรูปแบบของการบำบัดชัดเจน มีทั้งการบำบัดแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม และเนื่องจากหน่วยงานของนักศึกษาเป็นหอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยไว้รักษา มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยปัญหาการป่วยซ้ำ ส่วนใหญ่เกิดมาจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จากการที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อยาล้างคั้งกันหลายๆ คน และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการปรับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากจะมีประสิทธิผลในการปรับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยจิตเภทแล้ว แนวทางการปรับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยจิตเภท ยังมีความคุ้มค่าในด้านประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย เพราะสามารถบำบัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มได้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นแนวทางการปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้บำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทในหน่วยงาน

1.4 วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางในการปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในโรงพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits/Outcomes)

1. หน่วยงานมีแนวทาง/วิธีการ ที่จะช่วยปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท และส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการรับประทานยาเป็นแนวทางเดียวกัน
2. โรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จะช่วยให้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เกิดผลดีและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



บทที่ 2

วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และเข้าใจถึงวิธีการบำบัดและเทคนิคการบำบัด ผู้ศึกษาจึงทบทวนองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เป็นข้อเสนอแนะในการใช้ส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งวิธีดำเนินการศึกษานี้ ประกอบด้วยวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และวิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 กรอบการสืบค้น ผู้ศึกษาได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (Craig, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้น ดังนี้

Population = ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยใน

Intervention = การบำบัดเพื่อปรับทัศนคติ

Comparison = ไม่มี

Outcome = ทัศนคติต่อยา

2.1.2 ขอบเขตการสืบค้น คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูล มีดังนี้

Population = Schizophrenia Inpatient

Intervention = Intervention

Comparison = none

Outcome = Attitude toward medication

ครอบคลุมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับ แนวทางการปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผลการวิจัยสามารถเพิ่มระดับทัศนคติต่อยา จึงกำหนดขอบเขตในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

- 1) ครอบคลุมงานวิจัย ตั้งแต่ระดับ 1-ระดับ 7 ตามเกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (strength of evidence) โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามระบบของ Melnyk and Fineout-Overholt (2010)
- 2) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง 15 ปี คือ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996-2011 ทั้งงานที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 3) เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ ทั้งงานที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 4) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี

2.1.3 การกำหนดแหล่งสืบค้น ฐานข้อมูล/แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น

- 1) ฐานข้อมูล Electronic
 - ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ Cochrane-library
 - ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ CINAHL, Blackwell Synergy, PubMed, SpringerLink, ProQuest, HighWire Press และ ScienceDirect
- 2) Hand search
 - Journal ที่มีการพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ British Journal of Psychiatry วิทยานิพนธ์ตามห้องสมุดของสถาบันต่างๆ ในประเทศไทย
 - เอกสารอ้างอิงจากบทความต่างๆ

2.1.4 เกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความสมบูรณ์ (Full Text) ที่อยู่ในฐานข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 1996-2011 และมีภาษาที่ใช้ในการตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสกัดเนื้อหาแต่ละงานวิจัย ลงในตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

ที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา รูปแบบการบำบัด วิธีการดำเนินการวิจัย และผลการศึกษาวิจัย สำหรับผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความตรงของงานวิจัย 2) สรุปผลการวิจัย และ 3) ความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 3 ด้าน มีรายละเอียดของการประเมิน ดังนี้ (Dicenso, Guyatt, & Ciliska, 2005)

เนื่องจากงานวิจัยที่เลือกศึกษาเป็นรูปแบบงานวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งได้แก่ Randomized Controlled Trial, A quasi-experimental design และ pre-posttest design ดังนั้น การประเมินคุณภาพของหลักฐานมีแนวทางในการประเมิน ดังนี้

ความตรงของงานวิจัย

- 1) คำถามการวิจัยชัดเจนหรือไม่ โดยพิจารณาว่ามีการกำหนดประชากรที่ศึกษาการทดลอง (Intervention) และตัวแปรตามที่ชัดเจนหรือไม่
- 2) งานวิจัยนี้เป็น Randomized Controlled Trial (RCT) จริงหรือไม่ และมีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ RCT เพื่อตอบคำถามการวิจัยหรือไม่
- 3) กลุ่มตัวอย่างถูกจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เหมาะสมหรือไม่
 - มีการสุ่มจริงหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนถูกสุ่มเข้ากลุ่มอย่างไร
 - มีการอธิบายอย่างชัดเจนหรือไม่
 - กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติเหมือนกันเมื่อตอนเริ่มต้นหรือไม่ มีการรายงานลักษณะที่แตกต่างกันไว้หรือไม่ และความแตกต่างดังกล่าวมีผลกระทบต่อผลการวิจัยหรือไม่
- 4) การสุ่มตัวอย่างมีการปกปิดหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างทราบว่าอยู่กลุ่มไหนหรือไม่ ผู้วิจัย/ผู้ให้ Intervention ทราบหรือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มใด
 - ผู้ที่ประเมิน/เก็บรวบรวมข้อมูล ทราบหรือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มใด
 - ผู้วิจัยมีความพยายามในการปกปิดการสุ่มหรือไม่ หากในกรณีที่ไม่สามารถปกปิดได้ สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อการวิจัยมากน้อยเพียงใด
- 5) การวิเคราะห์ผลการวิจัยเป็นไปตามกลุ่มที่อยู่จริงหรือไม่
 - หากมีการศึกษาติดตาม (Follow up) มีกลุ่มตัวอย่างที่ขาดการติดตามหรือไม่

- ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาวิเคราะห์ข้อมูลหรือไม่ (Intention to treat analysis)

- มีการรายงานถึงการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ไม่สามารถคงอยู่ในการวิจัย (Drop out) หรือไม่

6) นอกจาก Intervention ที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการปฏิบัติเหมือนกันหรือไม่ และกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้รับการติดตามและวัดตัวแปรตามเหมือนกันหรือไม่

7) จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอหรือไม่

- มีการคำนวณ power เพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างหรือไม่

สรุปผลการวิจัย

1) ผลการวิจัยสรุปได้ว่าอย่างไร Intervention มีประสิทธิภาพหรือไม่อย่างไร

- กรณี Categorical outcomes: ค่า risk reduction, relative risk และ absolute risk reduction เป็นอย่างไร

- กรณี Continuous outcomes: ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นเท่าไร ความสำคัญทางสถิติ และความสำคัญทางคลินิก เป็นอย่างไร

2) ความถูกต้องของการประมาณค่า Intervention effect เป็นอย่างไร

- ค่า Confidence intervals or p-values เป็นอย่างไร

- ค่า Confidence intervals มีค่าที่แสดงว่าไม่มีความสำคัญทางคลินิก อยู่ในช่วงคะแนนหรือไม่

ผลการวิจัยเหมาะสำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติ

1) กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยที่สนใจหรือไม่

- ผู้ป่วยในคลินิก ตรงกับเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ ถ้าไม่ตรงมีข้อจำกัดหรือเหตุผลที่ทำให้ Intervention นี้ไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้หรือไม่

2) ลักษณะหน่วยงานเหมือนกับงานวิจัยหรือไม่ สามารถใช้ Intervention นี้ในหน่วยงานได้หรือไม่

3) เปรียบเทียบระหว่างต้นทุน/ความเสี่ยง และผลประโยชน์ที่จะได้รับ

4) ควรมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย หรือการปฏิบัติจากผลการวิจัยนี้หรือไม่

2.2.2 การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินคุณภาพและจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามระบบของ Melnyk and Fineout-Overholt (2010) มีรายละเอียด ดังนี้

Level I : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัย systematic review หรือ Metaanalysis ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือเป็นหลักฐานจาก guidelines ที่ได้มาจาก systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs

Level II: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยอย่างน้อยที่สุด และมาจากงานวิจัยที่เป็น RCTs

Level III: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยทดลอง ที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Level IV: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case-control และ Cohort Studies ที่มีการออกแบบงานวิจัยมาเป็นอย่างดี

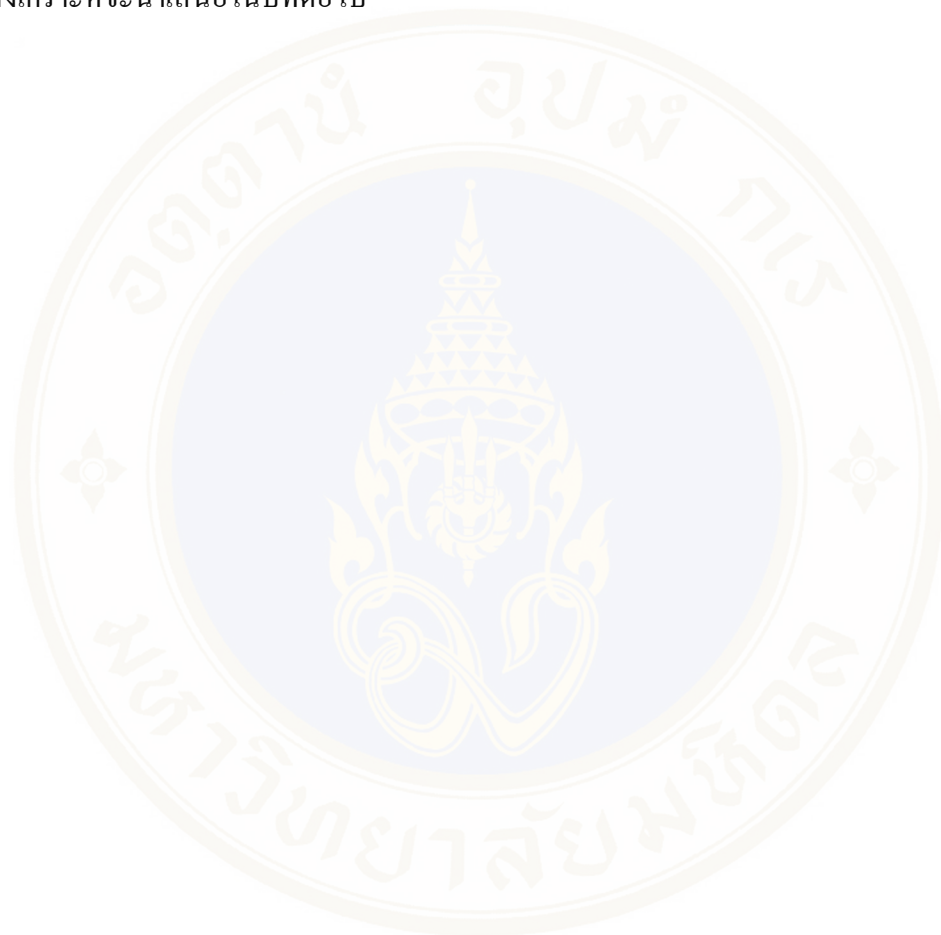
Level V: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทักษะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ หรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

สรุป วิธีการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษากำหนดกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบการสืบค้นของ PICO โดยการกำหนดประชากร คือ ผู้ป่วยในผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภท การบำบัด คือ แนวทางการส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท โดยไม่มีการเปรียบเทียบผลของการบำบัด คือ ระดับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท หลังจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วนำมาประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ นำงานวิจัยที่ได้มาประเมินคุณภาพงานวิจัย ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประชากรที่ศึกษา สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และผลการประเมินหลักฐาน โดยใช้เกณฑ์การประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ความตรงของผลงานวิจัย สรุปผลการวิจัย และความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการปฏิบัติ การประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (strength of evidence) ได้ใช้แบบประเมินตามเกณฑ์ของ Melnyk Fineout-Overholt (2010) เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถแก้ไขปัญหาทางคลินิก คือ การส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนั้นแล้ว ผู้ศึกษานำหลักฐานเชิงประจักษ์ มาสกัดเนื้อหาที่สำคัญ และสรุปใจความสำคัญ นำเสนอเป็นตาราง (Collective table) แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็น ข้อเสนอแนะ (Recommendation) รูปแบบการส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลการดำเนินการสืบค้น วิเคราะห์และ สังเคราะห์จะนำเสนอในบทต่อไป



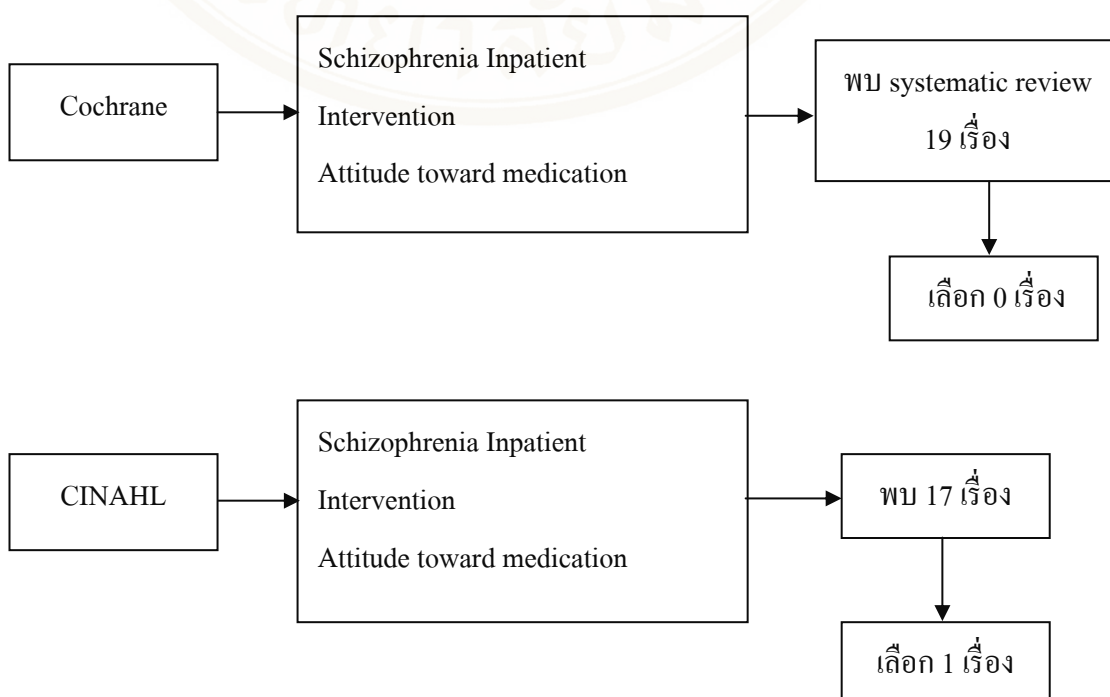
บทที่ 3

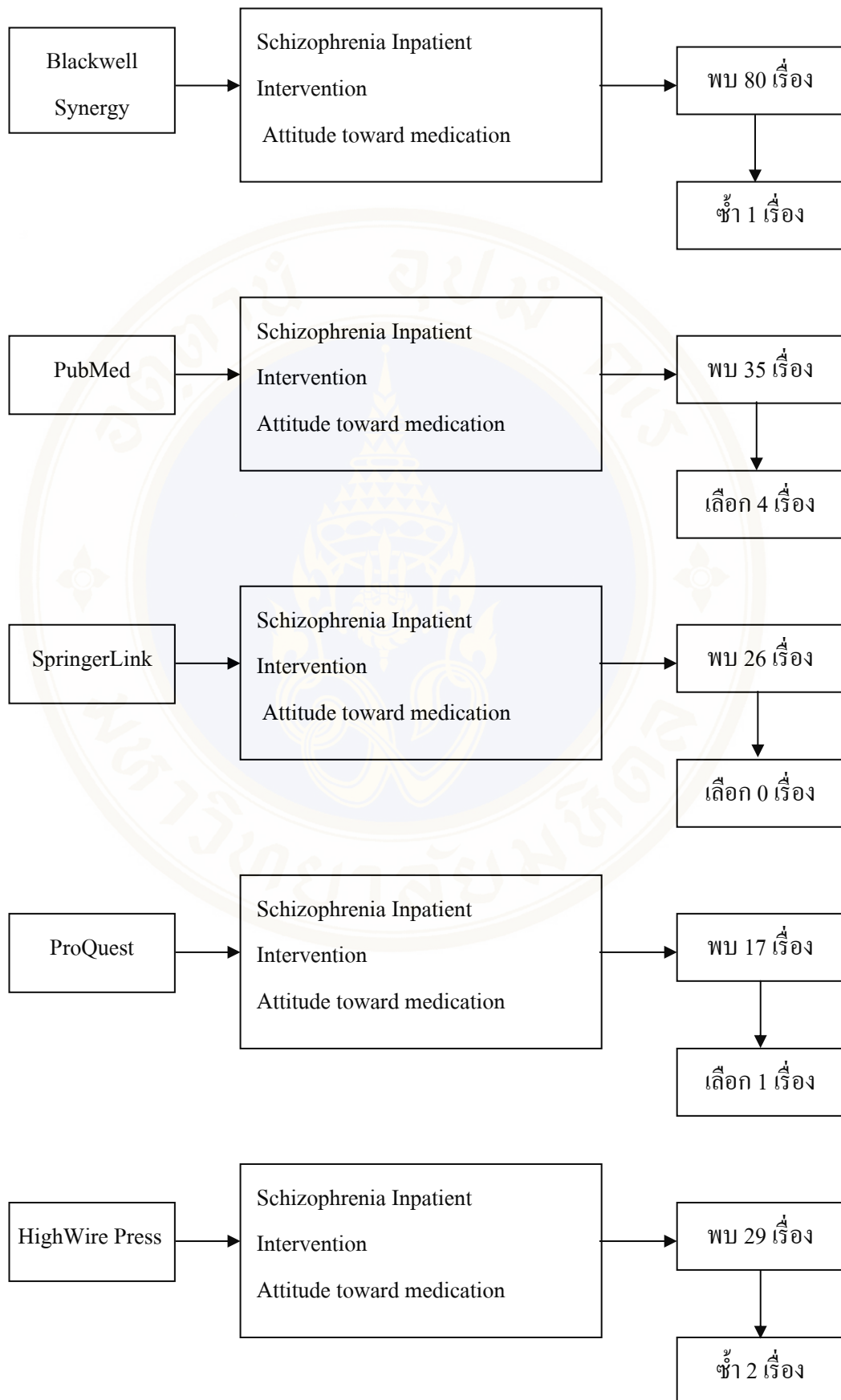
ผลการดำเนินการ

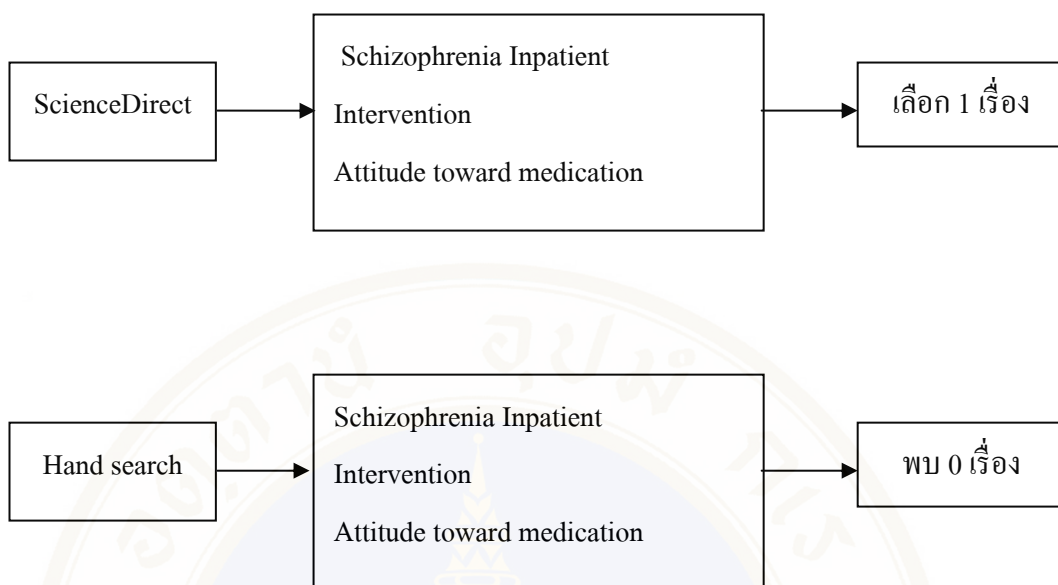
ผลการดำเนินงานการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้ Cochrane, CINAHL, Blackwell Synergy, PubMed, SpringerLink, ProQuest, HighWire Press, Science-Direct, www.li.mahidol และการสืบค้นด้วยมือ โดยใช้คำค้นดังนี้ Schizophrenia Inpatient, Intervention, Attitude toward medication จากการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ สรุปได้ดังนี้

3.1 ผลการศึกษาและสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ

จากการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ สรุปได้ ดังนี้







3.2 สรุปผลการสืบค้น

จากฐานข้อมูล Cochrane ใช้คำ Schizophrenia Inpatient, Intervention และ Attitude toward medication ในการค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 19 เรื่อง พบว่า ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ไม่ตรงกับขอบเขตความต้องการ

จากฐานข้อมูล CINAHL ใช้คำในการสืบค้น Schizophrenia Inpatient, Intervention, Attitude toward medication พบหลักฐานเชิงประจักษ์ 17 เรื่อง เลือก 1 เรื่อง เป็นงาน Randomized Controlled trial นอกนั้นเป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และเป็นงานวิจัยที่ไม่ตรงกับขอบเขตความต้องการ

จากฐานข้อมูล Blackwell Synergy ใช้คำในการสืบค้น Schizophrenia Inpatient, Intervention, Attitude toward medication พบหลักฐานเชิงประจักษ์ 80 เรื่อง พบหลักฐานเชิงประจักษ์ซ้ำ 1 เรื่อง เป็นงาน Randomized Controlled trial นอกนั้นเป็นงานวิจัยที่ไม่ตรงกับขอบเขตความต้องการ

จากฐานข้อมูล PubMed ใช้คำในการสืบค้น Schizophrenia Inpatient, Intervention, Attitude toward medication พบหลักฐานเชิงประจักษ์ 35 เรื่อง พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับขอบเขตการสืบค้น 5 เรื่อง คัดออก 1 เรื่อง เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ไม่ตรงกับขอบเขตความต้องการ

จากฐานข้อมูล SpringerLink ใช้คำในการสืบค้น Schizophrenia Inpatient, Intervention, Attitude toward medication พบหลักฐานเชิงประจักษ์ 26 เรื่อง ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับขอบเขตการสืบค้น

จากฐานข้อมูล ProQuest ใช้คำในการสืบค้น Schizophrenia Inpatient, Intervention, Attitude toward medication พบหลักฐานเชิงประจักษ์ 47 เรื่อง เลือก 1 เรื่อง นอกนั้นเป็นการบำบัดผู้ป่วยในชุมชน และเป็นงานวิจัยที่ไม่ตรงกับขอบเขตความต้องการ

จากฐานข้อมูล HighWire Press ใช้คำในการสืบค้น Schizophrenia Inpatient, Intervention, Attitude toward medication พบหลักฐานเชิงประจักษ์ 29 เรื่อง ซ้ำ 2 เรื่อง นอกนั้นเป็นการบำบัดในผู้ป่วยนอก และไม่ตรงกับขอบเขตความต้องการ

จากฐานข้อมูล ScienceDirect ใช้คำในการสืบค้น Schizophrenia Inpatient, Intervention, Attitude toward medication พบหลักฐานเชิงประจักษ์ 10 ซ้ำ 1 เรื่อง ที่เหลือเป็นงานวิจัยที่ไม่ตรงกับขอบเขตความต้องการ

จากการสืบค้นด้วยมือ Hand search ใช้คำในการสืบค้น Schizophrenia Inpatient, Intervention, Attitude toward medication ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับขอบเขตการสืบค้น

ตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้และผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว

ฐานข้อมูล	คำสืบค้น	ผลการสืบค้น
Cochrane	Schizophrenia Inpatient Intervention Attitude toward medication	0
CINAHL		1
Blackwell Synergy		0
PubMed		4
SpringerLink		0
ProQuest		1
HighWire Press		0
ScienceDirect		1

จากผลการสืบค้น ได้งานวิจัยที่นำมาใช้ได้จำนวน 7 เรื่อง เมื่อนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาจัดระดับความน่าเชื่อถือและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับความน่าเชื่อถือและความเข้มแข็งของ Melnyk and Fineout-Overholt (2010) ได้ดังนี้

อันดับ	ชื่อเรื่อง/ผู้วิจัย/วารสาร	รูปแบบงานวิจัย	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์
1	Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: Randomized controlled trial. British Medical Journal, 312, 345-349.	RCT	Level 2
2	Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., & David, A. (1998). Randomized controlled trial of Compliance therapy 18-month follow up. British Journal of Psychiatry, 172, 413-419.	RCT	Level 2
3	Tay, S.C. (2007). Compliance therapy: An Intervention to Improve Inpatients' Attitudes Toward Treatment. Journal of Psychosocial Nursing, 45(6), 29 29-37.	One Group pre-posttest	Level 6
4	O'Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., Owens, N., Migone, M., Harries, R., Kinsella, A., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (2003). Compliance therapy: a randomized controlled trial in schizophrenia. British Medical Journal, 327, 834.	RCT	Level 2
5	Chaiyajan, W., Sitthimongkol, Y., Yuttatri, P., & Klainin, P. (2009). Effects of Psycho educational program on attitude toward medication and compliance with first appointment after discharge among Schizophrenia patients. Journal of Nursing Science, 27(3), 73-81.	A quasi-experimental design	Level 3

