

การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
PROMOTING MEDICATION ADHERENCE IN PERSONS
WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY

วัชรินทร์ วุฒิวิธฤทธิ, พย.ด. (Vacharin Wuthironarith, RN., PhD.)*

Abstract

Caring for promoting persons with schizophrenia to live with their families and happy to stay as a member in communities is one of our community mental health and psychiatric nursing goals. If we concern about this goal and we have good system to promote medication adherence in persons with Schizophrenia in community together with appropriately psychosocial nursing implementations, these nursing actions would help to maintain well-being of the persons with Schizophrenia. There stable mental health would be supported their opportunities in daily living as a member in the community less or without negative stigma. In addition, this good living will let them having quality of life and also their families' well-being.

Keywords: promoting, medication adherence, persons with schizophrenia, community

บทคัดย่อ

การดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและ

สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุขเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในชุมชนเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน หากพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนให้ความสำคัญกับเรื่องนี้และมีระบบการดูแลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคงภาวะสุขภาพจิตและอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับสมาชิกอื่นในชุมชน การได้รับโอกาสต่างๆ ในฐานะสมาชิกก็จะเป็นไปได้มากขึ้น ภาพของการประทับตรา (stigma) และการมองข้ามลดทอนหรือหมดไปอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความผาสุกของครอบครัวตามไปด้วย

คำสำคัญ: การส่งเสริม ความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยจิตเภท ชุมชน

บทนำ

การรับประทานยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลการรักษา

* Corresponding author, อาจารย์ประจำ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
E-mail: vacharin@rsu.ac.th

ผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากยารักษาอาการทางจิตช่วยปรับสมดุลของสารสื่อประสาท ควบคุมอาการคงภาวะความผาสุกและป้องกันอาการกำเริบซ้ำ และทำให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ (Barkhof, Meijer, de Sonnevillie Linszen, & de Haan, 2012; Dolder, Lacro, Dunn, & Jeste, 2002; Kaewprom, Curtis, & Deane, 2011; Leucht et al., 2012) บทบาทพยาบาลจิตเวชในการเตรียมผู้ป่วยจิตเภทและญาติก่อนกลับบ้าน การติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านเป็นระยะ และการนัดพบผู้ป่วยและญาติเมื่อมารับบริการตรวจเพื่อติดตามอาการที่โรงพยาบาลจึงมีความสำคัญทั้งหมดล้วนมุ่งเน้นการดูแลกำกับติดตามให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาครบ และต่อเนื่องเพื่อที่จะคงระดับของสารสื่อประสาทในสมองซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยร่วมไปกับการดูแลทางจิตสังคมที่เหมาะสม

แม้ว่าการรับประทานยาต้านโรคจิตมีความสำคัญต่อผลการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 26 ถึง 41 (Bressington, Mui, & Gray, 2013; Hui et al., 2006; Lacro, Dunn, & Dolder, 2002) การศึกษาของ Bressington, Mui, & Gray (2013) ในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 584 ราย ที่มารับบริการจากพยาบาลจิตเวชชุมชนในประเทศฮ่องกงพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความสำคัญของขนาดปัญหาของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นอกจากนี้ Keith และ Kane (2003) พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยาเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเวลาผ่านไป

ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทางจิตจะเปลี่ยนเป็นไม่ความร่วมมือในการรับประทานยาเพียงบางส่วนหรือไม่ร่วมมือใน 1 ปี และร้อยละ 75 ในสองปี ซึ่งการหยุดยาหรือรับประทานยาบางส่วนไม่ครบมีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคไม่ดี (Llorca, 2008; Masand, Roca, Turner, & Kane, 2009) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำบ่อยๆ ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดยา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) สภาพปัญหาดังกล่าวท้าทายพยาบาลจิตเวชที่จะทำบทบาทหน้าที่เพื่อดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขและทำหน้าที่ตามศักยภาพได้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์และแนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการพยาบาล เน้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชในด้านการป้องกันอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา

