



The Development of Psychiatric Medication Monitoring System in Schizophrenia Patients, Chiang Khan Hospital.

Sarawut Buaphuean

Pharmacy and Consumer Protection Department, Chiang Khan Hospital

ABSTRACT

This research employed a mixed-methods approach, utilizing both quantitative and qualitative methodologies, conducted in three phases: 1) a situational analysis, 2) the design and development of a psychiatric medication monitoring system for schizophrenia patients, and 3) an evaluation of the system's effectiveness. The objective was to develop a psychiatric medication monitoring system for schizophrenia patients at Chiang Khan Hospital. Purposive sampling was used to select 1) 30 individuals comprising 15 psychiatric staff from sub-district health promotion hospitals and 15 village health volunteers, 2) 30 family members of schizophrenia patients, and 3) 30 schizophrenia patients. Data collection tools included 1) focus group discussions to examine problems, models, needs, and goals in psychiatric clinics, 2) focus group discussions to assess the appropriateness and problems of the monitoring system, 3) the Medication Adherence Scale for Thais©, and 4) an overall capability assessment. Data were analyzed using content analysis, percentage, mean, standard deviation, and paired t-tests.

The results showed that 1) The mean medication adherence score before and after implementing the system was 26.23 (SD = 3.65) and 35.87 (SD = 2.65), respectively, with a statistically significant difference ($p < 0.05$). 2) The mean overall capability score before and after implementation was 55.03 (SD = 5.27) and 82.78 (SD = 9.32), respectively, with a statistically significant difference ($p < 0.05$). These findings suggest that the developed system can effectively enhance medication adherence and help patients better manage their psychiatric symptoms. Therefore, it is recommended that the system be adapted to local contexts and that patient records be integrated into an online system to improve service quality and patient monitoring.

Keywords: psychiatric medication monitoring system, schizophrenia patients, medication adherence, overall capability

Corresponding Author: saawaan@hotmail.com

การพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลเชียงคาน

ศราวดี บัวเผื่อน

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเชียงคาน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท และระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้ระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลเชียงคาน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน รวม 30 คน 2) ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน และ 3) ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหา รูปแบบความต้องการ และเป้าหมายในคลินิกงานจิตเวช 2) แบบสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาความเหมาะสม และปัญหาของการใช้ระบบติดตาม 3) แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย© และ 4) แบบประเมินความสามารถโดยรวม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความร่วมมือในการใช้ยามีค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาระบบ เท่ากับ 26.23 (SD = 3.65) และ 35.87 (SD = 2.65) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) ความสามารถโดยรวมมีค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาระบบ เท่ากับ 55.03 (SD = 5.27) และ 82.78 (SD = 9.32) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อภิปรายได้ว่า การพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการกินยาและควบคุมอาการทางจิตได้ดีขึ้น ดังนั้นควรนำระบบนี้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ และควรเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบเวชระเบียนออนไลน์ เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการและการติดตามผู้ป่วย

คำสำคัญ: ระบบติดตามการใช้ยาจิตเวช, ผู้ป่วยโรคจิตเภท, ความร่วมมือในการใช้ยา, ความสามารถโดยรวม



บทนำ

โรคจิตเภทเป็นภาวะความเจ็บป่วยอย่างหนึ่งของมนุษย์ในด้านจิตใจ โดยที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม ความคิด แตกต่างจากบุคคลทั่วไปอย่างมาก (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในระดับโลกจากองค์การอนามัยโลก พบว่า คนในโลกนี้ทุก 8 คนจะมี 1 คนที่ใช้ชีวิตอยู่กับปัญหาสุขภาพจิต และในทุกการเสียชีวิต 100 ครั้งจะมี อย่างน้อย 1 ครั้งที่เป็นการฆ่าตัวตาย ซึ่งความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ เช่นเดียวกับการรับมือ แม้หลายประเทศจะเห็นว่าเรื่องนี้เป็นปัญหาสำคัญ แต่ก็มีข้อจำกัดในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านทรัพยากรสาธารณสุข และสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วย จิตเวชเพิ่มขึ้นทุกปี ในรายงานผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวช ระหว่างปี 2558-2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วย โรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าจาก 1.3 ล้านคนเป็น 2.3 ล้านคน และในรายงานการสูญเสียสุขภาพ พบว่า ชายไทยสูญเสียสุขภาพไปกับโรคเกี่ยวกับสุขภาพจิตมากที่สุด ในขณะที่หญิงไทยสูญเสียสุขภาพจาก โรคเกี่ยวกับสุขภาพจิตมากเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 21 ของการสูญเสียสุขภาพทั้งหมด สาเหตุ สามอันดับแรกของการสูญเสียสุขภาพในผู้ชาย เกิดจากภาวะการติดสุราหรือการดื่มแบบเป็นอันตราย โรคซึมเศร้า และโรคจิตเภท ส่วนในผู้หญิงเกิดจากโรคซึมเศร้า โรคความจำเสื่อม และโรคจิตเภท (ศูนย์ข้อมูล และข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง, 2565)

