

**THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE
GUIDELINE FOR
A PSYCHO-EDUCATIONAL PROGRAM
FOR CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS**



**A THEMATIC PAPER SUBMITTED IN PARTIAL
FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)
FACULTY OF GRADUATE STUDIES
MAHIDOL UNIVERSITY**

2006

COPYRIGHT OF MAHIDOL UNIVERSITY

Thematic paper
Entitled

**THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE
GUIDELINE FOR
A PSYCHO-EDUCATIONAL PROGRAM
FOR CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS**

Jaruwan Heapthamai

Miss Jaruwan Heapthamai
Candidate

Yajai Sitthimongkol

Assoc. Prof. Yajai Sitthimongkol,
Ph.D.
Major- Advisor

Atirat Wattanapailin

Asst. Prof. Atirat Wattanapailin,
Ed.D.
Co- Advisor

Salee Kiewkarnka

Asst. Prof. Salee Kiewkarnka, Ph.D
Acting Dean
Faculty of Graduate Studies

Pornsri Sriussadaporn

Assoc. Prof. Pornsri Sriussadaporn,
M.Ed.
Chair
Master of Nursing Science
Faculty of Nursing

Thematic paper

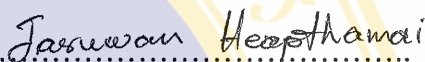
Entitled

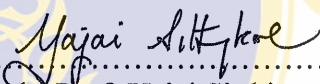
**THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE
GUIDELINE FOR
A PSYCHO-EDUCATIONAL PROGRAM
FOR CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS**

was submitted to the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
for the degree of Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing)

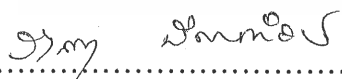
on

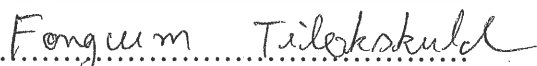
23 February, 2006

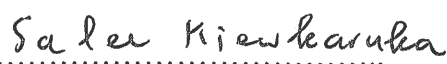

.....
Miss Jaruwan Heapthamai
Candidate


.....
Assoc. Prof. Yajai Sitthimongkol,
Ph.D.
Chair


.....
Asst. Prof. Atirat Wattanapailin,
Ed.D.
Member


.....
Mrs. Wassana Pattanakumjorn,
M.D.
Member


.....
Assoc. Prof. Fongcum Tilokskulchai,
Ph.D.
Member


.....
Asst. Prof. Salee Kiewkarnka, Ph.D
Acting Dean
Faculty of Graduate Studies
Mahidol University


.....
Assoc. Prof. Kobkul Phanchaoenworakul,
Ph.D.
Dean
Faculty of Nursing
Mahidol University

ACKNOWLEDGEMENT

This project was made possible by valuable advice, support and encouragement from the thematic paper committees including Associate Professor Dr. Yajai Sitthimongkol, major advisor, Assistant Professor Dr. Atirat Wattanapailin, co-advisor since the first step of conducting the thematic paper until completion of the paper. From their love and concern, I would like to express my deepest appreciation and gratitude to both of them.

I would also like to thank the Examination Committees: Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai and Dr. Wassana Phattanakamjorn who gave me valuable suggestions and comments in order to improve the development of this clinical nursing practice guideline. In addition, I wish to express my sincere thanks to Dr. Somnuk Limsirorat, Medical Doctor at Ratchaburi Central Hospital and Mrs. Skaorat Puangladda, Advanced Practice Nurse at Sritanya Hospital for their examination of the validity of the guideline. Special thanks go to the Director and Head of Nursing Division, Photaram Hospital who provided assistance and time during my graduate study.

I would also like to thank the Director of Department of Mental Health, Ministry of Public Health, who kindly granted the scholarship which enabled me to conduct this project. This thematic paper owed its success from the inspiration and support from my friends who had been studying in a Master's program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Plan B.

Lastly, I wish to thank my dearest mother, husband, relatives and friends who shared their love, care and encouragement which enable me to complete my predicate study

Jaruwan Heapthamai

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR A PSYCHO-EDUCATIONAL PROGRAM FOR CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

JARUWAN HEAPTHAMAI 4637769 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORS: YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D.,
ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.

ABSTRACT

The purpose of this project was to develop a clinical nursing practice guideline for a psycho-educational program for caregivers of schizophrenic patients. The guideline was developed by modifying the steps of research utilization of Polit and Beck (2004) as follows: 1) Selecting a topic or a problem is a step of problem identification. The problem can be identified from problem-focused trigger and knowledge-focused trigger; 2) Assembling evaluating evidence; 3) Assessing implementation potential; 4) Developing, implementing and evaluating the innovation.

Using the steps of Polit and Beck's research utilization, five studies were found that were used for analysis and synthesis, including one systematic review, one meta-analysis, and three single studies consisting of two randomized controlled trials and one quasi-experimental study. The recommendations from these five studies were used for developing the practice guideline for mental health nurses working with caregivers of schizophrenic patients at home and community. The main points of the guideline were that continual monitoring of the program is necessary to prevent relapses, readmission and that as much as possible, patients should be cared for in the community or at home. However, the guideline should be tested in a pilot setting in order to assess its efficacy in actual nursing practice. After the guideline's effectiveness is evaluated and validated, then it can be implemented with caregivers in other community settings in order to prevent relapse or readmission of schizophrenic patients.

KEY WORDS: SCHIZOPHRENIA/FAMILY/CAREGIVER/PSYCHO-EDUCATION
PROGRAM/ COMMUNITY/RELAPSE/READMISSION/

96 P.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR A PSYCHO-EDUCATIONAL PROGRAM FOR CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS)

จารุวรรณ หีบท่าไม้ 4637769 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์: ยาใจ สิทธิมงคล, Ph.D., อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลให้จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ โดยการประยุกต์รูปแบบการดำเนินการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck (2004) เป็นกรอบในการศึกษาตามขั้นตอนดังนี้ 1) เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา ปัญหานี้ได้มาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงานจริง และจากการค้นคว้า ทบทวนองค์ความรู้ วรรณกรรมหรืองานวิจัยต่าง ๆ 2) สืบค้นและประเมินหลักฐาน 3) ประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ 4) พัฒนานวัตกรรมนำลงสู่การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์

ผลการดำเนินการ โดยใช้กระบวนการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck พบงานวิจัยที่เป็น Systematic review จำนวน 1 เรื่อง Meta-analysis จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยเดี่ยว 3 เรื่อง ประกอบด้วย randomized controlled trial จำนวน 2 เรื่อง และ quasi-experimental study จำนวน 1 เรื่อง ภายหลังการวิเคราะห์และสังเคราะห์เอกสารทั้ง 5 เรื่อง ได้นำข้อเสนอแนะมารวบรวมและสร้างเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ข้อเสนอแนะต่อไปคือการนำแนวปฏิบัติไปทำการศึกษาในชุมชนนาร่อง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลให้จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ หากผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัตินี้มีประสิทธิผลจริง ก็จะเผยแพร่แนวปฏิบัติดังกล่าวให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ต่อไป

CONTENTS

	Page
ACKNOWLEDGEMENT	iii
ABSTRACT (ENGLISH)	iv
ABSTRACT (THAI)	v
LIST OF DIAGRAM	vii
CHAPTER	
I INTRODUCTION	1
1.1 Background and Significance of the Study	1
1.2 Main Issues	5
1.3 Purposes of the Study	5
1.4 Expected Benefits / Outcomes	5
II LITERATURE REVIEW	7
2.1 Review of Concepts/ Theories Related to Issues of Concern	7
2.2 Conceptual Framework of the Study	20
III PLAN OF IMPLEMENTATION	21
3.1 Selected model for implementation	21
3.2 Modified framework for the study and study process	23
IV CONCLUSION AND RECOMMENDATION	35
 BIBLIOGRAPHY	 37
APPENDIX	45
BIOGRAPHY	96

LIST OF DIAGRAM

Diagram	Page
1 Conceptual Framework of the study	20



CHAPTER I

INTRODUCTION

1.1 The Background and Significance of the Development of the Project

Schizophrenia is a psychiatric disorder which represents a damaging and significant problem. Schizophrenic patients are not only suffering from this disease, but also from deterioration in social functioning (Manote Lortrakul and Pramote Sutnich, 1998). Current statistics reveal that individuals suffering from this disease are being diagnosed in increasing numbers. From a total number of 22,175 in-patients previously hospitalized in psychiatric institutions throughout Thailand (National Statistics Office, 1998) to an approximate increase of another two million new cases in 1999 (Manote Lortrakul and Pramote Sutnich) with schizophrenia amounting to 23.34 % of all psychiatric patients in Thailand (Department of Mental Health, 2001).

According to the National Health Department Policy for Hospital Accreditations which emphasizes management of treatment and prevention in the community, psychiatric patients are hospitalized for shorter periods of time and are speedily discharged to the care of families and community (Thanu Charthananon, 1995; Department of Mental Health, 1996; PhahonWongsarot, 1997). Therefore, the burden of responsibility for the care of these patients rests upon their families once the psychiatric symptoms had been somewhat alleviated at the time of discharge from the hospital. However, many psychiatric patients continue to experience psychosocial problems and still require subsequent hospitalization in extremely high numbers as evidenced in statistics from various psychiatric institutions such as Suan Prung Hospital where psychiatric patients were re-admitted for second courses of treatment at a rate of 60% in 1997 (Annual Performance Summary, Suan Prung Hospital, 1997); Ban Phra Sri Maha Pho Hospital where it was found that rehospitalization at a rate of 28.57 % in 1986 increased to 44.34 % in 2000 (Annual Performance Summary, Ban Phra Sri Maha Pho Hospital, 2000); Nakorn Ratchasima Psychiatric Hospital where patients returning for rehospitalization averaged 48.88 % between 1997 – 2000 (Annual PerformanceSummary, Nakorn Ratchasima); and statistics for patients with

schizophrenia at Potharam Hospital in 2004 (Oct. 03 to Sept. 04) which show that schizophrenic patients have relapse for two or more times at a rate of 13.7 % with a relapse time of less than 6 months in 34 % of all recurring cases. Further information showed that the most common reasons for rehospitalization in 91 % of these cases involved negligence of relatives / caregivers because they feel burden from the care of the patients who most likely continued to exhibit psychosocial problems. Frequent rehospitalization can cause the symptoms to become more exacerbate and chronic, resulting in even greater difficulty on the part of their respective caregivers (Chan Praphaa Chairak and Committee, 1992).

Researches on relapse of schizophrenic patients have found that repeated hospitalization of these patients results in a decreased ability to care for themselves as well as an increased incidence of regressive personality characteristics. In addition to psychosocial problems of these patients, rehospitalization presents an increased financial burden. Sadock & Sadock (2000) state that readmission of schizophrenic patients to hospital produced a greater negative effect with respect to time and expense than that incurred by the treatment of first-time patients. Wiwat Yataphutanon and colleagues (1992) additionally revealed that the average expense for out-patient treatment amounts to 175.36 baht / per visit while the average expense for in-patient care amounts averages 9,446.17 baht per hospital admission and that each patient will receive this service 3 -4 times per year.

The prevention of rehospitalization for schizophrenia is, therefore, an issue of concern for mental health personnel. Studies have shown that patients who are not continually taking medication incur a high risk of recurring symptoms, and schizophrenia is a chronic disease in which 50 – 70 % of patients may suffer relapse (Lindsrom & Bingerfors, 2000). Therefore, patients must take medication regularly and continually for long periods of time amounting to at least 1 – 2 yrs. or, as in some cases, for a lifetime (Manit Srisuraphanon and Jamlong Dityawanit, 1998). In light of the postulate that schizophrenia is caused by the dysfunction of neurotransmitters, specifically Dopamine and Serotonin, it is generally accepted that biological treatment by medication is the most effective method for controlling the symptoms of psychotic symptoms in schizophrenic patients. Medication treatment can decrease or suppress psychotic behavior, enabling patients lead normal everyday lives or a similarity

thereof with good quality (Manit Srisuraphanon and Jamlong Dityawanit, 1998), while further enabling them to decrease their incidence of relapse. However, most schizophrenic patients are incapable of caring for themselves with regard to regular medication. In order to prevent relapse in schizophrenic patients, relatives and caregivers represent extremely important factors in the care of these patients at home.

Previous studies have shown that relapse of schizophrenic patients come from families exhibiting a high level of expressed emotion, having interactions with patients with criticism, hostility and over-protectiveness which presents a greater risk for relapse than those patients coming from families with lower levels of expressed emotion (King & Dixon, 1999). Follow-up studies within a period of 9 months show that patients in families exhibiting high expressed emotion suffer relapses at 3.7 times the rate of families exhibiting lower levels of expressed emotion (Parker & Hadzi – Pavlovic, 1990). Living with high expressed emotion family, schizophrenic patients will be at greater risk of relapse because they are biologically vulnerability and unable to cope with family stress (Hahweg et al, 1987 as claimed in Umaporn Sombat, 1997). Therefore, the family plays a significant role in creating the home environment by lessening the stressful environmental factors that lead to increased risk for relapse in schizophrenic patients. Further studies have shown that relatives / caregivers / lack an understanding of schizophrenia, causes, symptoms and behaviors exhibited by patients, methods of caring for schizophrenic patients including appropriate problem-solving for dealing with the patient's symptoms (Yajai Sitthimongkol, 1996). Providing relatives and caregivers with proper knowledge and training regarding schizophrenia and treatment thereof, they will be capable of taking a cooperative part in the care of the schizophrenic patient(s) in their homes resulting in increasing adherence to medication of patients and thus preventing relapses. The study of Fleishehacker et al. (1994) found that schizophrenic patients who receive support from community and live in families possessing positive attitudes towards medication treatment and knowledge regarding the care of patients can reduce the occurrence of relapse. Furthermore, from the research of Phawadee Hemthanon (2003) revealed that caregivers lacking correct knowledge regarding the care of schizophrenic patients, whether or not previously instructed by officials, lack the ability to effectively maintain the normal behavior of the patients in their care. The results of this study

indicate that relatives of schizophrenic patients must be provided with knowledge and understanding of the disease as well as with methods for the care of schizophrenic out-patients who are capable of returning to normal lives.

Attempts have been made to the development of various programs for families in order to develop support capability of patients to comply with taking medication for the purpose of preventing relapse. Examples of such programs include family counseling aiming at encouraging families to acquire knowledge and understanding the illness, treatment and how to manage the behavior and problems of patients while enabling patients to receive proper treatment and regular medication (McFarlane et al, 1995). The caregivers are taught by the knowledge and understanding of schizophrenia (the progression, symptoms, treatment of the disease must emphasize the primary importance of continual taking medication) as well as trained in communication skills with the patient, problem-solving skills, monitoring warbling signs symptoms before relapse, and rehabilitation. According to a systematic review, the study of the effectiveness of the family intervention program, it was found that relapse could be significantly and statistically decreased (Pekkala & Merinder, 2005). For these reasons, relatives/caregivers must be educated and trained problem-solving skills in order to develop the capability of care for the patients in order to reduce the risk of relapse.

Potharam Hospital is a hospital under the management of the Ministry of Public Health that offers mental health care services in accordance with the policy of the Department of Mental Health. Previously established policy required local mental health personnel to visit discharged psychiatric patients four times annually in order to reduce the occurrence of relapses. The ultimate goal of this policy is to help psychiatric patients in community are able to live with family and community. However, these visits have only provided information and understanding regarding the care of the patients on a case-per-case basis by individual and family counseling without a having a guideline. Despite this effort to provide knowledge to relatives / caregivers, the statistical index for relapse during the past year exceeds that of the two previous years. For example, the figures for the years 2003 and 2004 amounted to 11 and 13.7 percent respectively (the standard index was aimed at not exceeding a percentage of more than ten per year). Moreover, overall quality of services provided

by the hospital staff was affected, namely increased expenses and relapses or re-admissions to hospital due to the problem of incorrect care of relatives / caregivers. This is a problem, therefore, which requires prevention and solution.

From the data mentioned above, this study is aimed to develop a guideline to educate families of schizophrenic patients in order to prevent relapse of by utilizing the Evidence-Based Practice (EBP). This guideline will enable psychiatric nurses and mental health professionals who care for schizophrenic patients in communities to instruct relatives / caregivers in developing appropriate ability for provision of the patients in order to reduce relapse and extend the period prior to readmission to hospital while allowing patients to lead more normal and happier lives in both the family and community which indicates quality and standardized medical care according to the Reformed General Health Policy.

1.2 Main Issues

There are several studies indicate that schizophrenic patients have high relapse due to lack of proper support and non-adherence to medication. Relative/caregivers are significant persons to help these patients reduce the occurrence of relapse if they are educated with proper program from health care professionals. Thus, it is interesting to look for a guideline for educating relatives /caregivers that can increase their ability to provide care to schizophrenic patients in order to reduce the patient's relapse.

1.3 Purpose of the study

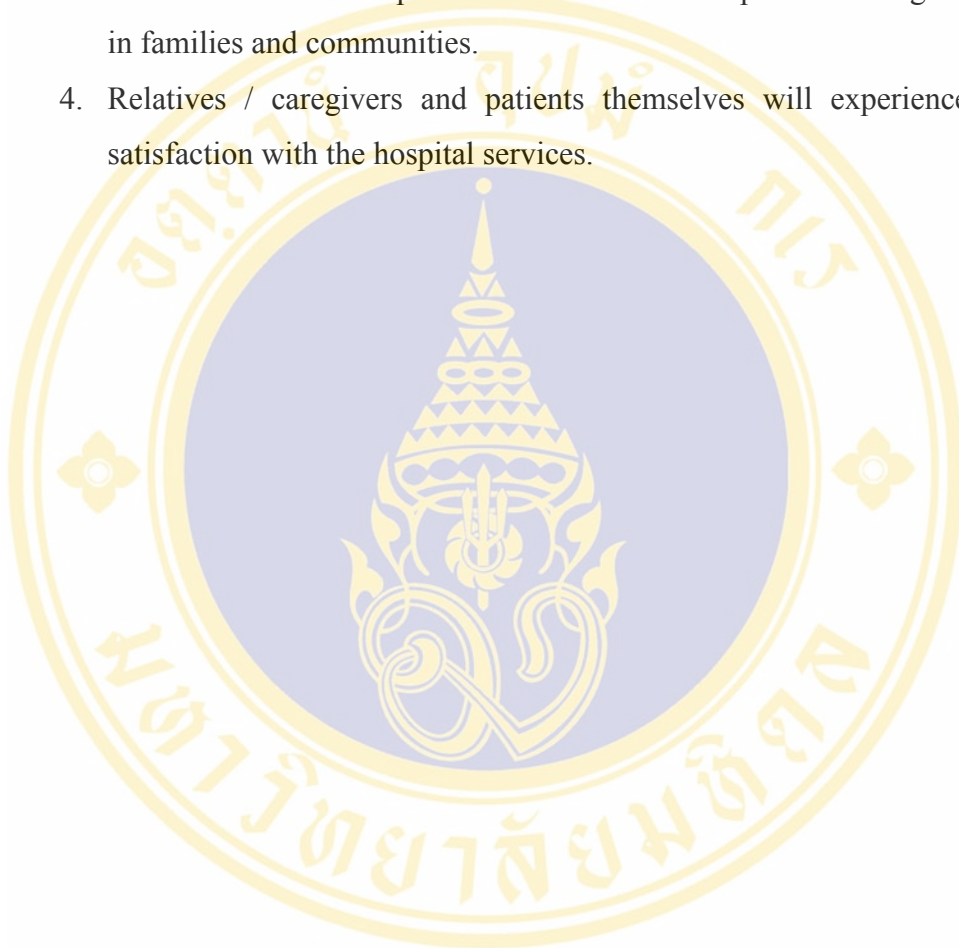
To develop a clinical nursing practice guideline of a psycho-educational program given to relatives/caregivers of schizophrenic patients in order to reduce relapse and/or hospital readmission rates of the patients.

1.4 Expected Outcomes and Benefits

It is expected that having a clinical nursing practice guideline would help:

1. Psychiatric nurses to be able to provide effective family interventions to reduce relapse or rehospitalization of schizophrenic patients.

2. Psychiatric nurses to be able to increase knowledge base regarding the needs of family and how to work with families help reduce their burden and reduce relapse.
3. The hospital administrative team to provide evidence based nursing care based to decrease relapse rate and maintain the patients living adequately in families and communities.
4. Relatives / caregivers and patients themselves will experience greater satisfaction with the hospital services.



CHAPTER II

LITERATURE REVIEW

2.1 Concept / Theory Review

A review of literature, theories and research reports regarding this issue related to the development of the guidelines for the psychiatric training of relatives and caregivers of schizophrenic out-patients was presented in the following areas:

- 1) Schizophrenic Patients
- 2) Effects of Schizophrenia on Relatives and Domestic Caregivers
- 3) Training Program for Prevention of Relapse

1) Schizophrenic Patients

1.1 Schizophrenic Patients

The term ‘schizophrenic patient’ refers to a patient with marked social withdrawal, gradual lack of interest in the surrounding world, diminished emotional response – that develops gradually and tends to be long-lasting. The patient may experience hallucinations, delusions, paranoia, severe personality disorganization, withdrawal and other eccentric behavior (Amphaiwan Pumsrisawat, 1998). Other symptoms include disorganized speech patterns; impaired thought; and emotional, behavioral and social/occupational dysfunction that are not due to chemical abuse or physical illness with at least two symptoms lasting for a period of one to six months or more (Somphob Ruangtrakul, 2002; American Psychiatric Association, 1994). This disorder is frequently found in 0.5 – 1.0 percent of the general population with initial onset occurring during late adolescence and young adulthood. Although men and women are at equal risk, men tend to be diagnosed at an earlier age than women and most patients are poverty-stricken and uneducated (Somphob Ruangtrakul, 2002).