คำที่ใช้ในการศึกษาและการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยามีพัฒนาการมาโดยลำดับ ในระยะแรกๆ จะใช้คำภาษาอังกฤษว่า medication compliance ต่อมาใน พ.ศ. 2546 (ค.ศ. 2003) องค์การอนามัยโลกได้ใช้คำว่า medication adherence ในการจำกัดความเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา (Vrijens et al., 2012) ซึ่งสองคำนี้มีความหมายต่างกันในแง่ของการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยคำว่า compliance ผู้ป่วยเชื่อฟังแพทย์และปฏิบัติตาม

ตามแพทย์แนะนำ ในขณะที่คำว่า adherence ความหมายจะเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับ จึงตัดสินใจปฏิบัติตนและรับประทานยาให้ถูกต้องตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ ดังที่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความไว้ซึ่งมีที่มาจากการผสมผสานคำจำกัดความของ Haynes (1979) และของ Rand (1993) มาเป็นคำจำกัดความใหม่ดังนี้

“Adherence is the extent to which a person’s behavior—taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider.” (WHO,2003, p.3)

ดังนั้น ความร่วมมือในการรับประทานยา (medication adherence) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในการรับประทานยาอาหารและเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต ด้วยความเต็มใจและเห็นด้วยกับคำแนะนำของบุคลากรผู้ให้การดูแลสุขภาพ (องค์การอนามัยโลก, 2003)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

การที่ผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถดูแลตนเอง และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชได้ครบถ้วนและต่อเนื่องนั้น มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาหลายประการ (Barkhof et al., 2012; Brain et al., 2013; El-Missiry et al., 2015; Vrijens et al., 2012) ซึ่งอาจจะสรุปปัจจัยที่สำคัญ 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภทมักจะถูกมองว่าเป็นโรคเรื้อรังและไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยมักถูกประทับตราและไม่ได้รับ

การยอมรับจากคนอื่นในสังคม (Sanseeha et al., 2009) ผู้ป่วยมักได้รับยารักษาที่ต้องรับประทานต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน ผลการรักษาจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยด้วยจากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยที่สำคัญและมีผลต่อการที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยา มีดังนี้

1.1 ความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วยทางจิต (illness awareness) การยอมรับการเจ็บป่วย (insight into illness) และความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (general beliefs) การที่ผู้ป่วยตระหนักถึงการเจ็บป่วยได้ดี ยอมรับการเจ็บป่วย จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่จะรับการรักษาโรคที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยจิตเภท การยอมรับการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

1.2 จิตพยาธิสภาพ (Psychopathology) อาการทางจิตมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น ภาวะหวาดระแวง อาการหลงผิดคิดว่าตนเองเหนือผู้อื่น ผู้ป่วยที่อาการทางจิตสงบมักจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ

1.3 ความสามารถทางปัญญา (Cognitive and executive function) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่รับประทานยากับผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยามีความสามารถทางปัญญาแตกต่างกัน (El-Missiry et al., 2015) ทั้งนี้ ความสามารถทางปัญญาในผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะมีผลต่อความสามารถในการจำ คิดเชิงเหตุผล ความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นของยาต่อผลการ

รักษาและการคิดแก้ปัญหาที่เหมาะสมเกี่ยวกับการรับประทานยา

1.4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) จากการศึกษา พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) มีความสำคัญต่อระยะปฏิบัติตาม (persistence) (Vrijens et al., 2012) ผู้ป่วยที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาได้ดีกว่า (นภาพร เหลืองมงคลชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.5 ความเชื่อ ทักษะที่มีต่อยาและอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นและเห็นประโยชน์ของยารักษาอาการทางจิตจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยที่ขาดความเชื่อมั่นในยาและประโยชน์ของยาต่ออาการป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงซึ่งอาจเกิดขึ้นหลังจากใช้ยา รักษาอาการทางจิตเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยใช้เป็นข้ออ้างหยุดยาหรือต้องการหยุดยาเพื่อป้องกันการเกิดอาการข้างเคียง ด้วยผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาหลายราย จึงหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ก่อน