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ก่อให้เกิดความพิการและสูญเสียสุขภาพสูงเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ ซึ่งภาระโรคได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วย (disability) โรคจิตเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็น อัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (quadriplegia) ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมไป ถึงญาติผู้ดูแลและบุคคลในสังคม ทั้งอาจก่อให้เกิดภาวะ อันตรายต่อชุมชนและสังคม ส่งผลกระทบอย่างมาก ต่อเศรษฐกิจในภาพรวม (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2560) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตคือการกินยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 37.9 ซึ่งพฤติกรรมการกินยาไม่สม่ำเสมอ จะส่งผลให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ มีการป่วยและการนอนโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากนี้ยังทำให้เกิด ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในระบบดูแลสุขภาพ โดยการกินยาที่ไม่สม่ำเสมอทำให้เกิดการป่วยซ้ำมากกว่าร้อยละ 50 และส่งผลให้เกิดการนอนโรงพยาบาลซ้ำมากกว่าร้อยละ 50 เช่นกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นการกินยาจิตเวชอย่างสม่ำเสมอจึงมีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรค จิตทั้งควบคุมอาการ ลดการป่วยซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อีกด้วย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

โรงพยาบาลเชียงคาน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ระดับทุติยภูมิ ตั้งอยู่ที่อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย โดยเป็นอำเภอที่อยู่ติดชายแดนระหว่างประเทศไทย และลาว และผู้ป่วยที่มารับบริการมีทั้งในพื้นที่ นักท่องเที่ยว และผู้ป่วยจากประเทศลาว จากข้อมูลการมารับบริการในคลินิกพิเศษปี 2563-2565 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับบริการจำนวน 833, 1126, และ 854 คน ตามลำดับ ซึ่งใน ปี 2564 มีผู้ป่วย โรคจิตเภทมารับบริการมากกว่าปี 2563 และ 2565 แต่พบว่า ใน ปี 2565 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทขาดยา มากถึง

165 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3 นอกจากนี้ยังพบข้อมูลจากการรักษาว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ขาดยามีอาการคลุ้มคลั่ง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 20.6 (โรงพยาบาลเชียงคาน, 2566) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและแนวทางในการแก้ไขปัญหาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจัดเป็นกลุ่มเปราะบางและมีความสามารถในการจัดการตนเองน้อย (ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563) นอกจากนี้ปัญหาที่ส่งผลต่อตนเองแล้วยังกระทบต่อระบบโครงสร้าง สัมพันธภาพ และภาระของครอบครัว ซึ่งถ้าสมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจและปรับตัวไม่ได้ จะก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลซึ่งหากครอบครัวผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจจะส่งผลให้ครอบครัวทอดทิ้งผู้ป่วยในที่สุด เพราะผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคลุ้มคลั่งจะทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้รับความเดือดร้อนหรือรู้สึกลำบากใจในการแก้ไขปัญหา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น การไม่ยอมรับการรักษาหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่รบกวนครอบครัว หรือญาติผู้ดูแลมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยและถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช ได้แก่ การพูดจา หรือด่าหยาบคาย เอะอะโวยวายเสียงดัง ทูบทำลายข้าว ของและการข่มขู่ที่จะทำร้ายครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล เป็นต้นซึ่งปัญหาข้างต้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง และขาดยา (อนันต์ตรี สมิทธิธนาเศรษฐ์, 2560) ดังนั้น ครอบครัวจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาการรักษาอาการทางจิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องร่วมกับช่วยเหลือติดต่อกับเพื่อนบ้านเพื่อให้เข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็น และทราบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือแหล่งช่วยเหลือทางสังคมเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (สุดาพร สติยยุทธการ, 2559) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้มาทบทวนระบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ระบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเดิมมีกระบวนการดังนี้ 1) อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ค้นหาคัดกรองประเมินเบื้องต้น 2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประเมินอาการ ติดตามอาการ และส่งต่อ 3) เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลประเมินอาการ วินิจฉัยเบื้องต้น รับดูแลและติดตามการรักษาต่อเนื่องจนครบเกณฑ์ Remission และส่งต่อ 4) โรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ วินิจฉัย ให้การรักษาตามมาตรฐานการรักษา และส่งต่อกลับมาดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน จากระบบจะเห็นว่ายังขาดในส่วนของครอบครัว และชุมชน ซึ่งผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานคลินิกพิเศษให้กับผู้ป่วยจิตเภท โดยมีตำแหน่งเป็นเภสัชกรประจำคลินิกจึงได้หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาข้างต้นในส่วนของการกินยา โดยเลือกเฉพาะกระบวนการบริหารเภสัชกรรมที่มีความจำเป็น หรือยังเป็นปัญหาของโรงพยาบาลเชียงคาน ในการพัฒนาให้มีระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทางการรักษาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเภสัชกรคลินิกโรคจิตเภท ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวผู้ป่วย และผู้ป่วยต้องร่วมกันพัฒนาวิธีการในระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อตอบสนองต่อการรักษาตามแผนการรักษาปัจจุบันที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับบริบทที่มีคุณภาพมาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภตกินยาถูกขนาด ถูกเวลา และถูกวิธีอย่างสม่ำเสมอ