1.2 Causes

Although schizophrenia is generally considered a genetic disorder with primarily psychosocial symptoms, new theories suggest that it may be caused by dysfunction of the neurotransmitters Dopamine and Serotonin (Somphob Ruangtrakul, 2002)

1.3 Symptoms

The significant symptoms of schizophrenia were classified by Somphob Ruantrakul (2002) as follows:

1.3.1 Positive Symptoms / Type I Syndrome: patients in this group experience impaired thought integration exhibited in the following:

- 1) Delusions of persecution and reference.
- 2) Various types of auditory hallucinations approximately 75 percent of these patients hearing their own thoughts spoken aloud or commenting on their thoughts and actions. The voices may be of one or many people and the patient may either passively listen or argue.
- 3) Speech disorders involving a loosening of thought structure and coherence, a lack of logical connections between topics when speaking, making it difficult for the listener to follow the conversation as the speaker jumps from one thought to another.
- 4) Dysfunctional behavior in which the patient exhibits confusion such as child-like behavior, disconnection between mood and other aspects of functioning, neglect of personal hygiene, filthy or eccentric dress. Some patients may exhibit inappropriate sexual behavior such as public masturbation.

Patients experiencing a sudden onset of symptoms usually exhibit behavior of a catatonic nature resulting in catatonic stupor in which the patient ceases all motor activity, speech and response to environment; catatonic rigidity in which the patient's limbs are stiffened; catatonic negativity in which the patient acts in opposition to orders; catatonic posturing in which the patient remains in an odd position for extended periods of time; and catatonic excitement in which the patient exhibits manic behavior.

1.3.2 Negative Symptoms / Type II Syndrome

Negative symptoms including affective flattening in which the facial expression of the patient is void, lacking emotional expression and avoiding eye contact; a logia in which the patient expresses short uninterested answers to questions and a exhibits a general lack of interest in all activities; and a volition in which the patient usually sits still and lacks interest in occupational or social activities.

Both positive and negative symptoms appear in various activities such as occupation, personal hygiene and social relationships. If the patient is a student, learning problems generally occur. If the patient is employed, he or she will usually be dismissed.

Patients may exhibit prodromal symptoms prior to onset such as strange beliefs, thoughts or voice that other people are discussing about him or her, secretive ideas and other perception disorders. The patient's speech may be incoherent, disorganized and lack logical reasoning. He or she may exhibit strange behavior such as speaking to him / herself and collecting strange and valueless items. Moreover he / she may exhibit detachment and other negative symptoms as previously mentioned.

1.4 Progression

The onset of the disease is gradual with prodromal symptoms such as social withdrawal, lack of interest in studies or work, neglect of personal hygiene, filthy dress, unusual behavior or high expressed emotion. The patient's relatives notice personality changes which eventually develop into clear schizophrenic symptoms such as auditory hallucinations and delusions.

Progression of the disease varies in different patients. While some patients exhibit transitory symptoms, most others exhibit chronic schizophrenia. Generally speaking, most patients cannot be cured but will gradually deteriorate as negative symptoms are clearly observable in the early stages and positive symptoms appear in later stages (Somphob Ruangtrakul, 2002).

Most schizophrenic patients will exhibit chronic symptoms (American Psychiatric Association, 1995) with high risk of relapse. In fact, the number of patients rehospitalized within 2 -6 months of initial discharge amounts to 50 percent (Fowlor, 1992), found that relapsing schizophrenic patients suffer from decreased

ability for self care as well as increased regressive personality symptoms. According to Sadock & Sadock, (2000), frequent relapse results in increased deterioration.

1.5 Treatment

Treatment for Schizophrenic patients includes:

1.5.1 Antipsychotic Drug Therapy consists of: 1) Treatment of catatonic stupor in order to induce normal behavior as quickly as possible and prevent danger to the patient and others such as that caused by violent behavior, self-destruction and destruction of others; 2) Long-term treatment in order to prevent relapse caused by medication compliance for insufficient periods of time. While two in three patients relapse within 9 – 12 months after discontinuation of medication, a mere 10 – 30 percent of medicated patients will relapse. Biological treatment by effective medication, therefore, produces excellent results (Somphob Ruangtrakul, 2002).

1.5.2 Psychotherapy, a supportive and problem-focused method, may help the patient to adjust to his / her environment by solving problems and the causes thereof (Somphob Ruangtrakul and Colleagues, 1999) and may be used in concurrence with psycho-education and adherence to medication (Somphob Ruangtrakul, 2002).

1.5.3 Therapy – due to the fact that most patients suffer from chronic symptoms, lack initiation and interest in any activities (including those of a humane nature) and withdraw to seclusion, they become a heavy burden on members who consequently develop negative attitudes towards the patients. Relatives are easily stressed and bored with caring for the patient, causing the patient's treatment to be neglected as well as increasing the opportunity for relapse (Somphob Ruangtrakul, 2002). Current Therapy for schizophrenic patients usually emphasizes educating both patients and their families regarding the risks of genetic factors that cause schizophrenia, the nature of the disease and the role of stress in relapse (Manit Srisuraphanon and Jamlong Dityuanit, 2002).

1.5.4 Behavior Therapy is aimed at solving the schizophrenic patient's dysfunctional behavior in which the therapist provides support while encouraging socially functional behavior.

1.5.5 Milieu Therapy involves hospitalization to control environmental factors and is aimed at educating the patient in psychosocial and adjustment skills while creating greater self confidence (Manit Srisuraphanon and Jamlong Dityuanit, 2002).

1.5.6 Electric-Convulsive Therapy may be used for severely depressed patients with suicidal tendencies or at high risk for catatonia (Somphob Ruangtrakul, 2002).

In general, positive symptoms will completely disappear in therapy. Negative symptoms, however, will remain. In some cases, negative symptoms will increase with the alleviation of positive symptoms (Somphob Ruangtrakul, 2002).

Treatment of residual schizophrenia emphasizes self care, prevention of relapse and rehabilitation. Latent schizophrenic patients will be medicated for a year subsequent to initial onset with dosages being gradually decreased. In the event that relapse occurs, medication will be continued for a period of at least five more years (Manote Lortrakul, 2002). During this period, the patient will experience difficulty in meeting his/her basic daily needs due to a predisposition to stress often triggering relapse followed by depression which is a significant characteristic of schizophrenic patients related to relapse, suicide and other functional disorders (Pall, K.B. & Burton, 1994).

In summary, schizophrenic patients are patients who suffer from cognitive, emotional, psychotic and behavioral disorders for periods of at least 6 months. New theories hypothesize that this disease may be caused by dysfunction of the neurotransmitters Dopamine and Serotonin. Various treatments involve Antipsychotic Drug Therapy, Psychotherapy, Therapy, Behavioral Therapy, Milieu Therapy and Electro-Shock Therapy. Treatment of Residual Schizophrenia emphasizes self care, prevention of relapse and rehabilitation. In cases where schizophrenic patients relapse, abilities for self care will deteriorate while regressive personality disorders will exacerbate. Frequent relapse puts the patient at risk for further deterioration.

Patients suffering from schizophrenia experience deterioration of cognitive processes, perception and self care. Patients suffering from schizophrenia are currently hospitalized for shorter periods of time for treatment of catatonic and

destructive symptoms causing emotional and behavioral disorders to remain unresolved even though the symptoms of the disease have been partially suppressed. Due to the fact that many patients suffer from residual psychotic, emotional and psychosocial disorders upon discharge to and community care, greater burden is placed upon relatives and community members. Relatives and other caregivers, therefore, play a significant role in assisting these patients to lead quality lives.

2) Effects of Schizophrenia for Relatives and Other Caregivers

Once schizophrenic patients have been returned to domestic and social environment, relatives and other caregivers will find it difficult to attend social events. They will further experience stress associated with the patient's symptoms and uncertainty regarding management of the patient's behavior. Additionally they will fear the unexpected psychotic behavior of the patient (Loukissa, 1995). Relatives and other caregivers will, therefore, have to deal with feelings of guilt for having a mentally ill relative (Ip & Mackenzie, 1998) while lacking sufficient rest, especially when the patient relapses. They must perform all household duties that the schizophrenic patient is unable to effectively perform. Many relatives and other caregivers have reported headaches, insomnia, appetite loss, nausea, vomiting, exhaustion and ennui in association with patient care (Thantawan Yambunruang, 1996).

An analysis of the Ratchaneekorn Upasen Study (1998) which interviewed ten caregivers of schizophrenic patients regarding their situations showed that most caregivers suffer from financial difficulty followed by lack of rest and poor health, respectively. Several studies reveal the effects on caregivers as the following:

A study of the side-effects of caring for schizophrenic patients by Pai and Kapur (1981) examined financial and occupational effects on twenty-four relatives and caregivers of mentally ill patients and found that caregivers experience tension regarding finances, obstruction of various domestic activities and anxiety regarding the patient. Thompson and Doll Study (1982) which examined the opinions of 125 relatives of mentally ill patients in the United States of America found that 72 percent of caregivers felt heavily burdened; 46 percent felt ashamed; 42 percent felt trapped; 40 percent felt dissatisfied; and 30 percent felt inadequacy in caring for other members due to a majority of time spent in patient care. Greenberg and Consultants (1993)

examined the results of a survey of the health of ninety mothers of schizophrenic children and found that stigma and anxiety influenced the physical health of these mothers. Additional research regarding this issue was provided by Rainhard (1994) who examined the situations of 94 caregivers in which the greater part consisted of caregivers of schizophrenic patients. Analysis results showed that objective burden was defined as awareness of the extent of difficulty involved or the greatest adjustment of the caregiver's life-style (Montgomery & Hooyman, 1958) involving decreased privacy in 48 percent of the subjects followed by domestic discord in 45 percent and disruption of daily activities in 43 percent. Subjective burden was defined as the emotional feelings, attitudes and reactions of caregivers toward their experiences (Montgomery & Hooyman, 1958) in which it was shown that caregivers expressed anxiety regarding the future at a rate of 87 percent; feelings of loss at 54 percent; stigma or feelings of guilt at 45 percent and feelings of entrapment at 40 percent. Eakes (1995) examined the difficulty of 10 pairs of parents of chronically schizophrenic patients and found that parents experienced regret, anger, confusion, and hopelessness brought on by the knowledge that their child has been diagnosed with schizophrenia. These feelings will probably be permanent as the parents bear the burden of caring for their mentally ill child and continue to lack sufficient rest. Meeting the needs of a schizophrenic patient is a never-ending duty which will affect the domestic and financial status of the relatives. Provencher (1996) examined the effects of this burden in a multiple-choice questionnaire completed by 70 caregivers of chronic schizophrenia patients in which information regarding the patient was collected for a period of 1 month following hospitalization. It was found that most negative effects were related to domestic tension at a rate of 74 percent; emotional problems at 57; health problems at 53 percent; occupational disturbance at 36 percent; decreased privacy at 34 percent and financial difficulty at 31 percent. As for factors affecting other members, it was found that caregivers influenced domestic tension at a rate of 74 percent while 52 percent expressed daily difficulty.

In summary, the research cited above shows that many effects are felt by relatives when schizophrenic patients are released from hospital to the care of families and the community. These effects include physical, mental, emotional, functional, financial and social factors, indicating that the care of a schizophrenic patient

represents a heavy burden for relatives. A consideration of these effects will show that relatives play a significant role in the domestic care of said patients. However, these relatives lack education regarding methods for managing the patient's behavior and support of the patient's self care. Therefore, relatives provide faulty care for the patient often resulting in relapse. Health Department officials have, therefore, placed importance and determination in intervention programs to assist families and reduce relapse.

3) Psychological Training Programs

The rationale behind the development of intervention programs, especially for families of schizophrenic patients, stem from the well-known research of Brown and Colleagues (1972) which discovered that schizophrenic patients are at high risk for relapse due to domestic criticism, hostility and emotional over-involvement directed at the patient, constituting Expressed Emotion (EE). Brown postulated that patients in families exhibiting high levels of criticism, hostility or expressed emotion incur a greater risk for relapse. In contrast, patients in families exhibiting low levels of criticism, hostility or expressed emotion incur a much lower risk of relapse.

Research regarding domestic expressed emotion has found that high levels of expressed emotion in families are associated with relapse. In fact, schizophrenic patients from families exhibiting high levels of expressed emotion relapse at rates from 48 to 60 percent while patients from families exhibiting low levels of expressed emotion relapse at rates from 9 to 17 percent (Leff et al., 1987; Miklowitz, D., Goldstein, M., & Falloon, IRH., 1983; Moline, R., Sing, S., Morris, A., & Meltzer, H., 1985). Moreover, it has been found that two additional factors associated with low relapse rates are found in compliance with medication and minimal familial conversation with the patient (no longer than 35 hours per week). A great amount of research has increased the credibility of Brown's results regarding the relationship between the expressed emotion and relapse including that of Parker and Hadsee Pavlovic (1990) who gathered research results regarding EE and found that, within a 9 month follow-up period, schizophrenic patients in families with high levels of expressed emotion experience relapse rates as much as 3.7 times higher than patients from families with low levels.

Research regarding initial response to schizophrenic patients was a significant factor in convincing the researcher that home environment affects the processes of schizophrenia and that these environments must be improved. Furthermore, a variety of intervention programs must be designed to assist families in creating positive domestic environments for schizophrenic patients while reducing high levels of expressed emotion and relapse. Psycho-education is one program designed to assist families and determined to teach a wide variety of principles in order to enable families to deal with various problems that are likely to occur when living with a schizophrenic such as feelings of anxiety associated with not knowing how to manage the patient. According to the study of Anderson and Consultants (1980) psycho-education can be divided into the following 4 phases:

Phase 1: The therapist contacts members and converses with them as soon as the patient has been hospitalized in order to assess the 's knowledge of the situation; observe the 's reaction to the crisis of having to hospitalize the patient; and create a good relationship with the for the benefit of planning further intervention.

Phase 2: Organize a Survival Workshop for the families of several mentally ill patients in order to instruct them in the following areas:

- 1) Disorders associated with the disease.
- 2) Various types of domestic structures including appropriate methods and times for distancing themselves from the patient.
- 3) Communication
- 4) The care of mentally ill patients and other members.

Phase 3: Have the families use what they learned in Phase 2 in their individual domestic situations and schedule both patients and members for therapy every 2 weeks for a period of 6 months in order to resolve the problems encountered with the mental illness of members.

Phase 4: Let the families decide when to schedule subsequent sessions with the therapist on a regular basis or whether to reduce the number of psychotherapy sessions altogether in the event that the is able to effectively care for the patient. In any event, the therapist must build the's confidence in seeking further counseling when problems or crises arise.

Hogarti and Colleagues (1986, 1991) evaluated the effectiveness of these programs by studying the families of 103 schizophrenic patients with high expressed emotion. These families have been divided into 4 groups:

Group 1: Patients treated with antipsychotic drugs and psycho-education.

Group 2: Patients treated with antipsychotic drugs and social skills training for both patients and families.

Group 3: Patients treated with antipsychotic drugs and a domestic skills program for patients and families.

Group 4: This is the control group in which patients are treated with antipsychotic drugs and psychotherapy.

Results from the first year of the study showed that patients in Groups 1 through 4 relapsed at rates of 19%, 20%, 0% and 41% respectively. The results within a two year follow up period revealed a relapse rate of 29% in Group 1. In groups 2 and 3 the psycho-education and domestic / social skills programs produced less effective results in that patients experienced relapse at rates of 50% and 25% respectively. The relapse rate in Control Group 4 reached a high of 62%. The researcher has, therefore summarized that the effectiveness of domestic and social skills programs remained for only one year in spite of the fact that these programs were aimed at reducing relapse rates for a period of two years.

A review of literature shows the following studies regarding support for the care of schizophrenic patients in order to reduce relapse:

Anchulee Temiyapradit and Colleagues (1993) compared the results of pscho-education intervention for families of 34 patients hospitalized at Prasart Songkla Hospital by dividing the patients into two groups of seventeen. For the experimental group, relatives received psycho-education as a group for a total of five thirty-minute sessions at intervals of two weeks. Instructors consisted of psychiatric nurses who provided group instruction and literature to be perused at home. For the control group, relatives also met with nurses for a total of five thirty-minute sessions at intervals of two weeks. Relatives in this group, however, did not receive psycho-education. Rather, they were provided with opportunities to make inquiries regarding research results. The results show that patients from the experimental group relapsed at a reduced rate of approximately 23.5% while patients from the control group

relapsed at a rate of 64.7%. Relatives from these groups were not found to be significantly different in any other way. Rather, they shared a statistical index that indicated similar levels of psycho-education, difficulty and knowledge of the system for providing service. An eighteen-month follow-up revealed that 58.9% of the patients in the experimental group had not been hospitalized for relapse while 100% of the patients in the control group had been re-hospitalized.

Suwadee Sriwidet and Colleagues (1994) examined the effects of a three-and-a-half hour psycho-educational seminar for relatives of 63 patients at Khon Kaen Mental Hospital. The seminar emphasized psycho-education by dividing the participants into smaller groups of 8 – 10 people in order to discuss the problems and obstacles of domestic care for mental health patients. Results showed that less than half (44.95%) of the relatives of these patients actually attended the seminar leaving more than half (52.38%) who were unable to participate in the seminar as compared to a total of thirty people who fully participated in the seminar and increased their knowledge of schizophrenia and the domestic care of patients. Further results revealed that patients whose families had participated in the seminar experienced increased medication compliance at a rate of 91.67% while patients whose families did not fully participate in the seminar experienced increased compliance to medication at a lower rate of 20% and 40% never contacted the hospital again.

Theera Leelananthakit and Colleagues (1998) evaluated programs for prevention of relapse in Thailand at five Mental Health Institutions under the direction of the Department for Mental Health (Somdet Chao Phraya Hospital, Sri Thanya Hospital, Suan Bamrung Hospital, Khon Kaen Mental Hospital and Suan Saranyarom Hospital) and studied schizophrenic relapse (involving psychotic behavior that requires rehospitalization). Established programs consisted of group psycho-education for 67 participants from 54 families by following up on the relapse rates of all 54 patients for a period of one year subsequent to training. Results from this period were compared to rates of relapse for the year previous to participation in the program. Results showed that 50% of all patients did not require rehospitalization for one year subsequent to participation in the program or spent less time in hospital (81.5 % did not require rehospitalization and 18.5 percent spent fewer days in hospital). Further examination of the number of hospitalizations revealed that 50% of all patients

experienced no difference in the number of hospitalizations. It may, therefore, be summarized that these programs were capable of reducing relapse at a rate of 16.67%.

The Department of Mental Health has developed technology for relatives of schizophrenic patients (Pichet Udomrat, 1998) by establishing psycho-education groups for the relatives of 54 schizophrenic patients at five mental hospitals under the direction of the Department of Mental Health for a period of one year with a follow-up period of seven years. A summary of the results for one year subsequent to participation in the program revealed that 50 % of all of the patients did not require rehospitalization or experienced no change in their number of hospitalizations while 44.4% experienced reduced rehospitalization and 5.6% experienced more frequent hospitalization.

A systematic review of the literature of Pharoah, F.M., Mari, J.J. and Streiner (2002) which consisted of Randomized Control Trial Research from 1981 to 1995 revealed that intervention programs providing psycho-education reduce the frequency of relapse within a one-year follow-up period.

Literature review of various findings reveals that psycho-education is an effective intervention program for reducing relapse and that increased understanding of schizophrenia results in positive attitudes toward the disease and correct domestic care of patients.

2.2 Conceptual Framework of the Study

Review of related literature has caused the researcher to realize the clinical practice of supporting family care giving of schizophrenic patients in order to reduce relapse rates by the implementation of psycho-education and is able to draw the following conclusions:

The framework for this research was obtained by review of literature regarding the physical, mental, emotional and social effects resulting from the care of schizophrenic patients and on factors creating stress due to the heavy burden of caring a dependent schizophrenic patient suffering from distorted thought, perception and poor self-care. Transportation, therapy and personal expenses must be borne by relatives due to the fact that these patients are not able to support themselves. Most relatives are unable to perform former daily activities, causing a failure to respond to

basic needs. Moreover, they are faced with social stigma and prejudice, lacking the social sympathy and support normally offered for relatives of physical diseases. These environmental factors cause relatives to feel shame, anxiety, stress and negative attitudes toward the patient resulting in the expression of criticism, hostility and non-compliance with medication. Other relatives express over-protectiveness of the patient.