อันดับ	ชื่อเรื่อง/ผู้วิจัย/วารสาร	รูปแบบงานวิจัย	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์
6	Degmecic, D., Pozgain, I., & Filakovic, P. (2007). Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Patients with Schizophrenia. Collegium Antropologicum. 31(4), 1111-1115.	A quasi-experimental design	Level 3
7	Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K., & Gray, R. 2006. An RCT of adherence therapy for people with Schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. Journal of Clinical Nursing, 16, 1302-1312.	RCT	Level 2

สรุปการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดจำนวน 7 เรื่อง เป็น Randomized Controlled trial 4 เรื่อง เป็น A quasi-experimental design ที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2 เรื่อง และ One Group pre-posttest 1 เรื่อง หลังจากประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า เนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ เพิ่มระดับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท และจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียด เพื่อสกัดข้อมูลมาใช้ในการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

3.3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดจำนวน 7 เรื่อง สามารถนำมาสรุปลงในตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประชากรที่ศึกษา สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผลการวิจัย และการสรุปเพื่อนำไปใช้ตามตารางดังนี้

ตารางที่ 1: Compliance therapy in psychotic patients: Randomized controlled trial

ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์ / Design	Intervention	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996)	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Compliance therapy โดยการใช้แนวคิดการบำบัดทางจิตพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Intervention) ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจิตเวช และการทำหัตถการ ซึ่งมีการติดตามผลการศึกษา 6 เดือน/Randomized Controlled Trial	โปรแกรม Compliance Therapy (Cognitive Behavioral Intervention) ราชกลุ่มมี 4-6 sessions ละ 10-60 นาที ทำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใน 2 sessions แรก จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประวัติการเจ็บป่วย ความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ใน session ที่ 3 และ 4 จะเน้นการอภิปรายมากขึ้น โดยจะเน้นไปที่อาการของโรค ผลข้างเคียงของการรักษา อธิบายถึงข้อดีข้อเสีย ผลประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา session ที่ 5 และ 6 มีการอธิบายการใช้ยาในการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี และการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข โดยเน้นการป้องกันและการรักษาเยียวผู้ป่วย	ผู้ป่วยจิตเวช อายุระหว่าง 18-65 ปี กลุ่มตัวอย่าง 47 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการกลับซ้ำ ได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวช 16 คน ได้รับด้านเซ รี่ า แ ละ ย า Lithium	1. Brief Psychiatric Rating Scale 2. Global Assessment of Function 3. Drug Attitudes Inventory 4. Attitudes to Treatment Questionnaire 5. Schedule for Assessment of Insight 6. Compliance	กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ Compliance Therapy ระดับคะแนนอาการทางจิตมีการเปลี่ยนแปลง โดยปรับปรุงดีขึ้น ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน โดยจะลดลงเล็กน้อยเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน ระดับค่าคะแนนทัศนคติต่อยา พบความแตกต่างและคงทน ต่อมา นอกจากนี้พบว่า ระดับ Schedule for Assessment of Insight ในกลุ่มที่เข้าโปรแกรมมีความแตกต่าง และคงอยู่เมื่อติดตามผลต่อไป 6 เดือน โดยพบว่าระหว่างก่อนการเข้าโปรแกรม เมื่อสิ้นสุดการเข้าโปรแกรม และติดตามผลไป 3 เดือน ไม่พบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่เมื่อเวลาผ่านไปพบว่าระดับ Global Assessment of Function มีแนวโน้มที่จะมีค่าคะแนนดีขึ้น	โปรแกรม Compliance Therapy (Cognitive Behavioral Intervention) เป็นงานวิจัยซึ่งมีความตรงและความน่าเชื่อถือในการนำมาใช้ งานวิจัยนี้จะตรงกับบริบทของผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ผลลัพธ์คือ สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อยาของผู้ที่เข้ารับโปรแกรมและคงอยู่อีก 6 เดือน ถ้าหากรับผู้ให้การบำบัดควรได้รับการฝึกอบรม เนื่องจาก การทำ Compliance Therapy ใช้แนวคิด CBT ซึ่งใช้เทคนิคการบำบัดหลายอย่างร่วมกัน ทำให้หน่วยงานต้องมีต้นทุนในด้าน การฝึกอบรม อุปกรณ์ในการบำบัด การเตรียมด้านสถานที่ และบุคคล สำหรับโปรแกรม Compliance Therapy ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาบำบัดเนื่องจากจัดทำขึ้นที่ผู้ป่วยพักอาศัย ตัวอยู่ในโรงพยาบาล อีกทั้งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ทำให้เกิดความเข้าใจต่อโรคหรืออาการที่เป็นสามารถนำมาบำบัดหรือร่วมกับการบำบัดทางยา จะมีความคุ้มค่าและคุ้มค่าในการรักษา

ตารางที่ 2: Randomized controlled trial of Compliance therapy 18-month follow-up

ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์ / Design	Intervention	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., & David, A. (1998)	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Compliance therapy โดยการใช้แนวคิดการบำบัดทางจิต พฤติกรรม และการสร้างแรงจูงใจ (Cognitive-Behavioral Intervention และ Motivational interviewing) เพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยจิตเวชและการทำหน้าที่ยาเสพติด และมีผลติดตามผลอีก 18 เดือน / Randomized Controlled Trial	Compliance Therapy รายกลุ่ม จัดให้ขึ้น 4-6 sessions ละ 10-60 นาที ทำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง กิจกรรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ - ระยะที่ 1 พบพบประวัติการเจ็บป่วย ความคิดเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย เชื่อมโยงการ รักษาการป่วย การรับรู้เกี่ยวกับ การรักษาที่ไม่ดี การปฏิบัติ การเจ็บป่วย และ ผลกระทบต่อตนเองและสังคม - ระยะที่ 2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความลังเลในการรักษา เช่น การสูญเสียการควบคุมตนเอง การติดยา มึนงง ผลข้างเคียงจากยา ความเข้าใจที่ผิด อธิบายถึงข้อดีข้อเสียของการรักษา และประโยชน์ของยา	ผู้ป่วยจิตเวช รายใหญ่ อายุ 18-65 ปี กลุ่มตัวอย่าง 74 คน ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มี การวินิจฉัยโรคคือ โรคจิตเภทและโรค ความผิดปกติทางอารมณ์	1. Brief Psychiatric Rating Scale 2. Global Assessment of Function 3. Drug Attitudes Inventory 4. Attitudes to Treatment Questionnaire 5. Schedule for Assessment of Insight 6. Compliance	ผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรม Compliance Therapy มีระดับ Compliance แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับโปรแกรมอีกทั้งระดับ Insight ยังพบความแตกต่างและคง อยู่ตลอดเวลาของการติดตาม ระดับทัศนคติต่อยา ระดับคุณภาพ ชีวิต ระดับการทำหน้าที่ทางสังคม ของกลุ่มที่เข้ารับ โปรแกรม พบความแตกต่างโดยทั้งกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับ Booster Session อีกใน 3, 6 และ 12 เดือนซึ่งความแตกต่างนี้จะคงอยู่ ได้นาน 18 เดือน	โปรแกรม Compliance Therapy (Cognitive Behavioral Intervention) เป็นงานวิจัยซึ่งมีความตรงและความน่าเชื่อถือในการนำมาใช้ โดยงานวิจัยนี้จะตรงกับบริบทของผู้ป่วยที่ ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ โดยผลลัพธ์คือ สามารถปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ที่เข้ารับโปรแกรมและคงอยู่ 18 เดือน ผู้ให้การบำบัดควรได้รับการฝึกปฏิบัติ เนื่องจากการทำ Compliance Therapy ใช้แนวคิด CBT ซึ่งใช้เทคนิคการบำบัดหลาย อย่างร่วมกัน ซึ่งหน่วยงานต้องมีต้นทุนใน ด้านการฝึกอบรม อุปกรณ์ในการบำบัดการ เตรียมด้านสถานที่ และบุคคล สำหรับโปรแกรม Compliance Therapy ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมา บำบัดเพิ่มเติมเนื่องจากจัดทำเฉพาะที่ผู้ป่วย พักรักษาตัวอยู่ใน โรงพยาบาล อีกทั้งการ บำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทำให้เกิด ความเข้าใจต่อโรคหรืออาการที่เป็นสามารถ นำมาบำบัดหรือร่วมกับการบำบัดทางยาจะ มีความคุ้มค่าและคุ้มค่าในการรักษา

ตารางที่ 2 : Randomized controlled trial of Compliance therapy 18-month follow-up (ต่อ)

ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์ / Design	Intervention	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
		- ระยะที่ 3 เปรียบเทียบกับโรคทางกายที่พบโดยทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญมดื้อจากการเจ็บป่วยทางจิต อธิบายการใช้ว่าเป็นวิธีหนึ่งในการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีผลของการหยุดยา การสังเกตอาการเดือน การบำบัดตั้งแต่ระยะแรกเพื่อป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะได้รับ Booster Session อีกใน 3, 6 และ 12 เดือน				

ตารางที่ 3: Compliance therapy: a randomized controlled trial in schizophrenia

ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์ / Design	Intervention	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
O'Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., Owens, N., Migone, M., Harries, R., Kinsella, A., Larkin, C., & O'Callaghan, E., (2003)	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของ Compliance therapy ว่ามีผลต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท / Randomized Controlled Trial	กลุ่ม Compliance Therapy: จัดให้มีกิจกรรม 5 sessions ใช้เวลา session ละ 30-60 นาที โดยในแต่ละ session จะกล่าวถึง ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การทำความเข้าใจในการเจ็บป่วย ความลังเลในการรักษา การรักษาด้วยยาในการรักษาการรักษาด้วยยาและดราบา	ผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนจำนวน 56 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงและมีความร่วมมือในการรักษาสูง มีอายุระหว่าง 18-65 ปี	1. แบบประเมินอาการทางจิต PANSS 2. แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา 3. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (DAI) 4. แบบสัมภาษณ์ structured clinical interview (SCID) 5.แบบประเมินการรับรู้ตนเอง The schedule for assessment of insight (SAI) 6. แบบประเมิน The global assessment of functioning (GAF)	ผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรม Compliance Therapy มีค่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน โดยไม่มีผลต่อทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยออกการของผู้ป่วย การปฏิบัติหน้าที่ในสังคม และคุณภาพชีวิต	โปรแกรม Compliance Therapy (Cognitive behavior) ดัดแปลงมาจาก Kemp et al., 1996 แต่เนื่องจากโปรแกรมนี้ไม่มีผลต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและไม่มีผลต่อการเพิ่มทัศนคติเชิงแม้วางานวิจัยนี้ได้นำเอาแนวคิดการปรับเปลี่ยนการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive behavior) จาก Kemp et al., (1996) แต่กับความแตกต่างในรายละเอียด ซึ่งผู้วิจัยได้รายงานว่าความไม่ประสบผลสำเร็จนั้นมาจาก การศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทล้วน ที่มีการทางจิตรุนแรง มีความร่วมมือในการรักษาสูง และมีการติดตามผลต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในงานทางคลินิกนั้นอาจมีความจำเป็นในการปรับการนำมาใช้ เช่น การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม การพิจารณาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคน

ตารางที่ 4: Compliance therapy: An Intervention to improve in patients' Attitudes toward Treatment

ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์ / Design	Intervention	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
Tay, S.C. (2007)	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม Compliance therapy ต่อทัศนคติในการใช้ยาของผู้ป่วย/งานวิจัยกึ่งทดลอง One Group pre-post test	Compliance therapy เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากงานวิจัยซึ่งมีการประเมินประสิทธิผลและมีการติดตามผลต่ออีก Kemp et al., (1996, 1998) ซึ่งจัดทำเป็น Guideline มีจำนวน 28 หัวข้อ โดยไม่ได้ระบุจำนวน session ที่แน่นอน จะไม่มีแบบฝึกหัดให้ทำอย่างต่อเนื่อง จุดมุ่งหมายคือการค้นหาสิ่งที่ยังกังวล แสดงความเห็นอกเห็นใจ ส่งเสริมการรับรู้ตนเอง ใช้เทคนิคการสะท้อนกลับ การฟัง การสรุปความ การใช้คำถามปลายเปิด โดยใช้หลักเหตุผลและผล และการพัฒนาโดยการเปรียบเทียบให้เห็นพฤติกรรมในปัจจุบัน และจุดมุ่งหมายที่ต้องการ	ผู้ป่วยโรคจิตเภท หรือโรคซึมเศร้า เพศชายวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-64 ปี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 69 คน มีประวัติจากผู้ป่วย และญาติว่าไม่ร่วมมือในการรับประทานยาที่มีการกลับป่วยซ้ำ	1. แบบประเมินทัศนคติต่อยา DAI-10 2. Compliance Scale	หลังจากได้รับโปรแกรม Compliance therapy ค่าคะแนนทัศนคติในผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แต่พบว่ามีผู้ป่วย personality disorder และหรือมีประวัติ Substance abuse ไม่มีการเพิ่มขึ้นของทัศนคติ	โปรแกรม Compliance Therapy (Cognitive behavior) เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากงานวิจัยซึ่งมีการประเมินประสิทธิผล และมีการติดตามผลต่อไปอีก Kemp et al., (1996, 1998) ซึ่งจัดทำเป็น Guideline มีเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-9 (1977) ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์เดียวกันกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาลที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยประเทศ สิงคโปร์ เป็นประเทศแถบเอเชีย ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันของลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งตรงกับบริบทของผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงาน ผู้ให้การบำบัด คือ พยาบาลจิตเวช อีกทั้งพบว่าการใช้โปรแกรม Compliance therapy ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีการติดสารเสพติดเป็นโรคร่วมนั้น จะไม่ส่งผลต่อการเพิ่มทัศนคติ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการปรับการนำมาใช้ เช่น การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม

ตารางที่ 4: Compliance therapy: An Intervention to improve in patients' Attitudes toward Treatment (ต่อ)

ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์ / Design	Intervention	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
		จากการศึกษา พบว่า การบำบัดรายบุคคลจะได้ผลดีที่สุด แต่หากทำเป็นกลุ่มควรมีสมาชิก จำนวน 2-4 คน (Daley & Zuckoff, 1999) ในงานวิจัยนี้ มีการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก 2-3 คน				

ตารางที่ 5: An RCT of adherence therapy for people with Schizophrenia in Chiang Mai, Thailand

ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์ / Design	Intervention	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
Maneesakon, S., Robson, D., Gourmay, K., & Gray, R. (2006)	ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความร่วมมือในการรักษา วัดอุปสรรคของวงจร เพื่ออธิบายประสิทธิภาพในการปรับปรุงทักษะทั่วไปที่สนับสนุนการรับประทาณา และการเข้าถึงจากอากรข้างเคียงจากอากรวัดอุปสรรคสุดท้าย เพื่อหาการบำบัดที่มีผลต่ออากรทางจิต / Randomized Controlled Trial	Adherence therapy พัฒนาจาก Compliance Therapy (Kemp et al., 1996, Gray et al., 2004) มีการรวบรวมการชี้แนะ โดยใช้แนวทาง การปรับเปลี่ยนการรู้คิด ร่วมกับเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ AT ได้มีการอธิบายรายละเอียดออกเป็น phase เพื่อใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภท ฤกษ์แจ้งคำขวัญของการบำบัด คือ การเปลี่ยนแปลงข้อมูล พัฒนาข้อขัดแย้ง และการสร้างข้อดกลกที่มีประสิทธิภาพ ปราศจากข้อโต้แย้ง แต่ละขั้นตอน คือ การทำสัญญา ข้อตกลง การประเมินผล การเตรียมความพร้อมการรับประทาณา โปรแกรมการบำบัด และประเมินผลการเข้าโปรแกรม	ผู้ป่วยโรคจิตเภท 18 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งเดียว อายุระหว่าง 18-65 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย สำหรับผู้ให้ การบำบัดนั้น เป็นพยาบาลจิตเวชซึ่งมีความชำนาญในการได้รับการฝึกอบรมด้านการทำ Compliance Therapy ใช้เทคนิคการบำบัดหลายอย่างร่วมกัน ทั้ง Cognitive Behavioral, Motivational Interviewing ซึ่งหน่วยงานต้องมีส่วนร่วมในด้านอุปกรณ์ การบำบัด การเตรียมด้านสถานที่ และบุคคล โดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่าย ในการเดินทางมาบำบัด และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทำให้เกิดความเข้าใจ ต่อโรค สามารถนำมาพร้อมกับ การบำบัดทางยา มีความคุ้มค่าและคุ้มค่าในการรักษา	1.แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา Compliance 2. แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล The structured clinical interview (Adam Q Hore, 1993) 3. แบบประเมินอาการของผู้ป่วยจิตเภท Positive and Negative	กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ Adherence therapy เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ TAU (Treatment As Usual) พบความแตกต่าง คือ ระดับอาการทางจิต ($p = 0.001$) ทักษะการรับรู้ ($p = 0.001$) และความร่วมมือในการรับประทาณา ($p = 0.019$)	Adherence therapy เป็นงานที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท อายุมากกว่า 20 ปี โดยใช้แบบประเมินทัศนคติต่อยา ประเมินก่อนเข้ารับโปรแกรม ซึ่งมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชของประเทศไทยในผู้ป่วยโรคจิตเภท 18 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งเดียว อายุระหว่าง 18-65 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย สำหรับผู้ให้ การบำบัดนั้น เป็นพยาบาลจิตเวชซึ่งมีความชำนาญในการได้รับการฝึกอบรมด้านการทำ Compliance Therapy ใช้เทคนิคการบำบัดหลายอย่างร่วมกัน ทั้ง Cognitive Behavioral, Motivational Interviewing ซึ่งหน่วยงานต้องมีส่วนร่วมในด้านอุปกรณ์ การบำบัด การเตรียมด้านสถานที่ และบุคคล โดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่าย ในการเดินทางมาบำบัด และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทำให้เกิดความเข้าใจ ต่อโรค สามารถนำมาพร้อมกับ การบำบัดทางยา มีความคุ้มค่าและคุ้มค่าในการรักษา

ตารางที่ 6: Effects of Psycho educational program on attitude toward medication V and compliance with first appointment after discharge among Schizophrenia patients

ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์ / Design	Intervention	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
Chaiyajan, W., Sithimongkol, Y., Yuttari, P., & Klamin, P. (2009)	- เพื่อเปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มควบคุม - เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มารับตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่าย	โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งประกอบด้วยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการโทรศัพท์ตามเยี่ยม โดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษานั้นประกอบด้วยรายการนัดหมายรายบุคคล 6 ขั้นตอน ครั้งละ 30 นาที ซึ่งทำทุกวันจำนวน 6 วันก่อนจำหน่าย โดยจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับการของโรคจิตเภท การรักษาอาการข้างเคียงของยา การจัดการอาการ และการจัดการความเครียดและ มีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย 4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ครั้งที่ 1 คือ 3 วันหลังจำหน่าย รายละเอียดการ	กลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเพศชายล้วน วัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 18-59 ปี มีคะแนนประเมินอาการทางจิตเภท BPRS อยู่ในช่วง 18-36 สามารถติดตามได้ทางโทรศัพท์	แบบประเมินทัศนคติต่อยา Drug Attitude Inventory (DAI-10)	ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติต่อยามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง มีสัดส่วนการมารับตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)	โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษางานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 18-59 ปี มีคะแนนประเมินอาการทางจิต BPRS อยู่ในช่วง 18-36 สามารถติดตามได้ทางโทรศัพท์ โดยใช้แบบประเมินทัศนคติต่อยา Drug Attitude Inventory (DAI-10) ผู้ทำการบำบัดคือ พยาบาลจิตเวช งานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคจิตเภทที่มีช่วงอายุ 18-59 ปี เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งเดียวกันกับผู้ศึกษา และผู้ให้การบำบัดคือ พยาบาลจิตเวช แต่อาจต้องนำไปดัดแปลงเนื่องจากงานวิจัยนี้ทำการ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเพศชายเท่านั้น สำหรับการทำการ Psychoeducation มีจำนวน 6 sessions ซึ่งมีจำนวนเหมาะสมและมีภาวะระดับของเนื้อหา หากนำไปใช้ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ก็จะส่งผลให้เพิ่มทัศนคติและความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง

ตารางที่ 6: Effects of Psycho educational program on attitude toward medication V and compliance with first appointment after discharge among Schizophrenia patients (ต่อ)

ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์ / Design	Intervention	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
		สนทนากับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ขณะอยู่บ้าน กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา การส่งเสริมชมเชย ให้กำลังใจและเตือนเกี่ยวกับการนัดพบแพทย์				ทำให้สามารถลดอัตราการป่วยซ้ำ การกำเริบของอาการ การเสื่อมถอยของอาการ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้นานขึ้น

ตารางที่ 7: Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Patient with Schizophrenia

ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์ / Design	Intervention	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
Degmeci, D., Pozgani, I., & Filakovic, P. (2007)	ศึกษาความแตกต่างของความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท และอีกกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท งานวิจัยกึ่งทดลอง	กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จัดทำเป็นรายกลุ่ม โดยจิตแพทย์จำนวน 4 sessions สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง โดยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิตเภท การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การรักษาโรคจิตเวช และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตศึกษา	ผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศหญิงและเพศชายที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจำนวน 60 คน	1.ระดับคะแนนสุขภาพจิต (BPRS) 2.แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (GAF) 3.แบบประเมินทัศนคติต่อยา Shortened Version of the (DAI-10) 4.แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา (CAI)	กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีค่าคะแนนระดับทัศนคติ ระดับคะแนนสุขภาพจิต การทำหน้าที่ทางสังคม ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	ถึงแม้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษานั้นจะสามารถเพิ่มทัศนคติความร่วมมือในการรักษา แต่รายละเอียดของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษานั้นยังคงมีไม่เพียงพอและไม่มีการรายงานการผ่านคณะกรรมการจริยธรรม ซึ่งไม่สามารถทราบได้ว่ามีความเสี่ยงที่จะนำไปใช้หรือไม่ จึงต้องมีความระมัดระวังในการนำไปใช้

สรุปประเด็นที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการสกัดเนื้อหาที่สำคัญของงานวิจัยทั้งหมด 7 เรื่อง สามารถสรุปประเด็นของโปรแกรมการส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 แนวคิด ดังนี้

1. การใช้แนวคิด Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)

1.1 การใช้แนวคิด Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) ประกอบด้วย โปรแกรม ดังนี้

- โปรแกรม Compliance Therapy (Kemp et al., 1996, 1998; O'Donnell et al., 2003)

- โปรแกรม Compliance Therapy ซึ่งพัฒนามาจากโปรแกรม Compliance Therapy (Kemp et al., 1996, 1998) โดยจัดทำเป็นแนวปฏิบัติประกอบด้วย 28 หัวข้อ (Tay, 2007)

- โปรแกรม Adherence Therapy โดยใช้การบำบัดการรู้คิด-การปรับพฤติกรรม ร่วมกับเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งจัดทำโดย (Maneesakorn, Robson, Gournay, & Gray, 2006)

1.2 การใช้โปรแกรม Compliance Therapy นั้นยังมีความแตกต่างของผลลัพธ์ ซึ่งหากใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทเพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถปรับทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภทได้ (O'Donnell et al., 2003) จึงมีความจำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตเวชอื่นๆ ที่มีอาการทางจิตสงบ เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ไม่รวมถึงผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติด จึงจะมีประสิทธิผล สามารถปรับทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Kemp et al., 1996, 1998; Tay, 2007)

1.3 การใช้โปรแกรม Compliance Therapy ไม่เหมาะกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ล้วนในการเข้ารับโปรแกรม เนื่องจากไม่สามารถปรับทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภทได้ (O'Donnell et al., 2003)

1.4 โปรแกรม Adherence Therapy โดยใช้การบำบัดการรู้คิด-การปรับพฤติกรรม ร่วมกับเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ สามารถใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทล้วนในการเข้ารับโปรแกรม ซึ่งสามารถลดอาการทางจิต ปรับทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภทและเกิดความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Maneesakorn, Robson, Gournay, & Gray, 2006)

1.5 การใช้โปรแกรม Compliance Therapy ในการปรับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า หลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรม ระดับ Insight, Attitudes, GAF และ Compliance ในกลุ่มที่เข้ารับโปรแกรมเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม จากการติดตามผลต่อเนื่อง 6, 12 และ 18 เดือน

พบว่าระดับ GAF, BPRS, SAI , Attitudes และ Compliance จะคงทนอยู่ได้ 18 เดือน โดยผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรม จะได้รับ Booster Session อีกใน 3, 6 และ 12 เดือน (Kemp et al., 1998)

1.6 การใช้โปรแกรม Compliance Therapy ซึ่งพัฒนามาจากโปรแกรม Compliance Therapy (Kemp et al., 1996, 1998) โดยจัดทำเป็นแนวปฏิบัติประกอบด้วย 28 หัวข้อ ในการปรับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยจิตเวช ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีทัศนคติต่อยาดีขึ้น แต่ในผู้ป่วย personality disorder และหรือมีประวัติ Substance abuse ไม่มีการเพิ่มขึ้นของทัศนคติ (Tay, 2007)

1.7 การใช้โปรแกรม Adherence Therapy โดยใช้การบำบัดการรู้คิด-การปรับพฤติกรรม ร่วมกับเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ สามารถลดอาการทางจิต ปรับทัศนคติต่อยา ในผู้ป่วยจิตเภท และเกิดความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Maneesakorn, Robson, Gournay, & Gray, 2006)

