



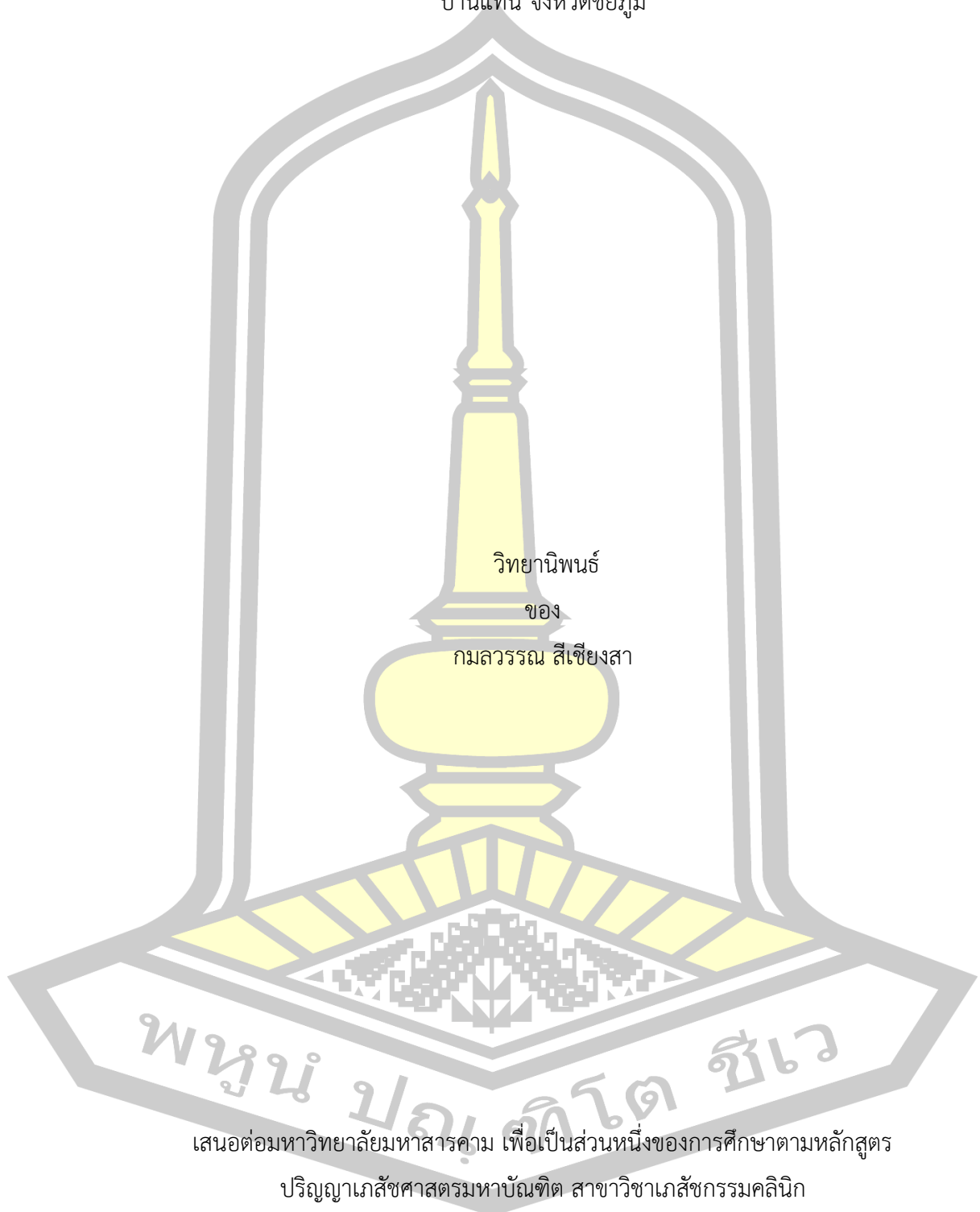
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ
บ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ

วิทยานิพนธ์
ของ
กมลวรรณ สีเชียงสา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก
สิงหาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ
บ้านแพน จังหวัดชัยภูมิ



เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก

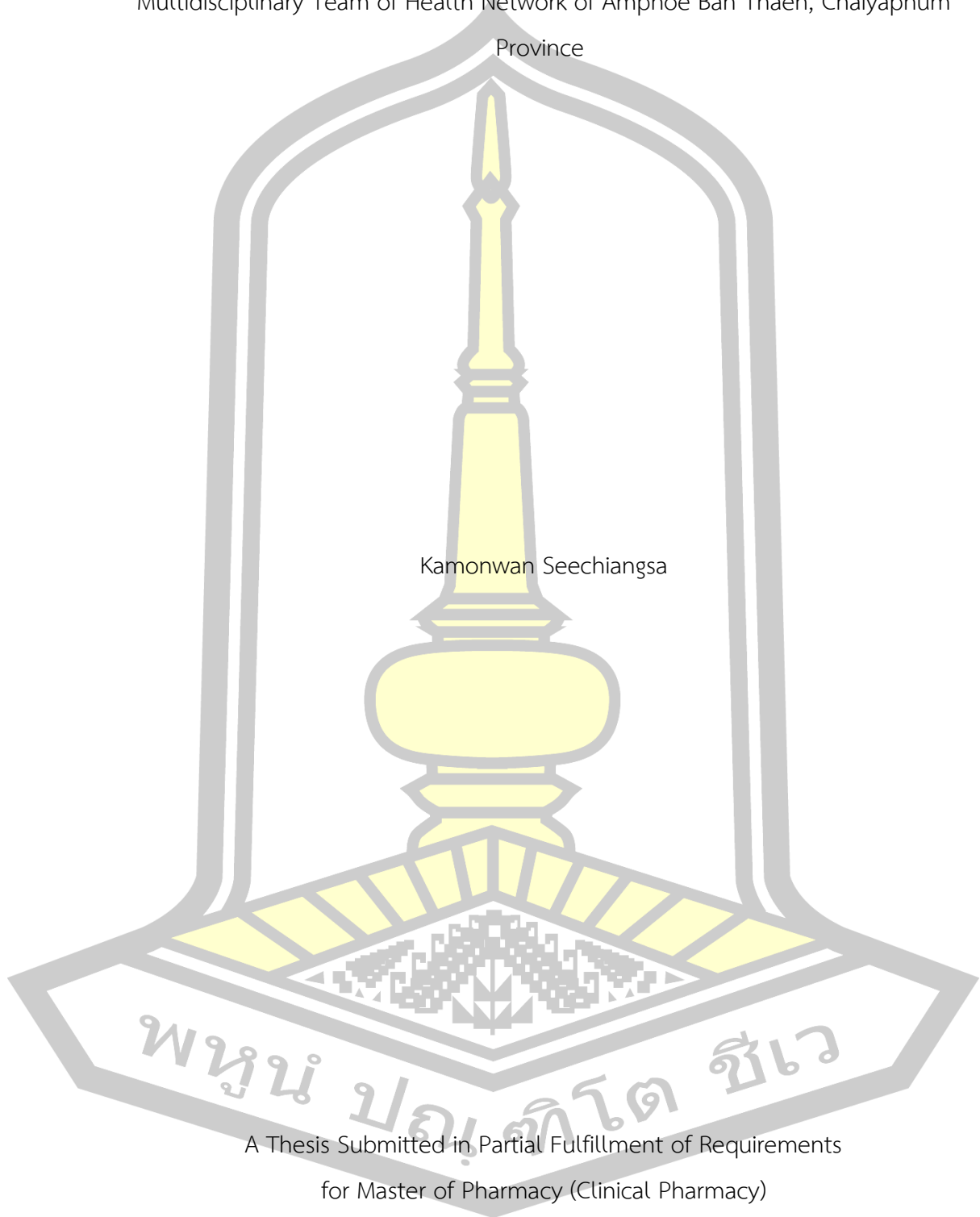
สิงหาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of the System for Caring Schizophrenic Patients within Community by
Multidisciplinary Team of Health Network of Amphoe Ban Thaen, Chaiyaphum

Province

Kamonwan Seechiangsa



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

August 2019

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวกมลวรรณ สีเชียง
สา แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา เกษัตราศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเกษตรกรรมคลินิก ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. ชนิตตา พลอยเลื่อมแสง)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. สายทิพย์ สุทธิรักษา)

