

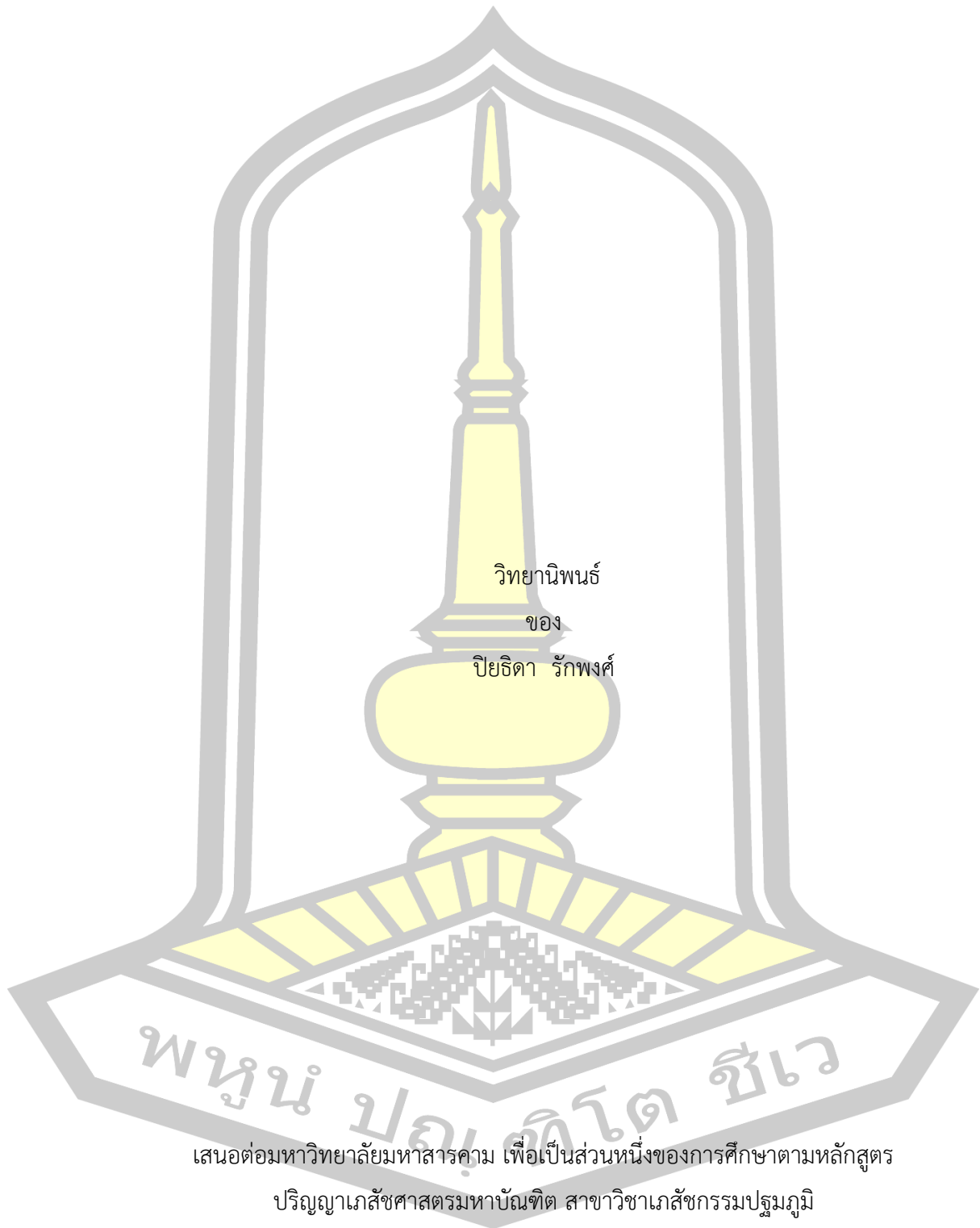
ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน

วิทยานิพนธ์  
ของ  
ปิยธิดา รักพงศ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ  
เมษายน 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน



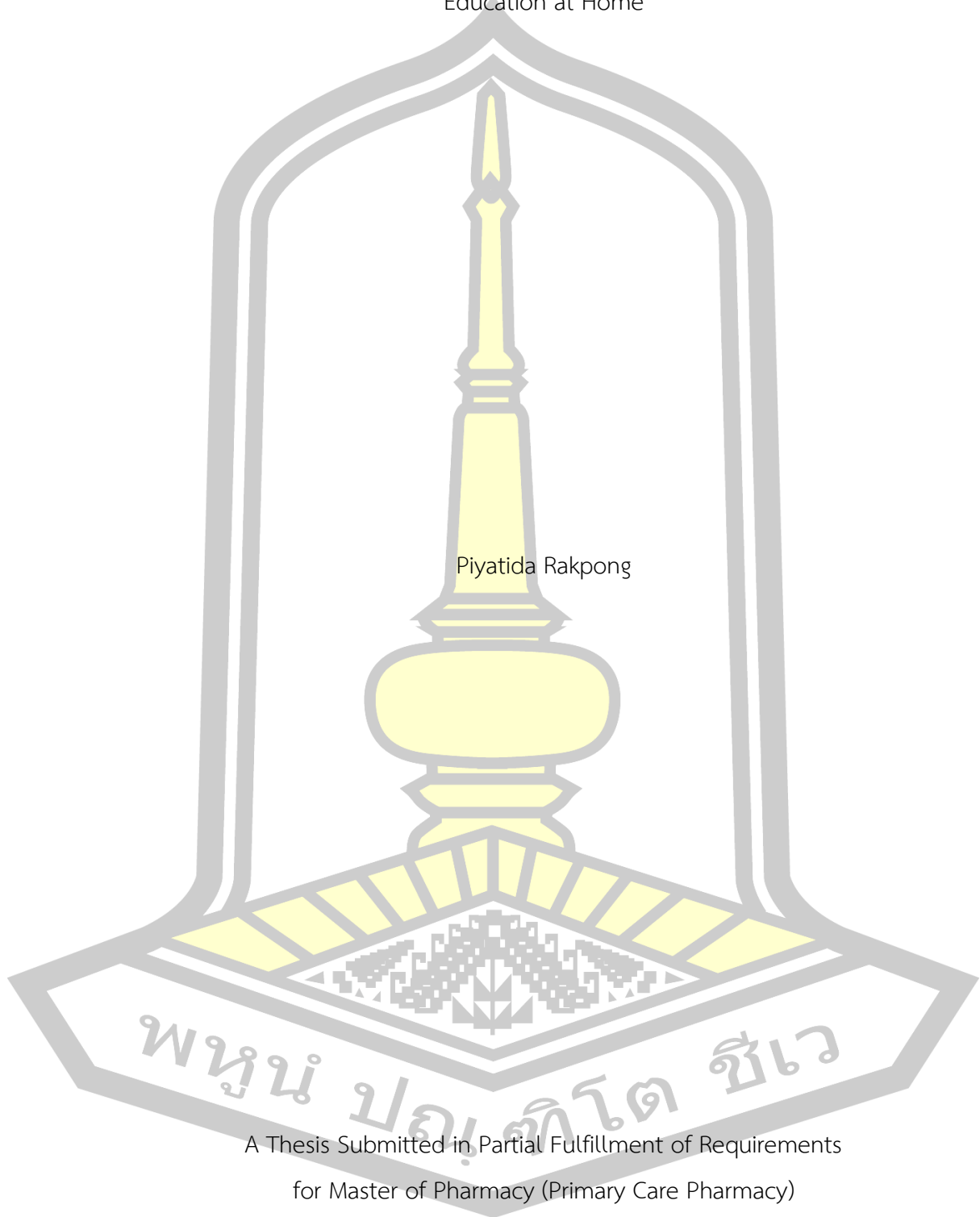
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ

เมษายน 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Effects of Pharmaceutical Care in Patients with Schizophrenia and Caregivers  
Education at Home



Piyatida Rakpong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements  
for Master of Pharmacy (Primary Care Pharmacy)

April 2019

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวปิยธิดา รักพงศ์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา เกษศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเกษตรกรรมปฐมภูมิ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

(ผศ. ดร. กฤษณี สระมณี )

ประธานกรรมการ

.....

(ผศ. ดร. สายทิพย์ สุทธิรักษา )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

(ผศ. ดร. จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

(อ. ดร. สุรัชดา ชนโสภณ )

กรรมการ

.....

(รศ. ดร. อีราพร สุภาพันธุ์ )

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา เกษศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเกษตรกรรมปฐมภูมิ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....

(ผศ. ดร. ชนิตตา พลอยล้อมแสง)

(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล )

คณบดีคณะเกษตรศาสตร์

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน		
ผู้วิจัย	ปิยธิดา รักพงศ์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายทิพย์ สุทธิรักษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์		
ปริญญา	เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	เภสัชกรรมปฐมภูมิ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2562

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน ต่อความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงผลต่อความรู้ คุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียดและความพึงพอใจของผู้ดูแล การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลไปข้างหน้า ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2561 ทำการเก็บข้อมูลจำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเริ่มการศึกษา หลังการศึกษา 1 เดือน และ 3 เดือน ตามลำดับ ผลการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จำนวน 57 คู่ เข้าร่วมการศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 29 คู่ และกลุ่มทดลอง 28 คู่ ก่อนการศึกษาพบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และผู้ดูแล กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หลังการติดตามที่เดือนที่ 1 และ 3 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.001$  และ  $p<0.001$  ตามลำดับ) ส่วนความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา และคุณภาพชีวิตไม่แตกต่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการศึกษาในกลุ่มทดลองพบว่า 1) ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 ( $p=0.032$  และ  $0.010$  ตามลำดับ) 2) จำนวนปัญหาการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$  ทั้ง 2 ช่วงเวลา) 3) คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 ( $p<0.001$  ทั้ง 2 ช่วงเวลา) 4) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเดือนที่ 3 ( $p=0.001$ ) ผลการศึกษาในผู้ดูแลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมในเดือนที่ 1 และ 3 ( $p<0.001$ ) และมีความรู้สึกเป็นภาระน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในเดือนที่ 1 และ 3 ( $p=0.012$  และ  $p=0.008$  ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาเฉพาะในผู้ดูแล ก่อนและหลังการศึกษา พบว่า 1) ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 1 และ 3

( $p < 0.001$ ) (2) ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 ( $p = 0.029$  และ  $p = 0.003$ ) (3) ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 ( $p = 0.028$  และ  $p = 0.008$ ) (4) ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 ( $p = 0.021$  และ  $p = 0.024$ ) (5) เมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด สรุปผลการศึกษา การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้านมีผลช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ลดปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ คุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้น และมีความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดลดลง

คำสำคัญ : โรควิตกกังวล, ความร่วมมือในการใช้ยา, การบริหารเภสัชกรรม, เยี่ยมบ้าน, คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแล, ความรู้สึกเป็นภาระ, ความเครียด, ความรู้



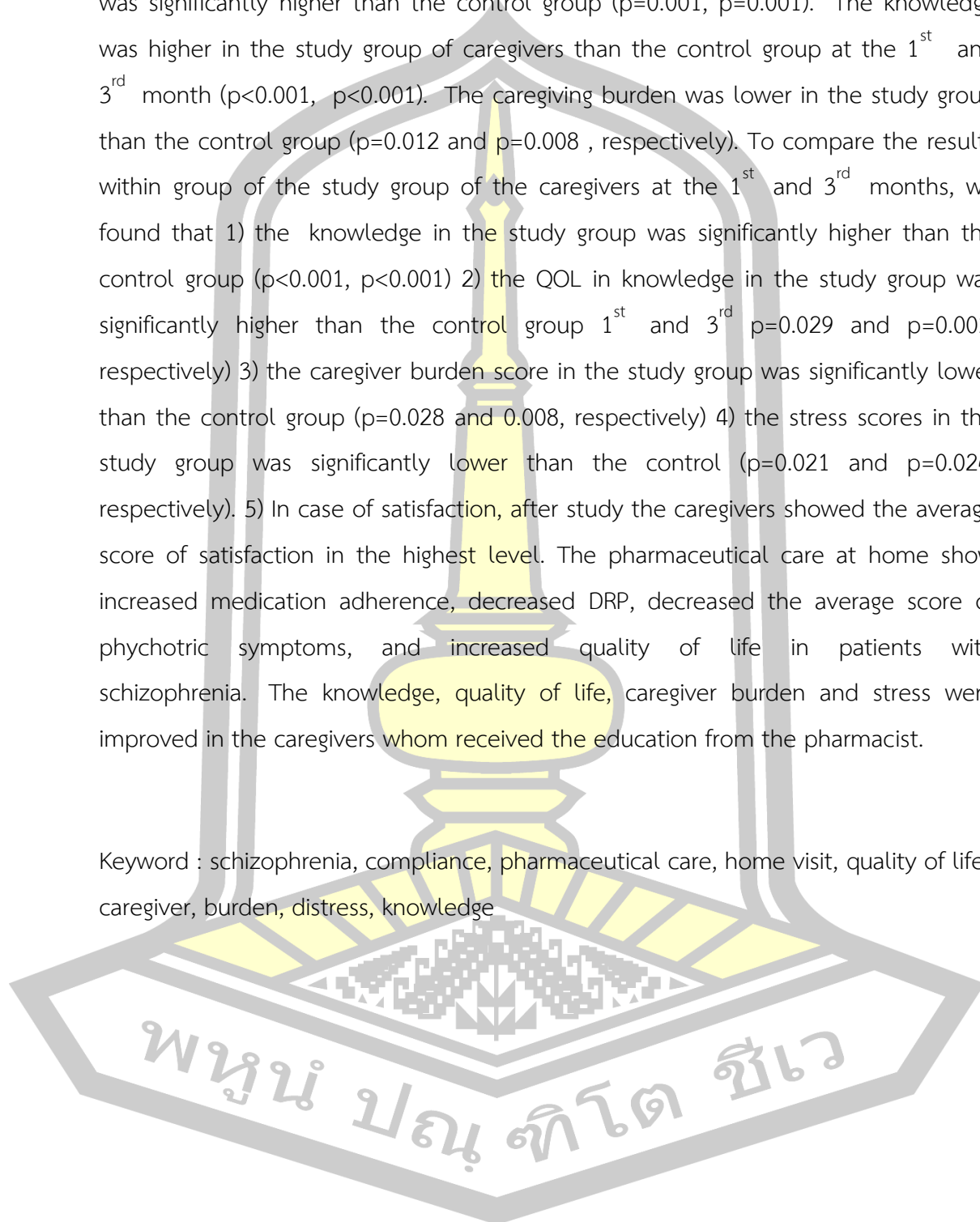
<b>TITLE</b>	The Effects of Pharmaceutical Care in Patients with Schizophrenia and Caregivers Education at Home		
<b>AUTHOR</b>	Piyatida Rakpong		
<b>ADVISORS</b>	Assistant Professor Saithip Suttiruksa , Ph.D. Assistant Professor Jantip Kanjanasilp , Ph.D.		
<b>DEGREE</b>	Master of Pharmacy	<b>MAJOR</b>	Primary Care Pharmacy
<b>UNIVERSITY</b>	Maharakham University	<b>YEAR</b>	2019

### ABSTRACT

The objective of this study was to examine the effects of pharmaceutical care in patients with schizophrenia and caregivers education at home on medication adherence, drug related problem, the severity of psychotic symptom and quality of life (QOL) in patients with schizophrenia and on knowledge, quality of life, caregiver burdens, stress, and satisfaction of caregivers. The research conducted a prospective, randomized, controlled trial, between May 1 – September 30, 2018. The data will be assessed at the first date, 1- and 3-months respectively. Fifty seven pairs of the patients with schizophrenia and their caregivers were enrolled in the study. Twenty nine pairs were enrolled in the control group and 28 pairs in the study group. At baseline, all characteristics of patients with schizophrenia and caregivers were not significant difference between control and intervention group. The severity of psychosis symptoms were lower in the study group than the control group at the 1<sup>st</sup> and 3<sup>rd</sup> month ( $p=0.001$  and  $p<0.001$ , respectively). The medication adherence, drug related problem and the mean score of quality of life between the study group and control group were no statistically significant differences. To compare the results within group of the study group of the patients with schizophrenia at the 1<sup>st</sup> and 3<sup>rd</sup> months, we found that 1) the medication adherence in the study group was significantly higher than the control group ( $p=0.032$  and  $p=0.001$ , respectively). 2) the DRPs in the study group was significantly lower than the control group ( $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ). 3) the psychotic symptom in the study group was significantly

lower than the control group ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ) and 4) the QoL in the study group was significantly higher than the control group ( $p = 0.001$ ,  $p = 0.001$ ). The knowledge was higher in the study group of caregivers than the control group at the 1<sup>st</sup> and 3<sup>rd</sup> month ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ). The caregiving burden was lower in the study group than the control group ( $p = 0.012$  and  $p = 0.008$ , respectively). To compare the results within group of the study group of the caregivers at the 1<sup>st</sup> and 3<sup>rd</sup> months, we found that 1) the knowledge in the study group was significantly higher than the control group ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ) 2) the QoL in knowledge in the study group was significantly higher than the control group 1<sup>st</sup> and 3<sup>rd</sup> ( $p = 0.029$  and  $p = 0.003$ , respectively) 3) the caregiver burden score in the study group was significantly lower than the control group ( $p = 0.028$  and  $0.008$ , respectively) 4) the stress scores in the study group was significantly lower than the control ( $p = 0.021$  and  $p = 0.024$ , respectively). 5) In case of satisfaction, after study the caregivers showed the average score of satisfaction in the highest level. The pharmaceutical care at home show increased medication adherence, decreased DRP, decreased the average score of psychotic symptoms, and increased quality of life in patients with schizophrenia. The knowledge, quality of life, caregiver burden and stress were improved in the caregivers whom received the education from the pharmacist.

Keyword : schizophrenia, compliance, pharmaceutical care, home visit, quality of life, caregiver, burden, distress, knowledge





## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายทิพย์ สุทธิรักษา ที่ให้การตรวจสอบ ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาในทุกๆ ส่วนของการศึกษาได้อย่างสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเชียงใหม่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการรวบรวมข้อมูล และการติดต่อประสานงานกลุ่มตัวอย่าง

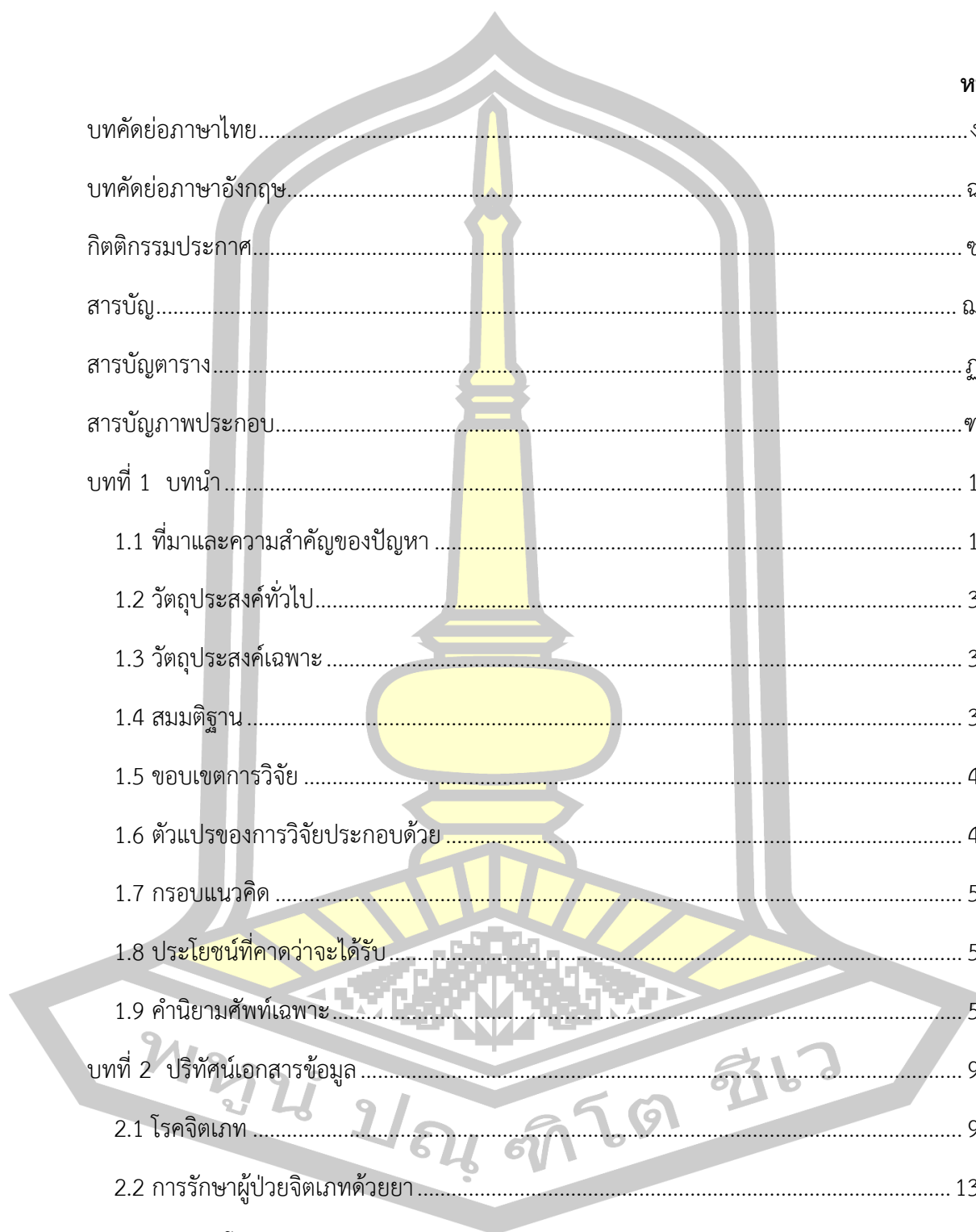
ปิยธิดา รักพงศ์



สารบัญ

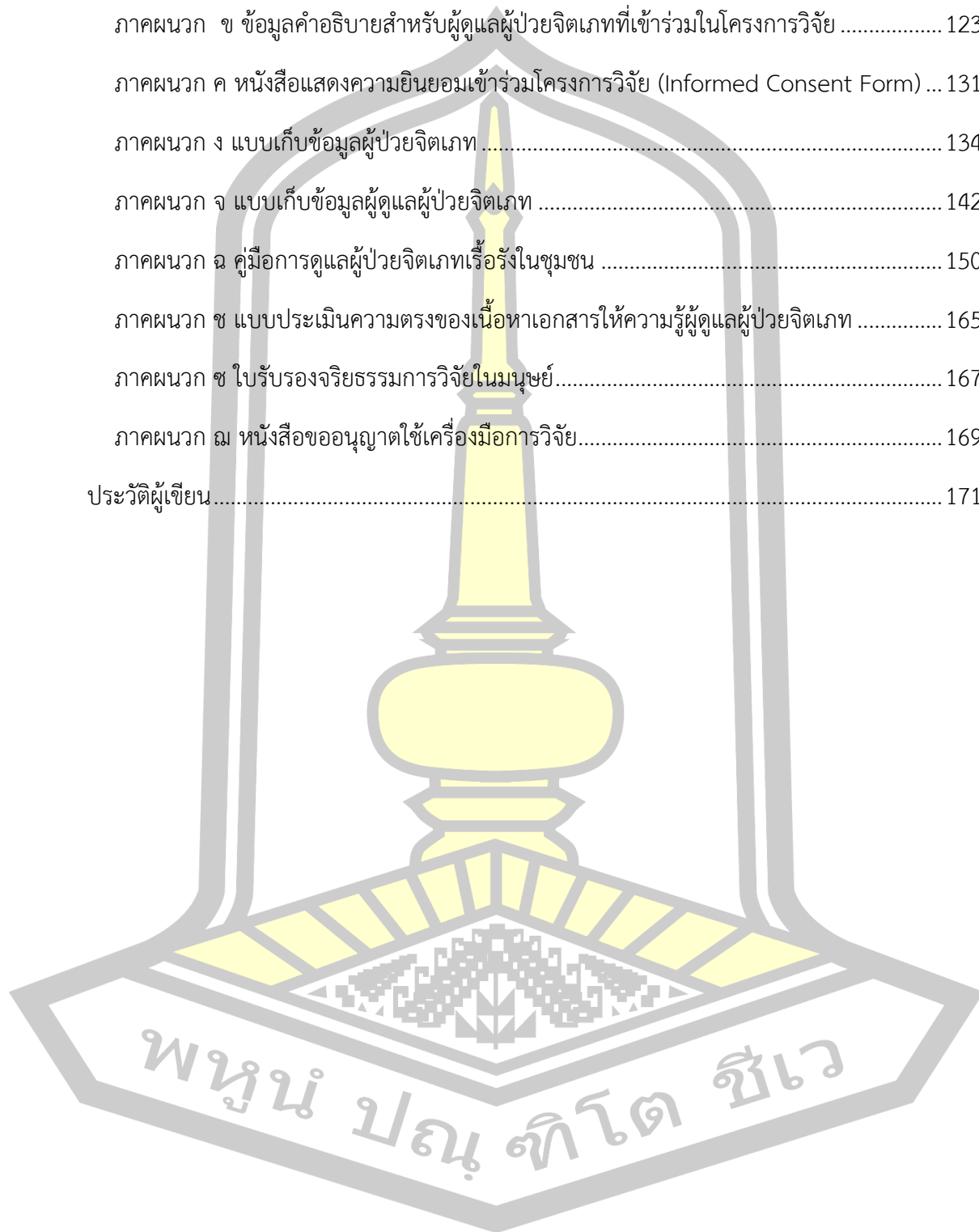
หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ณ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป.....	3
1.3 วัตถุประสงค์เฉพาะ.....	3
1.4 สมมติฐาน.....	3
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.6 ตัวแปรของการวิจัยประกอบด้วย.....	4
1.7 กรอบแนวคิด.....	5
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
1.9 คำนิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
บทที่ 2 ปรีทัศน์เอกสารข้อมูล.....	9
2.1 โรคจิตเภท.....	9
2.2 การรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยยา.....	13
2.3 ยารักษาโรคจิต.....	14
2.4 ความร่วมมือในการใช้ยา.....	25



2.5 การบริหารทางเภสัชกรรม .....	27
2.6 คุณภาพชีวิต.....	29
2.7 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	30
2.8 สุขภาพจิตศึกษา.....	31
2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	42
3.1 ระเบียบวิธีวิจัย.....	42
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	42
3.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	42
3.4 ประเด็นจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง .....	44
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
3.6 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
3.7 แผนภูมิการดำเนินงาน.....	53
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล .....	54
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย.....	56
4.1 ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภท .....	56
4.2 ผลการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล.....	71
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	86
5.1 สรุปผล.....	86
5.2 อภิปรายผล .....	92
5.3 ปัญหาและข้อจำกัดในการศึกษา .....	105
5.4 ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารั้งต่อไป .....	105
บรรณานุกรม.....	107
ภาคผนวก.....	114

ภาคผนวก ก ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	115
ภาคผนวก ข ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย .....	123
ภาคผนวก ค หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form) ...	131
ภาคผนวก ง แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเภท .....	134
ภาคผนวก จ แบบเก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท .....	142
ภาคผนวก ฉ คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน .....	150
ภาคผนวก ช แบบประเมินความตรงของเนื้อหาเอกสารให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท .....	165
ภาคผนวก ซ ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	167
ภาคผนวก ฌ หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย.....	169
ประวัติผู้เขียน.....	171



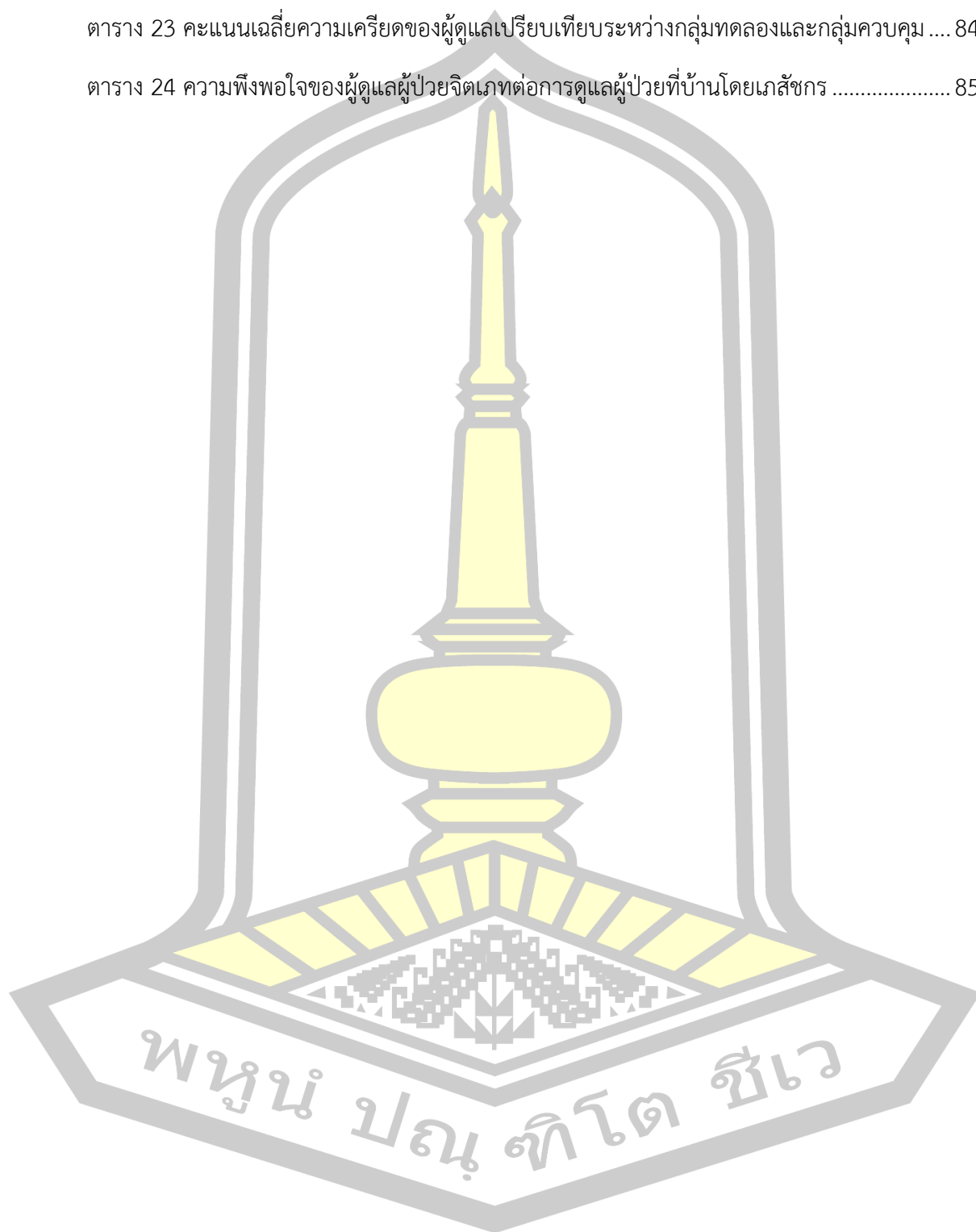
สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ยารักษาโรคจิตเภท ขนาดยาที่ใช้และค่ากึ่งชีวิต .....	20
ตาราง 2 วิธีการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง .....	50
ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง .....	57
ตาราง 4 ชนิดของผู้ป่วยจิตเภทและประวัติการเจ็บป่วย .....	60
ตาราง 5 ข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	61
ตาราง 6 จำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวันต่อผู้ป่วยหนึ่งรายระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง. 63	63
ตาราง 7 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง .....	64
ตาราง 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	64
ตาราง 9 ปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท.....	66
ตาราง 10 อาการข้างเคียงจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท .....	67
ตาราง 11 การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาในผู้ป่วยจิตเภท .....	68
ตาราง 12 ระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท.....	69
ตาราง 13 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท .....	70
ตาราง 14 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง .....	70
ตาราง 15 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล.....	72
ตาราง 16 ความรู้เรื่อง โรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล.....	75
ตาราง 17 คะแนนความแตกต่างเฉลี่ยของความรู้ในผู้ดูแล .....	75
ตาราง 18 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ดูแลที่ตอบคำถามรายชื่อเรื่องโรคและยาถูกต้อง .....	76
ตาราง 19 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	81
ตาราง 20 แสดงคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง .....	82
ตาราง 21 เปรียบเทียบความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	83

ตาราง 22 ระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.... 83

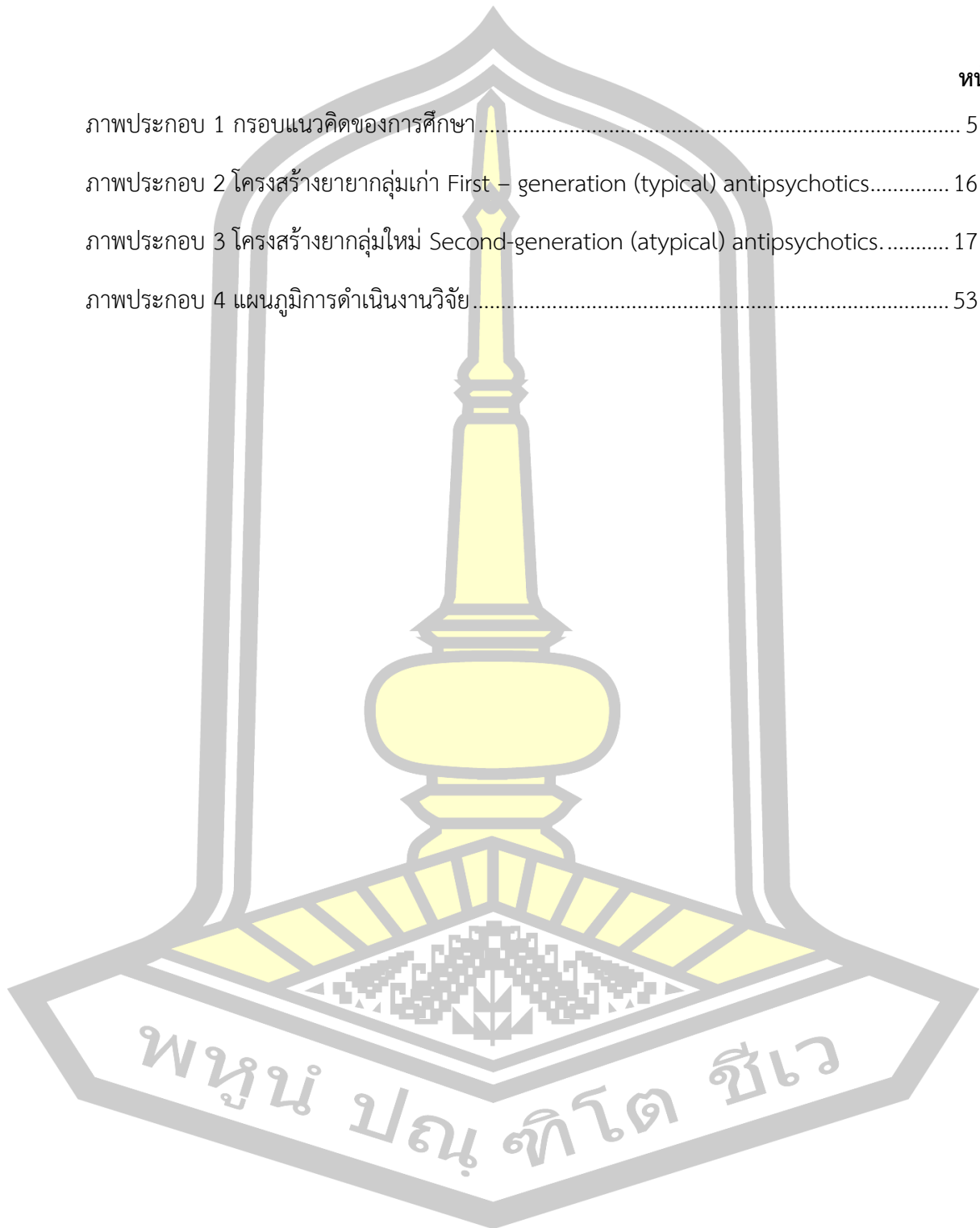
ตาราง 23 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .... 84

ตาราง 24 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยเภสัชกร ..... 85



## สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษา.....	5
ภาพประกอบ 2 โครงสร้างยาในกลุ่มเก่า First – generation (typical) antipsychotics.....	16
ภาพประกอบ 3 โครงสร้างยาในกลุ่มใหม่ Second-generation (atypical) antipsychotics.....	17
ภาพประกอบ 4 แผนภูมิการดำเนินงานวิจัย.....	53



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจที่มีผลต่อความคิด การสื่อสาร การรับรู้ และพฤติกรรมของผู้ป่วย อาการแสดงของโรคจิตเภทที่พบบ่อย คือ อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด ซึ่งถือว่าเป็นอาการด้านบวก ผู้ป่วยที่มีอาการมากและเจ็บป่วยนานมักพบปัญหาด้านความจำ อาจมีภาวะซึมเศร้าซึ่งส่งผลต่อการทำงานหรือการเรียนรู้ (1) พบความชุกทั่วโลกเท่ากับ 10 ต่อ 1,000 ประชากร และมีอุบัติการณ์เท่ากับ 0.15 ต่อ 1,000 ประชากร (2) ขณะที่ประเทศไทยพบความชุกของโรค เท่ากับ 8.8 ต่อ 1,000 ประชากร และพบอุบัติการณ์การเกิดโรค เท่ากับ 0.3 ต่อ 1,000 ประชากร (3)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล รวมถึงเศรษฐกิจและสังคม ในด้านตัวผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอายุขัยเฉลี่ยสั้นกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 5 – 25 ปี มีอัตราส่วนการตายมาตรฐานเท่ากับ 2.58 ของประชากรทั่วไป โดยร้อยละ 30 - 40 มีสาเหตุการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และร้อยละ 60 - 70 มีสาเหตุจากโรคทางกาย โดยโรคที่พบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุด คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ รองลงมาคือโรคมะเร็ง ทั้งนี้สาเหตุการเกิดโรคอาจเนื่องจากภาวะของตัวโรคที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น มีการรับประทานอาหาร การดื่มสุรา หรือการสูบบุหรี่ที่มากกว่าปกติ รวมถึงขาดการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกาย ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีภาวะอ้วน เป็นโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดหัวใจตามมา นอกจากนั้นอาจเป็นผลมาจากการเข้าถึงบริการสาธารณสุข รวมทั้งอาจมีสาเหตุจากอาการข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษาโรคได้อีกด้วย (4) ในด้านผู้ดูแล การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทอาจมีผลทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เกิดความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า รวมทั้งทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ ในด้านสังคมและเศรษฐกิจและสังคม พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลจะถูกตีตราจากสังคม เกิดความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม สังคมขาดความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรค ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดโอกาสในการทำงาน ไม่มีความมั่นคงทางการเงิน เกิดความยากจน และเสี่ยงต่อการก่อคดีอาชญากรรม (5)

การใช้ยาต้านโรคจิตเป็นหลักสำคัญของการรักษาโรค แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 11-80 ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เป็นผลให้ผู้ผู้ป่วยสองในสามต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาเกิดการกำเริบซ้ำ นอกจากนี้ความไม่ร่วมมือในการใช้ยายังเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย (6) จากข้อมูลของกรม



สุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงการรักษาเพียงร้อยละ 8 จากประชากร 10 ล้านคน (5) และในปี พ.ศ. 2561 กรมสุขภาพจิตกำหนดเป้าหมายให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 (7) ซึ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทนอกจากผู้ป่วยต้องการเข้าถึงการรักษาแล้ว การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ยาต่อเนื่องก็เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ ซึ่งปัจจัยที่มีผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น การใช้สารเสพติด การไม่มีผู้ดูแล ความรุนแรงของโรค หรือมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษา ปัจจัยด้านการแพทย์ เช่น การขาดการติดตามผลการรักษา ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย และปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ประสิทธิภาพของยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ชนิด ความแรงและการทนยาของผู้ป่วย (8) ซึ่งจากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมที่โรงพยาบาล ได้แก่ การค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา (11-14) การติดตามการใช้ยา (10) การให้ความรู้เรื่องโรค ยาและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีผลช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น (11-13) ช่วยลดปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย (11-13) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรค ยา และการปฏิบัติตัวที่เพิ่มขึ้น (11,13-14) ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตลดลง (14) ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงทางจิตลดลง (14) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (11,14) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีพฤติกรรมหรือความคิดที่ผิดปกติจึงอาจเป็นสาเหตุในผู้ป่วยเข้าไม่ถึงการบริการสาธารณสุข ดังจะเห็นได้จากในปี พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลเชียงใหม่พบผู้ป่วยจิตเภทขาดนัดจำนวน 770 ครั้ง การเยี่ยมบ้านจึงน่าจะเป็นแนวทางสำคัญในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทและส่งผลให้เกิดการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาของสมทรง ราชนิยมและกฤษณี สระมณี การเยี่ยมบ้าน พบว่า การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมในทีมเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ควบคุมอาการได้ไม่ดีและมีปัญหาจากการใช้ยาช่วยลดปัญหาจากการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ามีผลลดระดับน้ำตาลในเลือดและลดความดันโลหิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (11) นอกจากนี้ จากการศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังด้านการใช้ยาที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยและระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (12) ซึ่งในปัจจุบันยังขาดการศึกษาผลการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในผู้ป่วยจิตเภท จึงทำให้เกิดการศึกษานี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน ต่อความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งผลต่อความรู้ คุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียดและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## 1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน

## 1.3 วัตถุประสงค์เฉพาะ

### 1.3.1 วัตถุประสงค์เฉพาะ (ผู้ป่วยจิตเภท)

1.3.1.1 เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล

1.3.1.2 เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน

### 1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ (ผู้ดูแล)

1.3.2.1 เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ คุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด และความพึงพอใจต่อการบริการด้านเภสัชกรรมของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการให้ความรู้ที่บ้านโดยเภสัชกรพร้อมคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนและกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล

1.3.2.2 เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ คุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด และความพึงพอใจต่อการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน ก่อนและหลังการให้ความรู้ที่บ้านโดยเภสัชกรที่บ้าน

## 1.4 สมมติฐาน

1.4.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านมีความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล

1.4.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านมีปัญหาจากการใช้ยาและระดับความรุนแรงของอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล

1.4.3 ผู้ดูแลที่ได้รับการให้ความรู้ที่บ้านมีความรู้มากกว่าและมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล

1.4.4 ผู้ดูแลที่ได้รับการให้ความรู้ที่บ้านมีความรู้สึกเป็นภาระ และความเครียดที่น้อยกว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล

1.4.5 ผู้ดูแลที่ได้รับการให้ความรู้ที่บ้านจะมีความพึงพอใจต่อการบริการด้านเภสัชกรรมที่บ้าน

## 1.5 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบมีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ทำการศึกษาในผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามรหัสการจำแนกโรคตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-V) ดึงข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Hospital information (HI) ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส F20 ถึง F29 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) และได้รับการรักษาด้วยยา โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษาต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอยู่ในระยะสงบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินระดับอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และมีคะแนนรวมน้อยกว่า 37 คะแนน และต้องอาศัยอยู่ในพื้นที่ อ.เชิงใน จ. อุบลราชธานี โดยทำการเปรียบเทียบผลของการบริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้านและการให้บริการตามปกติที่โรงพยาบาล ต่อความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงผลของความรู้เรื่องโรค ยาและการดูแลผู้ป่วย คุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด และความพึงพอใจต่อการบริการทางเภสัชกรรมของผู้ดูแล

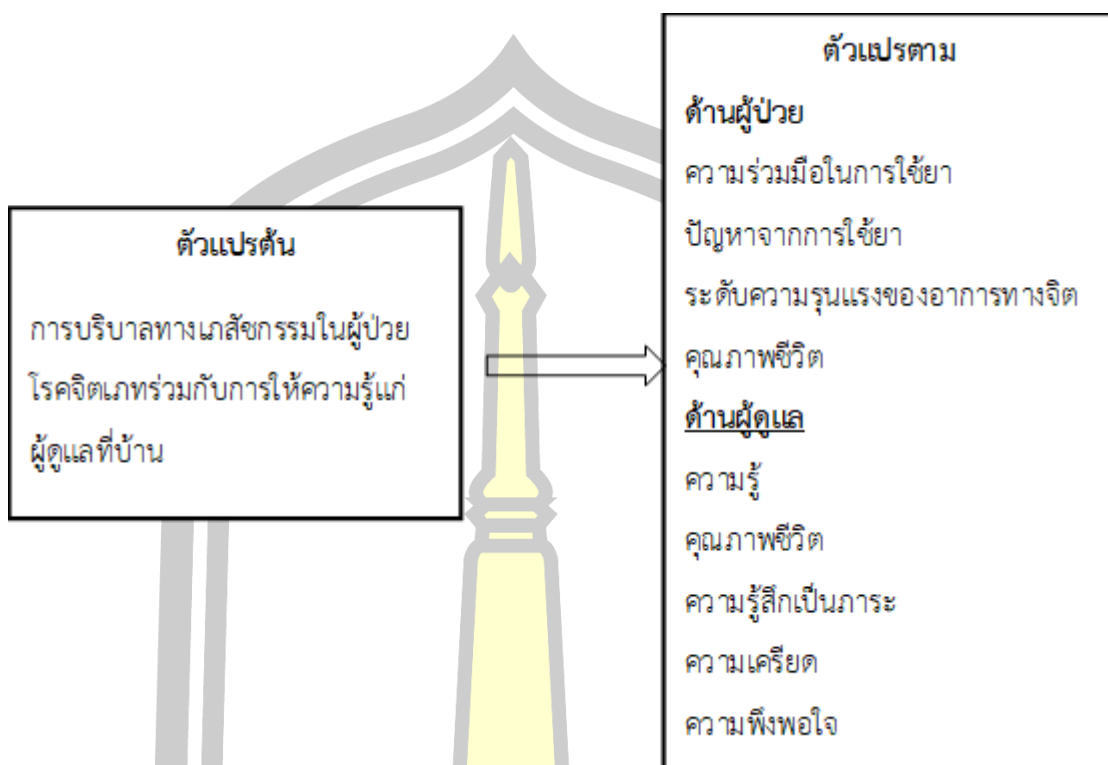
## 1.6 ตัวแปรของการวิจัยประกอบด้วย

1.6.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variables) การบริการทางเภสัชกรรมและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลโดยเภสัชกรเยี่ยมบ้าน

1.6.2 ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ความเครียดของผู้ดูแล และความพึงพอใจต่อการบริการทางเภสัชกรรมของผู้ดูแล

1.6.3 ตัวแปรกวน (confounding variables) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการใช้สารเสพติด ประเภทของยารักษาโรคจิตเภทที่ได้รับ

## 1.7 กรอบแนวคิด



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษา

## 1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.8.1 ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากขึ้น
- 1.8.2 ลดการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย
- 1.8.3 ได้แนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## 1.9 คำนิยามศัพท์เฉพาะ

1.9.1 โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่มีผลต่อความคิด การสื่อสาร การรับรู้ และพฤติกรรม อาการแสดงของโรคที่มักพบบ่อย ได้แก่ อาการประสาทหลอน หรือ การหลงผิด ซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการทำงานหรือความสามารถในการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้

1.9.2 ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด ความจำ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามรหัสการจำแนกโรคตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-V) หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส F20.0 ถึง F20.9 ตาม เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10)

1.9.3 ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกครอบครัว อันได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง บุตร ภรรยาหรือสามี หรือญาติ ที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วย โดยการดูแลเป็นไปโดยสมัครใจ ไม่ได้รับการจ้างวานหรือได้รับค่าตอบแทนใดๆ

1.9.4 ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง ผู้ป่วยมีการใช้ยาตามขนาดและวิธีการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเองโดยที่ไม่ได้รับคำสั่งจากแพทย์ ซึ่งในการศึกษานี้ ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยวัดอัตราการครอบครองยาของผู้ป่วย (The medication possession ratio)

1.9.5 การบริหารทางเภสัชกรรม คือ การให้บริการด้านเภสัชกรรม อันได้แก่การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา การแก้ปัญหาจากการใช้ยาและการป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาที่บ้านโดยเภสัชกรผู้วิจัย และจะได้รับการแก้ปัญหาจากการใช้ยาและป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยาที่บ้าน

1.9.6 การแทรกแซง (Intervention) หมายถึง การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน โดยในการศึกษานี้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการแทรกแซง จะได้รับการออกเยี่ยมบ้าน จำนวน 3 ครั้ง คือ ในครั้งแรก ในเดือนที่ 1 และ ในเดือนที่ 3 โดยในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งผู้ป่วยจะได้รับการติดตามความร่วมมือในการใช้ยา ค้นหาปัญหาจากการใช้ยาพร้อมทั้งหาแนวทางการป้องกันและแก้ไขโดยเภสัชกรผู้วิจัย ใช้เวลาดำเนินการประมาณ 30 – 60 นาที ในส่วนของผู้ดูแล การแทรกแซง คือ การให้ความรู้เรื่องโรค ยาและการดูแลผู้ป่วย จากเภสัชกรใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที พร้อมทั้งได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน

1.9.7 การบริการตามปกติ หมายถึง การได้รับการตรวจโดยแพทย์หรือพยาบาลที่โรงพยาบาล และได้รับการส่งมอบยาพร้อมทั้งการบริหารทางเภสัชกรรมที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล

1.9.8 ปัญหาจากการใช้ยา หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ระหว่างให้การรักษาด้วยยา และเหตุการณ์นั้นส่งผลรบกวนผลการรักษาที่วางแผนไว้ ซึ่งแบ่งปัญหาจากการใช้ยาออกเป็น 8 ชนิด ได้แก่

1.9.8.1 ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาแต่ผู้ป่วยไม่ได้รับยา (Untreated indications)

1.9.8.2 ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาแต่ผู้ป่วยรับประทานยาผิด (Improper drug selection)

1.9.8.3 ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดที่ใช้ในการรักษา (Subtherapeutic dosage)

1.9.8.4 ผู้ป่วยมีปัญหาในการรักษาเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ต้องได้รับ (Failure to receive medication) อาจมีสาเหตุมาจาก ปัญหาจากฝ่ายเภสัชกรรม จ่ายยาไม่ครบ ปัญหาด้านสังคม ปัญหาด้านจิตใจ หรือปัญหาด้านเศรษฐกิจ

1.9.8.5 ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่สูงกว่าขนาดที่ใช้ในการรักษา (Overdosage)

1.9.8.6 ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reactions)

1.9.8.7 ปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดจากการใช้ยาที่มีอันตรกิริยา (Drug interactions) ระหว่าง ยา กับ ยา, ยา กับ อาหาร หรือ ยา กับ ผลทางห้องปฏิบัติการ

1.9.8.8 ปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดจากผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา (Medication use without indication)