2. การใช้แนวคิด Psychoeducation ในการปรับทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม การบำบัดรายบุคคล 6 sessions ใช้เวลา session ละ 30 นาที ซึ่งทำทุกวัน จำนวน 6 วันก่อนจำหน่าย สามารถปรับทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท (Chaiyajan, Sitthimongkol, Yuttatri, & Klainin, 2009)

2.2 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จัดทำโดยจิตแพทย์ การบำบัดรายกลุ่ม 6-8 คน จำนวน 4 sessions ทำสัปดาห์ละ 1 session ละ 1 ชั่วโมง โดยจะให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิตเภท การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ยารักษาโรคจิตเวช และอาการข้างเคียงจากยา สามารถปรับทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Degmecic, Pozgain, & Filakovic, 2007)

3.4 ข้อเสนอแนะในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการสกัดเนื้อหาที่สำคัญของงานวิจัยทั้งหมด 7 เรื่อง ได้ข้อแนะนำของโปรแกรมการส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนี้

1. โปรแกรมการส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นมีถึง 3 โปรแกรม ได้แก่ Compliance Therapy, Adherence Therapy และโปรแกรม Psychoeducation ซึ่งทั้ง 3 โปรแกรมนี้มีความแตกต่างกัน โดย Compliance Therapy ใช้แนวคิด Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) สามารถปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา

ในผู้ป่วยจิตเภทได้ในระยะยาว โดยมีการให้ Booster session ในเวลา 3, 6, 12 เดือนเป็นระยะๆ สำหรับ Adherence Therapy เป็นโปรแกรมที่ใช้การบำบัดการรู้คิด-การปรับพฤติกรรม ร่วมกับเทคนิคการสร้างแรงจูงใจนั้น จะให้ผลดีในด้านการปรับเปลี่ยนความเชื่อมั่นในการรับประทานยา และการให้ความสำคัญต่อการรับประทานยา ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในการรับประทานยา สำหรับโปรแกรม Psychoeducation โดยร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์นั้น สามารถปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทได้เช่นกัน แต่เป็นผลดีในการปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทในระยะสั้นเท่านั้น

2. Compliance Therapy โดยการใช้แนวคิด Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตเวชอื่นๆ ที่มีอาการทางจิตสงบ เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ไม่รวมถึงผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ซึ่งมีทั้งเพศหญิงและเพศชาย จึงจะมีประสิทธิผล โดยสามารถปรับทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Kemp et al., 1996, 1998: Level 2; Sim-Eng Clara Tay, 2007: Level 6)

- Compliance Therapy จัดให้มีขึ้น 4-6 sessions ใช้เวลา session ละ 10-60 นาที ทำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใน 2 sessions แรก จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประวัติการเจ็บป่วย ค้นหาและระบุปัญหา ความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ใน session ที่ 3 และ 4 จะเน้นการอภิปรายที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น โดยจะเน้นไปที่อาการของโรค ผลข้างเคียงของการรักษา พิจารณาถึงข้อดี ข้อเสียของการรักษา ผลประโยชน์และอุปสรรคของการรักษาในผู้ป่วยที่ลังเลใจ ซึ่งกิจกรรมนี้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสำรวจและเริ่มเข้าใจตนเอง ซึ่งผู้บำบัดต้องการเน้นให้เห็นถึงความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติตัว ความเชื่อในการเข้ารับการรักษา และพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยใน 2 sessions สุดท้าย คือ session ที่ 5 และ 6 มีการอธิบายการใช้ยาในการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี และการมีชีวิตรอยู่อย่างมีความสุข โดยการเน้นการป้องกันและการรักษาเยี่ยงยาผู้ป่วย (Kemp et al., 1996, 1998: Level 2)

- การใช้ Compliance Therapy ในการปรับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยจิตเวช ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีทัศนคติต่อยาดีขึ้น และจะคงทน 18 เดือน แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการให้ Booster session ในเวลา 3, 6, 12 เดือน เป็นระยะๆ (Kemp et al., 1996, 1998: Level 2)

3. ในรายที่ใช้ Compliance Therapy ไม่สามารถปรับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยจิตเวชได้นั้น ควรมีการจัดให้ผู้ป่วยเข้ารับโปรแกรม Adherence Therapy โดยใช้การบำบัดการรู้คิด-การปรับพฤติกรรม ร่วมกับเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (Maneesakorn, Robson, Gournay, & Gray, 2006: Level 2)

- โปรแกรม Adherence Therapy การบำบัดจำนวน 8 ครั้ง ทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 15-60 นาที โปรแกรม Adherence Therapy แต่ละขั้นตอน คือ การทำ

สัญญาข้อตกลง การประเมินผล การเตรียมความพร้อมในการรับประทานยา โปรแกรมการบำบัด และการประเมินผลการเข้าโปรแกรม (Maneesakorn, Robson, Gournay, & Gray, 2006: Level 2)

- โปรแกรม Adherence Therapy โดยการใช้การบำบัดการรู้คิด-การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ สามารถปรับเปลี่ยนการให้ความสำคัญต่อการรับประทานยาและความเชื่อมั่นในการรับประทานยา ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในการรับประทานยา ปรับทัศนคติต่อยาและสร้างความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Maneesakorn, Robson, Gournay, & Gray, 2006: Level 2)

4. การประเมินผู้ป่วยเข้ารับโปรแกรม ซึ่งจำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบ โดยมีการประเมินจากเครื่องมือ Brief Psychiatric Rating Scale แบบประเมินอาการทางจิต Seven item version (ฉบับย่อ) ผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรม ต้องมีคะแนนประเมินอาการทางจิตอยู่ในช่วง 18-36 คะแนน (Chaiyajan, Sitthimongkol, Yuttatri, & Klainin, 2009: Level 3)

5. การติดตามประเมินผล Compliance Therapy (Cognitive-Behavioral Intervention) ควรมีการติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน และ 6 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม (Kemp et al., 1996, 1998: Level 2)

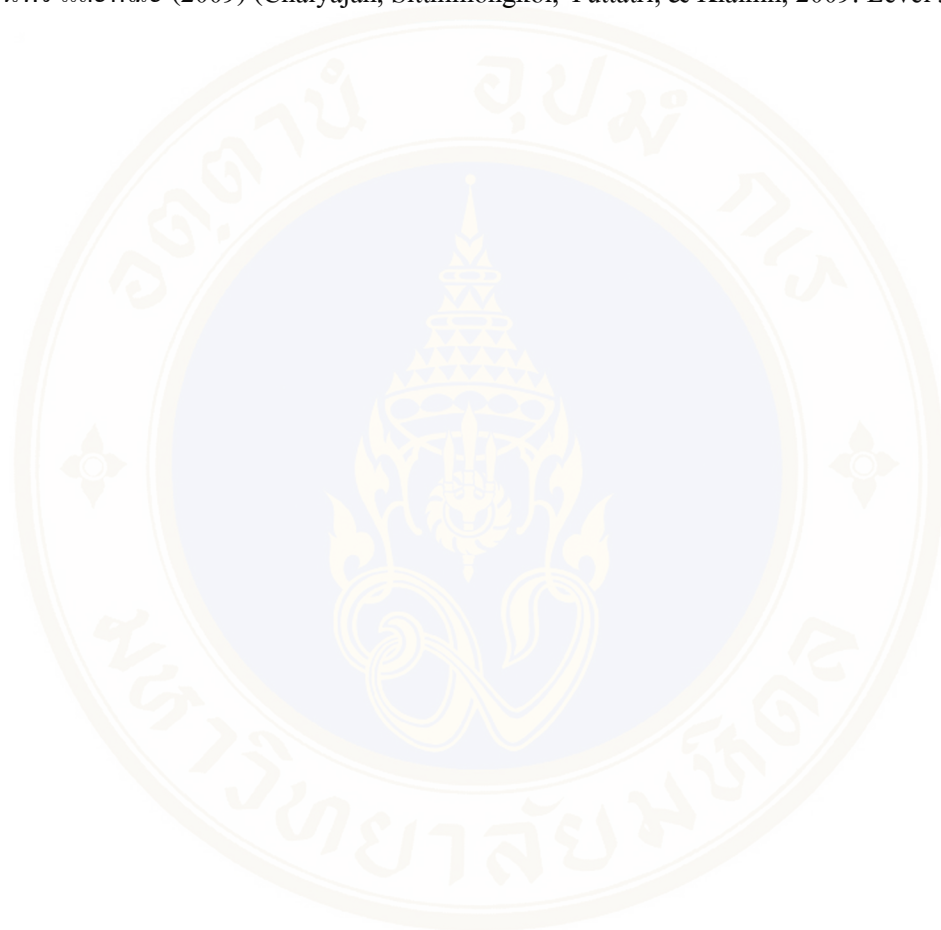
6. ผู้ที่ทำหน้าที่ดำเนินโปรแกรม Compliance Therapy (Cognitive-Behavioral Intervention) ควรเป็นพยาบาลจิตเวช หรือพยาบาลที่ได้รับการอบรมที่มีความรู้และทักษะในการทำกลุ่ม Compliance Therapy (Cognitive-Behavioral Intervention) โดยต้องฝึกการทำกลุ่มและการให้คำปรึกษาเป็นอย่างดีมาก่อน (Kemp et al., 1996, 1998: Level 2)

7. หากมีความต้องการปรับทัศนคติและความร่วมมือในการรักษาเท่านั้น สามารถใช้แนวคิด Psychoeducation ในการปรับระดับทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้

- โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม การบำบัดรายบุคคล จำนวน 6 sessions ใช้เวลา session ละ 30 นาที ซึ่งทำทุกวัน จำนวน 6 วันก่อนจำหน่าย สามารถปรับทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท (Chaiyajan, Sitthimongkol, Yuttatri, & Klainin, 2009: Level 3)

- โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จัดทำโดยจิตแพทย์ เป็นการบำบัดรายกลุ่ม 6-8 คน จำนวน 4 sessions สัปดาห์ละ 1 session ละ 1 ชั่วโมง โดยจะให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิตเภท การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ยารักษาโรคจิตเวช และอาการข้างเคียงจากยา สามารถปรับทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Degmecic, Pozgain, & Filakovic, 2007: Level 3)

8. การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ประเมินจากแบบประเมินทัศนคติต่อยา Drug Attitude Inventory (DAI-10) พัฒนาโดย Hogan, Awad, & Easwood (1983) มี 10 หัวข้อ โดย 6 หัวข้อเป็นเชิงบวก และ 4 หัวข้อเป็นเชิงลบ หากมีค่าคะแนนสูง หมายถึง การมีทัศนคติที่ดีต่อยา แบบประเมินนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยใช้ Back Translation Technique โดยวิริยจน์ ไชยจันทร์ และคณะ (2009) (Chaiyajan, Sitthimongkol, Yuttatri, & Klainin, 2009: Level 3)



บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ การใช้แนวทาง การปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และเข้าใจถึงวิธีการบำบัดและเทคนิค การบำบัด ผู้ศึกษาได้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบการสืบค้นตาม PICO (Crainig & Smyth, 2001) เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้คำสำคัญที่ใช้ ในการสืบค้น คือ Schizophrenia Inpatient, Intervention และ Attitude toward medication โดยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ ซึ่งได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 7 เรื่อง เป็นงาน Randomized Controlled trial 4 เรื่อง งาน quasi-experimental design ที่มีกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม 2 เรื่อง และงานวิจัยแบบ one group pre-posttest design 1 เรื่อง จากนั้นนำหลักฐาน เชิงประจักษ์ทั้งหมดมาสกัดเนื้อหา แล้วนำมาประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน เชิงประจักษ์ สำหรับระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (strength of evidence) ใช้เกณฑ์ การประเมินตามระบบของ Melnyk and Fineout-Overholt (2010) พบว่า งานวิจัยมีระดับ ความน่าเชื่อถือระดับ 2 จำนวน 4 เรื่อง ระดับ 3 จำนวน 2 เรื่อง และระดับ 6 จำนวน 1 เรื่อง ส่วนการ ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์นั้น ประเมิน 3 ด้านด้วยกันคือ (1) ความตรงของงานวิจัย (2) สรุปผลการวิจัย และ (3) ความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (Dicenso, Guyatt, & Ciliska, 2005) ผลจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่องพบว่า งานวิจัยมี คุณภาพตามเกณฑ์ และเสนอแนวทางการปรับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพและ สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข จากนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่สกัดได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อสรุปเนื้อหาสำคัญใส่ตาราง (Collective table) เพื่อเสนอเป็น ข้อเสนอแนะ (Recommendations) โดยพบว่า รูปแบบแนวทางการปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพนั้นแบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ 1) การบำบัดโดยใช้แนวคิดของ Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) ควรใช้ในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่นๆ ที่มีอาการทางจิตสงบ ร่วมอยู่ในการบำบัดด้วย 2) การใช้ Adherence Therapy โดยใช้การบำบัดการรู้คิด-การปรับ พฤติกรรม ร่วมกับเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ และ 3) การใช้ Psychoeducation ในการปรับระดับ ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท แต่ผลของโปรแกรมเป็นระยะสั้น

4.2 ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

1. พยาบาลสามารถพัฒนาแนวทางการปฏิบัติ เพื่อปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท และพัฒนาคู่มือการบำบัดโดยใช้แนวคิด Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) Adherence Therapy หรือการใช้ Psychoeducation และนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางการปฏิบัติว่า สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยในบริบทของสังคมไทยหรือไม่อย่างไร และทำการปรับปรุงเพื่อให้มีความสอดคล้องกับการนำไปใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อไป

2. ควรมีการประเมินทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในรายที่เป็นผู้ป่วยใหม่และในรายที่กลับเป็นซ้ำ หากพบว่ามีทัศนคติที่ไม่ดีต่อยาก็ควรมีการพิจารณาให้เข้าร่วมในโปรแกรมที่เหมาะสม

3. เนื่องจากผลการวิจัยโดยใช้โปรแกรม Psychoeducation และ Adherence Therapy มีการประเมินผลของโปรแกรมระยะสั้น ไม่มีการติดตามผลระยะยาว จึงควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม Psychoeducation และ Adherence Therapy ในการปรับระดับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว เช่น ติดตามผลระยะ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

การส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ENHANCING ATTITUDE TOWARD MEDICATION IN INPATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA:
EVIDENCE-BASED NURSING

อัจฉริย์ ทองมา 5237813 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ยาใจ สิทธิมงคล, Ph.D. (NURSING), ช่อทิพย์ สันธะวนิช,
ปร.ค. (ประสาทวิทยาศาสตร์)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเรื้อรังและรุนแรง ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) พบว่า ในแต่ละประเทศมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมาก รวมทั้งประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 0.5-1.0 ของประชากรทั่วไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) สำหรับสถิติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการดูแลรักษาในปี 2553 ทั่วประเทศมีจำนวนทั้งสิ้น 1,126,265 ราย พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุดจำนวน 445,840 ราย นอกจากนี้สถิติการมารับบริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา มีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการเป็นจำนวนมากในแต่ละปี ดังสถิติของจำนวนผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2553 มีจำนวน 122,777 ราย 118,045 ราย และ 124,211 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 6,873 ราย 6,338 ราย และ 7,402 ราย ตามลำดับ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรง จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้อื่น อันเนื่องมาจากความผิดปกติของพฤติกรรม อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การควบคุมอาการทางจิตที่รุนแรง ป้องกันการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ

สำหรับรูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลมีหลายรูปแบบ ประกอบด้วยการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาทางจิตสังคม เช่น การฝึกอาชีพ การทำจิตบำบัด การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด เป็นต้น ซึ่งการรักษาในปัจจุบันการรักษาด้วยยาเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุด (Kaplan & Sadock, 2000) ผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา เพื่อควบคุมอาการทางจิตในเบื้องต้น

อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น ผลข้างเคียงของยาส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อยารักษาโรคจิต และไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตไม่ว่ายากลุ่มเก่าหรือยาใหม่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงของยา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง กระสับกระส่าย ความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางเพศ (Sexual dysfunctions) แต่ยาใหม่มีอาการข้างเคียงจากยาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเก่า ซึ่งมีผลต่อทัศนคติที่ดีต่อยาและส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง นอกจากอาการข้างเคียงดังกล่าวแล้วนั้น ยังพบว่าความทุกข์ทรมานใจจากอาการทางด้านจิตใจ เช่น ขาดสมาธิ สูญเสียความจำ หรือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดการรับประทานยามากกว่าอาการข้างเคียงอื่นๆ อีกทั้งยังพบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะอ้วน ($BMI > 30$) ว่ามาจากการรับประทานยารักษาโรคจิต ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อยาและไม่ร่วมมือในการรับประทานยา จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต มีทัศนคติต่อการรับประทานยาในทางลบ มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในบุคคลกลุ่มต่างๆ ดังเช่น การศึกษาของ Biocina & Baric (2009) ที่ศึกษาความร่วมมือในการรักษาและการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเพศหญิง ในแถบยุโรป ตะวันออก จำนวน 15 คน และผู้ดูแล จำนวน 15 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการและอาการข้างเคียงจากยาน้อย จะทำให้ผู้ป่วยหยุดการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของโรงพยาบาล 10 แห่งในช่วง 12 ปีที่ผ่านมา การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาด้วยยาจากบุคลากรทางการแพทย์นับว่าเป็นประโยชน์มาก แต่พบว่ามากกว่า 70% ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับความรู้และข้อมูลการเจ็บป่วย มีเพียง 3% เท่านั้นที่รับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยเป็นอย่างดี อีกทั้งปัญหาการเป็นดราม่าของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแล 40% ปิดบังเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Day et al., (2005) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การให้การดูแล และทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 228 คนของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลใน North Wales และ Northwest ของประเทศอังกฤษ พบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ดี ประสิทธิภาพระหว่างการอยู่โรงพยาบาลที่ไม่ดี

การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองที่ต่ำ สามารถทำนายทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษา นอกจากนี้ Mohamed et al., (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ทัศนคติต่อยา อาการของโรค และทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จากสถาบันจิตเวชนานาชาติ Funded และติดตามผล 18 เดือน พบว่า ทัศนคติที่ดีต่อยาที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการที่ลดลงและทักษะทางสังคมที่เพิ่มขึ้น เมื่อระยะเวลาในการป่วยนานขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และการเลื่อมลงของอาการของโรค และมีการเพิ่มขึ้นของระดับความซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Haq et al., (2009) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติของผู้ป่วยในการรับประทานยารักษาโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภท 70 คนในโรงพยาบาลจิตเวช South East Dubin ผลการศึกษาพบว่า 86% ของผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาโรคจิต และ 82% มีการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองดี 27% มีจุดมุ่งหมายในชีวิตที่ชัดเจน Rusch, Todd, Bodenhausen, Weiden, & Corrigan (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่ดีต่อยา การรับรู้ และความร่วมมือในการรักษา โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชเมือง Chicago จำนวน 85 ราย พบว่า ระดับการรับรู้และความจำเป็นในการรักษา และทัศนคติที่ดีสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้

ในเอเชีย Huang, Cheng, Lai, & Hsieh (2009) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไต้หวัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะมีความคิดและการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยที่ดี ส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยที่มีงานทำจะมีความร่วมมือที่ดีในการรักษาด้วยยาเช่นกัน อีกทั้งยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีการคิดสารเสพติดและดื่มสุราสามารถทำนายได้ว่า จะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lan, Shiau, & Lin (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในไต้หวัน โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทและญาติจำนวน 70 ราย พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นผลมาจากการรักษาทางจิตเวช จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ไม่ดีในการรับประทานยา นอกจากนั้นความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ยังส่งผลที่ไม่ดีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้รักษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านแผนการรักษา โดยพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษา กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติที่ดีต่อภาวะความเจ็บป่วย การรับประทานยาและทราบถึงวัตถุประสงค์ของการรักษา ประสิทธิภาพของยาและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อ

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และเกิดความร่วมมือในการรักษา (Gaultiere, 2004)

ดังที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ทักษะคิดต่อยามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตนเอง การเจ็บป่วย ความรู้ อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการรักษา และประสบการณ์การอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย โดยทักษะคิดที่ดีต่อยานั้น สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษา กล่าวคือ หากผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองดี มีความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต จะทำให้ผู้ป่วยมีทักษะคิดที่ดีต่อการรักษา และเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามนักวิชาการได้กล่าวไว้ว่า ทักษะคิด คือ ความรู้สึกหรือความเชื่อ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ตัดสินว่าบุคคลรับรู้สถานะแวดล้อมอย่างไร มีแนวโน้มของการกระทำอย่างไร และสุดท้ายมีพฤติกรรมอย่างไร (Newstrom & Devis, 2002) จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลมีทักษะคิดต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่างกัน ก็เนื่องมาจากการที่บุคคลมีความเข้าใจ มีความรู้สึก หรือมีแนวความคิดแตกต่างกัน ดังนั้น ส่วนประกอบทางด้านความคิดหรือความรู้ ความเข้าใจ ส่วนประกอบนี้จะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคล อาจออกมาในรูปแบบแตกต่างกันทั้งในทางบวกและทางลบ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้ โดยที่องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งทักษะคิดของบุคคลสามารถถูกทำให้เปลี่ยนแปลงได้หลายวิธี อาจโดยการได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้อื่นหรือจากสื่อต่างๆ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของทักษะคิดในส่วนของการรู้คิด (Cognitive Component) และเมื่อองค์ประกอบส่วนใดส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลง องค์ประกอบส่วนอื่นจะมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงด้วย กล่าวคือ เมื่อองค์ประกอบของทักษะคิดในส่วนของการรู้คิดเปลี่ยนแปลง จะทำให้องค์ประกอบในส่วนของอารมณ์ (Affective Component) และองค์ประกอบในส่วนของพฤติกรรม (Behavioral Component) เปลี่ยนแปลงด้วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526)

จากประสบการณ์ผู้ศึกษา ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยจิตเวช เป็นหอผู้ป่วยแรกรับของโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในระยะเวลา 5 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2553 - เดือนพฤษภาคม 2553 มีอัตราการป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2553) จากการซักประวัติ สัมภาษณ์ และจากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำมีสาเหตุมาจากการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา 35 ราย ซึ่งมีสาเหตุจากการกลับไปใช้สารเสพติด 5 ราย มีพฤติกรรมทำร้ายผู้ดูแล 7 ราย ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมการรับประทานยาได้ 23 ราย จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยบอกว่า “กินแล้วตัวแข็ง ลื่นแข็ง น้ำลายไหล พูดไม่ชัด” มีจำนวน 13 ราย “กินยาแล้วง่วงมากทำให้ทำงานไม่ได้” มีจำนวน 8 ราย และ “การกินยาต่อเนื่องเป็นเวลานานทำให้รู้สึกมีภาระเพิ่มขึ้น” จำนวน

2. ราย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยประเมินการรับประทานยาในทางลบ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการไม่ร่วมมือในการรักษา เช่น เชื่อว่ายารักษาอาการทางจิตส่งผลให้มีความไม่สุขสบายทางกาย ทำงานไม่ได้ และรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บ่งบอกว่ามีทัศนคติที่ไม่ดีต่อยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และเกิดอาการกำเริบซ้ำ จากเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย มีวิธีการหลากหลายไม่เหมือนกัน แล้วแต่ความถนัดของแต่ละบุคคลที่จะนำมาใช้ เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ตั้งแต่วันแรกๆ ที่เข้ารับการรักษา หรือรอนกว่าอาการทางจิตสงบ การฝึกให้ผู้ป่วยจัดยารับประทานเอง โดยมีพยาบาลควบคุมดูแล ให้ความรู้กับญาติ/ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา การติดตามและการประเมินผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับลงในแบบบันทึกการเฝ้าติดตามการใช้ยา วิธีการต่างๆ ที่ปฏิบัติมามีหลายวิธีการ แต่ยังไม่มียูนิฟอร์มที่เป็นมาตรฐาน และไม่มีเครื่องมือประเมินทัศนคติที่มีความน่าเชื่อถือ ไม่ได้มีการประเมินความรู้และทัศนคติต่อการรับประทานยา ซึ่งส่งผลทำให้ไม่สามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลว่า ได้เพิ่มความรู้ เพิ่มทัศนคติที่ดีต่อยา และความร่วมมือในการรับประทานยาได้หรือไม่ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีทัศนคติไม่ดีต่อยาและไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถป้องกันและแก้ไขได้ ถ้าหากพยาบาลสามารถประเมินทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาได้ตั้งแต่แรกเริ่ม มีการวางแผนดูแล ให้ความรู้ ปรับทัศนคติของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการบำบัดทางการพยาบาล ซึ่งเป็นกิจกรรมที่พยาบาลสามารถทำได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา ส่งผลให้ผลการรักษาผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ช่วยควบคุมอาการทางจิตกำเริบซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตตามปกติ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้

จากปัญหาที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญในการทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายออกไปอยู่ในชุมชน ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) โดยใช้กระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบของ EBP ในการเสนอแนวทางในการปรับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิผลในการบำบัด ที่ก่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย นำไปสู่การพยาบาลที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางในการปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในโรงพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานมีแนวทาง/วิธีการ ที่จะช่วยปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท และส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการรับประทานยาเป็นแนวทางเดียวกัน
2. โรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จะช่วยให้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เกิดผลดีและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และเข้าใจถึงวิธีการบำบัดและเทคนิคการบำบัด ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะในการส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งวิธีดำเนินการศึกษานี้ประกอบด้วยวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และวิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

แนวทางการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

1. กรอบการสืบค้น ผู้ศึกษาได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (Craig, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้น ดังนี้

1.1 Population = ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยใน

1.2 Intervention = การบำบัดเพื่อปรับทัศนคติ

1.3 Comparison = ไม่มี

1.4 Outcome = ทัศนคติต่อยา

2. ขอบเขตการสืบค้น คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูล มีดังนี้

2.1 Population = Schizophrenia Inpatient

2.2 Intervention = Intervention

2.3 Comparison = none

2.4 Outcome = Attitude toward medication

ครอบคลุมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับ แนวทางการปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผลการวิจัยสามารถเพิ่มระดับทัศนคติต่อยา จึงกำหนดขอบเขตในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

- 1) ครอบคลุมงานวิจัย ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 7 ตามเกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (strength of evidence) โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk and Fineout-Overholt (2010)
- 2) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 ถึงปัจจุบัน ทั้งงานที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 3) เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ ทั้งงานที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 4) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ ที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี

3. การกำหนดแหล่งสืบค้น ฐานข้อมูล/แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่

3.1 ฐานข้อมูล Electronic

- ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ Cochrane-library
- ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ Cochrane, CINAHL, Blackwell Synergy, Pub Med , Springer Link , Pro Quest , High Wire และ Science Direct

3.2 Hand search

- Journal ที่มีการพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ British Journal of Psychiatry และวิทยานิพนธ์ตามห้องสมุดของสถาบันต่างๆ ในประเทศไทย
- เอกสารอ้างอิงจากบทความต่างๆ

4. การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว นำมาประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ นำงานวิจัยที่ได้มาลงในตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประชากรที่ศึกษา สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และการประเมินคุณภาพหลักฐานโดยใช้เกณฑ์การประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ความตรงของผลงานวิจัย สรุปผลการวิจัย และความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการปฏิบัติ การประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (strength of evidence) ได้ใช้แบบประเมินตามเกณฑ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2010) เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถแก้ไขปัญหาทางคลินิก คือการบำบัดเพื่อส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นแล้ว ผู้ศึกษานำหลักฐานเชิงประจักษ์มาสกัดเนื้อหาที่สำคัญ และสรุปใจความสำคัญนำเสนอเป็นตาราง แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เป็นข้อแนะนำ (Recommendation) รูปแบบการส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท จากผลการสืบค้นได้งานวิจัยจำนวน 7 เรื่อง เมื่อนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาจัดระดับความน่าเชื่อถือและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์จัดระดับความน่าเชื่อถือและความเข้มแข็งของ Melnyk and Fineout-Overholt (2010) หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดจำนวน 7 เรื่อง เป็นงานวิจัยแบบ Randomized Controlled trial 4 เรื่อง งานวิจัยแบบ quasi-experimental design ที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2 เรื่อง และงานวิจัยแบบ one group pre-posttest design 1 เรื่อง

ข้อแนะนำที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการสกัดเนื้อหาที่สำคัญของงานวิจัยทั้งหมด 7 เรื่อง ได้ข้อแนะนำของโปรแกรมการส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนี้

1. โปรแกรมการส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นมีถึง 3 โปรแกรม ได้แก่ Compliance Therapy, Adherence Therapy และโปรแกรม Psychoeducation ซึ่งทั้ง 3 โปรแกรมนี้มีความแตกต่างกัน โดย Compliance Therapy ใช้แนวคิด Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) สามารถปรับทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภทได้ในระยะยาว โดยมีการให้ Booster session ในเวลา 3, 6, 12 เดือนเป็นระยะๆ สำหรับ

Adherence Therapy เป็นโปรแกรมที่ใช้การบำบัดการรู้คิด-การปรับพฤติกรรม ร่วมกับเทคนิคการสร้างแรงจูงใจนั้น จะให้ผลดีในด้านการปรับเปลี่ยนความเชื่อมั่นในการรับประทานยาและการให้ความสำคัญต่อการรับประทานยา ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในการรับประทานยา สำหรับโปรแกรม Psychoeducation โดยร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์นั้น สามารถปรับทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภทได้เช่นกัน แต่เป็นผลดีในการปรับทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภทในระยะสั้นเท่านั้น

2. Compliance Therapy โดยการใช้แนวคิด Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตเวชอื่นๆ ที่มีอาการทางจิตสงบ เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ไม่รวมถึงผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ซึ่งมีทั้งเพศหญิงและเพศชาย จึงจะมีประสิทธิผล โดยสามารถปรับทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Kemp et al., 1996, 1998: Level 2; Sim-Eng Clara Tay, 2007: Level 6)

- Compliance Therapy จัดให้มีขึ้น 4-6 sessions ใช้เวลา session ละ 10-60 นาที ทำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใน 2 sessions แรก จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประวัติการเจ็บป่วย ค้นหาและระบุปัญหา ความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ใน session ที่ 3 และ 4 จะเน้นการอภิปรายที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น โดยจะเน้นไปที่อาการของโรค ผลข้างเคียงของการรักษา พิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของการรักษา ผลประโยชน์และอุปสรรคของการรักษาในผู้ป่วยที่ลังเลใจ ซึ่งกิจกรรมนี้กระตุ้นให้ผู้ป่วยสำรวจและเริ่มเข้าใจตนเอง ผู้บำบัดต้องการเน้นให้เห็นถึงความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติตัว ความเชื่อในการเข้ารับการรักษ และพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วย ใน 2 sessions สุดท้าย คือ session ที่ 5 และ 6 มีการอธิบายการใช้ยาในการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี และการมีชีวิตรอยู่อย่างผาสุก โดยการเน้นการป้องกันและการรักษาเยี่ยงยาผู้ป่วย (Kemp et al., 1996, 1998: Level 2)

- การใช้ Compliance Therapy ในการปรับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยจิตเวช ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีทัศนคติต่อยาดีขึ้น และจะคงทน 18 เดือน แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการให้ Booster session ในเวลา 3, 6, 12 เดือน เป็นระยะๆ (Kemp et al., 1996, 1998: Level 2)

3. ในรายที่ใช้ Compliance Therapy ไม่สามารถปรับทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยจิตเวชได้นั้น ควรมีการจัดให้ผู้ป่วยเข้ารับโปรแกรม Adherence Therapy โดยใช้การบำบัดการรู้คิด-การปรับพฤติกรรม ร่วมกับเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (Maneesakorn, Robson, Gournay, & Gray, 2006: Level 2)

- โปรแกรม Adherence Therapy การบำบัดจำนวน 8 ครั้ง ทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 15-60 นาที โปรแกรม Adherence Therapy แต่ละขั้นตอน คือ การทำ

สัญญาข้อตกลง การประเมินผล การเตรียมความพร้อมในการรับประทานยา โปรแกรมการบำบัด และการประเมินผลการเข้าโปรแกรม (Maneesakorn, Robson, Gournay, & Gray, 2006: Level 2)

- โปรแกรม Adherence Therapy โดยการใช้การบำบัดการรู้คิด-การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ สามารถปรับเปลี่ยนการให้ความสำคัญต่อการรับประทานยาและความเชื่อมั่นในการรับประทานยา ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในการรับประทานยา ปรับทัศนคติต่อยาและสร้างความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Maneesakorn, Robson, Gournay, & Gray, 2006: Level 2)

4. การประเมินผู้ป่วยเข้ารับโปรแกรม ซึ่งจำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบ โดยมีการประเมินจากเครื่องมือ Brief Psychiatric Rating Scale แบบประเมินอาการทางจิต Seven item version (ฉบับย่อ) ผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรม ต้องมีคะแนนประเมินอาการทางจิตอยู่ในช่วง 18-36 คะแนน (Chaiyajan, Sitthimongkol, Yuttatri, & Klainin, 2009: Level 3)

5. การติดตามประเมินผล Compliance Therapy (Cognitive-Behavioral Intervention) ควรมีการติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน และ 6 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม (Kemp et al., 1996, 1998: Level 2)

6. ผู้ที่ทำหน้าที่ดำเนินโปรแกรม Compliance Therapy (Cognitive-Behavioral Intervention) ควรเป็นพยาบาลจิตเวช หรือพยาบาลที่ได้รับการอบรมที่มีความรู้และทักษะในการทำกลุ่ม Compliance Therapy (Cognitive-Behavioral Intervention) โดยต้องฝึกการทำกลุ่มและการให้คำปรึกษาเป็นอย่างดีมาก่อน (Kemp et al., 1996, 1998: Level 2)

7. หากมีความต้องการปรับทัศนคติและความร่วมมือในการรักษาเท่านั้น สามารถใช้แนวคิด Psychoeducation ในการปรับระดับทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้

- โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม การบำบัดรายบุคคล จำนวน 6 sessions ใช้เวลา session ละ 30 นาที ซึ่งทำทุกวัน จำนวน 6 วันก่อนจำหน่าย สามารถปรับทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท (Chaiyajan, Sitthimongkol, Yuttatri, & Klainin, 2009: Level 3)

- โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จัดทำโดยจิตแพทย์ เป็นการบำบัดรายกลุ่ม 6-8 คน จำนวน 4 sessions สัปดาห์ละ 1 sessionๆ ละ 1 ชั่วโมง โดยจะให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิตเภท การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ยารักษาโรคจิตเวช และอาการข้างเคียงจากยา สามารถปรับทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Degmecic, Pozgain, & Filakovic, 2007: Level 3)

8. การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ประเมินจากแบบประเมินทัศนคติต่อยา Drug Attitude Inventory (DAI-10) พัฒนาโดย Hogan, Awad, & Easwood (1983) มี 10 หัวข้อ โดย 6 หัวข้อเป็นเชิงบวก และ 4 หัวข้อเป็นเชิงลบ หากมีค่าคะแนนสูง หมายถึง การมีทัศนคติที่ดีต่อยา แบบประเมินนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยใช้ Back Translation Technique โดยวิริยจน์ ไชยจันทร์ และคณะ (2009) (Chaiyajan, Sitthimongkol, Yuttatri, & Klainin, 2009: Level 3)

ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการสกัดเนื้อหาที่สำคัญของงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ของโปรแกรมการส่งเสริมทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนี้

1. โรงพยาบาลสามารถพัฒนาแนวทางการปฏิบัติ เพื่อปรับทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยจิตเภท และพัฒนาคู่มือการบำบัดโดยใช้แนวคิด Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) Adherence Therapy หรือการใช้ Psychoeducation และนำไปทดลองใช้ ในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาล ศรีธัญญา เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางการปฏิบัติว่า สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยใน บริบทของสังคมไทยหรือไม่อย่างไร และทำการปรับปรุงเพื่อให้มีความสอดคล้องกับการนำไปใช้ กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อไป
2. ควรมีการประเมินทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในรายที่เป็นผู้ป่วย ใหม่และในรายที่กลับเป็นซ้ำ หากพบว่ามีทัศนคติที่ไม่ดีต่อยาก็ควรมีการพิจารณาให้เข้ารับ โปรแกรมที่เหมาะสม
3. เนื่องจากผลการวิจัยโดยใช้โปรแกรม Psychoeducation และ Adherence Therapy มีการประเมินผลของโปรแกรมระยะสั้น ไม่มีการติดตามผลระยะยาว จึงควรมีการวิจัยเพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของการใช้ โปรแกรม Psychoeducation และ Adherence Therapy ในการปรับระดับ ทัศนคติต่อยาในผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว เช่น ติดตามผลระยะ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

ENHANCING ATTITUDES TOWARD MEDICATION IN INPATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: EVIDENCE-BASED NURSING

ACHAREE TONGMA 5237813 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D. (NURSING), CHORTIP SANTHANAWANIT, Ph.D. (NEUROSCIENCE)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Schizophrenia is a severe chronic psychiatric illness that causes deterioration in personality, emotion, and perception (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2548). It has been reported that the number of patients with schizophrenia in every country is rather high. In Thailand, patients with schizophrenia account for 0.5-1.0% of the general population (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2545). In Thailand, the number of patients with psychiatric illnesses who received treatment was 1,126,265. Of these, 445,840 were patients with schizophrenia. According to the statistics of Srithanya Hospital, the numbers of patients with schizophrenia who sought treatment at the hospital between 2008 and 2010 were equal to 122,777, 118,045, and 124,211, respectively. Of these, 6,873, 6,338, and 7,402 were hospitalized, respectively.

Patients with schizophrenia who have severe psychiatric symptoms need to be hospitalized to prevent dangers to themselves and others due to their behavioral abnormality, delusion, and hallucination. The goal of schizophrenia treatment is to control severe psychiatric symptoms, to prevent possible harms to themselves and others, and to reduce the rates of relapses. There are different forms of treatment provided to hospitalized patients with schizophrenia such as pharmacological treatment, electrical treatment, and psychosocial treatment including occupational therapy, psychotherapy, and environmental therapy, etc. At present, pharmacological

treatment is the most widely used form of treatment for patients with schizophrenia (Kaplan & Sadock, 2000). This is because all patients with schizophrenia need to receive medication to initially control their psychiatric symptoms.

However, when pharmacological treatment is used, patients will suffer from side effects of the medication. This can make them develop negative attitudes toward psychiatric medication and lack adherence to medication. A review of literature has shown that patients who receive a new group of medicines have fewer side effects than those who receive an old group of medicines, which affects their attitudes toward medication and medication adherence. In fact, both old groups and new groups of medication have side effects such as stiff body, stiff tongue, listlessness, and sexual dysfunction. In addition to these physical symptoms, medication can result in psychological symptoms such as loss of concentration, memory loss, or depression. These side effects cause patients to discontinue medication intake more than other side effects. In addition, it has been found that some patients have understanding that psychiatric medication lead to obesity ($BMI > 30$), hence more negative attitudes toward medication and lack of medication adherence. Therefore, it can be seen that patients with schizophrenia are likely to have negative attitudes toward medication which eventually lead to lack of medication adherence.

A review of literature and related research was conducted on factors related to knowledge, attitudes, and behaviors in groups of individuals. For example, Biocina and Baric (2009) investigated treatment adherence and perceived illness in 15 female patients with schizophrenia and 15 caregivers in Eastern Europe and reported that patients with a low level of knowledge of sickness, symptoms, and side effects of medication were more likely to discontinue medication. Likewise, a report of ten hospitals in the past 12 years has indicated that it was very beneficial for patients if they receive information about their illness and pharmacological treatment from medical staffs, but more than 70% of the patients did not receive knowledge and information about their illness, and only 3% of them received sufficient information. Furthermore, schizophrenia is seen as a stigma by patients and their family. It has been discovered that 40% of caregivers did not reveal the illness of their family members. Similarly, Day et al., (2005) examined the relationship among symptoms,

provision of care, and attitudes toward medication of 228 patients with schizophrenia who were hospitalized in North Wales and Northwest England and found that poor relationship with medical staffs, bad experience with hospitalization, and low self-perception could predict negative attitude toward treatment. Moreover, Mohammed et al., (2008) conducted a study to explore the relationship among perception, attitudes toward medication, symptoms, and social skill of patients with chronic schizophrenia at the Funded National Psychiatric Institute with an 18-month follow up. They reported that an increase in positive attitudes toward medication was statistically significantly related to a decrease in symptoms and an increase in social skills. Also, when time passed, there would be changes in perception and deterioration of symptoms as well as an increase in levels of depression. Such findings were consistent with the findings of Haq et al., (2009) who investigated factors influencing attitudes toward psychiatric medication of 70 patients with schizophrenia at South East Dublin psychiatric hospital and found that 86% of the patients had positive attitudes toward psychiatric medication, 82% had good perception of their own knowledge, and 27% had clear life goals. Finally, Rusch, Todd, Bodenhausen, Weiden, and Corrigan (2009) studied relationship among good attitudes toward medication, perception, and treatment adherence in 85 outpatients with schizophrenia at a psychiatric hospital in Chicago and found that good attitudes toward medication could predict levels of perception, necessity of treatment, and medication adherence.

In Asia, Huang, Cheng, Lai, and Hsieh (2009) explored factors affecting treatment adherence in patients with schizophrenia in Taiwan. It was reported that patients who were highly educated had good cognition and perception of treatment, hence good adherence to treatment. Also, working patients had good treatment adherence, while patients who were addicted to drugs or alcohol had poor treatment adherence. Likewise, Lan, Shiau, and Lin (2003) investigated relationship among knowledge, belief, attitudes, and medication adherence in patients with schizophrenia in Taiwan by interviewing 70 patients and caregivers. They found that medication adherence was associated with positive attitudes toward medication of patients. That is, if patients believed that changes in their environment resulted from psychiatric treatment, they would lack medication adherence. Besides, knowledge of side effects of psychiatric medications resulted in poor medication adherence.

Thus, it could be seen that important factors that affect treatment adherence in patients with schizophrenia are patient factors, medical staff factors, environmental factors, and treatment factors. Previous studies have shown that the factor of patients' attitudes is significant for treatment adherence. To explain further, patients' good attitudes toward illness and medication and their understanding of treatment goals, medication efficiency, and possible side effects are associated to medication adherence. This is because they enable patients to understand the condition of their illness, which results in treatment adherence (Gaultiere, 2004).

Therefore, it can be concluded that attitudes toward medication are associated with self-perception, illness, knowledge, side effects of psychiatric medication, relationship with healthcare staffs, and hospitalization experience of patients. Good attitudes toward medication of the patients could predict treatment adherence. To explain, if patients have a good level of perception of their own illness, and have knowledge of psychiatric medication and side effects, they are likely to have positive attitudes toward treatment and develop medication adherence. However, Newstrom & Devis (2002) have pointed out that attitudes are feelings or beliefs which are mostly used to determine how individuals perceive their environment, including how they are attached to their actions and how they behave in the end. It can be seen that individuals' attitudes toward something vary due to the differences in their understanding, feelings, or ideas. As such, thinking, knowledge, and understanding are related to individuals' feelings, which can be expressed differently-both positively and negatively-depending on individuals' experiences and learning, which are interrelated. In fact, individuals' attitudes can be changed by many things including reception of information from other individuals or media. The information they receive will result in changes in the cognitive components of attitudes. Once one component has changed, others are likely to change as well. That is, when the cognitive component of attitudes has changed, the affective component and the behavioral component will change as a result as well (Prapapen Suwan, B.E. 2526).

According to the researcher's experience working in a psychiatric ward, which is the first point of admission of Srithanya Hospital, it was found that the patients with schizophrenia who were readmitted within five months between January and May 2010 had high rates of relapses (Srithanya Hospital, B.E. 2553). From the

interviews of patients' history and reviews of medical records, it could be seen that 35 of the patients lacked medication adherence. Of these, five resumed their drugs habits, seven had physically aggressive behaviors and physically abused their caregivers, and 23 could not be controlled by their caregivers who looked after their medication intake. In the interviews, 13 patients stated that they did not take medication because "when I took the medication, I had stiff body and tongue. I was drooling, and I couldn't speak clearly." Moreover, eight patients explained that, "after taking medication, I was so drowsy I could not work," and two indicated that, "taking medication for a long period of time made me feel more burdened." Therefore, it was apparent that the patients assessed their medication intake in a negative way, which resulted in lack of medication adherence. In other words, the patients with schizophrenia believed that psychiatric medication caused physical discomfort, made them unable to work, and gave them more burdens. When the patients had negative attitudes toward medication and lacked medication adherence, they could experience relapses. Generally, when this happens, nurses working in the psychiatric wards have different techniques to use to handle the patients. Some disseminate knowledge to patients with schizophrenia on an individual and a group basis since their admission or after their symptoms can be controlled, some train the patients to take care of their medication intake under the nurses' supervision, some give knowledge to the patients' caregivers and relatives about the illness and its treatment, and others follow up and evaluate side effects of the medication the patients receive on the medication monitoring form. However, there is no standard practice that nurses can uniformly use and there are no valid and reliable instruments to assess the patients' knowledge and attitudes toward medication. As a result, it is impossible to determine if the nurses' current practices can actually enhance patients' knowledge, attitudes, and adherence to medication. In fact, nurses play an important role in caring for patients with schizophrenia who are hospitalized. Patients' negative attitudes toward medication and lack of medication adherence can be prevented and solved if nurses are able to assess their attitudes toward medication, a major cause of lack of medication adherence, since admission. Nurses can plan for nursing care, provision of knowledge, and enhancement of patients' attitudes using nursing therapy to equip the patients with knowledge, understanding, and positive attitudes toward medication and

medication adherence. When the patients have correct practice as specified in the treatment plan, the treatment will be effective and continuous and the patients' psychiatric symptoms can be put under control. Consequently, the patients will be enabled to live a normal life, their rates of re-admission into the hospital will be reduced, and their medical care expenses can be decreased.

Based on the aforementioned problems, the investigator realized the significance of reviewing, analyzing, and synthesizing related literature and research to come up with an evidence-based practice guideline to enhance attitudes of patients with schizophrenia to ensure medication adherence since hospital admission until discharge from hospital to community. In this study, the concept of evidence-based practice (EBP) was used to propose a clinical nursing practice guideline to enhance attitudes of patients with schizophrenia to ensure medication adherence and reduce rates of hospital re-admission, which is in compliance with the policy of Srithanya Hospital that emphasizes rehabilitation of the patients with standard and quality nursing care.

Purpose of the Study

The present study aimed at analyzing and synthesizing guidelines to enhance attitudes toward medication in inpatients with schizophrenia to derive an evidence-based practice.

Expected Outcomes and Benefits

1. The workplace will have uniformed guidelines or ways to enhance attitudes toward medication in inpatients with schizophrenia and promote medication adherence.
2. The hospital will have an evidence-based clinical nursing practice guideline to further develop the quality and efficiency of the hospital.

Methodology

The present study aimed at developing the guideline to enhance attitudes toward medication in patients with schizophrenia and to shed light on existing therapy methods and techniques. Research-based evidence was reviewed, analyzed, and synthesized to derive at a recommendation on enhancement of attitudes toward medication in patients with schizophrenia. The methodology used in the present study consisted of a search for evidence and evaluation of the selected evidence as described below.

Guidelines in the search of research-based evidence

1. Framework of the search: the PICO framework (Craig, 2002) was used as a criterion in the search for research-based evidence as follows:

- 1.1 Population = Inpatients with schizophrenia
- 1.2 Intervention = Intervention
- 1.3 Comparison = None
- 1.4 Outcome = Attitude toward medication

2. Scope of the search: The keywords used in the search were as follows:

- 2.1 Population = Schizophrenia inpatient
- 2.2 Intervention = Intervention
- 2.3 Comparison = none
- 2.4 Outcome = Attitude toward medication

The keywords used in the search covered research-based evidence on guidelines on enhancement of attitudes toward medication in patients with schizophrenia. To ensure that the research that could be utilized to enhance attitudes toward medication in patients with schizophrenia, the scope of the selection of research-based evidence was set as follows:

1) It covered research from level 1 to level 7 based on the evaluation criteria of strength of evidence proposed by Melnyk and Fineout-Overholt (2010).

2) It was published in the past fifteen years, from 1996 up to the present, in either Thai or English.

3) It had a full text, either in Thai or in English, because the research abstract did not contain sufficient data for analysis and synthesis.

4) It was research-based evidence conducted with adult patients with schizophrenia aged between 18 and 65 years.

3. Sources of data: The databases or sources of data used in the search were the following:

3.1 Electronic databases

- Databases on systematic reviews, which was Cochrane-library

- Other databases on research-based evidence including Cochrane, CINAHL, Blackwell Synergy, PubMed, SpringerLink, ProQuest, HighWire Press and ScienceDirect

3.2 Manual search

- Journals in which research on patients with psychiatric illnesses was published such as British Journal of Psychiatry and theses and dissertations at libraries at universities in Thailand

- References from journal articles

4. Criteria in the search

4.1 It was research-based evidence whose full text was available and which was included in the databases between 1996 and present. It was published either in Thai or in English.

4.2 After the research-based evidence was selected, it was evaluated to determine its quality and reliability. In other words, the selected research was evaluated to determine its quality in terms of research objectives, samples, research settings, research methodology/levels of evidence, instrumentation, data collection, study findings, and outcome of evaluation of level of evidence based on three criteria of validity of the research findings, conclusions, and suitability for implementation. The strength of evidence was evaluated based on the criteria of Melnyk and Fineout-Overholt (2010) to derive an evidence-based practice that could solve clinical problems regarding effective enhancement of attitudes toward medication in patients with schizophrenia. After that, the researcher extracted the contents of the selected research and summarized the contents in a table before

analyzing and synthesizing the tabulated data to derive at the recommendation on patterns of enhancement of attitudes toward medication in patients with schizophrenia. In this study, seven research studies were selected. When the levels of evidence were evaluated based on the criteria proposed by Melnyk and Fineout-Overholt (2010), it was found that four of the selected studies were randomized controlled trials, two were quasi-experimental research studies with the experimental group and the control group, and a one group pre-posttest design.