กรรมการ

(ผศ. ดร. ราตรี สว่างจิตร)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. สุณี เลิศสินอุดม)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา เกษัตราศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเกษตรกรรมคลินิก ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(ผศ. ดร. ชนิตตา พลอยเลื่อมแสง)

(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีคณะเกษตรศาสตร์

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่าย
บริการสุขภาพอำเภอบ้านแพ้น จังหวัดชัยภูมิ

ผู้วิจัย กมลวรรณ สีเชียงสา

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายทิพย์ สุทธิรักษา

ปริญญา เกษัตริศาสตรมหาบัณฑิต **สาขาวิชา** เกษัตริกรรมคลินิก

มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **ปีที่พิมพ์** 2562

บทคัดย่อ

การสำรวจระดับความรุนแรงของโรคจิตเป็นร้อยละ 1.2 จากการศึกษาในอดีตพบว่า ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตพบได้สูงถึงร้อยละ 41 ซึ่งโรคจิตโดยเฉพาะโรคจิตเภทที่พบมากที่สุดและเป็นโรคเรื้อรัง ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดการกำเริบซ้ำ จนเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลรวมทั้งก่อความรุนแรงอาชญากรรมในชุมชนและสังคมได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 3 แห่งของอำเภอบ้านแพ้น จังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตไม่มีอาการทางจิตกำเริบอาละวาดสามารถจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาได้และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยประสานเชื่อมโยงข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง โดยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้แก่บุคลากรทางการแพทย์ 8 คน อสม. 4 คน ผู้ป่วยจิตเภท 13 คน และญาติผู้ดูแล 6 คน การวิจัยดำเนินการตั้งแต่ ตุลาคม 2560 ถึง พฤษภาคม 2561 โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) การค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย 2) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เพิ่มขึ้นจาก 21.69 ± 4.309 เป็น 21.92 ± 4.821 มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงอาการทางจิตเพิ่มขึ้น 0.254 ($p\text{-value}=0.799$) แต่ไม่พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบจนก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น มีคะแนนของความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reaction (ADR)) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงจาก 24.00 ± 3.808 เป็น 18.77 ± 3.982 มีคะแนนเฉลี่ย ADR ลดลง 2.670 ($p\text{-value}=0.008$) อาการไม่พึงประสงค์ที่รบกวนชีวิตประจำวันลดลง เช่น อาการง่วงนอนมากทุกวันที่พบจากร้อยละ 46.15 เป็นไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าว ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีความร่วมมือจากการใช้ยาอย่าง

สม่าเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.2 เป็นร้อยละ 61.5 โดยปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษา ด้วยยาในการศึกษานี้มี 6 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านยา เช่น ADR 2) ปัจจัยด้านภาวะการเจ็บป่วย เช่น การยอมรับการเจ็บป่วย อาการทางจิต 3) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ทักษะคิดต่อโรคและยา ไม่รู้หนังสือ หรือสายตาไม่ดีทำให้มีปัญหาในการอ่านฉลากยา 4) ปัจจัยด้านผู้ดูแล เช่น ความสามารถในการกำกับ การกินยา ทักษะคิดต่อโรคและยา 5) ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ เช่น ทักษะคิด ต่อโรคและยา ความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วย 6) ปัจจัยด้านชุมชน เช่น การถูกปฏิบัติตัวจากคน ในชุมชนแตกต่างจากคนที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรค จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการพัฒนาาระบบการดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพสามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาและความไม่ร่วมมือในการรักษา ด้วยยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการกำเริบ และอยู่ร่วมกับชุมชนได้

คำสำคัญ : ระบบการดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยจิตเภท, ทีมสหวิชาชีพ, ชุมชน, ความร่วมมือในการใช้ยา