จากการศึกษาของเบรนและคณะ (Brain et al., 2013) ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท 112 คนอายุ 18-65 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก 8 แห่ง โดยใช้แบบประเมิน DAI-10 (Drug Attitude Inventory-10) ซึ่งเป็นแบบประเมินทัศนคติ ประสิทธิภาพและความเชื่อเกี่ยวกับยา รักษาอาการทางจิต และแบบประเมิน Uhvalg for Kliniske Undersogelser Side Effect Self-Rating Scale ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการข้างเคียง และมีระบบติดตามความร่วมมือในการรับประทานยาเป็น

ระยะเวลา 12 เดือน พบว่า ทัศนคติ ประสิทธิภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับยาที่ไม่ดีเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

2. ปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพจิตพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพจิต สัมพันธภาพและบริการที่ผู้ป่วยได้รับเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ดังนี้

2.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพจิตสัมพันธภาพที่ดีนำไปสู่ความไว้วางใจและรับฟัง การยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน มีผลให้ผู้ป่วยพยายามทำความเข้าใจคำแนะนำและนำไปปฏิบัติตามหรือหากผู้ป่วยมีข้อกังวลใจก็กล้าที่จะสอบถามหรือขอคำปรึกษาเพื่อหาทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง (Beebe, Smith, & Crye, 2008)

2.2 บริการเตรียมก่อนกลับบ้านด้วยแผนจำหน่ายที่เหมาะสมผู้ป่วยที่เคยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่เหมาะสมและเพียงพอก่อนได้รับอนุญาตให้กลับบ้านเป็นปัจจัยอีกข้อหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านรวมถึงการมาพบแพทย์ตามนัดและรับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทอาจมีข้อจำกัดจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยที่กล่าวไว้ในข้อแรกมีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยจึงมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

3.1 ครอบครัวเป็นผู้ที่สามารถสนับสนุนให้กำลังใจมีเวลาให้ความสนใจใส่ใจ ช่วยเตือนเมื่อ

ผู้ป่วยลืมนับประทานยาและชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอการมีคนอื่นเอาใจใส่ยังส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลดีต่อการมีแรงจูงใจและความหวังที่จะดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ มีความพยายามที่จะดูแลตนเองและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดยาด้วยตนเองได้ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลสามารถช่วยจัดยาและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทาน (Barkhof et al., 2012; Dangdomyouth, Stern, Oumtane, & Yunibhand, 2008)

3.2 เพื่อนและสมาชิกในชุมชน ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ จากการให้การยอมรับและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยา

กระบวนการพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินสภาพ การให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล พยาบาลควรประยุกต์กระบวนการพยาบาลมาใช้ร่วมกับองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา พยาบาลควรประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาที่กล่าวไว้ข้างต้นด้วย ทั้งนี้จะได้ข้อมูลสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่

ความร่วมมือในการรับประทานยาที่ชัดเจนขึ้น นอกเหนือจากการประเมินการรับประทานยาครบหรือไม่ได้รับประทานยา ผู้ป่วยตระหนักถึงความเจ็บป่วย การยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นอย่างไร อาการทางจิตในปัจจุบัน ความสามารถทางปัญญาของผู้ป่วยเป็นอย่างไร มีความสามารถในการทำความเข้าใจหรือจำข้อมูลเกี่ยวกับยาและประโยชน์ที่จะได้รับหรือไม่มากนัก้อย่างไร ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองรับประทานยาอย่างไร มีความเชื่อ ทศนคติที่มีต่อยาและอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาอย่างไรผู้ป่วยเคยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่เหมาะสมและเพียงพอหรือไม่อย่างไรก่อนได้รับอนุญาตให้กลับมาอยู่ที่บ้านคราวนี้ และอีกปัจจัยที่สำคัญคือสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย มีครอบครัวและเพื่อนของผู้ป่วยที่เป็นผู้สนับสนุนให้กำลังใจเอาใจใส่สอบถามเป็นระยะหรือไม่อย่างไร