Stress and burdens resulting in negative attitudes associated with the patient indicate that relatives are unable to manage the patient. Therefore, the intervention programs emphasizing psycho-education can relieve anxiety, promote positive attitudes toward the patient and enable relatives to adjust to daily routines and, more importantly, meet the needs of the patient at home. In this way, patients will regularly be in compliance with medication while decreasing stress and reducing relapse. Therefore, providing psycho-education regarding knowledge about the disease and its symptoms, guidelines for treatment, communication skills, behavioral problem-solving skills, skills for monitoring the condition of the patient for signs of relapse, methods for initial domestic treatment of relapse and appropriate assistance for the correct domestic care of patients can eventually reduce relapse.

Research has revealed that intervention programs consisting of psycho-education to reduce relapse can be summarized by the following diagram:

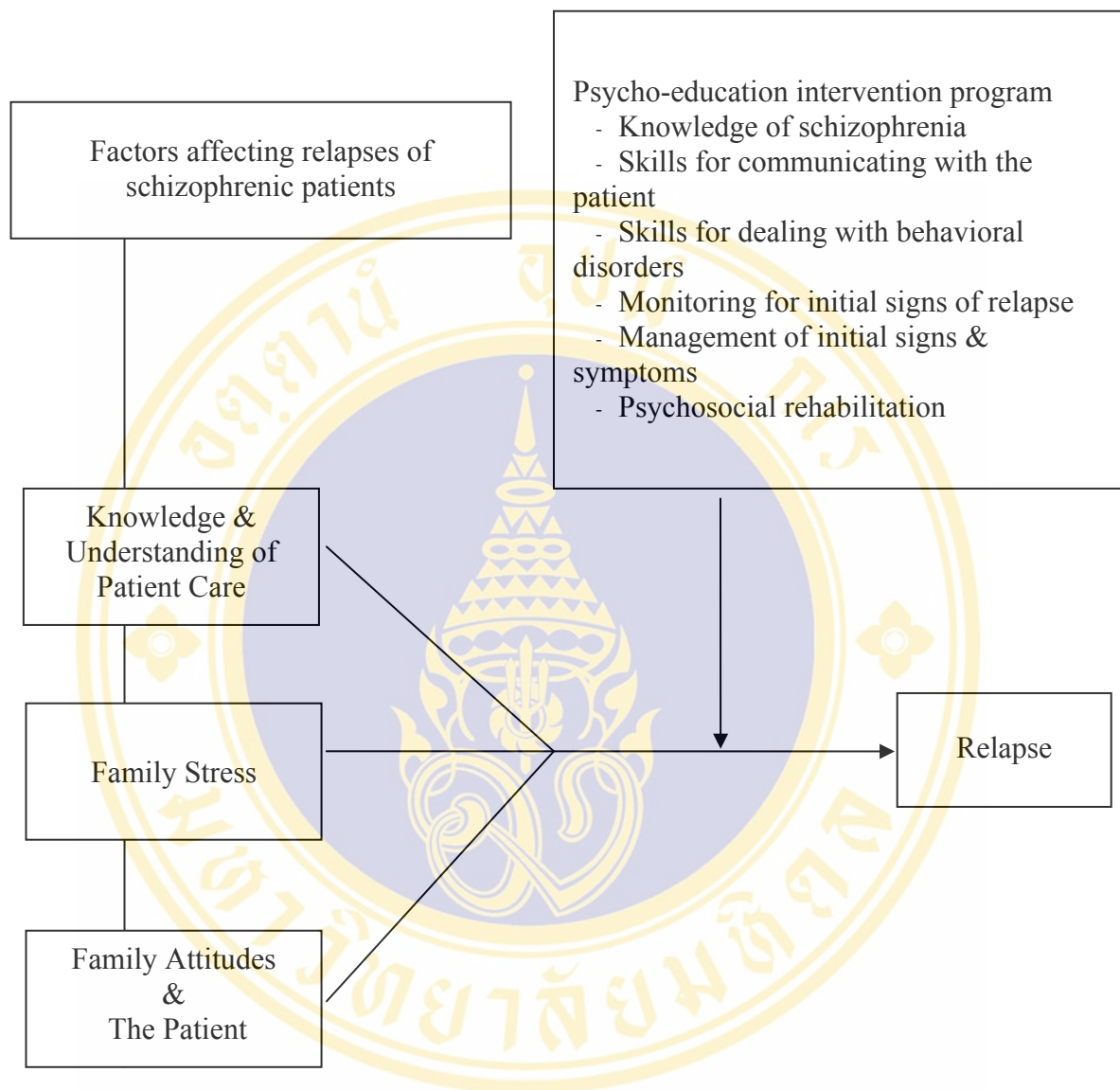


Diagram 1 Research Framework

CHAPTER III

PLAN OF IMPLEMENTATION

3.1 Selected Model for Implementation

The clinical nursing practice guideline was developed to assist caregivers/relatives of schizophrenic patients in caring for patients at home and reduce relapse. Based on the conclusion of Polit & Beck (2004), the guidelines were developed from the implementation of research utilization and evidence-based practices of the IOWA Model (Titler et al., 2001); Stetler Model (Stetler, 1994); Rosswurm and Larrabee (1999) and Soukup (2000), all of which were models for implementing research results in nursing practice guideline. The project has studied and understands these models for implementation which are detailed in the following steps:

Step 1: Selecting a topic or a problem is a step of problem identification

This is the step which involves specifying the topic or problem to be project. Initial ideas for selecting the problem were based on the following two methods:

1. Identifying the problem by problem-focused triggers, which consists of the consideration of many sources of information regarding the problem such as true clinical cases or organizational problems, management of job-related risks, quality development, internal or external benchmarking of labor units, financial information and other clinical problems. All of this information should be consistent with the goals of the organization in solving the problem while promoting quality.
2. Research and review of literature or other research related to the problem that results in new knowledge are referred to as Knowledge-Focused Triggers. In other words a clinical consideration of the problem must be performed by using the framework of various and related theories from published literature at the organizational or national level or by using the results obtained from other psychiatric nursing research, philosophies regarding psychiatric nursing and all questions asked by the committee for establishing institutional standards in order to trigger appropriate

questions by project of the subject and to determine potential solutions to clinical problems.

Step 2: Assembling and Evaluating Evidence

This step involves gathering information and evidence from individual research or a systematic review of various studies and other evidence, analyzing and evaluating the quality of the evidence, synthesizing the context in order to develop recommendations for further action.

Step 3: Assessing Implementation Potential

Once recommendations or guidelines have been obtained by Step Two, Step Three can be followed to assess their potential for implementation. The following three principle dimensions are to be considered:

1. The application of knowledge acquired through evidence and implemented in real-life situations is referred to as transferability, which involves evaluation of recommendations as to their feasibility of implementation in the work unit, population groups included in the evidence or various research to determine whether the recommendations are similar to those required for use by the population group in question. Philosophies in the evidence or research which are different from or similar to the work unit considering implementation of the recommendations, as well as the actual implementation thereof may be used to evaluate quality.

2. Feasibility refers to the possibility of actually implementing the recommendations with regard to environment, resources, assistance and personnel in the work unit. Would the suggested solution interrupt the work of other personnel? Does management encourage its implementation? How does the environment of the organization encourage its implementation? Are other personnel interested in supporting its implementation and do they approve of or protest its use? And should the proposed solution be implemented, will conflict arise within the work unit?

In the event that the proposed solution requires additional training, the feasibility of internal training must be assessed. Should internal training be determined unfeasible, the difficulties involved with engaging a third party or organization must be considered. In addition, the feasibility of nurses leaving their regular duties in

order to be trained and requirements must be considered. Finally, budgetary limitations must be assessed regarding requirements for additional equipment or facilities.

3. The cost – benefit ratio must be assessed with regard to risks and potential benefits. Continued use of current procedures must all be assessed in a similar way. With regard to finances, equipment and supply costs must be assessed with regard to both short-term and long-term implementation. Further evaluation must assess the pros and cons of not implementing the recommendation.

When the proposed innovation has been determined suitable and cost efficient for actual implementation, the researcher may proceed to Step 4.

Step 4: Developing, implementing and evaluating the innovation

Plans for trial implementation of the innovation involve determining the desired outcome, gathering data, establishing guidelines according to Evidence-Based Practice and implementing said Evidence-Based Practice Guidelines in a pilot study. Evaluation of the results from this study will determine necessary alterations and the feasibility of further implementation. Should the innovation be determined unfeasible, re-evaluation of care and a review of new knowledge attained will be performed in order to make any necessary alterations in the innovation. If the alterations in the innovation are suitable for clinical practice, they should be implemented in for the benefit of improving the operations of the organization. Implementing the guidelines for the innovation in all units involved requires follow-up, analysis and evaluation of information in the structure of the process as well as analysis of the environment, personnel, costs, patients and family. Sufficient time (6 -12 month, for example) should be spent at this step of the process in order to make certain that there is an actual change in the organization and knowledge of these results should be widespread in order to be of benefit to the psychiatric nurses in general (Polit & Beck, 2004).

3.2 The Modified Framework and Processes for the Study

For the purposes of this project, the project has modified the innovation by using the study of Polit & Beck (2004) in establishing the framework for providing

domestic care for schizophrenic patients and psycho-education for the relatives and caregivers thereof in order to reduce relapse because clear steps are provide from identification of problem-focused and knowledge-focused triggers until follow up. Although it is the format used at the organizational level, the identification of the problem originates at the operational level, enabling the establishment of framework or innovation originating from a joint effort that enables all parties to have a sense of power and ownership and facilitating innovative changes. Moreover, the ideas of Polit & Beck (2004) are in consistent with the mental health policy which emphasizes operations possessing vocational standards by adding project activities into the follow-up of this project. The project has summarized the modification according to the study of Polit & Beck (2004) in two steps as follows:

Step 1. Selecting a topic or problem

This is the first step is the initial process which originates with the actual experience of the project in over 2 years of visiting the homes of patients. Systematically recorded data, evaluation of the risks of quality development, consultations with vocational health authorities and research and review of literature related to chronic patients, has caused the project to initiate a search for solutions and preventive measures to reduce relapse. The project has subsequently presented the problem to hospital administrative organizations and treatment centers at the provincial level. Issues meriting attention and details of operation are as follows:

Psychiatric patients who had been discharged from hospitals are the responsibility of the Potharam Sub-district. Eighty-one percent of these patients were sent from Ratchaburi Hospital, a center for eight hospitals located in the western part of Thailand. The existing program consisted of formal visits to educate and provide care regarding medication compliance. However, the treatment plan of Ratchaburi hospital has no clear pattern and format to guide nurses to provide quality of care. During the past two years, there have been 11% and 13.7% relapses (the index is not to exceed 10% per year) and 34 % of these relapses occurred within 6 months sooner than normal (Division of Statistics, Photaram Hospital, 2004). The current situation affects the quality of the hospital's services in the form of increased costs. Based on these data, the nurses then gathered information about relapse with reference to the influence of relatives and caregivers. It was found that when a psychiatric patient was

hostile, his/her relatives felt worry, experienced stress and fear of being harmed by the patient. Thus, they tried to avoid and abandon the patient. They cease to comply with the patient's medication and dietary regimens. In some families, relatives spent most of their own time in routines concerned with the patient, alienating themselves from social activities such as neighborly visits and participation in religious and community activities and bringing on the remark, "When there is a patient in the house, it's like we're trapped. We can't go anywhere. It's like an increased burden and who knows how much longer it's going to last!"

Based on the literature review, it was found that most relatives are unable to perform former daily activities, causing a failure to respond to their own basic needs. Moreover, while taking care of the chronically mentally ill patients, they are faced with social stigma and prejudice, lacking the social sympathy and support normally offered for relatives of physical diseases. The situation causes relatives to feel shame, anxiety, stress and negative attitudes toward the patient resulting in the expression of criticism, hostility and over-protectiveness. Within these climate, the caregivers do not assist the patients to comply with medication, resulting in increasing relapse.

The findings from literature review indicated that the intervention programs emphasizing psycho-education can help relieve the caregiver's anxiety, promote positive attitudes toward the patient and enable them to adjust daily routines and, more importantly, meet the needs of the patient at home. In this way, patients will regularly be in compliance with medication while decreasing stress and reducing relapse. Therefore, providing psycho-education regarding knowledge about the disease and its symptoms, guidelines for treatment, communication skills, behavioral problem-solving skills, skills for monitoring the condition of the patient for signs of relapse, methods for initial domestic treatment of relapse and appropriate assistance for the correct domestic care of patients can eventually reduce relapse.

Step 2. Assembly and Evaluation of Evidence

When causes and factors related to relapse have been determined, the next step is to set up a framework to review related literature with the objective of establishing guidelines for the psycho-education of relatives and caregivers to assist them in caring for the patients at home. Steps are as follows:

1. Searching evidence

Criteria for selecting evidence was guided by the PICO (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Craig, 2002). Details are as follows:

Population: Relatives/ Caregivers of the schizophrenic patients.

Intervention: Psycho-educational relatives/ caregivers.

Comparison intervention: - .

Outcome: Relapse or readmission rates.

The research should be published from 1981-2004.

2. Specification of Keywords

Keywords used in assembling research and other evidence:

1. Population: keywords used are: psychiatric disorder, schizophrenia, out patient, family and caregiver.
2. Intervention: keywords used are: psycho-education program, intervention and community.
3. Outcome: keywords used are: relapse, readmission or re-hospitalization.

3. Sources of evidence

3.1 Databases used for searching

The investigator has searched the evidence from published and unpublished researches (master's theses) in both Thai and English from databases as follows:

1. The databases relating to practice of organizations such as www.guidelines.gov.
2. The systematic review databases such as www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au.
3. The single and meta-analysis research databases such as OVID, CINAHL, PubMed, ScienceDirect, Blackwell Synergy and MEDLINE.

3.2 Hand Search

1. Reference list
2. Proceeding of nursing conference

4. Findings

It was found that most studies had been published in abstract and, therefore, could not be reached. Also, some studies were published in a media not available in Thailand. The time frame was from 1981-2004. Five studies which can be used for analysis and synthesis were discovered, selected and separated into one systematic review, one meta-analysis, and three single studies including two randomized controlled trials and one quasi-experimental study.

1. Pharoah, F.M., Mari, J.J., & Streiner, D. (2002). Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, Oxford: Update Software. (Total from 13 research, 1981-1995).
2. Pilling, S., Bebbington, P., Kuiper, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32(5), 763-782. (Total from 18 research, 1987-1999).
3. Dyck, D.G., Hendryx, M.S., Short, R.A., Voss, W.D., & McFarlane, W.R. (2002). Service use among patients with schizophrenia in psycho-educational multiple-family group treatment. *Psychiatric Services*, 53(6), 749-53.
4. Ran, M.S., et al. (2003). Effectiveness of psycho-educational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 69-75.
5. Cassidy, E., Hill, S., & O'Callaghan, E. (2002). Efficacy of psycho-educational intervention in improving relatives' knowledge about schizophrenia and reducing re-hospitalization. *European Psychiatry*, 16, 446-50.

These five studies were analyzed and the information of each was put into tables. Then the information to be used for family psycho-educational intervention was selected.

The details of the research analyzed and synthesized are shown in Appendix D.

5. Criteria Used for Evaluation of the Quality and Strength of Recommendations

Evidence obtained from the analysis and synthesis of the research was assessed in order to establish guidelines that enable relatives and caregivers to provide adequate domestic care for schizophrenic patients in order to decrease relapse or

reduce hospital readmission rates by using the criteria for evaluating the strength of the evidence. According to the system for the classification of evidence of Melnyk and Fineout-Overholt (Melnik & Fineout-Overholt, 2005).

Hierarchy of evidence

- Level I: Evidence from a systematic review or meta-analysis of all relevant RCTs, or evidence-based clinical practice guidelines based on systematic reviews of RCTs
- Level II: Evidence obtained from at least one well-designed RCT.
- Level III: Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization.
- Level IV: Evidence from well-designed case-control and cohort studies.
- Level V: Evidence from systematic reviews of descriptive and qualitative studies.
- Level VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study.
- Level VII: Evidence from the opinion of authorities and/or reports of expert committees.

When the levels of the strength of the recommendations obtained from these five studies have been established according of Melnyk & Fineout-Overholt (2005) for the classification of evidence, the following recommendations arise:

1. In providing a program of psycho-educational intervention for relatives and caregivers of schizophrenic patients aimed at reducing relapse and readmission rates, consideration should be given to the qualities of relatives and caregivers as follows:

1.1 All relatives and caregivers of schizophrenic out-patients residing at home or in the community should receive a program of psycho-educational intervention (Level I).

1.2 Psycho-educational intervention programs are appropriate for relatives and caregivers of adult schizophrenic patients aged from 16 to 65 that have been diagnosed by the ICD-10 or DSM-IV systems with schizophrenia, schizo-affective disorder and other types of schizophrenia for no less than two years and have a history of hospitalization (Level I).

1.3 Relatives and caregivers of schizophrenic patients that participate in the program should be caregivers close to the patient such as parents, siblings, relatives and others that reside in the same home as the patient. They should, furthermore, have prior experience in caring for the patient. (Level I) in order to be able to exchange experiences with others in the group.

2. Principles for organizing psycho-education program are as follows:

2.1 All families and caregivers of schizophrenic patients should participate in psycho-education programs once a month for at least nine months to one year after the patient has been discharged from hospital (level II).

2.2 In cases where families of schizophrenic patients participating in psycho-education programs lack prior experience in caring for the patient, the group leader should organize a program that includes other more experienced members in the group for the benefit of exchanging experiences in caring for patients. In this way, group members lacking experience will be able to learn from the experiences of others (Level I).

2.3 Providing psycho-education program experiences of relatives and caregivers will produce positive results in groups of relatives that have high levels of expressed emotion where relatives and caregivers exhibit hostility, criticism and over-involvement with the patient or relatives and caregivers that spend an average of 35 hours with the patient per week. (Level I).

2.4 After one year, the family psycho-education program will achieve greater effectiveness when visits to the home are made and relatives and caregivers are educated on a family per family basis for another year (Level I)

2.5 Prior to offering a psycho-education program, group leader nurses should take time to inform relatives and caregivers regarding the objectives of the program until they gain an understanding and willingness to participate in the program in order to ensure continual participation in the program. (Level I).

2.6 When families are willing to participate in the program, a significant beginning is to have group leader nurses build friendly relationships with relatives, caregivers and patients, providing opportunities for relatives to express their feelings and nurses to assess the knowledge and understanding of relatives and caregivers regarding schizophrenia, its symptoms and expressions. A study of these

factors can be implemented in adapting the subject matter of the program to the needs of the relatives and caregivers involved (Level III). Evaluation of the symptoms of the patient and the needs of relatives and caregivers may be performed during home visits by nurses in order to build friendly relationships (Level I).

2.7 While the psycho-education program is in progress, patients may be invited to participate and express their needs to relatives and caregivers in the group during home visits (Level II), relatives and caregivers will be allowed to talk and exchange experiences with each other (Level I) and relatives and caregivers will gain direct experience and knowledge appropriate to their needs.

2.8 A Psycho-education program will be effective when many families participate in the program in appropriate numbers (approximately 5-6 families) (Level I).

2.9 A Providing psycho-education program will be effective in reducing relapse and readmission in schizophrenic patients when it consists of no less than five sessions (Level I).

2.10 A Psycho-education program will be effective when it consists of 1.5 – 3 hours or an average of 2 hours per session (Level I).

2.11 An effective psycho-education program may be provided for families, groups or in the form of workshops (Level II). Subject matter for workshops should include the following:

- Introducing group members
- Explanations of the details of the workshop
- Education regarding schizophrenia such as history, occurrence, experience, group interest in the disease and study of its causes.
- Descriptions regarding treatments for schizophrenia such as methods of chemo-therapy, when chemotherapy is merited, desired and undesired dosages of medication, psycho-social methods of treatment, management and other forms of treatment.
- Opportunities for debate among group members.
- Lectures regarding families and schizophrenia which stress the needs of patients and their families, responses of family members to the illness of the patient, deal with family problems created by the symptoms of the patient,

solution methods according to expectations, methods of caring for the patient and ignorance of undesirable behavior, recommended models for communication, support and encouragement for medication compliance and requesting expert advice.

- Answering the questions and problems of the group members.

2.12. Audit Visual Aids, Video (Level II).

3. Effective topics for the curriculum of psycho-educational family intervention must consist of the following:

3.1 Diagnosis such as the meaning of a schizophrenic disorder, knowledge regarding the illness, descriptions of various symptoms, the expression of various symptoms and behaviors (Level I).

3.2 The possible causes of the disease or its related factors and general prognosis for the illness (Level I).

3.3 Specific treatment recommendations for pharmacotherapy such as the importance of medication compliance and how medications work and methods for encouraging medication compliance (Level I).

3.4 Long-term management of the illness and relapse prevention such as early warning signs of relapse, problem-solving procedures aimed at developing individualized goals, methods for coping, subjective feelings of burden and appropriate methods for coping, prevention of self-destructive behavior and accessing services (Level I).

Recovery such as support for rehabilitation of social functioning (Level I).