Recommendations Based on the Selected Evidence

According to the analysis and synthesis of the selected research, the following recommendations on enhancement of attitudes toward medication in patients with schizophrenia could be made as follows:

1. There are three different programs aimed to enhance attitudes toward medication in inpatients with schizophrenia. These are compliance therapy, adherence therapy and psychoeducation. The differences among these programs are that: 1) Compliance Therapy based on CBT (cognitive-behavioral therapy) could adjust the attitude toward medication overtime (eighteen months) when booster sessions of compliance therapy were offered at three, six, and twelve months; 2) Adherence Therapy based on CBT (cognitive-behavioral therapy) and Motivational Interviewing could improve not only the attitude toward medication, but also increase the patient's beliefs and confidence in using medication; 3) Psychoeducation program could improve the attitude toward medication. However, the effectiveness of the program were retained within three months.

2. Compliance Therapy Program

The compliance therapy program is based on the concept of cognitive-behavioral therapy (CBT). This type of therapy should be implemented for patients with schizophrenia simultaneously with patients with other psychiatric illnesses such as patients with major depressive disorder, but without any patients with history of substance abuse, to ensure effectiveness of the program. Previous studies have reported that this type of therapy program can enhance attitudes toward medication in

patients with schizophrenia (Kemp et al., 1996, 1998: Level 2; Sim-Eng Clara Tay, 2007: Level 6).

-The compliance therapy program includes four to six sessions, each of which lasting ten to 60 minutes. The sessions are organized twice a week. During the first two sessions, the patients receive opportunity to review their history of illness and to search for and identify the problems about their illness. In the third and fourth sessions, more specific discussions are organized, with an emphasis on the symptoms of the diseases, side effects of the treatment, advantages and disadvantages of the treatment, and benefits and obstacles of hesitant patients. These activities aim at encouraging patients to learn and gain more understanding about themselves. The therapists have to emphasize conflicts among practices, beliefs about treatment, and behavioral adjustment of the patients. Finally, in the last two sessions, sessions five and six, the patients are given explanation on use of medication to increase quality of life and to ensure well-being in life, with an emphasis on prevention and treatment of patients (Kemp et al., 1996, 1998: Level 2).

-The use of the compliance therapy program to enhance attitudes toward medication in patients with schizophrenia enables the patients to have more positive attitudes toward medication, and the effects of the program can be retained for as long as 18 months (Kemp et al., 1996, 1998: Level 2).

3. The Adherence Therapy Program

As for patients whose attitudes toward medication cannot be enhanced with the compliance therapy program, the adherence therapy program can be used instead. The adherence therapy program is implemented based on the cognitive adjustment concept together with the motivation enhancement technique (Maneesakorn, Robson, Gournay, & Gray, 2006: Level 2).

-The adherence therapy program includes eight therapy sessions, which are conducted once a week, each session lasting 15 to 60 minutes. The steps involved in the adherence therapy program are making an agreement, evaluating, preparing for readiness to take medication, implementing the therapy program, and assessing the outcome of program participation (Maneesakorn, Robson, Gournay, & Gray, 2006: Level 2).

-The adherence therapy program based on the cognitive adjustment concept together with the motivation enhancement technique can enhance attitudes toward medication in patients with schizophrenia and ensure medication adherence (Maneesakorn, Robson, Gournay, & Gray, 2006: Level 2).

4. The Brief Psychiatric Rating Scale, seven-item version (short version), should be used to assess the patients with schizophrenia before their participation in the program. The eligible patient should exhibit mild psychotic symptoms determined by eighteen to thirty-six marks of this scale (Chaiyajan, Sitthimongkol, Yuttatri, & Klainin, 2009: Level 3).

5. Monitoring of the outcomes of the compliance therapy program (cognitive-behavioral intervention): The outcomes should be followed up at every three and six months after the patients' participation in the program (Kemp et al., 1996, 1998: Level 2).

6. The therapists in the compliance therapy program (cognitive-behavioral intervention): Medical staffs who implement the program should be psychiatric nurses or professional nurses who have undergone training and have knowledge and skills to conduct the compliance therapy program (cognitive-behavioral intervention). They have to have sufficient experience conducting group activities and providing counseling to psychiatric patients (Kemp et al., 1996, 1998: Level 2).

7. Psychoeducation: If the goal of the therapy is merely to enhance patients' attitudes and increase compliance to treatment, the concept of psychoeducation can be employed using the following:

-The psychoeducation program with telephone visits can be used on an individual basis. It includes six sessions, each lasting 30 minutes. The sessions are conducted everyday for six days before the patients are discharged from the hospital. It has been found to be effective to enhance attitudes toward medication in patients with schizophrenia and increase their adherence to first appointments after hospital discharge (Chaiyajan, Sitthimongkol, Yuttatri, & Klainin, 2009: Level 3).

-The psychoeducation program is conducted by a psychiatrist on a group basis, with six to eight members in each group. It consists of four sessions which meet once a week for one hour. During the program sessions, there is dissemination of knowledge on warning signs of schizophrenia, prevention of relapses,

psychiatric medication, and side effects of medication. The program has been found to be effective to enhance patients' attitudes toward medication and increase their compliance to treatment (Degmecic, Pozgain, & Filakovic, 2007: Level 3).

8. Evaluation of the effectiveness of the program can be assessed using the Drug Attitude Inventory (DAI-10) was developed by Hogan, Awad, and Easwood (1983). It consists of ten topics, with six positive topics and four negative topics. Higher scores indicate more positive attitudes toward medication. This scale was back-translated into Thai by Chaijakan and colleagues (Chaiyajan, Sitthimongkol, Yuttatri, & Klainin, 2009: Level 3).

Suggestions

Based on the analysis and synthesis of related research, the following suggestions on a program to enhance positive attitudes toward medication in patients with schizophrenia who are hospitalized can be made as follows:

1. Nurses can develop a clinical nursing practice guideline to enhance attitudes toward medication in patients with schizophrenia. They can construct a therapy manual based on the concepts of CBT, adherence therapy, and psychoeducation therapy. The developed practice guideline can be tried out with patients with schizophrenia at Srithanya hospital to assess the feasibility of implementing the developed practice guideline and to determine suitability of the guideline when being implemented in the Thai context so that the guideline can be further improved to ensure its appropriateness for use with hospitalized patients with schizophrenia.

2. Assessing attitude toward medication should be performed in schizophrenia patients with first admission or with relapse. Those who were found to express negative attitude toward medication should be motivated to participate in the program.

3. According to the review, the psychoeducation program and Adherence Therapy were evaluated on a short term basis and there are no long-term follow-up. Therefore, research should be carried out to determine the long-term effectiveness of

the psychoeducation program and Adherence Therapy to enhance attitudes toward medication in patients with schizophrenia at three months, six months, or one year.

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2553). *สถิติโรงพยาบาลจิตเวช*. รายงานประจำเดือน. นนทบุรี: กองแผนงานกระทรวงสาธารณสุข.
- เกษม ต้นดิผลาชีวะ. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จลี เจริญสรรพ. (2538). ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *วารสารพยาบาล สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (3 กรกฎาคม-กันยายน 2538)*, 220-226.
- ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน. (2544). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น: สำนักวิทยบริการ.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2549). *พฤติกรรมผู้บริโภคร้านอาหารตลาด*. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พีระพินา.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยณิข. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2550). *จิตเวชศาสตร์รามาชิตี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิตี.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาชิตี*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิตี.
- ยาใจ สัทธิมงคล. (2538). ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: การวิเคราะห์รายงานการวิจัย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 13 (1), 19-25.
- ราตรี อินทริย์. (2541). การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามการรับรู้ของพยาบาล และผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสวนปรุง*, 14 (3).
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2554). *รายงานประจำปี 2553 โรงพยาบาลศรีธัญญา*. ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. (2545). *จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎีและปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก.
- สร้อยตระกูล (ดิษยานนท์) อรรถมานะ. (2541). *พฤติกรรมองค์การ: ทฤษฎีและการประยุกต์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. (2552). ข้อมูลสถิติ. from http://service.nso.go.th/nso/nso_center.
- สุพล รุจิรพิพัฒน์. (2529). การศึกษาผู้ป่วยโรคจิตที่กลับเข้ามารับ การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.
- Agarwal, M.R., Sharma, V.K., Kumar, K., & Lowe, D. (1998). Non-Compliance With Treatment in Patients Suffering From Schizophrenia: a Study To Evaluate Possible Contributing Factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 44(2), 92-106.
- Adewuya, A.O., Ola, B.A., Mosaku, S.K., Fatoye, F.O., & Eegunranti, A.B. (2006). Attitude towards antipsychotics among out-patients with schizophrenia in Nigeria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 207-211.
- Biocina, S.M., & Baric, V. (2009). Factors important for compliance among Croatian patients suffering from Schizophrenia- How to improve psychiatric services in Croatia. *Psychiatria Danubina*, 21, 36-41.
- Chaiyajan, W., Sitthimongkol, Y., Yuttatri, P., & Klainin, P. (2009). Effects of a Psychoeducational Program on Attitude toward Medication and Compliance with First Appointment after Discharge in Schizophrenic Patients. *Journal of Nursing Science*, 27(3), 73-81.
- Day, J.C., Bentall, R.P., Roberts, C., Randall, F., Roger, A., Cattell, D., Healy, D., Rae, P., & Power, C. (2005). Attitudes Toward Antipsychotic Medication: The Impact of Clinical Variables and Relationships With Health Professionals. *Archives of General Psychiatry*, 62, 717-724.
- Degmecic, D., Pozgain, I., & Filakovic, P. (2007). Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Patients with Schizophrenia. *Collegium Antropologicum*, 31(4), 1111-1115.
- Dolder, C.R., Lacro, J.P., Dunn, L.B., & Jeste, D.V. (2002). Antipsychotics Medication Adherence: Is There a Difference Between Typical and Atypical Agents? *American Journal of Psychiatry*, 159, 103-108.
- Elmasri, Y.M. (2011). Effects of Educational Program on Insight into Illness and Attitude toward Medications among Schizophrenic Patients. *Journal of American Science*, 7(3), 269-277.

- Fleischhacker, W.W., Oehl, M.A., & Hummer, M. (2003). Factors Influencing Compliance in Schizophrenia Patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(16), 10-13.
- Gaultiere, B. (2004). Understanding and help for schizophrenia Retrieved September 17, 2004, from <http://www.newhopenow-newhopenote.htm>.
- Gibson, J.L. (2000). *Organizations: behavior, structure, processes*. (10th ed.). Boston: Irwin/McGraw-Hill.
- Gutierrez, M.J., Caqueo, U.A., & Ferrer, G.M. (2009). *Effects of a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia*. Spain: University of Barcelona.
- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., & Kissling, W. (2005). Do Patients With Schizophrenia Wish to Be Involved in Decisions About Their Medical Treatment? *American Journal of Psychiatry*, 162, 2382-2384.
- Haq, F., Behan, C., McGlade, N., Mulkerrin, U., O'Callaghan, E., Kinsella, A., Corvin, A., Donohoe, G., & Gill, M. (2009). Factors that influence patients' attitudes to antipsychotic medication. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 26(1), 6-11.
- Hornby, A.S. (2001). *Oxford Advanced Learner's Dictionary*. (6th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Huang, W.F., Cheng, J.S., Lai, I.C., & Hsieh, C.F. (2009). Medication Compliance in Outpatients with Schizophrenia in One Veterans Hospital in Taiwan. *Journal of Food and Drug Analysis*, 17(6), 401-407.
- Jones, P.B., Barnes, T.R.E., Davies, L., Dunn, G., Lloyd, H., Hayhurst, K.P., Murray, R.M., Markwick, A., & Lewis, S.W. (2006). Randomized Controlled Trial of the Effect on Quality of Life of second-vs Firth-Generation Antipsychotic Drugs in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1079-1087.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (2000). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences and clinical psychiatry*. (8th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kelman, H.C. (1967). *Compliance, Identification and Internalization: Three Process of Attitude Change, Attitude Theory and Measurement*. New York: John Wiley and Sons.

- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: Randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 345-349.
- Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., & David, A. (1998). Randomized controlled trial of Compliance therapy 18-month follow up. *British Journal of Psychiatry*, 172, 413-419.
- Lambert, M., Conus, P., Eide, P., Mass, R., Karow, A., Moritz, S., Golks, D., & Naber, D. (2004). Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *European Psychiatry*, 19, 415-422.
- Lan, C.M., Shiau, S.J. & Lin, L.C. (2003). Knowledge, Beliefs, Attitudes and Drug Compliance in Schizophrenic Patients. *Tzu Chi International Medical Association*, 15(6), 369-375.
- Leucht, S., Coves, C., Arbter, D., Engel, R.R., Li, C. & Davis, J.M. (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for Schizophrenia: a meta-analysis. Retrieved January 3, 2009, from <http://www.thelancet.com>.
- Mahmoud, A., Hayhurst, K.P., Drake, R.J. & Lewis, S.W. (2011). Second Generation Antipsychotics Improve Sexual Dysfunction in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2011, 1-6.
- Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K. & Gray, R. (2006). An RCT of adherence therapy for people with Schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1302-1312.
- Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2010). *Evidence-bases-practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mohamed, S., Rosenheck, R., McEvoy, J., Swartz, M., Stroup, S., & Lieberman, J.A. (2008). Cross-sectional and Longitudinal Relationships Between Insight and Attitudes Toward Medication and Clinical Outcomes in Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 336-346.
- Newstrom, J.W., & Davis K. (2002). *Organizational Behavior*. United Kingdom.
- O'Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., Owens, N., Migone, M., Harries, R., Kinsella, A., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (2003). Compliance therapy: a randomized controlled trial in schizophrenia. *British Medical Journal*, 327, 834.

- Rettenbacher, M.A., Hofer, A., Eder, U., Hummer, M., Kemmler, G., Weiss, E.M., & Fleischhacker, W.W. (2004). Compliance in Schizophrenia: Psychopathology, Side Effects, and Patients' Attitudes Toward the Illness and Medication. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(9), 1211-1218.
- Rocca, P., Crivelli, B., Marino, F., Mongini, T., Portaleone, F., & Bogetto, F. (2008). *Correlations of attitudes toward antipsychotic drugs with insight and objective psychopathology in schizophrenia*. Italy: University of Turin.
- Rusch, N., Todd, A.R., Bodenhausen, G.V., Weiden, P.J., & Corrigan, P.W. (2009). Implicit versus explicit attitudes toward psychiatric medication: Implications for insight and treatment adherence. *Schizophrenia Research*, 112, 119-122.
- Schermerhorn, J.R., Jame G.H., & Richard N.O. (2000). *Organizational Behavior* (7th ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Stallard, J., & Joyce, E. (2001). The impact of olanzapine on attitude to medication and quality of life in schizophrenia. *The Psychiatrist*, 25, 378-381.
- Tay, S.C. (2007). Compliance therapy: An Intervention to Improve Inpatients' Attitudes Toward Treatment. *Journal of Psychosocial Nursing*, 45(6), 29-37.
- Voruganti, L., Cortese, L., Oyewumi, L., Cernovsky, Z., Zirul, S., & Awad, A. (2000). Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact on quality of life. *Schizophrenia Research*, 43, 135-145.
- Weiden, P.J., Mackell, J.A., & McDonnell, D.D. (2004). Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance. *Schizophrenia Research*, 66, 51-57.
- Zimbardo, P., & Ebbesen, E.B. (1970). *Influencing Attitudes and Chancing Behavior*. MA: Addison-Wesley.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C.A., & Mechanic, D. (2002). Intervention to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1653-1664.



ภาคผนวก

ตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

ชื่อเรื่องงานวิจัย การบำบัดเพื่อความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช (Compliance therapy in psychotic patients: Randomized controlled trial)

ผู้แต่ง Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A.

แหล่งตีพิมพ์ British Medical Journal / 1996

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Compliance therapy โดยการใช้แนวคิดการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Intervention) ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตและการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งมีการติดตามผลการศึกษา 6 เดือน
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยจิตเวชอายุระหว่าง 18-65 ปี รับไว้ดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชเฉียบพลันที่ป่วยมานานมากกว่า 8 เดือน ที่มีอาการทางจิตรุนแรง ใน Maudsley hospital กรุง London ประเทศอังกฤษ <u>เกณฑ์การคัดออก Execution criteria</u> - ไม่รู้ภาษาอังกฤษ - IQ ต่ำ ปัญญาอ่อน - หุนวก - มีปัญหาทางระบบประสาท และโรคทางสมอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 68 คนที่ลงชื่อเข้าร่วมการทำวิจัย หลังจากได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ มีผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วม 12 คน (31%) และอีก 9 คน แพทย์จำหน่าย คงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 47 คนที่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดยใช้เกณฑ์วินิจฉัย The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, revised (DSM-III-R) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการกลับซ้ำ ได้รับยาทางจิตเวช 16 คนได้รับยาด้านเศร้าและยา Lithium
สถานที่เก็บข้อมูล	Acute psychiatric admissions ward Maudsley hospital in London

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของหลักฐาน	- เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - ระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับที่ 2 Randomized Controlled Trial
Intervention	- Compliance Therapy จะเข้าร่วมในกิจกรรม (session) ที่จัดให้มีขึ้น 4-6 sessions ใช้เวลา session ละ 10-60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง กิจกรรมในแต่ละ session สรุปได้ดังนี้ : ใน 2 sessions แรก จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประวัติการเจ็บป่วย ค้นหาและระบุปัญหา ความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย : ใน session ที่ 3 และ 4 จะเน้นการอภิปรายที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น โดยจะเน้นไปที่อาการของโรค ผลข้างเคียงของการรักษา พิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของการรักษา ผลประโยชน์และอุปสรรคของการรักษาในผู้ป่วยที่ลังเลใจ กิจกรรมนี้กระตุ้นให้ผู้ป่วยสำรวจและเริ่มเข้าใจตนเอง ซึ่งผู้บำบัดต้องการเน้นให้เห็นถึงความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติตัว ความเชื่อในการเข้ารับการรักษาและพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วย : ใน 2 sessions สุดท้ายคือ session ที่ 5 และ 6 มีการอธิบายการใช้ยาในการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี และการมีชีวิตรอยู่อย่างผาสุก โดยการเน้นการป้องกัน และการรักษาเยียวยาผู้ป่วย
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	- แบบสังเกตอาการและแบบสัมภาษณ์ โดยอ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟัง ไม่มีการรายงานคุณภาพของเครื่องมือ - ผู้ประเมิน คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานภายในตึกผู้ป่วย ซึ่งจะไม่ทราบว่าผู้ป่วยคนไหนอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ประเมินก่อนเข้ารับโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที : ระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้ประเมินจะเป็นจิตแพทย์ พยาบาลชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติแผนกผู้ป่วยนอก : ระยะติดตามผล 3 และ 6 เดือน ผู้ประเมิน คือ พยาบาลจิตเวชชุมชนที่เป็นเครือข่ายรับผิดชอบ - ชนิดของเครื่องมือ : Brief Psychiatric Rating Scale แบบประเมินอาการทางจิต (ค่าคะแนนตั้งแต่ 24-168) Seven item version (ฉบับย่อ) ใช้วัดก่อนการเข้า

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	รับโปรแกรม สิ้นสุดโปรแกรมในทันที และ 6 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม : Global Assessment of Function ใช้วัดการทำหน้าที่ทางสังคม โดยมีค่าคะแนนเต็ม 100 คะแนน คะแนน 1-10 หมายถึง ทักษะน้อยที่สุด และคะแนน 91-100 เป็นค่าคะแนนทักษะที่ดีที่สุด เพื่อใช้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม โดยวัดก่อนการเข้ารับโปรแกรม สิ้นสุดโปรแกรมในทันที ภายใน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม : Drug Attitudes Inventory แบบประเมินทัศนคติต่อยาเป็นแบบประเมินเพื่อทำนายความร่วมมือในการรักษา โดยค่าคะแนน +1 คือ มีความร่วมมือต่อการใช้ยา ค่าคะแนน -1 คือ ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา หากมีค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง การมีทัศนคติที่ดีต่อยา เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานสากลโดยมีการนำไปใช้วัดก่อนการเข้ารับโปรแกรม สิ้นสุดโปรแกรมในทันที และ 1 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม : Attitudes to Treatment Questionnaire เป็นแบบสอบถามทัศนคติต่อการรักษา ใช้วัดก่อนการเข้ารับโปรแกรม และสิ้นสุดโปรแกรมในทันที : Schedule for Assessment of Insight แบบประเมินการรับรู้ ใช้วัดก่อนการเข้ารับโปรแกรม สิ้นสุดโปรแกรมในทันที และ 6 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม : Compliance แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ใช้แบบประเมิน A seven rating scale แยกระดับดังนี้ คะแนน 1 = ปฏิเสธการรักษา คะแนน 2 = ปฏิเสธบ้าง เช่น ปฏิเสธการฉีดยา หรือยอมรับขนาดยาต่ำๆ คะแนน 3 = ไม่เต็มใจ รับการรักษา เช่น ยอมรับเฉพาะการรักษาที่จำเป็นหรือคอยซักถามความจำเป็นของการรักษาด้วยยาบ่อยๆ (ถามทุก 2 วัน) คะแนน 4 = แสดงความไม่เต็มใจในการรักษาบางครั้ง เช่น ซักถามทุกสัปดาห์ คะแนน 5 = ยอมรับการรักษา ทำโดยปราศจากความเข้าใจ (Passive)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	คะแนน 6 = ร่วมมือในการรักษาปานกลาง เช่น เข้าใจและสนใจการรักษาบ้างแต่ไม่แสดงความคิดเห็นชัดเจนในการรับประทานยาตามที่ทันใด คะแนน 7 = ร่วมมือและยอมรับในการรักษาเป็นอย่างดี ใช้วัดก่อนเข้ารับโปรแกรม สิ้นสุดโปรแกรมในทันที ภายใน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม - สถิติที่ใช้ คือ Linear regression
วิธีการดำเนินการวิจัย	- กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มตัวอย่างที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก มีการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการทำแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale, Global Assessment of Function, Drug Attitudes Inventory, Attitudes to Treatment Questionnaire, Schedule for Assessment of Insight และ Compliance ก่อนเข้ารับโปรแกรม Compliance Therapy - กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม Compliance Therapy 4-6 sessions แต่ละ session ใช้เวลาประมาณ 20-60 นาที โดยจัดให้มี 2 ครั้ง/สัปดาห์ - กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติในการให้คำปรึกษาแบบไม่เฉพาะเจาะจง ผู้นำบัดจะใช้วิธีการรับฟังปัญหาผู้ป่วย แต่การอภิปรายเกี่ยวกับโรคและยาจะลดลง สำหรับการบำบัดจะใช้ผู้นำบัดกลุ่มเดียวกัน - ผู้นำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ได้แก่ จิตแพทย์ที่ทำงานวิจัย โดยมีผู้ช่วย คือ นักจิตวิทยาทางคลินิก และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม Compliance Therapy กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการทำแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale, Global Assessment of Function, Drug Attitudes Inventory, Attitudes to Treatment Questionnaire, Schedule for Assessment of Insight และแบบประเมิน Compliance ในทันที - 1 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการทำแบบประเมินทัศนคติต่อยา (Drug attitudes inventory) - 3 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการทำแบบประเมิน Global Assessment of Function ใช้วัดการทำหน้าที่ทางสังคม และ Compliance แบบประเมินความร่วมมือ

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีการดำเนินการวิจัย (ต่อ)	- 6 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการทำแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale แบบประเมินอาการทางจิต, Global Assessment of Function ใช้วัดการทำหน้าที่ทางสังคม, Schedule for Assessment of Insight แบบประเมินการรับรู้ และ Compliance แบบประเมินความร่วมมือ
ผลการศึกษา	- ก่อนการเข้ารับโปรแกรม : ระดับคะแนนอาการทางจิตของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนอาการทางจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม : กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการใช้ยาจิตเวชไม่แตกต่างกัน ค่าคะแนน Schedule for Assessment of Insight, Attitudes to Treatment Questionnaire และ Compliance ไม่แตกต่างกัน - หลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรม : ระดับคะแนนอาการทางจิตมีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการปรับปรุงดีขึ้นมากกว่า 2 ด้านทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน แต่ใน Seven item version ระดับคะแนนจะลดลงเล็กน้อยทั้ง 2 กลุ่มเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน : ระดับ Schedule for Assessment of Insight และ Compliance มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น 10% ในกลุ่มควบคุม และ 40% ในกลุ่มทดลอง ($p < 0.001$) : สำหรับค่าคะแนน Compliance ได้ผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ และยังมีความคงทนในการติดตามผลต่อเนื่อง ความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1.6 (1.2-2.4) โดยค่าความร่วมมือดีขึ้น 23% : ระดับคะแนน IQ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าคะแนน IQ สูงขึ้น : ระดับ Drug Attitudes Inventory แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อติดตามไป 6 เดือน ยังพบว่า ระดับ Drug Attitudes Inventory ยังคงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 4.7 (2.4-9.2) โดยพบว่าค่าคะแนน Drug Attitudes Inventory ของทั้ง 2 กลุ่มจะต่ำลงเล็กน้อย แต่

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	ระดับคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไปจะคล้ายคลึงกัน และพบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลต่อระดับคะแนน Drug Attitudes Inventory โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีแนวโน้มของระดับคะแนน Drug Attitudes Inventory ดีกว่า สำหรับประวัติการเจ็บป่วย ระดับสติปัญญา ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อค่าคะแนน Drug Attitudes Inventory : Attitudes to Treatment Questionnaire ในทันทีที่สิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรม พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของค่าคะแนน Mean Difference 3.6 [95% CI 2-6] แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ใช้ยาจิตเวช : เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการเข้ารับโปรแกรมและเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรม พบว่า ระดับ Schedule for Assessment of Insight ในกลุ่มที่เข้าโปรแกรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (Mean Difference 16.1 [15% - 33%]) และความแตกต่างนี้จะคงอยู่เมื่อติดตามผลต่อไปอีก 6 เดือน : เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการเข้ารับโปรแกรมและสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรม ติดตามผลไป 3 เดือน ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่เมื่อเวลาผ่านไป พบว่า ระดับ Global Assessment of Function มีแนวโน้มที่จะมีค่าคะแนนดีขึ้น
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1. งานวิจัยมีการตั้งสมมุติฐานไว้ชัดเจน คือ - เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Compliance Therapy มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบไม่เฉพาะเจาะจง - งานวิจัยนี้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Compliance Therapy ซึ่งมีความเหมาะสม โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง - กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทราบได้ว่าตนเองอยู่กลุ่มไหน แต่ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ Intervention นั้นทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มใด และผู้ที่ประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูล จะไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มใด

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	2. ผลการวิจัย พบว่า - ระดับคะแนนอาการทางจิต มีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการปรับปรุงดีขึ้นมากกว่า 2 ด้านทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน แต่ใน Seven item version ระดับคะแนนจะลดลงเล็กน้อย เมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน - ระดับค่าคะแนนทัศนคติต่อยาพบความแตกต่าง และจะคงทน 6 เดือน - ระดับ Schedule for Assessment of Insight ในกลุ่มที่เข้ารับโปรแกรมมีความแตกต่าง และคงอยู่เมื่อติดตามผลต่อไปอีก 6 เดือน และพบว่าระดับ Global Assessment of Function ระหว่างก่อนการเข้ารับโปรแกรม เมื่อสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่มีแนวโน้มที่จะมีค่าคะแนนดีขึ้นเมื่อติดตามผลต่อไปอีก 3 เดือน 3. การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในงานทางคลินิก เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการกลับซ้ำ อายุระหว่าง 18-65 ปี ซึ่งตรงกับบริบทของผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ โดยใช้แบบประเมินทัศนคติต่อยา (Drug attitudes inventory) วัดก่อนเข้ารับโปรแกรม สิ้นสุดโปรแกรมในทันที และ 1 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม โปรแกรม Compliance Therapy (Cognitive Behavioral Intervention) จัดทำรายกลุ่ม มี 4-6 sessions ใช้เวลา session ละ 10-60 นาที ทำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผู้บำบัด คือ บุคลากรทีมสุขภาพ สำหรับผู้ให้การบำบัดนั้น ควรได้รับการฝึกอบรม เนื่องจากการทำ Compliance Therapy ใช้เทคนิคการบำบัดหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งหน่วยงานต้องมีต้นทุนในด้านการฝึกอบรม การเตรียมอุปกรณ์ในการบำบัด การเตรียมด้านสถานที่ และบุคคล สำหรับโปรแกรม Compliance Therapy ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาบำบัดเพิ่มเติม เนื่องจากจัดทำขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล อีกทั้งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ทำให้เกิดความเข้าใจต่อโรคหรืออาการที่เป็น สามารถนำมาบำบัดหรือร่วมกับการบำบัดทางยา จึงมีความคุ้มค่าและคุ้มค่าในการรักษา

ตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

ชื่อเรื่องงานวิจัย การบำบัดเพื่อความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยมีการติดตามผลต่อไปอีก 18 เดือน (Randomized controlled trial of Compliance therapy 18-month follow-up)

ผู้แต่ง Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., & David, A.