นอกจากการประเมินด้วยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นแล้ว พยาบาลอาจจะเลือกใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาที่มีอยู่มาประกอบการประเมินเช่น Medication Adherence Rating Scale (Holmes, Hughes, & Morrison, 2014) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (ผการัตน์ ถาวรวงศ์ และชลธิชา ติมะวงศ์, 2548) เป็นต้น

2. การให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปัญหาที่พบบ่อย คือ ผู้ป่วยขาดยา โดยอาจจะไม่รับประทานเลย หรือรับประทานบางชนิด แต่งดบางชนิด หรือปัญหารับประทานไม่ถูกต้อง เช่น ยาที่ได้รับควรรับประทานครั้งละเม็ด สองเวลา

แต่ผู้ป่วยรับประทานคราวเดียวกัน เป็นต้น สำหรับสาเหตุเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ต้องนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพมาวิเคราะห์ในแต่ละราย ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะมีสาเหตุของพฤติกรรมดังกล่าวต่างกัน

3. การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล
การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาข้างต้น และมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสมาชิกในชุมชน ดังนั้น การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาจึงต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลกับบุคคลที่เกี่ยวข้องเหล่านี้

3.1 การพยาบาลแก้ไขสาเหตุจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย หลังจากทราบสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาพยาบาลควรค้นหาวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ได้รับ เน้นการทำให้เห็นประโยชน์ของยาต่อผลการรักษาและการป้องกันการกำเริบซ้ำ

ในกรณีที่พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาเกิดจากที่ผู้ป่วยมีความเชื่อ ทัศนคติต่อยาไม่ดีและ/หรือเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ทำให้ไม่สบายใจหรือปฏิเสธที่จะรับประทานยาในกลุ่มเดียวกันนี้อีก การใช้หลักการพยาบาลจิตเวชที่ต้องสร้างประสบการณ์ทางอารมณ์ในทางที่ดีจะมีความจำเป็น อาจจะทำให้ด้วยการเปิดวงสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับประทานยารักษาอาการทางจิต

ให้โอกาสระบายความรู้สึกความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาร่วมไปกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับยาและการได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเอง จัดยารับประทานเองได้ ควรมีกิจกรรมที่ส่งเสริมความมั่นใจในความสามารถของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจมากขึ้นและภูมิใจในตนเอง

3.2 กิจกรรมส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในการรับประทานยา ควรให้สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมด้วย ลักษณะกิจกรรมมุ่งพัฒนาความสัมพันธ์และการมีมุมมองต่อผู้ป่วยในทางบวก สร้างความเชื่อมั่นของครอบครัวที่มีต่อความสามารถของผู้ป่วย และร่วมกันหาวิธีการแสดงความเอาใจใส่ต่อกันด้วยการสื่อสารที่เหมาะสม ทั้งนี้จะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เป็นบุคคลให้กับผู้ป่วย

นอกจากกิจกรรมที่ให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลทำร่วมกันกับผู้ป่วยแล้ว พยาบาลอาจจะต้องจัดโอกาสให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้รับการคำปรึกษา เพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหา เพื่อจะเป็นผู้ดูแลสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป (รัตนา พันจอย, อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, และรัตน์ศิริ ทาโต, 2557)