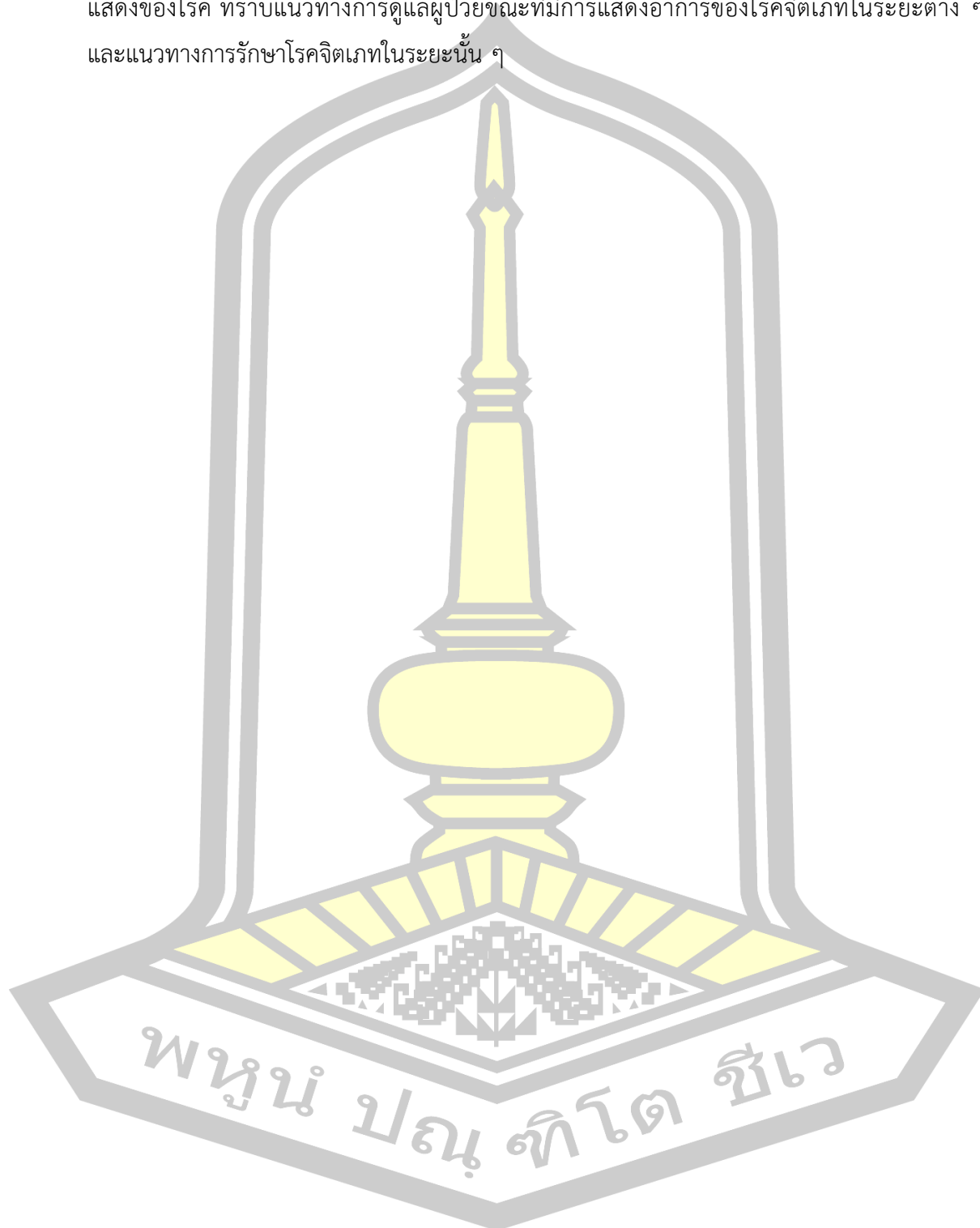
ในการศึกษานี้จะทำการเก็บข้อมูลปัญหาที่พบ พร้อมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย

1.10 คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้สภาวะชีวิตของแต่ละคน ซึ่งขึ้นกับบริบทของวัฒนธรรมและระบบของสังคมแวดล้อมและจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความคิดเห็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคุณภาพชีวิตนั้นมุ่งเน้นทั้งประเด็นทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการศึกษาคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้ ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยคำถาม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสภาพสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือมีคุณภาพชีวิตต่ำ มีคุณภาพชีวิตปานกลางและมีคุณภาพชีวิตสูง

1.11 ความพึงพอใจต่อการบริการทางเภสัชกรรม คือ ความคิดเห็น ความรู้สึกหรือทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมรวมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน โดยความพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง และความรู้สึกพึงพอใจจะลดลงหากความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง

1.12 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา คือ ความเข้าใจในเรื่องวัตถุประสงค์ของการใช้ยา วิธีการใช้ยา และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น รวมทั้งทราบแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยาเกิดขึ้น ซึ่งการมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น ส่งผลให้ได้รับผลการรักษาที่ดีขึ้น

1.13 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท คือ ความรับรู้ หรือ ความเข้าใจในเรื่องภาวะโรค อาการแสดงของโรค ทราบแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะที่มีการแสดงอาการของโรคจิตเภทในระยะต่าง ๆ และแนวทางการรักษาโรคจิตเภทในระยะนั้น ๆ



## บทที่ 2

### ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

#### 2.1 โรคจิตเภท

##### 2.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสมองที่ส่งผลต่อความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะของความคิด อารมณ์ที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง อาการของโรคจิตเภทแบ่งออกได้ 3 ประเภท ได้แก่ อาการด้านบวก (positive symptoms) อาการด้านลบ และอาการด้านความจำ (cognitive symptoms) (13)

##### 2.1.2 ระบาดวิทยาของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท พบ ความชุกทั่วโลกประมาณร้อยละ 1 อุบัติการณ์เท่ากับ 0.15 ต่อ 1,000 ประชากร (2) ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalences) เท่ากับร้อยละ 0.87 (14) พบการเกิดในวัยผู้ใหญ่ ขณะที่เด็กและผู้สูงอายุเกิดได้น้อย และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.4 : 1 (3) ประเทศไทยพบความชุกของการเป็นโรคจิตเภท เท่ากับ 8.8 ต่อ 1,000 ประชากร อุบัติการณ์การเกิดโรคเท่ากับ 0.3 ต่อ 1,000 ประชากร (3) ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalences) เท่ากับ 1.2 (5) อัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.1:1 มี (3)

##### 2.1.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท ได้แก่ (13)

2.1.3.1 พันธุกรรม การถ่ายทอดทางพันธุกรรมไม่ได้เป็นการถ่ายทอดการเกิดอาการ แต่เป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค เนื่องจากโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของยีนหลายตำแหน่ง จากการศึกษา พบว่า ญาติสายตรง ได้แก่ พ่อ แม่ ลูก พี่หรือน้อง มีโอกาสเกิดโรคจิตเภท ได้ร้อยละ 6 - 13 ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้ร้อยละ 48 ส่วนญาติลำดับที่สอง ได้แก่ ลุง ป้า น้าหรืออา มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้ร้อยละ 5 - 6

2.1.3.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง โดยสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท ได้แก่ Dopamine, Serotonin และ Glutamate

2.1.3.3 กายวิภาคของสมอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนมีความผิดปกติของสมอง เช่น มี ventricle ที่มีขนาดใหญ่กว่าขนาดของคนทั่วไป ปริมาณเนื้อสมองน้อยลง โดยเฉพาะในส่วน cortical gray matter



2.1.3.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่าในสมองส่วน frontal lobe มี cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลง ซึ่งมีความเชื่อว่า prefrontal lobe dysfunction ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงอาการด้านลบหรืออาการด้าน cognitive

2.1.3.5 สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยในระหว่างตั้งครรภ์หรือขณะคลอด เช่น ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ภาวะจำกัดการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (fetal growth restriction) เด็กแรกคลอดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะเหล่านี้มีผลต่อการพัฒนาของสมองและระบบประสาทซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภท

2.1.3.6 ด้านครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ที่มีการกำเริบบ่อยมักอยู่ในครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง มีการพูดจากเสียดยศไม่เป็นมิตร หรือมีการตำหนิกันอย่างรุนแรง

#### 2.1.4 ลักษณะอาการทางคลินิก

ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจิตเภท (13) ประกอบด้วย

2.1.4.1 อาการด้านบวก (positive symptoms) เป็นพฤติกรรมทางจิตที่ไม่พบในคนทั่วไป โดยผู้ป่วยจะมีความรู้สึกนึกคิดที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง อาการด้านบวกประกอบด้วย อาการประสาทหลอน (hallucinations) ที่พบบ่อยคือ อาการหูแว่ว (auditory hallucination) ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงที่คนปกติไม่ได้ยิน อาการหลงผิด (delusions) ความคิดผิดแปลก (thought disorders) และมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ (movement disorders)

2.1.4.2 อาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นอาการที่มีความแปลกแยกทางอารมณ์และมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยจะมีการแสดงอาการต่างๆ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย (flat affect) ความรู้สึกยินดีในชีวิตลดลง ไม่สามารถที่จะเริ่มต้นหรือการทำกิจวัตรประจำวันเป็นไปด้วยความลำบาก และพูดน้อยลง และจะมีอาการซึมเศร้าจนถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย

2.1.4.3 อาการด้านความจำ (cognitive symptoms) ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของความจำ ความคิด อาการในกลุ่มนี้ ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการคิดหรือตัดสินใจ ไม่มีสมาธิหรือไม่สามารถให้ความสนใจกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ และมีปัญหาในเรื่องการจดจำ

2.1.4.4 อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement symptoms) อาการในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการกระวนกระวาย การไม่ให้ความร่วมมือ การไม่เป็นมิตร ความก้าวร้าวและการควบคุมแรงผลักดันของตนเองไม่ได้

2.1.4.5 อาการซึมเศร้า พบได้ในทุกช่วงของระยะการดำเนินโรค และจะมีความสัมพันธ์กับอาการด้านลบ โดยลักษณะอาการเหมือนกับอาการด้านลบ คือ ผู้ป่วยจะมีความขาดการสนใจในตัวเองและสิ่งรอบข้าง ความรู้สึกยินดีจะลดลง ขาดพลัง ขาดแรงจูงใจและมีการเคลื่อนไหวช้า แต่สามารถแยกอาการซึมเศร้าออกจากอาการด้านลบได้โดย ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าเด่นชัด มีการนอนและความอยากอาหารที่ผิดปกติ

2.1.4.6 อาการวิตกกังวล พบบ่อยในระยะอาการนำ ซึ่งจะพบก่อนมีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด ซึ่งอาการวิตกกังวลยังเป็นอาการหนึ่งของอาการของโรคจิตเภท นอกจากนี้ อาการวิตกกังวลยังพบได้ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงได้อีกด้วย โดยอาการวิตกกังวลและ ซึมเศร้าอาจใช้เป็นสัญญาณเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยกำลังจะเกิดการกำเริบของโรคจิตได้

#### 2.1.5 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท

2.1.5.1 เกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-V) (15) ประกอบด้วยเกณฑ์

1) มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน โดยต้องมีการแสดงอาการในข้อ 1-3 อย่างน้อย 1 อาการ

(1) หลงผิด (delusion)

(2) ประสาทหลอน (hallucination)

(3) พุดผิดปกติ พุดจาสับสน (disorganized) เช่น พุดตก ๆ หล่น ๆ หรือพุดไม่ปะติดปะต่อ เนื่องจากไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นระบบได้

(4) มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม หรือมีพฤติกรรมที่สับสนชัดเจน (grossly disorganized behavior)

(4) มีการแสดงอาการลบ (negative symptoms) เช่น สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (apathy) พุดน้อย (alogia) หรือไม่มีความกระตือรือร้น (avolition) มีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม

2) อาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วย

3) มีการแสดงอาการโรคจิตต่อเนื่องนาน 6 เดือน ขึ้นไป โดยต้องมีการแสดงอาการตรงตามเกณฑ์ข้อ 1 เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน

อาการแสดงต้องไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยา หรือสารเสพติด

2.1.5.2 เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) แบ่งกลุ่มอาการเพื่อสร้างเกณฑ์สำหรับวินิจฉัยโรคจิตเภท (13) ดังนี้

1) กลุ่มอาการที่มีความคิดผิดปกติด้านความคิด ได้แก่ thought echo, thought insertion, thought withdrawal และ thought broadcasting

2) อาการที่หลงผิดคิดว่าร่างกาย ความคิดและการกระทำถูกควบคุมจากภายนอก (delusion of control, influence หรือ passivity) หรือมีการหลงผิดจากสิ่งที่ได้รับรู้จริงๆ (delusional perception)

3) อาการได้ยินเสียงแว่วหรือเสียงหลอนจากเสียง ๆ เดียวหรือจากกลุ่มคนที่คอยวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยได้ยินเสียงวิจารณ์จากบางส่วนของร่างกายของตนเอง

4) ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดอยู่เรื่อย ๆ หรือเป็นการหลงผิดที่ผิดแผกไปจากบริบทหรือวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และไม่มีทางเป็นไปได้จริง เช่น หลงผิดว่าตนมีพลังอำนาจพิเศษ สามารถควบคุมความคิดของคนอื่น ๆ ได้

5) ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนอยู่เรื่อย ๆ อาจเป็นและหายไปในเวลาอันสั้นหรืออาจเป็นแบบไม่เต็มรูปแบบแต่มีกลับเป็นซ้ำอีก

6) มีความคิดแตกกระจาย หรือผู้ป่วยมีการเติมความคิดมากับประจักษ์ไปจนทำให้ความคิดมีลักษณะไม่เชื่อมกัน หรือพูดไม่ตรงประเด็น

7) มีพฤติกรรมแบบ catatonia ได้แก่ การทำท่าค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ เช่น ทำท่าทางแข็งเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง ทำท่าทางเหมือนเป็นใบ้ หรือทำท่าทางนิ่งแข็งเหมือนไม่มีชีวิต

8) มีอาการทางลบ เช่น พูดน้อย ไม่แสดงอารมณ์ทางสีหน้า ความสัมพันธ์กับสังคมลดลง ผู้ป่วยมีอาการแยกตัวจากครอบครัวหรือสังคม

9) มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมส่วนตัว เช่น พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปแยกตัวไม่สนใจสังคม พฤติกรรมเกียจคร้าน ไม่มีเป้าหมาย หมกมุ่นกับตัวเอง เป็นต้น

#### 2.1.6 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท หลักในการรักษาโรคจิตเภท (13) ประกอบด้วย

2.1.6.1 การรักษาด้วยยา เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาและมีการนำมาใช้ในทุกระดับ โดยเฉพาในระยะ acute ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมให้อาการผู้ป่วยสงบโดยเร็วและเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและผู้คนรอบข้าง การให้ยาในระยะยาวจะเป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหลังจากที่อาการของโรคสงบ ซึ่งผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องไปอีกระยะหนึ่ง

2.1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) ซึ่งให้ผลการรักษาได้ไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา แต่จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

2.1.6.3 การรักษาด้านจิตสังคม (psychosocial treatment) มีความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม โดยการรักษาด้านจิตสังคม จะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการกำเริบซ้ำ ช่วยพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา ช่วยผู้ป่วยในเรื่องการทำหน้าที่ทางสังคม ให้สามารถทำงานหรือใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งการรักษาด้านจิตสังคม ได้แก่

1) การรักษาด้วยจิตบำบัด เป้าหมายเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ไวใจ และเชื่อใจในแนวทางการรักษา นอกจากนี้ยังเน้นส่งเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม และช่วยผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น

2) การรักษาด้วยครอบครัวบำบัด การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวจะช่วยลดความตึงเครียดภายในครอบครัวได้ โดยส่วนใหญ่จะเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการสังเกตอาการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร่วมกับการให้คำแนะนำและฝึกเกี่ยวกับการแก้ปัญหาต่าง

3) พฤติกรรมบำบัด เน้นให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความสามารถและแก้ไขความบกพร่องของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของโรค และให้ความร่วมมือในการรักษา ร่วมหาปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ การลดสิ่งกระตุ้นที่มีผลกระทบต่อจิตใจ การหาทางช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยเป้าหมายในการบำบัดเพื่อ ให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ปกติ และสามารถสื่อสารกับคนรอบข้างได้

4) กลุ่มบำบัด เป็นการบำบัดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว คอยช่วยเหลือกันและช่วยแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นการฝึกทักษะการเข้าสังคมให้กับผู้ป่วย ลดการแยกตัวออกจากสังคม และช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้โลกของความเป็นจริงมากขึ้น

5) นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบางส่วน เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกันและการเข้าสังคม ให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น มีความเชื่อมั่นในตัวเองและมีการใช้ความคิดสร้างสรรค์

## 2.2 การรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยยา

โรคจิตเภท เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ในการวางแผนการรักษามีเป้าหมายหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) ลดหรือจำกัดการแสดงอาการของโรค 2) เพิ่มคุณภาพชีวิตและฟื้นฟูการทำงานของร่างกายของผู้ป่วยให้มากที่สุด และ 3) ส่งเสริม หรือ ดูแลรักษาไม่ให้ร่างกายอ่อนแอเนื่องจากสภาวะของโรค การดูแลรักษาโรคจิตเภทแบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (13)

2.2.1 ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยระยะนี้ คือ เพื่อป้องกันการได้รับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและผู้อื่น ควบคุมพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความวุ่นวาย ลดความรุนแรงของโรคและอาการที่แสดงออก ในระยะนี้มีการแสดงอาการทางจิตเด่นได้ทั้งทางบวกและทางลบ การรักษาต้องลดอาการทางจิตให้เร็วที่สุด ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยในระยะนี้ได้แก่ ยาฉีดแบบออกฤทธิ์เร็ว เช่น haloperidol acetate หรือ benzodiazepines

2.2.2 ระยะเวลาทำให้คงสภาพ (stabilization phase) เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยในระยะนี้ เพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยและเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวให้เข้ากับชุมชนได้ โดยผู้ป่วยในระยะนี้จะมีอาการทุเลาลง แต่ยังคงต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเพื่อคงสภาพการลุเลา (remission) โดยต้องมีการให้ยาในขนาดเดิมต่อเนื่องนาน 6 เดือน

2.2.3 ระยะเวลาสงบ (Stable phase) ยังต้องให้การรักษาต่อเนื่องเพื่อคงสภาพทุเลา ลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มความสามารถในด้านต่างๆ และเตรียมเข้าสู่การหายเป็นปกติ แต่หากผู้ป่วยไม่ร่วมมือใช้ยา หรือใช้ยาไม่ต่อเนื่องก็มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ ได้ถึงร้อยละ 60-70 ในปีแรก และ ร้อยละ 90 ภายในปีที่ 2 ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเป็นเวลา 2 ปี แล้วจึงค่อยๆลดขนาดยาลง และหากพบผู้ป่วยเกิดการกลับเป็นซ้ำเป็นครั้งที่ 2 ผู้ป่วยควรได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี หรือ ตลอดชีวิต

## 2.3 ยารักษาโรคจิต

แบ่งตามหลักเภสัชพลศาสตร์ได้เป็น 2 กลุ่ม(16) ได้แก่

### 2.3.1 ยากลุ่มเก่า First – generation (typical) antipsychotics.

ความแรงในการรักษาอาการทางจิตเภทขึ้นกับการออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับ Dopamine ชนิดย่อยที่ 2 (D2 receptor) ให้ผลในการรักษาอาการที่เป็นบวก (positive symptoms) ได้ดีกว่าอาการที่เป็นลบ (negative symptoms) ซึ่งฤทธิ์ในการรักษาโรคจิตเภทจะเป็นการออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับ D2 receptor ในส่วนของ Mesolimbic pathway ขณะที่การปิดกั้นตัวรับ D2 receptor ที่ nigrostriatal pathway จะส่งผลให้เกิด extrapyramidal symptoms (EPS) และมีความเกี่ยวข้องกับอาการทรงตัว และการออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับ D2 receptor ที่ tubuloinfundibular pathway จะมีผลให้การหลั่งของ growth hormone ลดลงขณะที่ prolactin ถูกหลั่งออกมามากขึ้น เป็นผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ด้านการสืบพันธุ์เช่น น้ำนมไหล เจ็บคัดเต้านม แรงขับทางเพศลดลงหรือเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น การแบ่งกลุ่มยาตามโครงสร้าง ได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

2.3.1.1 Phenothiazines เป็นกลุ่มยาที่มี phenothiazine ring เป็นโครงสร้างพื้นฐานและที่ไนโตรเจนตำแหน่งที่ 10 ของโมเลกุลจะมีหมู่แทนที่ที่ทำให้แบ่งกลุ่มยาออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่

1) Aliphatic phenothiazines ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ค่อนข้างอ่อน (low potency) ยาที่สำคัญได้แก่ ยา chlorpromazine เป็นยาที่มี Chloride atom ที่ตำแหน่ง R2 ทำให้ยาที่ฤทธิ์ทำให้ง่วงซึมมากเนื่องจากฤทธิ์ antihistaminergic, anticholinergic และ alpha-

adrenergic และหากที่ตำแหน่ง R2 ไม่มี Chloride atom จะเป็นยา promethazine ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์อ่อน (weak antipsychotic)

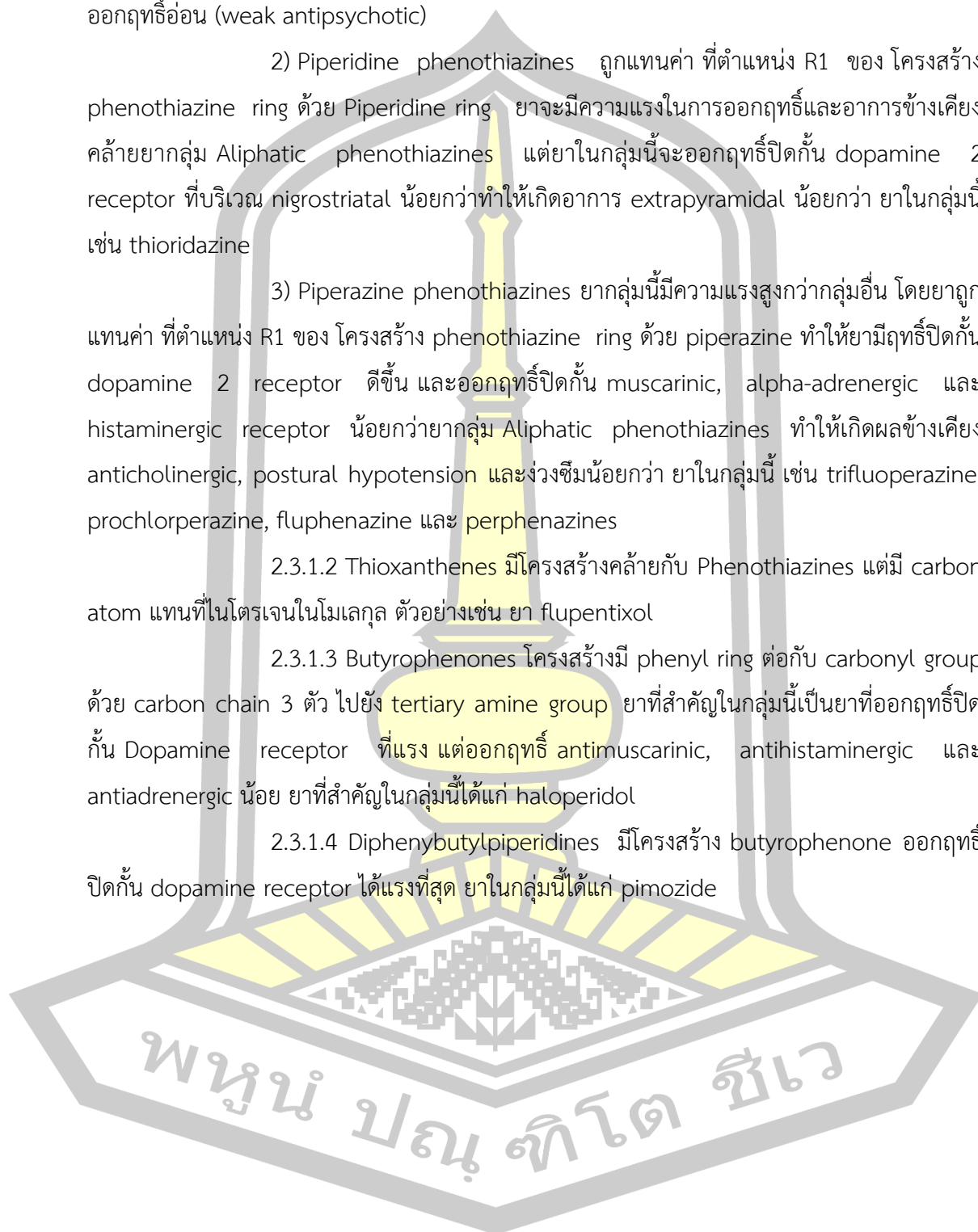
2) Piperidine phenothiazines ถูกแทนค่า ที่ตำแหน่ง R1 ของ โครงสร้าง phenothiazine ring ด้วย Piperidine ring ยาจะมีความแรงในการออกฤทธิ์และอาการข้างเคียงคล้ายยาในกลุ่ม Aliphatic phenothiazines แต่ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ปิดกั้น dopamine 2 receptor ที่บริเวณ nigrostriatal น้อยกว่าทำให้เกิดอาการ extrapyramidal น้อยกว่า ยาในกลุ่มนี้ เช่น thioridazine

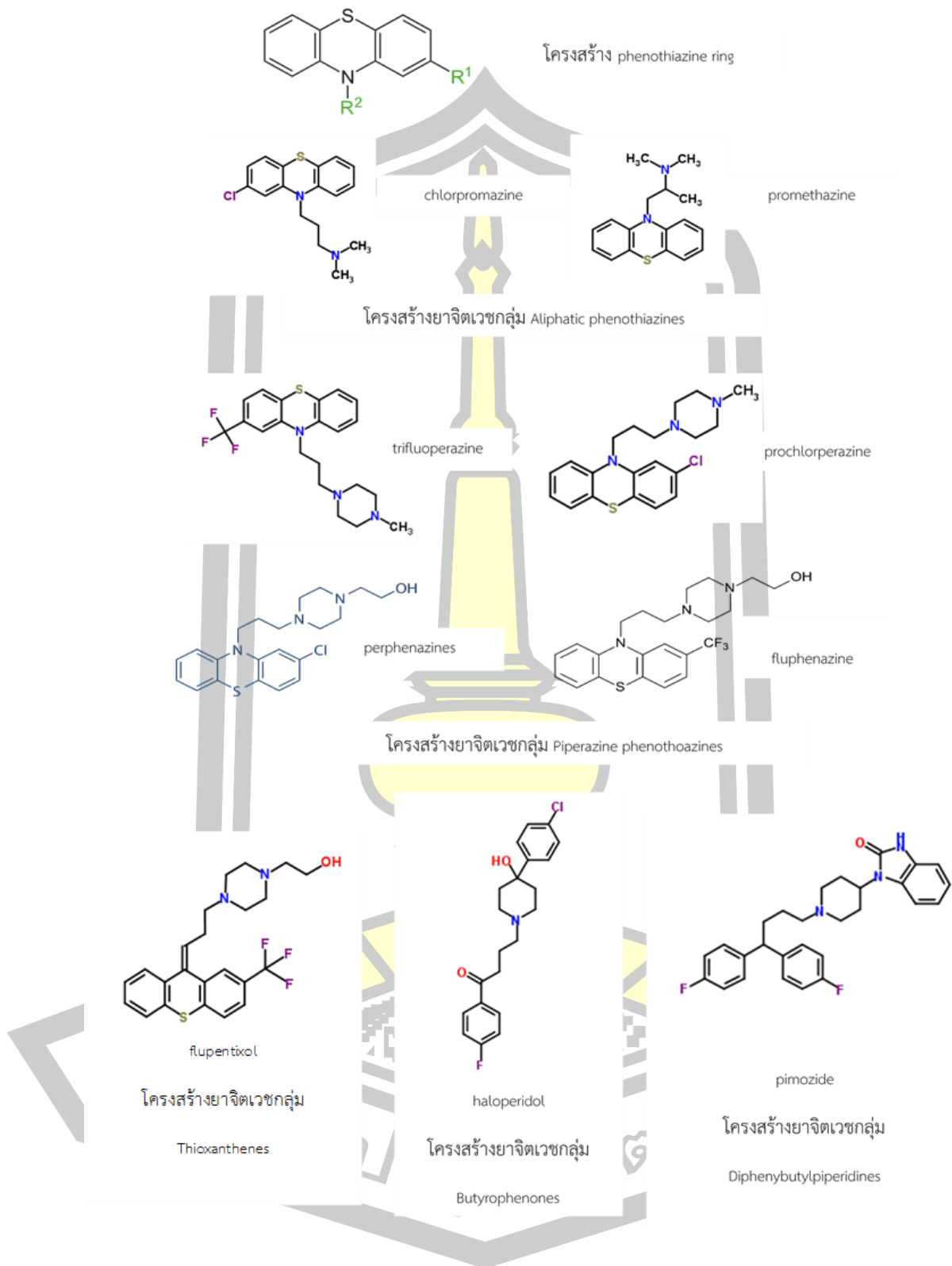
3) Piperazine phenothiazines ยาในกลุ่มนี้มีความแรงสูงกว่ากลุ่มอื่น โดยยาถูกแทนค่า ที่ตำแหน่ง R1 ของ โครงสร้าง phenothiazine ring ด้วย piperazine ทำให้ยามีฤทธิ์ปิดกั้น dopamine 2 receptor ดีขึ้น และออกฤทธิ์ปิดกั้น muscarinic, alpha-adrenergic และ histaminergic receptor น้อยกว่ายาในกลุ่ม Aliphatic phenothiazines ทำให้เกิดผลข้างเคียง anticholinergic, postural hypotension และง่วงซึมน้อยกว่า ยาในกลุ่มนี้ เช่น trifluoperazine, prochlorperazine, fluphenazine และ perphenazines

2.3.1.2 Thioxanthenes มีโครงสร้างคล้ายกับ Phenothiazines แต่มี carbon atom แทนที่ในโตรเจนในโมเลกุล ตัวอย่างเช่น ยา flupentixol

2.3.1.3 Butyrophenones โครงสร้างมี phenyl ring ต่อกับ carbonyl group ด้วย carbon chain 3 ตัว ไปยัง tertiary amine group ยาที่สำคัญในกลุ่มนี้เป็นยาที่ออกฤทธิ์ปิดกั้น Dopamine receptor ที่แรง แต่ออกฤทธิ์ antimuscarinic, antihistaminergic และ antiadrenergic น้อย ยาที่สำคัญในกลุ่มนี้ได้แก่ haloperidol

2.3.1.4 Diphenylbutylpiperidines มีโครงสร้าง butyrophenone ออกฤทธิ์ปิดกั้น dopamine receptor ได้แรงที่สุด ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ pimozide

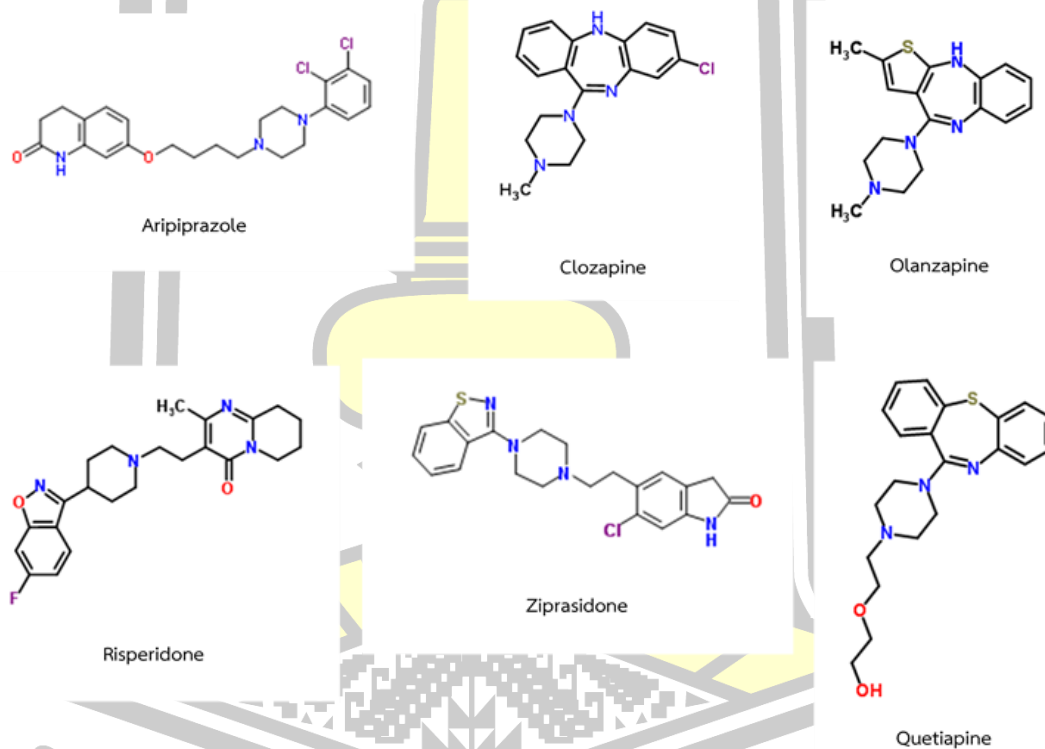




ภาพประกอบ 2 โครงสร้างยาจิตเวชกลุ่มเก่า First – generation (typical) antipsychotics

### 2.3.2 ยากลุ่มใหม่ Second-generation (atypical) antipsychotics.

ยาในกลุ่มนี้นอกจากมีผลในการปิดกั้น Dopamine-2 receptor แล้ว ยังมีผลเป็น antagonist ของ serotonin 5-HT<sub>2A</sub> receptor ร่วมด้วยจึงเรียวยากลุ่มนี้ว่าเป็น serotonin-dopamine antagonist (SDAs) ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะมีผลในการรักษาอาการที่เป็นลบ (negative symptoms) ได้ดีกว่าอาการที่เป็นบวก (positive symptoms) และมีอัตราการเกิด Extrapyrimalidal symptoms (EPS) และอาการข้างเคียงต่ำกว่ายาในกลุ่มเก่า เนื่องจากยากลุ่มใหม่มีฤทธิ์ปิดกั้น dopamine receptor ใน Mesolimbic pathway ได้ดีกว่าในกลุ่มเก่า โดยยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Aripiprazole, Clozapine, Olanzapine, Quetiapine, Risperidone และ Ziprasidone เนื่องจากยาที่มีในโรงพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วย Clozapine และ Risperidone จึงจะขอกล่าวรายละเอียดเฉพาะยา 2 รายการนี้



ภาพประกอบ 3 โครงสร้างยากลุ่มใหม่ Second-generation (atypical) antipsychotics.

#### 2.3.2.1 Clozapine

มีโครงสร้างเป็น atypical, tricyclic, dibenzodiazepine derivative เป็นยาที่มีฤทธิ์ปิดกั้น Dopamine-2 receptor ได้อ่อนกว่ายากลุ่มเก่า แต่ปิดกั้น serotonin 5-HT<sub>2A</sub> receptor ได้ดีกว่า Haloperidol อาการข้างเคียงที่พบจากการใช้ยา ได้แก่ agranulocytosis หรือมี neutrophil ต่ำกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. ในช่วง 6 เดือนแรกของการเริ่มใช้



ยาควรมีการตรวจ CBC ผู้ป่วยทุกสัปดาห์ หลังจากนั้นควรปรับเป็นเจาะติดตามทุก 2 สัปดาห์ ซึ่งหาพบว่าผู้ป่วย มีเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 2,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือ มี neutrophil ต่ำกว่า 1000 เซลล์/ลบ.มม. ควรหยุดการใช้ยา clozapine ทันที และระดับเม็ดเลือดขาวจะกลับสู่ปกติภายใน 14-24 วัน หลังหยุดยา นอกจากนี้ยังพบอาการน้ำลายไหล (sialorrhea) ผู้ป่วยที่ใช้ยานี้มักมีภาวะน้ำลายไหลมากโดยเฉพาะในช่วงเวลานอน ซึ่งการให้ clonidine patch 0.1-0.2 mg/wk ช่วยลดอาการนี้ได้ นอกจากนี้แล้วการให้ยา anticholinergics เช่น benztropine ก็สามารถช่วยลดอาการนี้ได้

2.3.2.2 Risperidone มีโครงสร้างเป็นอนุพันธ์ benzisoxazole ออกฤทธิ์ปิดกั้น 5-HT<sub>2A</sub> receptor ได้แรง ซึ่งจะช่วยลดการแสดงอาการด้านลบของโรคจิตเภทและลดอาการข้างเคียง EPS นอกจากนี้ยายังออกฤทธิ์ปิดกั้น Dopamine 2 receptors ได้ค่อนข้างแรง โดยจะออกฤทธิ์ปิดกั้นได้แรงกว่า clozapine 10-20 เท่า แต่ออกฤทธิ์ ปิดกั้น Dopamine 2 receptors แรงแน้นน้อยกว่า Haloperidol ยา Risperidone ถูกดูดซึมได้ดี มีค่า bioavailability ร้อยละ 70 ความเข้มข้นของยาในพลาสมาจะขึ้นสูงสุดในเวลา 1 ชั่วโมงและมีค่าครึ่งชีวิต 3 ชั่วโมง ยาถูก metabolize ที่ตับด้วยเอนไซม์ CYP2D6 ได้ 9-OH risperidone มีฤทธิ์ปิดกั้น serotonin และ dopamine receptors ได้เช่นเดียวกับ risperidone ความเข้มข้นของ 9-OH risperidone ในพลาสมาจะขึ้นสูงสุดในเวลา 3 ชั่วโมงและมีค่าครึ่งชีวิต 24 ชั่วโมง ความเข้มข้นของยา risperidone จะเข้าสู่สภาวะคงที่ใช้เวลา 1-7 วัน ความเข้มข้นของยา 9-OH risperidone จะเข้าสู่สภาวะคงที่ใน 5-6 วัน ในส่วนของอาการข้างเคียงนั้น ยามีผลทำให้เกิด EPS ได้ โดยจะสัมพันธ์กับขนาดยาที่ใช้ นอกจากนี้ยายังทำให้เกิดภาวะ hyperprolactinemia ซึ่งในผู้ป่วยหญิงอาจทำให้เกิดภาวะประจำเดือนมาผิดปกติ ในผู้ป่วยชายอาจทำให้เกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และเนื่องจากยาเป็น H<sub>1</sub> receptor ที่แรง ดังนั้นจึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึม มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้นและทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยายังออกฤทธิ์ปิดกั้น adrenergic antagonist จึงอาจทำให้เกิดอาการ orthostatic hypotension ได้

### 2.3.3 เภสัชจลนศาสตร์ของยาด้านจิตเภท

ยาด้านจิตเภทเมื่อให้ในรูปแบบรับประทานจะเกิด First pass metabolism มาก ทำให้ยามี bioavailability ต่ำและไม่แน่นอน ดังนั้นการบริหารยาให้รูปแบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อจึงมีการดูดซึมดีกว่าการบริหารยาในรูปแบบรับประทาน หลังจากถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดยาจะสามารถกระจายตัวได้ดีเพราะยาละลายได้ดีในไขมัน ยาด้านจิตเภทส่วนใหญ่จับกับโปรตีนสูง และถูกเมทาบอลิซึมที่ตับโดย Cytochrom P450 (CYP) system ยกเว้น ziprasidone จะถูกเมทาบอลิซึมโดย aldehyde oxidase เป็นหลัก สำหรับยา Fluphenazine, Perphenazine และ Risperidone ถูกเมทาบอลิซึมโดยเอนไซม์ CYP2D6 ซึ่งในคนไทยจะมี genetic polymorphism แบบ

slow/intermediate metabolizer ในผู้ป่วยบางรายอาจต้องการยาในขนาดที่ต่ำและมีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้มากกว่าคนทั่วไป

ยาด้านจิตเภทส่วนใหญ่เป็นยาที่มีค่าครึ่งชีวิตยาวจึงทำให้ออกฤทธิ์ได้นาน สามารถบริหารยาได้วันละครั้ง การเริ่มยาใหม่จะต้องใช้เวลาเป็นวันถึงสัปดาห์กว่าที่ระดับยาในเลือดจะเข้าสู่ระยะคงที่ (steady state) และเนื่องจากยาสะสมในร่างกายได้นาน หากต้องมีการเปลี่ยนยาจะต้องมีช่วงเหลือระหว่างยาตัวเก่าและยาตัวใหม่อย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ โดยค่อย ๆ ลดขนาดยาเก่าในช่วงที่มีการเหลือเวลา การที่ยาด้านจิตเภที่มีค่าครึ่งชีวิตนานทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบได้ช้าหลังผู้ป่วยขาดยาหรือหยุดยา ขณะที่ยาที่ใช้ในการรักษาอาการ extrapyramidal symptoms (EPS) เป็นยาออกฤทธิ์สั้น เมื่อผู้ป่วยหยุดยาพร้อมกันจึงมักพบอาการ EPS ก่อนอาการของโรคจิตเภทจะกำเริบ ในการรักษาระยะแรกมักให้ยาด้านจิตเภทในรูปแบบรับประทานเนื่องจากยาสามารถออกฤทธิ์เร็วและเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจะสามารถหยุดได้ทันที เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่สามารถปรับให้ยาในรูปแบบที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว ซึ่งสามารถเว้นช่วงอาการให้ยาได้ทุก 2-4 สัปดาห์ ซึ่งยาเหล่านี้มักอยู่ในรูปแบบยาชนิดที่อยู่ในรูป ester ของกรดไขมัน เช่น ยา flupenthixol decanoate (Fluanxol depot), fluphenazine decanoate (Deca) และ haloperidol decanoate (Halidol Decanoate) หรือ อยู่ในรูป microsphere เช่น risperidone (risperdal Consta) ข้อเสียของการให้ยาในรูปแบบยาชนิดคือ อาการปวดบริเวณที่ฉีด เนื่องจากต้องใช้เข็มขนาดใหญ่ รูปแบบการฉีด คือ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ แบบ Z-tract เพื่อป้องกันไม่ให้ยารั่วซึมจากชั้นกล้ามเนื้อขึ้นมาในส่วน subcutaneous tissue ซึ่งจะให้เกิดการระคายเคืองมากขึ้น

ยาด้านจิตเภบางชนิด เช่น chlorpromazine, thioridazine และ thiothixene เป็นยาที่กระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ทำลายยาในตับ (enzyme inducer) และเป็น auroiducer สำหรับทำลายยาออกจากร่างกาย ทำให้หลังให้ยานานกว่า 4 สัปดาห์ ระดับยาในเลือดจะลดลงมาก ทำให้ต้องมีการเพิ่มขนาดยา

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ตาราง 1 ยารักษาโรคจิตเภท ขนาดยาที่ใช้และค่ากึ่งชีวิต

ยารักษาโรคจิตเภท	ขนาดการรักษา (mg/day)	Chlorpromazine Equivalent(mg/day)	ค่าครึ่ง ชีวิต(ชม)
<b>First-generation agents</b>			
<b>Phenothiazines</b>			
Chlorpromazine	300-1000	100	6
Fluphenazine	5-20	2	33
Mesoridazine	150-400	50	36
Perphenazine	16-64	10	10
Thioridazine	300-800	100	24
Trifluoperazine	15-50	5	24
<b>Butyrophenone</b>			
Haloperidol	5-20	2	21
<b>Others</b>			
Loxapine	30-100	10	4
Molindone	30-100	10	24
Thiothixene	15-50	5	34
<b>Second-generation agents</b>			
Aripiprazole	10-30		75
Clozapine	150-600		12
Olanzapine	10-30		33
Quetiapine	300-800		6
Risperidone	2-8		24
Ziprasidone	120-200		7

ที่มา : ตำราโรคจิตเภท Textbook of Schizophrenia.(10)

### 2.3.4 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

#### อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประกอบด้วย (16)

2.3.4.1 Sedation ยาต้านจิตเภทกลุ่มเก่ามีผลทำให้เกิดอาการมากกว่ายากลุ่มใหม่ เนื่องจากออกฤทธิ์ปิดกั้น histamine receptor โดยยาที่มีความแรงสูง เช่น Piperazine, phenothiazines และ Butyrophenones จะมีฤทธิ์ทำให้ง่วงน้อยกว่ายาที่มีความแรงต่ำ เนื่องจากยาที่มีความแรงต่ำต้องให้ยาในขนาดสูง ซึ่งอาจส่งผลต่อ alpha-adrenergic receptor ร่วมด้วย แนวทางให้การป้องกันและแก้ไข คือ เริ่มการให้ยาในขนาดต่ำ ๆ และค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาทีละน้อย ในรายที่ไม่สามารถทนอาการข้างเคียงได้ อาจต้องเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่มที่มีความแรงสูง เช่น Haloperidol หรือ Piperazine, phenothiazines หรือ ยากลุ่มใหม่ ยกเว้น ยา clozapine ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้ง่วงซึมสูง

2.3.4.2 Extrapyrimalidal symptoms (EPSs) เป็นอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อเล็กที่ถูกควบคุมโดย nigriatal tract อาการที่เกิดขึ้นกับขนาดยา การปรับยาในขนาดที่เร็วและการใช้ยาที่มีฤทธิ์ปิดกั้นของ D<sub>2</sub> receptor ที่แรง ซึ่งมักพบในยาต้านจิตเภทรุ่นเก่า โดยอาการ EPSs แบ่งออกเป็น 4 อาการย่อย ได้แก่

1) Dystonia พบได้ร้อยละ 2 และพบมากในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ ตอนต้นที่ใช้ยาต้านจิตเภทรุ่นเก่าที่มีความแรงสูง เช่น haloperidol และ fluphenazine อาการแสดงออก ได้แก่ อาการคอกระตุก กล้ามเนื้อควบคุมการเคลื่อนไหวของลูกตามผิดปกติ ตาเหลือบมองขึ้นบน หน้าแข็ง หน้าเบี้ยว อาจมีลิ้นจุกปาก หายใจลำบาก อาการพบได้ตั้งแต่ 5 วันแรกที่หลังเริ่มยา

2) Akathisia ผู้ป่วยมักไม่อยู่นิ่ง เขย่าขา ลูกเดินกลับไปกลับมา ผู้ป่วยบางรายอาจนั่งกระดกปลายเท้าเคาะพื้น หรือนั่งไขว่ห้างเปลี่ยนข้างไปมาพบได้ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านจิตเภท พบได้ตั้งแต่วันแรกที่เริ่มใช้ยาโดยเฉพาะในยาต้านจิตเภทรุ่นเก่า ที่มีความแรงสูง บางรายอาจมีอาการคล้ายโรคจิตเภทกำเริบ แต่ผู้ป่วยมักมีสติ รู้ตัว

3) Parkinsonism ผู้ป่วยจะมีการเกร็งของกล้ามเนื้อ เคลื่อนไหวช้า หน้าตาไม่แสดงอารมณ์ น้ำลายไหลมากผิดปกติ บางรายอาจมีอาการมือสั่นร่วมด้วย พบได้ในผู้ป่วยประมาณร้อยละ 5-60 พบให้ผู้ป่วยที่มีการให้ยาต้านจิตเภทมาแล้ว 2-4 สัปดาห์

4) Tardive dyskinesia มักพบในผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านจิตเภทระยะยาวหลายเดือน ผู้ป่วยจะมีอาการเคลื่อนไหวชนิดไม่ตั้งใจของกล้ามเนื้อต่าง ๆ ทั้งตัว เช่น ปาก ริมฝีปาก ลิ้น ลำตัว แขนขา ซึ่งเป็นชนิด choreoathetoid มีอาการเคี้ยวปากบิต ๆ อาจมีอาการแลบลิ้นร่วมด้วย คอ ลำตัว แขนขา บิดกระตุก ซึ่งอาจบังคับให้หยุดได้ เมื่อผู้ป่วยเผลอมักแสดงอาการออกมาอีก การ

เกิด tardive dyskinesia มักมีอาการที่รุนแรงและชัดเจน มีสาเหตุเกิดจาก dopamine receptor มีความไวเพิ่มขึ้น หลังจากถูกปิดกั้นเป็นเวลานานจากยาต้านจิตเภท

แนวทางป้องกันหรือแก้ไข อาการ EPS ชนิด dystonia, akathisia และ parkinsonism อาจมีความรุนแรงลดลงโดยไม่ต้องรักษาเพราะผู้ป่วยสามารถทนยาได้ หากผู้ป่วยไม่สามารถทนอาการข้างเคียงได้ อาจให้ยาในที่มีฤทธิ์ anticholinergic เช่น trihexylphenidyl หรือ diphenhydramine ได้ผลดีใน dystonia และ parkinsonism การให้ยาควรเริ่มที่ขนาดต่ำ ๆ โดยยา trihexylphenidyl ในขนาดสูง อาจทำให้เกิดภาวะเคลิ้มสุข (euphoria) ได้ ซึ่งอาจมีอาการคล้ายอาการโรคจิตเภทกำเริบ การหยุดยากลุ่มนี้ต้องค่อย ๆ ลดขนาดยาลงช้า ๆ เพราะการลดยาอย่างรวดเร็ว หรือการหยุดยาทันที อาจทำให้เกิด cholinergic rebound ในผู้ป่วยที่เกิดอาการ cognitive impairment จากฤทธิ์ anticholinergic อาจเปลี่ยนไปใช้ amantadine ซึ่งมีประสิทธิภาพในการแก้ไขอาการ Parkinsonism ใกล้เคียงกับ anticholinergics สำหรับภาวะ akathisia ตอบสนองไม่ดีต่อยากลุ่ม anticholinergics แนวทางแก้ไขหลัก คือ ค่อย ๆ เพิ่มขนาดยา โดยอาจให้ยากลุ่ม beta adrenergic blocker เช่น propranolol หรือ benzodiazepines เพื่อช่วยคุมอาการในระยะสั้น ในผู้ป่วยบางรายอาจต้องเปลี่ยนยาเป็น quetiapine หรือ clozapine ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะนี้ต่ำกว่ายาอื่น ส่วนภาวะ tardive dyskinesia ปัจจุบันยังไม่มี การรักษาที่ได้ผล นอกจากการลดขนาดยาร่วมกับการให้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine เช่น diazepam หรือ clonazepam แต่หากพบว่าแม้ให้ยาในขนาดต่ำแต่ผู้ป่วยยังมีอาการอาจต้องเปลี่ยนไปใช้ยา clozapine แทนยาเดิม เนื่องจากไม่พบภาวะนี้ จากยานอกจากนั้นยังพบว่ายาจิตเภทกลุ่มใหม่ทำให้เกิดอาการ EPS ได้ในอัตราที่ต่ำเช่นกัน การลดหรือการหยุดยาด้านจิตเภทที่เร็วรับประทานไป อาจทำให้เกิดภาวะ tardive dyskinesia ได้มาก เนื่องจากการหยุดยาฉับพลันจะทำให้เกิด hypersensitivity dopamine receptor ที่ถูกปิดกั้นทั้งหมดสามารถถูกกระตุ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยอาการแย่ลงแต่ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างช้าในเวลาเดือนถึงปี

2.3.4.3 Seizure มักเป็นการชักแบบ generalized tonic-clonic เนื่องจากยาต้านจิตเภทลด threshold ของการชักได้ พบผู้ป่วยที่ใช้ยาด้านจิตเภทมีอัตราการเกิดน้อยกว่าร้อยละ 1 และเป็นอาการข้างเคียงที่ขึ้นกับขนาดยา แก้ไขได้โดยการลดขนาดยาลง โดยยาที่มีรายงานทำให้เกิดอาการชักบ่อย คือ chlorpromazine และ clozapine ส่วนยาที่มีผลทำให้เกิดการชักน้อย ได้แก่ risperidone, thioridazine, haloperidol, pimozide และ fluphenazine แนวทางในการป้องกันและแก้ไข หลีกเลี่ยงการใช้ยา chlorpromazine และ clozapine ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการชัก ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคลมชัก ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมอง หรือมีอุบัติเหตุกระทบกระเทือนบริเวณศีรษะ หรือผู้ที่มี electroencephalogram (EEG) ผิดปกติ