แหล่งตีพิมพ์ British Medical Journal / 1998

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Compliance therapy โดยใช้แนวคิดการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม และการสร้างแรงจูงใจ (Cognitive-Behavioral Intervention and Motivational interviewing) ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต และการทำหน้าที่ทางสังคม และมีการติดตามผลอีก 18 เดือน
กลุ่มตัวอย่าง	<u>เกณฑ์การคัดเลือกเข้า Inclusion criteria</u> - กลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III-R รับไว้ดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชเฉียบพลันที่ป่วยมานานมากกว่า 14 เดือน ในโรงพยาบาล Maudsley กรุง London ประเทศอังกฤษ <u>เกณฑ์การคัดออก Execution criteria</u> - ไม่รู้ภาษาอังกฤษ - ผู้ป่วยที่มีปัญหาความบกพร่องทางการเรียนรู้ - IQ ต่ำ ปัญญาอ่อน - หุนหัน - มีปัญหาทางระบบประสาท และโรคทางสมอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 105 คน ที่ลงชื่อเข้าร่วมการทำวิจัยหลังจากได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ มีผู้ที่ไม่ได้เข้ามีส่วนร่วม 16 คน (30%) แพทย์จำหน่าย 15 คน คงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 74 คน ที่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III-R ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคหลัก คือ โรคจิตเภท

หัวข้อ	รายละเอียด
สถานที่เก็บข้อมูล	Acute psychiatric admissions ward Maudsley hospital in London
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของหลักฐาน	- เป็นงานวิจัยที่มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และมีการสุ่มกลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุม - ระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับที่ 2 Randomized Controlled Trial
Intervention	- Compliance Therapy จะเข้าร่วมในกิจกรรม (session) ที่จัดให้มีขึ้น 4-6 sessions ใช้เวลา session ละ 20-60 นาที ทำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง - กิจกรรม แบ่งเป็น 3 ระยะ สรุปได้ดังนี้ ระยะที่ 1 การทบทวนประวัติการเจ็บป่วย ความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เชื่อมโยงการรักษากับการป่วยซ้ำ การรับรู้ ประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการรักษา การปฏิเสธการเจ็บป่วย และผลกระทบต่อตนเองและสังคม ระยะที่ 2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความลังเลหรือความสงสัยในการรักษา เช่น การคิดยา การสูญเสียในการควบคุมตนเอง มีแรงผลักดันเชิงจิตวิทยา ความเข้าใจผิด และการเสียบุคลิกภาพ มีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องสำหรับผู้ที่มีความสับสนระหว่างอาการทางจิตกับผลข้างเคียงของยา อธิบายถึงข้อดี ข้อเสียของการรักษา และประโยชน์ของยา ระยะที่ 3 เปรียบเทียบกับโรคทางกายที่พบโดยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญปมด้อยจากการเจ็บป่วยทางจิต อธิบายการใช้จ่ายว่าเป็นวิธีหนึ่งในการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี ผลของการหยุดยา การสังเกตอาการเตือน การบำบัดตั้งแต่ระยะแรก เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ กลุ่มควบคุมให้ intervention ด้วยวิธี Supportive counseling โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 4-6 sessions ใช้เวลา session ละ 20-60 นาที จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผู้บำบัดจะใช้วิธีการรับฟังปัญหาผู้ป่วย แต่การอภิปรายเกี่ยวกับโรคและยาจะลดลง โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับ Booster Session อีกใน 3, 6 และ 12 เดือน
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	- เครื่องมือที่ใช้วัด เป็นแบบสังเกตอาการและแบบสัมภาษณ์ อ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟัง ไม่มีการรายงานคุณภาพของเครื่องมือ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	- ผู้ประเมิน คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานภายในตึกผู้ป่วย ซึ่งจะไม่ทราบว่าผู้ป่วยคนไหนอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ประเมินก่อนเข้ารับโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที : ระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้ประเมินจะเป็นจิตแพทย์ พยาบาลชุมชน และพยาบาลเวชปฏิบัติที่แผนกผู้ป่วยนอก : ระยะติดตามผล 3, 6, 12 และ 18 เดือน ผู้ประเมิน คือ พยาบาลจิตเวชชุมชนที่เป็นเครือข่ายรับผิดชอบ - ชนิดของเครื่องมือ : Brief Psychiatric Rating Scale แบบประเมินอาการทางจิต Seven item version (ฉบับย่อ) ใช้วัดก่อนการเข้ารับโปรแกรม สิ้นสุดโปรแกรมในทันที และ 6 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม : Global Assessment of Function ใช้วัดการทำหน้าที่ทางสังคม โดยวัดก่อนการเข้ารับโปรแกรม สิ้นสุดโปรแกรมในทันที ภายใน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม : Drug Attitudes Inventory แบบประเมินทัศนคติต่อยา ใช้วัดก่อนการเข้ารับโปรแกรม สิ้นสุดโปรแกรมในทันที และ 1 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม : Attitudes to Treatment Questionnaire เป็นแบบสอบถามทัศนคติต่อการรักษา ใช้วัดก่อนการเข้ารับโปรแกรม และสิ้นสุดโปรแกรมในทันที : Schedule for Assessment of Insight แบบประเมินการรับรู้ ใช้วัดก่อนการเข้ารับโปรแกรม สิ้นสุดโปรแกรมในทันที และ 6 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม : Compliance แบบประเมินความร่วมมือ ใช้วัดก่อนการเข้ารับโปรแกรม สิ้นสุดโปรแกรมในทันที ภายใน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม - สถิติที่ใช้ คือ Linear regression
วิธีการดำเนินการวิจัย	- มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก มีผู้ป่วยจำนวน 74 คน มีการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจำนวน 39 คน ผู้ชาย 20 คน ผู้หญิง 19 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 35 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีการดำเนิน การวิจัย (ต่อ)	ผู้ชาย 19 คน ผู้หญิง 16 คน - กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยวิธี Compliance Therapy โดยใช้แนวคิด Cognitive-Behavioral Therapy และ Motivational interviewing จัดแบ่งกิจกรรมออกเป็น 4-6 sessions ใช้เวลา session ละ 20-60 นาที จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ทบทวนประวัติการเจ็บป่วย ความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เชื่อมโยงการรักษากับการป่วยซ้ำ การรับรู้ ประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการรักษา การปฏิเสธการเจ็บป่วย และผลกระทบต่อตนเองและสังคม 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความล้มเหลวหรือความสงสัยในการรักษา เช่น การดื้อยา การสูญเสียในการควบคุมตนเอง มึนงง ผลข้างเคียงจากยา ความเข้าใจผิด และการเสียบุคลิกภาพ มีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยที่มีความสับสนระหว่างอาการทางจิตกับผลข้างเคียงของยา อธิบายถึงข้อดี ข้อเสียของการรักษา และประโยชน์ของยา 3) เปรียบเทียบกับโรคทางกายที่พบโดยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญมด้อยจากการเจ็บป่วยทางจิต อธิบายการใช้อย่างเป็นวิธีหนึ่งในการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี ผลของการหยุดยา การสังเกตอาการเตือน การบำบัดตั้งแต่ระยะแรก เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ - กลุ่มควบคุมให้ intervention ด้วยวิธี Supportive counseling โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 4-6 sessions ใช้เวลา session ละ 20-60 นาที จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผู้บำบัดจะใช้วิธีการรับฟังปัญหาผู้ป่วย แต่การอภิปรายเกี่ยวกับโรคและยาจะลดลง เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ได้แก่ BPRS, GAF, SAI, DAI, AMQ, NART, SAS และ CSRI - โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับ Booster Session อีกใน 3, 6 และ 12 เดือน - การวัดผล โดยการประเมินก่อนและหลังการให้ intervention และอีก 3, 6, 12 และ 18 เดือน ตามแบบประเมิน BPRS, Insight, SAI, Self-report-Treatment, Attitude Scale และ DAI ประเมินผลโดยจิตแพทย์ผู้ป่วยนอก พยาบาลจิตเวชชุมชน ที่ไม่รู้วิธีให้โปรแกรมบำบัด

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา	ก่อนการเข้ารับโปรแกรม - ระดับคะแนนอาการทางจิตของกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มควบคุม - กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการใช้ยาจิตเวชไม่แตกต่างกัน ค่าคะแนน Schedule for assessment of insight, Attitudes to treatment questionnaire และ Compliance ไม่แตกต่างกัน หลังสิ้นสุดโปรแกรม - ค่าคะแนน Compliance พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (95 % CI 0.9-1.6) - ค่าคะแนน Insight พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (95 % CI 12.3-25.2) และคงอยู่ตลอดเวลาของการติดตาม ค่า mean difference 18.8 % - ระดับคะแนน DAI เพื่อวัดระดับทัศนคติต่อยา พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (95 % CI 2.5-7.2) ค่า mean difference 15.6 % - ค่าคะแนน AMQ เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (95 % CI 2.1-6.0) - ระดับคะแนน GAF เพื่อวัดการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อระยะเวลาขึ้น โดยพบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง และมีระยะเวลายาวนานกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม - จากการศึกษาภายใน พบว่า ทักษะทางสังคม (Social functioning) ในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (95 % CI 7.9-14.8), Symptom level (95 % CI 2.6-5.5), Insight (95 % CI 9.4-22.7), Attitude (95 % CI 1.3-6.1) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครั้งแรกมีค่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการป่วยซ้ำ (95 % CI 0.5-1.4) - การอยู่ในชุมชนและการกลับเข้ารับการรักษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับ Compliance therapy สามารถอยู่ในชุมชนโดยไม่มีการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลนานกว่า 18 เดือน (Compliance therapy treatment = 1, กลุ่มควบคุม = 2) coefficient of 0.79 for Compliance treatment (SE = 0.32, Z = 2.52) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่เข้ารับ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	Compliance therapy และกลุ่มควบคุมของจำนวนวันนอน ตลอดการติดตามผล (mean Sd) กลุ่มที่ได้รับ Compliance therapy 41.7 (75.5) กลุ่มควบคุม 61.6 (90.8) Mann-Whitney U 571.5, Z = -1.26, p = 0.208)
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์	1. งานวิจัยมีการตั้งสมมุติฐานไว้ชัดเจน คือ - งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Compliance Therapy มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบไม่เฉพาะเจาะจง และมีการติดตามผล 18 เดือน - งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยซึ่งเป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Compliance Therapy ซึ่งมีความเหมาะสมโดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างของลักษณะตัวอย่าง - กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทราบได้ว่าตนเองอยู่กลุ่มไหน แต่ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ Intervention นั้นทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มใด และผู้ที่ประเมินเก็บรวบรวมข้อมูล จะไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มใด 2. ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรม Compliance Therapy มีระดับ Compliance ระดับ Insight ระดับทัศนคติต่อยา ระดับคุณภาพชีวิต ระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มที่เข้ารับโปรแกรม พบความแตกต่างโดยพบว่าความแตกต่างจะคงอยู่ได้นาน 18 เดือน โดยผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมจะได้รับ Booster Session อีกใน 3, 6 และ 12 เดือน 3. การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในงานทางคลินิก เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวช ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคหลัก คือ โรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 18-65 ปี ซึ่งตรงกับบริบทของผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ โดยใช้แบบประเมินทัศนคติต่อยา Drug attitudes inventory วัดก่อนการเข้ารับโปรแกรม สิ้นสุดโปรแกรมในทันที และอีก 3, 6, 12 และ 18 เดือน หลังเข้ารับโปรแกรม Compliance Therapy จัดเป็นรายกลุ่มมี 4-6 sessions ใช้เวลา session ละ 10-60 นาที ทำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง กิจกรรมแบ่งเป็น 3 ระยะ ผู้ให้การบำบัด คือ บุคลากรทีมสุขภาพ สำหรับผู้ให้การบำบัดนั้นควรได้รับการฝึกอบรม เนื่องจากการทำ Compliance Therapy และ Motivational Interviewing ใช้เทคนิคการบำบัดหลายอย่าง

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	ร่วมกัน ซึ่งหน่วยงานต้องมีต้นทุนในด้านการฝึกอบรม การเตรียมอุปกรณ์ ในการบำบัด การเตรียมด้านสถานที่และบุคคล สำหรับโปรแกรม Compliance Therapy ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมา บำบัดเพิ่มเติม เนื่องจากจัดทำขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล อีกทั้งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ทำให้เกิดความเข้าใจต่อโรค หรืออาการที่เป็น สามารถนำมาบำบัดหรือร่วมกับการบำบัดทางยา จึงมี ความคุ้มค่าและคุ้มค่าในการรักษา

ตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

ชื่อเรื่องงานวิจัย Compliance Therapy (An Intervention to improve inpatients' Attitudes toward Treatment) / ,vol.45,No.6

ผู้แต่ง Tay, S.C.

แหล่งตีพิมพ์ Journal of Psychosocial Nursing / 2007

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม Compliance therapy ต่อทัศนคติในการใช้ยาของผู้ป่วย
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยซึ่งมาจากหอผู้ป่วยรวม 44 เตียง ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลตติยภูมิของประเทศสิงคโปร์ ได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมหรือเข้ารับการพยาบาลตามมาตรฐาน <u>เกณฑ์การคัดเลือก Inclusion criteria</u> - ผู้ป่วยซึ่งมาจากหอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลตติยภูมิของประเทศสิงคโปร์ - อายุระหว่าง 18-64 ปี - เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล - เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเดียวกัน - มีประวัติจากผู้ป่วยและญาติว่า ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา - ผู้ป่วยที่มีการกลับป่วยซ้ำจากโรคจิตเภทหรือโรคซึมเศร้า ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-9 (1977) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 81 คน มีเพศชาย 12 คน ซึ่งไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนครบ เนื่องจากจำหน่ายหรือย้ายตึก จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 69 คน ดังนี้ - เพศชาย 69 คนอายุระหว่าง 18-78 ปี - ช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วย คือ 16 ปี - อายุที่เริ่มป่วยเฉลี่ย 27.1 ปี - จำนวนครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 8 ครั้ง

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	กลุ่มตัวอย่างมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และงานวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน และคณะกรรมการงานวิจัยของโรงพยาบาล
สถานที่เก็บข้อมูล	หอผู้ป่วยจิตพิเศษ 44 เดียง เป็นตึกผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลจิตเวช ตติยภูมิ ในประเทศสิงคโปร์
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของหลักฐาน	- เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง One Group pre-posttest เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม Compliance therapy ต่อการส่งเสริมทัศนคติในการรักษา - ระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับที่ 6
Intervention	Compliance therapy โปรแกรมที่พัฒนามาจากงานวิจัยซึ่งมีการประเมินประสิทธิผลและมีการติดตามผลต่ออีก 6 เดือน และ 18 เดือน Kemp et al., (1996, 1998) ซึ่งจัดทำเป็นแนวปฏิบัติ (Guideline) มีจำนวน 28 หัวข้อ โดยไม่ได้ระบุจำนวน session ที่แน่นอน ซึ่งไม่มีแบบฝึกหัดที่ให้ทำอย่างต่อเนื่อง ฤกษ์แจสำคัญ คือ สิ่งที่ผู้ป่วยเลือก การรับผิดชอบ และความคิดริเริ่ม ไม่มีบรรยายกาของการดำเนิน จดมุ่งหมาย คือ การค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล แสดงความเห็นอกเห็นใจ ส่งเสริมการรับรู้ตนเอง การใช้เทคนิคการฟัง การสะท้อนกลับ การสรุปความ การใช้คำถามปลายเปิด โดยใช้หลักเหตุและผล และการพัฒนาโดยการเปรียบเทียบให้เห็นพฤติกรรมในปัจจุบัน และจุดมุ่งหมายที่ต้องการ จากการศึกษา พบว่า การบำบัดรายบุคคลจะได้ผลดีที่สุด แต่หากทำเป็นกลุ่มควรมีสมาชิกจำนวน 2-4 คน (Daley & Zuckoff, 1999) ในงานวิจัยนี้ มีการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก 2-3 คน ผู้เข้าร่วมกลุ่มจะใช้ภาษาที่หลากหลายในการสื่อสาร ผู้ให้การบำบัด คือ พยาบาลจิตเวชที่ทำการวิจัย และต้องทราบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่กลุ่มใด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	- Compliance therapy - แบบประเมินทัศนคติต่อยา Shortened Version of the DAI-10 ซึ่งเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาจีน ใช้ประเมินก่อนการเข้ารับโปรแกรม สิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรม ค่าคะแนน +1 คือ มีความร่วมมือต่อการใช้ยา ค่าคะแนน -1 คือ ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา หากมีค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	การมีทัศนคติที่ดีต่อยา ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานสากล โดยมีการนำไปใช้ : Cheng (1999) ใช้แบบประเมินทัศนคติต่อยา Shortened Version of the DAI-10 ทดสอบกับผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐบาลสิงคโปร์ จำนวน 283 คน : Chua (2002) ใช้แบบประเมินทัศนคติต่อยา Shortened Version of the DAI-10 ทดสอบกับผู้ป่วยใน เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาได้ค่าเท่ากับ 7.76 (SD=2.61) และ 4.43 (SD=3.2) : Sim (2006) ทดสอบกับผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐบาลสิงคโปร์ จำนวน 100 คน โดยไม่ได้รายงานค่าเฉลี่ยของคะแนน - Compliance Scale มี 7 ระดับค่าคะแนน ปรับปรุงมาจาก Kemp et al., (1998) ใช้วัดระดับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งใช้ประเมินก่อนการเข้ารับโปรแกรม และ 1 วันหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรม Compliance therapy โดยผู้ทำแบบประเมินไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ Staff nurse ประจำตึก
วิธีการดำเนินการวิจัย	- ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมหรือเข้ารับการรักษาตามมาตรฐาน - จัดให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินทัศนคติต่อยา Shortened Version of the DAI-10 และ Compliance Scale ประเมินก่อนการเข้ารับโปรแกรม - กลุ่มทดลองจะได้เข้ารับโปรแกรม Compliance Therapy 28 หัวข้อ - หลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรม กลุ่มทดลองจะได้ทำแบบประเมินทัศนคติต่อยา Shortened Version of the DAI-10 และแบบ Compliance Scale - เมื่อได้ผลของค่าคะแนนในการทำแบบประเมิน มีการนำมาเปรียบเทียบกับผลงานวิจัยของ Dongen (1997) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยนอก ศูนย์จิตเวชชุมชนในสหรัฐอเมริกา และ Sim (2006) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชรัฐบาลสิงคโปร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเดียวกัน

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีการดำเนินการวิจัย (ต่อ)	- การใช้สถิติในการศึกษา : ใช้ SPSS version 10.0 ในการลง code : จับคู่หาความสัมพันธ์โดยใช้ t-test, one-way ANOVA และ multiple linear regression
ผลการศึกษา	<u>กลุ่มตัวอย่าง</u> มีผู้เข้าร่วม 81 คน เป็นเพศชายซึ่งอยู่ในตึกเดียวกัน มีผู้ป่วยจำนวน 12 คนไม่ได้เข้าร่วมจนครบโปรแกรม เนื่องจากมีการย้ายตึกหรือจำหน่าย อายุเฉลี่ย 43.5 ปี อายุการเจ็บป่วยเฉลี่ย 16 ปี อายุที่เริ่มเจ็บป่วยเฉลี่ย 27.1 ปี จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษเฉลี่ย 8 ครั้ง ช่วงอายุการเจ็บป่วยเฉลี่ย 11.2 ปี <u>ชนิดของการเข้าโปรแกรม Compliance therapy</u> - ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม 1-2 ครั้ง เนื่องจากแพทย์จำหน่ายก่อน ผู้ป่วยมีความจำระยะสั้นและความสนใจน้อย จะได้รับโปรแกรม 4-5 ครั้ง - มี 63 คน เข้าร่วมใน session ที่ 1 ภายใน 2 สัปดาห์หลังเข้ารับการรักษ อีก 6 คน มีความจำและความสนใจน้อยจึงใช้เวลาในสัปดาห์ที่ 3 หรือสัปดาห์ต่อไป ซึ่งในแต่ละ session หากเป็นการบำบัดรายบุคคลใช้เวลา 30 นาที และหากเป็นรายกลุ่มซึ่งมีสมาชิก 2-3 คน ใช้เวลา 60 นาที <u>ทัศนคติของผู้ป่วย</u> - การเพิ่มขึ้นของคะแนนทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการโปรแกรม ค่าคะแนนทัศนคติต่อยา Shortened Version of the DAI-10 ก่อนการเข้ารับการโปรแกรม = 2.8 (SD = 5.3) และหลังจากเข้ารับการโปรแกรม = 6.4 (SD = 3) ($p < 0.0001$) - สำหรับผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ หรือมีประวัติการใช้สารเสพติดที่ได้เข้ารับการโปรแกรม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ - สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม Compliance Therapy เป็นครั้งแรก หรือเคยได้รับโปรแกรม Compliance Therapy มาก่อน พบว่า มีผลต่อค่าคะแนนทัศนคติต่อยาและพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.0001$) - จำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรม Compliance Therapy ไม่มีผลต่อค่าคะแนนทัศนคติต่อยา