4. Assessment of results, relapse and readmission rates which can be evaluated by the following (Level I):

4.1 Occurrence of repeated relapse following discharge from hospital.

4.2 Deterioration in the form of more serious or pronounced symptoms following hospital discharge.

4.3 Significant changes of medication dosages.

4.4 Readmission to hospital due to relapse.

The instrument for rehabilitation

- 1) BPRS (The Brief Psychiatric Rating Scale) (Level I).
 - 2) Global Assessment Scale (Level I).
 - 3) Present State Examination-9th Edition (Level I).
 - 4) SCID (The Structural Clinical Interview for DSM-IV) (Level II).
 - 5) Assessment of readmission rates by evaluating hospital records or periods between relapse by counting hospitalizations over a 2 year period (Level II).
5. Qualified psycho-educational program group leaders should be psychiatric nurses in the community possessing knowledge regarding subject matter, procedures, group processes and skilled group experience (Level I)

Step 3. Assessing Implementation Potential

Criteria for assessing the guidelines to be implemented were obtained from Polit and Beck (2004) according to the following details:

1. Transferability of the findings: The proposed innovation is suitable for working units and the population, namely relatives and caregivers who reside in the community. Most of these people lack knowledge and understanding regarding schizophrenia, caring and communicating with the patient, coping with its symptoms, problem-solving skills, treatment plans such as medication compliance and psychiatric appointments and rehabilitation. These factors, as well as the report of the working unit, will affect relapse and readmission rates.

It has been found that psycho-educational intervention assists relatives and caregivers to build guidelines and be able to take care of the patient at home, thus reducing relapse and readmission rates. These methods can be expanded into other groups.

2. Feasibility of implementation: Nurses have legal rights and limitations of the operation and can discontinue the innovation if said practice is not suitable for relatives/ caregivers in the working unit. However, according to findings, personnel in the working unit should not have any disagreement due to relapsed and readmitted patients. One reason for this stems from the fact that relatives/ caregivers lack knowledge and understanding about schizophrenia, taking care and communicating with the patient, skills for coping with symptoms, problem-solving skills, treatment

plans such as medication compliance and keeping psychiatric appointments and rehabilitation. Nurses still have the responsibility of offering advice during home visits which is their routine job as mentioned in the method of psycho-educating.

All of these methods will be guideline for nurses to help psycho-educate relatives and caregivers. It is necessary for nurses to be trained regarding various types of schizophrenia and group settings. However, this does not represent an obstacle and can be done within the working unit.

3. Cost-benefit-ratio: Due to the fact that former methods of practice exhibited no clear way to operate, implementing the method recommended by this study will assist relatives and caregivers in providing better domestic care to the patients while reducing relapse and readmission rates. Although the research suggests that educator should receive a training program to gain knowledge of illness and methods for establishing group settings, said training is neither complicated nor expensive when compared to the costs of relapse and readmission.

Step 4. Developing, Implementing and Evaluating Guidelines

When sufficient research and realized evidence has been gathered in order to support implementation in work procedures, the researcher planned the establishment of nursing guidelines for family psycho-education and the domestic care of schizophrenic patients as follows:

1. Specification of desired results refers to reducing relapse or hospital readmission rates.

2. The researcher specified guidelines by modeling the structure of guidelines from The Agency for Health Care Policy Research (AHCPR), which consist of the following:

- 1) guideline title
- 2) bibliographic sources
- 3) scope
- 4) methodology
- 5) recommendations
- 6) evidence supporting the recommendations

- 7) benefits and risks of implementing the guideline recommendations
- 8) implementation of the guidelines
- 9) identification of information and availability
(www.guideline.gov).

Detailed in Appendix A

3. The guideline was presented to three qualified individuals (two psychiatrists and one psychiatric nurse experienced in caring for schizophrenic patients) for quality, correction, coverage of the topic and appropriate language usage. They were then corrected and improved according to the advice of these qualified individuals prior to implementation.

CHAPTER IV

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

CONCLUSION

The aim of this study was to develop a clinical nursing practice guideline to work with relatives and caregivers of schizophrenic patients at home in order to reducing relapse and readmission rates. The model of research utilization developed by Polit and Beck (2004) was used to guide this study. There were 4 steps of conducting the study including 1) selecting a topic by considering Problem Focused Triggers and specifying Knowledge Focused Triggers, 2) assembling and evaluating evidence, 3) assessing implementation potential, and 4) developing, implementing and evaluating the innovation. The clinical problems were identified by two triggers: problems occurring from repeated problems encountered in working with families of schizophrenic patients and the emerging of knowledge from several reviews of psychosocial programs for families of schizophrenic patients on relapse and rehospitalization. The investigator has searched the available evidences from both published and unpublished research studies in both Thai and English from databases including www.guidelines.gov, www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au, OVID, CINAHL, PubMed, ScienceDirect, Blackwell Synergy, MEDLINE hand search and reference lists. Keywords used to search the evidence were schizophrenia, family and caregivers, psych-education, education, relapse and readmission. Five studies were approved. Theses studies consisted of one systematic review, one meta-analysis, and three single studies including two randomized controlled trials and one quasi-experimental study. Thereafter a total of five topics were obtained for analysis and synthesis according to process and leading to recommendations for nursing guidelines regarding for the education of relatives and caregivers of schizophrenic patients regarding the domestic care of those patients. These guidelines were presented to three qualified experts in the field of schizophrenia in order to examine them for correct and complete coverage of the topic, as well as appropriate use of

language terms. The guidelines were then revised according to the advice of these qualifies individuals.

RECOMMENDATIONS

Recommendations for establishing the psychiatric nursing guideline for psycho-educating relatives and caregivers in the care of schizophrenic patients in the community are as follows:

1. This study is the first step of developing a clinical nursing practice guideline to guide mental health nurses in providing a psycho-education intervention to family member's ore caregivers of schizophrenic patients at home or communities. The evidence of this study came from 5 studies and thus searching more evidence from both publishes and unpublished research is suggested.
2. Once the guideline was found appropriate, this clinical nursing guideline should be tested in a community setting in order to assess the efficacy of the guidelines prior to implementation in other communities.
3. The guideline should be disseminated to mental health professionals both within and without the organization through an academic lecture and a published journal or electronic information technology media.

BIBLIOGRAPHY

- American Psychiatric Association. (1994,1995). *Diagnosis and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anderson, C., Hogarty, G., & Reiss, D. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho educational approach. *Scherzo Bull*, 6, 490-505.
- Anderson, C., Reiss, D., & Hogarty, G. (1986). *Schizophrenia and The family*. New York, N.Y.
- Breier, A., Schreiber, J.L., Dyer, J., & Pickar, D. (1991). National institute of mental health longitudinal study of chronic schizophrenia. *Archive General Psychiatry*, 48, 239-246.
- Brown, G., Birley, J., & Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British J. of Psychiatric*, 121, 241-258.
- Cassidy, E., Hill, S., & O'Callaghan, E. (2001). Efficacy of a psycho-educational intervention in improving relatives' knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalization (Original article). *Europe Psychiatry*, 16, 446-450.
- Corey, G. (2001). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. (6th ed). Belmont: Wadsworth, Chapter 10.
- Craig. (2002). In J.V.Craig & R.L.Smyth (Eds), *The evidence-based practice manual for nurse*. (23-24). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Dains, J.E. (1998). *Advanced health assessment and clinical diagnosis*. St. Louis: Mosby.
- Dyck, D.G., Hendryx, M.S., Short, R.A., Voss, W.D., & McFarlane, W.R. (2002). Service use among patients with schizophrenia in psycho-educational multiple-family group treatment. *Psychiatric Services*, 53(6), 749-754.

- Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 77-84.
- Fleishchacker, W.W., Meise, U., Gunther, V., & Kurz, M. (1994). Compliance with antipsychotic drugs treatment: Influence of side effect. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (supply.382), 11-15.
- Greenberg, J.S., Greenley, J.R., Mckee, D., Brown, R., & Griffin-Francell, C. (1993). Mather caring for an adult child with schizophrenia: The effect of subjective burden on maternal health. *Family Relations*, 42, 205-211.
- Hogarty, G., et al. (1986). Family psycho education, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch of Gen Psychiatric*, 43, 633-642.
- (1991). Family psycho education, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia II. Two-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch of Gen Psychiatric*, 48, 340-347.
- Ip, S.H., Glendy, & Mackenzie, A.E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The experiences of family cares in Hong Kong. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 288-294.
- Kaplan, H.I., & Sandock, B.J. (1995). *Pocker handbook of clinical psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, I.A. (1994). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : Behavioral sciences, clinical psychiatry. (7th ed.). *Baltimore: Williams and Wilkins*.
- King, S., & Dixon, M.J. (1999). Expressed emotion and relapse in young schizophrenia out-patients. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 377-386.

- Kyung – Hee Shon & Si – Sung Park. (2002). Medication and symptom management education program for the rehabilitation of psychiatric patients in Korea: The Effects of promoting schedule on self – efficacy theory. *Yonsei Med J*, 43(5).
- Lam, H.D. (1991). Psychosocial Family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R., & Sturgeon, D. (1982). *British Journal of Psychiatry*, 141,121-134.
- Loukissa, D.A. (1995). Family burden in chronic mental illness: A review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 248-255.
- McFarlane, W.R., et al. (1995). Multiple-Family Groups and Psycho-education in the treatment of schizophrenia. *ARCHGEN Psychiatry*, 52, 679 – 687.
- Melnik, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-bases practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins.
- Miklowitz, D., Goldstein, M., & Falloon, IRH. (1983). Premorbid and symptomatic characteristics of schizophrenics form families with high and low levels of expressed emotion. *J. of Abnormal Psycho*, (3), 359-367.
- Moline, R., Sing, S., Morris, A., & Meltzer, H. (1985). Family expressed emotion and relapse in schizophrenia in 24 Urban American patients. *AM J. of Psychiatry*, 142(9), 1079-1081.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G., & Hooyman, N.R. (1985). Care giving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relation*, 34, 19-26.
- Pai, S., & Kapur, R.L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatry*, 138, 332-335.
- Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (1990). Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: An analysis of aggregated data. *Psycho Med*, 20, 961-965.
- Pekkala, E., Merinder, L Psycho-education for schizophrenia. Retrieve March 13, 2005, from www.Cochrance.Org.

- Pharoah, F.M., Mari, J.J., & Streiner, D. (2002). Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., & Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Ovid: Pilling. Psycho Med*, Volume 32 (5), 763-782.
- Polit, D.F., & Beck, C.K. (2004). *Nursing Research : Principles and Methods* (4th ed.). Philadelphia: lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). Utilization of nursing research. In Polit, D.F., & Hungler, B.P. *Nursing research: principle and methods* (6th ed) Philadelphia: Lippincott, 645-669.
- Posner, C.M., Wilson, K.G., Kral, M.J., Lander, S., & McIlwraith, R.D. (1992). Family Psycho-educational Support Groups in schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 206-218.
- Provencher, H.I. (1996). Objective burden among primary caregivers of person with chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 181-187.
- Ran, M.S., et al. (2003). Effectiveness of psycho-educational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia (Original Paper). *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38, 69-75.
- Reinhard, S.C. (1994). Living with mental illness: effects of profession support and personal control on caregivers burden. *Research in Nursing and Health*, 17, 79-88.
- Rosswurm, M.A., & Larrabee, J.H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 31 (4), 317-322.
- Sadock, J.B., & Sadock, A.V. (2000). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry/VII*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stetler, C.B., Moris, D., Rucki, S., Broughton, S., Corrigan, B., Fitzgerald, J., et al. (1998). Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Applied Nursing Research*, 11(4), 195-206.

- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J.S., Porceddu, K., Watts, S., & Freeman, H. (1988). The Community management of schizophrenia behavioral intervention with families to reduce relapses. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
- Thompson, E., & Doll, W. (1982). The burden families coping with the mentally ill: An invisible crisis. *Family Relation*, 31, 379-388.
- Titler, M.G., Kleiber, C., Steelman, V.J., Rakel, B.A., Budreau, G., Everett, L.Q., et al. (2001). The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 497-509.
- Zhang, M., Wang, M., Li, J., & Phillips, M.R. (1994). Randomized controlled Trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients an 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *British Journal of Psychiatry*, 165(supply.24), 96-102.
- กันยา สุวรรณแสง. (2544). จิตวิทยาทั่วไป. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.
- กรมสุขภาพจิต. (2540). แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2540-2544 ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: สยามอินสริท มาเก็ตติ้ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2545). แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: สยามอินสริท มาเก็ตติ้ง.
- ไกรวรรณ เจริญกรุง. (2539). การจัดกลุ่มบำบัดแบบประทับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา*. 4(3), 167-179.
- กองแผนงานและสถิติ กรมสุขภาพจิต. (2542). รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรค ประจำปีงบประมาณ 2542. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. (2540-2544). *สรุปรายงานประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา*.
- คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. (2547). *สรุปรายงานประจำปีโรงพยาบาลโพธาราม*.
- คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี. (2530, 2543). *สรุปรายงานประจำปีโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*.
- คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2547). *สรุปรายงานประจำปีโรงพยาบาลสวนปรุง*.

- คณะกรรมการหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2548). *การเขียนเอกสารอ้างอิงระบบ APA*.
- จันทิมา องค์ไผ่ยิต. (2545). *จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.
- จันทรา ชีระสมบุญ. (2543). การประเมินโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 8(1), 49-58.
- จันทร์ประภา ไชยรักษ์และคณะ. (2536). *งานติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสระบุรี. งานวิจัยโรงพยาบาลสระบุรี*.
- จารุวรรณ ต.สกุล. (2544). *การส่งเสริมสุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ฉวีวรรณ ลัทธิธรรม และคณะ. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- ชวลีวรรณ เพียนทอง และพิกุล ผาสุมูล. (2539). *รายงานการวิจัยเรื่องการให้การปรึกษาทางการพยาบาลแก่ญาติผู้ป่วยจิตเวช. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). *กรณีศึกษา: ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลภา บุญผาสังข์. (2545). *ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกลับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็น โรคจิตเวช*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนู ชาติชนานนท์. (2539). *คู่มือประกอบการใช้ ICD 10*. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ. (2532). ผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 44(1), 3-11.
- _____. (2542). *รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินโครงการให้ความรู้โรคจิตเภทแก่ญาติผู้ป่วยของฝ่าย โรงพยาบาลกลางวัน. ฝ่ายโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*.
- ปริทรรศ ศิลปกิจ. (2535). ผลกระทบของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. *วารสารสวนปรุง*. 8(3), 54-58.
- ประไพศรี บุรณางกูร. (2538). *รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา*.

- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2542). ความก้าวหน้าของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 44(2), 171-179.
- พันธุ์ศักดิ์ วราธิ์สวัสดิ. (2540). การพัฒนาการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 4(1), 37-66.
- พหล วงศาโรจน์. (2541). การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต: ยุทธศาสตร์ความมั่นคงแห่งชาติ. ใน *อุดมเพชรสังหารและคณะ (บรรณาธิการ). ประชาคมสุขภาพจิตอีสาน '41*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ภัทรา ธีระลาภ. (2532). *การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณีในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*
- ภาวดี เหมทานนท์. (2546). ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และผลลัพธ์จากการดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล. (2545). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ ฯ: ชวนพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2543). *จิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ ฯ: ชวนพิมพ์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยนิษฐ์. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2539). บทความวิชาการเรื่องแนวคิดในการให้ความช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 14(1), 43-52.
- ยาใจ สิทธิมงคล, เจริญ แจ่มแจ้ง และสมจินต์ อรุณพลอด. (2543). สถานภาพผู้ป่วยจิตเวชในช่วงก่อนจำหน่าย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 18(3), 65-75.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). *การศึกษายาทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- วิวัฒน์ ขณานุทานนท์. (2536). *ต้นทุนโรคจิตเภทและโรคประสาทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.*
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). *พยาบาลกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูลและคณะ. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สุวดี ศรีวิเศษ. (2538). รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาผลของการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบประชุมสัมมนา. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อัญชลี เตมียประดิษฐ์ และคณะ. (2537). เปรียบเทียบผลของการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทแก่ญาติของผู้ป่วย โรงพยาบาลประสาทสงขลา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 39(1), 2-13.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชรรมสาร.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2540). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาคครอบครัว. กรุงเทพฯ: เพื่อฟ้าพรินต์.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2542). การพัฒนาความสามารถการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการให้คำแนะนำที่บ้าน. วารสารสมาคมจิตเวชและสุขภาพจิต, 13 (1), 2-13.



APPENDIX A

แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล: แนวปฏิบัติการพยาบาลให้จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล สารนิพนธ์คณะพยาบาลศาสตร์ แนวปฏิบัติการพยาบาลให้จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท; กุมภาพันธ์ 2549 (เอกสารอ้างอิง 5 รายการ)

3. ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้:

- 3.1 กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ: ผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 3.2 กลุ่มบุคคลที่ใช้แนวปฏิบัติ: พยาบาลจิตเวชชุมชน
- 3.3 วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ: เพื่อสร้างแนวทางแก่ญาติ/ผู้ดูแล ให้มีความสามารถดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่บ้านเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ หรือลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 3.4 ประชากรเป้าหมาย: ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท นอกโรงพยาบาล
- 3.5 ผลลัพธ์หลักที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ: ส่งเสริมให้ญาติ/ผู้ดูแล มีความสามารถดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่บ้านเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ หรือลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4. วิธีดำเนินการ:

4.1 รายละเอียดของวิธีการที่ใช้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐาน

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานโดยใช้แนวคิดของ PICO (PICO Framework) มีรายละเอียดดังนี้

Population: ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านหรือในชุมชน

Intervention: การให้จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านหรือในชุมชน

Comparison intervention: -

Outcome: อัตราการกลับเป็นซ้ำ หรืออัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

4.2 วิธีการที่ใช้ในการค้นหาและคัดเลือกหลักฐาน

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้ง ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ ฐานข้อมูล www.guidelines.gov, www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au, OVID, CINAHL, PubMed, ScienceDirect, Blackwell Synergy, MEDLINE, Hand search, ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติของสถาบันต่าง ๆ, ฐานข้อมูลงานวิจัยของห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในประเทศไทย และเอกสารอ้างอิง

ใช้คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ Psychiatric disorder, Schizophrenia, Out patients, Family, Caregivers, Community, Intervention, Psycho-educational, Relapse, Readmission หรือ Rehospitalization

ครอบคลุมงานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่บ้านและเป็น Randomized Controlled Trails และ Quasi-experimental study ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2004 และเลือกเฉพาะ full text

4.3 วิธีการที่ใช้ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐาน

4.3.1 เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐาน (Level of evidence) ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005).