2.3.4.4 Hyperprolactinemia เป็นอาการข้างเคียงที่ขึ้นกับขนาดยา เกิดจากการฤทธิ์การปิดกั้น D<sub>2</sub> receptor ที่ tuberoinfundibular tract จึงทำให้เกิดการหลั่งของฮอร์โมน Prolactin เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นผลให้เกิดการลดลงของฮอร์โมน gonadotropin (estrogen and progesterone) ในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการน้ำนมไหล (galactorrhea), เต้านมขยาย (gynecomastia) ประจำเดือนขาด (oligomenorrhea) ความต้องการทางเพศลดลง (changes in libido) การหลั่งและการแข็งตัวผิดปกติ (ejaculatory และ erectile dysfunction) แนวทางในการป้องกัน ได้แก่ การสังเกตอาการทางคลินิกของภาวะ hyperprolactinemia โดยเฉพาะช่วง 2 สัปดาห์แรก ถึง 2 เดือนแรก ภายหลังเริ่มยา หรือ หลังปรับขนาดยา ยาที่มีผลทำให้เกิดอาการข้างเคียงชนิดนี้คือ haloperidol และ risperidone แนวทางการแก้ไข คือ ลดขนาดยา หรือ เปลี่ยนยา

2.3.4.5 Weight gain พบได้ในผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านจิตเภททั้งกลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่ เกิดจากการออกฤทธิ์ปิดกั้น 5-HT<sub>2c</sub> receptor และ H<sub>1</sub> receptor ทำให้เกิดความอยากอาหาร โดยน้ำหนักจะเพิ่มเร็วในช่วง 1 เดือนแรกหลังได้รับยาและจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ระยะเวลาหนึ่งแล้วจะเข้าสู่ระยะคงที่ โดยยาที่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มได้บ่อย คือ olanzapine พบได้ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้ยา risperidone พบทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 58 ของผู้ที่ใช้ยา quetiapine พบทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีการใช้ยา แนวทางการแก้ไข ได้แก่ การให้คำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจประเมินร่างกาย ได้แก่ ส่วนสูง รอบเอว น้ำหนัก ควรมีการตรวจระดับน้ำตาลและระดับไขมันในเลือดเป็นประจำทุกปี นอกจากนี้ควรมีการประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารอยู่เสมอ เพื่อให้เกิดการให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม

2.3.4.6 Glucose and lipid abnormality พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ยารุ่นใหม่มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงชนิดนี้สูงกว่าการผู้ป่วยที่ใช้ยารุ่นเก่า 1.3 เท่ายาที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ clozapine, olanzapine, risperidone และ quetiapine

Cardiovascular effects

2.3.4.7 Orthostatic hypotension ภาวะที่มีความดันโลหิตต่ำในขณะที่เปลี่ยนท่า โดยมีค่าความดันขณะหัวใจบีบตัว ลดลงมากกว่า 20 mmHg ซึ่งเกิดจากฤทธิ์ปิดกั้น  $\alpha_1$  receptor พบได้ในยาต้านจิตเภทกลุ่มเก่า โดยเฉพาะ กลุ่ม Aliphatic phenothiazines (chlorpromazine) และ Piperidine phenothiazines (thioridazine) ผู้ป่วยมักทนอาการไม่พึงประสงค์นี้ได้เองใน 2-3 เดือนหลังใช้ยา แนวทางให้การป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิดนี้ คือ เริ่มยาในขนาดต่ำ ตอนก่อนนอน แล้วค่อยๆปรับขนาดยาเพิ่มอย่างช้าๆ หากผู้ป่วยไม่สามารถทนอาการข้างเคียงได้อาจเปลี่ยนยาเป็นยากกลุ่ม Piperazine phenothiazines หรือ ยากลุ่มใหม่ ยกเว้น ยา clozapine ซึ่งมีฤทธิ์ hypotension effect สูง

2.3.4.8 QTc prolongation and torsade de pointes (TdP) กลไกเกิดจากการปิดกั้นการทำงานของ HERG ซึ่งเป็น potassium channel protein ที่ควบคุมการทำงานของ delayed rectifier current (IKr) บนกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เกิดการขยายเวลาของ ventricular repolarization ซึ่งแสดงออกมาในรูปของการเกิด QTc prolongation หรือ การเปลี่ยนแปลง T wave ผ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบได้ในผู้ป่วยที่มีการใช้ยา thioridazine ในขนาดสูง clozapine และ ziprasidone อาการข้างเคียงชนิดนี้เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ สามารถป้องกันได้โดยการค้นหาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดภาวะ TdP ได้แก่ เพศหญิง ผู้ป่วยโรคหัวใจ มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ได้รับยาที่มีผลต่อ QTc prolongation เป็นต้น

2.3.4.9 Myocardial infarction (MI) พบได้ในผู้ป่วยที่มีการใช้ยาโรคจิตทั้งรุ่นเก่าและรุ่นใหม่ ยังไม่มีผลการศึกษาที่ชัดเจน

2.3.4.10 Hematologic พบจากการใช้ยา clozapine มีอัตราการเกิด ร้อยละ 1 ในช่วง 6 เดือนแรกของการได้รับยา อาการข้างเคียงชนิดนี้เป็นผลจากภาวะ hypersensitivity ของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย แนวทางในการแก้ไข คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจ CBC ทั้งก่อนและหลังการรักษาทุก 1-2 สัปดาห์ หรือทุกเดือนในช่วง 6 เดือนแรก

1) WBC น้อยกว่า 3500 cells/mm<sup>3</sup> หรือ ANC น้อยกว่า 2000 cells/mm<sup>3</sup> ควรติดตาม CBC อย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ จนกว่าจะกลับเป็นปกติหากมีความจำเป็นต้องใช้ยา ให้ทำการ rechallenge ยาจากขนาดต่ำ ๆ

2) WBC น้อยกว่า 3000 cells/mm<sup>3</sup> หรือ ANC น้อยกว่า 1500 cells/mm<sup>3</sup> ต้องหยุด clozapine ทันที และติดตาม CBC จนกลับเป็นปกติ หากจำเป็นต้องให้ยา rechallenge ยาจากขนาดต่ำ ๆ

3) WBC น้อยกว่า 2000 cells/mm<sup>3</sup> หรือ ANC น้อยกว่า 1000 cells/mm<sup>3</sup> ต้องหยุด clozapine ทันที และติดตาม CBC ไม่ควรกลับมาใช้ clozapine อีก แต่หากโรงพยาบาลไม่สามารถตรวจ CBC ได้ ควรมีการให้คำแนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการ เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ หนาวสั่น อ่อนเพลีย ให้รีบกลับมาพบแพทย์

2.3.4.11 Neuroleptic malignant syndrome (NMS) เป็นภาวะที่เป็นอันตรายรุนแรงมีโอกาสเกิดได้ร้อยละ 0.5-1 โดยเฉพาะยาด้านโรคจิตรุ่นเก่าที่มีความแรงสูงหรือชนิดฉีด กลไกเกิดจากการปิดกั้น D<sub>2</sub> receptor ที่ hypothalamus และ striatal tract อาการที่พบ คือ กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (muscle rigidity) Autonomic instability, confusion, fever ความผิดปกติของผลทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของ CPK leukocytosis ระยะเวลาที่พบภาวะนี้เกิดได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมง ถึง 1 เดือน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด NMS ได้แก่ ยาด้านโรคจิตชนิด high potency การเริ่มยาขนาดสูง การปรับยาเร็ว ภาวะขาดน้ำ การใช้ยาด้านโรคจิตหลายชนิดร่วมกัน การป้องกัน

และแก้ไข ได้แก่ การหยุดยาต้านโรคจิตทุกตัวทันทีที่สงสัยว่าเกิด NMS อาการจะดีขึ้นหลังหยุดยา 7-10 วัน

## 2.4 ความร่วมมือในการใช้ยา

ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรักษา โดยความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Non-adherence) หมายถึง พฤติกรรมของคนไข้ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา อันได้แก่ การไม่รับประทานยาในขนาด วิธี หรือจำนวนตามที่แพทย์สั่ง

### 2.4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (17-18) ได้แก่

2.4.1.1 ความรับรู้ ความตระหนักรู้ถึงภาวะความเจ็บป่วยและความรู้เรื่องการรักษามีรายงานการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรับรู้ หรือตระหนักรู้เรื่องโรคที่เป็นจะส่งผลให้มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการตระหนักรู้ หรือ ความรับรู้เรื่องการเจ็บป่วยนั้นขึ้นกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับมาก่อนหน้านี้และขึ้นกับปัจจัยทางวัฒนธรรม และขึ้นกับสถานะทางเศรษฐกิจ

2.4.1.2 Psychopathology อาการทางจิตเภท โดยเฉพาะอาการหวาดระแวงและการหลงผิดมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

2.4.1.3 อาการไม่พึงประสงค์จากยาเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา ผลจากการศึกษาของ Hudson และคณะ พบมีการรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร้อยละ 35 และจากการศึกษาของ Loffler พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา เนื่องจากไม่สามารถทนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ โดยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเวชรุ่นแรก คือ Extrapyrimal symptoms (EPSs) สำหรับยาจิตเวชรุ่น 2 อาการข้างเคียงที่พบ คือ อาการง่วงซึมและภาวะน้ำหนักตัวเพิ่ม ผลการศึกษาพบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของยาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งการปรับความร่วมมือในการใช้ยาหรือการเลือกใช้ยาจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้รูปแบบการบริหารและขนาดการให้ยาก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา การให้ยาในขนาดต่ำๆ มีข้อดี คือ ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้น้อย แต่การให้ยาในขนาดต่ำก็อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษา มีผลการศึกษาที่รายงานว่า การลดความถี่ในการบริหารยาจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้ การให้ยาในรูปแบบยาฉีดจะช่วยป้องกันปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ โดยเฉพาะในช่วง 1 – 7 ปีแรกของการรักษา และยังพบอัตราการกลับเป็นซ้ำใน 1 ปีแรก มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกรให้ยาในรูปแบบรับประทาน การให้ยาฉีดรูปแบบออกฤทธิ์นานมีการเริ่มใช้ยาในแผนกผู้ป่วยใน จากการศึกษา



ของ Offord และคณะ (21) พบว่า การให้ยาฉีดชนิดออกฤทธิ์นานพบว่าในช่วง 1 ปี แรกผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีและมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาในรูปแบบยารับประทาน

2.4.1.4 ความสัมพันธ์ที่ดีในการรักษา ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

2.4.1.5 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนจากสังคม และการสนับสนุนของครอบครัวและเพื่อน ในการให้ความร่วมมือในการใช้ยา จะมีผลดีต่อความร่วมมือในการใช้ยา

2.4.1.6 การใช้สารเสพติด พบมีความชุกสูงในผู้ป่วยจิตเภท และมีผลทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

#### 2.4.2 วิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยา

วิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยา (18) แบ่งเป็น 2 ประเภทหลักๆ ได้แก่

2.4.2.1 Subjective methods เป็นการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยผู้ให้บริการหรือโดยตัวผู้ป่วยเอง เป็นการรายงานผลโดยตัวของผู้ป่วยเองหรือได้จากการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยผู้ให้บริการโดยมีการใช้เครื่องมือสำหรับวัดอัตราการร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย มีข้อดีคือ ทำได้ใน และมีราคาประหยัด เครื่องมือที่มีการใช้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ Medication adherence questionnaire (MAQ), the 8-items Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) และ the brief medication questionnaire (BMQ)

2.4.2.2 Objective methods เป็นวิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยาที่มีความเที่ยงและความตรงมากกว่าการวัดโดย subjective methods การวัดโดยวิธีการ Objective methods ได้แก่

1) การวัดทางตรง (direct measure) ได้แก่ Direct observation การสังเกตการณ์ใช้ยาของผู้ป่วย ข้อดีของวิธีการนี้ คือ เป็นวิธีการที่ให้ผลแม่นยำ ตรงกับความเป็นจริง เหมาะกับการประเมินการใช้ยาในผู้ป่วยใน แต่มีข้อเสียคือ ไม่เหมาะกับการติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยนอก และไม่สามารถปฏิบัติได้จริงหรือทำเป็นประจำทุกวัน และ Serum drug concentrations ติดตามความเข้มข้นของยาในร่างกาย ได้แก่การเจาะเลือด หรือเก็บปัสสาวะ เพื่อตรวจหาปริมาณยาหรือการเจาะเพื่อตรวจวัด biological marker ต่างๆ ซึ่งการวิเคราะห์ในส่วนนี้นอกจากขึ้นกับความไวของเครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบแล้ว ยังขึ้นอยู่กับภาวะการทำงานของร่างกายของผู้ป่วย เช่น ระบบการย่อยและการดูดซึม ภาวะการทำงานของตับและไต การวัดความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีนี้อาจทำให้ได้ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ตรงตามความจริงในกรณีที่ผู้ป่วยมีการให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระยะเวลานั้นๆก่อนมาพบแพทย์ อีกทั้งยังไม่สามารถทำการวิเคราะห์ได้ในยาทุกตัว เนื่องจากข้อจำกัดของวิธีการวิเคราะห์ นอกจากนี้ยังเป็นวิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยาที่มีราคาแพงและผู้ป่วยอาจได้รับการเจ็บตัวเนื่องจากต้องเจาะเลือด

## 2) การวัดทางอ้อม ( indirect measure) เช่น

(1) การบันทึกการใช้ยาของตัวผู้ป่วยเอง วิธีการนี้มีข้อจำกัดคือผู้ป่วยอาจบันทึกข้อมูลการใช้ยาที่ไม่ตรงความจริง อาจมากหรือน้อยรับประทานไป

(2) การนับเม็ดยา pill counts เพื่อดูปริมาณยาที่ใช้หรือปริมาณยาที่เหลือ โดยการให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือติดตัวมาโรงพยาบาลในวันนัดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจนับ ข้อดีคือ ราคาไม่แพง และไม่เป็นการรบกวนผู้ป่วยจนรับประทานไป ข้อเสียคือ ยาที่ผู้ป่วยนำมาแสดงอาจไม่ใช่ยาส่วนที่เหลือจริงทั้งหมด เช่น การหาอัตราส่วนการครอบครองยาของผู้ป่วย ( The medication possession ratio)

(3) Refill record การวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยวัดจากพฤติกรรมมารับการตรวจรักษาหรือการมารับยาตามวันนัด สามารถทำได้ง่ายแต่ไม่สามารถยืนยันว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาตามที่แพทย์สั่งจริง

(4) Electronic monitoring การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ตามมากับบรรจุภัณฑ์ของยา เช่น การนับจำนวนครั้งที่มีการใช้ของยาในรูปแบบ Seretide Accuhaler หรือ Evohaler ซึ่งข้อจำกัดของการวัดความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีนี้คือ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มีราคาแพง จึงมักใช้ในกรณีทำการวิจัยเท่านั้น

(5) การวัดผลด้านคลินิก เช่น การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด หรือการวัดค่าความดันโลหิต วิธีนี้สามารถทำได้ง่าย แต่ผลดังกล่าวอาจได้รับการแทรกแซงจากภาวะอื่นๆของร่างกาย

## 2.5 การบริหารทางเภสัชกรรม

การบริหารทางเภสัชกรรม คือ การจัดการด้านยาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายของการรักษา โดยมีการดำเนินการในด้านต่างๆได้แก่ ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา แก้ไขปัญหาจากการใช้ยา และป้องกันปัญหาจากการใช้ยา วัตถุประสงค์เพื่อรักษาผู้ป่วยให้หายขาดจากโรค กำจัดหรือลดอาการทางคลินิกของผู้ป่วย หยุดหรือชะลอการลุกลามของโรค ป้องกันโรคและอาการกำเริบของโรค ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย (19) ในการบริหารทางเภสัชกรรมประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ (20)

2.5.1 การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริหารทางเภสัชกรรม เภสัชกรควรให้การบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยทุกราย แต่เนื่องจากกำลังคนและเวลาจำกัด ในการดำเนินการอาจพิจารณาคัดเลือกรูปแบบกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล หรือกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาที่ต้องอาศัยความรู้ทางเภสัชศาสตร์ใน

ด้านต่างๆ เช่น ยาที่มีปฏิกริยามาก ยาที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษในการบริหารยา หรือกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากการบริหารยา ผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

2.5.2 การเตรียมข้อมูลของผู้ป่วย เภสัชกรต้องเข้าถึงประวัติของผู้ป่วยที่จะให้การบริบาล ประวัติควรประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลการรักษา ทั้งข้อมูลการรักษาฉุกเฉิน และการรักษาต่อเนื่อง เภสัชกรยังต้องทราบข้อมูลทางการแพทย์อื่น ๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการแพ้ยา ประวัติโรคที่เคยเป็นมาในอดีต ค้นข้อมูลการรักษาด้วยยา ทั้งยาที่ต้องรับประทานที่โรงพยาบาล ยาที่ซื้อรับประทานเองหรือยาที่ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นๆ รวมถึงต้องทราบพฤติกรรม การดำเนินชีวิต สภาพสังคมและเศรษฐศาสตร์ ประวัติการดื่มสุรา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ชีวิตความเป็นอยู่และฐานะทางการเงิน หลังจากทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องครบถ้วนแล้ว เภสัชกรต้องดำเนินการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ให้เป็นระบบเพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้

2.5.3 การประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและการแก้ไขปัญหา ในการดำเนินการบริบาลเภสัชกรต้องทราบเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ประเมินความเหมาะสมทางวิชาการตามหลัก IESAC (indication, efficacy, safety, adherence, cost) รวมถึงวิเคราะห์คำสั่งใช้ยาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยมากที่สุด หาพบปัญหาดำเนินการร่วมกับแพทย์ในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่เกิดขึ้น โดย Hepler และ Strand แบ่งปัญหาจากการใช้ยาออกเป็น 8 ประเภท ได้แก่ (21)

2.5.3.1 Untreated indications ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาแต่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาสำหรับการรักษาในข้อบ่งชี้

2.5.3.2 Improper drug selection ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาแต่ผู้ป่วยบริหารยาผิด

2.5.3.3 Sub therapeutic dosage ปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดจากผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดที่ใช้ในการรักษา

2.5.3.4 Failure to receive medication ผู้ป่วยมีปัญหาในการรักษาเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ต้องได้รับ อาจมีสาเหตุมาจาก ปัญหาจากฝ่ายเภสัชกรรม จ่ายยาไม่ครบ ปัญหาด้านสังคม ปัญหาด้านจิตใจ หรือปัญหาด้านเศรษฐกิจ

2.5.3.5 Over dosage ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่สูงกว่าขนาดที่ใช้ในการรักษา

2.5.3.6 Adverse drug reactions ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

2.5.3.7 Drug interactions ปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดจากการใช้ยาที่มีอันตรกิริยาระหว่าง ยา กับ ยา, ยา กับ อาหาร หรือ ยา กับ ผลทางห้องปฏิบัติการ

2.5.3.8 Medication use without indication. ปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดจากผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา

## 2.6 คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการวัดผลการรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คุณภาพชีวิต ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การรับรู้ตำแหน่งชีวิตของแต่ละคนที่ขึ้นกับบริบทของวัฒนธรรมและระบบของสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความคิดเห็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวคิดที่ครอบคลุมทั้งในส่วนของประเด็นสุขภาพร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (22) คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่ใช้วัดประสิทธิผลของการรักษาโรคจิตเภท ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถทำนายได้จาก การแสดงอาการซึมเศร้า การแสดงอาการขาดการรับรู้ (cognitive deficits) การไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมของผู้ป่วยและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา เป็นต้น การไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมรอบข้าง และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา (22) เป็นต้น เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (22) ได้แก่

2.6.1 World Health Organization Quality of Group (WHOQOL) วัดได้ทั้งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 100 ข้อ แบ่งเป็น 24 หมวด วัดคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วยคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะนินัย (perceived objective) และ อัตวิสัย (self-report subjective) เป็นเครื่องมือชนิดประเมินด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบประมาณ 45 นาที ผลการทดสอบค่าความสม่ำเสมอภายใน (internal consistency) ของแบบประเมินในผู้ป่วยจิตเภทได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.94

2.6.2 แบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย แปลเป็นไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient ในผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 มีข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 26 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสภาพสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ตัวเลือกในการตอบเป็นมาตรฐาน 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตสูง เป็นเครื่องมือชนิดประเมินด้วยตนเอง ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10-15 นาที

2.6.3 Short-form 36 เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในประชาชนทั่วไป ประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ เป็นเครื่องมือชนิดประเมินด้วยตนเอง ใช้เวลาในการประเมิน 15 นาที มี

ค่าช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 – 100 คะแนน คะแนนการประเมินยิ่งสูงแสดงถึงผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการทดสอบค่า reliability และ validity ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ค่าความเที่ยงดี ( $\alpha > 0.70$ ) และค่า Cronbach's  $\alpha$  ranged เท่ากับ 0.71-0.89

2.6.4 QLSS มีความจำเพาะกับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ใช้เวลาในการตอบแบบประเมิน 45 นาที มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ยังไม่มีฉบับแปลเป็นภาษาไทย

2.6.5 Quality of Life Interview (QoLI) ความจำเพาะกับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินคุณภาพชีวิต 8 ด้าน ได้แก่ สถานะความเป็นอยู่ การทำกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับสังคม สถานะทางการเงิน การงาน ความปลอดภัยและสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 143 ข้อ ในเวลาในการตอบคำถาม 45 นาที ยังไม่มีฉบับแปลเป็นภาษาไทย

2.6.6 Lancashire Quality of Life Profile (Lqo3LP) เป็นแบบประเมินที่มีความจำเพาะกับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินคุณภาพชีวิตทั้งทางด้าน Objective และ Subjective ประกอบด้วยข้อคำถาม 105 ข้อ และใช้เวลาในการตอบคำถาม 45 นาที เป็นเครื่องมือแบบ self report interview ยังไม่มีฉบับแปลเป็นภาษาไทย

2.6.7 Personal Evaluation of Transitions in Treatment (PETIT) มีความจำเพาะกับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นแบบประเมินแบบ Self-administered questionnaire ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 2-5 นาที ไม่มีฉบับแปลเป็นภาษาไทย

2.6.8 Quality of Life Questionnaire in Schizophrenia (S-QoL) มีความจำเพาะกับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พัฒนาโดย Auquier และคณะ ประกอบด้วยคำถาม 41 ข้อ เป็นเครื่องมือชนิด Self-administered questionnaire ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามโดยประมาณ 15 นาที

## 2.7 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลผู้ซึ่งอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการให้ผู้ป่วยในแต่ละวัน คอยดูแลการรับประทานยา การเข้ารับการรักษาตามนัด คอยให้เงินหรือสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยอาจมีผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การเกิดภาวะด้านการเงิน ซึ่งเกิดจากค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยหรืออาจเกิดจากการไม่สามารถหารายได้เพิ่มเติมได้ การเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกผิด ความรู้สึกสูญเสีย

และความรู้สึกกลัวถึงอนาคตที่จะเกิดขึ้น ผู้ดูแลเกิดความเครียดที่เกิดจากการถูกรบกวนโดยผู้ป่วย ถูกรบกวนในการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลเกิดปัญหาการหลีกเลี่ยงสังคม และมีการทำกิจกรรมกับสังคมลดลง (23)

ภาระการดูแล ประกอบด้วย 2 มิติ (24) ได้แก่ 1) objective burden ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครัวเรือน เช่น เสียเงิน มีผลต่อสุขภาพหรือการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กและคนในครอบครัว รวมถึงการแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยเอง 2) subjective burden คือ ความรับรู้ของผู้ดูแล ต่อผลกระทบที่จะเกิดจากความต้องการของผู้ดูแล

## 2.8 สุขภาพจิตศึกษา

เป็นการรักษาโดยไม่ใช้ยาแบบหนึ่ง ดำเนินการโดยการให้ความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษา รวมถึงการจัดการด้านอารมณ์ของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติเข้าใจโรคจิตเภทได้ และเพื่อให้สามารถจัดการอาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงจากยา หรือปัญหาจากภาวะกำเริบของโรคได้ โดยการให้สุขภาพจิตศึกษา หรือ Psychoeducation แบ่งเป็น 3 แบบ (13) ได้แก่

2.8.1 แบ่งตามจำนวนผู้รับ ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา แบบรายบุคคล หรือ แบบรายกลุ่ม

2.8.2 แบ่งตามประเภทผู้รับ ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา เฉพาะผู้ป่วย หรือ การให้สุขภาพจิตศึกษา เฉพาะญาติหรือครอบครัว หรือ การให้สุขภาพจิตศึกษา แก่ผู้ป่วยและญาติร่วมกัน

2.8.3 แบ่งตามจำนวนของบทเรียน ซึ่งได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบสั้น ประกอบด้วยบทเรียน จำนวน 6-9 บท หรือ การให้สุขภาพจิตศึกษาขนาดยาวซึ่งประกอบด้วยบทเรียน จำนวน 20-22 บท

เนื้อหาในการให้สุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องอาการและการวินิจฉัยโรค ปัจจัยทำให้เกิดโรคจิตเภท แนวทางการรักษาวิธีต่างๆ

## 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Dilokthornsakul และคณะ (23) ทำการศึกษาผลของความร่วมมือในการใช้ยาต้านโรคจิต ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 1.3 ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ พบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 7.1 และ

ผู้ป่วยที่ไ้ยามากได้รับประทานกว่าที่แพทย์สั่งใช้ พบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 3.2 ซึ่งผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการไ้ยยาต่ำจะมีระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการไ้ยยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $0.56 \pm 2.64$  วัน และ  $0.06 \pm 0.57$  วัน,  $p < 0.01$ ) และผู้ป่วยที่ไ้ยามากได้รับประทานกว่าที่แพทย์สั่งมีระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยาวนานกว่ากลุ่มที่ไ้ยยาอย่างถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทำการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการไ้ยยาที่ต่ำ มีความเสี่ยงสูงที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการไ้ยยา สำหรับค่าใช้จ่ายในการรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการไ้ยยาดี กลุ่มผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการไ้ยยาต่ำกว่าที่แพทย์สั่ง และกลุ่มผู้ป่วยที่ไ้ยยามากกว่าที่แพทย์สั่ง มีค่าเฉลี่ยมูลค่าการดูแลรักษาสุขภาพไม่แตกต่างกัน

Tiihonen และคณะ (25) ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสวีเดน โดยวัดผลเป็นความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและความล้มเหลวในการรักษาซึ่งได้แก่ การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวช การฆ่าตัวตาย การหยุดเข้าร่วมการรักษา การเปลี่ยนไปไ้ยยาอื่น ๆ หรือเสียชีวิต จากการศึกษาในผู้ป่วย 29,823 คน พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 43.7 มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยร้อยละ 71.7 มีการล้มเหลวในการรักษา เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาแบบ monotherapy พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา long-acting injectable paliperidone (hazard ratio [HR], 0.51; 95%CI, 0.41-0.64), long-acting injectable zuclopenthixol (HR, 0.53; 95%CI, 0.48-0.57), clozapine (HR, 0.53; 95%CI, 0.48-0.58), long-acting injectable perphenazine (HR, 0.58; 95%CI, 0.52-0.65), and long-acting injectable olanzapine (HR, 0.58; 95%CI, 0.44-0.77) จะมีความเสี่ยงต่ำในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อเทียบไม่ให้การรักษาด้วยยา และผู้ป่วยที่ได้รับยา flupentixol (HR, 0.92; 95%CI, 0.74-1.14), quetiapine (HR, 0.91; 95%CI, 0.83-1.00), และ perphenazine (HR, 0.86; 95%CI, 0.77-0.97) ในรูปแบบยารับประทานจะมีความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง เมื่อเปรียบเทียบผลการไ้ยยาโรคจิตระหว่างผู้ป่วยไ้ยยาแบบ monotherapy กับผู้ป่วยที่ไ้ยยา olanzapine พบความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจะต่ำที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับยา clozapine (HR, 0.84; 95%CI, 0.76-0.93;  $p < 0.001$ ) และ long-acting injectable zuclopenthixol 1 ครั้ง/เดือน (HR, 0.83; 95%CI, 0.75-0.92;  $p < 0.001$ ) และ ความเสี่ยงที่จะกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจะสูงในผู้ป่วยที่ได้รับยา oral flupentixol (HR, 1.46; 95%CI, 1.17-1.82;  $p < 0.001$ ), oral quetiapine (HR, 1.43; 95%CI, 1.29-1.59;  $p < 0.001$ ) และ Oral haloperidol (HR, 1.28; 95%CI, 1.12-1.48;  $p < 0.001$ ) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาในรูปแบบ long-acting injectable จะมีความเสี่ยงที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่ำ

กว่าการผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาในรูปแบบรับประทาน ร้อยละ 22 (HR, 0.78; 95%CI, 0.72-0.84;  $p < 0.001$ ) เปรียบเทียบความเสี่ยงในการเกิดการรักษาล้มเหลว ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับยาแบบ monotherapy กับผู้ป่วยที่ได้รับยา olanzapine พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยา clozapine (HR, 0.58; 95%CI, 0.53-0.63) มีความเสี่ยงต่ำสุดที่จะเกิดความล้มเหลวในการรักษา รองลงมา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาในรูปแบบ long-acting injectable (HR, 0.65-0.80) และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา levomepromazine (HR, 1.15; 95%CI, 1.02-1.28) มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความล้มเหลวในการรักษา

จากการศึกษาของ พุดตาน พันธุ์เนร และคณะ (26) ทำการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เปรียบเทียบ ระหว่างการใช้ยาจิตเภทกลุ่มเก่า, ยา risperidone olanzapine และ clozapine ร่วมกับการให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยา risperidone ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทคุ้มค่าง่าการใช้การรักษาด้วยยากกลุ่มเก่า เนื่องจากมีราคาต้นทุนที่ถูก คือ ราคาต่ำกว่า 10 บาทต่อ ยา risperidone 2 mg และมีค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถูกกว่ายากกลุ่มเก่า และการใช้ยา risperidone จะให้ผลคุ้มค่าง่ามากขึ้นเมื่อให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยแก่ครอบครัวของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งจะมีอัตราส่วนของส่วนต่างต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio, ICER) เท่ากับ 1,900 บาท ต่อ DALYs ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยา risperidone อาจสามารถเลือกใช้ยา clozapine ในการรักษาแทนได้ซึ่งยังมีข้อดี คือ ช่วยการป้องกันพฤติกรรมกรฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทได้ แต่การใช้ยานี้จะต้องมีระบบการติดตามการใช้ยาที่เหมาะสมเพียงพอ และยา clozapine มีอัตราส่วนของส่วนต่างต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) เท่ากับ 320,000 บาท ต่อ DALYs ซึ่งแพงกว่าการใช้ยา risperidone ในการรักษา

จากการศึกษาของ นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และ นารัต เกษตรทัต (27) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 56.8 มีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำเรื่อง เพศชายมีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.022$ ) ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลมีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ผู้ป่วยที่มีการดื่มสุรามีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.02$ ) และจากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่ใช้ทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท คือ การมีผู้ดูแล การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวนขนานยาทั้งหมด และ ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน

Lang และคณะ (28) ทำการศึกษาถึงอัตราความร่วมมือในการใช้ยาและการทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาในรูปแบบยาออกฤทธิ์ยาวและยาในรูปแบบยารับประทาน ทำการศึกษาในผู้ป่วย 12,032 ราย



พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 37 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุต่างๆ และผู้ป่วยร้อยละ 32 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ปัจจัยที่ใช้ทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้แก่ การเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย การใช้สารเสพติด การใช้ยาปรับอารมณ์ การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวล การใช้ยา anticholinergic การได้รับยาจิตเวชรุ่นเก่าที่มีฤทธิ์ออกฤทธิ์ยาว โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ออกฤทธิ์ยาวทั้งที่เป็นยากลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่จะมีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ สำหรับปัจจัยที่ใช้ทำนายความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคือ ภาวะโรคร่วมอื่นๆ การใช้สารเสพติด การใช้ยา anticholinergic และความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

Pfeiffer และคณะ (29) ทำการศึกษาผลของความถี่ของการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล วัดผลความร่วมมือในการใช้ยาด้วย MPRs เปรียบเทียบความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยที่เพิ่มหรือลดความถี่ในการบริหารยา และเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับยารวันละครั้งและผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่าวันละครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาโดยมีความถี่ในการบริหารยาเพิ่มขึ้น จะมีค่าคะแนน MPRs ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการลดความถี่ในการบริหารยาลง พบว่า มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยคะแนน MPRs เพิ่มขึ้น 0.45 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงความถี่ในการบริหารยา

Winahyu และคณะ (30) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศอินโดนีเซีย ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ และจากการศึกษาพบว่า สถานะการจ้างงานและความช่วยเหลือทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่เพศระยะเวลาในการดูแล ระดับการศึกษา สถานะทางสุขภาพ และการควบคุมอาการได้ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

จากการศึกษาของ Noghani และคณะ (31) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศอิหร่าน 199 คน ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF36 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ดูแลเพศชาย ในประเด็นความสัมพันธ์ในครอบครัวพบว่าผู้ดูแลที่เป็นมารดามีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ประเภทอื่น ตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล คือ สถานะทางการเงิน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และเพศของผู้ป่วย

Boyer และคณะ (32) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแบบประเมิน Schizophrenia caregiver quality of life questionnaire (S-CGQoL) และ Schizophrenia quality of life questionnaire (SQoL18) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทยกเว้นคุณภาพชีวิตหมวด ความสัมพันธ์ในครอบครัว ( $\beta = 0.23$ ) ในด้านลักษณะของผู้ป่วยจากการศึกษาพบว่า คุณลักษณะของผู้ป่วยที่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ได้แก่ เพศหญิง สัญชาติ Aymara ระดับการศึกษาที่ต่ำ การไม่มีงานทำ และภาวะโรคที่มีความรุนแรง จากการศึกษาแบบจำลองสมการโครงสร้าง พบว่า ความรุนแรงของอาการทางจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (path coefficient =  $-0.32$ ) และผู้ป่วยจิตเภท (path coefficient =  $-0.40$ ) ผลในทางอ้อมพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (mediated effect coefficient =  $0.13$ )

จากการศึกษาของ สิริรินทร์ แสงศิริรักษ์ (33) ถึงความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยแบบประเมิน Zarit burden interview Thai (ZBI) พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 54.5 รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยส่วนมากรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลาง ร้อยละ 22.7 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและจะมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย ผลการประเมิน GAF พบว่าผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนน้อยกว่า 20 คะแนน ซึ่งได้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะก้าวร้าวและมีภาวะของโรคกำเริบจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการสงบ หรือมีการคะแนน GAF มากกว่า 20 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.004$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ดื่มสุราจะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.001$ ) ผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยกว่า 5000 บาทจะมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้มากกว่า 5000 บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.049$ )

จากการศึกษาของ Sucharita Narasipuram และ Sivaprasad Kasimahanti (34) ศึกษาผลของความรู้สึกเป็นภาระต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในประเทศอินเดีย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย Schizophrenia มีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่า โรค Affective Disorder และ Mental Retardation และผลการประเมินคุณภาพชีวิต ผู้ดูแลของผู้ป่วยทั้ง 3 โรค พบว่า การมีความเป็นภาระที่สูงจะลดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในหมวด ภายนอก (p < 0.05) ความสัมพันธ์ทางสังคม (p < 0.05) และด้านสิ่งแวดล้อม (p < 0.01) ในส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การมีความรู้สึกเป็นภาระที่สูงจะลดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในหมวดด้านจิตวิญญาณ (p < 0.05) และสิ่งแวดล้อม (p < 0.05) จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การทำอาหารรับประทานเอง การรับประทานยาเอง ได้ด้วยตัวเอง

Maeng และคณะ (35) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเกาหลี ทำการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบว่า ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับรายรับของผู้ดูแล ( $p=0.001$ ) และอาการหลงผิดของผู้ป่วย ( $p=0.001$ ) ในส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ รายรับของผู้ดูแล ( $p=0.033$ ) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ( $p=0.006$ ) เพศของผู้ป่วย ( $p=0.006$ ) ระยะเวลาที่ได้รับ

การรักษา ( $p < 0.001$ ) ระดับความสามารถในการสื่อสาร ( $p = 0.008$ ) ทักษะคิดด้านลบที่มีต่อยา ( $p = 0.026$ ) และ ทักษะคิดในการเอาชนะความตราบาปกับผู้ป่วยโรคจิต ( $p = 0.029$ )

Annisa และคณะ (36) ทำการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลชาวอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 77.5 รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระ โดยปัจจัยที่ใช้ในการทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความรุนแรง ( $\beta = 0.41, p < 0.001$ ) และทักษะคิด ( $\beta = -0.38, p < 0.001$ ) เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรค และการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = -0.27, p < 0.01$ )

Ran และคณะ (37) ทำการศึกษา รูปแบบและประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในประเทศจีน พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาเพิ่มขึ้น สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติต่อตัวโรคและผู้ป่วยดีขึ้น รวมถึงผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่ครอบครัวได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษามีอัตราการกลับเป็นซ้ำภายใน 9 เดือน น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเดียว ( $p < 0.05$ )

Chan และคณะ (38) ทำการศึกษาประสิทธิผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในประเทศจีน ผลการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการรักษาด้วยยาช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่า ( $p < 0.01$ ) สถานะอาการทางจิตดีกว่า ( $p < 0.01$ ) และ มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยดีกว่า กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา

Kulhara และคณะ (39) ทำประเมินผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแล เปรียบเทียบกับการให้บริการผู้ป่วยและผู้ดูแลตามปกติที่แผนกผู้ป่วยนอก ในประเทศอินเดีย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษามีภาวะโรคที่ต่ำกว่า และผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการบริการมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการบริการตามปกติที่แผนกผู้ป่วยนอก

Cassidy และคณะ (40) ทำการศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาจะมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Hasan และคณะ (41) ศึกษาผลของการให้ Psycho-education ในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในประเทศจอร์แดน เปรียบเทียบความรู้ การกลับเป็นซ้ำ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความเป็นภาระและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับ Psycho-education และกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติการเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงก่อนการให้ intervention หลังให้

intervention ทันทีก่อน และหลังให้ intervention 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(หลังให้ intervention ทันทีก่อน ความรู้เพิ่มขึ้น 4.9 vs -0.5,  $p < 0.001$  หลังจากให้ intervention 3 เดือน มีความรู้เพิ่มขึ้น 6.5 vs -0.7,  $p < 0.001$ ) ความรุนแรงของโรคลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อวัดผลหลังให้ intervention ( $-26.1$  vs  $2.5$ ,  $p < 0.001$ :  $-36.2$  vs  $-4.9$ ,  $p < 0.001$  ตามลำดับ) อัตราการกลับเป็นซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวัดผลหลังให้ intervention ( $p < 0.001$ ) ในผู้ดูแลพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวัดผลความรู้หลังให้ intervention ทันทีก่อน ( $6.3$  vs  $-0.4$ ;  $p < 0.001$ )และ หลังให้ intervention 3 เดือน ( $7.3$  vs  $-0.7$ ;  $p < 0.001$ ) ด้านความเป็นภาระในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $-6.4$  vs  $1.5$ ,  $p < 0.001$ ;  $-9.4$  vs  $0.8$ ;  $p < 0.001$ ) และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังให้ intervention ( $9.2$  vs  $-1.6$ ;  $p = 0.01$ ;  $17.1$  vs  $-5.3$ ;  $p < 0.001$ )

จากการศึกษาของ M. Valenstein และคณะ (42) ซึ่งทำการศึกษาประสิทธิผลของการบริหารเภสัชกรรมต่อความร่วมมือในการใช้ยา อาการทางคลินิก คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในการบริการ โดยมีการดำเนินการได้แก่ การจัดยาเป็นชุดสำหรับแต่ละมือ ส่งยาให้ทางไปรษณีย์ แจกแพทย์เมื่อพบปัญหาผู้ป่วยไม่มาตามนัด จัดอบรมให้ความรู้เรื่องยา วัดความร่วมมือในการใช้ยาด้วย Medication Possession Ratios (MPRs) ทำการเก็บข้อมูล 3 ช่วงใน 1 ปี วัดอาการทางคลินิกด้วย the Positive and Negative Symptom Scale (PANSS), วัดคุณภาพชีวิตด้วย the Quality of Well-Being Scale (QWB) และวัดความพึงพอใจต่อการบริการด้วย Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) scale. ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาจะเพิ่มขึ้นในเดือนที่ 6 และ เดือนที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลในเรื่องอาการทางคลินิก คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญข้อจำกัดในการวิจัย การวัดความร่วมมือในการใช้ยาในการศึกษานี้เป็นการวัดโดยการประมาณการ ในการศึกษาไม่ได้ทำการปกปิด และจำนวนตัวอย่างในการศึกษาน้อย

จิตรรา เกณฑ์กระโทกและคณะ (43) ทำการเปรียบเทียบผลของการบริหารทางเภสัชกรรม ได้แก่ การค้นหาปัญหา และแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยา รวมถึงการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องยา และการดูแลปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ในแผนกผู้ป่วยนอก โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมทั้งมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ยาและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ  $91.0 \pm 14.2$  และ ร้อยละ  $78.4 \pm 17.9$ ,  $p < 0.001$ ) ด้านปัญหาจากการใช้ยาพบว่า กลุ่มทดลองพบปัญหาจากการใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(กลุ่มทดลองพบ

ปัญหาจากการใช้ยา 15 ปัญหา กลุ่มควบคุม พบปัญหาจากการใช้ยา จำนวน 31 ปัญหา;  $p=0.02$ ) ผลการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลปฏิบัติตัว พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $10.7 \pm 1.4$  และ  $9.4 \pm 1.7$ ) และผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $11.1 \pm 1.2$  และ  $9.6 \pm 1.6$ ,  $p < .01$ ) และหลังการให้บริหารทางเภสัชกรรมพบว่าสามารถประหยัดต้นทุนการ รักษาได้เป็นจำนวนเงิน  $50.16 \pm 179.87$  บาท

จักรี แก้วคำบัง และคณะ (44) ทำการศึกษาผลการให้บริหารทางเภสัชกรรมตามแนว mhGAP for Schizophrenia เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทำการเก็บข้อมูลต่อเนื่อง 6 เดือน วัดผลด้วยความร่วมมือในการใช้ยา อัตราการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 80.95 และ ร้อยละ 38.23,  $p < 0.001$ ) พบว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่เดือนที่ 1 และต่อเนื่องถึงเดือนที่ 6 ในด้านความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยที่ทำการประเมินตามแบบประเมิน BPRS พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงทางจิตของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $24.00 \pm 10.25$  และ  $28.00 \pm 11.00$ ,  $p = 0.012$ ) ในด้านอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของอาการทางจิต พบว่ากลุ่มทดลองมีการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4.36% และ 13.62%,  $p < 0.001$ ) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตวัดตามแบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI พบว่ากลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $74.50 \pm 13.53$  และ  $65.29 \pm 11.53$ ,  $p = 0.002$ ) และปัญหาจากการใช้ยาของกลุ่มทดลองลดลงร้อยละ 27.97 และกลุ่มควบคุมพบปัญหาจากการใช้ยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.08 จากเดิม

ธรัชหทัย วิริยะสิริสกุล และคณะ (10) ศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งได้แก่ การติดตามการใช้ยา การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคและยาแก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งมีการโทรติดตามการใช้ยาเป็นประจำสัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทตามปกติที่คลินิกสิลาวดี โรงพยาบาลมหาสารคาม วัดผลจากความร่วมมือในการใช้ยาตามแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของ สารุพร พุฒขาว ปัญหาจากการใช้ยา และความรู้เรื่องโรคและยาของผู้ป่วย เก็บข้อมูลก่อนการศึกษาและ 1 เดือนหลังให้การแทรกแซง (intervention) ผลการศึกษาพบว่า หลังดำเนินการแทรกแซงกลุ่มควบคุมพบปัญหาลิ้มรับประทานยา มากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.041$ ) ขณะที่การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังดำเนินการแทรกแซงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.084$ ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่ม

ทดลองมีปัญหาจากการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.002$  และ  $p<0.001$ ) ในด้านความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า การแทรกแซงไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ( $p=0.096$ ) สำหรับผลการศึกษาลงมือให้ความรู้ในเรื่องโรคและการใช้ยา หลังดำเนินการแทรกแซงพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) เปรียบเทียบผลการให้ความรู้ภายในกลุ่มทดลองวัดความรู้หลังให้ความรู้ทันทีและ 1 เดือนหลังการให้ความรู้ พบว่า มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.010$  และ  $p=0.008$ )

จากการศึกษาของจันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์และคณะ (9) ทำการเปรียบเทียบผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทกับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริการตามปกติ ในแผนกผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ การบริหารทางเภสัชกรรมดำเนินการโดยการค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ประเมินผลจากปัญหาจากการใช้ยา คุณภาพชีวิตและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการบริหารทางเภสัชกรรม 1 เดือนผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาจากการใช้ยาลดลง จาก 170 ปัญหา เหลือ 63 ปัญหา หรือก่อนให้การบริหารทางเภสัชกรรมพบปัญหาจากการใช้ยาคิดเฉลี่ยเท่ากับ  $1.83\pm 0.73$  ปัญหาต่อคน หลังการให้บริการทางเภสัชกรรมเหลือ  $0.68\pm 0.49$  ปัญหาต่อคน เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริการทางเภสัชกรรมพบว่าปัญหาจากการใช้ยาลดลง  $1.15\pm 0.55$  ปัญหาต่อคนซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบได้แก่ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ชนิดที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ ปากคอแห้ง ตามัว ภาวะปัสสาวะครั้งและการเกิดภาวะ extrapyramidal symptoms และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมและผู้ป่วยที่ได้รับการบริการตามปกติ พบว่า การให้บริการทางเภสัชกรรมช่วยลดปัญหาจากการใช้ยาได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า เมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $5.2\pm 1.24$  เป็น  $5.6\pm 0.74$ ) ด้านคุณภาพชีวิตพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีคุณภาพชีวิตด้านกายภาพและด้านจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลคุณภาพชีวิตโดยรวมของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ในเรื่องความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเท่ากับ 1,537.67 USD ซึ่งสูงกว่าค่ารักษาของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริการตามปกติ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 1,332.76 USD ทั้งนี้เนื่องจากเภสัชกรต้องใช้เวลาในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยา และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงยังมีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอีกด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาดำเนินการระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(23) โดย

ปัจจัยที่ใช้ทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท คือ การมีผู้ดูแล การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวนขนานยาทั้งหมด และ ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน (27) นอกจากนี้ การเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย การใช้ยาปรับอารมณ์ การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวล การใช้ยา anticholinergic การได้รับยาจิตเวชรุ่นเก่าที่มีฤทธิ์ออกฤทธิ์ยาว เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (28)

ชนานูช และคณะ (12) ทำการศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังด้านการใช้ยาที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจะมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ( $p=0.002$ ) มีความค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า ( $p=0.009$ ) และความร่วมมือในการใช้ยามากกว่า ( $p<0.001$ ) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นรินทรา และ กฤษณี (11) ทำการศึกษาผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาจากการใช้ยาโดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมด้วย ผลการศึกษาพบว่า การมีเภสัชกรร่วมทีมเยี่ยมบ้านกับสหวิชาชีพมีผลทำให้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ( $p<0.001$ ) และ มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวลดลง ( $p<0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุโลลักษณะ และคณะ (45) ทำการศึกษาผลของการออกเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรมีผลทำให้กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ( $p<0.001$ ) นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

จากการศึกษาพบว่า การบริหารทางเภสัชกรรม ได้แก่ การค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา (11-14) การติดตามการใช้ยา (10) การให้ความรู้เรื่องโรค ยาและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีผลช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น (11-13) ช่วยลดปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย (11-13) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรค ยาและการปฏิบัติตัวที่เพิ่มขึ้น (11)(13-14) ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตลดลง (14) ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงทางจิตลดลง (14) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (11)(14)

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องผลของการบริหารทางเภสัชกรรม ช่องว่างงานวิจัยที่พบได้แก่

2.9.1 ทุกการศึกษาเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาล อาจทำให้ไม่เห็นปัญหาจากการใช้ยาที่บ้าน หรือสภาพความเป็นอยู่ที่เป็นจริง ในกรณีผู้ป่วยไม่ได้นำยาที่เหลือมาด้วย ทำให้ไม่สามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาได้

2.9.2 ส่วนใหญ่เป็นการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยแบบสอบถาม อาจทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง

2.9.3 การติดตามผลหลังให้ intervention 1 เดือน เป็นเวลาที่สั้น อาจทำให้ไม่เห็นผล  
การเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดบางตัว

2.9.4 ขาดการเก็บข้อมูลผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงอาการทางคลินิก

2.9.5 ขาดการประเมินผลด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด และ  
คุณภาพชีวิต

2.9.6 การศึกษาผลของ psychoeducation มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงอาการทาง  
คลินิกของผู้ป่วยแต่ไม่มีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา





### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

#### 3.1 ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) ทำการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า เพื่อศึกษาผลของการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาผลต่อความรู้เรื่องโรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ได้แก่ ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามรหัสการจำแนกโรคตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-V) ดึงข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Hospital information (HI) ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส F20 ถึง F29 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) และได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 1 เดือน โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอยู่ในระยะสงบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินระดับอาการความรุนแรงของอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ที่มีคะแนนรวมน้อยกว่า 37 คะแนน และต้องเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ อ.เขื่องใน จ.อุบลราชธานี

#### 3.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### 3.3.1 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาโรคจิตเภทของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันดังเช่นการศึกษาของ ธรลัทย์ วิริยะสิริสกุลและคณะ (12)

$$n = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

จากการศึกษาของ Valenstein และคณะ (42) ทำการศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยการประเมิน Medication possession ratio (MPR) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา เท่ากับ  $0.91 \pm 0.23$  และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา เท่ากับ  $0.64 \pm 0.33$  ซึ่งนำมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้

$n$  = จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ 0.05 ( $\alpha = 0.05$ )  $Z_{\alpha/2} = 1.96$

อำนาจการทดสอบ (power of test:  $1 - \beta$ ) ที่ 0.80  $Z_{\beta} = 0.84$

$\mu_1$  = คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มทดลอง =  $0.91 \pm 0.23$  (45)

$\mu_2$  = คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มควบคุม =  $0.64 \pm 0.33$  (45)

$(\mu_1 - \mu_2)$  = outcome difference or size of effect = 0.073 (45)

$\sigma^2$  = variance of control = 0.11 (45)

$$n = \frac{2(1.96+0.84)^2 \cdot 0.11^2}{(0.91-0.64)^2}$$

$$n = 23.24$$

เมื่อคิด loss follow up ที่ร้อยละ 25 จะเท่ากับ 5.85 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่จะต้องใช้ทั้งหมด เท่ากับ 29.29 คน ซึ่งในการศึกษานี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

### 3.3.2 วิธีการสุ่ม

ทำการสุ่มเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มชนิดหลายขั้นตอน (multi-stage cluster sampling) โดยมีวิธีการสุ่มดังนี้

3.3.2.1 อำเภอเชียงใหม่นี้มี 18 ตำบล.ในการศึกษานี้เริ่มจากการสุ่มตำบลที่จะเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 8 ตำบล ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้วิธีการจับฉลาก เพื่อจัดเข้าเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 4 ตำบล จากการสุ่มตำบลที่จัดเป็นกลุ่มควบคุมได้แก่ ต.ซีทวน ต.หัวดอน ต.ท่าไห และ ต.นาคำใหญ่ กลุ่มทดลองประกอบด้วย ต.สร้างถ่อ ต.ศรีสุข ต.ยางขึ้นก และ ต.สหธาตุ

3.3.2.2 ทำการเลือกประชากรตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาที่กำหนดไว้แล้วทำการสุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการศึกษาจากแต่ละตำบลด้วยการสุ่มอย่างง่ายใช้วิธีการจับฉลากเพื่อเข้าร่วมการศึกษา

### 3.3.3 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.3.3.1 เกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ถึง 65 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา สำหรับผู้ป่วยจิตเภทต้องมีอาการของโรคอยู่ในระยะสงบ คือ มีผลรวมของ คะแนน BPRS น้อยกว่า 37 คะแนน และมีการใช้ยาในการรักษาอย่างน้อย 1 เดือน และเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขต อ.เชียงใหม่ จ.อุบลราชธานี

3.3.3.2 เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคกำเริบหรือจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยที่ต้องย้ายสถานบริการ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือโอกาสในการฆ่าตัวตายสูง หรือผู้ที่ติดสารเสพติดขั้นรุนแรง

### 3.4 ประเด็นจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 066/2561 วันที่รับรอง 30 เมษายน 2561 วันหมดอายุ 29 เมษายน 2562 และผู้เข้าร่วมการศึกษาเช่นยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

### 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

3.5.1 แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ประเมินโดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยนักวิจัย

ส่วนที่ 5 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

3.5.2 แบบเก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลเรื่อง โรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

(WHOQOL-BREF-THAI)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเป็นภาระ Zarit burden interview (ZBI) ฉบับภาษาไทย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร

โดยเครื่องมือแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย คะแนนการประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษา สิทธิการรักษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และประวัติการแพ้ยา

2. แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว คะแนนการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา สิทธิการรักษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและเพศของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล

3. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา The medication possession ratio (MPR) เป็นการวัดสัดส่วนการใช้ยาของผู้ป่วยตามที่แพทย์สั่ง โดยทำการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา 3 กลุ่ม ได้แก่ ยาต้านอาการทางจิต (antipsychotic drug), ยาระงับอาการวิตกกังวล (anti-anxiety drugs) และยาระงับอาการซึมเศร้า (antidepressant drugs) โดยประเมินความร่วมมือเฉพาะยา รูปแบบเม็ดเท่านั้น สามารถคำนวณได้ตามสูตร

$$\text{Medication Possession Ratio} = \frac{\text{จำนวนยาที่มีการใช้จริง}}{\text{จำนวนยาที่ควรได้รับจริง}}$$

แบ่งระดับความร่วมมือเป็น 2 ระดับ คือ คะแนน MPR  $\geq 0.80$  หมายถึง ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา, คะแนน MPR  $< 0.80$  หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา

4. แบบประเมินปัญหาจากการใช้ยาตามหลักการของ Hepler and Strand (21) ซึ่งแบ่งปัญหาจากการใช้ยาออกเป็น 8 ชนิด ได้แก่ ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาแต่ผู้ป่วยไม่ได้รับยา (Untreated indications), ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาแต่ผู้ป่วยรับประทานยาผิด (Improper drug selection), ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดที่ใช้ในการรักษา (Subtherapeutic dosage), ผู้ป่วยมีปัญหาในการรักษาเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ต้องได้รับ (Failure to receive medication), ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่สูงกว่าขนาดที่ใช้ในการรักษา

(Overdosage), ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reactions), ปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดจากการใช้ยาที่มีอันตรกิริยา (Drug interactions) ระหว่าง ยา กับ ยา, ยา กับ อาหาร หรือ ยา กับ ผลทางห้องปฏิบัติการ, ปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดจากผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา (Medication use without indication) ในการศึกษานี้จะทำการเก็บข้อมูลปัญหาที่พบพร้อมทั้งแนวทางการแก้ไข

5. แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบประเมินวัดระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 18 ข้อ แบ่งระดับการให้คะแนนออกเป็น 7 ตัวเลือก ได้แก่

คะแนนที่ให้ 1 หมายถึง ไม่มีอาการ	คะแนนที่ให้ 2 หมายถึง มีอาการขั้นต่ำ
คะแนนที่ให้ 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย	คะแนนที่ให้ 4 หมายถึงมีอาการปานกลาง
คะแนนที่ให้ 5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง	คะแนนที่ให้ 6 หมายถึงมีอาการรุนแรง
คะแนนที่ให้ 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก	

ผลการประเมินมีคะแนน ตั้งแต่ 18 – 126 คะแนน โดยหากผลการประเมินมีค่าคะแนนรวมมากกว่า 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการของโรคอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยจะถูกคัดออกจากการศึกษา และจะถูกส่งต่อข้อมูลไปยังแพทย์ผู้รับผิดชอบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

6. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย แปลเป็นไทยโดยสุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุลและคณะ (46) มีค่าความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 มีข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 26 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12 และ 24) ด้านจิตใจ (ข้อ 5, 6, 7, 8, 9 และ 23) ด้านสภาพสังคม (ข้อ 13, 14 และ 25) และด้านสิ่งแวดล้อม(ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22) ข้อคำถามประกอบด้วยคำถามด้านบวก 23 คำถามและมีคำถามด้านลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 9 และ 11 ตัวเลือกในการตอบเป็นมาตรฐาน 5 ระดับ ได้แก่

คำถามด้านบวก		คำถามด้านลบ	
ไม่เลย	เท่ากับ 1 คะแนน	ไม่เลย	เท่ากับ 5 คะแนน
เล็กน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน	เล็กน้อย	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน	ปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
มาก	เท่ากับ 4 คะแนน	มาก	เท่ากับ 2 คะแนน
มากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน	มากที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

การแปลผลค่าคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ค่าคะแนน 26 - 60 คะแนน มีภาวะคุณภาพชีวิตต่ำ

ค่าคะแนน 61 – 95 คะแนน มีภาวะคุณภาพชีวิตปานกลาง

ค่าคะแนน 96 – 130 คะแนน มีภาวะคุณภาพชีวิตสูง

7. แบบประเมินความรู้เรื่อง โรค ยา และการดูแลผู้ป่วย ดัดแปลงจากการศึกษาของ ธรลัทย์ วิริยะสิริสกุลและคณะ (10) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 คะแนน ทำการความเชื่อมั่น โดยวิธีการคูเตอร์ริชาร์ดสัน-20 ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ใน ต. บ้านกอก อ.เขื่องใน จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 โดยแบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็นคำถาม ด้านบวกจำนวน 16 ข้อและคำถามด้านลบจำนวน 4 ข้อ วิธีการตอบคำถามมีให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ “ถูกต้อง” “ไม่ถูกต้อง” หรือ “ไม่รู้” แบบวัดความรู้คะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปลค่า คะแนนออกเป็น 3 ช่วงได้แก่

ค่าคะแนน 0 - 7 คะแนน มีความรู้น้อย

ค่าคะแนน 8 - 14 คะแนน มีความรู้ปานกลาง

ค่าคะแนน 15 - 20 คะแนน มีความรู้มาก

8. แบบประเมินความเป็นภาระ Zarit burden interview (ZBI) ฉบับภาษาไทย ใช้แบบประเมินที่แปลเป็นไทยโดยอรรพรรณ ศิลปกิจ (24) มีค่าความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) เท่ากับ 0.89 ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ มีช่วงคะแนน 0 – 88 คะแนน ตัวเลือกในการตอบเป็นมาตรฐาน 5 ระดับ ได้แก่

ไม่เคยเลย เท่ากับ 0 คะแนน

นาน ๆ ครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

เป็นครั้งคราว เท่ากับ 2 คะแนน

บ่อย ๆ เท่ากับ 3 คะแนน

ประจำ เท่ากับ 4 คะแนน

การแปลผลค่าคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ค่าคะแนน 0 - 20 คะแนน ไม่รู้สึกเป็นภาระหรือเป็นภาระน้อยมาก

ค่าคะแนน 21 - 40 คะแนน รู้สึกเป็นภาระน้อยถึงปานกลาง

ค่าคะแนน 41 - 60 คะแนน รู้สึกเป็นภาระปานกลางถึงมาก

ค่าคะแนน 61 - 88 คะแนน รู้สึกเป็นภาระมาก

9. แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST - 20) เป็นแบบประเมินความเครียดที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ ทำการทดสอบ Concurrent validity ได้ค่ามากกว่า 0.27 และทำการทดสอบความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) มากกว่า 0.7 ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มีตัวเลือกในการตอบเป็นมาตรฐาน 5 ระดับ ได้แก่

ไม่รู้สึกรุนแรง	เท่ากับ	1	คะแนน
เครียดเล็กน้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
เครียดปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
เครียดมาก	เท่ากับ	4	คะแนน
เครียดมากที่สุด	เท่ากับ	5	คะแนน
ไม่ตอบ	เท่ากับ	0	คะแนน

การแปลผลค่าคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

คะแนน 0 – 24 คะแนน มีความเครียดน้อย

คะแนน 25 – 42 คะแนน มีความเครียดปานกลาง

คะแนน 43 – 62 คะแนน มีความเครียดสูง

คะแนน 63 ขึ้นไป มีความเครียดรุนแรง

ในกรณีผู้ดูแลที่มีความเครียดระดับรุนแรงจะได้รับการส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลจิตเวชเพื่อให้การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อลดระดับความเครียดที่เกิดขึ้น

10. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการเภสัชกรรม ดัดแปลงจากการศึกษาของ จิตรา เกณฑ์กระโทก (43) ที่ทำการประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยแบบสอบถามมี 7 ข้อ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่

น้อยที่สุด	เท่ากับ	1	คะแนน
น้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
มาก	เท่ากับ	4	คะแนน
มากที่สุด	เท่ากับ	5	คะแนน

การแปลผล จะใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย เป็น 5 ช่วง ได้แก่

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีความพอใจระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีความพอใจมากที่สุด

11. สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามจำนวน 3 ท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทและการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย โดยเอการประกอบด้วย เนื้อหา 3 ส่วน ได้แก่

11.1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ได้แก่ ความรู้เรื่องอาการและสาเหตุของโรค ผลกระทบของโรค เป้าหมายและแนวทางในการรักษา

11.2 ความรู้เรื่องการรักษาในระยะเฉียบพลัน ระยะคงสภาพ และระยะสงบ ได้แก่ ผู้ดูแลทราบถึงกระบวนการรักษาโรคจิตเภทในระยะต่างๆ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท ความสำคัญของการรักษาในระยะคงสภาพและระยะคงที่และแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท

11.3 ความรู้เรื่องยา ได้แก่ วิธีการใช้ยา ปฏิกริยาระหว่าง ยา-ยา ยา-อาหารและอาหารไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและแนวทางแก้ไขการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

### 3.6 วิธีดำเนินการวิจัย

3.6.1 ทบทวนวรรณกรรม

3.6.2 เลือกและออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.6.3 ตรวจสอบความถูกต้อง (validity) ของคู่มือการใช้ยาจิตเภทเรื้อรังในชุมชน โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบโครงสร้างและเนื้อหาของคู่มือและ ความเที่ยงตรง (reliability) ของแบบประเมินความรู้เรื่อง โรค ยา และการดูแลผู้ป่วย ในดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ใน ต. บ้านกอก อ.เชียงใน จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

3.6.4 รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษาโดยดึงข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Hospital information (HI) ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส F20.0 ถึง F29 ตาม เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10)

3.6.5 ทำการสุ่มเลือกตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มชนิดหลายขั้นตอน (multi-stage cluster sampling) เกสัชกรผู้วิจัยแนะนำตัวและอธิบายรายละเอียดงานวิจัยให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับทราบ

3.6.6 ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.6.7 ทำการเก็บข้อมูล

3.6.7.1 กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล โดยประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

(1) ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่คลินิกจิตเวช

(2) พยาบาลทำการซักประวัติผู้ป่วย

(3) พยาบาล/เกสัชกรผู้วิจัยประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต



(4) เกสัชกรผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และ ให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม

(5) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แพทย์/พยาบาลวิชาชีพ

(6) ผู้ป่วยรับบริการจ่ายยา ให้คำแนะนำการใช้ยา ค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่ห้องยาโดยเภสัชกรแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการเก็บข้อมูลในครั้งแรกที่เข้าร่วมการวิจัย และหลังจากนั้นจะได้รับการเก็บข้อมูลอีกครั้งเมื่อมาตามนัดที่โรงพยาบาลในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 ถัดมา ในกรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถมาโรงพยาบาลพร้อมกับผู้ป่วยในวันนัด เกสัชกรผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลผู้ดูแลโดยการโทรศัพท์สัมภาษณ์ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ผู้ดูแลให้ไว้ในตอนต้น

3.6.7.2 กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล ได้แก่ ตรวจรักษาโดยแพทย์/พยาบาลที่คลินิกจิตเวช และรับบริการจ่ายยา ให้คำแนะนำการใช้ยา ค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่ห้องยาโดยเภสัชกรแผนกผู้ป่วยนอก ร่วมกับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรผู้วิจัย จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่

ตาราง 2 วิธีการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

ครั้งที่	รายละเอียด
ครั้งที่ 1	
ด้านผู้ป่วย	กิจกรรม
วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย	1. เก็บข้อมูลผู้ป่วยทั่วไป
ระยะเวลาที่ใช้ ประมาณ 30 นาที	2. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตโดยพยาบาล
	3. ประเมินการความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และแก้ไขปัญหที่พบโดยเภสัชกรผู้วิจัย
ด้านผู้ดูแล	กิจกรรม
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ดูแล	1. เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล
ระยะเวลาที่ใช้ ประมาณ 45 – 60 นาที	2. ประเมินความรู้ คุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียดโดยเภสัชกรผู้วิจัย
	3. ให้ความรู้เรื่องโรค ยาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเภสัชกรผู้วิจัย
	4. ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล

## ตาราง 2 (ต่อ)

ครั้งที่	รายละเอียด
ครั้งที่ 2	
<p>ด้านผู้ป่วย</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามการใช้จ่ายของผู้ป่วย</p> <p>ระยะเวลาที่ใช้ ประมาณ 30 นาที</p>	<p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต โดยพยาบาล</li> <li>2. ประเมินการความร่วมมือในการใช้จ่าย ปัญหาจากการใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แก้ไขปัญหาที่พบโดยเภสัชกรผู้วิจัย</li> </ol>
<p>ด้านผู้ดูแล</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ดูแล</p> <p>ระยะเวลาที่ใช้ ประมาณ 45 – 60 นาที</p>	<p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินความรู้ คุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียดโดยเภสัชกรผู้วิจัย</li> <li>2. ตอบปัญหาข้อสงสัยในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>3. ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล</li> </ol>
ครั้งที่ 3	
<p>ด้านผู้ป่วย</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามการใช้จ่ายของผู้ป่วย</p> <p>ระยะเวลาที่ใช้ ประมาณ 30 นาที</p>	<p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต โดยพยาบาล</li> <li>2. ประเมินการความร่วมมือในการใช้จ่าย ปัญหาจากการใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แก้ไขปัญหาที่พบ โดยเภสัชกรผู้วิจัย</li> </ol>
<p>ด้านผู้ดูแล</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ดูแล</p> <p>ระยะเวลาที่ใช้ ประมาณ 45 – 60 นาที</p>	<p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินความรู้ คุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียดโดยเภสัชกรผู้วิจัย</li> <li>2. ตอบปัญหาข้อสงสัยในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>3. ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล</li> </ol>

3.6.7.3 ทีมออกเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย เภสัชกร พยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน โดยแต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

(1) เภสัชกร เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายทิพย์ สุทธิรักษา ซึ่งอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คณะเภสัช

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และผ่านการอบรมการประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน BPRS จากพยาบาลจิตเวช โดยเภสัชกรผู้วิจัยมีหน้าที่ในการติดตามประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาจากการใช้ยา ประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องโรค ยาและการดูแลผู้ป่วย

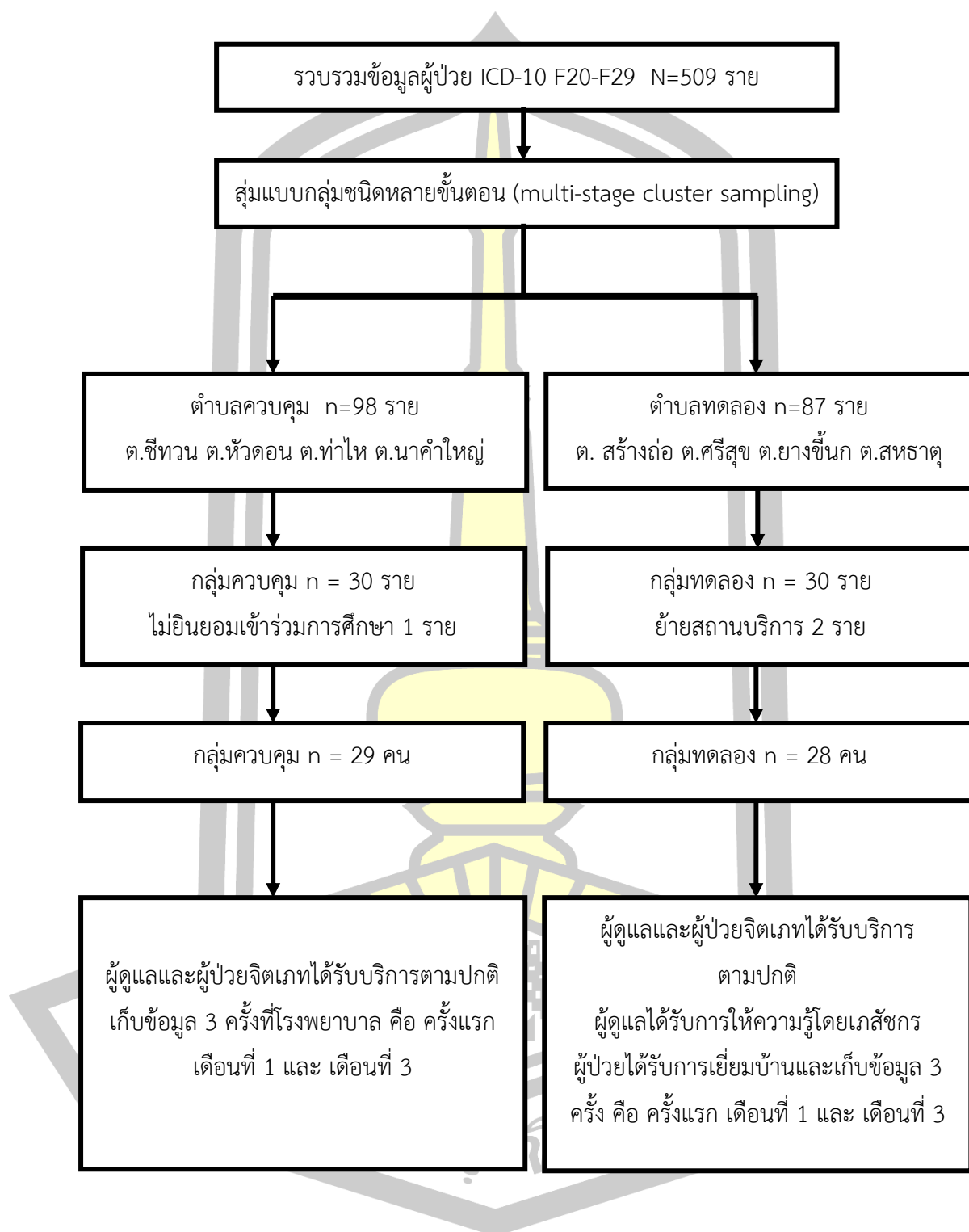
(2) พยาบาล ทำหน้าที่ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และช่วยเหลือดูแลในการตอบแบบสอบถาม

(3) อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ทำหน้าที่เป็นผู้นำทางในการเยี่ยมบ้าน

### 3.6.8 รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล



## 3.7 แผนภูมิการดำเนินงาน



ภาพประกอบ 4 แผนภูมิการดำเนินงานวิจัย

### 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.8.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ตัวแปรแบบกลุ่ม ได้แก่ เพศ สิทธิการรักษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และประวัติ การแพ้ยา นำเสนอข้อมูลในรูปแบบ ความถี่ ร้อยละและวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ น้ำหนัก รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย คะแนนการประเมิน BPRS และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษา นำเสนอข้อมูลในรูปแบบ ค่าเฉลี่ย  $\pm$  SD และวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test และ ในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวไม่ปกติ จะใช้สถิติ Mann-Whitney U test

3.8.2 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ตัวแปรแบบกลุ่ม ได้แก่ เพศ สิทธิการรักษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วยและเพศของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล นำเสนอข้อมูลในรูปแบบ ความถี่ ร้อยละและวิเคราะห์ ข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Chi-square test ตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว คะแนนการ ประเมิน BPRS ของผู้ป่วยและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา นำเสนอข้อมูลในรูปแบบ ค่าเฉลี่ย  $\pm$  SD และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ independent t-test และ ในกรณีที่ข้อมูลมีการ กระจายตัวไม่ปกติ จะใช้สถิติ Mann-Whitney U test

3.8.3 แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบ ค่าเฉลี่ย  $\pm$  SD เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent t-test กรณีข้อมูลกระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ 3 ด้วยสถิติ Paired t test กรณีข้อมูล กระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

3.8.4 ความร่วมมือในการใช้ยาวัดผล โดย The medication possession ratio (MPR) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบ ค่าเฉลี่ย  $\pm$  SD และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลองด้วยสถิติ independent t-test กรณีข้อมูลกระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U เปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มระหว่างก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ 3 ด้วยสถิติ Paired t test กรณีข้อมูลกระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

3.8.5 ปัญหาจากการใช้ยา นำเสนอข้อมูลในรูปแบบ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Chi-square test เปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ 3 ด้วยสถิติ Paired t test กรณีข้อมูล กระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ McNemar Chi-square

3.8.6 ความรู้เรื่อง โรค ยา และการปฏิบัติตัว นำเสนอข้อมูลในรูปแบบ ค่าเฉลี่ย  $\pm$  SD เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent t-test กรณีข้อมูลกระจายตัวไม่ปกติ จะใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มระหว่างก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ 3 ด้วยสถิติ Paired t test กรณีข้อมูลกระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

3.8.7 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติ นำเสนอข้อมูลในรูปแบบ ค่าเฉลี่ย  $\pm$  SD เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent t-test กรณีข้อมูลกระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มระหว่างก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ 3 ด้วยสถิติ Paired t test กรณีข้อมูลกระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

3.8.8 แบบประเมินความเป็นภาระ Zarit burden interview (ZBI) ฉบับภาษาไทย นำเสนอข้อมูลในรูปแบบ ค่าเฉลี่ย  $\pm$  SD เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent t-test กรณีข้อมูลมีการกระจายตัวไม่ปกติ จะใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มระหว่างก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ 3 ด้วยสถิติ Paired t test กรณีข้อมูลกระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

3.8.9 แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST – 20) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบ ค่าเฉลี่ย  $\pm$  SD เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent t-test กรณีข้อมูลกระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มระหว่างก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ 3 ด้วยสถิติ Paired t test กรณีข้อมูลกระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

3.8.10 แบบวัดความพึงพอใจ นำเสนอข้อมูลในรูปแบบค่าเฉลี่ย  $\pm$  SD เปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มระหว่างก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ 3 ด้วยสถิติ Paired t test กรณีข้อมูลกระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

พหุ ประถมศึกษา

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปราย

การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) ทำการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า เพื่อศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน โดยแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน ต่อความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา ความรุนแรงของอาการทางจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 ผลการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลต่อ ความรู้เรื่องโรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 4.1 ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภท

##### 4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 57 ราย ถูกสุ่มเข้าร่วมกลุ่มควบคุม 29 ราย และกลุ่มทดลอง 28 ราย จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มควบคุม เท่ากับ ร้อยละ 55.17 และ กลุ่มทดลอง เท่ากับ ร้อยละ 67.86 อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม เท่ากับ  $42.97 \pm 9.86$  ปี และ กลุ่มทดลอง เท่ากับ  $47.57 \pm 9.78$  ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่สถานภาพโสด กลุ่มควบคุม ร้อยละ 68.97 และ กลุ่มทดลองร้อยละ 50.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษา กลุ่มควบคุม ร้อยละ 68.97 และ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 64.29 ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.07 ขณะที่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.86 ประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มควบคุมไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 58.62 และกลุ่มทดลองไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 42.86 ประวัติการดื่มสุรา กลุ่มควบคุมไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 55.17 และ กลุ่มทดลองไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 42.86 ประวัติการใช้สารเสพติด กลุ่มควบคุมไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 86.21 และ กลุ่มทดลอง ไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 75.00 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุม เท่ากับ  $2,058.62 \pm 5,437.27$  บาท กลุ่มทดลอง เท่ากับ  $1,153.57 \pm 933.13$  บาท และจากการเก็บข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีประวัติแพ้ยา ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	p-value
<b>เพศ</b>			0.325 <sup>a</sup>
ชาย	16(55.17)	19(67.86)	
หญิง	13(44.83)	9(32.14)	
<b>อายุเฉลี่ย(ปี) (Mean±SD)</b>	42.97±9.86	47.57±9.78	0.135 <sup>b</sup>
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>) (Mean±SD)</b>	22.90± 3.80	21.95±3.95	0.411 <sup>b</sup>
<b>สิทธิการรักษา</b>			N/A
บัตรทอง	29(100.00)	28(100.00)	
<b>สถานภาพการสมรส</b>			0.148 <sup>a</sup>
โสด	20(68.97)	14(50.00)	
คู่	7(24.14)	7(25.00)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2(6.90)	7(25.00)	
<b>ระดับการศึกษา</b>			0.380 <sup>a</sup>
ประถมศึกษา	20(68.97)	18(64.29)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	5(17.24)	4(14.29)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1(3.45)	5(17.86)	
ปวส/อนุปริญญา	1(3.45)	0(0.00)	
ปริญญาตรี	2(6.90)	1(3.57)	

<sup>a</sup>chi-square, <sup>b</sup>Mann-Whitney U test

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว



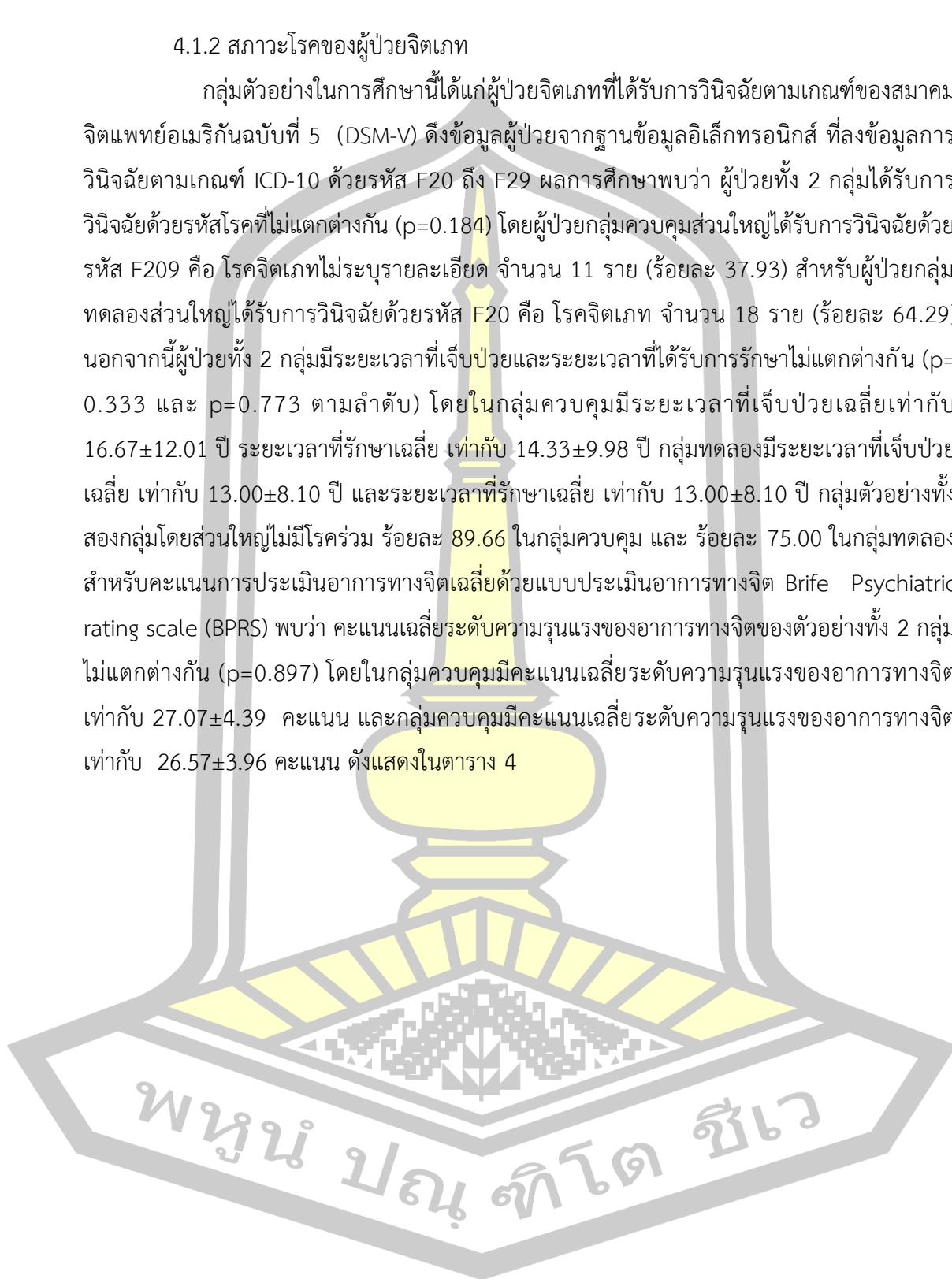
ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	p-value
อาชีพ			0.172 <sup>a</sup>
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18(62.07)	10(35.71)	
ค้าขาย	1(3.45)	0(0.00)	
รับจ้าง	1(3.45)	4(14.29)	
เกษตรกรรม	7(24.14)	12(42.86)	
อื่นๆ	2(6.90)	2(7.14)	
การสูบบุหรี่			0.336 <sup>a</sup>
ไม่สูบ	17(58.62)	12(42.86)	
สูบ	8(27.59)	13(46.43)	
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	4(13.79)	3(10.71)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (Mean±SD)	2,058.62±5,437.27	1,153.57±933.13	0.986 <sup>b</sup>
การดื่มสุรา			0.442
ไม่ดื่ม	16(55.17)	12(42.86)	
ดื่ม	6(20.69)	10(35.71)	
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	7(24.14)	6(21.43)	
การใช้สารเสพติด			0.331 <sup>c</sup>
ใช้	0(0.00)	0(0.00)	
ไม่ใช้	25(86.21)	21(75.00)	
เคยแต่เลิกแล้ว	4(13.79)	7(25.00)	
ประวัติการแพทย์			N/A
ไม่มี	29(100.00)	28(100.00)	
มี	0(0)	0(0)	

<sup>a</sup>chi-square, <sup>b</sup>Mann-Whitney U test, <sup>c</sup>Fisher's Exact Test

#### 4.1.2 สภาวะโรคของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-V) ดึงข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่ลงข้อมูลการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 ด้วยรหัส F20 ถึง F29 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสโรคที่ไม่แตกต่างกัน ( $p=0.184$ ) โดยผู้ป่วยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส F209 คือ โรคจิตเภทไม่ระบุรายละเอียด จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 37.93) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส F20 คือ โรคจิตเภท จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 64.29) นอกจากนี้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยและระยะเวลาที่ได้รับการรักษาไม่แตกต่างกัน ( $p=0.333$  และ  $p=0.773$  ตามลำดับ) โดยในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ  $16.67 \pm 12.01$  ปี ระยะเวลาที่รักษาเฉลี่ย เท่ากับ  $14.33 \pm 9.98$  ปี กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย เท่ากับ  $13.00 \pm 8.10$  ปี และระยะเวลาที่รักษาเฉลี่ย เท่ากับ  $13.00 \pm 8.10$  ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 89.66 ในกลุ่มควบคุม และ ร้อยละ 75.00 ในกลุ่มทดลอง สำหรับคะแนนการประเมินอาการทางจิตเฉลี่ยด้วยแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric rating scale (BPRS) พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p=0.897$ ) โดยในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเท่ากับ  $27.07 \pm 4.39$  คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเท่ากับ  $26.57 \pm 3.96$  คะแนน ดังแสดงในตาราง 4



ตาราง 4 ชนิดของผู้ป่วยจิตเภทและประวัติการเจ็บป่วย

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	p- value
<b>ชนิดโรคจิตเภทตามหลักการวินิจฉัยโรคของ ICD-</b>			0.184 <sup>a</sup>
F20 โรคจิตเภท	10(34.48)	18(64.29)	
F200 โรคจิตเภทแบบระแวง	1(3.45)	2(7.14)	
F201 โรคจิตเภทแบบฮิปฟรีเนีย	1(3.45)	0(0.00)	
F209 โรคจิตเภทไม่ระบุรายละเอียด	11(37.93)	8(28.57)	
F239 โรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว ไม่ระบุ	1(3.45)	0(0)	
F252 ความผิดปกติแบบโรคจิตกึ่งอารมณ์	1(3.45)	0(0)	
<b>แปรปรวนชนิดปนกัน</b>			
F259 ความผิดปกติแบบโรคจิตกึ่งอารมณ์	2(6.90)	0(0)	
<b>แปรปรวนไม่ระบุรายละเอียด</b>			
F29 โรคจิตที่ไม่ระบุรายละเอียดและไม่ได้เกิดจาก	2(3.90)	0(0)	
<b>โรคทางกาย</b>			
<b>ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี) (Mean, ±SD)</b>	16.67±12.01	13.00±8.10	0.333 <sup>b</sup>
<b>ระยะเวลาที่รักษา (ปี) (Mean, ±SD)</b>	14.33±9.98	13.00±8.10	0.773 <sup>b</sup>
<b>โรคร่วมอื่นๆ</b>			0.179 <sup>c</sup>
ไม่มี	26(89.66)	21(75.00)	
มี	3(10.34)	7(25.00)	
<b>โรคที่เป็นร่วม</b>			
ความดันโลหิตสูง	3(10.34)	3(10.71)	0.648 <sup>c</sup>
เบาหวาน	0(0)	2(7.14)	0.237 <sup>c</sup>
เก๊าท์	0(0)	1(3.57)	0.491 <sup>c</sup>
หอบหืด	0(0)	1(3.57)	0.491 <sup>c</sup>
ไขมันในเลือด	1(3.45)	2(7.14)	0.611 <sup>c</sup>
<b>คะแนนการประเมินอาการทางจิต (คะแนน)</b>	27.07±4.39	26.57±3.96	0.683 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>chi-square, <sup>b</sup>Mann-Whitney U test, <sup>c</sup>Fisher's Exact Test

#### 4.1.3 ข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ใช้ยารักษาโรคจิตรุ่นเก่า ยาที่ใช้มากที่สุดในกลุ่มควบคุม ได้แก่ Chlorpromazine และ Perphenazine มีผู้ป่วยใช้ยา ชนิดละ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.93 ในกลุ่มทดลองยาที่ใช้มากที่สุด คือ Haloperidol มีผู้ใช้จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.86 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลการใช้ยาที่ไม่แตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) สำหรับยาอื่น ๆ ที่ใช้ร่วมกับยารักษาโรคจิตเภท พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการใช้ยา Trihexyphenidyl เพื่อใช้รักษาและป้องกันอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Extrapyramidal symptom: EPS) โดยพบจำนวน 24 ราย (ร้อยละ 82.76) ในกลุ่มควบคุม และพบจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 89.29) ในกลุ่มทดลอง

เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีการใช้ยาด้านโรคจิตและยาร่วมชนิดอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

รายการยา	กลุ่มควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	p-value
<b>ยารักษาโรคจิต</b>			
<b>ยารักษาโรคจิตรุ่นเก่า</b>			
Chlorpromazine	11(37.93)	11(39.29)	0.916 <sup>a</sup>
Thioridazine	1(34.50)	0(0)	1.000 <sup>b</sup>
Flupenthixol decanoate	1(34.50)	1(3.57)	1.000 <sup>b</sup>
Haloperidol	7(24.14)	12(42.86)	0.167 <sup>b</sup>
Perphenazine	11(37.93)	8(28.57)	0.454 <sup>a</sup>
Fluphenazine decanoate	8(27.59)	8(28.57)	0.707 <sup>a</sup>
Trifluoperazine	0(0)	1(3.57)	0.419 <sup>b</sup>
<b>ยารักษาโรคจิตรุ่นใหม่</b>			
Risperidone	8(27.59)	4(14.29)	0.218 <sup>a</sup>
Clozapine	5(17.24)	1(3.57)	0.194 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>chi-square, <sup>c</sup>Fisher's Exact Test

ตาราง 5 ข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

รายการยา	กลุ่มควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	p-value
<b>ยาอื่นๆที่ใช้ร่วม</b>			
Trihexyphenidyl	24(82.76)	25(89.29)	0.478 <sup>a</sup>
Propranolol	0(0)	3(10.71)	0.112 <sup>b</sup>
Clonazepam	2(6.90)	0(0)	0.491 <sup>b</sup>
Lorazepam	13(44.83)	8(28.57)	0.203 <sup>a</sup>
Amitriptyline	1(3.45)	3(10.71)	0.352 <sup>b</sup>
Trazodone	1(3.45)	2(7.14)	0.611 <sup>a</sup>
Fluoxetin	3(10.34)	2(7.14)	1.000 <sup>b</sup>
Sertarline	1(3.45)	1(3.57)	0.980 <sup>a</sup>
Valproic acid	4(13.79)	0(0)	0.112 <sup>b</sup>
HCTZ	0(0)	2(7.14)	0.237 <sup>b</sup>
Enalapril	2(6.9)	1(3.57)	1.000 <sup>b</sup>
Amlodipine	0(0)	1(3.57)	0.491 <sup>b</sup>
Metformine	0(0)	2(7.14)	0.237 <sup>b</sup>
Glipizide	0(0)	1(3.57)	0.491 <sup>b</sup>
Simvastatin	1(3.45)	3(10.71)	0.352 <sup>b</sup>
Gemfibrozil	1(3.45)	0(0)	1.000 <sup>b</sup>
Omeprazole	0(0)	2(7.14)	0.237 <sup>b</sup>
Colchicine	0(0)	1(3.57)	0.491 <sup>b</sup>
Allopurinol	0(0)	1(3.57)	0.49 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> chi-square , <sup>b</sup> Fisher's Exact Test

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนรายการยาที่ใช้ต่อผู้ป่วย 1 ราย ไม่แตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ใช้ยา 3 รายการต่อคน โดยในกลุ่มควบคุมพบ 9 ราย (ร้อยละ 31.03) และกลุ่มทดลอง พบ 13 ราย (ร้อยละ 46.43) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวันต่อผู้ป่วยหนึ่งรายระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จำนวนรายการยาต่อวันต่อคน	จำนวนคน(ร้อยละ)		p-value <sup>a</sup>
	กลุ่มควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	
1	2(6.90)	1(3.57)	1.000
2	6(20.69)	9(32.14)	0.379
3	9(31.03)	13(46.43)	0.283
4	9(31.03)	3(10.71)	0.103
5	3(10.34)	1(3.57)	0.611

<sup>a</sup>Fisher's Exact Test

#### 4.1.4 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อทำการเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.04$ ) หลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ( $p=0.097$  และ  $0.576$  ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.032$  และ  $p=0.010$  ตามลำดับ) จากคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยก่อนการศึกษา เท่ากับ  $0.80\pm 0.184$  เป็น  $0.86\pm 0.12$  ในเดือนที่ 1 และ  $0.89\pm 0.09$  ในเดือนที่ 3 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ในเดือนที่ 1 ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.038$ ) จาก  $0.90\pm 0.15$  เป็น  $0.81\pm 0.20$  ในเดือนที่ 1 และ  $0.89\pm 0.14$  ในเดือนที่ 3 ดังแสดงในตาราง 7

เมื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น พบว่า ในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.004$  และ  $p=0.008$  ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยในเดือนที่

1 และ เดือนที่ 3 เพิ่มขึ้น  $0.06 \pm 0.12$  และ  $0.09 \pm 0.12$  ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยลดลง  $0.09 \pm 0.23$  และ  $0.01 \pm 0.24$  ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 8

การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้านมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นทั้งในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3

ตาราง 7 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

MPR (Mean, $\pm$ SD)	ก่อนการ ศึกษา	หลังการศึกษา		p-value ภายในกลุ่มระหว่าง ก่อนศึกษาเทียบกับ <sup>b</sup>	
		เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3
กลุ่มควบคุม n=29	$0.90 \pm 0.15$	$0.81 \pm 0.2$	$0.89 \pm 0.14$	0.038	0.537
กลุ่มทดลอง n=28	$0.80 \pm 0.184$	$0.86 \pm 0.12$	$0.89 \pm 0.09$	0.032	0.010
p-value <sup>a</sup>	0.044	0.097	0.576		

<sup>a</sup>Mann-Whitney U test, <sup>b</sup>Wilcoxon signed rank test

ตาราง 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

เปรียบเทียบ	ความร่วมมือในการใช้ยา (Mean $\pm$ SD)		p-value ภายใน กลุ่ม <sup>a</sup>
	เดือนที่ 1-ก่อนศึกษา	เดือนที่ 3-ก่อนศึกษา	
กลุ่มควบคุม	$-0.09 \pm 0.23$	$-0.01 \pm 0.24$	0.206
กลุ่มทดลอง	$0.06 \pm 0.12$	$0.09 \pm 0.12$	0.016
p-value <sup>b</sup>	0.004	0.008	

<sup>a</sup>Wilcoxon signed rank test, <sup>b</sup>Mann-Whitney U test

#### 4.1.5 ประสิทธิภาพและความถี่ของปัญหาจากการใช้ยา

จากการเก็บข้อมูลก่อนการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีปัญหาจากการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.01$ ) พบปัญหาจากการใช้ยาจำนวนทั้งสิ้น 50 ครั้ง คิดเป็น 1.79 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ เกิดอาการข้างเคียงจากยา พบจำนวน 18 ครั้ง (คิดเป็น 0.64 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย) อันดับสอง ได้แก่ การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา พบ 13 ครั้ง (คิดเป็น 0.46 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย) และอันดับสาม คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

พบจำนวน 11 ครั้ง (คิดเป็น 0.43 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย) โดยพบผู้ป่วย 4 รายหยุดรับประทานยา เพราะเมาสุรา และ ผู้ป่วย 4 รายหยุดรับประทานยาเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและยาที่ใช้ โดยผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเองเมื่อไม่มีอาการหิวแหว่ ประสาทหลอนและไม่มีปัญหาการนอนหลับ และผู้ป่วย 2 รายหยุดรับประทานยาเพราะฤทธิ์ anticholinergic effect นอกจากนี้ปัญหาจากการใช้ยาอื่น ๆ ที่พบ คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้สำหรับป้องกันอาการหรือโรค พบ 3 ครั้ง (คิดเป็น 0.11 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย) ปัญหาที่พบได้แก่ผู้ป่วย 2 ราย มีปัญหาตอนกลางคืนไม่ยอมนอนลุกเดินไปมาและไม่ได้รับยาสำหรับบรรเทาอาการนอนไม่หลับ และผู้ป่วย 1 ราย เกิดอาการ EPS แต่ไม่ได้รับยา trihexyphenydyd บรรเทาอาการ นอกจากนี้นี้ยังพบปัญหาผู้ป่วยใช้ยาในขนาดน้อยรับประทานไป 2 ครั้ง (คิดเป็น 0.07 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย) เนื่องจากยาเปลี่ยนความแรงชนิดยา คือ Perphenazine ใช้ยาขนาดมารับประทานไป พบ 2 ครั้ง (คิดเป็น 0.07 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย) เนื่องจากมีอาการนอนไม่หลับจึงรับประทานยาต้านโรคจิตเพิ่ม ชนิดยาคือ Chlorpromazine วิธีบริหารยาของผู้ป่วยไม่เหมาะสมพบ 1 ราย(คิดเป็น 0.04 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย) โดยผู้ป่วยรับประทานยาต้านโรคจิตตอนเช้า ทำให้ระหว่างวันคนไข้มีอาการง่วงซึมและนอนทั้งวัน ในส่วนตอนกลางคืนจึงเกิดอาการนอนไม่หลับ

ส่วนกลุ่มควบคุมพบปัญหาจากการใช้ยา จำนวน 28 ครั้ง คิดเป็น 0.97 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา จำนวน 18 ครั้ง (คิดเป็น 0.62 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย) รองลงมา คือ อันตรกิริยาระหว่าง ยา-อาหาร พบ 5 ครั้ง (คิดเป็น 0.17 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย) ปัญหาอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา 1 ครั้ง (คิดเป็น 0.03 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย) หยุดรับประทานยาเนื่องจากเมาสุรา เกสัชกรจ่ายยาไม่ครบ 3 ครั้ง (คิดเป็น 0.10 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย) เนื่องจากพยาบาลสั่งจำนวนยาไม่ครบตามวันนัด 2 ครั้ง และอีก 1 ครั้งเกิดจากพยาบาลสั่งยาแต่ไม่ลงจำนวนทำให้พิมพ์ฉลากยาไม่ออกผู้ป่วยไม่ได้รับยา เกิดอันตรกิริยาระหว่าง ยา-ยา 1 ครั้ง (คิดเป็น 0.03 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า ในเดือนที่ 1 และ 3 กลุ่มทดลองมีปัญหาจากการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) จากปัญหาจากการใช้ยา 50 ครั้ง เหลือ 25 ครั้ง ในเดือนที่ 1 และ 24 ครั้ง ในเดือนที่ 3 โดยปัญหาที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ คือ ปัญหาผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดลงในเดือนที่ 1 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ในส่วนการ เปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุม พบว่า จำนวนปัญหาจากการใช้ยาในเดือนที่ 1 และ 3 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.357$  และ  $p = 0.439$  ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับการเก็บข้อมูลในครั้งแรกก่อนการศึกษา ดังแสดงในตาราง 9



ตาราง 9 ปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท

	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษาเดือนที่ 1			หลังการศึกษาเดือนที่ 3			p-value ภายใต้วงเทียบก่อนการศึกษา		
	จำนวน(สัดส่วน)		p-value	จำนวน(สัดส่วน)		p-value	จำนวน(สัดส่วน)		p-value	กลุ่มควบคุม n=29		กลุ่มทดลอง n=28
	ควบคุม(n=29)	ทดลอง(n=28)		ควบคุม(n=29)	ทดลอง(n=28)		ควบคุม(n=29)	ทดลอง(n=28)		เดือน 1	เดือน 3	
1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควร	0(0)	3(0.11)	0.112 <sup>f</sup>	0(0)	0(0)	N/A	1(0.03)	0(0)	0.322 <sup>f a</sup>	N/A	1.000 <sup>c</sup>	1.000 <sup>c</sup>
- ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อย	0(0)	2(0.07)	0.237 <sup>f</sup>	0(0)	0(0)	N/A	1(0.03)	0(0)	0.322 <sup>f</sup>	1.000 <sup>d</sup>	0.317 <sup>d</sup>	0.157 <sup>d</sup>
- ใช้ยาไม่ขนาดต่ำ	1(0.03)	10(0.36)	0.002 <sup>f f f</sup>	0(0)	2(0.07)	0.143 <sup>f a</sup>	3(0.10)	0(0)	0.080 <sup>f</sup>	0.317 <sup>d</sup>	1.000 <sup>d</sup>	0.002 <sup>d</sup>
4. ผู้ป่วยไม่รับยาตาม	3(0.34)	1(0.004)	0.611 <sup>f f</sup>	1(0.003)	0(0)	0.322 <sup>f a</sup>	0(0)	0(0)	N/A	0.157 <sup>d</sup>	0.083 <sup>d</sup>	0.317 <sup>d</sup>
4.1. ผู้ป่วยไม่ให้ความ	0(0)	2(0.070)	0.237 <sup>f</sup>	1(0.03)	0(0)	0.322 <sup>f a</sup>	0(0)	0(0)	N/A	1.000 <sup>d</sup>	N/A	0.157 <sup>d</sup>
4.2. เกิดการจ่ายยาไม่	0(0)	1(0.040)	0.491 <sup>f</sup>	0(0)	0(0)	N/A	0(0)	0(0)	N/A	N/A	N/A	1.000 <sup>d</sup>
5. ผู้ป่วยได้รับยาที่	18(0.62)	18(0.64)	0.862 <sup>a</sup>	14(0.48)	16(0.57)	0.503 <sup>a a</sup>	13(0.45)	13(0.46)	0.903 <sup>a a</sup>	0.157 <sup>c</sup>	<0.001 <sup>c</sup>	<0.001 <sup>c</sup>
5.1. ใช้ขนาดสูง	1(0.03)	4(0.18)	0.194 <sup>f f</sup>	1(0.03)	4(0.14)	0.148 <sup>f a</sup>	1(0.03)	4(0.14)	0.148 <sup>f a</sup>	1.000 <sup>c</sup>	1.000 <sup>c</sup>	1.000 <sup>c</sup>
5.5. วิธีบริหารยาไม่	5(0.17)	9(0.)	0.230 <sup>a</sup>	6(0.21)	8(0.29)	0.490 <sup>a 0 a</sup>	6(0.21)	7(0.25)	0.698 <sup>a</sup>	0.317 <sup>c</sup>	0.317 <sup>c</sup>	0.157 <sup>c</sup>
6. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6.1. เกิดอาการข้างเคียง	28(0.97)	50(1.79)	0.013 <sup>b</sup>	23(0.79)	30(1.07)	0.315 <sup>b</sup>	25(0.86)	24(0.86)	0.966 <sup>b</sup>	0.357 <sup>d</sup>	0.439 <sup>d</sup>	<0.001 <sup>d</sup>
7. ผู้ป่วยเกิดอันตรกริยา	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.1. อันตรกริยาระหว่าง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.2. อันตรกริยาระหว่าง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มี	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวม	28(0.97)	50(1.79)	0.013 <sup>b</sup>	23(0.79)	30(1.07)	0.315 <sup>b</sup>	25(0.86)	24(0.86)	0.966 <sup>b</sup>	0.357 <sup>d</sup>	0.439 <sup>d</sup>	<0.001 <sup>d</sup>

<sup>a</sup> chi-square, <sup>b</sup> Mann-Whitney U test, <sup>c</sup> McNemar test Chi-square, <sup>d</sup> Wilcoxon signed rank test, <sup>e</sup> Fisher's Exact Test