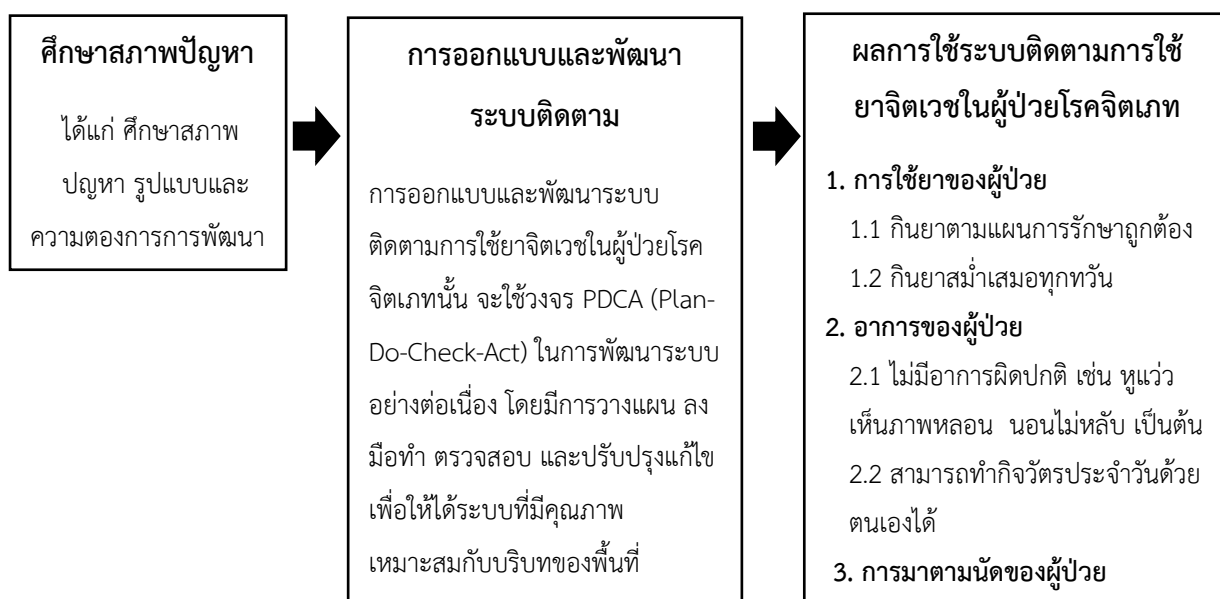
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลเชียงคาน

สมมติฐานการวิจัย

หลังการพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลเชียงคาน พบว่าโรงพยาบาลเชียงคาน มีการใช้ระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณภาพมาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท กินยาถูกขนาด ถูกเวลา และถูกวิธีอย่างสม่ำเสมอ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method research) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ (situational study) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว ผู้ป่วย และผู้ป่วย เพื่อศึกษาสภาพปัญหา รูปแบบ ความต้องการ และเป้าหมายในคลินิกงานจิตเวช รวมถึงศึกษาการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภทในปัจจุบัน

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท (design and development model) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยใช้กระบวนการ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ในการออกแบบและพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเชียงคาน ซึ่งดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเอง

ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้ระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท (model use) เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) โดยนำระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลเชียงคาน และประเมินผลลัพธ์ด้านการใช้ยา อาการของผู้ป่วย และการมาตามนัดก่อนและหลังการใช้ระบบ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระบบที่พัฒนาขึ้น