การแบ่งระดับของหลักฐาน มีดังนี้

Level I: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัย systematic review หรือ meta-analysis ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือเป็นหลักฐานจาก guidelines ที่ได้มาจาก systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs

Level II: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยที่สุด และมาจากงานวิจัยที่เป็น RCTs

Level III: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Level IV: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยที่ดี

Level V: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา/บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จาก ความคิดเห็น ทศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

4.3.2 วิธีการที่ใช้วิเคราะห์หลักฐาน

การวิเคราะห์คุณภาพงานวิจัย ใช้แนวคิดของ Polit & Hungler (1999) ที่ระบุว่า การประเมินงานวิจัยเพื่อนำไปใช้ ควรพิจารณาตามเกณฑ์ Utilization criteria ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัย 3 ประการ คือ ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ และ แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ โดยการอ่านงานวิจัยแต่ละเรื่อง แล้วนำมา วิเคราะห์ สกัด เนื้อหาที่สำคัญ พิจารณานำใส่ในรูปแบบตาราง ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รูปแบบงานวิจัย กลุ่มของประชากร สถานที่ ที่ทำการศึกษ เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผล/ประเมินการศึกษา วิธีดำเนินการศึกษา ผลการศึกษา ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในคลินิก ต่อมานำข้อความที่สกัดได้ของแต่ละการศึกษาในตารางมาพิจารณารวมกันและสกัดเนื้อหาที่สำคัญที่ทำให้การศึกษานำไปใช้บรรลุผลตามที่คาดหวัง (ลดการกลับเป็นซ้ำ) ที่ค้นพบจากการศึกษาทั้งหมดนำไปสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล ให้จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างเหมาะสมที่บ้านหรือในชุมชน ซึ่งนำไปสู่ การลดการกลับเป็นซ้ำ หรือลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

งานวิจัยที่นำมา ทั้งหมด มีจำนวน 5 เรื่อง พบว่างานวิจัยอยู่ใน ระดับ 1 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง และระดับ 3 จำนวน 1 เรื่อง

4.4 วิธีตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ

นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

1. แพทย์เฉพาะทาง (จิตแพทย์) ที่รักษาดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2 ท่าน
2. พยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1 ท่าน

5. ข้อเสนอแนะ:

1. ในการให้โปรแกรมจิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ควรพิจารณาคุณสมบัติของญาติ/ผู้ดูแล ดังนี้

1.1 ญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ที่บ้าน หรือในชุมชนนอกโรงพยาบาล (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1)

1.2 เป็นญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยระบบ ICD-10 หรือ DSM-IV โรค schizophrenia, schizoaffective disorder อยู่ในวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 16-65 ปี มีประวัติการเจ็บป่วยไม่น้อยกว่า 2 ปี และเคยมีประวัติเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมาก่อน (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1)

1.3 เป็นผู้ที่ให้การดูแลใกล้ชิดแก่ผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา พี่น้อง ญาติ และผู้อื่นที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และควรมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน เพื่อสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างญาติ/ผู้ดูแลในกลุ่มกันเอง (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1)

1.4 เป็นญาติ/ผู้ดูแล ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ต่อผู้ป่วยในลักษณะไม่เป็นมิตร มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย ปกป้องผู้ป่วยมากเกินไป หรือญาติ/ผู้ดูแลที่ใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเฉลี่ยมากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1)

2. หลักในการจัดโปรแกรมให้จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีขั้นตอนดังนี้

1) ขั้นเตรียมการ

- ผู้ดำเนินโปรแกรมจิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. เป็นพยาบาลจิตเวชชุมชน ที่ผ่านการอบรมให้มีความรู้เกี่ยวกับเนื้อหา ขั้นตอน กระบวนการกลุ่มและมีทักษะในการทำกลุ่มมาก่อน (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1)

2. พยาบาลควรเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพในขณะเยี่ยมบ้านกับทั้งญาติ/ผู้ดูแล และผู้ป่วย เพื่อเปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึก และประเมินความรู้ ความเข้าใจของญาติ/ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการและการแสดง การรักษาเพื่อนำมาจัดโปรแกรมฯ ที่มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับความต้องการของญาติ/ผู้ดูแล (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1)

3. เนื้อหาของโปรแกรมจิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทฯ ประกอบด้วย

3.1 การวินิจฉัยโรค เช่น ความหมายของโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการและการแสดง การแสดงและพฤติกรรมต่างๆ (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ1)

3.2 สาเหตุของโรคหรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค และการพยากรณ์โรค โดยทั่วไป (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ1)

3.3 การรักษาโดยเฉพาะการรักษาด้วยยา เช่น ความสำคัญของการรับประทานยา และผลของการรับประทานอย่างต่อเนื่อง วิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ1)

3.4 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะยาว เช่น อาการเตือนก่อนกลับเป็นซ้ำ วิธีการจัดการปัญหาโดยใช้เหตุผล วิธีการแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ ความรู้สึกเป็นภาระของญาติและวิธีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม และการป้องกันการทำร้ายตนเอง และการเข้าถึงแหล่งบริการ (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ1)

3.5 การฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การส่งเสริมฟื้นฟูการทำหน้าที่ในสังคมของผู้ป่วย (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ1)

4. พยาบาลควรเตรียมสื่อ หรืออุปกรณ์การให้ความรู้ เช่น วีดีโอ ประกอบการสอน (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ1)

- สมาชิกกลุ่ม

1. พยาบาลควรชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯก่อนจนเกิดความเข้าใจและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯทั้งนี้เพื่อให้มาเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างต่อเนื่อง (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1)

2. ผู้ที่มีประสบการณ์ควรเข้าร่วมกลุ่มรวมกับผู้ไม่มีประสบการณ์เพื่อประโยชน์ได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งกันและกัน (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1)

3. ควรนำผู้ป่วยเข้าร่วมในโปรแกรมฯ เพื่อให้มีส่วนร่วมบอกเล่าถึงความต้องการของตนเองแก่กลุ่มญาติ/ผู้ดูแล (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1)

4. จำนวนครอบครัวที่เหมาะสม คือ จำนวน 5-6 ครอบครัว (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1)

2) ขั้นตอนการ

- เริ่มให้โปรแกรมฯ ภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล(ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ1)

- ควรให้อย่างต่อเนื่องเดือนละครั้ง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 9 เดือนถึง 1 ปี (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ1)

- จำนวนครั้งไม่ควรน้อยกว่า 5 ครั้ง (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ1)

- ระยะเวลาในแต่ละครั้ง 1.5- 3 ชั่วโมง หรือเฉลี่ย 2 ชั่วโมงต่อครั้ง (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ1)

- สามารถทำเป็นรายครอบครัว กลุ่ม หรืออาจทำในรูปแบบ การประชุมเชิงปฏิบัติการ (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ1)

3) การติดตามและประเมินผล

- หลังจากให้โปรแกรมฯ ไปแล้ว 1 ปี ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านและให้ความรู้แก่ญาติ/ผู้ดูแลเป็นรายครอบครัวต่ออีก 1 ปี (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ1)
- การประเมินผลอัตราการกลับเป็นซ้ำ และการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ1) สามารถประเมินได้จากสิ่งต่อไปนี้

1. เกิดอาการทางจิตซ้ำอีกครั้ง หลังจากอาการสงบหลังจำหน่ายกลับบ้าน
 2. มีความเสื่อม อาการกำเริบหนักขึ้น หรือมีอาการที่รุนแรงขึ้นกว่าเดิมหลังจำหน่ายกลับบ้าน
 3. แพทย์มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในผู้ป่วยอย่างมาก
 4. การที่ผู้ป่วยต้องกลับเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลซ้ำอีกครั้ง
- เครื่องมือประเมิน (ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ1) ได้แก่
- 1) BPRS (The Brief Psychiatric Rating Scale)
 - 2) GAS (Global Assessment Scale)
 - 3) ประเมินจากอัตราการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ด้วยการประเมินจากบันทึกของโรงพยาบาล หรือจากการบันทึกระยะเวลาการกลับมารักษาซ้ำ สามารถนับจากวันที่เข้ามารับการรักษาครั้งสุดท้าย ถึงการเข้าพักรักษาใหม่ ภายในระยะเวลา 2 ปี

หลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
Pharoah, FM., Mari, JJ., & Streiner, D. (2002)	1. การใช้โปรแกรม Psycho-educational กับครอบครัวหลายครอบครัว สามารถลดการ Relapse และ Rehospitalization ของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี 2. โปรแกรม Psycho-educational ควรใช้อย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 5 session 3. โปรแกรม Psycho-educational เหมาะสมกับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย นอกโรงพยาบาล ที่อาศัยอยู่ในชุมชนหรือที่บ้าน, ได้รับการวินิจฉัยด้วยระบบ DSM-IV และ ICD-10 โรค schizophrenia หรือ schizoaffective disorder, มีอายุ 16-65 ปี, ทั้งเพศชายและเพศหญิง, มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตมาก่อน (chronic illness) หรือ first episodesสามารถนำเข้าร่วมโปรแกรมได้, ทั้งมีอาการรุนแรงและไม่รุนแรงและเลือกครอบครัวที่มีการปะทะกับผู้ป่วยด้วยอารมณ์ที่ค่อนข้างรุนแรงมากกว่า 35 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ 4. โปรแกรม Psycho-educational อาจรวมผู้ป่วยเข้าในโปรแกรมหรือไม่ก็ได้ แต่ควรมีรูปแบบการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยซึ่งกันและกันระหว่างครอบครัว	Level I

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
Pharoah, FM., Mari, JJ., & Streiner, D. (2002) (ต่อ)	5. ถ้าเป็นครอบครัว first episodes จัดให้คละกับ chronic illness เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย จะได้เป็นแนวทางในการดูแลต่อไป 6. โปรแกรม Psycho-educational เนื้อหา/ประเด็นความรู้ ควรมีดังนี้ 6.1 การวินิจฉัยโรค 6.2 สาเหตุของโรค 6.3 อาการและอาการแสดง 6.4 การพยากรณ์โรคโดยทั่วไป (general prognosis of the illness) 6.5 การสังเกตอาการเตือนก่อนป่วยซ้ำ (early warning sings of relapse) 6.6 วิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา (how medications work and compliance) 6.7 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เช่น การส่งเสริมฟื้นฟูการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning rehabilitation) 6.8 การจัดการในระยะยาว เกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (long-term management of the illness including relapse prevention) เช่น วิธีการแก้ไขปัญหา (coping methods) 6.9 การป้องกันการทำร้ายตนเอง 6.10 การเข้าถึงแหล่งบริการ (accessing services) 7. โปรแกรม Psycho-educational มักจะทำใน Family groups 8. โปรแกรม Psycho-educational ประเมิน relapse และ rehospitalization จากเกิดอาการทางจิตซ้ำอีกครั้ง หลังจากอาการสงบหลังจำหน่ายกลับบ้านหรือมี	Level I

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
Pharoah, FM., Mari, JJ., & Streiner, D. (2002) (ต่อ)	ความเลื่อมหรืออาการกำเริบหนักขึ้น หรือมีอาการที่รุนแรงขึ้นกว่าเดิมหลังจำหน่ายกลับบ้าน แพทย์มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในผู้ป่วยอย่างมาก และการที่ผู้ป่วยต้องกลับเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลซ้ำอีกครั้ง โดยใช้เครื่องมือ Brief Psychiatric Rating Scale 9. โปรแกรม ฯ จัดในชุมชน และ/หรือที่บ้านผู้ป่วย	Level I
Pilling, S., Bebbington, P., Kuiper, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., et al. (2002)	1. การใช้โปรแกรม Psycho-educational แก่ญาติ/ผู้ดูแล โดยมีผู้ป่วยเข้าร่วมหรือไม่ก็ตาม ทั้งกับครอบครัวเดี่ยว หรือหลาย ๆ ครอบครัว สามารถลด Relapse และ Rehospitalization ของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ 2. โปรแกรม Psycho-educational ควรมีอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 5 ครั้ง ใช้ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 สัปดาห์ 3. เนื้อหาในโปรแกรม ฯ ควรมีองค์ประกอบของ problem-solving, crisis management work 4. การเริ่มโปรแกรมสามารถทำได้หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ภายในเวลา 12 เดือนและทำได้ทั้งใน Single และ Multiple family group แต่ได้ผลดีใน Multiple family group มากกว่า 5. หลังจากให้โปรแกรมแล้ว โปรแกรมยังคงมีประสิทธิภาพเมื่อมีการเยี่ยมครอบครัวแต่ละครอบครัวต่อไปอีก 1 ปี 6. โปรแกรมนี้เหมาะสมกับญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทนอกโรงพยาบาล ที่อยู่ในชุมชนหรือที่บ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยระบบ DSM-IV และ ICD-10 โรค schizophrenia หรือ มีอาการคล้ายกับ schizophrenia เช่น delusional มีอายุเฉลี่ย 31.2 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตและ	Level I

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
Pilling, S., Bebbington, P., Kuiper, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., et al. (2002) (ต่อ)	เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนเฉลี่ย 2 ครั้ง และ เจ็บป่วยมานานเฉลี่ย 6 ปีและไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ อยู่ในกลุ่มอาการ organic brain syndromes กลุ่มจิต สารเสพติด กลุ่มที่มี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ 7. การประเมิน Relapse และ Rehospitalization ประเมินจากอาการของผู้ป่วย ด้วย Brief Psychiatric Rating Scale, Global Assessment Scale, Present State Examination-9 th Edition	Level I
Dyck, D.G., Hendryx, M.S., Short, R.A., Voss, W.D., & McFarlane, W.R. (2002)	1. การให้โปรแกรม Psycho-education แก่ญาติ/ ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถลดอัตรา Rehospitalization ของผู้ป่วยโรคจิตเภท 2. การให้โปรแกรม Psycho-education ควรมีเนื้อหา/ ประเด็นความรู้ ดังต่อไปนี้ 2.1 ความรู้ของการเจ็บป่วย (knowledge about the illness) และอาการของโรค (its features) 2.2 สาเหตุของโรคและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการ เกิดโรค (possible causes) 2.3 การตั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย 2.4 ขั้นตอนของการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของแต่ละบุคคล (problem- solving procedures to develop individualized goals) 2.5 การหาวิธีการต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหา (coping methods) 3. รูปแบบการให้โปรแกรม Psycho-education ควรมี วิธีการหลากหลายวิธี ดังนี้ 3.1 การจัดในรูปแบบของ Educational workshop ควร มีสื่อประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เช่น การฉาย วิดีโอ biological underpinnings of schizophrenia	Level II

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
Dyck, D.G., Hendryx, M.S., Short, R.A., Voss, W.D., & McFarlane, W.R. (2002) (ต่อ)	3.2 การพูดคุยปรึกษากันระหว่างญาติโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่บอกถึงความต้องการของตน เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันในการหาวิธีดูแลผู้ป่วย และให้มีการจดบันทึกไว้ 4. โปรแกรม Psycho-education ที่ให้นี้ ใช้ จำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง 5. ผู้ที่ดำเนินโปรแกรม ต้องผ่านการอบรมให้รับรู้ถึงวิธีการ เนื้อหา ขั้นตอนต่างๆ มาก่อน และมีจำนวนอย่างน้อย 2 คน 6. การให้โปรแกรม Psycho-education ควรทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี และถ้าให้ต่อเนื่องอีกเป็นเวลา 2ปี พบว่า สามารถลดอัตราRehospitalization ได้อีก 7. การประเมินการ Rehospitalization ใช้วิธีการนับจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล หรือจำนวนครั้งของการใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการ ได้แก่ 7.1 BPRS (The Brief Psychiatric Rating Scale) ใช้วัดอาการด้านบวกของผู้ป่วย 7.2 The Global rating of the Modified Scale for the Assessment of Negative Symptoms ใช้วัดอาการด้านลบของผู้ป่วย 8. โปรแกรม Psycho-education นี้มีเป้าหมายที่ญาติ/ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ วินิจฉัยด้วยระบบ DSM-IV โรค schizophrenia , schizoaffective, Disorder และ schizophrenia other type เป็น chronically ill ระยะเวลาการเจ็บป่วยประมาณ 10 ปี เป็นผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด มีอายุ 18-45 ปี เพศชายและได้รับยา atypical antipsychoticเช่น risperidone, clozapine, olanzapine	Level II

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
Dyck, D.G., Hendryx, M.S., Short, R.A., Voss, W.D., & McFarlane, W.R. (2002) (ต่อ)	หรือ quetiapine ซึ่ง ไม่ระบุระยะเวลาการได้รับ จำนวนสมาชิกครอบครัวที่เข้าโปรแกรมแต่ละครั้ง 5-6 ครอบครัว ไม่ระบุจำนวนคนและต้องยินยอมเข้า ร่วมโปรแกรม 9. สถานที่ ที่จัดโปรแกรมฯ จัดนอกโรงพยาบาล เช่น ที่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน	Level II
Ran, M.S., et al. (2003)	1. โปรแกรม Psycho-educational แก่ญาติ/ผู้ดูแลที่มี ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมาก่อน สามารถช่วยลดการ Relapse ของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ 2. โปรแกรม Psycho-educational ควรมีเนื้อหา/ ประเด็นดังต่อไปนี้ 2.1 ความหมายของโรคจิตเภท (definition of a Schizophrenic disorder) และความรู้เกี่ยวกับการ เจ็บป่วย (comprehensive basis of the illness) 2.2 อาการและอาการแสดง(a description of the various symptom) และการพยากรณ์โรคโดยทั่วไป (general prognosis of the illness) 2.3 การรักษา โดยเฉพาะการรักษาด้วยยา (treatment recommendation concerning pharmacotherapy) 2.4 การจัดการในระยะยาว เกี่ยวกับการป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ (long-term management of the illness including relapse prevention) 2.5 การส่งเสริมฟื้นฟูการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning rehabilitation) 2.6 การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ Crisis intervention เมื่อ มีความจำเป็น เช่น ผู้ป่วยเกิดการทำร้ายตัวเอง ก้าวร้าวมาก ๆ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น	Level II

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
Ran, M.S., et al. (2003) (ต่อ)	โดยจัดให้มีเครือข่ายการให้ความรู้(broadcast network) ในหมู่บ้าน เช่น เสียงตามสาย หอกระจายข่าว 3. พยาบาลจิตเวชชุมชนสามารถนำโปรแกรม Psycho-educational นี้ไปปฏิบัติขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 9 เดือนถึง 1 ปี 4. โปรแกรม Psycho-educational นี้ควรมีวิธีการให้ความรู้หลากหลายรูปแบบ เช่น 4.1 เยี่ยมบ้านสร้างสัมพันธภาพพร้อมให้ความรู้ที่ละกรอบครัวตามสภาพอาการของผู้ป่วย เน้นการนำผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมด้วย 4.2 การทำในรูปแบบ Multiple family workshops เพื่อปรึกษา พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของแต่ละครอบครัว 4.3 การใช้สื่อผ่านความรู้ เช่น ความรู้เสียงตามสายผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน เช่น ใน Crisis intervention เฉพาะที่มีความจำเป็น เช่น ผู้ป่วยเกิดการทำร้ายตัวเอง ก้าวร้าวมาก ๆ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น 5. โปรแกรม Psycho-educational ใช้ระยะเวลา 9 เดือน เยี่ยมเดือนละครั้ง ๆ ละ 1.5-3 ชั่วโมง และระหว่างนั้นจะเยี่ยมและทำกลุ่มครอบครัวทุก ๆ 3 เดือนครั้ง 6. ผู้ดำเนินโปรแกรมต้องผ่านการอบรมให้ทราบถึงเนื้อหา การดูแลผู้ป่วย ขั้นตอนการทำกลุ่ม 7. โปรแกรม Psycho-educational นี้มีเป้าหมายที่ญาติ/ผู้ดูแล ต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ที่วินิจฉัยด้วยระบบ ICD-10 โรค schizophrenia ทั้ง	Level II

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
Ran, M.S., et al. (2003) (ต่อ)	ผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเรื้อรัง เพศชายและเพศหญิง อายุ 45-50 ปี เฉลี่ย 47.5 ปี ไปพบแพทย์ในพื้นที่และจัดการเรื่องยาเอง มีญาติ/ผู้ดูแล ให้ยาฉีด long-term คือ haloperidol deaconate (50-125 mg/month) หรือให้ oral depot (ไม่ระบุระยะเวลาที่ได้รับมานานเท่าใด) มีการรับรู้ดี ยกเว้นผู้ป่วย schizoaffective psychoses และติดสารเสพติด 8. การประเมินการ Relapse ประเมินในระยะเวลา 9 เดือน สามารถประเมินได้จาก การบันทึกของระบบรายงาน หรือประเมินได้จากอาการของผู้ป่วยซึ่งสามารถใช้แบบวัด ดังต่อไปนี้ 8.1 medication record ผู้ดำเนินกลุ่มเป็นผู้ให้คะแนน ดูคะแนนว่า relapse หรือไม่ (ไม่ระบุรูปแบบ) 8.2 the Present State Examination (PSE-9, Chinese translation) (ไม่ระบุรูปแบบ) 8.3 General Psychiatric Interview Schedule and Summary Form (ไม่ระบุรูปแบบ) 9. โปรแกรม ฯ จัดทำที่บ้านผู้ป่วยในชุมชน	Level II
Cassidy, E., Hill, S., & O'Callaghan, E. (2002)	1. การให้โปรแกรม The brief psycho-educational แก่ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถช่วยลดอัตราการ Rehospitalization ลงได้ในระยะเวลา 1 ปี และเมื่อติดตามต่อเป็นเวลา 2 ปี ยังพบว่า สามารถช่วยลดอัตราการ Rehospitalization และมีจำนวนผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลน้อยลงและมีจำนวนวันนอนน้อยลงด้วย สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านและในชุมชนได้ยาวนานขึ้น 2. โปรแกรม The brief psycho-educational ควรมีเนื้อหา/ประเด็นความรู้ ดังนี้	Level III

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
Cassidy, E., Hill, S., & O'Callaghan, E. (2002) (ต่อ)	2.1 การวินิจฉัยโรค (diagnosis) 2.2 สาเหตุของโรค 2.3 อาการและพฤติกรรมต่าง ๆ (symptoms and behaviours) 2.4 การรักษา 2.5 การสังเกตอาการเตือนก่อนป่วยซ้ำ (early warning signs of relapse) 2.6 วิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรักษา (how medications work and compliance) 2.7 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) 2.8 ความรู้สึกเป็นภาระของญาติและวิธีการเผชิญปัญหา (subjective burden and ways of coping) 2.9 การเข้าถึงแหล่งบริการ (accessing services) 3. รูปแบบการจัดโปรแกรม The brief psycho-educational ก่อนเริ่มโปรแกรม ๑ ต้องมีการประเมินความรู้ญาติ/ผู้ดูแลด้วยแบบวัด pre- test และควรมีวิธีการให้ความรู้ที่หลากหลาย เช่น ให้ความรู้เป็นกลุ่มเล็ก ๆ โดยมีสื่อความรู้ เช่น เอกสารความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา ให้สมาชิกกลุ่มอ่าน แล้วร่วมกันอภิปรายในคำถาม- คำตอบ จากสมาชิกกลุ่มกันเอง และผู้ดำเนินโปรแกรมช่วยตอบข้อสงสัยอีกครั้ง 4. โปรแกรม The brief psycho-educational ควรจะมีจำนวน 7 ครั้ง ดำเนินการสัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง 5. ผู้ดำเนินโปรแกรม ๑ ต้องมีประสบการณ์ในการให้ความรู้มาก่อน มีทักษะการดำเนินกลุ่มและมีจำนวน 3 คน	Level III