3.3 โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา กรณีที่พยาบาลต้องการพัฒนางานดูแลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทไทย โดยใช้ผลการวิจัย อาจจะศึกษาเพิ่มเติมจากผลการทบทวนงานวิจัยซึ่งมีการวิจัยกันในเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนงานวิจัยของ บาร์คฮอฟ และคณะ (Barkhof et al., 2012) เรื่อง “Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia – A review of the past decade” พบว่า โปรแกรมการปรับปรุงความร่วมมือในการรับประทานยาที่มีการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ มีทั้งที่เป็นโปรแกรมทำเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม ครอบครัว หรือระดับชุมชน มีช่วงของการให้ Interventions และช่วงระยะเวลาติดตามที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ติดตามภายใน 2 เดือน จนถึงบางโปรแกรมติดตาม 2 ปี โดยงานวิจัยศึกษาผลของโปรแกรมเหล่านี้มีการใช้แนวคิดจากทฤษฎีต่างๆ ได้แก่ Health Belief Model เป็นส่วนใหญ่องลงมาคือ Self-regulation theory, Social support theory และ Theory of Planned Behavior ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมที่เป็น Psychoeducation Interventions ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย ยกเว้นโปรแกรมที่มีการผสมผสาน Behavioral and Cognitive Interventions ที่มุ่งจัดการโดยตรงกับทัศนคติและความร่วมมือในการรับประทานยา ร่วมกับโปรแกรมที่มีระยะเวลาสั้นกว่าจากการศึกษาพบว่า โปรแกรมที่ได้ผลสูงสุดต่อการให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่โปรแกรมที่มีการผสมผสานหลายวิธีการเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น โปรแกรมที่ผสมผสาน cognitive behavioral techniques กับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และการดำเนินการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สำหรับระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม โปรแกรมที่ใช้ระยะเวลาสั้นกว่าสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาได้มากกว่า ตัวอย่างโปรแกรม Telephone-Nursing

Intervention (TIPS) (Beebe et al., 2008) พยายามจิตเวชที่ได้รับการอบรมเป็นผู้โทรไปให้การดูแลและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อจัดการกับปัญหา ช่วยเตือน และให้คำปรึกษาพิจารณาทางเลือกในการเผชิญปัญหาและจัดการกับอุปสรรคที่มีผลต่อการรับประทานยา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการรับประทานยาระยะ 3 เดือน (ร้อยละ 80) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 60.1) สำหรับการประเมินผลลัพธ์ของความร่วมมือในการรับประทานยาในงานวิจัยที่ผ่านมา แต่ละโปรแกรมมีการประเมินผลแตกต่างกัน เช่น self-report, pill count, และ urine test อย่างไรก็ตามผลวิจัยยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนดังนั้น การจะเลือกใช้โปรแกรมใด พยายามควรพิจารณาจากบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายและปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลักและการศึกษาวิจัยต่อยอดยังคงมีความจำเป็นเพื่อจะได้โปรแกรมการดูแลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาที่มีประสิทธิผลดียิ่งขึ้น

สำหรับการศึกษาวิจัยในประเทศไทย มีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาหลายโปรแกรม เช่น โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ และคณะ, 2556) โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท (นิตยา เศรษฐจันทร์ และคณะ, 2559) ทั้งสองโปรแกรมเป็นตัวอย่างโปรแกรมที่เน้นปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

4. การประเมินผลการติดตามความร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการทางจิตเปลี่ยนแปลงหรือมีสถานการณ์บางอย่างในชีวิตที่มีผลต่อสุขภาพจิตและการ

รับประทานยา การที่พยาบาลเข้าไปเยี่ยมบ้านและประเมินอาการทางคลินิกจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและควรมีการปฏิบัติเป็นประจำ นอกจากนี้ควรมีการกำกับติดตามด้วยวิธีอื่น เช่น การให้ผู้ป่วยบันทึกก็เป็นวิธีการหนึ่ง ที่จะช่วยเตือนความจำเกี่ยวกับการรับประทานยาได้ การโทรศัพท์เพื่อสอบถามอาการและการรับประทานยาก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่พบว่ามีความง่ายน้อย นอกจากติดตามประเมินได้แล้วยังมีผลดีต่อการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างที่อาศัยอยู่ในครอบครัวด้วย

ตัวอย่างกรณีศึกษาที่ 1: ผู้ป่วยจิตเภทหญิง อายุ 55 ปีป่วยเป็นจิตเภทมาประมาณ 15 ปี มีโรคประจำตัวทางกายคือ ความดันโลหิตสูง สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เดิมทำงานเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านของตนเอง มีบุตรชาย 1 คน บุตรชายทำงานอยู่อีกที่หนึ่งจึงไปเช่าหอพักอยู่ใกล้ที่ทำงาน จะกลับมาบ้านทุกวันหยุด สามี่ทำงานอยู่ต่างจังหวัดกลับบ้านประมาณเดือนละครั้งหรือบางเดือนก็ไม่กลับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพัง โดยมีพี่สาวซึ่งอยู่ใกล้บ้านแวะมาเยี่ยมในช่วงกลางวันบางวัน