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	- จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลในครั้งที่ 5 หรือน้อยกว่านั้น หลังเข้ารับโปรแกรม จะมีค่าคะแนนทัศนคติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.0001$) สำหรับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลในครั้งที่ 6-40 จะมีค่าคะแนนทัศนคติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.005$) - ผู้ป่วยที่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1. ผลการวิจัย ตรงต่อวัตถุประสงค์และสอดคล้องต่อการแก้ปัญหาทางคลินิก ซึ่งใช้โปรแกรม Compliance therapy ในการเพิ่มทัศนคติความร่วมมือในการรักษา โดยเน้นงานวิจัยแบบ Non experimental design มีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยที่เข้าเกณฑ์ แต่ไม่ได้ระบุเกณฑ์การคัดออก ไม่มีการรายงานว่ามีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบใด แต่จะบอกว่าจับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยใช้ t-test, one-way ANOVA และ multiple linear regression - งานวิจัยฉบับนี้ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม Compliance therapy ซึ่งใช้ในผู้ป่วยใน มีการบำบัดโดยพยาบาลจิตเวช โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อปรับปรุงและช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา และเกิดผลดีหลังออกจากโรงพยาบาล สำหรับคำถามงานวิจัย คือ Compliance therapy จะช่วยในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการรักษาหรือไม่? โดยจัดให้มีการทำแบบสอบถามทั่วไป และทำแบบประเมินทัศนคติก่อนการเข้ารับโปรแกรม และหลังจากสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรม 2. ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ค่าคะแนนทัศนคติในผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรม Compliance therapy แต่พบว่าในผู้ป่วย personality disorder และหรือมีประวัติ Substance abuse ไม่มีการเพิ่มขึ้นของทัศนคติ โดยในผู้ป่วยที่มีการรักษาไม่เกิน 5 ครั้ง และในผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ และได้รับความรู้มาก่อนขณะอยู่โรงพยาบาล พบว่า มีการเพิ่มของทัศนคติ สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก พบความแตกต่างของการเพิ่มทัศนคติ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	3. การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในงานทางคลินิก เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือโรคซึมเศร้า โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-9 (1977) ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์เดียวกันกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาลที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ โดยเป็นผู้ป่วยที่มีการกลับป่วยซ้ำ มีประวัติจากผู้ป่วยและญาติว่า ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา อายุระหว่าง 18-64 ปี เป็นผู้ป่วยประเทศสิงคโปร์ ซึ่งเป็นประเทศในแถบเอเชีย โดยจะมีความคล้ายคลึงกันของลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งตรงกับบริบทของผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงาน โดยใช้แบบประเมินทัศนคติต่อยา Drug attitudes inventory วัดก่อนการเข้ารับโปรแกรม และสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรม Compliance therapy ในงานวิจัยนี้มีการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยรายกลุ่มนั้นประกอบด้วยสมาชิก 2-3 คน Compliance therapy เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากงานวิจัยซึ่งมีการประเมินประสิทธิผล และมีการติดตามผลต่ออีก 6 เดือน Kemp et al., (1996) โดยมีการนำมาศึกษาอีกครั้ง และติดตามผลนานขึ้น 18 เดือน Kemp et al., (1998) ซึ่งจัดทำเป็น Guideline มีจำนวน 28 หัวข้อ โดยไม่ได้ระบุจำนวน session ที่แน่นอน ผู้ให้การบำบัด คือ พยาบาลจิตเวช อีกทั้งยังพบว่าการใช้โปรแกรม Compliance therapy นั้น มีความเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเวชบางโรคเท่านั้น โดยในผู้ป่วยจิตเวชที่มีการคิดสารเสพติดเป็นโรคร่วมนั้น จะไม่มีผลต่อการเพิ่มทัศนคติในการร่วมมือต่อการรักษา ซึ่งจะตรงตามบริบทของโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากเป็นโรคอันดับ 1 ของโรงพยาบาล และมีการป่วยซ้ำมากที่สุดในจำนวนโรคจิตเวชอื่นๆ โดยมีสาเหตุสำคัญ คือ การขาดยา ทำให้อาการกำเริบ เพราะฉะนั้นจึงมีความจำเป็นในการคัดเลือกผู้ป่วยในการเข้ารับโปรแกรม Compliance therapy นับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเพิ่มทัศนคติและความร่วมมือในการรักษา ซึ่งนับว่ามีความคุ้มค่าและคุ้มค่าหากมีการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมให้แก่บุคลากรจิตเวชเพื่อนำมาใช้จริง

ตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

ชื่อเรื่องงานวิจัย การสร้างความร่วมมือในการรักษา: โดยการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมในผู้ป่วยจิตเภท (Compliance therapy: a randomized controlled trial in schizophrenia) **แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior) ดัดแปลงมาจากแนวความคิดการสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) และการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ซึ่ง Kemp and David เป็นผู้ร่วมกันจัดทำคู่มือ

ผู้แต่ง O'Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., Owens, N., Migone, M., Harries, R., Kinsella, A., Larkin, C., & O'Callaghan, E.

แหล่งตีพิมพ์ British Medical Journal / 2003

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของ Compliance therapy ว่ามีผลต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 56 คน ที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาล St. John of God, Dublin, Republic of Ireland มีอายุระหว่าง 18-65 ปี ระดับสติปัญญาสูงกว่า 80 พูดภาษาอังกฤษได้คล่อง และไม่ปรากฏหลักฐานของ organic disturbance จากเกณฑ์ดังกล่าว ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 94 คน ในจำนวนนี้ 6 คน ขาดคุณสมบัติ (5 คน IQ < 80 และ 1 คน พูดภาษาอังกฤษไม่คล่อง) อีก 32 คน ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งมีสัดส่วนของหญิง (50%) มากกว่าชาย (30%) ผู้ป่วยทั้ง 56 คนที่ร่วมการวิจัย จะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม เท่าๆ กัน เป็นกลุ่มให้ความร่วมมือในการรักษา (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มควบคุม <u>การประเมินหลังจากวิจัย</u> - ผู้ป่วย 2 คน ไม่สามารถติดตามได้ (กลุ่มควบคุมทั้ง 2 คน) - ผู้ป่วย 3 คน ปฏิเสธการติดตามผล (กลุ่มควบคุม 2 คน กลุ่ม compliance therapy 1 คน) - ผู้ป่วย 1 คน เสียชีวิตระหว่างการติดตามผล (กลุ่ม compliance therapy)

หัวข้อ	รายละเอียด
สถานที่เก็บข้อมูล	St. John of God Hospital, Dublin, Republic of Ireland
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของหลักฐาน	- เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - ระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับที่ 2 Randomized Controlled Trial
Intervention	- กลุ่ม Compliance Therapy จัดให้มีกิจกรรม 5 sessions โดยใช้เวลา session ละ 30-60 นาที โดยในแต่ละ session จะกล่าวถึง ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การทำความเข้าใจในการเจ็บป่วย ความลังเลในการรักษา การรักษาด้วยยา และตราบาป - ทั้งนี้ กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติในการให้คำปรึกษาแบบไม่เฉพาะเจาะจง ผู้บำบัดจะใช้วิธีการรับฟังปัญหาผู้ป่วย แต่การอภิปรายเกี่ยวกับโรคและยาจะลดลง สำหรับการบำบัดจะใช้ผู้บำบัดกลุ่มเดียวกัน
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	1. แบบประเมินอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS) 2. แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (DAI) 3. แบบสัมภาษณ์ structured clinical interview (SCID) 4. แบบประเมินการรับรู้ตนเอง The schedule for assessment of insight (SAI) 5. แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม The global assessment of functioning (GAF)
วิธีการดำเนินการวิจัย	1. การศึกษาจะเริ่มจากการใช้แบบสัมภาษณ์ structured clinical interview (SCID) มากำหนดและคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการบำบัดและรักษา ซึ่งจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยามาเป็นเวลา 1 เดือนก่อนเข้าร่วมการบำบัด เป็นคนไข้ในของโรงพยาบาล และในการวิจัย Donnell ได้ใช้ร่วมกับแบบ SCID เพื่อหาผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมโปรแกรม a four point scale ของ Donnell จัดระดับคะแนนของความร่วมมือไว้ ดังนี้ - ระดับ 1 การให้ความร่วมมือ 0%-24% (ไม่ให้ความร่วมมือ) - ระดับ 2 การให้ความร่วมมือ 25%-49% (บ่อยครั้งที่ไม่ให้ความร่วมมือไม่แน่นอน)

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีการดำเนิน การวิจัย (ต่อ)	- ระดับ 3 การให้ความร่วมมือ 50%-74% (ให้ความร่วมมือไม่แน่นอน) - ระดับ 4 การให้ความร่วมมือ 75%-100% (ให้ความร่วมมืออย่างสม่ำเสมอ) 2. เก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญอื่นๆ ของผู้ป่วย เช่น จำนวนสมาชิกในครอบครัว สุขภาพ และ health professionals การตอบรับ neuroleptics และทัศนคติต่อยาที่ได้รับ โดยจะใช้ drug attitude inventory มาใช้ปรับการจัด ratings ทั้งนี้ระดับคะแนนความร่วมมือที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 จะถือว่าไม่มีความเหมาะสม การตรวจวัดลักษณะและอาการของโรค โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS) 3. การประเมินการรับรู้ (insight) ใช้ SAI (The schedule for assessment of insight) 4. การประเมินระดับของทักษะการปฏิบัติงาน The global assessment of functioning (GAF) 5. การเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลการเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในของผู้ป่วยแต่ละคน 1-2 ปี ก่อนเข้าร่วมการวิจัย และการรับรักษาด้วยยาที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท ข้อมูลทางด้านประชากร สังคม รวมทั้งสถานภาพ การสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา การจัดการชีวิตประจำวัน การให้ความรู้ และการอภิปรายเกี่ยวกับการรักษา 6. เมื่อได้กลุ่มทดลองแล้ว จัดให้มีการเข้ากลุ่ม Compliance Therapy โดยมีจำนวน 5 sessions ใช้เวลา session ละ 30-60 นาที โดยในแต่ละ session กล่าวถึงประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การทำความเข้าใจในการเจ็บป่วย ความลังเลในการรักษา การรักษาด้วยยา และตราบาป กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลจากพยาบาล แต่ไม่มีรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบเฉพาะ 7. การวิจัยใช้เวลา 1 ปี ประกอบด้วย การสำรวจทัศนคติในการรักษา การศึกษาอาการของผู้ป่วย การศึกษา insight ระดับคุณภาพชีวิต การมีชีวิตอยู่ต่อไปในสังคม จำนวนวันที่การเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน และการกลับมาป่วยซ้ำภายในเวลา 2 ปี

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา	ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มทดลองไม่พบความแตกต่างมากกว่ากลุ่มควบคุม (non-specific therapy) และไม่มีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยา อาการของผู้ป่วย การปฏิบัติหน้าที่ในสังคม และคุณภาพชีวิต ค่าสถิติของกลุ่มทดลอง = 43% ค่าสถิติของกลุ่มควบคุม = 54% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% interval -37% to 15% difference -11%
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1. การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสม คือ งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยซึ่งเป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Compliance Therapy ที่มีความเหมาะสม เนื่องจากมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน โดยมี Include Criteria และ Exclude Criteria ชัดเจน มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของลักษณะประชากร กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทราบได้ว่าตนเองอยู่กลุ่มไหน แต่ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ Intervention นั้นทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มใด และผู้ที่ประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มใด ถึงแม้ว่างานวิจัยนี้ไม่สามารถนำผลการศึกษาไปแก้ไขปัญหาด้านคลินิกได้ โดยในที่นี้กลุ่มทดลองจะได้รับ Compliance Therapy ซึ่งใช้โปรแกรม Cognitive-Behavioral Therapy แต่กลุ่มควบคุมจะได้รับ non-specific counseling ซึ่งมีการรายงานเกี่ยวกับ session ว่ามีจำนวน 5 sessions เท่ากัน แต่ละ session ใช้เวลาเท่ากัน แต่ไม่มีการรายงานเกี่ยวกับผู้ให้ Intervention ทั้ง 2 แบบ ผลการวิจัยรายงานว่า การใช้ Compliance Therapy (CBT) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในที่นี้การใช้สถิติมีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลที่แตกต่างไปจากงานวิจัยอื่น มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS (version 10.0) ในการลงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ใช้ Regression เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือใน 1 ปี กับชนิดของ Intervention และใช้ Kaplan-Meier time-to-event procedure ในการดูจำนวนวันนอนในการป่วยซ้ำ 2. ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มทดลองไม่พบความแตกต่างมากกว่ากลุ่มควบคุม (non-specific therapy) และไม่มีผลต่อ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยา อาการของผู้ป่วย การปฏิบัติหน้าที่ในสังคม และคุณภาพชีวิต 3. การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในงานทางคลินิก งานวิจัยนี้ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทล้วน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงและมีความไม่ร่วมมือในการรักษาสูง อายุระหว่าง 18-65 ปี ทัศนคติต่อยา Drug attitudes inventory วัดก่อนการเข้ารับโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมในทันที และ 1 เดือนหลังเข้ารับโปรแกรม Compliance Therapy จัดเป็นรายกลุ่มมี 5 sessions ใช้เวลา session ละ 30-60 นาที แม้ว่างานวิจัยนี้ได้นำเสนอแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior) จาก Kemp, 1996 มา แต่ผู้วิจัยได้รายงานว่ โปรแกรมนี้ไม่มีผลต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษา และไม่มีผลต่อการเพิ่มทัศนคติเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทล้วน มีอาการทางจิตรุนแรงและมีประวัติความไม่ร่วมมือในการรักษาสูง การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในงานทางคลินิกนั้น อาจมีความจำเป็นในการปรับการนำมาใช้ เช่น การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม การพิจารณาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

ตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท (Effects of Psychoeducational program on attitude toward medication and compliance with first appointment after discharge among Schizophrenia patients)

ผู้แต่ง Chaiyajan, W., Sitthimongkol, Y., Yuttatri, P., & Klainin, P.

แหล่งตีพิมพ์ Journal of Nursing Science / 2009

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การศึกษา	1. เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อยา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มควบคุม 2. เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่าย ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุม
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งรับรักษาไว้ในโรงพยาบาลศรีธัญญา <u>เกณฑ์การคัดเข้า</u> - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10 - มีอายุระหว่าง 18-59 ปี - มีคะแนนประเมินอาการทางจิต BPRS อยู่ในช่วง 18-36 คะแนน - อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลศรีธัญญา - สามารถติดตามได้ทางโทรศัพท์ - ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าปัญญาอ่อนหรือมีความผิดปกติทางสมอง - ไม่เคยได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาจากที่ไหนมาก่อน - ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา <u>เกณฑ์การคัดออก</u> - มีการรักษาด้วยไฟฟ้า - เข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่า 5 ครั้ง - มีการป่วยซ้ำกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยใน เนื่องจากมีอาการกำเริบหลังจำหน่าย

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้มีการกำหนดกลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง 30 คน ในที่นี้มี 5 คนที่ออกจากการศึกษา เนื่องจากมีการกลับมาเป็นผู้ป่วยในหลังจำหน่าย มีการหากลุ่มตัวอย่างโดยใช้ purposive sampling technique คือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และจับคู่อายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยแต่ละคู่มีอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี
สถานที่เก็บข้อมูล	ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 8 ตึก แบ่งเป็น ตึกผู้ป่วยชาย 5 ตึก และตึกผู้ป่วยหญิง 3 ตึก ซึ่งมีอาคารทางจิตน้อย และเตรียมตัวที่จะกลับบ้าน
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของหลักฐาน	- เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง - ระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ อยู่ในระดับที่ 3
Intervention	โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งประกอบด้วยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา และการโทรศัพท์ตามเยี่ยม โดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษานั้น ประกอบด้วย การบำบัดรายบุคคล 6 sessions ใช้เวลา session ละ 30 นาที ซึ่งทำทุกวัน จำนวน 6 วันก่อนจำหน่าย โดยจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภท การรักษา อาการข้างเคียงของยา การจัดการอาการ และการจัดการความเครียด มีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย 4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ครั้งที่ 1 คือ 3 วันหลังจำหน่าย รายละเอียดการสนทนาเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ขณะอยู่บ้าน กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา การส่งเสริม ชมเชย ให้กำลังใจ และเตือนการนัดพบแพทย์หลังจำหน่าย รายละเอียดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการโทรศัพท์ตามเยี่ยม <u>ขั้นตอนที่ 1</u> วัตถุประสงค์: - เพื่อสร้างสัมพันธภาพ - เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของโปรแกรม - เพื่อเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับโปรแกรม รายละเอียดเนื้อหา: - แนะนำตัวผู้วิจัยและโปรแกรม เปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับโปรแกรมและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อโปรแกรม - ประเมินความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับความเข้าใจในโรคจิตเภท

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	<u>ขั้นตอนที่ 2</u> วัตถุประสงค์: - เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท รายละเอียดเนื้อหา: - ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ และการรักษา - เปิดโอกาสแลกเปลี่ยนพูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย <u>ขั้นตอนที่ 3</u> วัตถุประสงค์: - เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยาจิตเวช และอาการข้างเคียงของยาจิตเวช รายละเอียดเนื้อหา: - อธิบายเกี่ยวกับยาจิตเวช และความสำคัญของยาจิตเวช - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับยาจิตเวช <u>ขั้นตอนที่ 4</u> วัตถุประสงค์: - เพื่อส่งเสริม ให้ความรู้เกี่ยวกับ วิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาจิตเวช รายละเอียดเนื้อหา: - ทบทวนเกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงของยาจิตเวช <u>ขั้นตอนที่ 5</u> วัตถุประสงค์: - เพื่อเพิ่มความรู้ และทักษะการจัดการความเครียดในชีวิตประจำวัน รายละเอียดเนื้อหา: - ทบทวนความรู้เกี่ยวกับ ความเครียด สาเหตุของความเครียด และผลที่เกิดขึ้น - พุดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการจัดการความเครียด - ฝึกทักษะการจัดการความเครียด เช่น การฝึกหายใจ และวิธีการอื่นๆ

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	<u>ขั้นตอนที่ 6</u> วัตถุประสงค์: - เพื่อเพิ่มความสามารถในการสังเกตอาการเตือน อาการแสดง และการจัดการกับอาการ รายละเอียดเนื้อหา: - ทบทวนเกี่ยวกับอาการเตือน และการป่วยซ้ำ - แลกเปลี่ยนวิธีการจัดการอาการเตือนและอาการแสดง เช่น อาการหูแว่ว นอนไม่หลับ <u>ขั้นตอนที่ 7-10</u> วัตถุประสงค์: - เพื่อติดตามผู้เข้าร่วมโปรแกรมโดยการโทรศัพท์หลังจำหน่าย (ประมาณ 15-20 นาที/ครั้ง) รายละเอียดเนื้อหา: - ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย - พุดคุยปัญหาในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย - ร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	- แบบสอบถามเครื่องมือส่วนบุคคล - แบบประเมินทัศนคติต่อยา Drug Attitude Inventory (DAI-10) พัฒนาโดย Hogan, Awad & Easwood (1983) มี 10 หัวข้อ โดย 6 หัวข้อเป็นเชิงบวก และ 4 หัวข้อเป็นเชิงลบ หากมีค่าคะแนนสูง หมายถึง การมีทัศนคติที่ดีต่อยา - แบบบันทึกการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่าย - โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา พัฒนาโดย Pekkala & Merinder (2002) ซึ่งประกอบด้วยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการโทรศัพท์ตามเยี่ยม โดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย 6 sessions ใช้เวลา session ละ 30 นาที ทำทุกวันจำนวน 6 วัน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ อาการสำคัญ การรักษา อาการข้างเคียงของยา การจัดการอาการเตือน และการจัดการความเครียด โดยจะมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย 4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 15-20 นาที ครั้งที่ 1 คือ 3 วันหลังจำหน่าย รายละเอียดพุดคุยเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ขณะอยู่บ้าน การส่งเสริม ชมเชยและให้กำลังใจ

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีการดำเนินการวิจัย	- ทำความเข้าใจและอธิบายแก่หัวหน้าทีมผู้วิจัยทั้ง 8 ทีม - คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน - มีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย - จัดให้ผู้ป่วยทำ Pre-test ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามเครื่องมือส่วนบุคคล และแบบประเมินทัศนคติต่อยา Drug Attitude Inventory (DAI-10) - กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา - 5 สัปดาห์ต่อมา ก่อนจำหน่าย จัดให้ผู้ป่วยทำ Post-test ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามเครื่องมือส่วนบุคคล และแบบประเมินทัศนคติต่อยา (DAI-10) - มีการเก็บบันทึกการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่าย - หลังจากที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจำหน่าย จะมีการคัดเลือกกลุ่มทดลอง โดยมีการเลือกตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และจับคู่อายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแต่ละคู่มีอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี - กลุ่มควบคุมให้การดูแลและการพยาบาลตามปกติร่วมกัน ในสัปดาห์สุดท้ายก่อนจำหน่าย จัดให้กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา วันละ 1 ครั้งๆ ละ 30 นาที จำนวน 6 วัน - จัดให้มีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมก่อนนัด 1 สัปดาห์ - สัปดาห์ที่ 5 หลังจำหน่าย ผู้ป่วยทำ Post-test ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามเครื่องมือส่วนบุคคล และแบบประเมินทัศนคติต่อยา Drug Attitude Inventory (DAI-10) - มีการเก็บบันทึก การมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่าย <u>การวิเคราะห์ข้อมูล</u> - T-test - เปรียบเทียบค่าคะแนนทัศนคติต่อยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ANCOVA - เปรียบเทียบการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Z-test ในการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของทั้ง 2 กลุ่ม

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา	จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศชาย ($n = 30$; 100 %) มีอายุเฉลี่ย 32.13 ปี ($SD = 7.86$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ($n = 26$; 86.7%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ($n = 11$; 36.7%) รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา ($n = 10$; 33.3 %) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($n = 24$; 80 %) มีรายได้อยู่ในช่วง 500-1,500 บาท/เดือน ($n = 21$; 70%) รายได้เฉลี่ย 2,243.33 บาท/เดือน ($SD = 2227.9$) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ($n = 22$; 73.33%) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.6 ปี ($SD = 5.04$) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.8 ครั้ง ($SD = 2.8$) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมทั้งหมดเป็นเพศชาย ($n = 25$; 100%) มีอายุเฉลี่ย 34.24 ปี ($SD = 8.66$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ($n = 18$; 72%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ($n = 8$; 32%) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ($n = 7$; 28 %) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ ($n = 13$; 52%) เกือบ 60 % มีรายได้อยู่ในช่วง 500-1,500 บาท/เดือน ($n = 14$; 56%) รายได้เฉลี่ย 2,884 บาท/เดือน ($SD = 2626$) เกือบครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ($n = 11$; 44%) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.04 ปี ($SD = 6.63$) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.7 ครั้ง ($SD = 3.6$) กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นอิสระต่อกัน ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน การแจกแจงของตัวแปรตามเป็นแบบปกติ ตัวแปรตามเป็นแบบต่อเนื่องทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตัวแปรตามและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันในแบบเส้นตรง ความชันของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรตามไม่แตกต่างกันทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ทำให้สามารถใช้สถิติ ANCOVA ได้ คะแนนทัศนคติต่อยา หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยค่า Beta-value ของกลุ่มทดลองถูกตั้งค่าไว้ที่ “0” กลุ่มควบคุมมีค่า Beta-value = -2.843 ($SD = .688$) ค่า t-value = -4.133 ($p = .000$) ค่า Beta-value หมายถึง ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อยาหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	ผลจากตารางนี้ หมายความว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติต่อยามากกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังจากที่ได้ควบคุมตัวแปรร่วมแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = .000$) การเปรียบเทียบสัดส่วนการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Z-Test statistic for comparing two proportions สรุปได้ว่า สัดส่วนการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์	1. งานวิจัยมีการตั้งสมมุติฐานไว้ชัดเจน คือ มีการเปรียบเทียบระดับทัศนคติระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มควบคุม และมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่าย ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม - งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบ และมีความเหมาะสม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แต่มีการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด และจับคู่อายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยแต่ละคู่มีอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี - กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทราบได้ว่าตนเองอยู่กลุ่มไหน แต่ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ Intervention นั้นทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มใด และผู้ที่ประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งก็คือผู้วิจัยเอง ก็ทราบเช่นกันว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มใด 2. ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติต่อยามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง มีสัดส่วนการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3. การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในงานทางคลินิก งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 18-59 ปี มีคะแนนประเมินอาการทางจิต BPRS อยู่ในช่วง 18-36 สามารถติดตามได้ทางโทรศัพท์ ทำ Pre-test โดยแบบประเมินทัศนคติต่อยา Drug Attitude Inventory (DAI-10)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	ผู้ทำการบำบัด คือ พยาบาลจิตเวช โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการโทรศัพท์ตามเยี่ยม โดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษานั้นประกอบด้วย การบำบัดรายบุคคล 6 sessions ทำ session ละ 30 นาที ซึ่งทำทุกวันจำนวน 6 วันก่อนจำหน่าย โดยจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภท การรักษา อาการข้างเคียงของยา การจัดการกับอาการ การจัดการความเครียด และมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม หลังสิ้นสุดการเข้ารับ โปรแกรม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาจัดให้ผู้ป่วยทำ Post-test ด้วยแบบประเมินทัศนคติต่อยา Drug Attitude Inventory (DAI-10) ซึ่งมีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทเดียวกัน คือ เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีช่วงอายุ 18-59 ปี ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งเดียวกันกับผู้ศึกษา และผู้ให้การบำบัด คือ พยาบาลจิตเวช แต่อาจต้องนำไปดัดแปลงเนื่องจากงานวิจัยนี้ ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเพศชายเท่านั้น สำหรับการทำให้ Psychoeducation นั้นมีจำนวน 6 sessions ซึ่งก็มีจำนวนเหมาะสมและมีความกระชับของเนื้อหา หากนำไปใช้ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก็จะส่งผลให้เพิ่มทัศนคติและความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง ทำให้สามารถลดอัตราการป่วยซ้ำ การกำเริบของอาการ การเสื่อมถอยของอาการ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้นานขึ้น

ตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

ชื่อเรื่องงานวิจัย Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Patient with Schizophrenia
(โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท)

ผู้แต่ง Degmecic, D., Pozgain, I., & Filakovic, P.