ปัญหาจากการใช้ยาต้านอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เปรียบเทียบข้อมูลการเกิดอาการข้างเคียงจากยาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้ง 3 ครั้งพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p=0.92$ ,  $p=0.503$  และ  $p=0.903$  ตามลำดับ) โดยกลุ่มทดลองพบอาการข้างเคียงจากยาจำนวน 19 ครั้ง ประกอบด้วยอาการ Anticholinergic effect ได้แก่ คอแห้ง ปากแห้ง ระบายน้ำ จำนวน 2 ครั้ง (ร้อยละ 10.52) อาการ Parkinsonism 5 ครั้ง (ร้อยละ 26.32) อาการ Tardive dyskinesia 8 ครั้ง (ร้อยละ 42.11) Orthostatic Hypotension 2 ครั้ง (ร้อยละ 10.53) และ Sedation 2 ครั้ง (ร้อยละ 10.52) ในส่วนกลุ่มควบคุมพบอาการข้างเคียงจากยาจำนวน 18 ครั้ง อาการที่พบมากที่สุดคือ Parkinsonism พบ 5 ครั้ง (ร้อยละ 27.78) อาการข้างเคียงอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ Anticholinergic effect พบ 3 ครั้ง (ร้อยละ 16.67) และ Tardive dyskinesia จำนวน 3 ครั้ง (ร้อยละ 16.67) Orthostatic hypotension พบ 2 ครั้ง (ร้อยละ 11.12) และอาการ Sedation พบ 2 ครั้ง (ร้อยละ 11.11 ) ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 อาการข้างเคียงจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	ยาที่ทำให้เกิด	จำนวน (ร้อยละ)	
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
Anticholinergic effect	Risperidone	0(0)	1(5.26)
	Chlorpromazine	3(16.67)	1(5.26)
Parkinsonism	Clozapine	0(0)	1(5.26)
	Haloperidol	3(16.67)	4(21.06)
	Risperidone	2(11.11)	0(0)
Tardive dyskinesia	Chlorpromazine	2(11.11)	3(15.79)
	Haloperidol	2(11.11)	3(15.79)
	Perphenazine	0(0)	2(10.53)
Orthostatic hypotension	Risperidone	1(5.56)	2(10.53)
	Chlorpromazine	1(5.56)	0(0)
Sedation	Chlorpromazine	2(11.11)	1(5.26)
	Perphenazine	0(0)	1(5.26)
	Clozapine	2(11.11)	0(0)
<b>รวม</b>		<b>18(100)</b>	<b>19(100)</b>

การเกิดอันตรกิริยาระหว่าง ยา-ยา และ ยา-อาหาร ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลอง พบยาที่เป็นคู่อันตรกิริยา 4 คู่ คือ CPZ - Fluoxetine , CPZ - Propranolol, Risperidone - Fluoxetine ,และ CPZ - Haloperidol ส่วนกลุ่มควบคุมพบ คู่ คือ Risperidone - Fluoxetine ด้านคู่อันตรกิริยาระหว่าง ยา-อาหาร ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มคือ การใช้ยา CPZ, Clozapine และ Haloperidol ร่วมกับสูบบุหรี่ ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาในผู้ป่วยจิตเภท

คู่ยาที่เกิดอันตรกิริยา	ผลที่อาจจะเกิดขึ้น	ระดับ นัยสำคัญ ทางสถิติ	จำนวนผู้ป่วย	
			กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
CPZ - Fluoxetine	CPZ ยับยั้ง การทำงานของ CYP2D2 ซึ่งใช้ในกระบวนการเมตาบอลิซึมของ Fluoxetine มีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด QT interval Prolongation	1	0	1
CPZ - Propranolol	CPZ ยับยั้ง first pass hepatic metabolism ของ propranolol เพิ่มฤทธิ์ของ propranolol	1	0	1
Risperidone - Fluoxetine	Fluoxetine ยับยั้ง การทำงานของ CYP2D2 ซึ่งใช้ในกระบวนการเมตาบอลิซึมของ Risperidone มีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด QT interval Prolongation	1	1	1
CPZ - Haloperidol	ได้ยาในขนาดสูง CPZ equivalence เท่ากับ 1200 mg การให้ยาในขนาดสูงมีผลเพิ่ม cardiotoxicity	4	0	1
CPZ - บุหรี่	บุหรี่มีผลลดระดับยา CPZ	ไม่สามารถระบุได้	3	4
Clozapine - บุหรี่	บุหรี่มีผลลดระดับยา Clozapine	ไม่สามารถระบุได้	1	2
Haloperidol - บุหรี่	บุหรี่มีผลลดระดับยา Haloperidol	ไม่สามารถระบุได้	2	3
รวม			7	13

#### 4.1.6 ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ป่วย ก่อนทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงอาการทางจิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.683$ ) หลังการศึกษา ในเดือนที่ 1 และ 3 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.001$  และ  $p<0.001$ ) เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) โดยคะแนนลดลงจาก  $26.57\pm 3.96$  คะแนน เป็น  $23.5\pm 2.73$  คะแนน ในเดือนที่ 1 และ  $21.43\pm 3.23$  คะแนนในเดือนที่ 3 ขณะที่กลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 12 การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทรวมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้านมีผลทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 และมีผลทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในเดือนที่ 1 และ 3

ตาราง 12 ระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

BPRS เฉลี่ย (Mean±SD)	หลังการศึกษา		p-value ภายใน กลุ่มเทียบ กับก่อนการศึกษา <sup>b</sup>		
	ก่อนการศึกษา	เดือนที่ 1      เดือนที่ 3		เดือนที่ 1      เดือนที่ 3	
		เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3
กลุ่มควบคุม (n=29)	27.07±4.39	27.14±4.30	27.45±4.81	0.829	0.663
กลุ่มทดลอง(n=28)	26.57±3.96	23.50±2.73	21.43±3.23	<0.001	<0.001
p-value <sup>a</sup>	0.683	0.001	<0.001		

<sup>a</sup>Mann-Whitney U test    <sup>b</sup>Wilcoxon signed rank test

#### 4.1.7 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า จากการเก็บข้อมูล 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการศึกษา หลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ( $p=0.347$ ,  $p=0.842$  และ  $p=0.114$ ) เมื่อทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ในเดือนที่ 3 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.001$ ) โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่ม

จาก  $86.64 \pm 10.88$  คะแนน เป็น  $89.86 \pm 9.34$  คะแนนในเดือนที่ 1 และ  $94.18 \pm 8.51$  คะแนนในเดือนที่ 3 ในส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยในการเก็บข้อมูลทั้ง 3 ครั้ง มีแนวโน้มลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 13 เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตเป็นแต่ละด้าน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 ( $p < 0.001$ ) และด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเดือนที่ 3 ( $p = 0.006$ ) ดังแสดงในตาราง 14

การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลมีผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในเดือนที่ 3

ตาราง 13 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

คะแนนคุณภาพชีวิต (Mean±SD)	ก่อนการศึกษา	หลังการศึกษา		p-value ภายในกลุ่มระหว่างก่อนศึกษาเทียบกับ <sup>b</sup>	
		เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3
		กลุ่มควบคุม (n=29)	$89.86 \pm 10.43$	$88.97 \pm 12.0$	$88.69 \pm 12.5$
กลุ่มทดลอง (n=28)	$86.64 \pm 10.88$	$89.86 \pm 9.34$	$94.18 \pm 8.51$	0.118	0.001
p-value <sup>a</sup>	0.347	0.842	0.114		

aMann-Whitney U test bWilcoxon signed rank test

ตาราง 14 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง

คะแนนคุณภาพชีวิต (Mean±SD) n=28	ก่อนการศึกษา	เดือนที่		p-value ภายในกลุ่มระหว่างก่อนศึกษาเทียบกับ <sup>a</sup>	
		1	3	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3
		ด้านร่างกาย	$22.00 \pm 2.71$	$26.11 \pm 2.57$	$26.89 \pm 2.62$
ด้านจิตใจ	$20.50 \pm 3.62$	$21.32 \pm 2.60$	$21.46 \pm 2.27$	0.181	0.156
ด้านสภาพสังคม	$8.18 \pm 2.47$	$8.93 \pm 1.56$	$9.54 \pm 1.82$	0.150	0.008
ด้านสิ่งแวดล้อม	$8.18 \pm 2.47$	$8.93 \pm 1.56$	$9.54 \pm 1.82$	0.565	0.006

<sup>a</sup>Wilcoxon signed rank test

## 4.2 ผลการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล

### 4.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.76 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 78.57 ในกลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม เท่ากับ  $49.86 \pm 14.05$  ปี กลุ่มทดลอง เท่ากับ  $54.29 \pm 11.86$  ปี ด้านสถานภาพการสมรสพบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพมีชีวิตคู่ ร้อยละ 58.62 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 82.14 ในกลุ่มทดลอง ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.52 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 75.00 ในกลุ่มทดลอง ด้านการประกอบอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.62 ในกลุ่มควบคุม และ ร้อยละ 42.86 ในกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ พบ ร้อยละ 89.66 ในกลุ่มควบคุม และ ร้อยละ 89.29 ในกลุ่มทดลอง ด้านการดื่มสุรา ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา พบร้อยละ 79.31 ในกลุ่มควบคุม และ ร้อยละ 75.00 ในกลุ่มทดลอง ด้านการใช้สารเสพติด พบว่าผู้ดูแลทั้งหมดไม่ใช้สารเสพติด การมีโรคประจำตัวพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.79 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 60.71 ในกลุ่มทดลอง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม เท่ากับ  $1,579.31 \pm 3,016.67$  บาท และในกลุ่มทดลอง เท่ากับ  $3,125 \pm 5,198.19$  บาท ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา โดยพบ ร้อยละ 27.59 ในกลุ่มควบคุม และ พบร้อยละ 46.43 ในกลุ่มทดลอง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ในกลุ่มควบคุม เท่ากับ  $6.83 \pm 9.02$  ชั่วโมง ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ  $8.64 \pm 5.33$  ชั่วโมง ในส่วนระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุม เท่ากับ  $12.41 \pm 9.02$  ปี และในกลุ่มทดลอง เท่ากับ  $12.21 \pm 8.33$  ปี ในด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่า กลุ่มควบคุมมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว  $4.79 \pm 1.76$  คน และ ในกลุ่มทดลองมีสมาชิกในครอบครัว  $3.93 \pm 1.184$  คนเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.050$ ) ยกเว้นข้อมูลในด้านสถานภาพการสมรสที่พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีสถานภาพโสดมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.028$ ) ดังแสดงในตาราง 15

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ตาราง 15 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม(n=29)	กลุ่มทดลอง(n=28)	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
<b>เพศ</b>			0.689 <sup>a</sup>
ชาย	5(17.24)	6(21.43)	
หญิง	24(82.76)	22(78.57)	
<b>อายุเฉลี่ย (ปี)(Mean, ±SD)</b>	49.86±14.05	54.29±11.86	0.214 <sup>b</sup>
<b>สถานภาพการสมรส</b>			0.012 <sup>a</sup>
โสด	10(34.48)	1(3.57)	
คู่	17(58.62)	23(82.14)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2(6.90)	4(14.29)	
<b>ระดับการศึกษา</b>			0.690 <sup>a</sup>
ประถมศึกษา	19(65.52)	21(75.00)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	5(17.24)	3(10.71)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4(13.79)	2(7.14)	
ปวส/อนุปริญญา	0(0)	1(3.57)	
ปริญญาตรี	1(3.45)	1(3.57)	
<b>อาชีพ</b>			0.561 <sup>a</sup>
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9(31.03)	9(32.14)	
ค้าขาย	1(3.45)	1(3.57)	
รับจ้าง	1(3.45)	4(14.29)	
เกษตรกร	17(58.62)	12(42.86)	
อื่น ๆ	1(3.45)	2(7.14)	
<b>การสูบบุหรี่</b>			0.648 <sup>c</sup>
ไม่สูบ	26(89.66)	25(89.29)	
สูบ	3(10.34)	3(10.71)	
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	0(0)	0(0)	

<sup>a</sup>chi-square, <sup>b</sup>Mann-Whitney U test, <sup>c</sup>Fisher's Exact Test

ตาราง 15 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม(n=29)	กลุ่มทดลอง(n=28)	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
<b>การดื่มสุรา</b>			0.585 <sup>a</sup>
ไม่ดื่ม	23(79.31)	21(75)	
ดื่ม	6(20.69)	6(21.43)	
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	0	1(3.57)	
<b>การใช้สารเสพติด</b>			N/A
ไม่ใช้	29(100)	28(100)	
ใช้	0(0)	0(0)	
เคยแต่เลิกแล้ว	0(0)	0(0)	
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>	1579.31±3016.67	3125±5198.19	0.469 <sup>b</sup>
<b>การมีโรคประจำตัว</b>			0.064 <sup>a</sup>
ไม่มี	24(82.76)	17(60.71)	
มี	5(17.24)	11(39.29)	
<b>ความสัมพันธ์ในครอบครัว</b>			0.15 <sup>a</sup>
พ่อ	1(3.45)	1(3.57)	
แม่	8(27.59)	13(46.43)	
สามี	5(17.24)	4(14.29)	
ภรรยา	0(0)	3(10.71)	
ลูก	2(6.90)	2(7.14)	
พี่	5(17.24)	1(3.57)	
น้อง	1(3.45)	3(10.71)	
หลาน	1(3.45)	0(0)	
ญาติ	4(13.79)	0(0)	
อื่นๆ	2(6.90)	1(3.57)	
<b>ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน (ชม.) (Mean, ±SD)</b>	6.83±9.02	8.64±5.33	0.253 <sup>b</sup>
<b>ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย(ปี)(Mean±SD)</b>	12.41±9.02	12.21±8.33	0.974 <sup>b</sup>
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว(คน) (Mean±SD)</b>	4.79±1.76	3.93±1.18	0.061 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>chi-square, <sup>b</sup>Mann-Whitney U test,



#### 4.2.2 ความรู้เรื่อง โรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค ยาและการดูแลปฏิบัติตัวของผู้ดูแล พบว่า หลังการออกเยี่ยมบ้านและให้ความรู้โดยเภสัชกรที่บ้าน มีผลทำให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) จากคะแนนเฉลี่ย  $12.29 \pm 2.46$  คะแนน เป็น  $16.21 \pm 1.75$  คะแนน ในเดือนที่ 1 และ  $18.68 \pm 1.63$  คะแนน ในเดือนที่ 3 ของการออกเยี่ยมบ้าน สำหรับกลุ่มควบคุมจากการเก็บข้อมูลในเดือนที่ 1 และ 3 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$  และ  $p = 0.001$  ตามลำดับ) จากคะแนนเฉลี่ย  $12.43 \pm 2.76$  คะแนน เป็น  $14.14 \pm 2.92$  คะแนน ในเดือนที่ 1 และ  $14.48 \pm 3.49$  คะแนน ในเดือนที่ 3 ดังแสดงในตาราง 16 แต่เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นพบว่า ระหว่างก่อนการศึกษา กับ หลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ดังแสดงในตาราง 17

ผลการเปรียบเทียบจำนวนของผู้ดูแลที่ตอบคำถามรายชื่อเรื่องโรคและยาถูกต้อง พบว่า ก่อนการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่ตอบคำถามถูกต้องในแต่ละข้อไม่แตกต่างกัน ( $p > 0.05$ ) โดยข้อคำถามที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ คำถามข้อที่ 18 ในการประเมินความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเดือนที่ 3 พบว่า คำถามข้อที่ 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18 และ 19 ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีผู้จำนวนผู้ที่ตอบคำถามถูกต้องเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในตาราง 20 เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างเฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการวัดความรู้ก่อนการทดลอง เดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 พบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 18



ตาราง 16 ความรู้เรื่อง โรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

คะแนนเฉลี่ย ความรู้ Mean±SD	ก่อน การศึกษา	หลังการศึกษา		p-value ภายในกลุ่มระหว่าง ก่อนศึกษาเทียบกับ <sup>b</sup>	
		เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3
		กลุ่มควบคุม (n=29)	12.43±2.76	14.14±2.92	14.48±3.49
กลุ่มทดลอง (n=28)	12.29±2.46	16.21±1.75	18.68±1.63	<0.001	<0.001
p-value <sup>a</sup>	0.606	0.005	<0.001		

<sup>a</sup>Mann-Whitney U test <sup>b</sup>Wilcoxon signed rank test

ตาราง 17 คะแนนความแตกต่างเฉลี่ยของความรู้ในผู้ดูแล

เปรียบเทียบ	คะแนนความแตกต่างเฉลี่ย(Mean±SD)		p-value ภายในกลุ่ม <sup>b</sup>
	ก่อน - เดือนที่ 1	ก่อน - เดือนที่ 3	
กลุ่มควบคุม (n=29)	1.62±1.74	1.96±2.90	0.540
กลุ่มทดลอง (n=28)	3.93±2.58	6.39±2.94	<0.001
p-valueระหว่างกลุ่ม <sup>a</sup>	<0.001	<0.001	

<sup>a</sup>Mann-Whitney U test, <sup>b</sup>Wilcoxon signed rank test

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 18 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ดูแลที่ตอบคำถามรายข้อเรื่องโรคและอายุที่ต้อง

ข้อคำถาม	ก่อนการศึกษา จำนวน(ร้อยละ)		หลังการศึกษาเดือนที่ 1 จำนวน(ร้อยละ)		หลังการศึกษาเดือนที่ 3 จำนวน(ร้อยละ)			p-value ภายในกลุ่ม <sup>b</sup>	
	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่ม ทดลอง (n=28)	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	p- value	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่ม ทดลอง (n=28)
1. ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนมีการแสดงอาการที่แตกต่างกันได้	28(96.55)	22(78.57)	27(93.10)	26(92.86)	29(100)	27(96.43)	0.305 <sup>c</sup>	1.000	0.063
2. อาการหูแว่วโดยไม่เห็นตัวคนพูดเป็นอาการอย่างหนึ่งที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท	27(93.10)	22(78.57)	24(82.76)	27(96.43)	28(96.55)	27(96.43)	0.980 <sup>c</sup>	1.000	0.125
3. อาการหลงผิด เช่น กลัวมีคนมาฆ่า มากทำร้าย เป็นอาการหนึ่งซึ่งพบได้ในผู้ป่วยจิตเภท	20(68.97)	18(64.29)	23(79.31)	28 (100.00)	22(75.86)	28 (100.00)	0.006 <sup>c</sup>	0.6877	0.002
4. ผู้ป่วยจิตเภทมัก มักแยกตัวจากสังคม ไม่สื่อสารกับใคร	19(65.52)	17(60.71)	17(58.62)	26(92.86)	22(75.86)	25(89.29)	0.183 <sup>c</sup>	0.453	0.021

<sup>a</sup> chi-square, <sup>b</sup> McNemar Test, <sup>c</sup> Fisher's Exact Test

ตาราง 18 (ต่อ)

	ก่อนการศึกษา จำนวน(ร้อยละ)		หลังการศึกษาเดือนที่ 1 จำนวน(ร้อยละ)		หลังการศึกษาเดือนที่ 3 จำนวน(ร้อยละ)		p-value ภายในกลุ่ม <sup>b</sup>	
	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่ม ทดลอง (n=28)	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่ม ทดลอง (n=28)
ข้อคำถาม								
5. การเคลื่อนไหวซ้ำเป็นความ ผิดปกติที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มี อาการป่วยมาเวลายานาน	24(82.76)	19(67.86)	23(79.31)	26(92.86)	23(79.31)	27(96.43)	1.000	0.008
6. การพูดคนเดียวเป็นความผิดปกติ ที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท	20(68.97)	18(64.29)	20(68.97)	26(92.86)	21(72.41)	28 (100.00)	1.000	0.002
7. การนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติ ที่พบได้เมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วย	20(68.97)	23(82.14)	22(75.86)	27(96.43)	23(79.31)	27(96.43)	0.453	0.219
8. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการมึนงง สับสน	23(79.31)	23(82.14)	26(89.66)	24(85.71)	25(86.21)	28 (100.00)	0.687	0.063

<sup>a</sup> chi-square, <sup>b</sup> McNemar Test, <sup>c</sup> Fisher's Exact Test

ตาราง 18 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนการศึกษา จำนวน(ร้อยละ)		หลังการศึกษาเดือนที่ 1 จำนวน(ร้อยละ)		หลังการศึกษาเดือนที่ 3 จำนวน(ร้อยละ)			p-value ภายในกลุ่ม <sup>b</sup>	
	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่ม ทดลอง (n=28)	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	p- value	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่ม ทดลอง (n=28)
9. การมีความผิดปกติทางความคิด ของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยมี ความคิดสร้างสรรค์	9(31.03)	11(39.29)	13(44.83)	10(35.71)	9(31.03)	23(82.14)	<0.001 <sup>c</sup>	1.000	0.002
10. การมีความผิดปกติทางความคิด ของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ไม่สามารถ ควบคุมอาการได้ ทำให้โรครุนแรง หรือเรื้อรัง	22(75.86)	21(75.00)	25(86.21)	26(92.86)	24(82.76)	28(100)	0.021 <sup>c</sup>	0.625	0.016
11. การรับประทานยาตามแพทย์ สั่งอย่างถูกต้องและครบถ้วนจะช่วยให้ ป้องกันไม่ให้โรครุนแรงหรือเรื้อรัง	27(93.10)	26(92.86)	28(96.55)	28(100.00)	29(100.00)	28(100.00)	N/A	0.500	0.500
12. การมารับการรักษาตามแพทย์ นัดอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกัน ไม่ให้โรครุนแรงหรือเรื้อรัง	29(100.00)	28(100.00)	29(100.00)	26(92.86)	29(100.00)	27(96.43)	0.305 <sup>c</sup>	0.500	1.000

<sup>a</sup> chi-square, <sup>b</sup> McNemar Test, <sup>c</sup> Fisher's Exact Test

ตาราง 18 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษาเดือนที่ 1			หลังการศึกษาเดือนที่ 3			p-value	
	กลุ่มควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	p-value <sup>a</sup>	กลุ่มควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	p-value	กลุ่มควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	p-value <sup>a</sup>	กลุ่มควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)
13. เมื่อผู้ดูแลหรือผู้ป่วยมีปัญหาไม่สบายใจ ท่านต้องมาปรึกษาขอความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาลเท่านั้น	4(13.79)	5(1.86)	0.730 <sup>c</sup>	7(24.14)	9(32.14)	0.501 <sup>c</sup>	6(20.69)	15(53.57)	0.010 <sup>c</sup>	0.727	0.013
14. การรับประทานยารักษาโรคลดเฉื่อยทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาได้	23(79.31)	22(8.57)	0.945 <sup>a</sup>	26(89.66)	27(96.43)	0.317 <sup>c</sup>	25(86.21)	28(100.00)	0.042 <sup>c</sup>	0.500	0.031
15. อาการมือสั่น น้ำลายไหล เดี๋ยวตื่นทำ เป็นอาการข้างเคียงอย่างหนึ่งที่เกิดจากการใช้ยาลดเฉื่อยจากผลข้างเคียงของยา	15(51.72)	13(46.43)	0.793 <sup>c</sup>	16(55.17)	26(92.86)	0.001 <sup>c</sup>	17(58.62)	27(96.43)	0.001 <sup>c</sup>	0.687	<0.001
16. อาการเคลื่อนไหวช้า หรือการเดินตัวแข็ง เป็นอาการข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาโรคลดเฉื่อย	17(58.62)	18(64.29)	0.787 <sup>c</sup>	19(65.52)	24(85.71)	0.077 <sup>c</sup>	17(58.62)	28(100.00)	<0.001 <sup>c</sup>	1.000	0.002

<sup>a</sup> chi-square, <sup>b</sup> McNemar Test, <sup>c</sup> Fisher's Exact Test

ตาราง 18 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนการศึกษา จำนวน(ร้อยละ)			หลังการศึกษาเดือนที่ 1 จำนวน(ร้อยละ)			หลังการศึกษาเดือนที่ 3 จำนวน(ร้อยละ)			p-value ภายในกลุ่ม <sup>b</sup>	
	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่ม ทดลอง (n=28)	p- value <sup>a</sup>	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	p-value	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	p- value	กลุ่ม ควบคุม (n=29)	กลุ่ม ทดลอง (n=28)
17. อาการข้างเคียงจากยารักษาโรค จิตเภทสามารถป้องกัน หรือรักษาได้	21(72.41)	24(85.71)	0.331 <sup>c</sup>	22(75.86)	24(85.71)	0.346 <sup>c</sup>	24(82.76)	28 (100.00)	0.021 <sup>c</sup>	0.375	0.125
18. หากผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการ ข้างเคียงจากยา สามารถให้ผู้ป่วย รับประทานยาบางเม็ดในบางมื้อที่ จำเป็นเท่านั้น	5(17.24)	2(7.14)	0.423 <sup>c</sup>	7(24.14)	8(28.57)	0.704 <sup>c</sup>	9(31.03)	23(82.14)	<0.001 <sup>c</sup>	0.219	<0.001
19. หากผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการ ข้างเคียงจากกรใช้ยา ให้ลด หรือ หยุดยาไว้ก่อน จนกว่าจะมาพบตาม นัดในตารางต่อไป	11(37.93)	8(28.57)	0.576 <sup>c</sup>	11(37.93)	8(28.57)	0.454 <sup>c</sup>	10(34.48)	23(82.14)	<0.001 <sup>c</sup>	1.000	<0.001
20. การรับประทานยารักษาโรคจิต เภทไม่ได้ทำให้เกิดอาการข้างเคียง จากยาในผู้ป่วยทุกราย	23(79.31)	23(82.14)	0.786 <sup>c</sup>	24(82.76)	27(96.43)	0.093 <sup>c</sup>	25(86.21)	28 (100.00)	0.042 <sup>c</sup>	1.000	0.063

<sup>a</sup> Chi-square, <sup>b</sup> McNemar Test, <sup>c</sup> Fisher's Exact Test

#### 4.2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ก่อนการศึกษาและหลังให้ความรู้เรื่องโรค ยา และการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลและหลังจากติดตามในเดือนที่ 1 ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่ต่างกัน ( $p>0.05$ ) ส่วนในเดือนที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.017$ ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า ในเดือนที่ 1 และ 3 ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.029$  และ  $p=0.003$  ตามลำดับ) จากก่อนการศึกษาผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ  $87.46\pm 14.45$  คะแนน เพิ่มเป็น  $90.96\pm 9.67$  คะแนนในเดือนที่ 1 และ  $93.21\pm 6.76$  คะแนนในเดือนที่ 3 ในส่วนกลุ่มควบคุมจากการเก็บข้อมูลทั้ง 3 ครั้ง พบว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) จากก่อนการศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ  $92.31\pm 10.47$  คะแนน เป็น  $91.28\pm 9.55$  คะแนนในเดือนที่ 1 และ  $88.93\pm 9.05$  คะแนนในเดือนที่ 3 รายละเอียดดังตาราง 19 เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตเป็นแต่ละด้านพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งในเดือนที่ 1 ( $p=0.022$  และ  $p=0.041$  ตามลำดับ) และด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเดือนที่ 1 และ 3 ( $p=0.017$  และ  $p<0.001$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 20

การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลมีผลทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นทั้งในเดือนที่ 1 และ 3

ตาราง 19 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนคุณภาพชีวิต (Mean±SD)	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา		p-value ภายในกลุ่มระหว่าง	
	ก่อนการศึกษา	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	ก่อนศึกษาเทียบกับ <sup>b</sup>		
				เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	
กลุ่มควบคุม (n=29)	92.31±10.47	91.28±9.55	88.93±9.05	0.845	0.115	
กลุ่มทดลอง (n=28)	87.46±14.45	90.96±9.67	93.21±6.76	0.029	0.003	
p-value <sup>a</sup>	0.112	0.507	0.017			

<sup>a</sup>Mann-Whitney U test <sup>b</sup>Wilcoxon signed rank test



ตาราง 20 แสดงคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง

คะแนนคุณภาพชีวิต (Mean±SD) (n=28)	ก่อน		หลังการศึกษา		p-value ภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนศึกษาเทียบกับ <sup>a</sup>		
	การศึกษา	การศึกษา		เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3
		ก่อน	หลังการศึกษา				
ด้านร่างกาย	24.07±4.32	25.50±3.14	25.68±2.04	0.022	0.041		
ด้านจิตใจ	22.68±8.33	21.86±2.76	22.86±1.90	0.213	0.072		
ด้านสภาพสังคม	9.54±2.25	10.14±1.78	9.79±1.42	0.172	0.766		
ด้านสิ่งแวดล้อม	25.18±3.82	27.04±3.60	28.64±2.13	0.017	<0.001		

<sup>a</sup>Wilcoxon signed rank test

#### 4.2.4 ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

ผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ความรู้สึกเป็นภาระก่อนการศึกษาของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ( $p=0.253$ ) หลังการศึกษาในเดือนที่ 1 เดือน และในเดือนที่ 3 ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นภาระน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.012$  และ  $p=0.008$  ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม โดยเทียบความรู้สึกเป็นภาระระหว่างก่อนการศึกษากับหลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.028$  และ  $0.008$  ตามลำดับ) จากคะแนนความรู้สึกเป็นภาระเฉลี่ยก่อนการศึกษาเท่ากับ  $23.21\pm 12.66$  คะแนน เป็น  $17.79\pm 10.72$  คะแนน และ  $14.96\pm 9.62$  คะแนน ตามลำดับ ในส่วนของผู้ดูแลกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการศึกษา 1 เดือน และ 3 เดือน ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.013$  และ  $p=0.033$  ตามลำดับ) จากก่อนการศึกษามีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระเฉลี่ยเท่ากับ  $19.66\pm 11.17$  คะแนน เป็น  $26.79\pm 14.04$  คะแนน ในเดือนที่ 1 และ  $26.52\pm 16.21$  คะแนนในเดือนที่ 3 ดังแสดงในตาราง 21

เมื่อจำแนกผู้ดูแลตามระดับความรู้สึกเป็นภาระ พบว่า กลุ่มทดลองมีผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับไม่รู้สึก/น้อยมากเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 ( $p=0.028$  และ  $0.008$  ตามลำดับ) และในเดือนที่ 3 กลุ่มทดลองมีผู้ดูแลที่มีระดับความรู้สึกเป็นภาระในระดับไม่รู้สึก/น้อยมาก มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.015$ ) ดังแสดงในตารางที่ 22

ตาราง 21 เปรียบเทียบความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้สึกเป็นภาระ (Mean, $\pm$ SD)	ก่อนการ ศึกษา	หลังการศึกษา		p-value ภายในกลุ่มระหว่าง ก่อนศึกษาเทียบกับ <sup>b</sup>	
		เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3
กลุ่มควบคุม (n=29)	19.66 $\pm$ 11.17	26.79 $\pm$ 14.04	26.52 $\pm$ 16.21	0.013	0.033
กลุ่มทดลอง (n=28)	23.21 $\pm$ 12.66	17.79 $\pm$ 10.72	14.96 $\pm$ 9.62	0.028	0.008
p-value <sup>a</sup>	0.253	0.012	0.008		

<sup>a</sup>Mann-Whitney U test <sup>b</sup>Wilcoxon signed rank test

ตาราง 22 ระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับความรู้สึกเป็น ภาระ	ก่อน การศึกษา	หลังการศึกษา		p-value ภายในกลุ่มระหว่าง ก่อนศึกษาเทียบกับ <sup>b</sup>	
		เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3
กลุ่มควบคุม(n=29)				0.045	0.04
ไม่รู้สึก/น้อยมาก	19(65.52)	13(44.83)	13(44.83)		
น้อยถึงปานกลาง	7(24.14)	9(31.03)	8(27.59)		
ปานกลางถึงมาก	3(10.34)	7(24.14)	8(27.59)		
มาก	0(0)	0(0)	0(0)		
กลุ่มทดลอง(n=28)				0.028	0.008
ไม่รู้สึก/น้อยมาก	13(46.43)	18(64.29)	22(78.57)		
น้อยถึงปานกลาง	11(39.29)	9(32.14)	5(17.86)		
ปานกลางถึงมาก	4(14.29)	1(3.57)	1(3.57)		
มาก	0(0)	0(0)	0(0)		
p-value <sup>a</sup>	0.343	0.071	0.015		

<sup>a</sup>chi-square, <sup>b</sup>Wilcoxon signed rank test

#### 4.2.5 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการศึกษา หลังการศึกษา 1 เดือน และ 3 เดือน ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความเครียดไม่ต่างกัน ( $p>0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มระหว่างคะแนนความเครียดก่อนการศึกษา กับ หลังการศึกษา ในเดือนที่ 1 และ 3 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.021$  และ  $p=0.024$  ตามลำดับ) จาก  $40.30\pm 10.16$  คะแนน เป็น  $36.61\pm 10.82$  คะแนนในเดือนที่ 1 และ  $35.25\pm 9.30$  ในเดือนที่ 3 ดังแสดงในตาราง 23

ตาราง 23 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความเครียด (Mean, $\pm$ SD)	ก่อนการ ศึกษา	หลังการศึกษา		p-value ภายในกลุ่ม ระหว่าง ก่อนศึกษาเทียบกับ <sup>b</sup>	
		เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3
กลุ่มควบคุม n=29	37.38 $\pm$ 10.06	41.07 $\pm$ 12.91	39.21 $\pm$ 9.36	0.138	0.166
กลุ่มทดลอง n=28	40.36 $\pm$ 10.49	36.61 $\pm$ 10.82	35.25 $\pm$ 9.30	0.021	0.024
p-value <sup>a</sup>	0.246	0.177	0.125		

aMann-Whitney U test, bWilcoxon signed rank test

#### 4.2.6 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง

การศึกษานี้ได้ทำการประเมินความพึงพอใจต่อการบริหารทางเภสัชกรรมและการให้ความรู้โดยเภสัชกรแก่ผู้ดูแลที่บ้าน โดยทำการเก็บข้อมูลในผู้ดูแลจำนวน 28 ราย โดยทำการเก็บข้อมูลทุกครั้งที่ออกเยี่ยมบ้าน ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการศึกษาและหลังเยี่ยมบ้านในเดือนที่ 1 ผู้ดูแลคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ เท่ากับ  $3.75\pm 0.50$  คะแนน และ  $3.84\pm 0.63$  คะแนน ตามลำดับซึ่งจัดอยู่ในระดับพอใจระดับมาก ในการเยี่ยมบ้านในเดือนที่ 3 ผู้ดูแลมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย เท่ากับ  $4.56\pm 0.30$  คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับพอใจมากที่สุด เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจต่อการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ดังแสดงในตาราง 24

ตาราง 24 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยเภสัชกร

ความพึงพอใจ (Mean±SD)	ครั้งที่ 1 (n=28)	ครั้งที่ 2 (n=28)	ครั้งที่ 3 (n=28)	p-value <sup>a</sup>
ความพึงพอใจกับการบริการให้คำแนะนำ ปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคจิตเภทและ การดูแลปฏิบัติตัวโดยเภสัชกรที่บ้าน	3.89±0.69	3.79±0.50	4.43±0.50	0.003
การให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรที่บ้าน สอดคล้องกับสิ่งที่ท่านต้องการทราบ	3.57±0.84	3.75±0.84	4.39±0.50	<0.001
เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับ การใช้ยารักษาโรคจิตเภทและการดูแลปฏิบัติ ตัวได้อย่างถูกต้องครบถ้วน	3.71±0.60	3.82±0.77	4.64±0.49	<0.001
เภสัชกรให้คำแนะนำปรึกษาด้วยความเต็มใจ และมีมิตรไมตรีกับท่าน	3.79±0.69	3.86±0.85	4.57±0.57	0.008
เวลาที่ใช้ในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ท่าน แต่ละครั้งมีความเหมาะสม	3.64±0.62	3.79±0.88	4.64±0.56	<0.001
ท่านคิดว่า การพบและพูดคุยเกี่ยวกับการใช้ยา รักษาโรคจิตเภทและการดูแลปฏิบัติตัวโดย เภสัชกรเยี่ยมบ้านมีประโยชน์ต่อตัวท่าน	3.79±0.74	3.93±0.90	4.57±0.50	0.001
ท่านต้องการให้มีการบริการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำปรึกษาต่อไป	3.75±0.65	3.93±0.90	4.68±0.48	<0.001
คะแนนความพึงพอใจโดยรวม	3.73 ±0.50	3.84±0.63	4.56±0.30	<0.001

<sup>a</sup>Wilcoxon signed rank test

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผล

การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) ทำการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า เพื่อศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน ต่อความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา ความรุนแรงของอาการทางจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และผลต่อความรู้เรื่องโรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด และความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการบริหารทางเภสัชกรรม

ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2561 รวมระยะเวลาในการดำเนินการประมาณ 5 เดือน แบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม ซึ่งจะทำการเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี และ 2) การเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล การศึกษานี้ทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Stage sampling) ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลถูกสุ่มเข้าร่วมการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คู่ ระหว่างการศึกษามีผู้ป่วยกลุ่มทดลองออกจากการศึกษา 2 คู่ และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมออกจากการศึกษา 1 คู่ เมื่อสิ้นสุดการศึกษาเหลือผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 57 คู่ แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 29 คู่ และ กลุ่มทดลอง 28 คู่ การสรุปผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน ต่อปัญหาจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา ความรุนแรงของอาการทางจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 ผลการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลต่อความรู้เรื่องโรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

##### 5.1.1 ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภท

###### 5.1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุเฉลี่ย ค่าดัชนีมวลกาย สิทธิการรักษา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้

สารเสพติด และ ประวัติการแพ้ยา พบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p>0.05$ )

#### 5.1.1.2 สภาวะโรคของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-V) ดึงข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส F20 ถึง F29 ผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสโรคที่ไม่แตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นด้วยรหัส F209 คือ โรคจิตเภทชนิดไม่ระบุรายละเอียด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส F20 คือ โรคจิตเภทในด้านระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา และคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p>0.05$ ) โรคร่วมที่พบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหืด และ โรคเก๊าท์

#### 5.1.1.3 ข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย

ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลการใช้ยาด้านโรคจิตที่ไม่แตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) โดยส่วนใหญ่ใช้ยารักษาโรคจิตรุ่นเก่า ทั้งยาในรูปแบบฉีดได้แก่ยา Fluphenazine decanoate และ Flupentixol decanoate และแบบรับประทาน ได้แก่ยา Chlorpromazine, Perphenazine และ Haloperidol ซึ่งเป็นยาที่นิยมใช้เนื่องจากเป็นยากลุ่มเก่าและเป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ถูกจัดเป็นยาที่ต้องมีในกรอบยาของโรงพยาบาลชุมชน การใช้ยามีทั้งในลักษณะใช้ยาเดี่ยวและใช้ยาร่วมกันหลายตัว เช่น การใช้ยา Haloperidol ร่วมกับ Perphenazine หรือ การใช้ Chlopromazine ร่วมกับ haloperidol ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ใช้ยา Chlorpromazine (ร้อยละ 37.93) และ Perphenazine (ร้อยละ 37.93) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้ยา Haloperidol (ร้อยละ 42.86) นอกจากนี้ บางรายพบมีการใช้ยากลุ่มเก่าร่วมกับกลุ่มใหม่ เช่น การใช้ Clozapine ร่วมกับ Haloperidol ยากลุ่มใหม่ที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ Clozapine และ Risperidone เนื่องจากเป็นยากลุ่มใหม่ ที่มีใช้เป็นยาเลียนแบบ (local made) ยาอื่นที่ใช้ร่วมในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ ยา Trihexyphenidyl ซึ่งใช้เพื่อรักษาและป้องกันอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ อีพีเอส (Extrapyramidal symptom: EPS) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาเฉลี่ย 3 รายการต่อผู้ป่วย 1 ราย เมื่อทดสอบทางสถิติไม่มีความแตกต่าง ( $p>0.05$ )

#### 5.1.1.4 ความร่วมมือในการใช้ยา

การใช้ยาเป็นหลักสำคัญของการรักษาโรคจิตเภท จากการศึกษาของ Lacro และคณะ (46) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 41.2 ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา ปัจจัยที่ใช้ทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ การไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา การใช้แอลกอฮอล์ จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ และความถี่ในการบริหารยาต่อวัน ขณะที่การศึกษาของ Kathleen Lang และคณะ

(28) พบว่าปัจจัยที่ใช้ทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การเป็นผู้ป่วยรายใหม่ que เพิ่มเริ่มได้รับการรักษา ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี การใช้สารเสพติด การใช้ยาปรับอารมณ์ การใช้ยาด้านการซึมเศร้า หรือการใช้ยากลุ่ม anticholinergic และผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเก่าชนิดออกฤทธิ์นาน ในการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากการเก็บข้อมูลการใช้ยาจำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.044$ ) หลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ 3 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ( $p=0.097$  และ  $0.576$  ตามลำดับ) แต่เมื่อทำการเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.032$  และ  $p=0.010$  ตามลำดับ) จากความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย  $0.80\pm 0.18$  เป็น  $0.86\pm 0.12$  ในเดือนที่ 1 และ  $0.89\pm 0.09$  ในเดือนที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจากการเก็บข้อมูลในเดือนที่ 1 และ 3 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมแลกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ( $p=0.097$  และ  $p=0.576$  ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.008$  และ  $p=0.004$  ตามลำดับ)

#### 5.1.1.5 ปัญหาจากการใช้ยา

จากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีปัญหาจากการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.013$ ) โดยในกลุ่มทดลองพบปัญหาจากการใช้ยาจำนวน 50 ครั้ง คิดเป็น 1.79 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย ปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือ อาการข้างเคียงจากยา พบจำนวน 18 ครั้ง อันดับที่สอง คือ ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา 13 ครั้ง อันดับที่สาม คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา พบจำนวน 10 ครั้ง ส่วนในกลุ่มควบคุมพบปัญหาจากการใช้ยาจำนวน 28 ครั้ง คิดเป็น 0.97 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ อาการข้างเคียงจากยาพบ 18 ครั้ง รองลงมาคือ อันตรกิริยาระหว่างยา 6 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 พบว่า ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ( $p=0.315$  และ  $p=0.966$  ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่า แม้กลุ่มทดลองก่อนการศึกษาจะมีปัญหาจากการใช้ยามากกว่า แต่หลังการศึกษาสามารถลดปัญหาลงได้มากจนไม่ต่างจากกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบปัญหาจากการใช้ยาภายในกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีปัญหาจากการใช้ยาในเดือนที่ 1 และ 3 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) จาก 50 ครั้งเหลือ 30 ครั้งในเดือนที่ 1 คิดเป็น 1.07 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย และ เหลือ 24 ครั้งในเดือนที่ 3 คิดเป็น 0.86 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย โดยปัญหาที่พบว่ามีอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้

ยาของผู้ป่วย ลดลงจาก 10 ครั้งเหลือ 2 ครั้งในเดือนที่ 1 และ ไม่พบเลยในเดือนที่ 3 ( $p=0.005$  และ  $p=0.002$  ตามลำดับ)

ด้านการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นอาการข้างเคียงจากยาของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันทั้ง 3 ช่วงเวลา ( $p=0.862$ ,  $p=0.503$  และ  $p=0.903$  ตามลำดับ) กลุ่มทดลองอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุดคือ Tardive dyskinesia และ Parkinsonism กลุ่มควบคุมอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุด คือ Parkinsonism

ด้านการเกิดอันตรกิริยาระหว่าง ยา-ยา พบว่า กลุ่มทดลองพบคู่อันตรกิริยาระหว่าง ยา-ยา 4 คู่ ได้แก่ chlorpromazine - fluoxetine , chlorpromazine - propranolol risperidone - fluoxetine , และ chlorpromazine - haloperidol กลุ่มทดลองพบ 1 คู่ คือ risperidone - fluoxetine ส่วนอันตรกิริยาระหว่าง ยา-อาหาร ในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจำนวน 3 คู่ คือ การใช้ยา chlorpromazine, clozapine และ haloperidol ร่วมกับสูบบุหรี่

#### 5.1.1.6 ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 57 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับสงบ การศึกษานี้ ศึกษาในผู้ป่วยที่มีคะแนน น้อยกว่า 37 คะแนน คือเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยอยู่ในระดับ สงบหรือไม่มีอาการทางจิต โดยก่อนการศึกษาผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตไม่แตกต่างกัน ( $p=0.897$ ) เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย ในเดือนที่ 1 และ 3 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.001$  และ  $p<0.001$ ) เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) โดยคะแนนลดลงจาก  $26.57\pm 3.96$  คะแนน เป็น  $23.5\pm 2.73$  คะแนนในเดือนที่ 1 และ  $21.43\pm 3.23$  คะแนนในเดือนที่ 3 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตไม่แตกต่างกัน ( $p>0.05$ )

#### 5.1.1.7 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ในการเก็บข้อมูลจำนวน 3 ครั้ง ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ( $p=0.347$ ,  $p=0.842$  และ  $p=0.114$ ) เมื่อทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ในเดือนที่ 3 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.001$ ) โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มจาก  $86.64\pm 10.88$  คะแนน เป็น  $89.86\pm 9.34$  คะแนนในเดือนที่ 1 และ  $94.18\pm 8.51$  คะแนนในเดือนที่ 3 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยจากการเก็บข้อมูลทั้ง 3 ครั้ง ไม่แตกต่างกัน ( $p>0.05$ )



### 5.1.2 ผลการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล

#### 5.1.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุเฉลี่ย ระดับการศึกษา อาชีพ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (p>0.05) ยกเว้นในส่วนของสถานภาพการสมรส พบว่า สถานภาพการสมรสของทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.012) ซึ่งจากการศึกษาไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

#### 5.1.2.2 ความรู้เรื่อง โรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

จากการเก็บข้อมูลทั้ง 3 ครั้ง พบว่า ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) แต่ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) ในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 12.43±2.76 คะแนน เป็น 14.14±2.92 คะแนน ในเดือนที่ 1 และ 14.48±3.49 คะแนน ในเดือนที่ 3 สำหรับกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 12.29±2.46 คะแนน เป็น 16.21±1.75 คะแนน ในเดือนที่ 1 และ 18.68±1.63 คะแนน ในเดือนที่ 3 ของการออกเยี่ยมบ้าน แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น โดยเปรียบเทียบคะแนนระหว่างก่อนการศึกษา กับหลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ คะแนนระหว่างก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาในเดือนที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลโดยเภสัชกรมีผลช่วยเพิ่มคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรค ยา และการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลได้

เมื่อทำการเปรียบเทียบความรู้รายข้อ จากการศึกษพบว่า ก่อนการศึกษาจำนวนผู้ดูแลของทั้ง 2 กลุ่มตอบคำถามในแต่ละข้อถูกต้องไม่แตกต่างกัน (p>0.05) หลังการศึกษาในเดือนที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่ตอบคำถามข้อที่ 3, 4, 6, 7, และ 15 ถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.011, p=0.003, p=0.022, p=0.025 และ 0.001 ตามลำดับ) และในการเก็บข้อมูลในเดือนที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่ตอบคำถาม ข้อที่ 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 และ 20 ถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.006, p=0.049, p=0.003, p=0.049, p=0.042, p<0.001, p=0.021, p=0.01, p=0.042, p=0.001, p<0.001, p=0.021, p<0.001, p<0.001 และ p=0.042 ตามลำดับ)

เมื่อทำการเปรียบเทียบจำนวนผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ตอบถูกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองตอบคำถามข้อที่ 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 19 และ 20 ถูกเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการศึกษา ( $p=0.002$ ,  $p=0.021$ ,  $p=0.008$ ,  $p=0.002$ ,  $p=0.002$ ,  $p=0.016$ ,  $p=0.013$ ,  $p=0.031$ ,  $p<0.001$ ,  $p=0.002$ ,  $p<0.001$  และ  $p<0.001$ ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มควบคุมระยะก่อนการศึกษากับหลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ ในเดือนที่ 3 มีจำนวนผู้ที่ตอบคำถามถูกต้องไม่แตกต่างกัน ( $p>0.005$ )

#### 5.1.2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลโดยเภสัชกร มีผลทำให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 ( $p=0.029$  และ  $p=0.003$ ) จาก  $87.46\pm 14.45$  คะแนน เป็น  $90.96\pm 9.67$  คะแนน ในเดือนที่ 1 และ  $93.21\pm 6.76$  ในเดือนที่ 3 ของการออกเยี่ยมบ้าน สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในเดือนที่ 3 ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.017$ )

#### 5.1.2.4 ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 ( $p=0.028$  และ  $p=0.008$ ) จากคะแนนความรู้สึกเป็นภาระเฉลี่ยก่อนการศึกษาเท่ากับ  $23.21\pm 12.66$  คะแนน เป็น  $17.79\pm 10.72$  คะแนน ในเดือนที่ 1 และ  $14.96\pm 9.62$  คะแนน ในเดือนที่ 3 สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 ( $p=0.013$  และ  $p=0.033$ ) จาก  $19.66\pm 11.17$  คะแนน เป็น  $26.79\pm 14.04$  คะแนน ในเดือนที่ 1 และ  $26.52\pm 16.21$  คะแนนในเดือนที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการศึกษา ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระไม่แตกต่างกัน ( $p=0.253$ ) หลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ 3 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.012$  และ  $p=0.008$ )

#### 5.1.2.5 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลจากการเก็บข้อมูลทั้ง 3 ครั้ง พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดไม่แตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดภายในกลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.021$  และ  $p=0.024$ ) จาก  $40.30\pm 10.16$  คะแนน เป็น  $36.61\pm 10.82$  คะแนนในเดือนที่ 1 และ  $35.25\pm 9.30$  ในเดือนที่ 3

### 5.1.2.6 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง

ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และ 2 ผู้ดูแลคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ เท่ากับ  $3.75 \pm 0.50$  คะแนน  $3.84 \pm 0.63$  คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับพอใจมาก และในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ผู้ดูแลมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ  $4.56 \pm 0.30$  คะแนน ตามลำดับซึ่งจัดอยู่ในระดับพอใจระดับมากที่สุด เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจต่อการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

## 5.2 อภิปรายผล

### 5.2.1 ผลการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภท

#### 5.2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ เพศ อายุเฉลี่ย ค่าดัชนีมวลกาย สิทธิการรักษา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ รายได้เฉลี่ย การใช้สารเสพติดและประวัติการแพ้ยา ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ( $p > 0.05$ ) โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.3) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.4 เท่า (47) อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ  $42.97 \pm 9.86$  ปี และกลุ่มทดลองเท่ากับ  $47.57 \pm 9.78$  ปี ซึ่งโรคจิตเภทส่วนใหญ่พบมีการแสดงอาการในช่วงวัยผู้ใหญ่มากกว่าวัยเด็กหรือคนชรา (47) ด้านข้อมูลทั่วไปอื่น ๆ ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีอายุน้อย (28) การใช้สารเสพติด (28) การใช้แอลกอฮอล์ (27) การมีระดับการศึกษาที่ต่ำ (48) เมื่อผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลทั่วไปเหล่านี้ไม่แตกต่างกันจะช่วยลดปัจจัยกวนที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้

#### 5.2.1.2 สภาวะโรคของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสโรคที่ไม่แตกต่างกัน ( $p > 0.05$ ) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นด้วยรหัส F209 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส F20 นอกจากนี้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีระยะเวลาการเป็นโรคและระยะเวลาที่ได้รับการรักษาไม่แตกต่างกัน ( $p = 0.333$  และ  $p = 0.773$  ตามลำดับ) โดยผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ  $16.67 \pm 12.01$  ปี และมีระยะเวลาที่รักษาเฉลี่ยเท่ากับ  $13. \pm 8.1$  ปี กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ  $14.33 \pm 9.98$  ปี และระยะเวลาที่รักษาเฉลี่ยเท่ากับ  $13 \pm 8.1$  ปี จากการศึกษาของ Kathleen Lang และคณะ (28) พบว่า การเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่งได้รับการรักษาเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้