ผลจากการรวบรวมข้อมูลและประเมินสภาพ พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยา ในลักษณะของวิธีปฏิบัติไม่ถูกต้อง คือ ผู้ป่วยยินดีรับประทานยาตามที่ได้รับมาจากโรงพยาบาลแต่รับประทานไม่ถูกเวลา ผู้ป่วยรับประทานทุกชนิดในคราวเดียว โดยรวมยาทุกเวลารับประทานพร้อมกันหลังอาหารเช้า ผู้ป่วยมีการใช้เวลาไม่เหมาะสม กลางวันนอนเกือบตลอดวันเพราะง่วง ส่วนกลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ

โดยทำเช่นนั้นมาตลอดจนกระทั่งวันที่อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาไปเยี่ยมที่บ้าน เมื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและพี่สาวซึ่งอาศัยอยู่ใกล้กับบ้านของผู้ป่วยแล้ว เราได้ทำความเข้าใจและตั้งเป้าหมายร่วมกันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ถูกต้องและมีรูปแบบการดำรงชีวิตที่เหมาะสมมากขึ้น

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยรายนี้ พบว่า

ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย แต่มีความจำกัดด้านความสามารถทางปัญญา ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นของการรับประทานยาให้ตรงตามเวลาที่แพทย์กำหนด และขาดการคิดเชื่อมโยงเรื่องการรับประทานยาที่มีต่อผลการรักษา และกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ ครอบครัว ผู้ป่วยมีสิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญคือ มีพี่สาวและบุตรชายที่ห่วงใยดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ

การพยาบาลที่ได้ให้กับกรณีตัวอย่างรายนี้ใน ส่วนที่ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา คือ

- จัดให้ผู้ป่วยสนทนากับความเข้าใจเรื่องโรค การรักษาด้วยยา และให้ผู้ป่วยสังเกตผลของการรับประทานยวันละคราวเดียวหมดทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยตระหนักถึงผลเสียมากขึ้น นอนทั้งวัน กลางคืนนอนไม่หลับ บ้านสกปรกเพราะง่วงจึงลุกมาทำความสะอาดไม่ไหว

- เสนอแนะผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงวิธีการรับประทานยา และร่วมกันวางแผนการใช้เวลาในแต่ละวัน จัดทำตารางเวลาและบันทึกกิจกรรม

- พยาบาลเข้าไปเยี่ยมสม่ำเสมอ และให้กำลังใจชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติความร่วมมือในการรับประทานยาได้ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยปรึกษาในสิ่งที่ยังมีข้อกังวลใจหรือไม่สบายใจเกี่ยวกับยาหรืออาการข้างเคียง

- จัดให้พี่สาวของผู้ป่วยมาเข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการรับประทานยา และเสนอแนะให้พี่สาวสอบถามและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ดี

การประเมินผล การเข้าเยี่ยมครั้งต่อๆ มาพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาถูกเวลา และรู้สึกสดชื่นขึ้น สามารถลุกมาทำกิจวัตรประจำวันได้ รดน้ำต้นไม้ที่บุตรชายหามาไว้ให้ผู้ป่วย (มารดา) ดูแลได้ ผู้ป่วยรู้สึกภูมิใจที่ตนสามารถทำงานบ้านและดูแลต้นไม้ของบุตรชายได้ การสนทนาพูดคุยถึงการใช้เวลาเพื่อทำสิ่งที่มีคุณค่าเช่น การทำงาน การขายของหน้าบ้าน เป็นต้น ซึ่งพยาบาลได้ปรึกษาร่วมกับพี่สาวของผู้ป่วย และวางแผนจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยขายของหน้าบ้านเพื่อมีรายได้ และเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภูมิใจในตนเอง โดยพี่สาวจะนำไปปรึกษากับบุตรของผู้ป่วยซึ่งจะกลับมาบ้านในวันหยุดเป็นประจำต่อไป