แหล่งตีพิมพ์ Collegium Antropologicum / 2007

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อศึกษาความแตกต่างของความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท และอีกกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท
กลุ่มตัวอย่าง	- ผู้ป่วยจิตเภทที่พักรักษาตัวอยู่ใน University Department of Psychiatry มหาวิทยาลัย Osijek จำนวน 60 คน - จัดเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ที่ได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภทตั้งแต่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน - กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ที่ไม่ได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภทตั้งแต่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจนออกจากโรงพยาบาล และ 3 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล
สถานที่เก็บข้อมูล	University Department of Psychiatry มหาวิทยาลัย Osijek
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของหลักฐาน	- เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท - ระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับที่ 3
Intervention	กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จัดทำโดยจิตแพทย์ ทำสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิตเภท การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ยาจิตเวช และอาการข้างเคียงจากยา กลุ่มตัวอย่างมี 6-8 คน พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ จะผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาทั้ง 4 ขั้นตอน คือ 1. อาการเตือนและอาการของโรคจิตเภท 2. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และอาการทางจิตกำเริบ

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	3. ยาจิตเวช 4. อาการข้างเคียงจากยาจิตเวช
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	- ระดับคะแนนสภาพจิตโดยใช้แบบประเมิน BPRS - แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมใช้แบบประเมิน GAF - แบบประเมินทัศนคติต่อยาใช้แบบประเมิน DAI-10 - แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา โดยใช้แบบประเมิน CAI
วิธีการดำเนินการวิจัย	- ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมหรือเข้ารับการรักษาตามมาตรฐานก่อนการเข้าโปรแกรม - จัดให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน GAF เพื่อประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม แบบประเมินทัศนคติต่อยา แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาโดยใช้แบบประเมิน CAI จากนั้นกลุ่มทดลองจะได้เข้ารับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาทั้ง 4 ขั้นตอน - หลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรม กลุ่มทดลองจะได้ทำแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม แบบประเมินทัศนคติต่อยา และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา - หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม แบบประเมินทัศนคติต่อยา และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาอีกครั้ง
ผลการศึกษา	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน University Department of Psychiatry ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย Osijek อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 41.3 ปี และอายุของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมอยู่ในช่วง 43.2 ปี ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 กลุ่มทดลอง 14 คนเป็นเพศหญิง และอีก 16 คนเป็นเพศชาย สำหรับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทนั้น เป็นเพศหญิง 14 คน และอีก 16 คนเป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจบการศึกษาชั้นมัธยมปลาย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาคิดเป็น 65% และกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับโปรแกรมคิดเป็น 60% กลุ่มที่มีความรู้ที่เข้ารับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เป็นผู้ว่างงานคิดเป็น 55% และกลุ่มที่ไม่มีความรู้ไม่ได้เข้ารับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นผู้ว่างงาน 60 %

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	ระดับคะแนนสภาพจิต โดยใช้แบบประเมิน BPRS พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างค่าคะแนน BPRS วันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ($\chi^2 = 3.27, p > 0.05$) วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบความแตกต่าง ($\chi^2 = 7.51, p > 0.01$) และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน กลุ่มที่ผ่านการเข้าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีอาการแสดงของโรคจิตเภทน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับโปรแกรม ($\chi^2 = 7.50, p > 0.01$) การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม โดยใช้แบบประเมิน GAF ตอนแรกเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนั้น ไม่พบความแตกต่างทั้ง 2 กลุ่ม ($\chi^2 = 1.43, p > 0.05$) แต่พบว่า ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น พบความแตกต่างของระดับคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ($\chi^2 = 15.24, p < 0.01$) หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน พบว่า กลุ่มที่เข้ารับโปรแกรมมีค่าคะแนนทักษะทางสังคมสูงกว่า 50 คะแนน ซึ่งกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนทักษะทางสังคมอยู่ในช่วง 26-50 ซึ่งพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($\chi^2 = 19.8, p < 0.01$) แบบประเมินทัศนคติต่อยา จากคำถาม “ฉันรับประทานยาเนื่องจากฉันต้องการมัน” ตอบว่า “ใช่” พบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ($\chi^2 = 2.14, p < 0.05$) ในข้อคำถามที่ว่า “ฉันรับประทานยาเฉพาะเวลาที่ฉันป่วย” ตอบว่า “ใช่” พบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ($\chi^2 = 2.76, p < 0.05$) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา โดยใช้แบบประเมิน CAI พบว่า ในข้อคำถาม “ทำไมคุณถึงเข้ารับการรักษาเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ในตอนแรกเข้ารับการรักษา” ไม่พบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไป 3 เดือน พบว่า มีความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ($\chi^2 = 5.69, p < 0.05$) และในข้อคำถามที่ว่า “คุณปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในตอนแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล” ไม่พบความแตกต่าง ($\chi^2 = 0.17, p > 0.05$) ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ($\chi^2 = 0.20, p < 0.05$) อย่างไรก็ดี พบความแตกต่างหลังจำหน่าย 3 เดือน ระหว่าง 2 กลุ่ม ($\chi^2 = 3.04, p < 0.05$)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	แบบวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค ซึ่งใช้เป็นแบบสอบถาม 12 ข้อคำถาม ในตอนแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่พบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม แต่พบว่า ในวันจำหน่ายมีความแตกต่างของกลุ่มที่เข้ารับโปรแกรม จะมีค่าคะแนนสูงขึ้น ตอบคำถามได้ถูกต้อง ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($\chi^2 = 44.27, p < 0.01$)
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์	1. ผลการวิจัยมีความตรงต่อวัตถุประสงค์ และสอดคล้องต่อการแก้ปัญหาทางคลินิก ซึ่งใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในการเพิ่มทัศนคติต่อความร่วมมือในการรักษา โดยเน้นงานวิจัยแบบงานวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งไม่พบการรายงานลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย ไม่มีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ และเกณฑ์การคัดออกของกลุ่ม ไม่พบการรายงานว่ามีกลุ่มตัวอย่างแบบใด ไม่มีการรายงาน drop out ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีรายงานการผ่านคณะกรรมการจริยธรรม และรายละเอียดของขั้นตอนของโปรแกรมไม่ชัดเจน - โดยมีคำถามงานวิจัย คือ มีความแตกต่างของความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท และอีกกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทหรือไม่ โดยก่อนการเข้าโปรแกรม จัดให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน GAF เพื่อประเมินทักษะทางสังคม แบบประเมินทัศนคติต่อยา แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาโดยใช้แบบประเมิน CAI จากนั้นกลุ่มทดลองจะได้เข้ารับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาทั้ง 4 ขั้นตอน และหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรม กลุ่มทดลองจะได้ทำแบบประเมินทักษะทางสังคม แบบประเมินทัศนคติต่อยา และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาอีกครั้ง - หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างจะต้องทำแบบประเมินทักษะทางสังคม แบบประเมินทัศนคติต่อยา และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาอีกครั้ง 2. ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ระดับคะแนนสภาพจิตพบความแตกต่าง ($\chi^2 = 7.51, p > 0.01$) และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน พบว่า

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	กลุ่มที่ได้ผ่านการเข้าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีอาการแสดงของโรคจิตเภทน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับโปรแกรม ($\chi^2 = 7.50, p > 0.01$) - การประเมินหน้าที่ทางสังคม พบความแตกต่างของระดับคะแนนหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ($\chi^2 = 15.24, p < 0.01$) หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมสูงกว่า 50 คะแนน ซึ่งกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมอยู่ในช่วง 26-50 ซึ่งพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($\chi^2 = 19.8, p < 0.01$) - แบบประเมินทัศนคติต่อยา จากคำถาม “ฉันรับประทานยาเนื่องจากฉันต้องการมัน” ตอบว่า “ใช่” พบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ($\chi^2 = 2.14, p < 0.05$) ในข้อคำถามที่ว่า “ฉันรับประทานยาเฉพาะเวลาที่ฉันป่วย” ตอบว่า “ใช่” พบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ($\chi^2 = 2.76, p < 0.05$) - แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา โดยใช้แบบประเมิน CAI พบว่า ในข้อคำถาม “ทำไมคุณถึงเข้ารับการบำบัดเข้ารับการรักษาเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ในตอนแรกเข้ารับการรักษา” พบว่า ไม่พบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไป 3 เดือน พบว่า มีความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ($\chi^2 = 5.69, p < 0.05$) และในข้อคำถามที่ว่า “คุณปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในตอนแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล” ไม่พบความแตกต่าง ($\chi^2 = 0.17, p > 0.05$) ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ($\chi^2 = 0.20, p < 0.05$) อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างหลังจำหน่าย 3 เดือน ระหว่าง 2 กลุ่ม ($\chi^2 = 3.04, p < 0.05$) - แบบวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค พบว่าในวันจำหน่ายมีความแตกต่างของกลุ่มที่เข้ารับโปรแกรมจะมีค่าคะแนนสูงขึ้น ตอบคำถามได้ถูกต้อง ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($\chi^2 = 44.27, p < 0.01$) 3. การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในคลินิก ถึงแม้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษานั้นจะสามารถเพิ่มทัศนคติต่อความร่วมมือในการรักษา แต่ความตรงของงานวิจัยและความน่าเชื่อถือไม่เพียงพอ สำหรับรายละเอียด

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	ของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษานั้น ยังคงมีไม่ชัดเจนและครบถ้วนเพียงพอในการที่จะนำไปใช้ อีกทั้งไม่พบว่ามีกรรายงานการผ่านคณะกรรมการจริยธรรม ซึ่งไม่สามารถจะทราบได้ว่ามีความเสี่ยงที่จะนำไปใช้เพียงใดหรือไม่ จึงต้องมีความระมัดระวังและพิจารณาให้รอบคอบก่อนการนำไปใช้



ตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

ชื่อเรื่องงานวิจัย การบำบัดเพื่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทจังหวัดเชียงใหม่ในประเทศไทย (An RCT of adherence therapy for people with Schizophrenia in Chiang Mai, Thailand)

ผู้แต่ง Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K., & Gray, R.

แหล่งตีพิมพ์ Journal of Clinical Nursing / 2006

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งมีพื้นฐานมาจากโปรแกรม Compliance และใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทจังหวัดเชียงใหม่ ในประเทศไทย วัตถุประสงค์รอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลในการปรับปรุงทักษะทั่วไป ทักษะการรับประทานยา และอาการข้างเคียงจากยา วัตถุประสงค์สุดท้าย เพื่อหาการบำบัดที่มีผลต่ออาการทางจิต
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยปกปิด ซึ่งมีการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมจาก Institute of Psychiatry, King's College London สำหรับในประเทศไทยผ่าน Thai Ministry of Public Health <u>เกณฑ์การคัดเข้า</u> ผู้ป่วยจิตเภท อายุมากกว่า 20 ปี มีภูมิลำเนาอยู่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ <u>เกณฑ์การคัดออก</u> ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุราและสารเสพติด มีอาการทางระบบประสาทและโรคทางสมอง มีความบกพร่องเกี่ยวกับการเรียนรู้ระดับปานกลางหรือรุนแรง ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ป่วยจำนวน 86 คน โดย 44 คนไม่เข้าเกณฑ์ และ 42 คนเข้าเกณฑ์การคัดเลือก มีผู้เข้าเกณฑ์การคัดเลือก 32 คน ผู้วิจัยจัดให้มีการเซ็นยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ 6 คนในตึกพิเศษ ซึ่งยินยอมให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลได้ สำหรับผู้ป่วยตึกอื่นๆ ผู้วิจัยสอบถามการยินยอมจากญาติทางโทรศัพท์ ญาติบางคนไม่สามารถติดต่อได้ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	เซ็นยินยอมเอง ซึ่งผ่านการดูแลจากจิตแพทย์และพยาบาลประจำตึก ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับโปรแกรม กลุ่ม TAU (Treatment As Usual) จะได้รับการดูแลตามปกติมาตรฐานทั่วไป การรักษาด้วยยาทั่วไป และการเข้ากลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มอาชีวบำบัด กลุ่มให้คำปรึกษา กลุ่มนันทนาการ ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้ารับโปรแกรม จะได้รับโปรแกรม AT (Adherence Therapy) ร่วมกับการดูแลมาตรฐาน
สถานที่เก็บข้อมูล	โรงพยาบาลจิตเวชสวนปรุง
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของหลักฐาน	- เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - ระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับที่ 2 Randomized Controlled Trial
Intervention	Adherence Therapy พัฒนามาจาก Compliance Therapy (Kemp et al., 1996, Gray et al., 2004) โดยมีการรวบรวมการยึดหยุ่น โดยใช้แนวทางของการปรับเปลี่ยนการรู้คิด ร่วมกับเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ AT ได้มีการอธิบายรายละเอียดออกเป็น phase เพื่อใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภท ภายใต้อาการสำคัญของการบำบัด คือ การเปลี่ยนแปลงข้อมูล การพัฒนาข้อขัดแย้ง และการสร้างข้อตกลงที่มีประสิทธิภาพปราศจากข้อโต้แย้ง ขั้นตอนของโปรแกรม AT แต่ละขั้นตอน คือ การทำสัญญาข้อตกลง การประเมินผล การเตรียมความพร้อมในการรับประทานยา โปรแกรมการบำบัด และการประเมินผลการเข้าโปรแกรม



หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	เป้าหมายของโปรแกรมการบำบัด เพื่อให้บรรลุข้อตกลงในการตัดสินใจในการรับประทานยาของผู้ป่วยและผู้บำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการเข้าโปรแกรมการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาประมาณครั้งละ 15-60 นาที โดยผู้บำบัดที่ผ่านการเข้ารับการฝึกสอนโปรแกรมการบำบัด AT (SM)
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	<u>เครื่องมือวัดผลลัพธ์หลัก</u> 1. แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา Compliance (Kemp et al., 1996) ซึ่งมีค่าคะแนน 7 ระดับ จากปฏิเสธไม่ร่วมมือ ถึง ร่วมมือเป็นอย่างดี 2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล The structured clinical interview (Adam Q Hore, 1993) ซึ่งประกอบด้วยค่าคะแนน 4 ระดับ จากไม่ร่วมมือ (0-24%) ถึง ร่วมมือ (75-100%) 3. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987) เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งดัดแปลงเป็นภาษาไทย PANSS-T (Nilchaikovit et al., 2000) 30 หัวข้อ โดยค่าคะแนนแบ่งเป็นระดับจาก 0 ไม่มีอาการเลย จนถึง รุนแรง คือ ค่าคะแนน 7 โดย 7 หัวข้อเป็นอาการทางด้านบวก อีก 7 หัวข้อเป็นอาการทางด้านลบ และอีก 16 หัวข้อเป็นอาการทางจิตต่างๆ ไป โดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาทีในการสัมภาษณ์ <u>เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์รอง</u> 1. The Global Assessment of functioning scale (GAF; Indicolit et al., 1976, American Psychiatry Association, 2000) โดยมีค่าคะแนนเต็ม 100 คะแนน คะแนน 1-10 หมายถึง ทักษะน้อยที่สุด และคะแนน 91-100 เป็นค่าคะแนนทักษะที่ดีที่สุด 2. The Hogan Drug Attitude Inventory (DAI-30; Hogan et al., 1983) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ โดยมีคำตอบ คือ จริง ไม่จริง 3. The Satisfaction with Antipsychotic Medication scale (SWAM; Rofail et al., 2005) มี 23 หัวข้อ มีระดับค่าคะแนน 5 ระดับ จากไม่ร่วมมือ ถึง ร่วมมือดี ช่วงระดับค่าคะแนนแสดงให้เห็นความร่วมมือในการรักษา และการรับรู้ในการใช้ยา SWAM มีการทดสอบความเชื่อมั่นของ SWAM โดยใช้ในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 315 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	4. The Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale (LUNSERS; Day et al., 1995) ใช้วัดผลอาการข้างเคียงจากยา ประกอบด้วย 51 หัวข้อ โดยมีระดับค่าคะแนน 5 ระดับ จากไม่เป็นอะไรเลย ถึง มากที่สุด สำหรับ PANSS และ GAF นั้น มีการใช้กันอย่างกว้างขวางในประเทศไทย แต่สำหรับ DAI-30, SWAM และ LUNSERS นั้นมีการนำมาดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย GRECO et al., (1987) และ Larson (1984) หลังจากนั้นมีการนำเครื่องมือมาใช้ทดสอบกับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน พบค่าความเชื่อมั่น (DAI-30 = 0.90, SWAM = 0.85, LUNSERS = 0.89) ผู้ประเมิน โดยทีมนักวิจัย 9 คน ที่ได้รับการฝึกใช้เครื่องมือ
วิธีการดำเนินการวิจัย	- กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก มีการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ป่วยจำนวน 86 คน โดย 44 คนไม่เข้าเกณฑ์ อีก 42 คนเข้าเกณฑ์การคัดเลือก มีผู้เข้าเกณฑ์การคัดเลือก 32 คน - ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับโปรแกรม (กลุ่ม TAU) จะได้รับการดูแลตามปกติมาตรฐานต่างๆ ไป เช่น การรักษาด้วยยา กลุ่มให้คำปรึกษากลุ่มอาชีพบำบัด หรือกลุ่มนันทนาการ เป็นต้น - ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าโปรแกรม จะได้รับโปรแกรม AT ร่วมกับการดูแลตามปกติมาตรฐาน - กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการทำแบบประเมิน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล The structured clinical interview, แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา Compliance, Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS), Global Assessment of Function, Drug Attitude Inventory (DAI-30), The Satisfaction With Antipsychotic Medication scale (SWAM) และ The Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale (LUNSERS) ก่อนเข้ารับโปรแกรม Adherence Therapy - กลุ่มทดลองจะได้รับการเข้าโปรแกรม Adherence Therapy การบำบัดจำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 15-60 นาที โดยผู้บำบัดที่ผ่านการเข้ารับการฝึกสอนโปรแกรมการบำบัด AT Adherence Therapy (SM)

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีการดำเนินการวิจัย (ต่อ)	- กลุ่มควบคุมที่เข้ารับโปรแกรม TAU (Treatment As Usual) จะได้รับการดูแลตามปกติมาตรฐานต่างๆ ไป การรักษาด้วยยาทั่วไป การเข้ากลุ่ม เช่น กลุ่มอาชีวบำบัด กลุ่มให้คำปรึกษา กลุ่มนันทนาการ - เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม Adherence Therapy กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการทำแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา Compliance, Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS), Global Assessment of Function, Drug Attitude Inventory (DAI-30), The Satisfaction With Antipsychotic Medication scale (SWAM) และ The Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale (LUNSERS) ในทันที
ผลการศึกษา	- พบว่าผู้ป่วย 2 คนจากแต่ละกลุ่ม ขาดการติดตามผล สาเหตุจากปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการควบคุมในการทดลอง ในกลุ่มควบคุมที่เข้ารับโปรแกรม TAU (Treatment As Usual) ผู้ป่วย 1 คน เสียชีวิตจากการจมน้ำ และ 1 คน ขาดการติดต่อกับทีมวิจัย ในกลุ่ม AT (Adherence Therapy) ผู้ป่วย 1 คน ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ก่อนจะเริ่ม session ส่วนอีก 1 คน ออกจากพื้นที่หลังจากเข้าร่วม session ที่ 6 - สรุปว่า มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมจนเสร็จสิ้นทั้ง 2 กลุ่ม จำนวน 14 คน พบว่า ไม่พบความแตกต่างทางด้านลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ขาดการเข้ารับโปรแกรมจนเสร็จสิ้น - ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นคนไทย ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุเฉลี่ยของกลุ่ม AT 38.7 ปี และ 43 ปีในกลุ่ม TAU ประชากรได้รับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ว่างงาน ผู้ป่วย 9 คนในกลุ่ม AT (56.25%) และ 10 คนในกลุ่ม TAU มีผู้ดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยกลุ่ม AT มีช่วงเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.64 ปี และเข้ารับการรักษาเฉลี่ย 8.96 ครั้ง เหมือนกันกับผู้ป่วยกลุ่ม TAU มีช่วงเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.25 ปี และเข้ารับการรักษาเฉลี่ย 8.63 ครั้ง ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่ใช้สารเสพติดและดื่มสุรา - ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ไม่พบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม เกี่ยวกับระดับอาการทางจิตของโรคจิตเภท ทักษะทั่วไป ทักษะคิด และความร่วมมือในการรับประทานยา ระดับค่าคะแนนอาการข้างเคียงจากยาอยู่ในระดับต่ำ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	<u>ผลลัพธ์ของวัตถุประสงค์แรกและวัตถุประสงค์รอง</u> จากการติดตาม 9 สัปดาห์ พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม Adherence Therapy เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม TAU (Treatment As Usual) คือ อาการทางจิต ($p = 0.001$) ทักษะคิดต่อยา ($p = 0.001$) และความร่วมมือในการรับประทานยา ($p = 0.019$) ผู้ป่วย 23 คนจากทั้ง 2 กลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงของอาการ 20 คน (86.96%) ผู้ป่วย 17 คน (73.91%) ไม่มีการใช้สารเสพติดและดื่มสุรา <u>การทำนายผลลัพธ์</u> อาการทางคลินิกเปลี่ยนแปลงดีขึ้น (25% จากอาการทางคลินิกทั้งหมด) กลุ่ม Adherence Therapy เปรียบเทียบกับกลุ่ม TAU (Treatment As Usual) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.001$) ผู้ป่วยกลุ่ม TAU (Treatment As Usual) มีความเสี่ยงที่จะไม่ร่วมมือในการรักษาเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยที่เข้ากลุ่ม Adherence Therapy (Risk Ratio = 2.29, 95% CI 1.31, 3.98) ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม TAU (Treatment As Usual) 2 คน จะสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้ 1 คน The Number Needed to Treat = 2
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1. งานวิจัยมีการตั้งสมมุติฐานไว้ชัดเจน คือ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งมีพื้นฐานมาจากโปรแกรม Compliance และใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดเชียงใหม่ ในประเทศไทย วัตถุประสงค์รอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลในการปรับปรุงทักษะทั่วไป ทักษะการรับประทานยา และอาการข้างเคียงจากยา วัตถุประสงค์สุดท้าย เพื่อหาการบำบัดที่มีผลต่ออาการทางจิต มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติมาตรฐานทั่วๆ ไป - งานวิจัยนี้เป็นการวิจัย ซึ่งเป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Adherence Therapy ซึ่งมีความเหมาะสม โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง - กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทราบได้ว่าตนเองอยู่กลุ่มไหน แต่ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ Intervention นั้นทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มใด แต่ผู้ที่ประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูล จะไม่ทราบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มใด

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	2. ผลการวิจัยสรุปได้ว่า พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม Adherence Therapy เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม TAU (Treatment As Usual) คือ อาการทางจิต ($p = 0.001$) ทักษะคิดต่อยา ($p = 0.001$) และความร่วมมือในการรับประทานยา ($p = 0.019$) ผู้ป่วย 23 คนจากทั้ง 2 กลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงของอาการ 20 คน (86.96%) ผู้ป่วย 17 คน (73.91%) ไม่มีการใช้สารเสพติดและดื่มสุรา 3. การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในงานทางคลินิก เป็นงานที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท อายุมากกว่า 20 ปี โดยใช้แบบประเมินทักษะคิดต่อยาประเมินก่อนเข้ารับโปรแกรม โดยใช้ The Hogan Drug Attitude Inventory (DAI-30; Hogan et al., 1983) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ และประเมินหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมในทันที Adherence therapy มีการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 15-60 นาที โดยผู้บำบัดที่ผ่านการเข้ารับการฝึกสอนการบำบัด AT (SM) Adherence therapy ซึ่งมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชของประเทศไทย วัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-65 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย สำหรับผู้ให้การบำบัดนั้นเป็นพยาบาลจิตเวช แต่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการฝึกบำบัดเนื่องจาก การทำ Compliance Therapy ใช้เทคนิคการบำบัดหลายอย่างร่วมกัน ทั้ง Cognitive Behavioral และ Motivational Interviewing ซึ่งหน่วยงานต้องมีต้นทุนในด้านอุปกรณ์ในการบำบัด การเตรียมด้านสถานที่ และบุคคล โดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาบำบัดเพิ่มเติม และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทำให้เกิดความเข้าใจต่อโรคและอาการที่เป็น สามารถนำมาบำบัดหรือร่วมกับการบำบัดทางยาจะมีความคุ้มค่าและคุ้มค่าในการรักษา

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ – สกุล	นางอัจฉรีย์ ทองมา
วัน เดือน ปีเกิด	5 เมษายน พ.ศ. 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดยะลา ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2538-2442 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2552-2555 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ที่อยู่ปัจจุบัน	โรงพยาบาลศรีธัญญา 47 หมู่ 4 ต. ตลาดขวัญ อ. เมือง จ. นนทบุรี
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา หอผู้ป่วยหญิง 6 โทรศัพท์ 02-528-7800 ต่อ 57416 E-mail: achareetwin@yahoo.com