ด้านโรคร่วมจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมและ ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) โรคร่วมที่พบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหืด โรคไขมันในเลือดสูงและ โรคเก๊าท์ จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 60 มีการตายก่อนวัยอันควร ซึ่งสาเหตุการตายไม่ได้สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย แต่เกิดจากภาวะโรคร่วมอื่น ๆ โดยสาเหตุมาจากข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย ผลกระทบจากตัวโรค พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และการดื่มสุราที่มากกว่าปกติ ขาดการควบคุมอาหาร และขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วน โรคเบาหวาน และ โรคหลอดเลือดและหัวใจ นอกจากนี้โรคร่วมอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นยังอาจเป็นผลกระทบจากการรักษาโรคจิตเภทได้อีกด้วย (50-51) การศึกษาของ Caroline และคณะ (50) พบว่า ในผู้ป่วยจิตเภทจะพบภาวะ โรคเรื้อรังมากกว่าคนทั่วไปประมาณ 1 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป พบโรคไทรอยด์ต่ำ 2.62 เท่า โรคถุงลมโป่งพอง พบ 1.88 เท่า โรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน 2.11 เท่า พบความผิดปกติของสาร น้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 4.21 พบภาวะตับอักเสบ 7.54 เท่าและพบภาวะติดเชื้อในโคติน 2.77 เท่าของประชากรทั่วไป

สำหรับคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตเท่ากับ  $27.07 \pm 4.39$  คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทางจิตเท่ากับ  $26.57 \pm 3.96$  คะแนน ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตไม่แตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) โดยระดับคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงทางจิตจัดอยู่ในเกณฑ์อาการสงบหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย (51) จากการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตมีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่มีภาวะโรคกำเริบหรือมีอาการด้านลบเด่นจะส่งผลด้านลบต่อความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตไม่แตกต่างกัน จึงน่าจะมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่ต่างกัน

### 5.2.1.3 ข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย

ในการวินิจฉัยและเริ่มต้นการใช้ยา ผู้ป่วยจิตเภทในเขต อ.เชียงในจะได้รับการวินิจฉัยและเริ่มสั่งใช้ยาโดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี เมื่ออาการของผู้ป่วยอยู่ในระยะสงบจึงจะถูกส่งตัวกลับมารับยาและติดตามอาการที่โรงพยาบาลเชียงใน ในการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มเก่า เนื่องจากเป็นยาที่ใช้กันมานานและเป็นยาที่มีราคาถูก โดยผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ใช้ยา Chlorpromazine และ Perphenazine ผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้ยา Haloperidol แต่เมื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลการใช้ยาที่ไม่แตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) โดยในการศึกษาผู้ป่วยมีการใช้ทั้งยารุ่นเก่าและรุ่นใหม่ ยารุ่นใหม่ที่ใช่ ได้แก่ ยา Clozapine และ Risperidone ทั้งนี้เพราะยาทั้ง 2 ชนิดเป็นยาที่มีการผลิตแบบ Local made โรงพยาบาลจึงสามารถจัดหาบริการให้แก่ผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของ Haya

Ascher-Svanum และคณะ (52) พบว่า ผู้ป่วยที่ไ้ยารุ่นใหม่จะมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่า ผู้ป่วยที่ไ้ยา Haloperidol อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมี ข้อมูลการใช้ยาที่ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p > 0.05$ ) จึงน่าจะส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

สำหรับยาร่วมชนิดอื่น ๆ พบว่าส่วนใหญ่มีการใช้ยา Trihexyphenidyl เพื่อรักษา และป้องกันอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Extrapyramidal symptom:EPS) เมื่อทำการวิเคราะห์ พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการใช้ยาร่วมอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน ( $p > 0.05$ )

ด้านจำนวนรายการยาต่อผู้ป่วย 1 ราย จากการศึกษาของนพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และคณะ (27) พบว่า จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับและความถี่ในการบริหารยาต่อวันมีผลต่อ ความร่วมมือในการใช้ยา ในการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ใช้ยา 3 รายการ เมื่อทำการ วิเคราะห์ทางสถิติพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวนรายการยาที่ใช้ต่อคนไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) จึงน่าจะส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

#### 5.2.1.4 ความร่วมมือในการใช้ยา

การใช้ยาเป็นหลักสำคัญของการรักษาโรคจิตเภท จากการศึกษาของ Lacro และ คณะ (46) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 41.2 ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา ในการศึกษาของ Shawn X. Sun และคณะ (58) ทำการศึกษาในประเทศเกาหลี พบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีผลเพิ่ม อัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพิ่ม ค่าใช้จ่ายในการรักษาระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาของ Piyameth Dilokthornsakul และคณะ (23) ทำการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 24.1 มี การใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง และผู้ป่วยร้อยละ 37.5 มีการใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง โดยผู้ป่วยที่ใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่งมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและระยะเวลาการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยา ( $p < 0.01$ ) การศึกษาของนพวรรณ เอกสุวีร พงษ์ และคณะ (27) พบว่า ปัจจัยที่ใช้ทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการ ใช้ยา การใช้แอลกอฮอล์ จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ และความถี่ในการบริหารยาต่อวัน ขณะที่การศึกษาของ Kathleen Lang และคณะ (28) พบว่าปัจจัยที่ใช้ทำนายความไม่ร่วมมือในการ ใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มเริ่มได้รับการรักษา ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี การใช้สารเสพติด การใช้ยาปรับอารมณ์ การใช้ยาต้านการซึมเศร้า หรือการใช้ยากลุ่ม anticholinergic และผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเก่าชนิดออกฤทธิ์นาน สำหรับปัจจัยที่ใช้ทำนายความเสี่ยง ในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การใช้สารเสพติด การใช้ยากลุ่ม anticholinergic และความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ในการศึกษานี้วัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยาและนำมาคำนวณหาสัดส่วนการครอบครองยา (Medication Possession Ratio, MPR) หากมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 หมายถึงผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา จากการเก็บข้อมูลทั้ง 3 ครั้ง พบว่า ในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับมีความร่วมมือในการใช้ยา ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย ซึ่งอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนการศึกษา หลังการศึกษา 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธรลัทย์ วิริยะสิริสกุลและคณะ (10) ที่ทำการศึกษผลของการให้ความรู้โดยเภสัชกร การให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่โรงพยาบาลและการโทรศัพท์ติดตามการใช้ยา ซึ่งพบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ( $p=0.109$ )

เมื่อทำการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ในเดือนที่ 1 และ 3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.032$  และ  $p=0.010$  ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นพบว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.004$  และ  $p=0.008$  ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์และคณะ (9) ที่ทำการศึกษผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.02$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของจักรี แก้วคำบัง และคณะ (44) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามแนวทาง mhGAP for Schizophrenia มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) และจากการศึกษาของ Marcia Valenstein และ คณะ (42) ทำการศึกษาที่ประเทศอังกฤษถึงผลการบริบาลทางเภสัชกรรม ได้แก่ การจัดยาแบบ unit dose การจัดให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การส่งจดหมายแจ้งเตือนการรับยาตามนัด และการจัดการแก้ปัญหาเมื่อพบผู้ป่วยขาดนัด 7-10 วัน ต่อความร่วมมือในการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า ในเดือนที่ 6 และ 12 กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) และการศึกษาของ Mishra และคณะ (59) ทำการศึกษาในประเทศอียิปต์ โดยศึกษาผลการบริบาลทางเภสัชกรรมและการให้ความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร ผลการศึกษาพบว่า ในเดือนที่ 1 และ 3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ )

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา จากการศึกษาของนพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และ นารัต เกษตรทัต (27) ได้แก่ การไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา การใช้แอลกอฮอล์ จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ และความถี่ในการบริหารยา จากการศึกษาของ Kathleen Lang และคณะ

(28) พบว่า การมีอายุน้อยและการใช้สารเสพติด มีผลทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่ต่างกัน อาจเนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีระดับอาการความรุนแรงของอาการทางจิตที่ไม่แตกต่างกันรวมทั้งมีข้อมูลการตีตราที่ไม่แตกต่างกันจึงทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ อาจนี้เนื่องจากกลุ่มควบคุมทำการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลผู้ป่วยอาจไม่นำยาทั้งหมดมาที่โรงพยาบาลจึงทำให้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าความเป็นจริง หรืออาจเกิดจากการมีเภสัชกรผู้วิจัยทำการประเมินการใช้ยาก่อนการตรวจรักษาจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักเห็นความสำคัญของการรับประทานยา จึงส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยามีความแตกต่างกัน โดยในการศึกษาอื่น ๆ มีการใช้เครื่องมือชนิดที่เป็นข้อคำถามความร่วมมือในการใช้ยา ในส่วนการศึกษานี้ใช้การนับจำนวนเม็ดยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาจึงอาจทำให้ได้ผลที่ไม่สอดคล้องกัน

#### 5.2.1.5 ประเภทและความถี่ของปัญหาจากการใช้ยา

ผลการศึกษา ก่อนการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีปัญหาจากการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ( $p > 0.05$ ) ยกเว้นในด้านผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยกลุ่มทดลองพบปัญหาไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.002$ ) สาเหตุอาจเนื่องจากการเยี่ยมบ้านในกลุ่มทดลองทำให้เห็นปัญหาจากการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมที่ทำการเก็บข้อมูลการใช้ยาตามคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มทดลอง พบว่าปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือ การเกิดอาการข้างเคียงจากยาและลำดับรองลงมา คือ อันตรกิริยาระหว่างยา และอันดับที่สาม คือ ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งขัดแย้งจากการศึกษาจันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์และคณะ (9) จิตรา เกณฑ์กระโทก และคณะ (43) ที่ทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดได้แก่ ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา และปัญหารองลงมา ได้แก่ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากในการศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอยู่ในระยะสงบ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ขณะที่ในการศึกษาอื่น ๆ ไม่มีการประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยรวมด้วย จึงอาจทำให้อันดับปัญหาจากการใช้ยาในการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ

ในการศึกษานี้มีอาการข้างเคียงจากยาส่วนใหญ่ที่พบคือ กลุ่มอาการกล้ามเนื้อเคลื้อนไหวผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของธรรลัทย์ วิริยะสิริสกุลและคณะ (10) จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์และคณะ (9) จิตรา เกณฑ์กระโทก และคณะ (43) และจักรี แก้วคำบัง และคณะ (44) โดยอาการกล้ามเนื้อเคลื้อนไหวผิดปกติมีสาเหตุจากการใช้ยากลุ่มเก่ามากกว่ายากลุ่มใหม่โดยเฉพาะ ยา Haloperidol (53) เนื่องจากยากลุ่มเก่ามีผลลดระดับ Dopamine ที่ Nigrostriatal tract ซึ่งมีผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกาย (13) ในการศึกษานี้มีอาการ EPS ที่พบมากที่สุดได้แก่ Tardive dyskinesia

อาการที่พบได้แก่ อาการเคี้ยวปาก แขนขามีการเคลื่อนไหวช้าๆในรูปแบบเดิม (stereotype) พบในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 6 ราย (ร้อยละ 31.58 ของการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา) ในกลุ่มควบคุม พบ 4 ราย (ร้อยละ 22.22 ของการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา) อาการนี้พบมากในผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มเก่าชนิดความแรงสูง ได้แก่ ยา haloperidol และมีการใช้ยาเป็นเวลานาน จากการศึกษาแบบ cohort study ในผู้ป่วยที่มีการใช้ยาต้านโรคจิตประมาณ 18 ปี พบเกิด Tardive dyskinesia ร้อยละ 10.2 (54) จากศึกษานี้ พบผู้ป่วยเกิดอาการ Tardive dyskinesia จากยา Chlorpromazine Haloperidol และ Perphenazine และผู้ป่วยทั้งหมดมีการใช้ยาต่อเนื่องมานาน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการเกิด Tardive dyskinesia โดยอาการนี้อาจดีขึ้นหลังหยุดยาแต่ไม่หายขาด บางรายอาการยังคงที่ไม่หายแม้หยุดยาไปแล้ว ด้านการรักษาปัจจุบันยังไม่มียาชนิดใดให้ผลการรักษาอย่างชัดเจน ดังนั้นการป้องกันการเกิดอาการจึงเป็นสิ่งสำคัญ แนวทางการป้องกันภาวะ Tardive dyskinesia คือ หลีกเลี่ยงการใช้ยาต้านโรคจิตที่มีความแรงสูงเป็นเวลานาน และเปลี่ยนไปใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่แทน แต่เนื่องจากโรงพยาบาลเชิงในเป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง การปรับเปลี่ยนยาต้องทำการส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยผู้ป่วยต้องเดินทางไป-กลับเอง ผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทาง อาการข้างเคียงชนิดนี้ในการศึกษานี้จึงยังไม่ได้รับการแก้ไข แต่ผู้ได้รับการให้คำแนะนำการในเรื่องอาการที่พบ การแก้ไขอาการเบื้องต้น

อาการกล้ามเนื้อเคลื่อนไหวผิดปกติที่พบรองลงมา ได้แก่ อาการ Parkinsonism พบในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 27.78 ของการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา) และกลุ่มทดลอง พบ 5 ราย (ร้อยละ 26.32 ของการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา) แนวทางการแก้ไขสำหรับอาการกลุ่มนี้คือการให้ยา anticholinergic drug (13) ได้แก่ ยา Trihexyphenidyl พบมีการใช้ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 90 ในกลุ่มควบคุม พบร้อยละ 82.76 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.417$ ) ซึ่งจากการเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยมีอาการนี้มากขึ้นเมื่อผู้ป่วยดื่มสุราและหยุดรับประทานยาโรคจิตเภท เนื่องจากยา anticholinergic drug มีค่าครึ่งชีวิตสั้นกว่ายารักษาโรคจิตเภท เมื่อผู้ป่วยหยุดยา ระดับยา anticholinergic ในเลือดลดต่ำลง ขณะที่ยาระดับยาต้านโรคจิตในเลือดยังสูงอยู่จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงนี้เด่นชัดขึ้น แก้ไขโดยการให้ผู้ป่วยรับประทานยา Trihexyphenidyl สำหรับรักษาอาการ EPS รวมทั้งให้คำแนะนำในการหยุดดื่มสุราและให้ผู้ดูแลเตือนการรับประทานยา นอกจากนี้ในการศึกษายังพบอาการข้างเคียงอื่น ๆ ได้แก่ anticholinergic effect อาการนี้พบมาจากการใช้ยา low potency ได้แก่ ยา chlorpromazine แก้ไขโดยการให้คำแนะนำในเรื่องการจิบน้ำ การรับประทานผลไม้รสเปรี้ยวและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยา สำหรับอาการข้างเคียงชนิด Orthostatic hypotension แก้ไขโดยการให้คำแนะนำเรื่องการค่อยๆลุกนั่งและการ



ค่อยๆเปลี่ยนอริยาบถ ตามแนวทางการแก้ไขอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่ระบุไว้ในคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนที่เกสซ์ชกรผู้วิจัยได้แจกให้

ปัญหาจากการใช้ยาอันดับที่ 2 ได้แก่ การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา จากการศึกษาของ Jeff Jianfei Guo และคณะ (55) ซึ่งทำการเก็บข้อมูลปี ค.ศ. 2000 ถึง 2003 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 23 ได้รับยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่าง ยา-ยา ซึ่งยา Risperidone เป็นยาที่พบเกิดอันตรกิริยา ร้อยละ 13.1 ยา olanzapine เกิดอันตรกิริยา ร้อยละ 10.3 และ ยา clozapine พบเกิดอันตรกิริยา ร้อยละ 3.2 เนื่องจากยาด้านโรคจิตถูกทำลายที่ตับ เอนไซม์ที่พบเกิดอันตรกิริยามากที่สุด ได้แก่ CYP2D6 พบร้อยละ 14.7 เอนไซม์ CYP3A4 พบร้อยละ 5.4 และ CYP1A2 พบร้อยละ 5.2 ในการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นคู่อันตรกิริยา 4 คู่ ได้แก่ Chlorpromazine – Fluoxetine พบในผู้ป่วย 1 ราย การเกิดอันตรกิริยาระหว่าง ยา-ยา มีระดับนัยสำคัญอยู่ในระดับ 1 โดยยา CPZ มีผลยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ CYP2D6 ทำให้ระดับยา Risperidone สูงขึ้นซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด QT interval prolongation, Chlorpromazine – Propranolol, Risperidone – Fluoxetine ,และ Chlorpromazine – Haloperidol (ผู้ป่วยได้รับยาร่วมกันคิดเป็นขนาดยา เท่ากับ CPZ 1200 mg/day) ซึ่งการให้ยาร่วมกันมีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด Cardiotoxicity ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า จากการติดตามอาการในผู้ป่วยที่ได้รับคู่มือที่เกิดอันตรกิริยาระหว่าง ยา-ยา ไม่พบเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเหล่านั้น ผู้ป่วยจึงยังคงได้รับการรักษาด้วยยาชุดเดิมและได้รับการเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาคู่ที่เกิดอันตรกิริยาระหว่าง ยา-ยา ด้านคู่อันตรกิริยาระหว่าง ยา-บุหรี ที่พบคือ การใช้ยา Chlorpromazine, Clozapine และ Haloperidol ร่วมกับสูบบุหรี ยังไม่มีผลการศึกษาที่แน่ชัดเกี่ยวกับการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาด้านโรคจิตและการสูบบุหรี แต่ผลที่อาจเกิดขึ้นคือบุหรีอาจมีผลลดระดับยาด้านโรคจิต (56) แต่ระดับนัยสำคัญทางสถิติยังไม่สามารถระบุได้ การจัดการกับปัญหาที่พบ ได้แก่ การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรีและให้คำแนะนำการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ต้องกลับมาพบแพทย์

ปัญหาจากการใช้ยาของกลุ่มทดลองอันดับที่ 3 คือ ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา พบร้อยละ 21.54 โดยจากการออกเยี่ยมบ้านพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ 1) การดื่มสุรา โดยกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่ยังดื่มสุราถึง ร้อยละ 46.67 จากการเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ป่วย 4 รายเมื่อดื่มสุราจะลืมรับประทานยา ซึ่งการดื่มสุราเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท (53) 2) ผู้ป่วย 4 รายหยุดรับประทานยาเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและยาที่ใช้ โดยผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเองเมื่อไม่มีอาการหิวแหว่ ประสาทหลอน และไม่มีปัญหาการนอนหลับ จากการศึกษาของ Abyot Endale Gurmu และคณะ (57) ทำการวิจัยภาคตัดขวางในผู้ป่วยจิตเภทชาวเอธิโอเปีย 209 คน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 26.7 หยุดใช้ยาเนื่องจาก

อาการดีขึ้น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการใช้จ่ายอย่างต่อเนื่องได้ 3) มีผู้ป่วยจำนวน 3 รายหยุดรับประทานยาเนื่องจากเกิดอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ อาการปากแห้งคอแห้งมากร่วมกับมีอาการง่วงซึมตลอดทั้งวัน เนื่องจากได้รับยารุ่นเก่า ได้แก่ Chlorpromazine และ Perphenazine ร่วมกับยา Trihexyphenidyl ที่ใช้เพื่อรักษาอาการ EPS จากการศึกษาของ Abyot Endale Gurm และคณะ (57) พบผู้ป่วยหยุดใช้ยาเนื่องจากเกิดอาการข้างเคียงจากยาร้อยละ 12.7 การแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายจากการดื่มสุราและการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและยา คือ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องการเลิกสุรา ความรู้เรื่องโรคและยา สำหรับการแก้ปัญหาให้รายที่หยุดรับประทานยาเพราะทน anticholinergic effect ไม่ได้ เกสซ์กรรายงานให้แพทย์ประจำคลินิกทราบเพื่อประเมินการเกิดอาการ EPS ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการปรับลดยา Trihexyphenidyl นอกจากปัญหาจากการใช้จ่ายที่กล่าวมาข้างต้นแล้วยังมีปัญหาอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้สำหรับป้องกันอาการหรือโรคที่เกิดตามมา เช่น ยาที่ใช้สำหรับแก้ไขปัญหาคาโตนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท และยาที่ใช้สำหรับบรรเทาอาการ EPS แก้ไขโดยการรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาเพิ่มยาให้ผู้ป่วย

#### 5.2.1.6 ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

ก่อนการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนน BPRS เท่ากับ  $27.07 \pm 4.39$  คะแนน และกลุ่มทดลองมีคะแนน BPRS เท่ากับ  $26.57 \pm 3.96$  ระดับคะแนนของทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับไม่มีอาการหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย เมื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตไม่แตกต่างกัน ( $p > 0.05$ ) หลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ 3 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$  และ  $p < 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุม พบว่า ในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 คะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตไม่มีแตกต่างกัน ( $p = 0.829$  และ  $0.663$  ตามลำดับ) ขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรี แก้วคำบัง และคณะ (44) พบว่า หลังการบริบาลทางเภสัชกรรมตามแนวทาง mhGAP for Schizophrenia ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.012$ ) โดยปัจจัยที่มีผลต่อระดับอาการทางจิตคือความร่วมมือในการใช้จ่าย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มทดลองในการศึกษานี้มีความร่วมมือในการใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จึงน่าจะมีผลลดระดับอาการทางจิตของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Abd Alhadi Hasan และคณะ (41) ทำการศึกษาในประเทศจอร์แดน เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อศึกษาผลการให้ความรู้ การให้คู่มือ และการโทรศัพท์ติดตามการใช้จ่าย ต่อความรู้ อาการของโรค การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย รวมถึงความรู้สึกเป็นภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง เดือนที่ 1 และ หลังการทดลองในเดือนที่ 3 กลุ่มทดลองมี

ความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) นอกจากนั้นยังมีผลทำให้อัตราการกลับเป็นซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการศึกษาในเดือนที่ 3 ( $p < 0.001$ )

#### 5.2.1.7 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่ม จากการเก็บข้อมูลทั้ง 3 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่ต่างกัน ( $p = 0.347$ ,  $p = 0.842$  และ  $p = 0.114$ ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ในเดือนที่ 3 ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรี แก้วคำบัง และคณะ (44) พบว่า หลังการบริบาลทางเภสัชกรรมตามแนวทาง mhGAP for Schizophrenia คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตตามแบบประเมิน WHOQOL- BREF-THAI 26 กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $74.50 \pm 13.53$  และ  $65.29 \pm 11.53$ ;  $p = 0.002$ )

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ในเดือนที่ 3 ของการออกเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.114$ ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า ในเดือนที่ 3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพเฉลี่ยเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$ ) ขณะที่จากการการศึกษาของจันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ และคณะ (9) ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทกับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริการตามปกติ ในแผนกผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ การบริบาลทางเภสัชกรรมดำเนินการโดยการค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ประเมินผลจากปัญหาจากการใช้ยา คุณภาพชีวิตและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมมีคุณภาพชีวิตด้าน ภายนอกและด้านจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลคุณภาพชีวิตโดยรวมของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ขณะที่ในการศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองในมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในด้านกายภาพ ด้านสภาพสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาของ Ambed Mishra และคณะ (59) ทำการศึกษาในประเทศอินเดีย โดยศึกษาผลการบริบาลทางเภสัชกรรมและการให้ความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร ผลการศึกษาพบว่า ในเดือนที่ 1 และ 3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลากหลายรูปแบบทำให้การเปรียบเทียบข้อมูลทำได้ยาก แต่จากการศึกษา (60) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าประชากรทั่วไป โดยมีการรายงานผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เพศหญิง สถานภาพแต่งงานแล้ว และมีการศึกษาในระดับต่ำ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ขณะที่ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำรวมถึงการมีภาวะซึมเศร้าและการมีอาการด้านลบจะส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนั้นการมี

อาการข้างเคียงจากยาเพียงเล็กน้อยและการได้รับการสนับสนุนด้านสังคมมีผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

## 5.2.2 ผลการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล

### 5.2.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.4) และมีความสัมพันธ์เป็นแม่ของผู้ป่วย (ร้อยละ 35.6) สอดคล้องกับการศึกษาของ Winahyun และคณะ (61) และ การศึกษาของ Grandón และ คณะ (62) และ การศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์และคณะ (33) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์เป็นแม่ของผู้ป่วย ในการศึกษาผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.8 รองลงมา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 32.2 ขณะที่การศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์และคณะ (33) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 78.8 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.6 ความแตกต่างในจุดนี้อาจเนื่องจากการศึกษาของบุญวดีเลือกตัวอย่างทุกช่วงอายุ ขณะที่การศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ระหว่าง 18-65 ปี ซึ่งยังสามารถทำการเกษตรได้ จึงทำให้อาชีพส่วนใหญ่ของผู้ดูแลในการศึกษานี้คืออาชีพเกษตรกร

ผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด รายได้เฉลี่ย การมีโรคประจำตัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ปี) และจำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) ยกเว้นสถานภาพการสมรสที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมมีสถานภาพโสดมากกว่ากลุ่มทดลอง ( $p=0.028$ ) แต่จากการศึกษาของ นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และคณะ (27) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ การไม่มีผู้ดูแล การใช้แอลกอฮอล์ จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับและความถี่ในการบริหารยาต่อวัน ซึ่งสถานภาพการสมรสของผู้ดูแลไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

### 5.2.2.2 ความรู้เรื่อง โรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนการศึกษา และหลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) แต่ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาเดือนที่ 1 พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น  $3.93\pm 2.58$  คะแนน (จากคะแนนเฉลี่ย  $12.29\pm 2.46$  คะแนน เป็น  $16.21\pm 1.75$  คะแนน) และเมื่อเปรียบเทียบก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาในเดือนที่ 3 พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น  $6.39\pm 2.94$  คะแนน (จากคะแนนเฉลี่ย  $12.29\pm 2.46$  คะแนน เป็น  $18.68\pm 1.63$  คะแนน) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษา

ของ จิตรรา เกณฑ์กระโทก และคณะ (43) ซึ่งทำการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตและผู้ดูแลที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานีรัตนวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและการให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ป่วย ระหว่างเดือนมกราคม 2553 ถึง เดือนมีนาคม 2553 โดยเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลก่อนการศึกษาและหลังการศึกษา 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $11.1 \pm 1.2$  และ  $9.6 \pm 1.6$ ;  $p < 0.01$ ) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Hasan และคณะ (41) ทำการศึกษาในประเทศจอร์แดน เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อศึกษาผลการให้ความรู้ การให้คู่มือ และการโทรศัพท์ติดตามการใช้จ่าย ต่อความรู้ อาการของโรค การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย รวมถึงความรู้สึกเป็นภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง และ หลังการทดลองในเดือนที่ 3 กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งการตั้งสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา และการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเป็นกลยุทธ์สำคัญที่มีผลเพิ่มความร่วมมือในการใช้จ่ายให้แก่ผู้ป่วยได้ (8) จากการศึกษาของ Ran และคณะ (37) พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทช่วยทำให้สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติต่อโรคจิตเภทดีขึ้น ซึ่งจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยได้

#### 5.2.2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการศึกษาผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยไม่ต่างกัน ( $p > 0.05$ ) แต่หลังจากการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า หลังการทดลองในเดือนที่ 3 ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.017$ ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า หลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ 3 ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.029$  และ  $p = 0.003$  ตามลำดับ) จาก  $87.46 \pm 14.45$  คะแนน เป็น  $90.96 \pm 9.67$  คะแนนในเดือนที่ 1 และ  $93.21 \pm 6.76$  คะแนนในเดือนที่ 3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Hasan และคณะ (41) ทำการศึกษาในประเทศจอร์แดน เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อศึกษาผลการให้ความรู้ การให้คู่มือ และการโทรศัพท์ติดตามการใช้จ่าย ต่อความรู้ อาการของโรค การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย รวมถึงความรู้สึกเป็นภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองในเดือนที่ 1 และในเดือนที่ 3 ( $p = 0.01$  และ  $p < 0.001$ ) คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอาจมีสาเหตุจากเมื่อผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและยา ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและมั่นใจในความสามารถในการจัดการกับภาวะต่างๆของผู้ป่วยได้ขณะที่กลุ่มควบคุม หลังการศึกษาในเดือนที่ 3 คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.009$ )

จากการศึกษาของ Winahyu และคณะ(61) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล พบว่า สถานการณ์จ้างงาน การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ในประเทศอินโดนีเซีย ขณะที่เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระดับการศึกษา และสถานะทางสุขภาพ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และจากการศึกษาของ Maeng และคณะ (35) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเกาหลี ทำการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ รายรับของผู้ดูแล ( $p=0.033$ ) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ( $p=0.006$ ) เพศของผู้ป่วย ( $p=0.006$ ) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ( $p<0.001$ ) ระดับความสามารถในการสื่อสาร ( $p=0.008$ ) ทศนคติด้านลบที่มีต่อยา ( $p=0.026$ ) และ ทศนคติในการเอาชนะตราบาปกับผู้ป่วยโรคจิต ( $p=0.029$ )

#### 5.2.2.4 ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการศึกษาผู้ดูแลกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระไม่แตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) หลังการให้ความรู้โดยเภสัชกรแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในเดือนที่ 1 และ 3 พบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.012$  และ  $p=0.008$  ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มระหว่างความรู้สึกเป็นภาระก่อนการศึกษากับหลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.028$  และ  $p=0.008$  ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของสอดคล้องกับการศึกษาของ Hasan และคณะ (5) ทำการศึกษาในประเทศจอร์แดน เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อศึกษาผลการให้ความรู้ การให้คู่มือ และการโทรศัพท์ติดตามการใช้ยา ต่อความรู้ อาการของโรค การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย รวมถึงความรู้สึกเป็นภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 กลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p<0.001$ ) เมื่อเทียบกับความรู้สึกเป็นภาระก่อนการศึกษา

ในการศึกษานี้ พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับต่ำ โดยจากการศึกษาของสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์ (63) ทำการศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีภาวะก้าวร้าวและอาการกำเริบของผู้ป่วย ( $p=0.004$ ) การดื่มสุรา ( $p=0.001$ ) รายได้ของผู้ดูแลที่น้อยกว่า 5000 บาท ( $p=0.049$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Maeng และคณะ (35) ที่ทำการศึกษาในประเทศเกาหลีพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ได้แก่ รายรับของผู้ดูแล ( $p=0.001$ ) และอาการหลงผิดของผู้ป่วย ( $p=0.001$ ) และจากการศึกษาของ Annisa และคณะ (36) ทำการศึกษาภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลชาวอินโดนีเซีย พบว่า ปัจจัยที่ใช้ในการทำนาย

ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับรุนแรงของโรคของผู้ป่วย ( $p < 0.001$ ) ทักษะคิดเกี่ยวกับเกี่ยวกับโรค ( $p < 0.001$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $p < 0.01$ )

การออกเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้โดยเภสัชกร มีผลลดความรู้สึกเป็นภาระเนื่องจากช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งยาเป็นการรักษาหลักที่ช่วยควบคุมอาการของโรคให้อยู่ในระยะสงบ และเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจภาวะของโรคได้ดีขึ้นและมีทัศนคติต่อตัวโรคดีขึ้น รวมถึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลลดลง

#### 5.2.2.5 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อเปรียบเทียบความรู้สึกเครียดพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเครียดไม่ต่างกัน ( $p > 0.05$ ) แต่เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.021$  และ  $p = 0.024$  ตามลำดับ) จากการศึกษาของ Mitsonis และ คณะ (64) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ ความรุนแรงของอาการทางคลินิกของผู้ป่วย และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงจะมีความรู้สึกเครียดมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย ในการศึกษาจากการเก็บข้อมูลในเดือนที่ 3 พบว่า มีผู้ดูแล 2 รายที่มีภาวะเครียดระดับสูง 2 ราย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแล 1 รายต้องดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มอีก 1 คน ส่วนผู้ดูแลอีก 1 รายมีปัญหาหลานสาวหนีออกจากบ้านตามวัยรุ่นชายในหมู่บ้าน การแก้ไขใน 2 กรณีนี้ได้แก่ การส่งต่อผู้ดูแลให้แก่พยาบาลจิตเวชเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

#### 5.2.2.6 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง

พบว่า ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และ 2 ผู้ดูแลคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ เท่ากับ  $3.73 \pm 0.50$  คะแนน และ  $3.84 \pm 0.63$  คะแนน ตามลำดับซึ่งจัดอยู่ในระดับพอใจระดับมาก ในการเยี่ยมบ้านผู้ดูแลมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ  $4.56 \pm 0.30$  คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับพอใจมากที่สุด เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการเภสัชกรรมที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถามพบว่า ข้อคำถามที่ 7 ผู้ดูแลต้องการให้มีการบริการออกเยี่ยมบ้านต่อไป มีค่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยสูงสุด ( $4.68 \pm 0.48$  คะแนน)

### 5.3 ปัญหาและข้อจำกัดในการศึกษา

5.3.1 ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ในการศึกษาที่ใช้วิธีการนับเม็ดยาเพื่อดูปริมาณยาที่ใช้หรือปริมาณยาที่เหลือและนำค่าที่ได้มาคำนวณหาสัดส่วนการครองยา ในกลุ่มควบคุมผู้ป่วยต้องนำยาที่เหลือติดตัวมาโรงพยาบาลในวันนัดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจนับ ข้อดีของวิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยารูปแบบนี้ คือ ราคาไม่แพง และไม่เป็นการรบกวนผู้ป่วยจนรับภาระหนักไป ข้อเสียคือ ยาที่ผู้ป่วยนำมาแสดงอาจไม่ใช่ยาส่วนที่เหลือจริงทั้งหมดจึงอาจทำให้ผลการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

5.3.2 ในการศึกษาที่ใช้แบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI 26 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล แม้พบว่ามีหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศนำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล แต่เครื่องมือนี้ยังไม่มีความจำเพาะในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตและผู้ดูแล

5.3.3 การศึกษาในปัจจุบันดำเนินการศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลการให้บริการที่โรงพยาบาล ข้อมูลผลการบริหารทางเภสัชกรรมในกลุ่มโรคนี้น้อย จึงอาจทำให้การวิเคราะห์ผลการศึกษามากกว่าการเปรียบเทียบผลการศึกษามีรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน

5.3.4 ในการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมเป็นการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาล ในบางนัดผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้มาพร้อมกับผู้ป่วยในวันนัด ทางผู้วิจัยต้องทำสัมภาษณ์ผู้ดูแลทางโทรศัพท์ ซึ่งข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์มีจำนวนมาก การให้ข้อมูลของผู้ดูแลอาจเกิดอคติได้ นอกจากนี้ไม่มีการปกปิดผู้ทำการศึกษาและเภสัชกร อาจได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอาจทำให้เกิดอคติได้

5.3.5 โรงพยาบาลเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ในการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา ไม่สามารถทำได้ครอบคลุมตามหลักเกณฑ์ เช่น การติดตามระดับยาในเลือด การติดตามหรือ ผลทางห้องปฏิบัติการไม่สามารถเจาะติดตามได้ทุกนัด จึงเป็นข้อจำกัดในการศึกษา

5.3.6 การสุ่มเป็นวิธีสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลาก

### 5.4 ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษากครั้งต่อไป

5.4.1 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด อาจเลือกใช้เครื่องมือประเมินความร่วมมือในการใช้ยา 2 รูปแบบร่วมกัน ทั้งในรูปแบบ Subjective methods



คือ เครื่องมือที่ให้เป็นการรายงานผลโดยตัวผู้ป่วยเอง ร่วมกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแบบการนับเม็ดยา

5.4.2 พัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อให้สามารถเห็นปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน

5.4.3 เพิ่มการศึกษาถึงผลความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อสะท้อนให้เห็นความสำคัญและความคุ้มค่าของการดำเนินการดังกล่าว

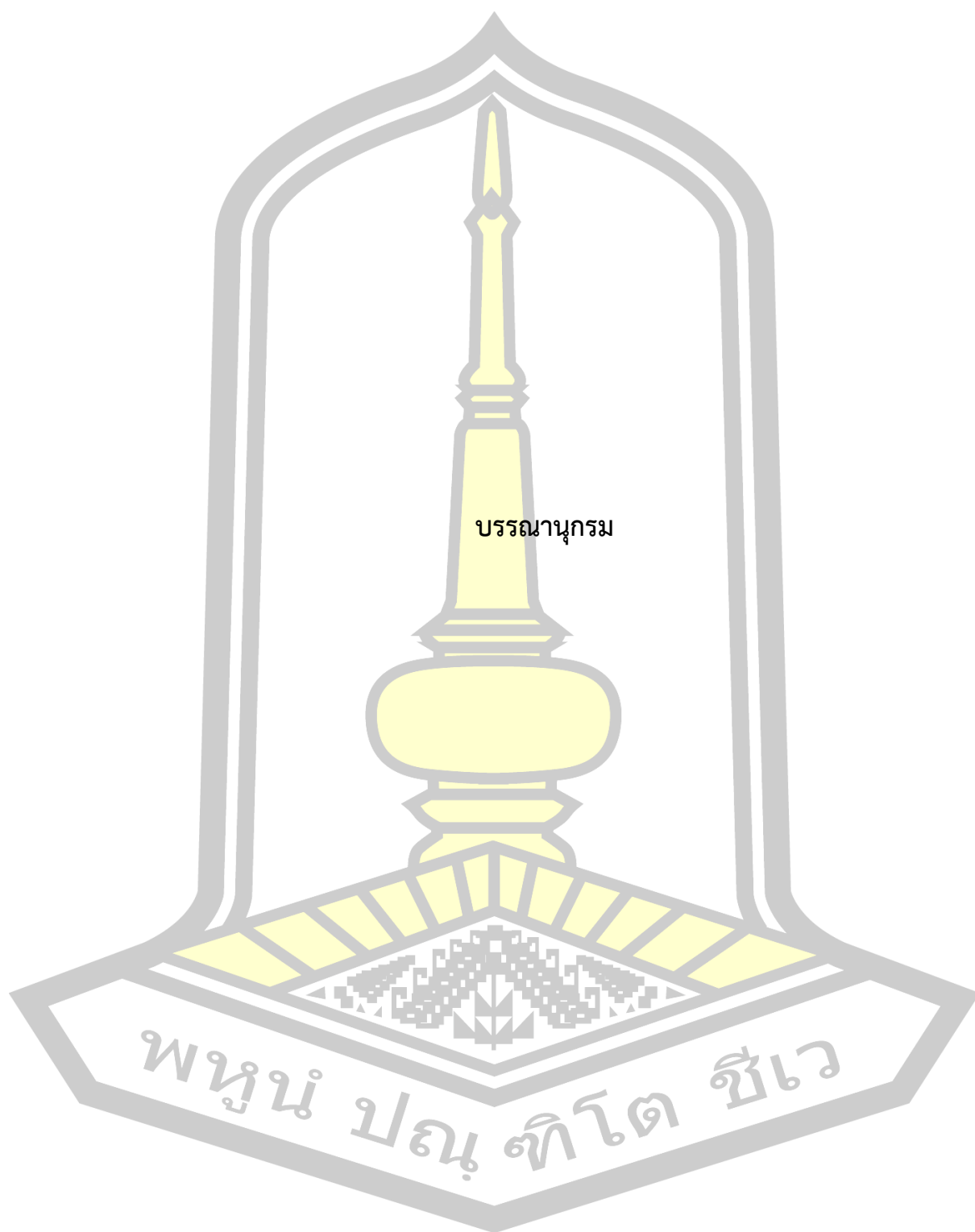
5.4.4 เพิ่มทำการศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคและยาของผู้ป่วยควบคู่ไปกับผู้ดูแล

5.4.5 พัฒนารูปแบบการให้ความรู้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจเรื่องภาวะโรคและการรักษา อันจะช่วยสร้างทัศนคติที่ดีให้แก่ผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

5.4.6 พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านในกรณีที่มีความปัญหารุนแรงหรือมีการกำเริบซ้ำ

5.4.7 เปลี่ยนรูปแบบการสุ่ม





### บรรณานุกรม

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/)
2. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiol Rev.* 2008;30(1):67–76.
3. Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2010;22(5):417–28. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09540261.2010.515205>
4. Perälä J, Suvisaari J, Sillanpää J, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2007;64(1):19–28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.19>
5. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr* [Internet]. 2010;8:24. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2936278&tool=pmc-entrez&rendertype=abstract>
6. เบ็ญจมาศ พงษ์กานนท์, ธีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, พวงลัดดา สกาวรัตน์, กรกวรรณ สุดศรีวิไล. ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร; 2556.
7. Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, et al. Suicide risk in schizophrenia: Learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry.* 2007;6:1–22.
8. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การสูญเสียปีสุขภาวะ Disability-Adjusted Life Year: DALY รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. 1st ed. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2558.
9. เกวลิน ชื่นเจริญสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561 - 2565. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2004. 54-59 p.
10. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ตำราโรคจิตเภท Textbook of Schizophrenia. 1st ed. พิเศษ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนันทน์, editors. Source. กรุงเทพมหานคร: ชานเมืองการพิมพ์; 2552. 271-280 p.

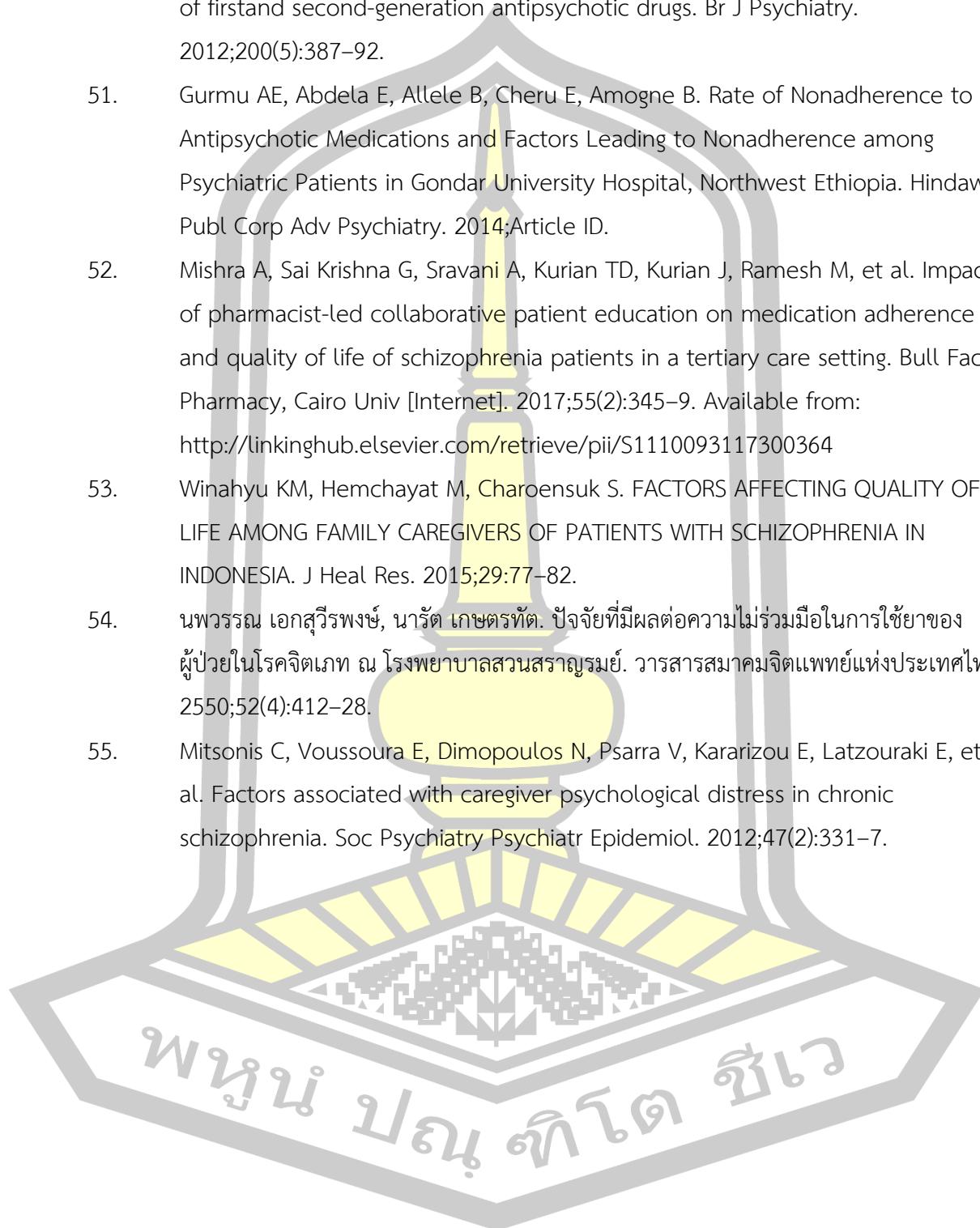
11. Valenstein M, Blow FC, Copeland LA, McCarthy JF, Zeber JE, Gillon L, et al. Poor Antipsychotic Adherence Among Patients With Schizophrenia: Medication and Patient Factors. *Schizophr Bull* [Internet]. 2004;30(2):255–64. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-lookup/doi/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007076>
12. San L, Bernardo M, Mez AÍNGÓ, Nez PMÍ, Lez BGÁ, A MPEÑ. Treatment Characteristics of Relapsing Schizophrenic Patients. *Nord J Psychiatry*. 2013;67(8):45.
13. Kanjanasilp J, Ploylearmsang C. A short term outcomes of pharmaceutical care in Thai patients with schizophrenia : a randomized controlled trial. *Songklanakarín J Sci Technol*. 2016;38(2):189–97.
14. ธีรลหทัย วิริยะศิริสกุล, ฐชานันท์ อิศริยะชัยกุล, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, สายทิพย์ สุทธิรักษา. ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท: การวิจัยทดลองแบบสุ่ม. *เภสัชกรรมไทย*. 2559;2:377–87.
15. นรินทราน นุตชาติ, กฤษณี สระมุณี. การประเมินผลการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมทีมเพื่อจัดการปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเภสัชกรรมไทย*. 2559;1:206–16.
16. Debavalya U, Moolasarn S, Orossarum J, Samangsri K, Yenwijitsopa A, Jaipen P. The Impacts of Home Care Pharmacy Services in Diabetic Patients. *Thai J Hosp Pharm* [Internet]. 2008;18(1):39–51. Available from: <file:///C:/Users/BIGGY/Downloads/No1Vol18P039-051.pdf>
17. ชนานุช มานะดี, ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง, พะยอม สุขเอนกนันท์. Effects of Elderly Care with Chronic Diseases on Quality Use of Medicine at Home in Area of Sub-district Health Promoting Hospitals , Somdet District , Kalasin province. *เภสัชศาสตร์อีสาน*. 2014;10(3):354–71.
18. ถนอมพงษ์ เสถียรลัคนา. Pharmacotherapy of schizophrenia. Vol. 34. 2559. p. 211–20.
19. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย). ตำราเภสัชกรครอบครั้ว. 1st ed. ธิดา นิงสานนท์, อุษณีย์ วรรณชมณี, จตุพร ทองอิม, ปรีชา มณฑกานติกุล, ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, editors. กรุงเทพมหานคร: บริษัทประชาชน จำกัด; 2557. 533-558 p.
20. Shuler KM. Approaches to improve adherence to pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:701–14.

21. Bright CE. Archives of Psychiatric Nursing Measuring Medication Adherence in Patients With Schizophrenia : An Integrative Review. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2017;31(1):99–110. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.003>
22. Pharmacists AS of H. ASHP Statement on Pharmaceutical Care. Am J Hosp Pharm. 1993;50:1720–3.
23. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย). คู่มือเภสัชกรครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน. 1st ed. ชิดา นิงสานนท์, จตุพร ทองอิม, ปรีชา นนทกานตีกุล, editors. กรุงเทพมหานคร: บริษัทประชาชน จำกัด; 2556. 273-290 p.
24. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Vol. 47, American journal of hospital pharmacy. 1990. p. 533–43.
25. Dilokthornsakul P, Thoopputra T, Patanaprateep O, Kongsakon R, Chaiyakunapruk N. Effects of medication adherence on hospitalizations and healthcare costs in patients with schizophrenia in Thailand. SAGE Open Med [Internet]. 2016;4:205031211663702. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2050312116637026>
26. อรวรรณ ศิลปกิจ, รสสุคนธ์ ชมชื่น, ชัชวาล ศิลปกิจ. คุณสมบัตินทางจิตวิทยาของแบบประเมินภาวะการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตของประเทศไทย. 2015;23:12–24.
27. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, Mehtälä J, Hoti F, Jedenius E, et al. Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29823 Patients With Schizophrenia. JAMA Psychiatry [Internet]. 2017;74(7):686. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2017.1322>
28. นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, นารัต เกษตรทัต. ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2550;52(4):412–28.
29. Lang K, Meyers JL, Korn JR, Lee S, Sikirica M, Crivera C, et al. Medication adherence and hospitalization among patients with schizophrenia treated with antipsychotics. Psychiatr Serv. 2010;61(12):1239–47.
30. Pfeiffer PN, Ganoczy D, Valenstein M. Dosing frequency and adherence to antipsychotic medications. Psychiatr Serv [Internet]. 2008;59(10):1207–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18832509>

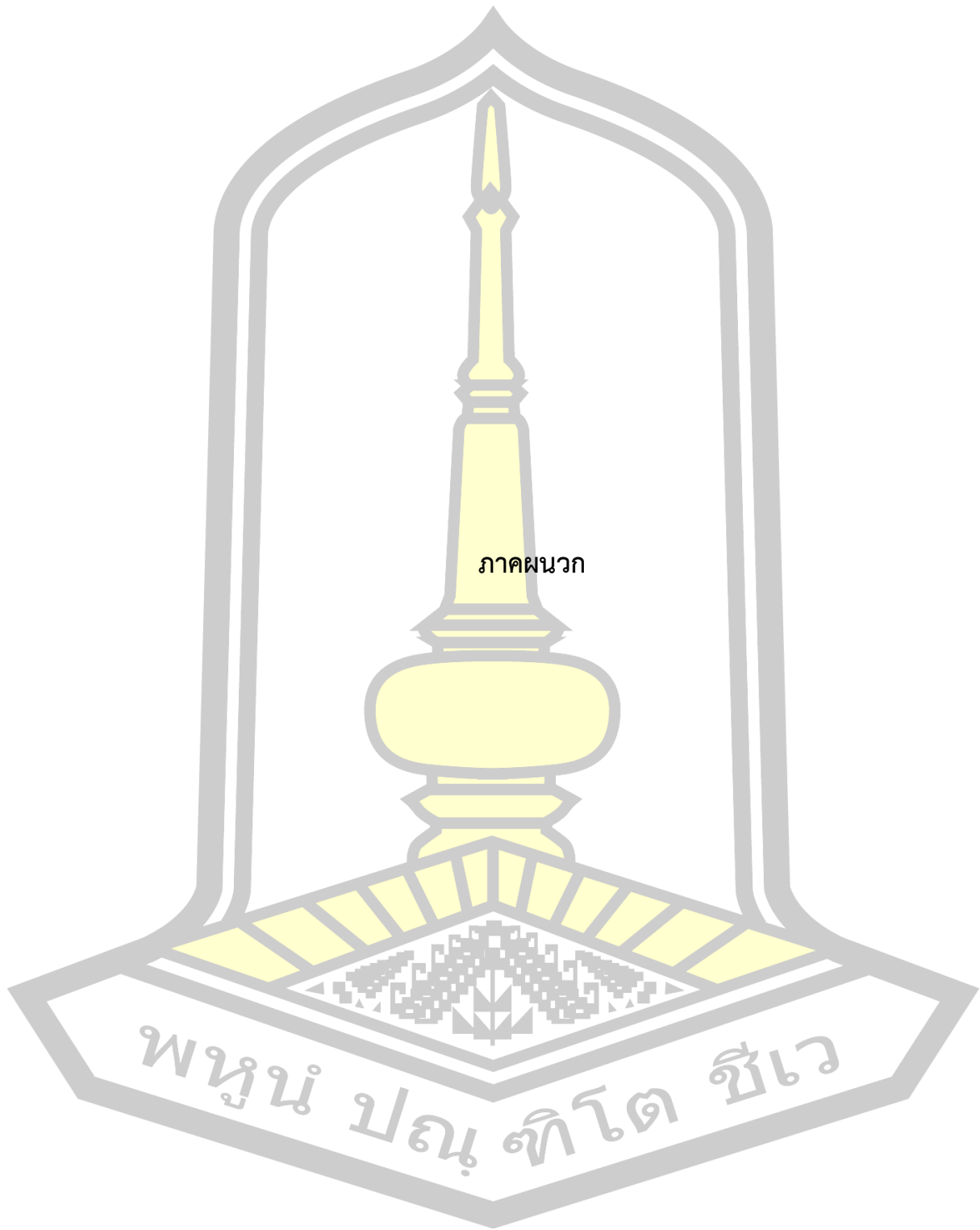
31. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M. Cost-effectiveness of pharmacological and psychosocial interventions for schizophrenia. *Cost Eff Resour Alloc* [Internet]. 2011;9(1):6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3120770&tool=pmc-entrez&rendertype=abstract>
32. Winahyu K., Hemchayat M, Charoensuk S. THE RELATIONSHIPS BETWEEN CHARACTERISTICS OF CAREGIVERS AND QUALITY OF LIFE AMONG FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS Karina Megasari Winahyu Monthana Hemchayat Sukjai Charoensuk. *Int Preceedings Soc Behav Sci* [Internet]. 2014;2(1):1–7. Available from: <http://www.pakinsight.com/?ic=projournal&journal=IPSBS>
33. Noghani F. Health Related Quality of Life in Family Caregivers of Patients Suffering from Mental Disorders. *J Clin Diagnostic Res* [Internet]. 2016;5–9. Available from: [http://jcdr.net/article\\_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2016&volume=10&issue=11&page=VC05&issn=0973-709x&id=8792](http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2016&volume=10&issue=11&page=VC05&issn=0973-709x&id=8792)
34. Boyer L, Caqueo-urizar A, Richieri R, Lancon C, Gutiérrez-maldonado J, Auquier P. Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia : a cross-cultural comparison of Chilean and French families. 2012;
35. Suwaluk Y, Yai H, Unit C, Rajanagarind S, Hospital P. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 2546;4:249–58.
36. Sucharita Narasipuram SK. Quality of life and perception of burden among caregivers of persons with mental illness. *AP J Psychol Med*. 2012;13(2):99–103.
37. Maeng S, Kim W, Kim J, Bae J. Factors Affecting Quality of Life and Family Burden among the Families of Patients with Schizophrenia. 2016;19:78–88.
38. Annisa F, Hengudomsub P, Deoisres3 W. Predicting Factors of Burden among Family Caregivers of Patients with Schizophrenia in Surabaya , Indonesia. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*. 2015;10(3):87–97.
39. Ran MS, Xiang MZ, Chan CLW, Leff J, Simpson P, Huang MS, et al. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia - A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(2):69–75.