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นประชากรเป้าหมาย (target population) ได้แก่

1. ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเชียงคาน จำนวน 65 คน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในอำเภอเชียงคาน จำนวน 1,200 คน รวมจำนวน 1,265 คน
2. ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยในอำเภอเชียงคาน
3. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงคาน และอาศัยในอำเภอเชียงคาน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ทีมสหวิชาชีพ

เกณฑ์คัดเข้า

- 1) เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในอำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย
- 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

- 1) ย้ายที่ทำงานไปอำเภออื่นระหว่างการวิจัย
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน

2. ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท

เกณฑ์คัดเข้า

- 1) เป็นบุคคลที่อาศัยในบ้านเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ในอำเภอเชียงคาน
- 2) อายุมากกว่า 20 ปี และเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย
- 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

- 1) ย้ายไปอาศัยที่อำเภออื่นระหว่างการวิจัย
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน



3. ผู้ป่วยโรคจิตเภท

เกณฑ์คัดเข้า

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาค่อยๆ ในโรงพยาบาลเชียงคาน และอาศัยในอำเภอเชียงคาน
- 2) อายุมากกว่า 20 ปี
- 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

- 1) ย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นระหว่างการวิจัย
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกจากประชากรเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้แก่

1. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 คน
2. อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน
3. ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 30 คน
4. ผู้ป่วยโรคจิตเภทในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย 8 เดือน จำนวน 30 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสนทนากลุ่ม (focus group discussion guide) เพื่อศึกษาสภาพปัญหา รูปแบบ ความต้องการ และเป้าหมายในคลินิกงานจิตเวช เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยประเด็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ความต้องการและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวช

2. แบบสนทนากลุ่ม (focus group discussion guide) เพื่อศึกษาความเหมาะสมและปัญหาของการใช้ระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยประเด็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อความเหมาะสม ประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชที่พัฒนาขึ้น

3. แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย (Medication Adherence Scale for Thais หรือ MAST) ซึ่งพัฒนาโดย กมลชนก จงวิไลเกษม และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต (2564) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัดแบบ Likert scale 6 ระดับ สะท้อนความถี่ของการไม่ได้ใช้ยาในระยะเวลา 1 เดือน ตั้งแต่ไม่เคยเลย ถึงมากกว่า 15 ครั้ง/เดือน มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยาที่สูงกว่า มีค่าความเที่ยงภายใน (internal consistency) ของแบบวัด เท่ากับ 0.789 และมีความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (criterion-related validity) กับ pill count ที่ระดับ 0.01

4. แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning หรือ GAF) ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับแปลภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2563) เป็นเครื่องมือวัดระดับการทำหน้าที่ด้านจิตใจ สังคม และอาชีพของผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวม โดยไม่รวมการบกพร่องที่เกิดจากข้อจำกัดทางร่างกายหรือสิ่งแวดล้อม มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 แบ่งเป็น 10 ช่วง โดยคะแนนสูงแสดงถึงความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมที่ดีกว่า ใช้วิธีการประเมินคะแนนตามดุลพินิจของผู้ประเมิน ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมมาตรฐานการใช้เครื่องมือ GAF แล้ว

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสนทนากลุ่ม (focus group discussion guide) ทั้ง 2 ชุด
 - 1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
 - 2) ตรวจสอบความตรงเชิงภาวะสันนิษฐาน (construct validity) โดยการนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน
2. แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย (MAST)
 - 1) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว มีค่าความตรงและความเที่ยงในระดับสูง (กมลชนก จงวิไลเกษม และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2564)
3. แบบประเมินความสามารถโดยรวม (GAF)
 - 1) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว มีค่าความตรงและความเที่ยงในระดับสูง (อมรพรรณ ศุภจำรูญ และคณะ, 2561)
 - 2) ผู้วิจัยและทีมงานได้รับการอบรมการใช้แบบประเมินและทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient) เท่ากับ 0.90

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยและทีมงานจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ
 - 1) ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงคาน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย
 - 2) ประสานขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมนัดหมายวันเวลาในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ
 - 3) เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
2. ขั้นตอนการ แบ่งตามระยะของการวิจัยดังนี้
 - 1) ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ (ระยะเวลา 1 เดือน)
 - ดำเนินการสนทนากลุ่ม (focus group) กับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวผู้ป่วย และผู้ป่วย