Author(s)	Recommendations	Strength of evidence
Cassidy, E., Hill, S., & O'Callaghan, E. (2002) (ต่อ)	6. ความต่อเนื่องของโปรแกรม The brief psycho-educational การทำต่อเนื่อง และติดตามประเมินผลในเวลา 1 ปี และ 2 ปี 7. การประเมินผล วัตถุประสงค์ rehospitization สามารถประเมินได้จาก rehospitisation rates และ time to rehospitisation จากบันทึกของผู้ป่วย โดยการคิดระยะเวลาการ กลับมารักษาซ้ำ จากการบันทึกระยะเวลาการกลับมารักษาซ้ำ นับจาก วันที่ admission ครั้งสุดท้าย ถึง admission ใหม่ ภายในเวลา 2 ปี 8. โปรแกรมนี้เหมาะสมกับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่วินิจฉัยด้วยระบบ ICD-10 โรค schizophrenia, มีประวัติการเจ็บป่วยซ้ำ , มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 2-5 ปี, เพศชายและเพศหญิง, อายุเฉลี่ย 27 ปี, ทั้งอาศัยและไม่ได้อาศัยอยู่กับญาติ 9. สถานที่ จัดที่บ้านผู้ป่วยในชุมชนขณะเยี่ยมบ้าน	Level III

6. ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปใช้

1. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

1.1 สำหรับพยาบาล ได้แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลจิตเวชชุมชนและบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการเยี่ยมบ้าน ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ หรือลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล คุ่มค่า คุ่มเวลา

1.2 สำหรับญาติ/ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับความต้องการ และเป็นรูปธรรม และมีแนวทางชัดเจน ทำให้ญาติ/ผู้ดูแล ให้ความร่วมมือ และพึงพอใจ

1.3 สำหรับโรงพยาบาลได้แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการ ตอบรับนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายในการส่งรักษาต่อ

2. อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ

เนื่องจากแนวปฏิบัติได้พัฒนาโปรแกรมการให้จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแล ซึ่งนำมาจากการนำงานวิจัยที่ประเมินคุณภาพแล้ว จากงานวิจัยทุกเรื่องไม่พบผลเสียหาญาติ/ผู้ดูแล และผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการนำโปรแกรมไปใช้อาจเป็นการรบกวนครอบครัวของผู้ป่วย หรือลำบากใจในการที่จะต้องใช้เวลาให้กับพยาบาล

7. ข้อควรพิจารณาจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

1. พยาบาลต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินโปรแกรม เช่น รับการอบรมให้ทราบถึงเนื้อหา ขั้นตอน กระบวนการกลุ่ม การเตรียมอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอ เป็นต้น
2. ควรใช้เวลาที่ญาติ/ผู้ดูแล สะดวก ที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
3. ควรเตรียมความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแล ด้วยการอธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ของโปรแกรมให้ทราบก่อน
4. ควรระมัดระวังในการเข้าเยี่ยมบ้าน เพราะญาติ/ผู้ดูแล หรือผู้ป่วยอาจจะคิดว่าตนเองมีปัญหามากกว่าผู้อื่น

8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก

การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน มีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

1. ชี้แจงและบอกถึงปัญหาทางคลินิก เพื่อเห็นชอบ อนุมัติวิธีการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม
2. เสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลให้จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทแก่ผู้บริหาร และทีมงานการรักษาพยาบาล
3. เตรียมความพร้อมของผู้ที่จะดำเนินการกลุ่มโดยการจัดอบรมแนวปฏิบัติการพยาบาลให้จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทไปใช้กับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ จำนวน 5-6 ครอบครัว ในรูปแบบ Pilot Study
4. ประเมินผลแนวปฏิบัติดังกล่าว ครอบคลุม เกณฑ์การประเมินผล สภาพแวดล้อม บุคลากร ค่าใช้จ่าย แล้วนำผลการประเมินมาพัฒนาใช้ เพื่อให้แนวปฏิบัติการพยาบาลให้จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเหมาะสมกับพื้นที่
5. นำเสนอผลแนวปฏิบัติดังกล่าวในงานวิชาการและขยายต่อไปยังหน่วยงานข้างเคียงเพื่อเผยแพร่และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ยิ่ง ๆ ขึ้น ต่อไป

9. ข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติ

9.1 วัน เดือน ปี ที่สร้าง:

กุมภาพันธ์ 2549

9.2 ผู้สร้าง:

นางสาวจรรวณ หีบท่าไม้

9.3 อาจารย์ที่ปรึกษา:

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิริธมมงคล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน

9.4 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ:

แพทย์เฉพาะทางที่รักษาดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1. แพทย์หญิงวาสนา พัฒนกำจร นายแพทย์ 9 โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี
 2. นายแพทย์สมนึก หลิมศิริรัตน์ นายแพทย์ 7 โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี
- พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1. นางสาวรัตน์ พวงลัดดา พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลศรีธัญญา

9.5 แหล่งเงินทุน :

งบประมาณส่วนตัว

9.6 เอกสารอ้างอิง :

Anderson C., Hogarty, G. & Reiss D. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho educational approach. *Scherzo Bull*, 6, 490-505.

Anderson, C., Reiss, D. & Hogarty, G. (1986). *Schizophrenia and the family*. New York, N.Y.

Cassidy, E., Hill, S. & O'Callaghan, E. (2001). Efficacy of a psycho-educational intervention in improving relatives' knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalization (Original article). *Europe Psychiatry*, 16, 446-450.

Dyck, D.G., Hendryx, M.S., Short, R.A., Voss, W.D. & McFarlane, W.R. (2002). Service use among patients with schizophrenia in psycho-educational multiple-family group treatment. *Psychiatric Services*, Vol. 53(6), 749-754.

Hogarty, G., et al. (1986). Family psycho education, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch of Gen Psychiatric*, 43, 633-642.

- _____. (1991). Family psycho education, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia II. Two-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch of Gen Psychiatric*, 48,340-347.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. and Grebb, I.A. (1994). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. (7th ed). *Baltimo : Williams and Wilkins*.
- Lam, H.D. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R. & Sturgeon, D. (1982). *British Journal of Psychiatric*, 141,121-134.
- McFarlane, W.R. et al. (1995). Multiple-family groups and psycho-education in the treatment of schizophrenia. *ARCHGEN Psychiatry*. 52, p. 679 – 687.
- Pharoah, FM., Mari, JJ. & Streiner, D. (2002). Family intervention for Schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G. & Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. Ovid: Pilling. *Psycho Med*, Volume 32(5), 763-782.
- Polit, D.F., & Beck, C.K. (2004). Nursing research: Principles and methods. (4th ed.) *Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins*.
- Posner, C.M., Wilson, K.G., Kral, M.J., Lander, S. & Mellwraith, R.D. (1992). Family psycho-educational support groups in schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 206-218.
- Provencher, H.I. (1996). Objective burden among primary caregivers of person with chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 181-187.
- Ran, M.S. et al. (2003). Effectiveness of psycho-educational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia (Original Paper). *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38, 69-75.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J.S., Porceddu, K., Watts, S. & Freeman, H. (1988). The community management of schizophrenia behavioural intervention with families to reduce relapses. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.

Zhang, M., Wang, M., Li, J. & Phillips, M.R. (1994). Randomized-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients an 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *British Journal of Psychiatry*, 165 (supply. 24), 96-102.



APPENDIX B

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แพทย์เฉพาะทางที่รักษาดูแลผู้ป่วยจิตเวช

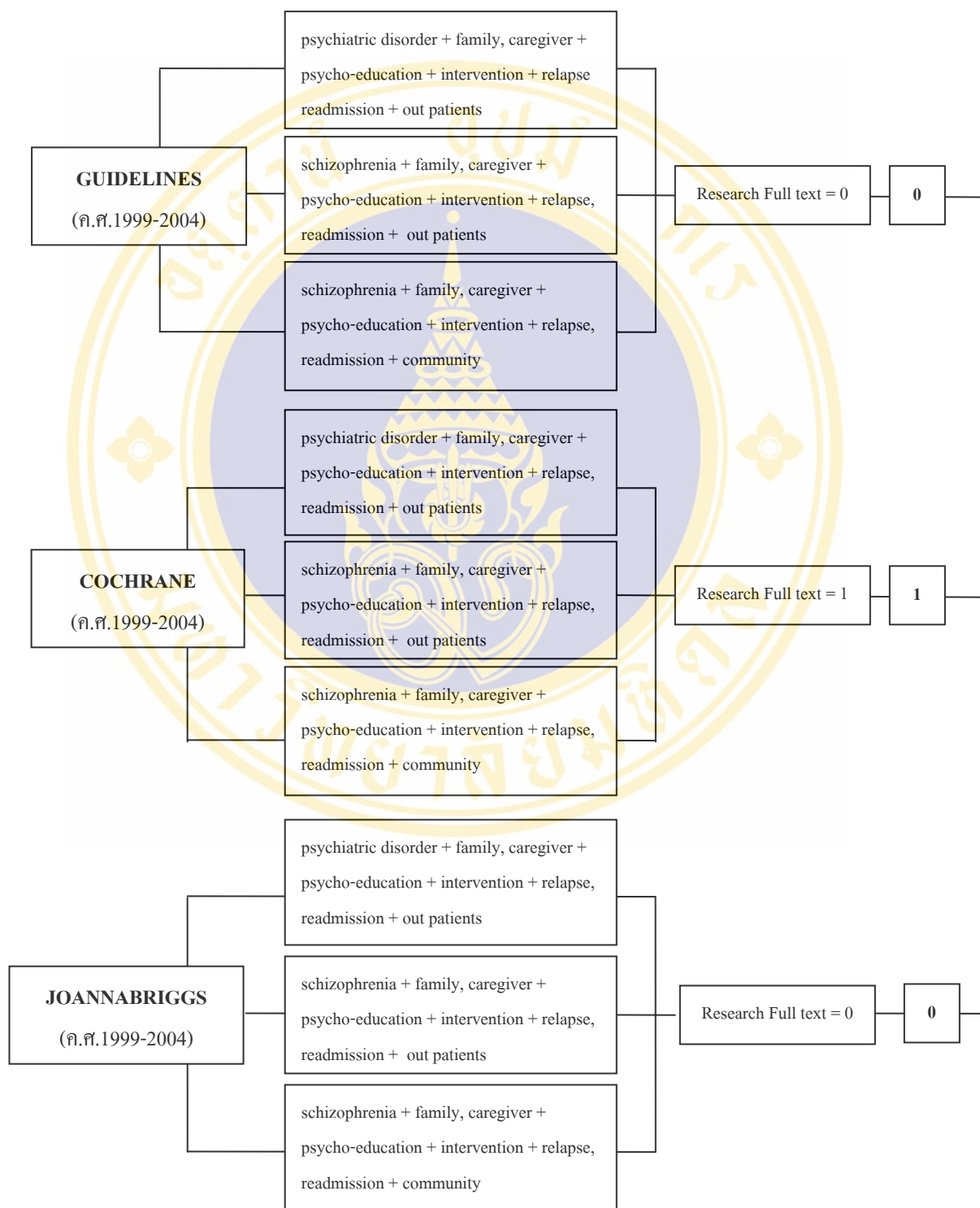
1. แพทย์หญิงวาสนา พัฒนกำจร นายแพทย์ 9 โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี
2. นายแพทย์สมนึก หลิมศิริรัตน์ นายแพทย์ 7 โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี

พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

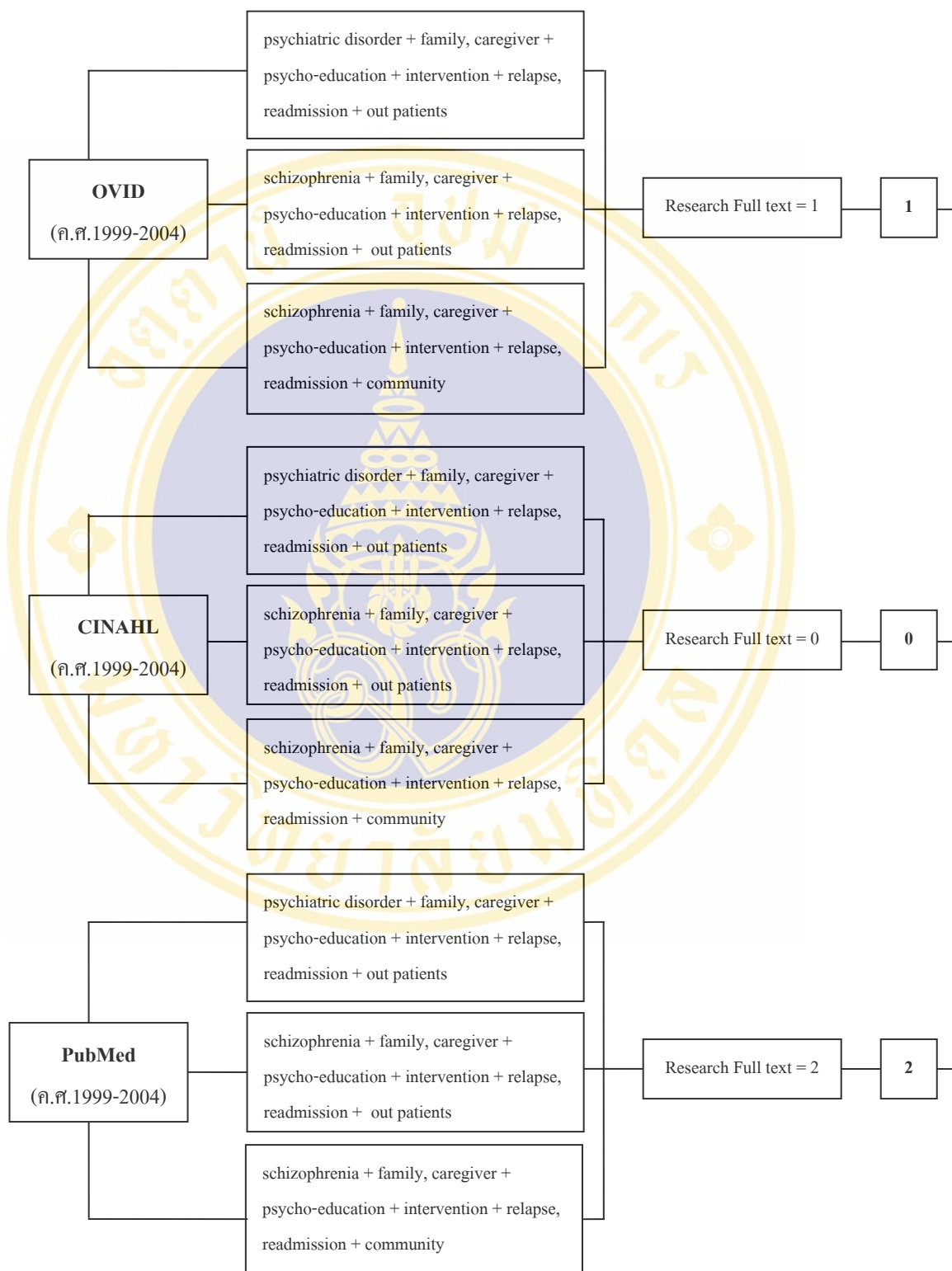
1. นางสาวรัตน์ พวงลัดดา พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลศรีธัญญา

APPENDIX C

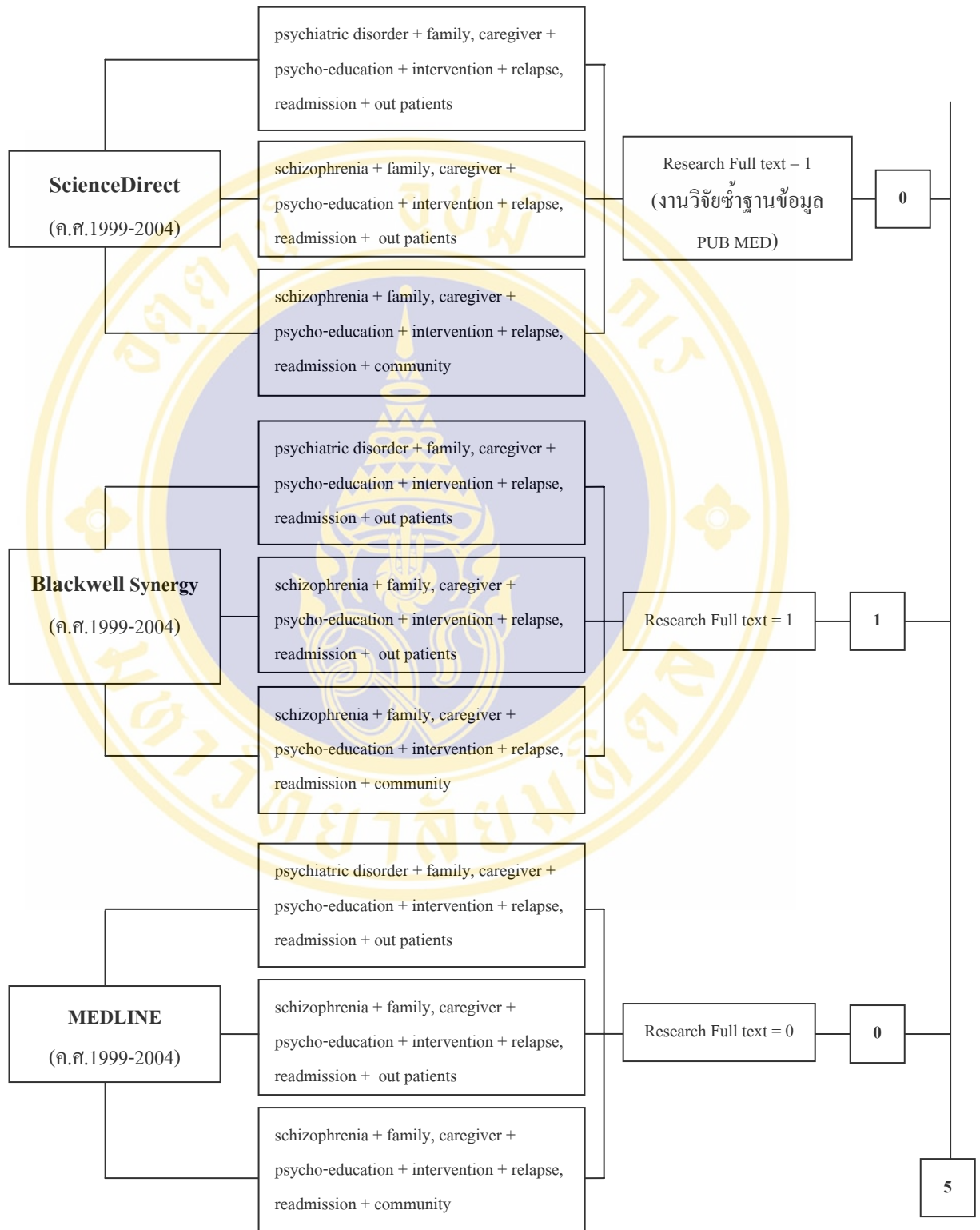
ผังการสืบค้นงานวิจัย



ผังการสืบค้นงานวิจัย (ต่อ)



ผังการสืบค้นงานวิจัย (ต่อ)



APPENDIX D

ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

ชื่อเรื่องงานวิจัย Family intervention for schizophrenia (Review)

ชื่อผู้แต่ง Pharoah, FM., Mari, JJ., & Streiner, D.