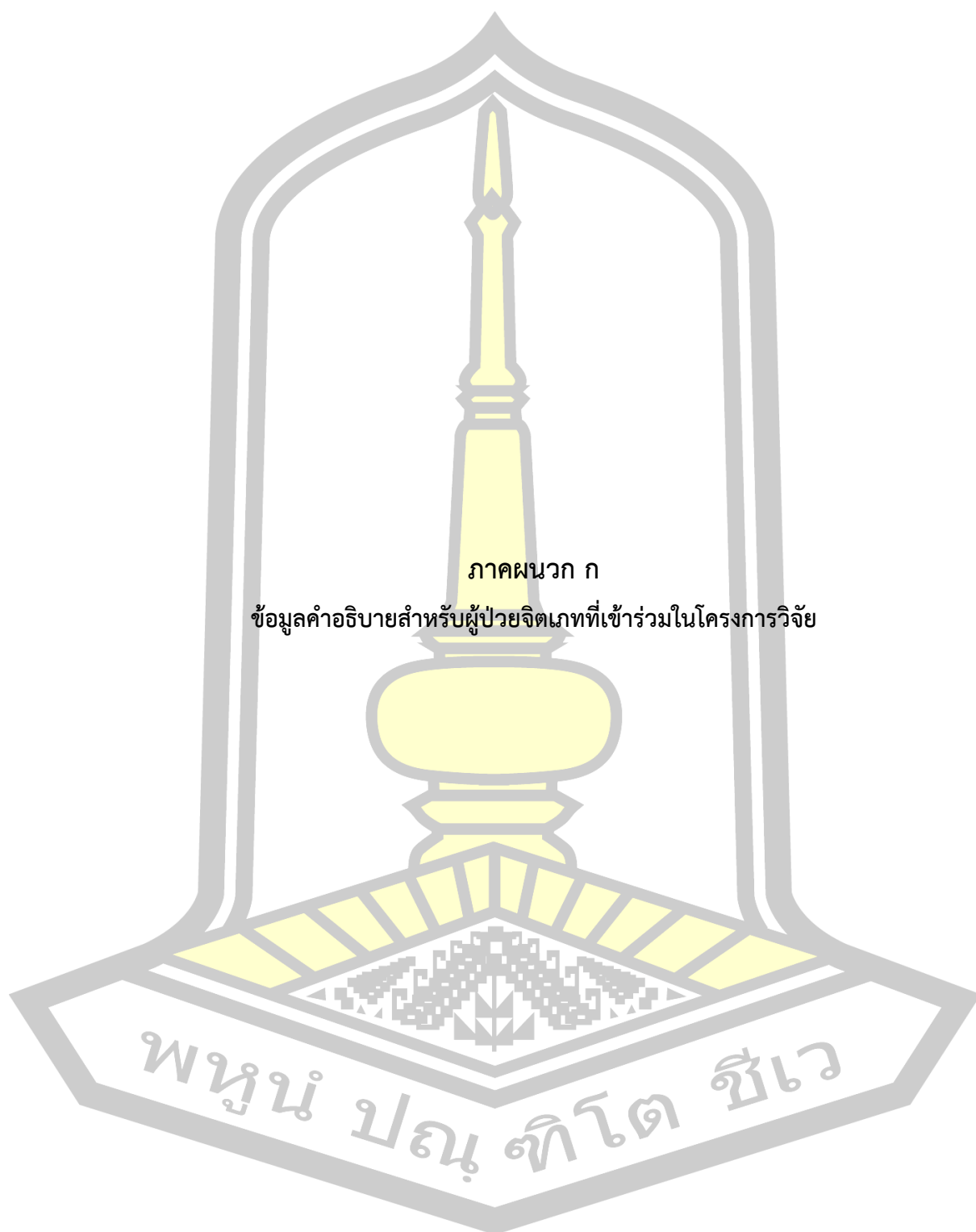
40. Chan SW chi, Yip B, Tso S, Cheng B shu, Tam W. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Educ Couns*. 2009;75(1):67–76.
41. Kulhara P, Chakrabarti S, Avasthi A, Sharma A, Sharma S. Psychoeducational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia: A randomised-controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119(6):472–83.
42. Cassidy E, Hill S, O’Callaghan E. Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives’ knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation. *Eur Psychiatry*. 2001;16(8):446–50.
43. Hasan AA, Callaghan P, Lymn JS. Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015;15(1):72. Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0444-7>
44. Valenstein M, Kavanagh J, Lee T, Reilly P, Dalack GW, Grabowski J, et al. Using a pharmacy-based intervention to improve antipsychotic adherence among patients with serious mental illness. *Schizophr Bull*. 2011;37(4):727–36.
45. จิตรา เกณฑ์กระโทก, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, อารีรัตน์ สีสระนาถฤกษ์, จุฑามณี ดุษฎี ประเสริฐ. ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและการให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ดูแล. *วารสารโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์*. 2554;11:40–50.
46. จักรี แก้วคำบัง, อภรณ์ ไชยาคำ. ประสิทธิภาพของการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลจิตเวช. *เภสัชศาสตร์อีสาน*. 2015;11(July 2014):159–67.
47. García S, Martínez-Cengotitabengoa M, López-Zurbano S, Zorrilla I, López P, Vieta E, et al. Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients. *J Clin Psychopharmacol*. 2016;36(4):355–71.
48. Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel R. Clinical implications of Brief Psychiatric Rating Scale scores. *Br J Psychiatry*. 2005;187(OCT.):366–71.
49. Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries DE, Lacro JP, Dolder CR, Peng X. Adherence and persistence to typical and atypical antipsychotics in the naturalistic treatment of patients with schizophrenia. *Patient Prefer Adherence*. 2008;2:67–77.

50. Peluso MJ, Lewis SW, Barnes TRE, Jones PB. Extrapyrimal motor side-effects of first and second-generation antipsychotic drugs. *Br J Psychiatry*. 2012;200(5):387–92.
51. Gurmu AE, Abdela E, Allele B, Cheru E, Amogne B. Rate of Nonadherence to Antipsychotic Medications and Factors Leading to Nonadherence among Psychiatric Patients in Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *Hindawi Publ Corp Adv Psychiatry*. 2014;Article ID.
52. Mishra A, Sai Krishna G, Sravani A, Kurian TD, Kurian J, Ramesh M, et al. Impact of pharmacist-led collaborative patient education on medication adherence and quality of life of schizophrenia patients in a tertiary care setting. *Bull Fac Pharmacy, Cairo Univ [Internet]*. 2017;55(2):345–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1110093117300364>
53. Winahyu KM, Hemchayat M, Charoensuk S. FACTORS AFFECTING QUALITY OF LIFE AMONG FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN INDONESIA. *J Heal Res*. 2015;29:77–82.
54. นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, นารัต เกษตรทัต. ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2550;52(4):412–28.
55. Mitsonis C, Voussoura E, Dimopoulos N, Psarra V, Kararizou E, Latzouraki E, et al. Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(2):331–7.










ภาคผนวก ก

ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

พหุ ประดิษฐ์ ชัยเว

 <p>Mahasarakham University Institutional Review Board</p>	<p>ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)</p>
---	---

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้าน

**ผู้สนับสนุนการวิจัย** ไม่มี

**ผู้ทำวิจัย**

ชื่อ ญ.ปิยธิดา รักพงศ์

ที่อยู่ โรงพยาบาลเชียงใหม่ ต.เชียงใหม่ อ.เชียงใหม่ จ.อุบลราชธานี 34000

เบอร์โทรศัพท์ โทรศัพท์ 086-8681440 โทรสาร 045-423741 ต่อ 129

(ที่ทำงานและมือถือ)

**ผู้ร่วมในโครงการวิจัย**

ชื่อ ผศ.ดร.ญ.สายทิพย์ สุทธิรักษา ผศ.ดร.ญ.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์

ที่อยู่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย

จ.มหาสารคาม 44150

เบอร์โทรศัพท์ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754-360

(ที่ทำงานและมือถือ)

**เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของเภสัชกรผู้ทำวิจัย

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

**เหตุผลความเป็นมา**

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้นตัวโรคจะมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเอง มีปัญหาด้านการประกอบอาชีพหรือการเข้ากับคนในสังคม ในระยะยาว ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคจิตเภทหลงเหลืออยู่ และอาจมีการกำเริบของโรคเป็นระยะ ทำให้กระทบต่อการดูแลตนเอง ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ รวมถึงเป็นภาระที่ต้องมีผู้ดูแล

และอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป้าหมายในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน คือ การลดหรือจำกัด การแสดงอาการของโรค ลดการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย ให้มีการฟื้นฟูการทำงานของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตและทำงานในสังคมได้อย่างปกติ การรักษาด้วยยาต้านจิตเภทเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญที่สุด ผู้ป่วยต้องใช้ยาต่อเนื่องเพื่อลดการแสดงอาการของโรค และเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการกลับเป็นซ้ำ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลต่อตัวผู้ป่วยทั้งด้านการเป็นอันตรายต่อตัวเองและผู้อื่น การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทมีผลช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ลดปัญหาจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค ยาและการปฏิบัติตัวที่เพิ่มขึ้น มีอัตราการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตลดลง มีระดับความรุนแรงทางจิตลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่การศึกษาส่วนใหญ่ทำในโรงพยาบาล การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาทำในรูปแบบของการสอบถาม ซึ่งอาจไม่สามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาที่แท้จริงได้ ดังนั้นการวิจัยนี้จึงทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งจะทำให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่อยู่ในสภาพที่แท้จริง และจะทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับประโยชน์สูงสุดจากการบริหารทางเภสัชกรรม

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา คุณภาพชีวิต และอาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม
3. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา คุณภาพชีวิต และอาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ดูแล ก่อนและหลังการให้ความรู้โดยเภสัชกรพร้อมคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน
5. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการให้ความรู้โดยเภสัชกรพร้อมคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนและกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล

#### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม แบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า เพื่อเปรียบเทียบผลการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้านเปรียบเทียบกับ

ให้บริการตามปกติในโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยและผู้ดูแล 60 คู่ โดยการศึกษามีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมการศึกษาตามหลักเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก
2. ทำการสุ่มหลายขั้นตอนเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา
3. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยอธิบายขั้นตอนการศึกษา การปฏิบัติตัวเมื่อเข้าร่วมการศึกษา ผลดีผลเสียที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการศึกษาให้ผู้ป่วยทราบโดยละเอียด และแจกเอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลอ่านทำความเข้าใจ ให้ความในการพิจารณาข้อมูลและซักถามจนกว่าผู้ป่วยจะพอใจ จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยลงชื่อในใบยินยอมเข้าการศึกษาด้วยความเต็มใจ
4. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยลงรหัสประจำตัวให้ผู้ป่วยแต่ละคนในแบบเก็บข้อมูล และลงชื่อที่แท้จริงของผู้ป่วยพร้อมกับใส่รหัสประจำตัว
5. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยซักประวัติโดยละเอียดตามแบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยซึ่งประกอบไปด้วยประวัติทั่วไป ประวัติเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ประวัติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินอาการทางคลินิก ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยาและคุณภาพชีวิตก่อนเริ่มการศึกษา
6. ผู้ป่วยจะถูกคัดเข้าร่วมการศึกษาตามผลการสุ่มแบบหลายขั้นตอนเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เพื่อให้รูปแบบการบริการที่แตกต่างกัน ดังนี้
  - 6.1 กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล ได้แก่ ได้ตรวจรักษาโดยแพทย์/พยาบาลวิชาชีพ และจ่ายยาและให้การบริบาลทางเภสัชกรรมที่ห้องยาแผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา อาการทางคลินิกและได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในวันที่มารับบริการตามวันนัดที่โรงพยาบาล ในครั้งแรกที่เข้าร่วมการศึกษา และใน 1 เดือน (ครั้งที่ 2) และ 3 เดือน (ครั้งที่ 3) ถัดมาโดยนับเวลาจากการประเมินครั้งแรก
  - 6.2 กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล ร่วมกับได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรเป็นจำนวน 3 ครั้ง ได้แก่การเยี่ยมในครั้งแรก การเยี่ยมบ้าน ใน 1 เดือนต่อมา (ครั้งที่ 2) และการเยี่ยมบ้านใน 3 เดือน (ครั้งที่ 3) ต่อมานับเวลาหลังจากการเยี่ยมบ้านครั้งแรก รวมเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน และผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ประเมินปัญหาจากการใช้ยา ค้นหา แก้ไขและปัญหาจากการใช้ยา ประเมินอาการทางคลินิกและประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตามช่วงเวลาที่เหมาะสมที่เภสัชกรออกเยี่ยมบ้าน
7. หลังจากบันทึกข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูลแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามระบบการให้บริการตามปกติ ซึ่งได้แก่การตรวจรักษาโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม

ด้านจิตเวช จำเริญและให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่ห้องยาแผนกผู้ป่วยนอก และกลับมาพบแพทย์ตามวันนัด โดยในผู้ป่วยต้องนำยาติดตัวมาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้งตามวันนัด

8. นำผลการศึกษาที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลการศึกษา

### **ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด ใช้ยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาเดิม มาพบแพทย์ตามวันนัด พร้อมกับนำยาที่เหลือติดตัวมาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้ง และหากเกิดอาการผิดปกติในระหว่างระยะเวลาที่ทำการศึกษาอาสาสมัครควรแจ้งในผู้วิจัยได้รับทราบเพื่อหาแนวทางให้อาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

### **ความเสี่ยงที่อาจได้รับ**

การบริหารบาลทางเภสัชกรรมเป็นการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ ในระหว่างการศึกษาท่านยังคงได้รับการดูแลรักษาตามแผนการรักษาเดิม ท่านสามารถเดินทางมารับบริการที่สถานพยาบาล/โรงพยาบาล ได้เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ซึ่งการบริหารบาลทางเภสัชกรรมไม่พบรายงานการเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการทำกิจกรรมดังกล่าว แต่ในการศึกษาครั้งนี้ท่านจะได้รับการติดตามความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา ประเมินอาการทางคลินิกและประเมินคุณภาพชีวิต โดยจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 – 45 นาที ซึ่งอาจทำให้ท่านเสียเวลาได้ สำหรับการแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยจิตเภท ไม่พบการรายงานความเสี่ยงจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว แต่อาจมีคำถามบางข้อที่อาจทำให้ท่านเกิดความไม่สบายใจเกิดขึ้นได้ โดยหากท่านเกิดอาการหรือความรู้สึกดังที่กล่าวมาข้างต้น และต้องการออกจากการศึกษา ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

### **ความเสี่ยงที่รับจากการเจาะเลือด**

การเจาะเลือดเพื่อติดตามค่าทางห้องปฏิบัติการจะทำเฉพาะเมื่อท่านมารับบริการที่โรงพยาบาลและเป็นการดำเนินการตามดุลพินิจของแพทย์ เพื่อใช้ประกอบการตรวจวินิจฉัยโรคเมื่อท่านมารับบริการตามวันนัด หรือกรณีมีภาวะโรคอื่น ๆ ซึ่งในการเจาะเลือดจะดำเนินการโดยนักเทคนิคการแพทย์ และดำเนินการตามมาตรฐานนักเทคนิคการแพทย์ที่ดี ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะบันทึกในระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลเพื่อใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล จำกัดการเข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

### **ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน**

ท่านอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือความไม่สบายใจจากการตอบแบบสอบถาม นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านั้นอาจเป็นอาการที่

ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้นหากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

### **การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง**

หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ จากการใช้ยาเกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที โดยท่านจะเสียค่าใช้จ่ายตามสิทธิ์การรักษาของท่าน

### **ประโยชน์ที่อาจได้รับ**

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน ผู้ป่วยได้รับการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและได้รับการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น ลดการกำเริบของโรค ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติและใช้ชีวิตร่วมกับผู้คนที่อยู่ในชุมชนหรือสังคมได้นอกจากนี้ การวิจัยให้ครั้งนี้ยังทำให้ได้แนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รวมทั้งได้ข้อมูลเชิงวิชาการสนับสนุนการให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และได้ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยในรูปแบบบทความ (Research articles) ในวารสารวิจัยในระดับชาติและระดับนานาชาติ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาเพิ่มเติมหรือต่อยอด

### **ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย**

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

1. ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
2. ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัยทันที หากท่านได้รับยาอื่นนอกเหนือจากยาที่ใช้ในการศึกษาตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย
3. ขอให้ท่านนำยาที่เหลือจากการรับประทานมาให้ผู้ทำวิจัยตรวจสอบทุกครั้งทีนัดหมายให้มาพบ

## **อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/**

### **ผู้สนับสนุนการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยการที่เน้นการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งการดูแล และติดตามการใช้ยา ท่านยังได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ที่โรงพยาบาล ซึ่งหากท่านเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาซึ่งเป็น ท่านสามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาของท่าน แต่หากท่านเกิดความไม่สบายใจ หรือท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย เภสัชกรหญิงปิยธิดา รักพงศ์ ฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาล เชียงใน อ.เชียงใน จ.อุบลราชธานี 34000 เบอร์โทรศัพท์ 0868681440 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

### **ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย**

ท่านจะไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆเพิ่มเติมสำหรับการบริหารเภสัชกรรม หรือการเยี่ยมบ้าน แต่ท่านยังต้องจ่ายเงินตามสิทธิการรักษาของท่านเมื่อท่านเข้ารับการรักษาตามวันนัดของแพทย์ที่โรงพยาบาล

### **ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)**

เนื่องจากการศึกษานี้อาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษาคือจะเป็นออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ซึ่งอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการศึกษาคือจะไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายในการทำกิจกรรมดังกล่าว และกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามแนวทางการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลตามวันนัดและตามแผนการรักษาเดิมของผู้ป่วย ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยไม่ได้เตรียมค่าตอบแทนสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ

### **การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)**

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรม เป็นการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งไม่พบรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวผู้ทำวิจัยจึงไม่ได้เตรียมการประกันภัยใด ๆ รองรับ แต่หากท่านเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามแผนการรักษาในปัจจุบัน ท่านสามารถเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาของท่านได้ตลอด 24 ชั่วโมง

### **การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

1. ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย หรือขาดนัด
2. ท่านภาวะโรคกำเริบ หรือจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉิน
3. ท่านต้องย้ายสถานบริการเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม



### **การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร**

ข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้ เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน ทั้งนี้ ข้อมูลของท่านจะถูกจัดเก็บ 1 ปี สถานที่เก็บตู้เก็บ เอกสารมีกุญแจปิดล็อก และจะทำลายภายใน 1 ปีหลังผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูล ส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อ ประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูล ของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้อง กับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

### **สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

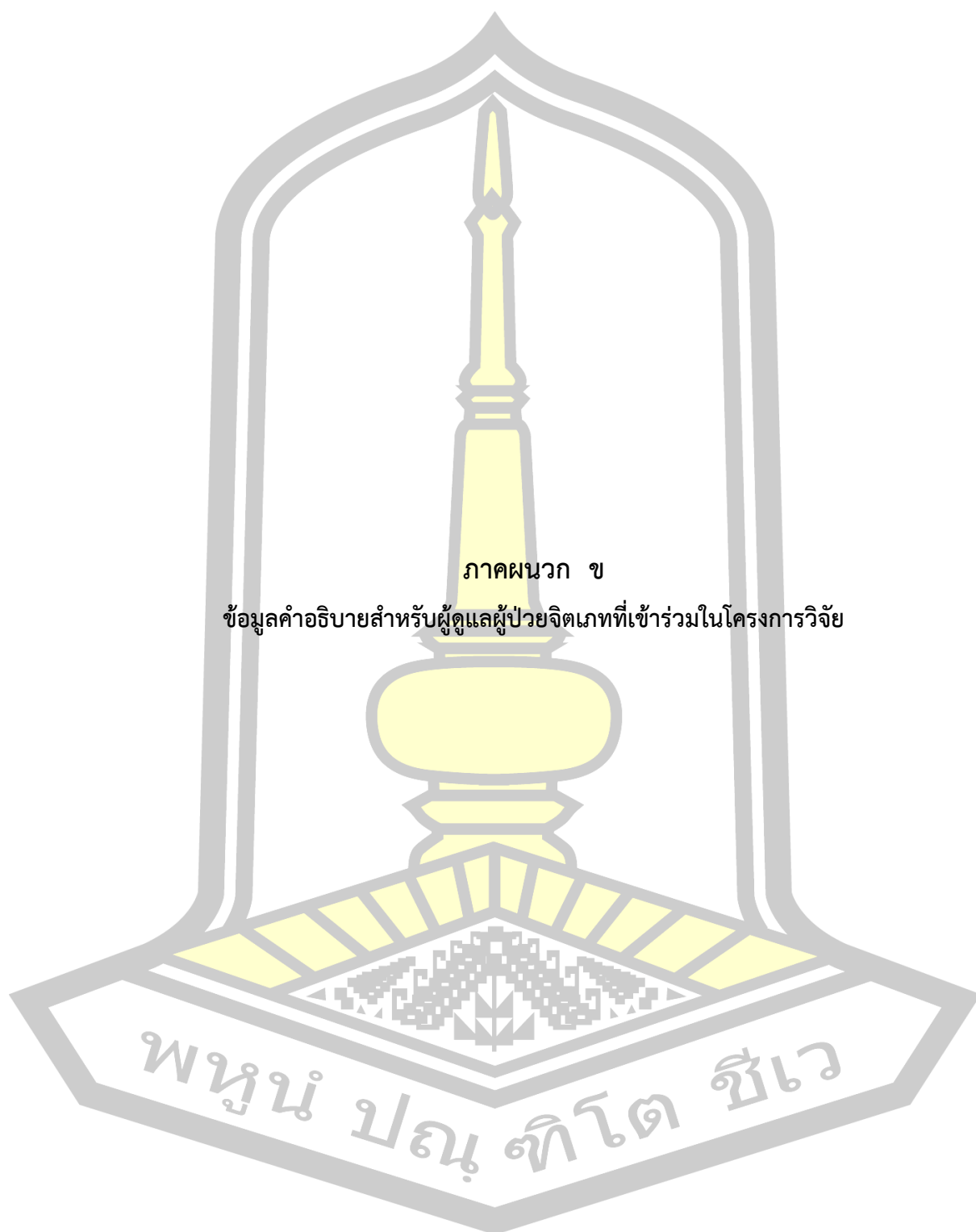
ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่า การยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสาร ใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์ 043-754416 โทรสาร 043-754416 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....



ภาคผนวก ข

ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

พหุ ประจักษ์ วิทยา

 <p>Mahasarakham University Institutional Review Board</p>	<p>ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)</p>
---	---

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้าน

**ผู้สนับสนุนการวิจัย** ไม่มี

**ผู้ทำวิจัย**

**ชื่อ** ภญ.ปิยธิดา รักพงษ์

**ที่อยู่** โรงพยาบาลเชียงใหม่ ต.เชียงใหม่ อ.เชียงใหม่ จ.อุบลราชธานี 34000

**เบอร์โทรศัพท์** โทรศัพท์ 086-8681440 โทรสาร 045-423741 ต่อ 129

(ที่ทำงานและมือถือ)

**ผู้ร่วมในโครงการวิจัย**

**ชื่อ** ผศ.ดร.ภญ.สายทิพย์ สุทธิรักษา ผศ.ดร.ภญ.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์

**ที่อยู่** คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย

จ.มหาสารคาม 44150

**เบอร์โทรศัพท์** โทรศัพท์/โทรสาร 043-754-360

(ที่ทำงานและมือถือ)

**เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของเภสัชกรผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

**เหตุผลความเป็นมา**

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้นตัวโรคจะมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเอง มีปัญหาด้านการประกอบอาชีพหรือการเข้ากับคนในสังคม ในระยะยาว ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคจิตเภทหลงเหลืออยู่ และอาจมีการกำเริบของโรคเป็น

ระยะ ทำให้กระทบต่อการดูแลตนเอง ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ รวมถึงเป็นภาวะที่ต้องมีผู้ดูแล และอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป้าหมายในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน คือ การลดหรือจำกัด การแสดงอาการของโรค ลดการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย ให้มีการฟื้นฟูการทำงานของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตและทำงานในสังคมได้อย่างปกติ การรักษาด้วยยาต้านจิตเภทเป็นวิธีการรักษาโรคที่สำคัญที่สุด ผู้ป่วยต้องเข้ายาต่อเนื่องเพื่อลดการแสดงอาการของโรค และเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการกลับเป็นซ้ำ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลต่อ ตัวผู้ป่วยทั้งด้านการเป็นอันตรายต่อตัวเองและผู้อื่น การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทมีผล ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ลดปัญหาจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค ยาและการ ปฏิบัติตัวที่เพิ่มขึ้น มีอัตราการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตลดลง มีระดับความรุนแรงทางจิตลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่การศึกษาส่วนใหญ่ทำในโรงพยาบาล การติดตามความร่วมมือในการใช้ ยาทำในรูปแบบของการสอบถาม ซึ่งอาจไม่สามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาที่แท้จริงได้ ดังนั้นวิจัยนี้จึงทำขึ้นเพื่อการศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่ บ้าน ซึ่งจะให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่อยู่ในสภาพที่แท้จริง และจะทำให้ผู้ป่วยและญาติ ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการบริหารทางเภสัชกรรม

### **วัตถุประสงค์ของการศึกษา**

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ

1. เพื่อศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา คุณภาพชีวิต และอาการ ทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม
3. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา คุณภาพชีวิต และอาการ ทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ บริการตามปกติที่โรงพยาบาล
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด คุณภาพชีวิต และ ความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ดูแล ก่อนและหลังการให้ความรู้โดยเภสัชกรพร้อมคู่มือการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน
5. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด คุณภาพชีวิต และ ความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการให้ความรู้โดยเภสัชกรพร้อมคู่มือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนและกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล

### **วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย**

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า เพื่อเปรียบเทียบผลการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้านเปรียบเทียบกับการให้บริการตามปกติในโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 60 คู่ โดยการศึกษามีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมการศึกษาตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้า-คัดออก
2. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการสุ่มหลายขั้นตอนเพื่อจัดผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา
3. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยอธิบายขั้นตอนการศึกษา การปฏิบัติตัวเมื่อเข้าร่วมการศึกษา ผลดีผลเสียที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการศึกษาให้ผู้ป่วยทราบโดยละเอียด และแจกเอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลอ่านทำความเข้าใจ ให้ความเวลาในการพิจารณาข้อมูลและซักถามจนกว่าผู้ป่วยจะพอใจ จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยลงชื่อในใบยินยอมเข้าการศึกษาด้วยความเต็มใจ
4. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยลงรหัสประจำตัวให้ผู้ป่วยแต่ละคนในแบบเก็บข้อมูล และลงชื่อที่แท้จริงของผู้ป่วยพร้อมกับใส่รหัสประจำตัว
5. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยซักประวัติโดยละเอียดตามแบบเก็บข้อมูลดูแลซึ่งประกอบไปด้วยแบบเก็บข้อมูลทั่วไป ได้รับการประเมินความรู้เรื่องโรค ยาและการปฏิบัติตัว ได้รับการประเมินคุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียดและความพึงพอใจต่อการบริการ
6. ผู้ดูแลจะถูกคัดเลือกตามการสุ่มแบบหลายขั้นตอนเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เพื่อให้รูปแบบการบริการที่แตกต่างกัน ดังนี้
  - 6.1 กลุ่มควบคุม ผู้ดูแลจะได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล และจะได้รับการประเมินระดับความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้จะได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด และความพึงพอใจต่อการบริการในวันที่พาผู้ป่วยมารับบริการตามวันนัดที่โรงพยาบาล คือ ในครั้งแรก และใน 1 เดือน (ครั้งที่ 2) และใน 3 เดือน (ครั้งที่ 3) ถัดมานับจากครั้งแรก โดยในกรณีที่ท่านไม่สามารถมาโรงพยาบาลพร้อมกับผู้ป่วยในวันนัดได้ ท่านเภสัชกรผู้วิจัยจะทำการประเมินผู้ดูแลตามแบบสอบถามการวิจัยโดยวิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ท่านให้ไว้ในตอนต้น โดยจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาที ต่อ ครั้ง
  - 6.2 กลุ่มทดลอง ผู้ดูแลจะได้รับการให้ความรู้จากเภสัชกรและได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ร่วมกับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรเป็นจำนวน 3 ครั้ง คือ ในครั้งแรก และใน 1 เดือน (ครั้งที่ 2) และ ใน 3 เดือน (ครั้งที่ 3) ถัดมานับจากครั้งแรก เพื่อให้ความรู้เรื่องโรค ยาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และจะได้รับการประเมินความรู้ ประเมินคุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด และความพึงพอใจต่อการบริการทุกครั้งตามช่วงเวลาที่กำลังกล่าวไปข้างต้น

7. หลังจากผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลเบื้องต้นของผู้ดูแลในแบบบันทึกข้อมูลแล้ว ผู้ดูแลจะได้รับการบริการตามระบบปกติ และกลับมาพบแพทย์ตามวันนัดพร้อมผู้ป่วย โดยในกลุ่มควบคุมต้องนำยาของผู้ป่วยติดตัวมาโรงพยาบาลด้วยทุกนัด
8. ในวันที่มาติดตามผลการรักษาผู้วิจัยจะขอร้องให้ผู้ดูแลนำยาที่เหลือจากการใช้ที่บ้านของผู้ป่วย มาให้ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือการใช้จ่ายด้วย
9. นำผลการศึกษาที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลการศึกษา

### **ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด มาโรงพยาบาลพร้อมกับผู้ป่วยในวันนัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของท่าน รวมถึงความรู้สึกไม่สบายใจของตัวท่านเองระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ ท่านต้องเดินทางมาโรงพยาบาลพร้อมกับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของท่านในวันที่แพทย์นัด โดยต้องนำยาที่เหลือของผู้ป่วยติดตัวมาด้วยทุกครั้ง

### **ความเสี่ยงที่อาจได้รับ**

ในการศึกษานี้ท่านจะได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน ร่วมกับการได้รับความรู้ในเรื่องโรค การใช้จ่ายและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเภสัชกร และจะได้รับการประเมินความรู้ คุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียดและความพึงพอใจของท่านต่องานบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งในการดำเนินการแต่ละครั้งจะใช้เวลา 30-40 นาที ท่านอาจต้องสละเวลาในการดำเนินการดังกล่าว สำหรับแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถามที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวางและไม่พบการรายงานความเสี่ยงจากการใช้แบบสอบถามดังกล่าว แต่อาจมีคำถามบางข้อที่อาจทำให้ท่านเกิดความไม่สบายใจได้ หากเกิดอาการหรือความรู้สึกดังที่กล่าวมาข้างต้น และต้องการออกจากโครงการวิจัย ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

### **ประโยชน์ที่อาจได้รับ**

การวิจัยนี้ท่านจะได้รับประโยชน์ คือ ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน ผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลของท่านได้รับการค้นหาปัญหาจากการใช้จ่ายและได้รับการป้องกันแก้ไขปัญหามาจากการใช้จ่าย ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้จ่ายดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น ลดการกำเริบของโรค ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติและใช้ชีวิตร่วมกับผู้คนในชุมชนหรือสังคมได้ และท่านจะได้รับการความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยารักษาโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระ เมื่อพบปัญหาจากการใช้จ่ายของผู้ป่วย และท่านจะได้รับการติดตามความรู้สึกเครียด ซึ่งหากมีความจำเป็นที่ท่านจะต้องได้รับการรักษาหรือการให้คำปรึกษาที่

เหมาะ ท่านจะได้รับการส่งตัวให้แก่แพทย์หรือนักจิตวิทยาที่เหมาะสมในทันที นอกจากนี้ การวิจัยให้ครั้งนี้ยังทำให้ได้แนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รวมทั้งได้ข้อมูลเชิงวิชาการสนับสนุนการให้การบริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และได้ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยในรูปแบบบทความ (Research articles) ในวารสารวิจัยในระดับชาติและระดับนานาชาติ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาเพิ่มเติมหรือต่อยอด

### **ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย**

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

1. ขอให้ท่านให้ข้อมูลแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
2. ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในการดูแลของท่าน พร้อมกับสังเกตอาการผิดปกติหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น พร้อมรายงานอาการของผู้ป่วยให้ผู้วิจัยทราบ
3. ดูแลพาผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลของท่านมารับการรักษาตามที่แพทย์นัด
4. ขอให้ท่านนำยาทั้งหมดของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของท่านติดตัวมาด้วยในวันที่มาตามนัด

### **อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/**

#### **ผู้สนับสนุนการวิจัย**

ในการศึกษานี้ท่านจะได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน และได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยารักษาโรคและการดูแลผู้ป่วยจากเภสัชกร ซึ่งไม่พบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดำเนินกิจกรรมนี้ แต่หากท่านเกิดความไม่สบายใจ หรือท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยเภสัชกรปิยธิดา รักพงศ์ ฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเชียงใหม่ อ.เชียงใหม่ จ.อุบลราชธานี 34000 เบอร์โทรศัพท์ 0868681440 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

#### **ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย**

ท่านจะไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆเพิ่มเติมสำหรับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน และได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยารักษาโรคและการดูแลผู้ป่วยจากเภสัชกร และผู้ป่วยในการดูแลของท่านจะได้รับการรักษาตามสิทธิการรักษาเดิม

#### **คำตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)**

เนื่องจากการศึกษานี้อาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษาจะเป็นออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ซึ่งอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการศึกษาจะไม่มีค่าใช้จ่ายในการทำกิจกรรมดังกล่าว และกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามแนวทางการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลตามวันนัดและตามแผนการรักษาเดิมของผู้ป่วย ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยไม่ได้เตรียมค่าตอบแทนสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ

### การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรม เป็นการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งไม่พบรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวผู้ทำวิจัยจึงไม่ได้เตรียมการประกันภัยใด ๆ รองรับ

### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

1. ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
2. เมื่อผู้ป่วยในการดูแลของท่านมีภาวะโรคกำเริบ หรือจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉิน
3. เมื่อผู้ป่วยในการดูแลของท่านต้องย้ายสถานบริการเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน ทั้งนี้ ข้อมูลของท่านจะถูกจัดเก็บ 1 ปี สถานที่เก็บตู้เก็บเอกสารมีกุญแจปิดล็อก และจะทำลายภายใน 1 ปีหลังผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ ภญ. ปิยธิดา รักพงศ์ ฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเชียงใหม่ อ.เชียงใหม่ จ.อุบลราชธานี 34000

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้



### สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่า การยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจาก

โครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

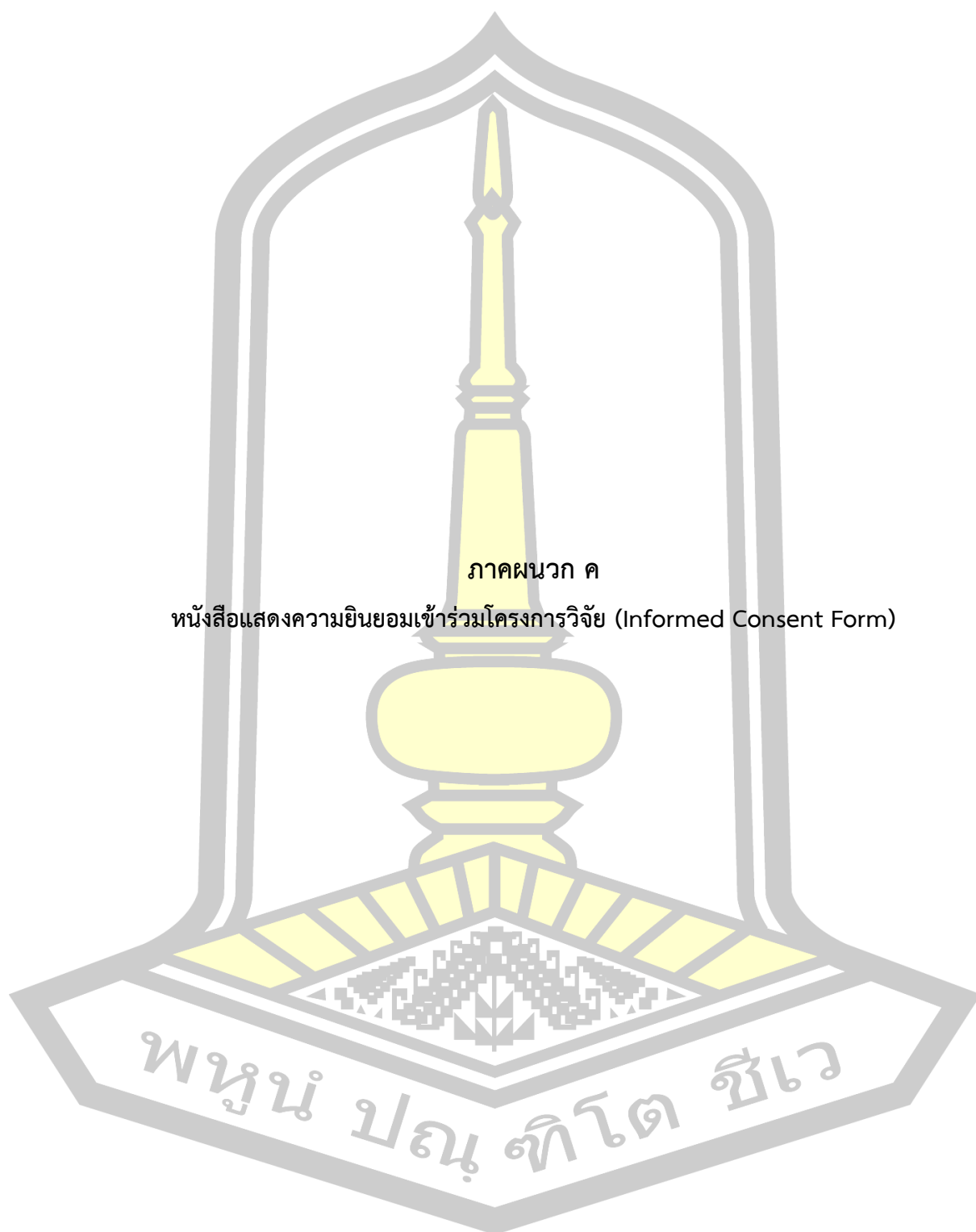
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์ 043-754416 โทรสาร 043-754416 ในเวลาราชการ


ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

พูน ปรณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ค

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)

 <p>Mahasarakham University Institutional Review Board</p>	<p>หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
---	--

การวิจัยเรื่อง ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชน

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

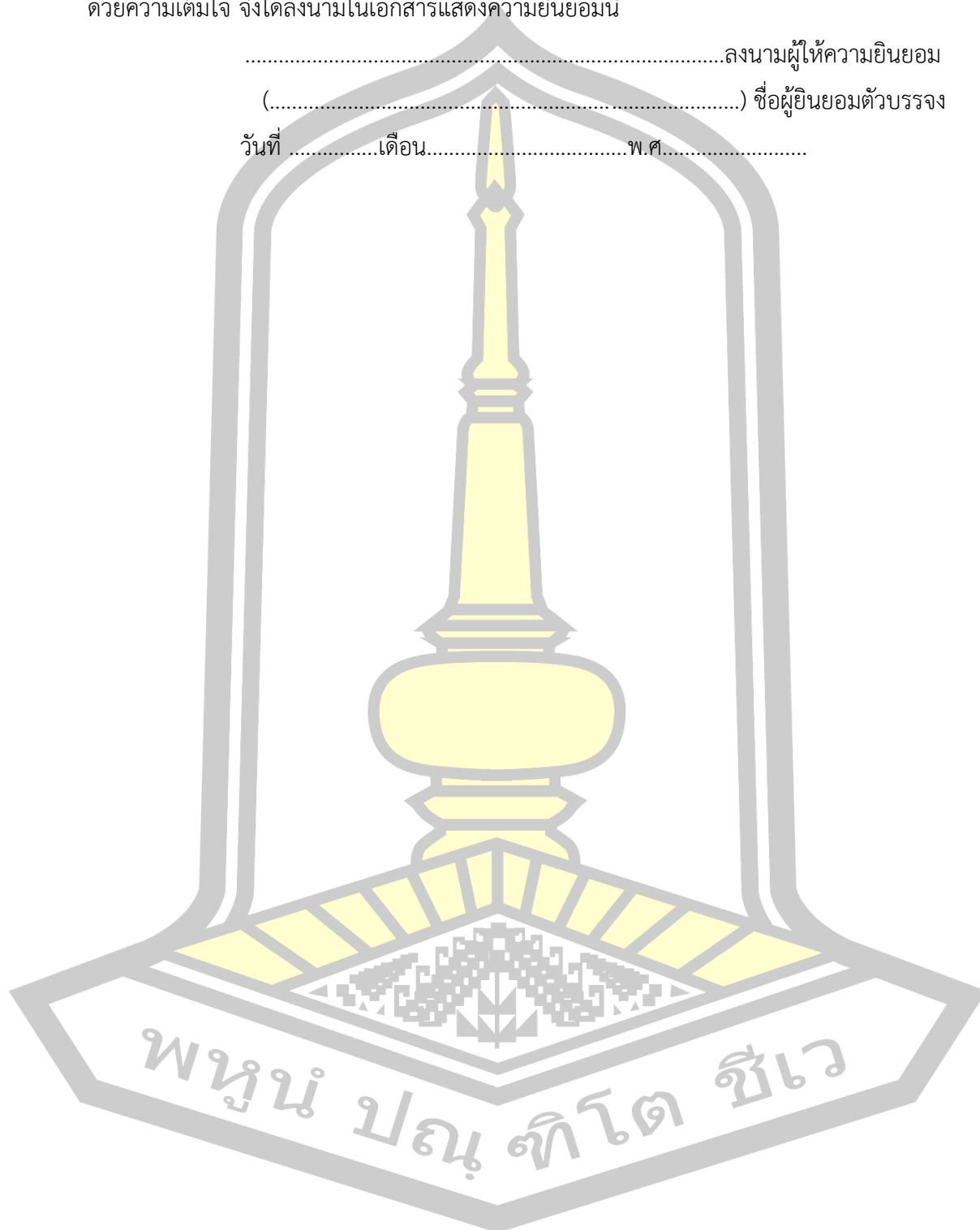
ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

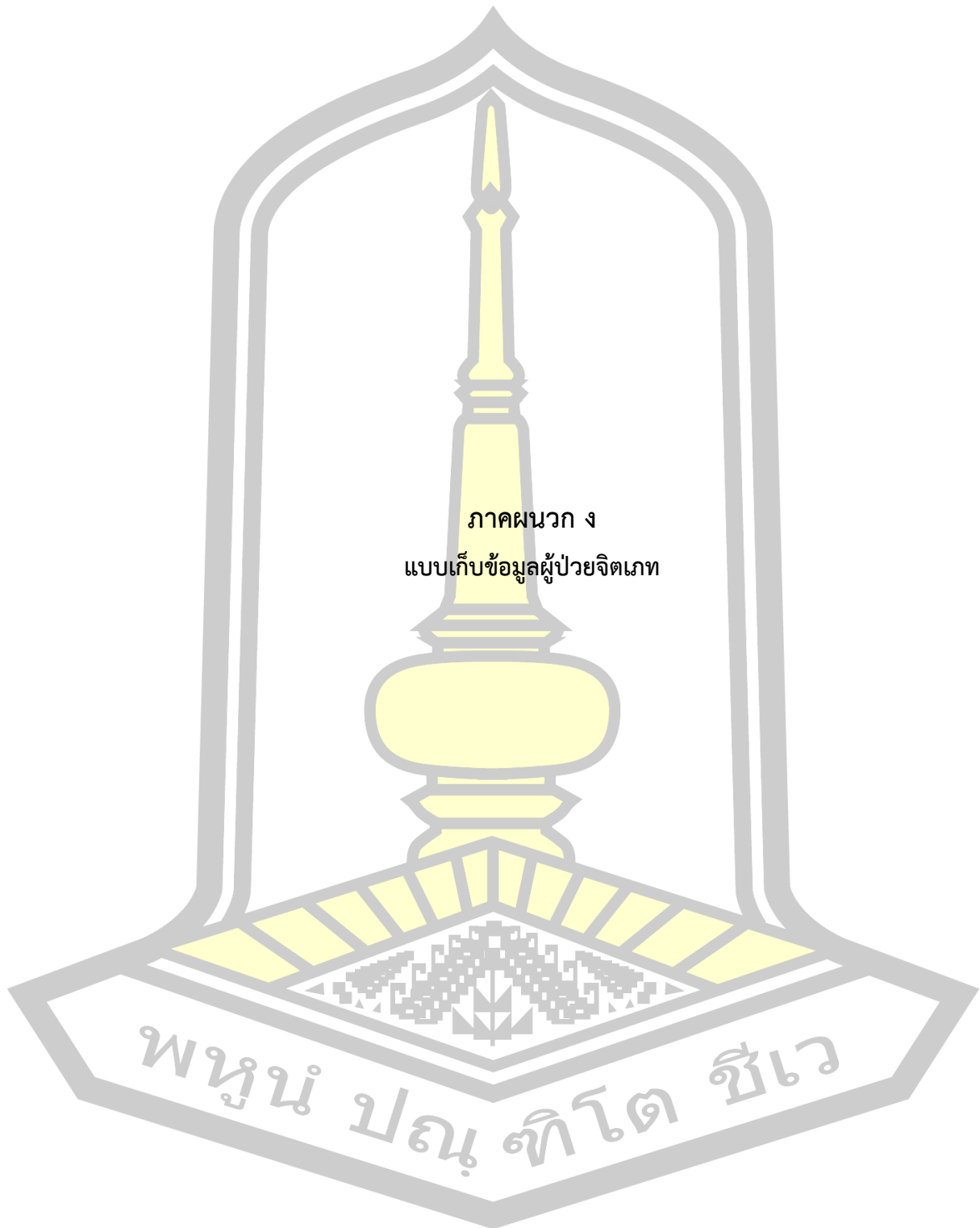
ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
 (.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
 วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....





ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย				
1.เพศ [ ] 1.ชาย [ ] 2.หญิง	2.อายุ.....ปี	3.น้ำหนัก.....กก.	4. ส่วนสูง.....ซม.	5.BMI.....Kg/m <sup>2</sup>
6.สิทธิการรักษา [ ] 1.ชำระเงิน [ ] 2.ประกันสังคม [ ] 3.บัตรทอง [ ] 4.เบิกได้ [ ] 5.อื่นๆ.....				
7.สถานภาพการสมรส [ ] 1.โสด [ ] 2.คู่ [ ] 3.หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ [ ] 4.อื่นๆ.....				
8.ระดับการศึกษา [ ] 1.ประถมศึกษา [ ] 2.มัธยมศึกษาตอนต้น [ ] 3.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. [ ] 4.ปวส/อนุปริญญา [ ] 5.ปริญญาตรี [ ] 6.สูงกว่าปริญญาตรี [ ] 7.อื่นๆ.....				
9.อาชีพ [ ] 1.ไม่ได้ประกอบอาชีพ [ ] 2.ค้าขาย [ ] 3.รับจ้าง [ ] 4.เกษตรกรกรรม [ ] 5.รับราชการ [ ] 6.อื่นๆ.....				
10.การสูบบุหรี่ [ ] 1.ไม่สูบบุหรี่ [ ] 2.สูบบุหรี่.....มวน/วัน [ ] 3.เคยสูบบุหรี่แล้ว.....ปี .....เดือน				
11.การดื่มสุรา [ ] 1.ไม่ดื่ม [ ] 2.ดื่ม..... [ ] 3.เคยดื่มแต่เลิกแล้ว.....ปี .....เดือน				
12.การใช้สารเสพติด [ ] 1.ไม่ใช้ [ ] 2.ใช้..... [ ] 3.เคยใช้แต่เลิกแล้ว.....ปี .....เดือน				
10.รายได้ต่อเดือน.....บาท		14.การวินิจฉัย.....วันที่.....		
15.ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี		16. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษา.....ปี		
17.โรคร่วมอื่นๆ [ ] 1.ไม่มี [ ] 2.มี ได้แก่				
17.1.โรค.....		ระยะเวลาที่เป็น.....ปี		
17.2.โรค.....		ระยะเวลาที่เป็น.....ปี		
17.3.โรค.....		ระยะเวลาที่เป็น.....ปี		
17.4.โรค.....		ระยะเวลาที่เป็น.....ปี		
18. ประวัติการแพ้ยา [ ] 1.ไม่มี [ ] 2.มี ได้แก่ ยา.....อาการแพ้..... ยา.....อาการแพ้..... ยา.....อาการแพ้..... ยา.....อาการแพ้.....				
19. คะแนนจากการประเมิน BPRS.....				



ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย										
1. การนับจำนวนเม็ดยา										
ชนิดยา	วิธีใช้	วัน เดือน ปี								
		จำนวนที่			จำนวนที่			จำนวนที่		
		ได้รับ จริง	เหลือ	ต้อง ใช้	ได้รับ จริง	เหลือ	ต้อง ใช้	ได้รับ จริง	เหลือ	ต้อง ใช้
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
	รวม									
	วันนัดครั้งต่อไป/จำนวนวันนัด									
	จำนวนที่เหลือ									
	รวมจำนวนที่ต้องใช้									
	จำนวนที่ใช้จริง									
	MPR									





### ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

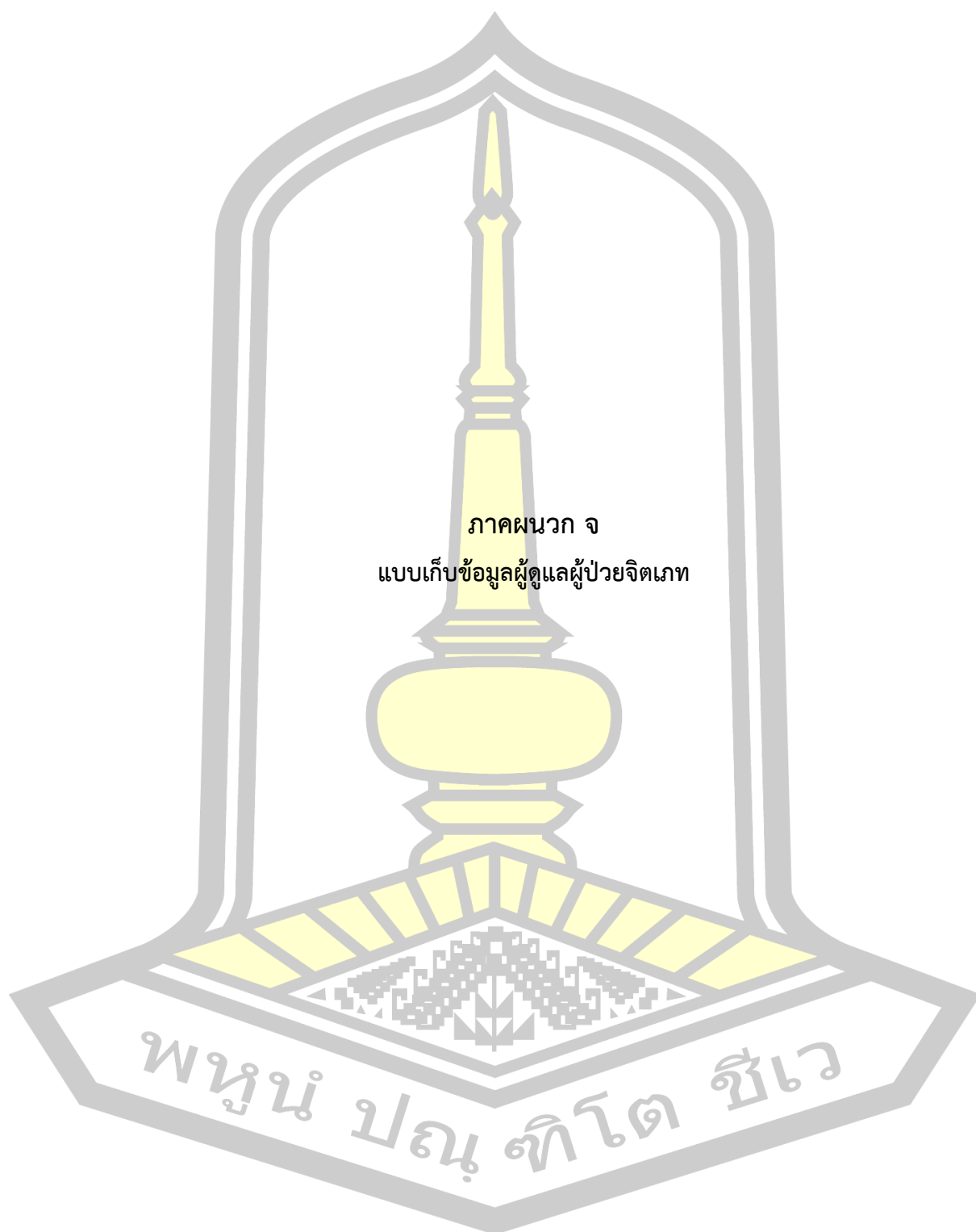
ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา	
<b>1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้</b> <input type="checkbox"/> 1.1. ไม่ได้รักษาอาการที่นำมาพบแพทย์ <input type="checkbox"/> 1.2. ไม่ได้รักษาอาการที่เกิดขึ้นใหม่หลังรับการรักษาไประยะหนึ่ง <input type="checkbox"/> 1.3. หยุดสั่งใช้ยาที่ต้องใช้ในขณะนั้น <input type="checkbox"/> 1.4. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้สำหรับป้องกันอาการหรือโรค	ปัญหาที่พบ ..... ..... ..... <b>Intervention</b>
<b>2. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม</b> <input type="checkbox"/> 2.1. ได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ <input type="checkbox"/> 2.2. ได้รับยาที่เป็นข้อห้ามใช้ <input type="checkbox"/> 2.3. ได้รับยาที่ผู้ป่วยแพ้ <input type="checkbox"/> 2.4. ได้รับยาที่ไม่ปลอดภัยที่สุด <input type="checkbox"/> 2.5. ได้รับยาที่ไม่คุ้มค่าทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 2.6. ได้รับยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ	<input type="checkbox"/> Pharmacist discussion ..... ..... <input type="checkbox"/> Doctor counseling .....
<b>3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยรับประทานไป</b> <input type="checkbox"/> 3.1. ใช้ยาในขนาดต่ำรับประทานไป <input type="checkbox"/> 3.2. รูปแบบยาไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> 3.3. ระยะห่างของการทานยาแต่ละครั้งนานรับประทานไป <input type="checkbox"/> 3.4. ความเข้มข้นของยาค่ำกว่าระดับการรักษา	..... ..... <input type="checkbox"/> Patient counseling .....
<b>4. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง</b> <input type="checkbox"/> 4.1. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ <input type="checkbox"/> 4.2. เภสัชกรจ่ายยาไม่ครบ	..... .....
<b>5. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากรับประทานไป</b> <input type="checkbox"/> 5.1. ใช้ยาขนาดสูงรับประทานไป <input type="checkbox"/> 5.2. บริหารยาเร็วรับประทานไป <input type="checkbox"/> 5.3. วิธีบริหารยาไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> 5.4. รูปแบบยาไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> 5.5. ระยะเวลาแต่ละมื้อห่างกันน้อยรับประทานไป <input type="checkbox"/> 5.6. เกิดการสะสมของยาในกระแสเลือด	<input type="checkbox"/> Care giver counseling ..... ..... <input type="checkbox"/> Other .....
<b>6. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</b> <input type="checkbox"/> 6.1. เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา <input type="checkbox"/> 6.2. เกิดการแพ้ยาที่คาดการณ์ไม่ได้	<b>Acceptance</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>Outcome</b> .....
<b>7. ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา</b> <input type="checkbox"/> 7.1. อันตรกิริยาระหว่าง ยา-ยา <input type="checkbox"/> 7.2. อันตรกิริยาระหว่าง ยา-อาหาร	..... .....
<b>8. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ</b> <input type="checkbox"/> 8.1. การใช้ยาในทางที่ผิด <input type="checkbox"/> 8.2. ใช้ยาที่ไม่มีข้อรับรอง <input type="checkbox"/> 8.3. ใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้	..... .....
<b>ตอนที่ 4 แบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ประเมินโดยผู้ช่วยนักวิจัย</b>	
คำชี้แจง: ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้เลือกคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด	

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก	ไม่มี	มี ขึ้น ต่ำ	มีเล็กน้อย	มีปาน กลาง	มี ค่อนข้าง รุนแรง	มี รุนแรง	มี รุนแรง มาก
1. รู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือโรคทางกายหรือไม่							
2. ขณะนี้รู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม							
3. มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิริยาโต้ตอบกับผู้อื่น							
4. ความคิดสับสน ไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง							
5. รู้สึกตำหนิตนเอง เป็นคนไม่ดีหรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่							
6. อาการเครียด หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย							
7. พฤติกรรมแปลก ๆ ที่ดูผิดไปจากคนปกติ							
8. ทำที่หยิ่งยโส ยึดความเห็นของตนเองเป็นใหญ่ เก่งผิดจากคนอื่น							
9. รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่							
10. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์เสีย							
11. รู้สึกระแวง คิดว่ามีผู้ประสงค์ร้ายต่อตน							
12. อาการหูแว่ว ภายในช่วง 1 สัปดาห์นี้							
13. การพูด การเคลื่อนไหว เชื่องช้า							
14. ทำที่ต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15. ความคิดแปลก ๆ อาการหลงผิด							
16. สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17. ทำที่ลุกลี้ลุกหลบ มีปฏิริยาโต้ตอบเร็ว							
18. สับสนต่อเวลา สถานที่และบุคคล							
รวมคะแนน							

ส่วนที่ 5 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)					
คำชี้แจง: ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ เลือก คำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด					
คำถาม	0. ไม่ เลย	1. เล็ก น้อย	2. ปาน กลาง	3. มาก	4. มาก ที่สุด
1) ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2) การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด					
3) ท่านมีกำลังใจเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4) ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อยเพียงใด					
5) ท่านรู้สึกพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6) ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7) ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักน้อยแค่ไหน					
8) ท่านยอมรับรูปร่าง หน้าตา ของตัวเองได้ไหม					
9) ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวังวิตก กังวล บ่อยแค่ไหน					
10) ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11) ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12) ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักน้อยเพียงใด					
13) ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมากแค่ไหน					
14) ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น					
15) ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16) ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากนักน้อยเพียงใด					
17) ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากนักน้อยเพียงใด					

ส่วนที่ 5 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)(ต่อ)					
คำชี้แจง: ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ เลือกคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด					
คำถาม	0. ไม่ เลย	1. เล็กน้อย	2. ปาน กลาง	3. มาก	4. มาก ที่สุด
18) ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19) ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20) ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21) สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22) ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23) ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24) ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25) ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26) ท่านคิดว่าท่านมีสุขภาพชีวิต (มีชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					





ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล	
1. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพการสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. คู่ <input type="checkbox"/> 3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ.....	
4. ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. <input type="checkbox"/> 4. ปวส/อนุปริญญา <input type="checkbox"/> 5.ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ.....	
5. อาชีพ <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 2. ค้าขาย <input type="checkbox"/> 3. รับจ้าง <input type="checkbox"/> 4. เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 5. รับราชการ <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ.....	
6. จำนวนรายได้ที่ได้รับต่อเดือน .....บาท	
7. การมีโรคประจำตัว <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ.....ระยะเวลาที่เป็น.....ปี	
8. การสูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่สูบ <input type="checkbox"/> 2. สูบ.....มวน/วัน <input type="checkbox"/> 3. เคยสูบแต่เลิกแล้ว.....ปี.....เดือน	
9. การดื่มสุรา <input type="checkbox"/> 1. ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> 2. ดื่ม..... <input type="checkbox"/> 3. เคยดื่มแต่เลิกแล้ว.....ปี.....เดือน	
10. การใช้สารเสพติด <input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช้ <input type="checkbox"/> 2. ใช้..... <input type="checkbox"/> 3. เคยใช้แต่เลิกแล้ว.....ปี.....เดือน	
11. ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน .....ชั่วโมง	
12. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา.....ปี	
13. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน	
14. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 1. พ่อ <input type="checkbox"/> 2. แม่ <input type="checkbox"/> 3. สามี <input type="checkbox"/> 4. ภรรยา <input type="checkbox"/> 5. ลูก <input type="checkbox"/> 6. พี่ <input type="checkbox"/> 7. น้อง <input type="checkbox"/> 8. หลาน <input type="checkbox"/> 9.ญาติ <input type="checkbox"/> 10. อื่น.....	
15. คะแนนจากการประเมิน BPRS ของผู้ป่วย.....	
ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลเรื่อง โรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	
คำชี้แจง: ให้กาเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างหลังข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้องตามความเข้าใจของท่าน	
คำถาม	คำตอบ
1. ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนมีการแสดงอาการที่แตกต่างกันได้	<input type="checkbox"/> 1.ใช่ <input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3.ไม่รู้
2. อาการหูแว่วโดยไม่เห็นตัวคนพูด เป็นอาการอย่างหนึ่งที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท	<input type="checkbox"/> 1.ใช่ <input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3.ไม่รู้
3. อาการหลงผิด เช่น กลัวมีคนมาฆ่า มาทำร้าย เป็นอาการหนึ่งที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท	<input type="checkbox"/> 1.ใช่ <input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3.ไม่รู้

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลเรื่อง โรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท			
คำชี้แจง: ให้กาเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างหลังข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้องตามความเข้าใจของท่าน			
คำถาม	คำตอบ		
4. ผู้ป่วยจิตเภทมัก มักแยกตัวจากสังคม ไม่สูงส่งกับใคร	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
5. การเคลื่อนไหวช้าเป็นความผิดปกติที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วยมาเป็นระยะเวลานาน	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
6. การพูดคนเดียวเป็นความผิดปกติที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
7. การนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติที่พบได้เมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วย	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
8. ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการมึนงง สับสน	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
9. การมีความผิดปกติทางความคิดของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดสร้างสรรค์	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
10. การมีความผิดปกติทางความคิดของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ทำให้โรครุนแรงหรือเรื้อรัง	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
11. การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้องและครบถ้วนจะช่วยป้องกันไม่ให้โรครุนแรงหรือเรื้อรัง	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
12. การมารับการรักษาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันไม่ให้โรครุนแรงหรือเรื้อรัง	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
13. เมื่อผู้ดูแลหรือผู้ป่วยมีปัญหา ไม่สบายใจ ท่านต้องมาปรึกษาขอความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาลเท่านั้น	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
14. การรับประทานยารักษาโรคจิตเภทอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาได้	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
15. อาการมือสั่น น้ำลายไหล เดินชอยเท้า เป็นอาการข้างเคียงอย่างหนึ่งที่เกิดจากการใช้ยาจิตเวชจากผลข้างเคียงของยา	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
16. อาการเคลื่อนไหวช้า หรือการเดินตัวแข็ง เป็นอาการข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาโรคจิตเภท	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
17. อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเภทสามารถป้องกัน หรือรักษาได้	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
18. หากผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการข้างเคียงจากยา สามารถให้ผู้ป่วยรับประทานยาบางเม็ดในบางมื้อที่จำเป็นเท่านั้น	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
19. หากผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ให้ลด หรือหยุดยาไว้ก่อน จนกว่าจะมาพบตามนัดในคราวต่อไป	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้
20. การรับประทานยารักษาโรคจิตเภทไม่ได้ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาในผู้ป่วยทุกราย	[ ] 1.ใช่	[ ] 2.ไม่ใช่	[ ] 3.ไม่รู้

ส่วนที่ 3 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)					
คำชี้แจง: ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ เลือกคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด					
คำถาม	0. ไม่ เลย	1. เล็ก น้อย	2. ปาน กลาง	3. มาก	4. มาก ที่สุด
1) ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2) การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด					
3) ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือ การดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4) ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อยเพียงใด					
5) ท่านรู้สึกพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6) ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7) ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักน้อยแค่ไหน					
8) ท่านยอมรับรูปร่าง หน้าตา ของตัวเองได้ไหม					
9) ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวังวิตก กังวล บ่อยแค่ไหน					
10) ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11) ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12) ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาเล็กน้อยเพียงใด					
13) ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมากแค่ไหน					
14) ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน					
15) ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16) ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากนักน้อยเพียงใด					
17) ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากนักน้อยเพียงใด					

พูนุ ปณุกิตโต ชีเว



ส่วนที่ 3 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)(ต่อ)					
คำชี้แจง: ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ เลือก คำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด					
คำถาม	0. ไม่ เลย	1. เล็ก น้อย	2. ปาน กลาง	3. มาก	4. มาก ที่สุด
18) ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19) ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20) ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21) สภาพแวดล้อมที่ต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22) ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน(หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23) ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24) ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25) ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรูสึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26) ท่านคิดว่าท่านมีสุขภาพชีวิต (มีชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					
ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเป็นภาระ Zarit burden interview (ZBI) ฉบับภาษาไทย					
คำชี้แจง : ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ เลือก คำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด					
	ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ เคย เลย
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความเป็นจริง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง					
3. ท่านรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ					
4. ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย					
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือโกรธขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
6. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง					
ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเป็นภาระ Zarit burden interview (ZBI) ฉบับภาษาไทย					
คำชี้แจง : ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ เลือก คำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด					
7. ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่าน					
8. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน					

	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
9. ท่านรู้สึกตึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
10. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านไม่ค่อยดีเนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
11. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการเนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
12. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติเนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
13. ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหากับเพื่อน เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					
14. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังในตัวท่านมาก เสมือนมีท่านคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้					
15. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย					
16. ท่านรู้สึกว่าท่านจะสามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกไม่นาน					
17. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย					
18. ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและให้คนอื่นมาดูแลแทน					
19. ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย					
20. ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับ การดูแลจากญาติคนอื่น					
21. ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้					
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน					
<b>ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST – 20)</b>					
<b>คำชี้แจง :</b> ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้เลือกคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด					
1. กลัวทำงานพลาด					
[ ] 1. ไม่รู้สึก [ ] 2. เล็กน้อย [ ] 3. ปานกลาง [ ] 4. มาก [ ] 5. มากที่สุด					
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
[ ] 1. ไม่รู้สึก [ ] 2. เล็กน้อย [ ] 3. ปานกลาง [ ] 4. มาก [ ] 5. มากที่สุด					



ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST – 20)(ต่อ)					
คำชี้แจง : ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้เลือกคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด					
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งในเรื่องเงินทองหรือเรื่องงานในบ้าน	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
4. เป็นกังวลเรื่องสารพิษ หรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
6. เงินไม่พอใช้จ่าย	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
7. กล้ามเนื้อปวดตึง	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
9. ปวดหลัง	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
11. ปวดหัวข้างเดียว	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
12. รู้สึกวิตกกังวล	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
13. รู้สึกคับข้องใจ	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
14. รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
15. รู้สึกเศร้า	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
16. ความจำไม่ดี	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
17. รู้สึกสับสน	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
18. ตั้งสมาธิลำบาก	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด
20. เป็นหวัดบ่อย ๆ	[ ] 1. ไม่รู้สึก	[ ] 2. เล็กน้อย	[ ] 3. ปานกลาง	[ ] 4. มาก	[ ] 5. มากที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร					
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว					
1. ท่านมีความพึงพอใจกับการบริการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคจิตเภทและการดูแลปฏิบัติตัวโดยเภสัชกร	[ ]มากที่สุด	[ ]มาก	[ ]ปานกลาง	[ ]น้อย	[ ]น้อยที่สุด
2. มีการให้คำแนะนำปรึกษาสอดคล้องกับสิ่งที่ท่านต้องการทราบ	[ ]มากที่สุด	[ ]มาก	[ ]ปานกลาง	[ ]น้อย	[ ]น้อยที่สุด
3. เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคจิตเภทและการดูแลปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องครบถ้วน	[ ]มากที่สุด	[ ]มาก	[ ]ปานกลาง	[ ]น้อย	[ ]น้อยที่สุด
4. เภสัชกรให้คำแนะนำปรึกษาด้วยความเต็มใจและมีมิตรไมตรีกับท่าน	[ ]มากที่สุด	[ ]มาก	[ ]ปานกลาง	[ ]น้อย	[ ]น้อยที่สุด
5. เวลาที่ใช้ในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ท่านแต่ละครั้งมีความเหมาะสม	[ ]มากที่สุด	[ ]มาก	[ ]ปานกลาง	[ ]น้อย	[ ]น้อยที่สุด
6. ท่านคิดว่าการพบและพูดคุยเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคจิตเภทและการดูแลปฏิบัติตัวโดยเภสัชกรเยี่ยมบ้านมีประโยชน์ต่อตัวท่าน	[ ]มากที่สุด	[ ]มาก	[ ]ปานกลาง	[ ]น้อย	[ ]น้อยที่สุด
7. ท่านต้องการให้มีการบริการให้คำแนะนำปรึกษาต่อไป	[ ]มากที่สุด	[ ]มาก	[ ]ปานกลาง	[ ]น้อย	[ ]น้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นอื่นๆ

.....

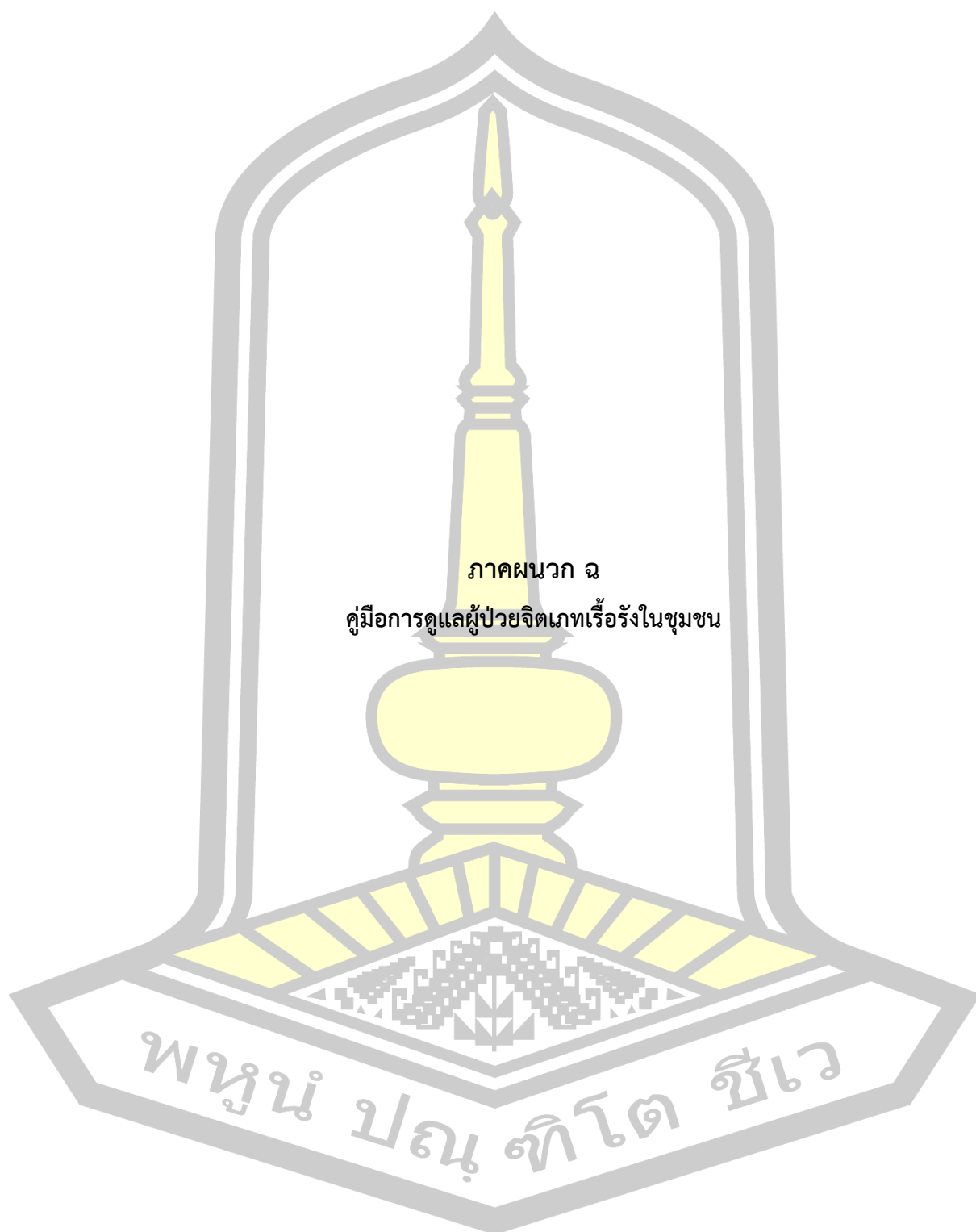
.....

.....

.....

.....

พญ. ปณ. ทิ. โต ชี. เว



# คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในชุมชน



ชื่อ-สกุล.....HN.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ เชียงใน จังหวัด อุบลราชธานี โทร.....

ฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค รพ. เชียงใน อ.เชียงใน จ.อุบลราชธานี  
โทร 045-423741 ต่อ 109

1

**โรคจิตเภท** เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ส่งผลต่อความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดหรือพฤติกรรมที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

### ลักษณะอาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท

1. มีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป ติดต่อกันนาน 1 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีอาการในข้อ 1 ถึง 3 อย่างน้อย 1 อาการ
  - 1) อาการหลงผิด
  - 2) อาการประสาทหลอน
  - 3) อาการพูดจาสับสน
  - 4) มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม
  - 5) มีอาการด้านลบ เช่น หน้าตาเฉยเมย พูดน้อย หรือแยกตัวออกจากสังคม
2. อาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตในสังคม
3. มีอาการต่อเนื่องนาน 6 เดือนขึ้นไป และจะต้องมีอาการตรงตามเกณฑ์ข้อ 1 ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 1 เดือน
4. เป็นอาการที่ไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกาย การใช้ยาหรือสารเสพติด



## สาเหตุ

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคที่แน่ชัดทั้งหมด แต่พบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดโรคจิตเภท ได้แก่

- พันธุกรรม
- การทำงานที่ผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง
- ความผิดปกติในส่วนอื่นๆของสมอง
- ปัจจัยจากครอบครัว เช่น ครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง มีการตีเตียนกัน ไม่มีความเป็นมิตร หรือมีความเคร่งครัดมากรับประทานไป

## ผลกระทบจากการเจ็บป่วย

1. ในระยะสั้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถดูแลตนเอง ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ตามปกติ หรืออาจมีอาการทางจิตอื่น ๆ เช่น อาการซึมเศร้ารุนแรง มีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย แต่ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาด้วยยา

2. ในระยะยาว ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วอาจมีอาการกำเริบซ้ำเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง





3

### เป้าหมายในการรักษา

1. เพื่อลดหรือจำกัดอาการแสดงของโรค
2. ป้องกันการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำของโรค
3. เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และช่วยฟื้นฟูการทำงานของร่างกายของผู้ป่วยให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตและทำงานในสังคมได้อย่างปกติ

### แนวทางในการรักษา

1. **การรักษาโดยไม่ใช้ยา** ได้แก่ การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยจิตบำบัด การรักษาด้วยครอบครัวยบำบัด การรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัด การรักษาด้วยกลุ่มบำบัด และรักษาด้วยนิเวศน์บำบัด
2. **การรักษาโดยใช้ยา** เป็นการรักษาหลักสำหรับการรักษา โดยผู้ป่วยต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามที่แพทย์สั่ง





## แนวทางการใช้ยารักษาผู้ป่วยจิตเภท

แบ่งการรักษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. **ระยะเฉียบพลัน** เป้าหมายเพื่อลดอาการผิดปกติทางจิตของผู้ป่วย และป้องกันอันตรายที่เกิดแก่ผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น ระยะนี้จะใช้เวลาในการรักษา **2 - 4 สัปดาห์**
2. **ระยะคงสภาพ** หลังจากอาการดีขึ้น **ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง** เพื่อควบคุมอาการและเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ผู้ป่วยต้องใช้อาหารในขนาดเดิมต่อเนื่องนานอย่างน้อย **6 เดือน**
3. **ระยะต่อเนื่อง** ผู้ป่วยจะมีอาการบรรเทาหลง แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ควรได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย **1-2 ปี** ส่วนผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ควรได้รับยาต่อเนื่อง 5 ปี และ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง หรือภาวะที่ต้องการรักษาควรได้รับยาตลอดชีวิต อย่างไรก็ตามหากอาการดีขึ้นจนปกติ แพทย์จะพิจารณาปรับลดขนาดยาให้ต่ำสุดที่ยังได้ประสิทธิภาพในการรักษา



5

### การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยและการดูแล

1. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัว
2. ให้ความร่วมมือในการรักษารับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง
3. หากมีปัญหาจากการใช้ยาหรือการรักษา ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร
4. งดการใช้สารเสพติดทุกชนิด เพราะทำให้อาการทางจิตกำเริบหรือควบคุมได้ยาก
5. งดการสูบบุหรี่ เพราะบุหรี่ทำให้ระดับยาบางตัวในเลือดลดลงได้
6. ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย เช่น หางานอดิเรกทำ หรือการออกกำลังกายเป็นประจำ
7. กรณีที่ไม่สบายเล็กน้อย น้อย ๆ เช่น เป็นไข้ เป็นหวัด ปวดศีรษะ ต้องรับประทานยาปกติ แต่กรณีที่ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ผู้ป่วยต้องนำยาที่รับประทานอยู่เป็นประจำแสดงให้แพทย์หรือเภสัชกรรับทราบด้วย



พหุ  
- - - - -

ชีวะ



6

### วิธีการรับประทานยา

1. รับประทานยาให้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง **ห้ามหยุดรับประทานหรือปรับยาเอง แม้จะมีอาการปกติแล้ว** เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำ
2. ยารักษาโรคจิตเภทไม่ทำให้เกิดการติดยา สามารถรับประทานต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน ๆ ได้
3. สังเกตอาการข้างเคียงจากยา หากมีอาการผิดปกติ **ควรรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ และไม่ควรงดยา หรือลดยาเอง**

### วิธีปฏิบัติตัวเมื่อลืมรับประทานยา

กรณีรับประทานยวันละ 1 ครั้ง

- รับประทานทันทีที่นึกได้
- เว้นแต่เกือบถึงเวลารับประทานยาครั้งต่อไป ให้รับประทานยาตามปกติ

กรณีรับประทานมากกว่า 1 ครั้งต่อวัน

- รับประทานทันทีภายใน 1 ชั่วโมง
- ลืมจนเกือบจะถึงยามื้อถัดไป ให้ข้ามยามื้อที่ลืม แล้วรับประทานยาตามกำหนดเดิม
- ไม่นำยามื้อที่ลืมมารับประทานรวมกันในครั้งเดียว

พจนานุกรมศัพท์โรคจิต



### ปฏิกริยาระหว่าง ยา-อาหาร

- การรับประทานยาต้านโรคจิตเภท ร่วมกับ **คาเฟอีน** จะทำให้ขนาดยาในเลือดเพิ่มขึ้น
- การรับประทานยาต้านโรคจิตเภท ร่วมกับ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการง่วงซึมมากขึ้น

### ปฏิกริยาระหว่างยา-ยา

- การรับประทานยาลดกรดในกระเพาะร่วมกับยาจิตเวช ภายใน 2 ชั่วโมง จะทำให้การดูดซึมของยาจิตเวชที่ลำไส้ลดลง ดังนั้นควรเว้นระยะการรับประทานยา 2 ชนิดให้ห่างกัน 2 ชั่วโมง
- การรับประทานยาจิตเวชเพิ่มฤทธิ์ของยาที่ออกฤทธิ์กดประสาท เช่น ยาคลายกังวล ยานอนหลับ ยาแก้ภูมิแพ้ หรือยากลุ่มอนุพันธ์ของมอร์ฟีน ทำให้เพิ่มอาการง่วงซึมมากขึ้น



### อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและแนวทางในการแก้ไข

อาการข้างเคียงจากยา	วิธีการแก้ไข
ปากแห้ง คอแห้ง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดื่มน้ำมากๆ หรือ จิบน้ำบ่อยๆ</li> <li>- รักษาความสะอาดในช่องปาก</li> </ul>
ตาพร่า ปวดตา ตามัว	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตาพร่า : ส่วนมากอาการจะค่อย ๆ ดีขึ้น และหายไปใน 1 สัปดาห์ ถึง 2 เดือน</li> <li>- ถ้ารับประทาน 2 เดือน ควรปรึกษาแพทย์</li> <li>- หลีกเลี่ยงการขับขี่ หรืองานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรกลในช่วงที่ตาพร่า</li> </ul>
ท้องผูก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผลไม้ ดื่มน้ำระหว่างวันให้มากขึ้น</li> <li>- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ</li> </ul>
ปัสสาวะไม่ออก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลับมาพบแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข</li> </ul>
ง่วงซึม ง่วงนอน มึนงง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อาการจะดีขึ้นเมื่อรับประทานยาไประยะหนึ่ง</li> <li>- หลีกเลี่ยงการขับรถเอง หรือ ทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรกล</li> </ul>

อาการข้างเคียงจากยา	วิธีการแก้ไข
ลูกแล้ววิงเวียน หน้ามืด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ค่อย ๆ ลุกนั่งหรือเปลี่ยนท่า</li> <li>- อาการจะดีขึ้นหลังจากใช้ยาไปแล้ว ประมาณ 2 สัปดาห์ หากไม่ดีขึ้นกลับมาพบแพทย์</li> </ul>
ปวดศีรษะ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อาการจะพบในช่วง 2 สัปดาห์แรก หลังจากนั้นอาการจะดีขึ้น</li> <li>- หากปวดมากให้กลับมาพบแพทย์</li> </ul>
น้ำหนักตัวเพิ่ม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ยาจะกระตุ้นการอยากอาหาร จึงควรควบคุมอาการประเภทแป้ง ไขมัน รวมทั้งออกกำลังกายสม่ำเสมอ</li> </ul>
อ่อนเพลีย เหมือนแขนขาไม่มีแรง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หากมีอาการมาก หรือพบว่ามีอาการแขนขาอ่อนแรงเป็นซีก ให้กลับมาพบแพทย์</li> </ul>
มือสั่น ขาสั่น เคลื่อนไหวช้า ตัวแข็งที่ข้อ ลื่นแข็ง น้ำลายไหล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แพทย์ให้ยาไปเพื่อรักษาอยู่แล้ว</li> <li>- หากมีอาการมากให้กลับมาพบแพทย์</li> <li>- กรณีมีน้ำลายไหลมาก ให้ระวังอาการสำลัก แนะนำให้นอนหมอนสูง</li> </ul>
กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ ผุดลุก ผุดนั่ง หรือต้องขยับตัวไปมา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นอาการข้างเคียงที่พบได้</li> <li>- อาการนี้แพทย์ให้ยาไปเพื่อรักษาอยู่แล้ว</li> <li>- หากมีอาการมากให้กลับมาพบแพทย์</li> </ul>

อาการข้างเคียงจากยา	วิธีการแก้ไข
กล้ามเนื้อบิดเกร็งทันที ตัวบิด คอ บิด ตาค้าง หรือตาเอียง ชากรรไกรแข็ง	- อาการนี้แพทย์ให้ยาไปเพื่อรักษาอยู่แล้ว - หากมีอาการมากให้กลับมาพบแพทย์
สับสน กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง มีไข้สูง	- หากมีอาการนี้ให้รีบกลับมาพบแพทย์
อาการผิดปกติอย่างอื่น รวมกัน ผื่น คัน เกิดขึ้น	- หลีกเลี่ยงการสัมผัส ที่จะทำให้เกิดผื่น - สังเกตบันทึกลักษณะผื่นที่เกิดขึ้นและกลับมาพบแพทย์
การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้า ลำตัวแขนขาผิดปกติ	- มักพบในผู้ป่วยที่ได้รับยามานานกว่า 1 ปี - แนะนำให้กลับมาพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา
น้ำนมไหล ไม่มีประจำเดือน อวัยวะเพศไม่แข็งตัว	- แนะนำให้กลับมาพบแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุ และแนวทางในการรักษา
ความต้องการทางเพศลดลง	- เป็นอาการข้างเคียงที่พบได้จากยาจิตเวช - เมื่อแพทย์ให้หยุดรับประทานยากรณีครบกำหนดสิ้นสุดการรักษาอาการจะดีขึ้น
คลื่นไส้ อาเจียน	- รับประทานยาพร้อมหรือหลังอาหารทันที หรือ ดื่มน้ำผลไม้ หรือรับประทานอาหารที่ รบกวนระบบทางเดินอาหารน้อยๆ เช่น เครื่องดื่ม ที่มีแก๊สมาก อาหารรสจัด แต่ถ้ามีอาการมาก แนะนำให้ปรึกษาแพทย์





**ประวัติการฉีด**

Fluphenazine decanoate inj 25 mg/ml, 1 ml

ขนาดยา.....

Haloperidol decanoate 50 mg/ml, 1 ml

ขนาดยา.....

Fluanxol Depot 40 mg/2ml

ขนาดยา.....

**อาการข้างเคียงจากยาฉีด**

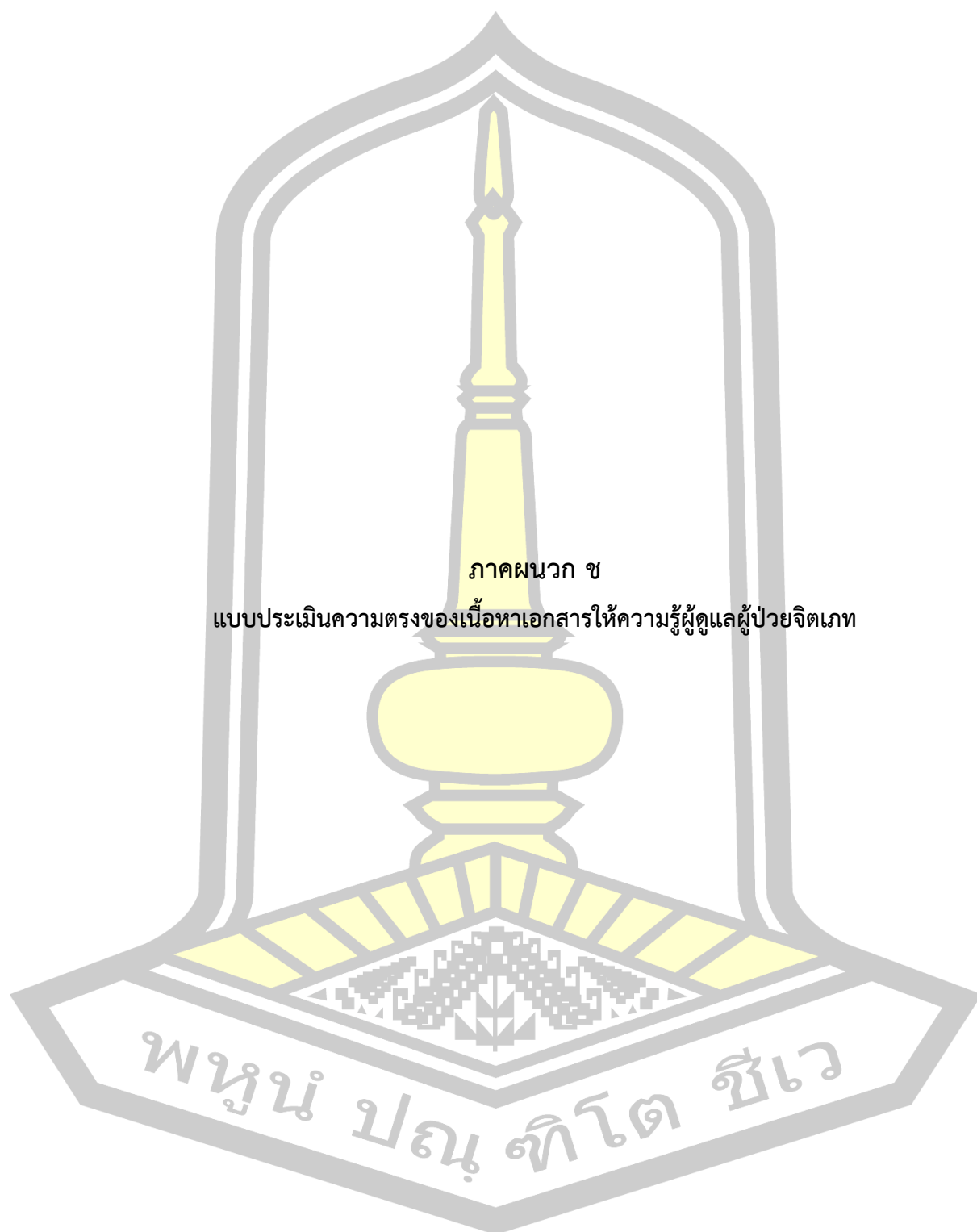
กล้ามเนื้อหดเกร็ง คอแข็งหรือขากรรไกรแข็ง ตาเหลือกค้าง หรือน้ำลายไหลมาก

**การแก้ไข**

ให้ผู้ป่วยรับประทานยา Trihexyphenedyl 5- 15 mg แบ่งให้ วันละ 3-4 ครั้ง หรือ หากผู้ป่วยมีอาการแข็งเกร็งมากให้ฉีด Benztropine myselate (Cogentin) 1-2 mg im/iv

วันที่ครบกำหนด ฉีด	ขนาดยา	วันที่ฉีดจริง	ผู้ฉีดยา





ภาคผนวก ข

แบบประเมินความตรงของเนื้อหาเอกสารให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว

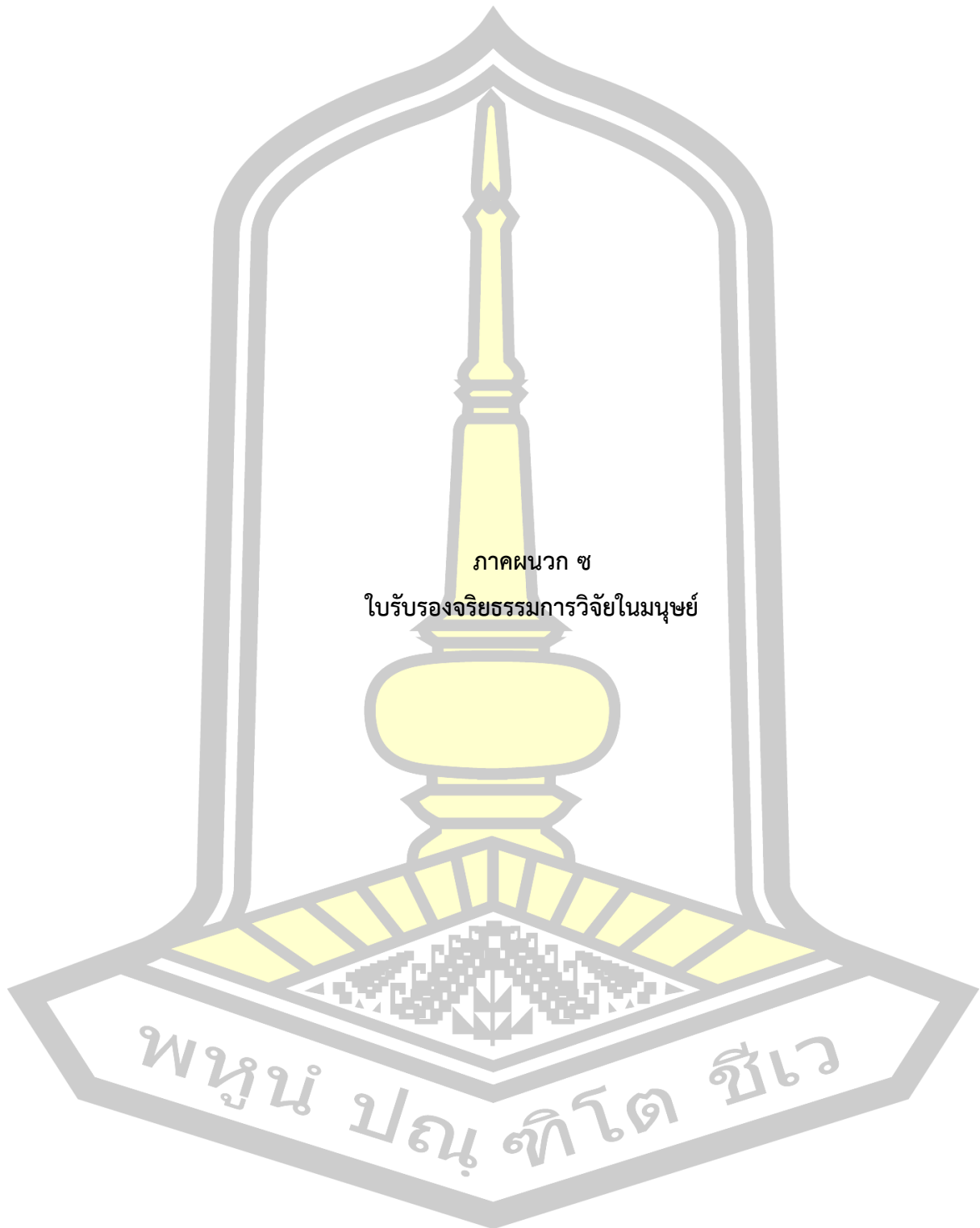
	วัตถุประสงค์	+1	0	-1
1. ความรู้เรื่องโรคจิตเภท	1) ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องอาการและสาเหตุของโรค (หน้า 1-2)			
	2) ผลกระทบของโรค (หน้า 2)			
	3) เป้าหมายและแนวทางในการรักษา (หน้า 3)			
2. ความรู้เรื่องการรักษาในระยะเฉียบพลัน ระยะคงสภาพ และระยะคงที่	1) ผู้ดูแลทราบถึงกระบวนการรักษาโรคจิตเภทในระยะต่างๆ (หน้า 4)			
	2) การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท (หน้า 6)			
	3) ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการรักษาในระยะคงสภาพและระยะคงที่ เมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบแล้ว (หน้า 4)			
	4) ผู้ดูแลรู้จักการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท (หน้า 4)			
3. ความรู้เรื่องยา	1) วิธีการใช้ยา (หน้า 6)			
	2) ปฏิกริยาระหว่าง ยา-ยา, ยา-อาหาร (หน้า 7)			
	3) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (หน้า 8-10)			

.....ผู้ประเมิน

(.....)

...../...../.....







คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 066/ 2561

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้าน  
ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : The effects of pharmaceutical care in Thai patients with schizophrenia and caregivers at home.

ผู้วิจัย : นางสาวปิยธิดา รักพงษ์  
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะเภสัชศาสตร์  
สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

ประเภทการพิจารณาแบบ : คณะกรรมการเต็มชุด

วันที่รับรอง : 30 เมษายน 2561

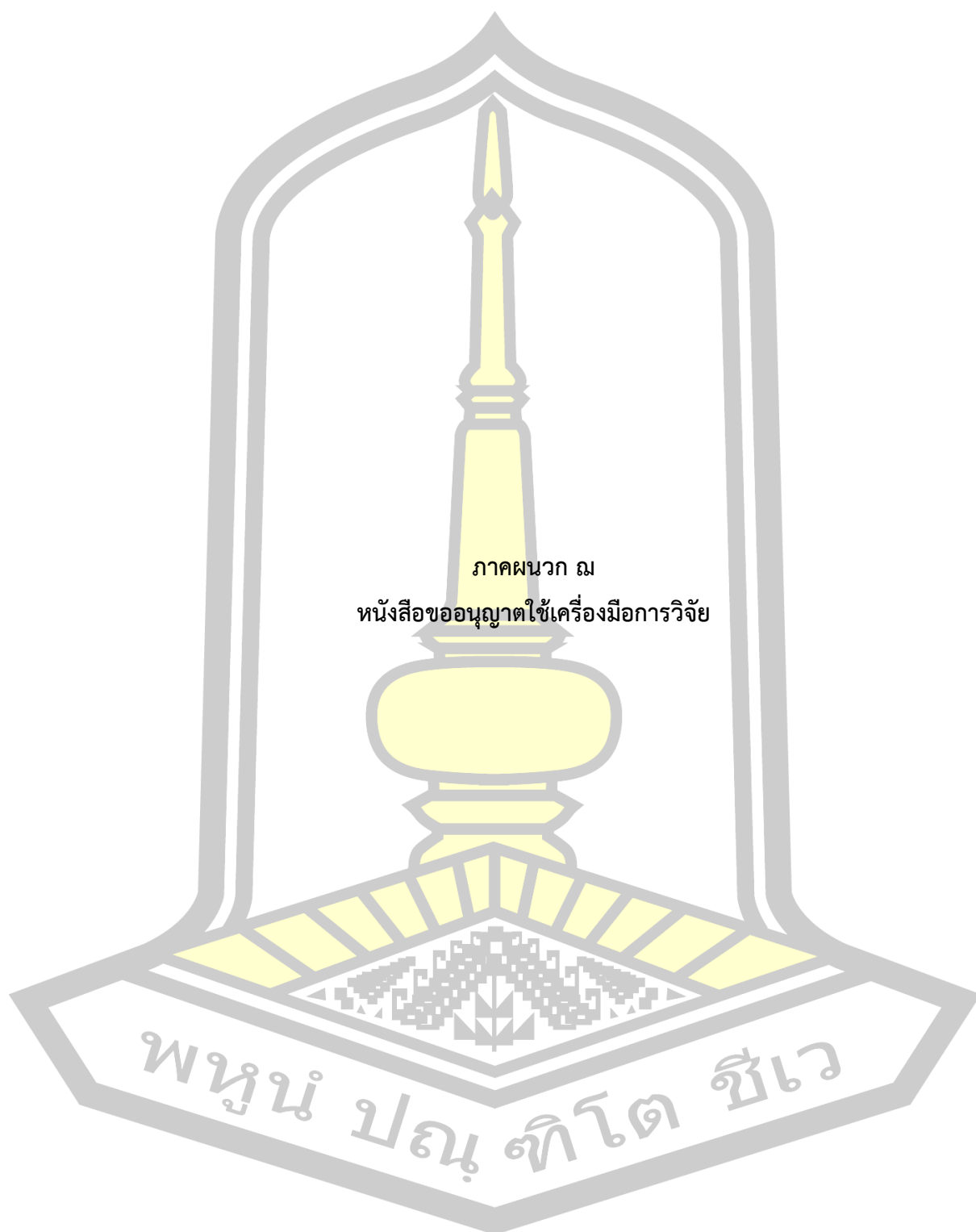
วันหมดอายุ : 29 เมษายน 2562

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ สัมพันธ์ อุตธิเดช)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขตั้งที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ฅ  
หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

พหุมนั ปณุ ทิโต ชีเว



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๒/๖๕



คณะเภสัชศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗๕ มกราคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัย

เรียน แพทย์หญิงอรวรรณ ศิลปกิจ

ด้วย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ดำเนินการวิทยานิพนธ์ของนางสาว ปิยธิดา รักพงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ เรื่อง "ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้าน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายทิพย์ สุทธิรักษา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ ใคร่ขออนุญาตใช้แบบประเมินความเป็นภาวะ Zarit burden interview (ZBI) ฉบับภาษาไทย ชนิด ๒๒ คำถาม ของ แพทย์หญิงอรวรรณ ศิลปกิจ จากการวิจัย เรื่อง "คุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบประเมินภาวะการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช" เพื่อเป็นเครื่องมือวิทยานิพนธ์ของนิสิต ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตให้ใช้แบบสอบถามดังกล่าวเป็นเครื่องมือการวิจัย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรหญิงชนัดดา พลอยเลื่อมแสง)  
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อินทชัย/กฤษณา/Feed back  
๗๖ มค ๖๒

ผู้ประสานงาน  
นางสาวปิยธิดา รักพงศ์  
โทร. ๐๘-๖๘๖๘-๓๔๔๐, ๐-๔๘๘-๗๐๑๓  
โทรสาร. ๐-๔๓๗๕-๔๓๖๐  
Email: p.rakpong@hotmail.com

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวปิยธิดา รักพงศ์
วันเกิด	วันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2525
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 15 ถนนสุปัทม์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เภสัชกร ชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเชียงใหม่ ตำบลเชียงใหม่ อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี 34150
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2542 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนนารีนุกูล ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2548 ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) สาขาวิชาการบริหารทางเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พ.ศ. 2562 ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (ภ.ม.) สาขาวิชาเภสัชกรรม ปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พจนัน ปณ ทิโต ชีเว