ตัวอย่างกรณีศึกษาที่ 2: ผู้ป่วยจิตเภทหญิง อายุ 35 ปีป่วยเป็นจิตเภทมาประมาณ 8 ปี อาศัยอยู่กับบิดาและมารดาที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสามารถช่วยงานบ้านที่ได้รับมอบหมายได้ ผู้ป่วยรับประทานยารักษาอาการทางจิตต่อเนื่อง เมื่อยากลับหมดผู้ป่วยจะไปรับยาที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยลืมกินยาในบางครั้งเนื่องจากทำงานบ้าน หรือทำอย่างอื่นจนเลยเวลารับประทานยา

จากการสนทนากับผู้ป่วย บิดามารดา และพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบดูแลครอบครัวนี้ทราบว่า ผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่จากครอบครัว และตัวผู้ป่วยก็ตระหนักถึงความใส่ใจนี้ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านได้ดี แม้ว่าป่วยมาหลายปี ผู้ป่วยมีหน้าที่ช่วยงานบ้านซึ่งทำได้พอสมควร มารดาพอใจและให้คำชมเชยผู้ป่วย มีพี่ชายบ้านมาช่วยทำงานบ้านบางครั้ง

การพยาบาลที่ได้ให้กับกรณีตัวอย่างรายนี้ในส่วนที่ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา คือ

- สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจพูดคุยและให้การเสริมแรงทางบวกเกี่ยวกับการรับประทานยาและความสามารถที่ผู้ป่วยช่วยงานที่บ้านได้

- เสนอแนะผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดยาใส่กล่องยาเพื่อเตรียมไว้สำหรับแต่ละมื้อของวัน และการวางไว้ในที่ที่สามารถเตือนความจำตนเองได้ เพื่อป้องกันการลืมกินยา

- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและระบายความรู้สึก และสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับยา

- เปิดโอกาสให้บิดามารดาของผู้ป่วยได้สอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การสังเกตอาการเตือนยาและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้บิดามารดา ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

- ประสานงานกับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ให้ความร่วมมือทางการพยาบาล การติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งต่อข้อมูลการดูแลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการทำงานร่วมกันเป็นทีม

และผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

การประเมินผล จากการเชื่อมผู้ป่วยในหลายครั้งต่อมา ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ครบตามเวลา

กรณีตัวอย่างทั้งสองข้างต้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้เข้าไปส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยประยุกต์การดูแลด้านปัจจัยตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนปัจจัยด้านสัมพันธภาพและบริการจากบุคลากรทางสุขภาพจิตที่ดี แนวทางจากโปรแกรมต่างๆ จึงทำให้สามารถส่งเสริมผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องได้

สรุป

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นบทบาทอิสระที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชองค์ความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยการประยุกต์กระบวนการพยาบาลและองค์ความรู้ใหม่จากหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยพัฒนาและทดสอบโปรแกรมเสนอแนะให้ใช้การผสมผสานการดูแลปัจจัยสำคัญด้านต่างๆ มีประโยชน์ต่อการนำไปปรับใช้พัฒนารูปแบบและระบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไปผลจากการรับประทานยาได้ถูกต้องและต่อเนื่องนั้นนอกจากทำให้อาการของผู้ป่วยไม่กำเริบแล้ว ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความสามารถในการทำหน้าที่หรือประกอบอาชีพตามศักยภาพและความผาสุกในการใช้ชีวิตอยู่

ร่วมกับครอบครัวและชุมชนด้วยการใช้ชีวิตตามศักยภาพได้ต่อเนื่องน่าจะเป็นเป้าหมายสำคัญที่สุดในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในทศวรรษนี้

เอกสารอ้างอิง

จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี, และ วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาถักณณ์. (2556). ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(3), 75-86.

ผการัตน์ ถาวรวงศ์ และชลธิชา สิมะวงศ์. (2548).

ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการกลับเป็นซ้ำและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

นิตยา เศรษฐจันทร์, อรทัย สงวนพรรค, สำราญ อยู่หมื่นไวย, และวาสนา จินากลิ่ง. (2559).

การพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(1), 1-16.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ* (พิมพ์ครั้งที่3).

กรุงเทพฯ: บริษัท บีคอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.

รัตนา พันจอย, อรพรรณ ลีอนุญชวัชชัย, และรัตน์ศิริทาโต. (2557). ผลของโปรแกรมการให้

คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28(3), 117-129.

Barkhof, E., Meijer, C.J., de Sonnevile, L.M.J.,

- Linszen, D.H., & de Haan, L. (2012). Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: A review of the past decade. *European Psychiatry, 27*, 9-18.
- Beebe, L.H., Smith, K., & Crye, C. (2008). Telenursing intervention increases psychiatric medication adherence in schizophrenia outpatients. *Journal of the American Psychiatry Nurses Association, 14*(3), 217-224.
- Brain, C., Allerby, K., Sameby, B., Quinlan, P., Joas, E., Karilampi, U., Lindstrom, E., Eberhard, J., Burns, T., & Waern, M. (2013). Drug attitude and other predictors of medication adherence in schizophrenia: 12 months of electronic monitoring (MEMS[®]) in the Swedish COAST-study. *European Neuro-psychopharmacology, 23*, 1754-1762.
- Bressington, D., Mui, J. & Gray, R. (2013). Factors associated with antipsychotic medication adherence in community-based patients with schizophrenia in Hong Kong: A cross sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing, 22*, 35-46.
- Dangdomyouth, P., Stern, P., Oumtanee, A., & Yunibhand, J. (2008). Tactful monitoring: how Thai caregivers manage their relative with schizophrenia at home. *Issue in Mental Health Nursing, 29*, 37-50.
- Dolder, C.R., Lacro, J.P., Dunn, L.B., & Jeste, D.V. (2002). Antipsychotic medication adherence: Is there a difference between typical and atypical agents? *American Journal of Psychiatry, 159*, 103-108.
- El-Missiry, A., Elbatrawy, A., El Missiry, M., Moneim, D.A., Ali, R., & Essawy, H. (2015). Comparing cognitive functions in medication adherent and non-adherent patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research, 70*, 106-112.
- Haynes, R.B. (1979). *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press.
- Holmes, E.A.F., Hughes, D.A. & Morrison, V.L. (2014). Predicting adherence to medication using health psychology theories: A systematic review of 20 years of empirical research. *Value in Health, 17*, 863-876.
- Hui, C.L.M., Chen, E.Y.C., Kan, C.S., Yip, K.C., Law, C.W., & Chiu, C.P.Y. (2006). Antipsychotics adherence among out-patients with schizophrenia in Hong Kong. *Keio Journal of Medicine, 55*(1), 9-14.
- Keith, S.J., & Kane, J.M. (2003). Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: Our patients can do better. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*(11), 1308-1315.
- Lacro, J.P., Dunn, L.B., Dolder, C.R. et al. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry,*

63, 892-909.

- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., Davis, J.M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 379, 2063-2071.
- Llorca, P.M. (2008). Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Research*, 161(2), 235-247.
- Masand, P.S., Roca, M., Turner, M.S., & Kane, J.M. (2009). Partial adherence to antipsychotic medication impacts the course of illness in patients with schizophrenia: A review. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 11(4), 147-154.
- Rand, C.S. (1993). Measuring adherence with therapy for chronic diseases: Implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *American Journal of Cardiology*, 72, 68D-74D.
- Sanseeha, L., Chontawan, R., Sethabouppha, H., Disayavanish, C., & Turale, S. (2009). Illness perspectives of Thais diagnosed with schizophrenia. *Nurse Health Science*, 11, 306-311.
- Staring, A.B.P., Van der Gaag, M., & Mulder, C.L. (2013). Letter to the editor: Schizophrenia and antipsychotic medication—Better adherence, better outcomes? *Schizophrenia Research*, 151, 296-297.
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D.A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppard, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Mshelia, C., Clyne W., Aronson, J.K., & Urquhart, J. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medication. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73, 691-705.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapy: Evidence for action*. Retrieved January 10, 2017 from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>