แหล่งที่พิมพ์ <http://www.thecochranelibrary.com/theCochraneCollaboration> and published
In the Cochrane library 2002, Issue 4. Oxford: Update Software

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อประเมินประสิทธิผลของ family psychosocial intervention ในชุมชนเพื่อเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย schizophrenia และผู้ป่วย schizoaffective disorder
เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย	1.งานวิจัย family intervention ที่ศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวและผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน และมีการประเมินผลการ relapse และ rehospitalization 2.ชนิดของการศึกษา เป็น Randomized จำนวน 12 เรื่อง และ quasi-randomized จำนวน 1 เรื่อง
ขั้นตอนการทบทวนงานวิจัย	ผู้ทบทวนงานวิจัย จำนวน 3 คน ค้นคว้าคัดเลือกรายงานวิจัยในช่วงปี 1981-1995 จากฐานข้อมูล ดังนี้ 1. Electronic searches of the Cochrane Library (Issue 2, 1998) 2. The Cochrane Schizophrenia Group's Register (June 1998) 3. EMBASE (1981-1995) 4. Medline (1966-1995) และผู้ทบทวนงานวิจัย ทั้ง 3 คน ได้ดำเนินการ ดังนี้ 1. ร่วมกันคัดเลือกและนำงานวิจัยมาใช้ 2. ทำการประเมินคุณภาพของงานวิจัย ทำการสกัดข้อมูลจากงานวิจัย โดยอิสระทั้ง 3 คน จากการคัดเลือกรายงานวิจัยที่ดีที่สุด

หัวข้อ	รายละเอียด
ขั้นตอนการทบทวนงานวิจัย (ต่อ)	3. กำหนดเกณฑ์กลุ่มประชากรที่นำเข้าศึกษาญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยเฉพาะโรค schizophrenia และ schizoaffective disorder ผู้ป่วยมีอายุอยู่ระหว่าง 16-65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง (มีการประชันหน้ากันมากกว่า 35 ชั่วโมง ต่อ สัปดาห์) การศึกษาทั้งหมดเป็นการจัดการด้วยครอบครัวซึ่งดูแลผู้ป่วยที่มีการเข้าพักรักษาใน โรงพยาบาลหลายครั้ง
Research Finding	1. งานวิจัยที่เป็น educational intervention แก่ญาติ/ผู้ดูแล มี 13 เรื่องทั้งหมดมีจุดประสงค์ของการศึกษา คล้ายกัน .ในการนำเข้าศึกษา คือการเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นของบรรยากาศในครอบครัวทำให้ลดการ relapse ของผู้ป่วยโรคจิตเภท งานวิจัยที่คัดออกเพราะ ผู้ป่วยไม่ใช่ผู้ป่วย schizophrenia, session น้อยกว่า 5 ครั้ง โปรแกรมมุ่งที่ตัวผู้ป่วย ไม่มีกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์แสดงตัวเลขไม่ชัดเจนไม่วัดผลที่ relapse 2. outcome พบว่า family intervention ลดการ relapse ได้ในช่วง 12-24 เดือน แต่ NNT(the number need to treat) ขึ้นอยู่กับจำนวนครอบครัวที่เข้าโปรแกรม ถ้า มีจำนวน 6-7 ครอบครัว เป็น family intervention ที่ลดการ relapse ได้ใน 1 ปี 3. outcome scale ประเมินอาการที่รุนแรงของผู้ป่วย ด้วย Brief Psychiatric Rating Scale
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. Family intervention ที่เป็นโปรแกรม educational intervention สามารถลดการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ในระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปี 2. educational intervention อาจจะนำผู้ป่วยเข้ากลุ่มเพื่อบอกความต้องการของตน 3. การใช้ educational intervention มีเป้าหมายหลักเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยด้วยการพูดคุยปรึกษาซึ่งกันและกันในกลุ่มของญาติ/ผู้ดูแลจึงได้ประสิทธิภาพดีเมื่อนำครอบครัวหลายครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย เข้าโปรแกรม แต่ไม่ควรเกินครั้งละ 6-7 ครอบครัว

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	4. เหมาะสมกับญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยระบบ DSM-IV และ ICD 10 โรค schizophrenia และ schizoaffective disorder ในชุมชนหรือที่บ้าน ผู้ป่วยอายุอยู่ระหว่าง 16-65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตมาก่อน 5. การใช้ Family intervention แก่ญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านที่มีประสิทธิภาพ มีหลายวิธี เช่น การให้ psycho-educational ที่เหมาะสม คือ 5 session โดยให้ความรู้ใน session แรก ๆ และตามด้วยการเข้ากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย เนื้อหาที่ควรมีมีดังนี้ การวินิจฉัยโรค สาเหตุของโรค อาการและอาการแสดงการพยากรณ์โรคโดยทั่วไป (general prognosis of the illness) การสังเกตอาการเตือนก่อนป่วยซ้ำ (early warning signs of relapse) วิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา (how medications work and compliance) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เช่น การส่งเสริมฟื้นฟูการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning rehabilitation) การจัดการในระยะยาว เกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (long-term management of the illness including relapse prevention) เช่น วิธีการแก้ไขปัญหา (coping methods) การป้องกันการทำร้ายตนเอง และการเข้าถึงแหล่งบริการ (accessing services) มีวิธีประเมิน relapse และ rehospitalization โดยประเมินได้จาก 1. เกิดอาการทางจิตซ้ำอีกครั้ง หลังจากอาการสงบหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2. มีความเสื่อม อาการกำเริบหนักขึ้น หรือมีอาการที่รุนแรงขึ้นกว่าเดิมหลังจำหน่ายกลับบ้าน 3. แพทย์มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในผู้ป่วยอย่างมาก 4. การที่ผู้ป่วยต้องกลับเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลซ้ำอีกครั้ง เครื่องมือที่ใช้ คือ Brief Psychiatric Rating Scale

ชื่อเรื่องงานวิจัย Psychological Treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour (review article)

ชื่อผู้แต่ง Pilling, S., Bebbington, P., Kuiper, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., et al.

แหล่งที่พิมพ์ <http://gateway.ut.ovid.com/gw2/ovidweb.cgi>, Cambridge University Press.

2002, Vol 32(5), p. 763-782

หัวข้อ	รายละเอียด
objective	เพื่อวิเคราะห์การให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับ family intervention และ cognitive behaviour therapy
Sample	งานวิจัย ที่เป็น Randomized controlled trial ศึกษาเกี่ยวกับ psychological intervention: family intervention, cognitive behavioural therapy, social skill training และ cognitive remediation
เกณฑ์การคัดเลือก	ผู้ศึกษา ค้นคว้างานวิจัยในช่วงปี ค.ศ. 1987-1999 จากฐานข้อมูล ดังนี้ 1. Biological abstracts (1980-1999) 2. CINAHL (1982-1999) 3. The Cochrane Library (Issue 2, 1999) 4. The Cochrane Schizophrenia Group's Register of Trials (August, 1999) 5. EMBASE (1980-1999) 6. MEDLINE (1966-1999) 7. PsycLIT (1887-1999) 8. SIGLE (1990-1999) 9. Sociofile (1980-1999) งานวิจัย Family intervention ทั้งหมด 33 เรื่อง คัดเลือกออก 15 เรื่อง เนื่องจาก intervention น้อยกว่า 5 session วิธีการ randomizes ไม่เหมาะสม ไม่ยอมรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคที่เกี่ยวข้องกัน, ไม่มีกลุ่มควบคุมและค่าสถิติไม่เหมาะสม จึงเหลืองานวิจัย 18 เรื่อง ผู้ป่วย จำนวน 1467 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยระบบ ICD -10, DSM-III, DSM-III-R โรค schizophrenia หรือ มีอาการใกล้เคียง ไม่เลือกกลุ่มอาการ organic brain syndromes กลุ่มติดสารเสพติด กลุ่ม IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ และอายุเฉลี่ย 31 ปี family ที่นำเข้า จะมากกว่า 1 family

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Finding	Family intervention วัดผลที่ relapse ในช่วงรักษาและหลังการรักษา และระยะเวลา จำนวนวัน อัตราการฆ่าตัวตาย ผลกระทบจากผู้ดูแลด้านอารมณ์ และปริมาณของยาที่รักษา เมื่อ readmission ดังนี้ Relapse จากบันทึกจำนวนผู้ป่วย 765 คน พบว่า relapse จำนวน 144 คน จาก จำนวน 381 คนที่ได้รับ Family intervention และ relapse จำนวน 206 คนจากจำนวน 384 คนที่ได้รับการรักษาวิธีอื่นและได้รับการรักษาตามมาตรฐาน การ relapse อยู่ในช่วงไม่เกิน 4 ปี และเมื่อนำ multiple family group เข้าร่วมใน intervention จะให้ผลที่ดีกว่า Readmission เมื่อติดตามหลังให้การรักษาผ่านไป 1 ปี การรักษาทั้ง 2 แบบร่วมกัน ไม่พบ positive effect ใน readmission
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. การใช้โปรแกรม Psycho-educational แก่ญาติ/ผู้ดูแล โดยมีผู้ป่วยเข้าร่วมหรือไม่ก็ตาม ทั้งกับครอบครัวเดี่ยว หรือหลาย ๆ ครอบครัว สามารถลด Relapse และ Rehospitalization ของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ 2. โปรแกรม Psycho-educational ควรมีอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 5 ครั้ง ใช้ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 สัปดาห์ 3. เนื้อหาในโปรแกรม ๆ ควรมีองค์ประกอบของ problem-solving, crisis management work 4. การเริ่มโปรแกรมสามารถทำได้หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ภายในเวลา 12 เดือนและทำได้ทั้งใน Single และ Multiple family group แต่ได้ผลดีใน Multiple family group มากกว่า 5. หลังจากให้โปรแกรมแล้ว โปรแกรมยังคงมีประสิทธิภาพเมื่อมีการเยี่ยมครอบครัวแต่ละครอบครัวต่อไปอีก 1 ปี 6. โปรแกรมนี้เหมาะสมกับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนอกโรงพยาบาล ที่อยู่ในชุมชนหรือที่บ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยระบบ DSM-IV และ ICD-10 โรค schizophrenia หรือ มีอาการคล้ายกับ schizophrenia เช่น delusional มีอายุเฉลี่ย 31.2 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนเฉลี่ย 2 ครั้ง และเจ็บป่วยมานานเฉลี่ย 6 ปี และไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอาการ organic brain syndromes กลุ่มจิตตสารเสพติด กลุ่มที่มี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	7. การประเมิน Relapse และ Rehospitalization ประเมินจากอาการของผู้ป่วย ด้วย Brief Psychiatric Rating Scale, Global Assessment Scale, Present State Examination-9 th Addition



ชื่อเรื่องงานวิจัย Service Use Among Patients With Schizophrenia in Psycho-educational
Multiple-Family Group Treatment

ชื่อผู้แต่ง Dyck, D.G., Hendryx, M.S., Short, R.A., Voss, W.D., & McFarlane, W.R.

แหล่งที่พิมพ์ Psychiatric services 2002, 53(6), 749-754.

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการให้ Psycho-educational และ Standard Care ใน Multiple- Family Group
Research design / level	การศึกษาเป็นชนิด Randomized controlled study แบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. Psycho-educational Multiple- Family Group Treatment n=55 2. Standard Care n=51 Level II
Sample	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษา เป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยโรค schizophrenia , schizoaffective disorder และ schizophrenia, other type จำนวน 106 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ - มีอายุอยู่ระหว่าง 18-45 ปี - เป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (chronically ill) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยประมาณ 10 ปี และอยู่นอกโรงพยาบาล โดยมีข้อจํากัดเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพจิตชุมชน - ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด - กลุ่มที่เลือกเข้าศึกษาได้รับการรักษาด้วยยา atypical antipsychotic เช่น risperidone, clozapine, olanzapine, หรือ quetiapine 2. สมาชิกของครอบครัวหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องเซ็นยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมและจะถูกเลือกโดยการสุ่ม 9-17 ครอบครัวเป็นครอบครัวของผู้ป่วยโรค schizophrenia, schizoaffective disorder และ schizophrenia, other type

หัวข้อ	รายละเอียด
setting	3. ศึกษาในระหว่าง เดือน ก.พ. 1996 ถึง เดือน ก.ย. 1999 เป็น การศึกษานอกโรงพยาบาล ที่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน Spokane ใน Washington
Research instruments	วัดการ กลับเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ดังนี้ 1. SCID (the Structural Clinical Interview for DSM-V) 2. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ใช้วัดอาการด้าน บวกของผู้ป่วย 3. The Global rating of the Modified Scale for the Assessment of Negative Symptoms ใช้วัดอาการด้านลบของผู้ป่วย
Research intervention	1. กลุ่ม Psycho-educational Multiple- Family Group Treatment ร่วมกับ Standard Care ดำเนินการ ดังนี้ - ใน 3 สัปดาห์แรก ให้ treatment protocol สัปดาห์ละครั้ง เฉพาะสมาชิกของครอบครัว ไม่มีผู้ป่วย จัดในรูปแบบ educational workshop - ต่อมาอีก 2 สัปดาห์ให้ treatment protocol ทั้งสมาชิกของ ครอบครัวและผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับ วิธีการจัดการกับปัญหาที่มุ่งสู่เป้าหมายการ ปรับปรุง (problem-solving procedures to develop individualized goals) และวิธีการแก้ปัญหา (coping methods) ให้กับผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัว - วิธีการให้ความรู้เรื่อง biological underpinnings of schizophrenia ใช้วิดีโอเทป จดบันทึก 2. กลุ่ม Standard Care เป็นการให้การบำบัดรักษาตามปกติ ทั่วไป,เลือกเฉพาะที่มีการรักษาด้วยยา (medication management) การบริหารจัดการรายกรณี (case management), ผู้ป่วยบางคนที่ได้รับการบำบัดรักษาและได้รับการบริการฟื้นฟู สมรรถภาพ (therapeutic and rehabilitation services)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research finding	ติดตามภายในระยะเวลา 1 ปี พบว่า กลุ่ม Psycho-educational Multiple- Family Group Treatment ที่ศึกษา เข้ามาเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลจิตเวชในอัตราต่ำกว่า กลุ่ม Standard Care และพบว่า - ไม่เกี่ยวกับการให้บริการปกติโดยทั่วไปของผู้ป่วยนอก - เป็นส่วนเกี่ยวพันเพียงเล็กน้อยกับการให้บริการที่น้อยลงของการบริการภาวะวิกฤติ
Utilization criteria Clinical relevance	1. งานวิจัยนี้ผู้ศึกษาให้ความสนใจศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการให้ Psycho-educational และ Standard Care ใน Multiple- Family Group นอกโรงพยาบาล ที่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน เพื่อช่วยให้สมาชิกของครอบครัวหรือผู้ที่ดูแล และผู้ป่วยโรค schizophrenia, schizoaffective disorder และ schizophrenia, other type มีความรู้ ความเข้าใจการดูแล รักษา สามารถลดการ rehospitalisation เมื่อติดตามผลในเวลา 1 ปี ผลงานวิจัยช่วยให้พยาบาลจิตเวชชุมชนทราบกระบวนการของโปรแกรมการให้ psycho-education ที่ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน 2. การวิจัยเป็นเรื่องการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้จริงในผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนเนื่องจากพยาบาลทุกคนมีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตในการปฏิบัติได้โดยอิสระ 3. งานวิจัยนี้มีสมมุติฐานที่สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการการแก้ไข กล่าวคือ การยืดระยะเวลา rehospitalisation 4. กระบวนการ การติดตามเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ปฏิบัติในคลินิกได้

หัวข้อ	รายละเอียด
Scientific merit	งานวิจัยนี้มีคุณภาพ นับตั้งแต่กระบวนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำเข้า มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมืออ้างอิงถึง แหล่งการศึกษาที่เชื่อถือได้ การวิเคราะห์และการนำเสนอ ข้อมูล การใช้ค่าสถิติเหมาะสมในเชิงวิจัย และตอบคำถาม งานวิจัยได้ มีความน่าเชื่อถือ ในแง่มุมของแหล่งตีพิมพ์ที่มีชื่อเสียง ตีพิมพ์ใน Psychiatric services ผู้ศึกษาเป็นอาจารย์ เป็นผู้ฝึกหัด และศึกษาวิจัย เป็นผู้ชำนาญการด้านสุขภาพจิตและด้านยา อยู่ในโรงพยาบาลและมหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกา
Implementation potential	
Transferability	งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน ในงานจิตเวชชุมชน และมีความเหมือนในกลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลาที่ติดตามภายใน 1 ปี เท่ากัน ซึ่งเดิมไม่มีโปรแกรม intervention ที่แน่นอน จึงเป็นรูปแบบตัวอย่างที่ดีในการนำไปปฏิบัติ มีเป้าหมายแผนงานจิตเวชชุมชนที่เหมือนกัน คือ ใช้วิธีการ เยี่ยม ติดตาม เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ
Feasibility	พยาบาลจิตเวชชุมชนสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่มีความยุ่งยาก และคงต้องใช้เวลาในการบันทึกเทปและ นำมาถอดเนื้อหาซึ่งเจ้าหน้าที่มีเพียง 1 คน ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ ในเครือข่ายงานสุขภาพจิตชุมชน - การปฏิบัติตามงานวิจัย เจ้าหน้าที่ในเครือข่ายงานสุขภาพจิต ชุมชนเป็นผู้ที่เคยผ่านทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยแล้วสามารถ กระทำได้ - การปฏิบัติตามโปรแกรม สามารถปฏิบัติได้ตามชั่วโมง ไม่ เป็นการละทิ้งงานเพราะมีแผนงานสุขภาพจิตชุมชน - อุปกรณ์ไม่ยุ่งยากในการจัดหา เช่น วิดีโอ เอกสารความรู้ - การปฏิบัติตามโปรแกรม สามารถปฏิบัติได้ตามชั่วโมง ไม่ เป็นการละทิ้งงานเพราะมีแผนงานสุขภาพจิตชุมชน - อุปกรณ์ไม่ยุ่งยากในการจัดหา เช่น วิดีโอ เอกสารความรู้

หัวข้อ	รายละเอียด
Cost-benefit ratio	- การจัดโปรแกรม Psycho-educational เป็นประโยชน์ในการยืดระยะเวลา rehospitalization ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ช่วยให้ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เพิ่มความพึงพอใจทั้งหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ญาติและตัวผู้ป่วยเอง
การสกัดเพื่อนำมาใช้	1. โปรแกรมการให้ psycho-education ช่วยเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลและตัวผู้ป่วยเองยืดระยะเวลา rehospitalisation ในระยะเวลา 1 ปีและควรมีการทำซ้ำทุก ๆ 1 ปี 2. ขั้นตอนสำหรับกลุ่ม Psycho-educational Multiple- Family Group Treatment ร่วมกับ Standard Care ดำเนินการดังนี้ 2.1 ใน 3 สัปดาห์แรก ให้ treatment protocol สัปดาห์ละครั้ง เฉพาะสมาชิกของครอบครัว ไม่มีผู้ป่วย จัดในรูป educational workshop 2.2 ต่อมาอีก 2 สัปดาห์ให้ treatment protocol ทั้งสมาชิกของครอบครัวและผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้งเนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนของการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของแต่ละบุคคล (problem-solving procedures to develop individualized goals) และการหาวิธีต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหา (coping methods) ให้กับผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัว 3. วิธีการให้ความรู้เรื่อง biological underpinnings of schizophrenia ใช้วิดีโอเทปและจดบันทึก 3. กลุ่ม Standard Care เป็นการให้การบำบัดรักษาตามปกติทั่วไป เลือกเฉพาะที่มีการรักษาด้วยยา (medication management) การบริหารจัดการรายกรณี (case management) ผู้ป่วยบางคนที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำมาใช้(ต่อ)	4. โปรแกรม มีเป้าหมายที่ญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกวินิจฉัยด้วยระบบ DSM-IV โรค schizophrenia, schizoaffective disorder และ schizophrenia, other type มีอายุอยู่ระหว่าง 18-45 ปี เจ็บป่วยเรื้อรัง (chronically ill) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยประมาณ 10 ปี อยู่นอกโรงพยาบาล โดยมีข้อจี้้นทะเบียนกับศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด และได้รับการรักษาด้วยยา atypical antipsychotic 5. ใช้แบบประเมินการ rehospitallisation ดังนี้ - The Brief Psychiatric Rating Scale เป็นการวัดอาการด้านบวกของผู้ป่วย - The Global rating of the Modified Scale for the Assessment of Negative Symptoms เป็นการวัดอาการด้านลบของผู้ป่วย

ชื่อเรื่องงานวิจัย Effectiveness of psycho-educational intervention for rural Chinese families
experiencing schizophrenia: A randomized controlled trial

ชื่อผู้แต่ง Ran, M.S., et al.