โดยใช้แบบสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหา รูปแบบ ความต้องการ และเป้าหมายในคลินิกงานจิตเวช

- สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเวชในปัจจุบัน และประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยแบบวัด MAST รวมทั้งประเมินความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน GAF

2) ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวช (ระยะเวลา 8 เดือน)

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวผู้ป่วย และผู้ป่วย เพื่อออกแบบและพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวช โดยใช้กระบวนการ PDCA อย่างต่อเนื่อง พร้อมบันทึกผลการดำเนินงานในแต่ละวงรอบ

3) ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้ระบบติดตามการใช้ยาจิตเวช (ระยะเวลา 1 เดือน)

- นำระบบติดตามที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลเลยเป็นเวลา 1 เดือน

- เก็บข้อมูลการใช้ยา อาการของผู้ป่วย และการมาตามนัดของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้ระบบ โดยใช้แบบวัด MAST และแบบประเมิน GAF

- ดำเนินการสนทนากลุ่ม (focus group) กับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวผู้ป่วย และผู้ป่วย โดยใช้แบบสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาความเหมาะสมและปัญหาของการใช้ระบบติดตามการใช้ยาจิตเวช

4) ขั้นสรุป

1. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามระเบียบวิธีทางสถิติที่เหมาะสม

3. สรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม

1) ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยถอดเทปบันทึกการสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ตามประเด็นและวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสรุปเป็นข้อค้นพบที่สำคัญ

2. ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบวัด MAST และแบบประเมิน GAF

1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา (MAST) และความสามารถโดยรวม (GAF) ของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้ระบบติดตามการใช้ยา ด้วยสถิติ paired t-test

3) เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่มาตามนัดก่อนและหลังการใช้ระบบติดตามการใช้ยา ด้วยสถิติ McNemar's test

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 0093/2566 วันที่ 14 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คือ การเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน รวมจำนวน 30 คน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน และผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ผลการวิจัย มีดังนี้

1. การใช้จ่ายของผู้ป่วย พบว่า จากการประเมินความร่วมมือในการใช้ยามีค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนา ระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท เท่ากับ 26.23 (SD=3.65) และหลังการพัฒนาระบบติดตาม การใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท เท่ากับ 35.87 (SD=2.65) ผลต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 (p-value <0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาก่อน และหลังการพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=30)

ช่วง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Pair t-test	p-value
ก่อนการพัฒนา	26.23	3.65	2.97	<0.05
หลังการพัฒนา	35.87	2.65		

2. อาการของผู้ป่วย พบว่า จากการประเมินความสามารถโดยรวมมีค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนา ระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท เท่ากับ 55.03 (SD=5.27) และหลังการพัฒนาระบบติดตาม การใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท เท่ากับ 82.78 (SD=9.32) ผลต่างของคะแนนความสามารถโดยรวมก่อน และหลังการพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 (p-value <0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินความสามารถโดยรวมก่อนและ หลังการพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=30)

ช่วง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Pair t-test	p-value
ก่อนการพัฒนา	55.03	5.27	4.67	<0.05
หลังการพัฒนา	82.78	9.32		



3. การมาตามนัดของผู้ป่วย พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบติดตามการใช้จ่ายเงินในผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างขาดนัด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 และหลังการพัฒนาระบบติดตามการใช้จ่ายเงินในผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างไม่มีการขาดนัด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวน และร้อยละของการมาตามนัดของผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนาระบบติดตามการใช้จ่ายเงินในผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=30)

การมาตามนัด	ช่วง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มาตามนัด	ก่อนการพัฒนา	11	36.67
	หลังการพัฒนา	0	0
มาตามนัด	ก่อนการพัฒนา	19	63.33
	หลังการพัฒนา	30	100

อภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้ผลการศึกษพบว่า 1) หลังการพัฒนาระบบติดตามการใช้จ่ายเงินในผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการใช้จ่ายมากกว่าก่อนการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา จินารัตน์ และคณะ (2560) พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาที่ดีขึ้น และการศึกษาของกานดา ศรีโพธิ์ชัย และธัญญาลักษณ์ ไชยสุขมอลเลอร์ (2566) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ อภิปรายได้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้จ่ายเงิน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้จ่าย โดยการดูแลรักษาและการติดตามการรักษาต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยเพื่อลดการเกิดอาการกำเริบ ในส่วนหน้าที่ของเภสัชกร ควรที่จะอธิบายวิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย และฤทธิ์ข้างเคียงจากยา รวมถึงการให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องการเงินของผู้ป่วย ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรับประทานยา คือ ความตระหนักถึงความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา อาการข้างเคียงของยา และการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว (กาญจนา เหมะรัต และคณะ, 2555) ดังนั้นจึงควรนำระบบติดตามการใช้จ่ายเงินในผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้ไปใช้ในหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทให้เพิ่มมากขึ้น 2) หลังการพัฒนาระบบติดตามการใช้จ่ายเงินในผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสามารถโดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของฐิตินันท์ อ้วนลำ และคณะ (2562) พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางบวก ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยมีส่วนร่วมของครอบครัว น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และการศึกษาของหทัย กาญจน์ เสียงเพราะ (2564) พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่าทำให้ผู้ป่วยมีการกิน



ยาสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่าถ้าผู้ป่วยการกินยาสม่ำเสมอจะส่งผลให้สามารถควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ และความสามารถโดยรวมจะมีค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้น การพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในหลาย ๆ ด้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพตามมาและท้ายสุดผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการทางบวกลดลงได้ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางบวกเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (จิตินันท์ อ้วนล้ำ และคณะ, 2562) และการมีช่องทางติดต่อให้ผู้ป่วยสอบถามทางออนไลน์จะทำให้ผู้ป่วยมาตามนัด และได้รับข้อมูลข่าวสารจากการสอบถามเมื่อเกิดปัญหา หรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการกินยามากขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

3. หลังการพัฒนาระบบติดตามการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างมาตามนัดมากกว่าก่อนการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของเบญญาภา หมั่นงาน (2567) พบว่า การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้วิถีชีวิตใหม่ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) อภิปรายได้ว่าการมีระบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชทั้งช่องทางออนไลน์ และการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมาตามนัดในการรักษาส่งผลให้การกำเริบซ้ำของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประโยชน์ของการมาตามนัด และผลเสียในการไม่มาตามนัดในระยะยาวต่อโรคที่เป็นจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดังนั้นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรนำระบบติดตามไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาในการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืดในพื้นที่ซึ่งควรที่จะมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่
2. ควรมีการศึกษาวิธีการที่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีสมาร์ตโฟนเพื่อติดตามผู้ป่วยจิตเภท
3. ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมของผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวเพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อการรักษาต่อเนื่องและลดอาการกำเริบซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

เอกสารอ้างอิง

- กานดา ศรีโพธิ์ชัย, & ธัญญาลักษณ์ ไชยสุขมอลเลอร์. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(6), 144-154.
- กาญจนา เหมะรัต, สุคนธ์ เครือคำ, สมสมัย รัตนกริธากุล, & ทวี ตั้งเสรี. (2555). ผลของการจัดการรายการหนี้ในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(2), 63-73.
- กมลชนก จงวิไลเกษม, & สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2564). การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย. วารสารเภสัชกรรมไทย, 13(1), 17-30.



- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2560). 5 โรคสำคัญทางจิตเวช ที่คนไทยควรรู้. สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/>
- จิตรา จินารัตน์, ธาณี กล่อมใจ, & โชติกา ภาชีผล. (2560). ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลวารินชำราบ. สรรพสิทธิเวชสาร, 38(1-3), 25-39.
- จิตินันท์ อ้วนล้ำ, สุชาดา สุขห่อ, & รณชัย คงสกันธ์. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนราบ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(3), 56-67.
- ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). โรคจิตเภท. สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-0805>
- ทวีศักดิ์ กสิผล, พัทธภรณ์ คุ่มวงศ์, & กาญจนา เมฆา. (2562). ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 13(1), 34-42.
- เบญญาภา หมั่นงาน. (2567). ผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้สภาวะวิถีใหม่ (New Normal) ต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพสุนารี, 2(1), e02211-2-e02211-16.
- โรงพยาบาลเชียงคาน. (2567). ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภท [เอกสารไม่ได้เผยแพร่].
- ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง. (2565). สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและบุคลากรสาธารณสุขด้านจิตเวชของไทย. สืบค้นจาก <https://www.tcijthai.com/news/2022/10/scoop/12594>
- สุดาพร สถิตยยุทธการ. (2559). การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางการป้องกัน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 8(3), 1-15.
- หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(2), 413-15
- อนันต์ตรี สมิทธีราเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย, 11(3), 43-56.
- อมรพรรณ ศุภจำรูญ, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, & วรณัฐ แสงเจริญ. (2561). ความตรงและความเที่ยงของแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย: การทดสอบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารเภสัชกรรมไทย, 10(2), 607-619.