แหล่งที่พิมพ์ Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 2003, vol 38: 69-75

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อศึกษาลักษณะและประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ psycho-educational ในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท
Research design / level	การศึกษาเป็นชนิด Randomized controlled study แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่ม Family intervention group n=126 2. กลุ่ม Drug group n=103 3. กลุ่ม Control group n=97 Level II
Sample	1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท และสมาชิกครอบครัว จำนวน 326 คน อายุระหว่าง 45-50 ปีเฉลี่ยอายุ 47.5 ปี ผู้ป่วยโรคจิตเภท - ที่วินิจฉัยด้วยระบบ ICD-10 , Chinese Classification และ Diagnostic Criteria of Mental Disorder(CCMD-2-R) - ต้องไปพบแพทย์ในพื้นที่และจัดการเรื่องยาด้วยตนเอง - ยกเว้นผู้ป่วย Schizoaffective psychoses , with co morbid substance และที่ไม่มีญาติ - ทั้งผู้ป่วยใหม่และเรื้อรัง สมาชิกครอบครัว - มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 2. ศึกษาติดตามเป็นเวลา 9 เดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
Setting	ชุมชน 6 ชุมชนในเขต Xinjin ของ Chengdu ในประเทศจีน แบ่งออกดังนี้ - กลุ่มที่ให้ Medication และ Psycho-educational ให้ในชุมชน Xinle และ Huaqiao - กลุ่มที่ให้ Medication ให้ในชุมชน Anxi และ Taiping - กลุ่มควบคุม ให้ในชุมชน Xinyi และ Longma การศึกษา ศึกษาในช่วงเดือน ตุลาคม 1994
Research instruments	1. เครื่องมือที่ใช้วัด relapse ได้แก่ 1.1 Medication Record 1.2 The Present State Examination (PSE-9, Chinese translation) 1.3. General Psychiatric Interview Schedule and Summary Form เครื่องมือระดับขั้นตอนการศึกษาไว้ชัดเจน เช่น the inter-rater reliability ได้ค่าสถิติเป็นที่ยอมรับได้
Research intervention	วิธีการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มที่ให้ Medication ร่วมกับ Psycho-educational 1.1 เยี่ยมครอบครัวเดือนละครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมงครึ่ง ถึง 3 ชั่วโมง ให้คำแนะนำเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของโรคจิตเภท (definition of a Schizophrenic disorder) การจำแนกอาการและอาการแสดง(a description of the various symptom) ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (comprehensive basis of the illness) การพยากรณ์โรค(general prognosis of the illness) การใช้ยาในการรักษา (treatment recommendation concerning pharmacotherapy) และการจัดการในระยะยาว เกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (long-term management of the illness including relapse prevention) และการส่งเสริมฟื้นฟูการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning rehabilitation)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research intervention (ต่อ)	หมายเหตุ 1. การให้คำแนะนำ ให้ตามสภาพอาการของผู้ป่วยในการเยี่ยมแต่ละครั้งแก่สมาชิกครอบครัว 2. เน้นให้สมาชิกครอบครัวนำผู้ป่วยมารับฟังด้วย 1.2 ทำ Multiple family workshops ทุก 3 เดือนต่อ 1 ครั้ง วิธีดำเนินการ ให้พูดคุยซักถาม ปรีกษา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกของครอบครัว 1.3 Crisis intervention จะทำให้เมื่อมีความจำเป็น เช่น ผู้ป่วยเกิดการทำร้ายตัวเอง ก้าวร้าวมาก ๆ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น โดยในหมู่บ้านจัดให้มีเครือข่ายการให้ความรู้(broadcast network) เกี่ยวกับ เสี่ยงตามสาย หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน มีการทำร่วมกัน 2 เดือนต่อ 1 ครั้ง (ผู้ที่ดำเนินการทำกลุ่มเป็นจิตแพทย์ที่ผ่านการฝึกฝนและมีหมอบประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วยซึ่งไม่ทราบรายละเอียดของโปรแกรม) 2. กลุ่มที่ให้ Medication อย่างเดียว โดยให้ยาฉีด long-term คือ haloperidol deaconate (50-125 mg/month) หรือให้ oral depot ยาที่ให้นี้ ให้เหมือนกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3. กลุ่มควบคุม ให้การรักษา ตามมาตรฐานปกติ
Research finding	1.จาก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 510 คน สุ่มเข้าเกณฑ์ที่กำหนด ได้จำนวน 357 คน คัดออก จำนวน 31 คน เนื่องจากผู้ป่วย 24 คน ไม่มีสมาชิกครอบครัวดูแล และ อีก 7 คนไม่ใช่คนในพื้นที่ คงเหลือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 326 คน 2. ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับสมาชิกครอบครัวที่ได้รับ Psycho-education intervention มีความรู้เพิ่มขึ้น ทศนคติดีขึ้น มีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 3. เมื่อติดตามในระยะเวลา 9 เดือนต่อมา พบว่าผู้ป่วย - กลุ่ม Psycho-education intervention มีอัตราการกลับซ้ำ 16.3 % (P = < 0.05) - กลุ่ม Drug group มีอัตราการกลับซ้ำ 37.8 % (P = < 0.05) - กลุ่มควบคุม มีอัตราการกลับซ้ำ 61.5 % (P = < 0.05)

หัวข้อ	รายละเอียด
Utilization criteria Clinical relevance	1. งานวิจัยนี้ผู้ศึกษาให้ความสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ Psycho-education ขณะเยี่ยมบ้านของพยาบาลจิตเวชชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ สามารถลดการ relapse ในผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังจำหน่ายกลับบ้านหรือชุมชนในเวลา 9 เดือน ผลงานวิจัยช่วยให้พยาบาลจิตเวชชุมชนทราบกระบวนการของโปรแกรมการให้ Psycho-education ที่ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ขณะเยี่ยมบ้าน 2. การวิจัยเป็นเรื่องการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้จริงในผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทในการเยี่ยมบ้านเนื่องจากพยาบาลทุกคนมีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตในการปฏิบัติได้โดยอิสระ 3. งานวิจัยนี้มีสมมุติฐานที่สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการการแก้ไข กล่าวคือ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) 4. กระบวนการ การติดตามเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ปฏิบัติในคลินิกได้
Scientific merit	งานวิจัยนี้มีคุณภาพ นับตั้งแต่กระบวนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำเข้า มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมืออ้างอิงถึง reliability เชื่อถือได้ วิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล การใช้ค่าสถิติเหมาะสมในเชิงวิจัย โปรแกรมช่วยลด relapse ได้ตามวัตถุประสงค์ มีความน่าเชื่อถือ ในแง่มุมของแหล่งตีพิมพ์ที่มีชื่อเสียง ตีพิมพ์ใน Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology ผู้ศึกษาปฏิบัติงานเกี่ยวกับส่วน/แผนก/สถาบัน/ชุมชน ซึ่งดูแลผู้ป่วยทางจิตและ/หรือ เกี่ยวข้องโดยตรง ของ The University of Hong Kong, London, UK, West China Hospital และอื่น ๆ

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation potential Transferability Feasibility Cost-benefit ratio	งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน ในงานจิตเวชชุมชน และมีความเหมือนในกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยระบบ ICD-10 โรค schizophrenia และผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์ในพื้นที่ intervention ให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนระยะเวลาที่ติดตาม 9 เดือน 3 เดือนต่อ 1 ครั้ง น้อยกว่าที่ปฏิบัติจริง คือ เยี่ยมติดตาม 1 ปี 4 เดือนต่อ 1 ครั้งและเดิมไม่มีรูปแบบโปรแกรม intervention ที่แน่นอน จึงเป็นรูปแบบตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติ มีเป้าหมายแผนงานจิตเวชชุมชนที่เหมือนกัน คือ เยี่ยมติดตาม เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ (relapse) - พยาบาลจิตเวชชุมชนสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่ยุ่งยากแต่สำหรับ crisis intervention ต้องเป็นจิตแพทย์และจัดให้มีเครือข่ายในชุมชนร่วมด้วย - การปฏิบัติตามงานวิจัย ต้องฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมทั้งเป็นทักษะที่สามารถฝึกได้ ผู้ที่เคยผ่านทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยแล้วสามารถทำได้ - การปฏิบัติตามโปรแกรม สามารถปฏิบัติได้ตามชั่วโมงไม่เป็นการละทิ้งงานเพราะเป็นงานประจำ - อุปกรณ์ไม่ยุ่งยากในการจัดหา เช่น เอกสารความรู้เรื่องโรค การรักษา วิธีการปฏิบัติตัว เป็นต้น - เป็นประโยชน์ในการลดการ relapse ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ช่วยลดภาระงานที่ยุ่งยากซับซ้อนในการ relapse และเพิ่มความพึงพอใจทั้งหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตัวผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. โปรแกรม intervention (medication ร่วมกับ psycho-education) ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและช่วยลดการ relapse เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องโรค และการเจ็บป่วย ให้แก่ - ผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งผู้ป่วยใหม่และเรื้อรัง เพศชายและเพศหญิง ที่วินิจฉัยด้วยระบบ ICD-10 และไปพบแพทย์ในพื้นที่ ยกเว้นผู้ป่วย Schizoaffective psychoses , with co morbid substance และที่ไม่มีญาติ - สมาชิกครอบครัว ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 2. การติดตามเยี่ยมบ้าน ทุกเดือน ทำให้ทราบและพบปัญหาแต่ละบ้านแตกต่างกัน การวางแผนช่วยเหลือที่ให้อย่างเฉพาะ และเหมาะสมกับปัญหามากกว่า 3. การรักษาด้วยยา ยามีประสิทธิภาพดีอยู่แล้ว แต่ถ้าเพิ่มการให้ psycho-education ร่วมด้วย จะช่วยลดการ relapse ได้ดีในช่วงเวลา 9 เดือนหลังจำหน่าย 4. รูปแบบของโปรแกรม intervention (medication ร่วมกับ psycho-education) มีดังนี้ - ใช้ระยะเวลา 9 เดือน เยี่ยมบ้านทุก 1 เดือน ครั้งละ 1.5 ถึง 3 ชั่วโมง - เนื้อหาที่ให้ ประกอบด้วย ความหมายของโรคจิตเภท (definition of a Schizophrenic disorder) การจำแนกอาการและอาการแสดง(a description of the various symptom) ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (comprehensive basis of the illness) การพยากรณ์โรคโดยทั่วไป (general prognosis of the illness) การรักษาโดยเฉพาะการรักษาด้วยยา (treatment recommendation concerning pharmacotherapy) และการจัดการในระยะยาวเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (long-term management of the illness including relapse prevention) และการส่งเสริมฟื้นฟูการทำงานที่ทางสังคม (social functioning rehabilitation)

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	- ให้ครอบครัวนำผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มด้วยถ้ามาได้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมและบอกความต้องการ - การให้ intervention จะให้ตามสภาพของผู้ป่วยเพราะตรงประเด็นมากกว่า - ควรนัดพบครอบครัวทุกครอบครัวให้ร่วมอภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทุก 3 เดือนต่อ 1 ครั้ง 5. การติดตามผล ติดตามเยี่ยมที่บ้านและใช้เครื่องมือวัด relapse ในระยะเวลา 9 เดือน ได้แก่ - Medication Record - General Psychiatric Interview Schedule and Summary Form 6. ข้อเสนอในการให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน ควรที่จะมุ่งเน้นส่งเสริมให้เรียนรู้โรคจิตเภททัศนคติในการดูแล และเพิ่มการรักษา การป้องกันการกลับซ้ำ และฝึกผู้ป่วยให้มีการทำหน้าที่ทางสังคม

ชื่อเรื่องงานวิจัย Efficacy of a psycho-educational intervention in improving relatives' knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation

ชื่อผู้แต่ง Cassidy, E., Hill, S., & O'Callaghan, E.

แหล่งที่พิมพ์ European Psychiatry 2000, 16, p. 446-450

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ การให้ Brief Psycho-educational แก่ญาติเพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรค Schizophrenia ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
Research design / level	การศึกษาเป็นชนิด Quasi-experiment แบบ case control study ศึกษากับญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 101 คน ของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 55 คน แบ่งกลุ่ม 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มทดลอง (มีญาติ) 2. กลุ่มควบคุม (ไม่มีญาติ) Level III
Sample	เกณฑ์ในการคัดเลือก 1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่จำแนกด้วยระบบ ICD-10 ที่มีประวัติการป่วยซ้ำและมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 2-5 ปี ศึกษา 2 ปี ย้อนหลัง จำนวน 55 คน 2. ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทในข้อ 1 จำนวน 101 คน ศึกษาในปี 1995-1998
Setting	ที่บ้านผู้ป่วย ชุมชนในประเทศ Ireland

หัวข้อ	รายละเอียด
Research instruments	1. คำถาม pre-post test พัฒนาและหาค่าความเชื่อมั่นมาจาก Smith และ Birchwood แบบ multiple-choice ใช้เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับสมมุติฐานของโรค (aetiology) ประชากร (demography) สาเหตุ(course) อาการ(symptoms) การรักษาโรคจิตเภทและการจัดการกับปัญหา(treatment of schizophrenia และ coping) ต่อด้วยข้อคำถามปลายเปิด 3 ข้อ 2. วัดผล rehospitalisation rates และ time to rehospitalisation ของผู้ป่วย การคิดระยะเวลาการกลับมารักษาซ้ำ จากการบันทึกระยะเวลาการกลับมารักษาซ้ำ นับจาก วันที่ admission ครั้งสุดท้ายถึง admission ใหม่ ภายในเวลา 2 ปี
Research intervention	โปรแกรมการให้ความรู้แก่ญาติ/ผู้ดูแล ขั้นตอนประกอบด้วย 1. การให้ intervention จำนวน 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 2 ชั่วโมง 2. เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุของโรค อาการและการรักษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท - เนื้อหาแต่ละครั้ง เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยของโรค(diagnosis) อาการและพฤติกรรมต่าง ๆ (symptoms and behaviours) อาการเตือนก่อนป่วยซ้ำ (early warning signs of relapse) วิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรักษา(how medications work and compliance) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ความรู้สึกเป็นภาระของญาติและวิธีการเผชิญปัญหา (subjective burden and ways of coping) และการเข้าถึงแหล่งบริการ(accessing services) - วิธีการสอน แบ่งออกเป็นกลุ่มเล็ก ๆ ใน 1 ชั่วโมงแรก ให้ความรู้ ทัว ๆ ไป (มีเอกสารแจก) เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา - ในชั่วโมงที่ 2 ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายโดยการตั้งคำถามและตอบคำถาม และผู้บำบัดช่วยตอบข้อสงสัย ผู้ให้การบำบัดต้องมีประสบการณ์ในการให้ความรู้ และมีจำนวน 3 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
Research finding	Knowledge - ผู้ป่วย จำนวน 55 คน เป็นผู้ป่วยชาย จำนวน 38 คน ผู้ป่วยหญิง จำนวน 14 คน และไม่ระบุ จำนวน 3 คน อายุเฉลี่ย 27 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 45 เดือน จำนวน 75% ของผู้ป่วยอาศัยอยู่กับญาติ และมี 25% ไม่ได้อยู่กับญาติ - ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทดังกล่าว จำนวน 101 คน ประกอบด้วย มารดา จำนวน 43 คน อายุเฉลี่ย 54 ปี บิดา จำนวน 33 คน อายุเฉลี่ย 64 ปี พี่- น้อง จำนวน 19 คน และไม่ได้รับรู้ จำนวน 6 คน ญาติ จำนวน 28 คน ที่เข้าร่วมการศึกษาสามารถติดตามผล 2 ปี อีก 27 คน ติดตามไม่ได้ - ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสูงขึ้นจาก 49.0 % เป็น 71.4 % ($P < .0001$) Rehospitalisation - ในจำนวน 28 คน มีจำนวน 17 คน ภายหลังให้ความรู้แก่ญาติ ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม พบว่า rehospitalisation rates มากกว่ากลุ่มทดลอง (กลุ่มได้รับความรู้ มีผู้ป่วย rehospitalisation 8 ราย ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้ มีผู้ป่วย rehospitalisation 17 ราย) - เมื่อติดตามในระยะเวลา 12 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล 6 วัน น้อยกว่ากลุ่มควบคุม(31 วัน) - เมื่อติดตามในระยะเวลา 24 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล 16 วัน น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (39 วัน) สรุปได้ว่า กลุ่มได้รับความรู้ อาศัยอยู่ในชุมชนได้นานกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้และดีในช่วง ปีแรก

หัวข้อ	รายละเอียด
Utilization criteria Clinical relevance Scientific merit	1. งานวิจัยนี้ผู้ศึกษาให้ความสนใจศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ psycho-education ที่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนของพยาบาลจิตเวชชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล มีความรู้ สามารถยืดระยะเวลา rehospitalisation ในผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังจำหน่ายกลับบ้านหรือชุมชนในเวลา 12 เดือน ผลงานวิจัยช่วยให้พยาบาลจิตเวชชุมชนทราบกระบวนการของโปรแกรมการให้ psycho-education ที่ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลที่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน 2. การวิจัยเป็นเรื่องการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้จริงในผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนเนื่องจากพยาบาลทุกคนมีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตในการปฏิบัติได้โดยอิสระ 3. งานวิจัยนี้มีสมมุติฐานที่สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการการแก้ไข กล่าวคือ การยืดระยะเวลา rehospitalisation 4. กระบวนการ การติดตามเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ปฏิบัติในคลินิกได้ งานวิจัยนี้มีคุณภาพ นับตั้งแต่กระบวนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำเข้า มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมืออ้างอิงถึง reliability เชื่อถือได้ วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล การใช้ค่าสถิติเหมาะสมในเชิงวิจัย และช่วยยืดระยะเวลา rehospitalisation ในผู้ป่วยโรคจิตเภทตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา มีความน่าเชื่อถือ ในแง่มุมมองของแหล่งตีพิมพ์ที่มีชื่อเสียง ตีพิมพ์ใน European Psychiatry และผู้ศึกษาปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล Order of ST John of God, Dublin, Ireland

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation potential Transferability Feasibility Cost-benefit ratio	งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน ในงานจิตเวชชุมชนและมีความเหมือนในกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยระบบ ICD-10 โรค schizophrenia มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 2-5 ปี intervention ให้แก่ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ระยะเวลาที่ติดตามดูแลผู้ป่วยภายใน 1 ปี เท่ากันซึ่งเดิมไม่มีโปรแกรม intervention ที่แน่นอน จึงเป็นรูปแบบตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติ มีเป้าหมายแผนงานจิตเวชชุมชนที่เหมือนกัน คือ เยี่ยม ติดตาม เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ - พยาบาลจิตเวชชุมชนสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ยุ่งยาก แต่ต้องมีจำนวน 3 คน ถ้านำปฏิบัติจริงในหน่วยงานต้องประสานขอความร่วมมือเครือข่ายในชุมชน - การปฏิบัติตามงานวิจัย ต้องฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมทั้งเป็นทักษะที่สามารถฝึกได้ ผู้ที่เคยผ่านทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยแล้วสามารถกระทำได้ - การปฏิบัติตามโปรแกรม สามารถปฏิบัติได้ตามชั่วโมงไม่เป็นการละทิ้งงานเพราะเป็นงานประจำ - อุปกรณ์ไม่ยุ่งยากในการจัดหา เช่น เอกสารความรู้เรื่องโรค การรักษา วิธีการปฏิบัติตัว เป็นต้น - การให้ Brief Psycho-educational แก่ญาติ ช่วยยืดระยะเวลา rehospitalisation ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ช่วยลดภาระงานที่ยุ่งยากซับซ้อนในการ rehospitalisation และเพิ่มความพึงพอใจทั้งหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตัวผู้ป่วย

หัวข้อ	รายการ
การสกัดเพื่อนำมาใช้	1. การให้โปรแกรม The brief psycho-educational แก่ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถช่วยลดอัตราการ Rehospitalization ลงได้ในระยะเวลา 1 ปี และเมื่อติดตามต่อเป็นเวลา 2 ปี ยังพบว่าสามารถช่วยลดอัตราการ Rehospitalization และมีจำนวนผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลน้อยลงและมีจำนวนวันนอนน้อยลงด้วย สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านและในชุมชนได้ยาวนานขึ้น 2. โปรแกรม The brief psycho-educational ควรมีเนื้อหา/ประเด็นความรู้ ดังนี้ 2.1 การวินิจฉัยโรค (diagnosis) 2.2 สาเหตุของโรค 2.3 อาการและพฤติกรรมต่าง ๆ (symptoms and behaviours) 2.4 การรักษา 2.5 การสังเกตอาการเตือนก่อนป่วยซ้ำ (early warning signs of relapse) 2.6 วิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรักษา(how medications work and compliance) 2.7 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) 2.8 ความรู้สึกเป็นภาระของญาติและวิธีการเผชิญปัญหา (subjective burden and ways of coping) 2.9 การเข้าถึงแหล่งบริการ(accessing services) 3. รูปแบบการจัดโปรแกรม The brief psycho-educational ก่อนเริ่มโปรแกรม ฯ ต้องมีการประเมินความรู้ญาติ/ผู้ดูแลด้วยแบบวัด pre-test และควรมีวิธีการให้ความรู้ที่หลากหลาย เช่น ให้ความรู้เป็นกลุ่มเล็ก ๆ โดยมีสื่อความรู้ เช่น เอกสารความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา ให้สมาชิกกลุ่มอ่านแล้วร่วมกันอภิปรายในคำถาม-คำตอบ จากสมาชิกกลุ่มกันเอง และผู้ดำเนินโปรแกรมช่วยตอบข้อสงสัยอีกครั้ง

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำมาใช้ (ต่อ)	4. โปรแกรม The brief psycho-educational ควรจะมีจำนวน 7 ครั้ง ดำเนินการสัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง 5. ผู้ดำเนินโปรแกรม ฯ ต้องมีประสบการณ์ในการให้ความรู้มาก่อน มีทักษะการดำเนินกลุ่มและมีจำนวน 3 คน 6. ความต่อเนื่องของโปรแกรม The brief psycho-educational ควรทำต่อเนื่อง และติดตามประเมินผลในเวลา 1 ปี และ 2 ปี 7. การประเมินผล วัดผล rehospitization สามารถประเมินได้จาก rehospitisation rates และ time to rehospitisation จากบันทึกของผู้ป่วย โดยการคิดระยะเวลาการ กลับมารักษาซ้ำ จากการบันทึก ระยะเวลาการกลับมารักษาซ้ำ นับจาก วันที่ admission ครั้งสุดท้าย ถึง admission ใหม่ ภายในเวลา 2 ปี 8. โปรแกรมนี้เหมาะสมกับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่วินิจฉัยด้วยระบบ ICD-10 โรค schizophrenia มีประวัติการเจ็บป่วยซ้ำ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 2-5 ปี เพศชายและเพศหญิง อายุเฉลี่ย 27 ปี ทั้งอาศัยและไม่ได้อาศัยอยู่กับญาติ 9. สถานที่ จัดที่บ้านผู้ป่วยในชุมชนขณะเยี่ยมบ้าน

BIOGRAPHY

NAME	Miss Jaruwan Heapthamai
DATE OF BIRTH	7 January 1961
PLACE OF BIRTH	Ratchaburi, Thailand
INSTITUTIONS ATTENDED	Mahidol University, 1993 Bachelor of Nursing Science Mahidol University, 2006 Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing)
POSITION & OFFICE	Photharam Hospital, Ratchaburi, Thailand Position: Nurse Tel. 0 3235 5300-15 (158, 181)
HOME ADDRESS	99/7 Moo 8 Tambon Photharam Moung Ratchaburi, Thailand Tel. 0 9060 4374