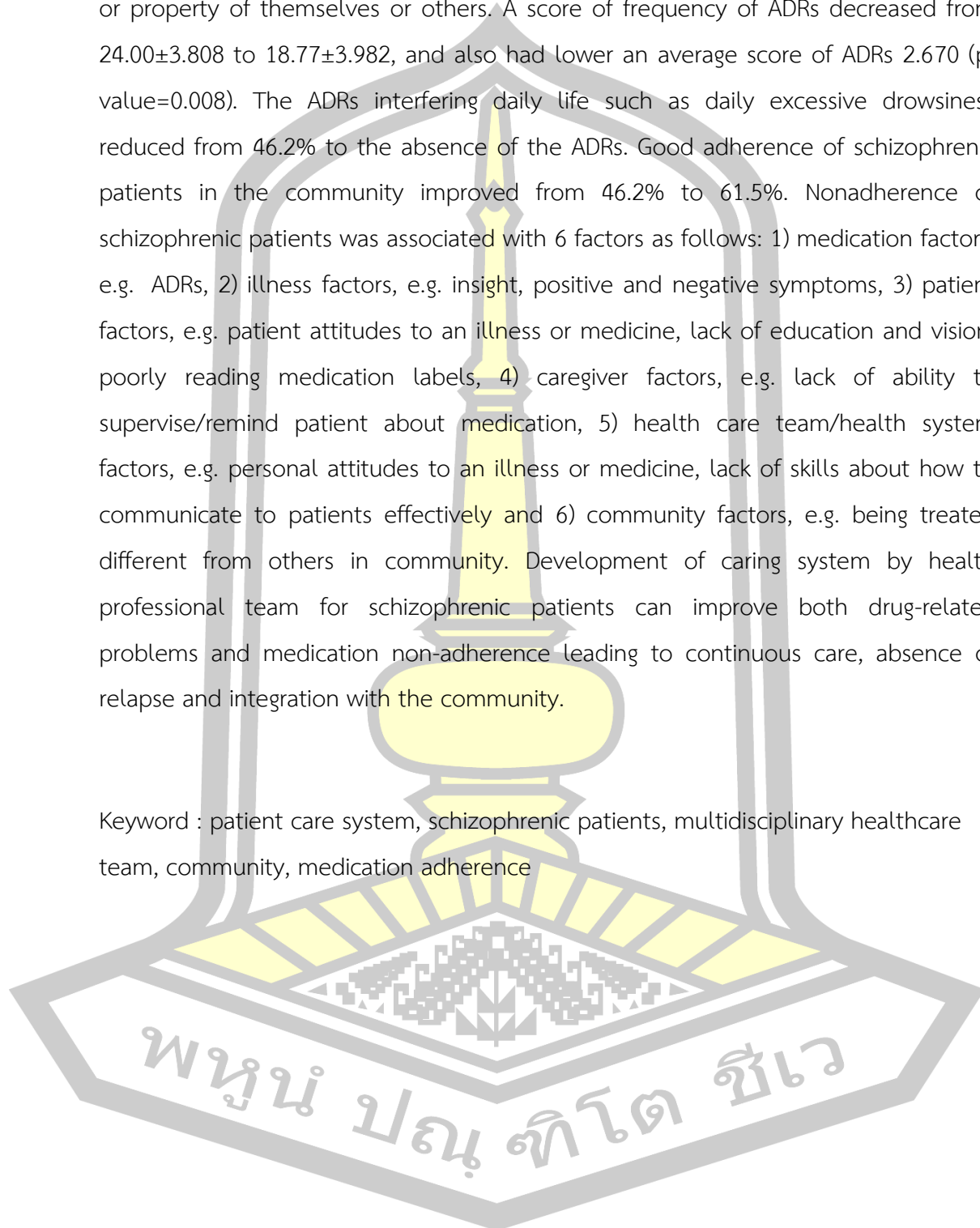
TITLE	Development of the System for Caring Schizophrenic Patients within Community by Multidisciplinary Team of Health Network of Amphoe Ban Thaen, Chaiyaphum Province		
AUTHOR	Kamonwan Seechiangsa		
ADVISORS	Assistant Professor Juntip Kanjanasilp , Ph.D. Assistant Professor Saithip Suttiruksa , Ph.D.		
DEGREE	Master of Pharmacy	MAJOR	Clinical Pharmacy
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2019

ABSTRACT

Thailand national mental health survey in 2008 reported that the prevalence of psychiatric disorder was at 1.2%. Forty one percent experienced antipsychotic medication non-adherence problems. Schizophrenia is a chronic psychiatric disorder being found the most. If treatment is discontinued, relapse can harm to the life or other caregivers; moreover, violent crime may be happened in community and also society. The objective of this study is to develop the system for caring psychiatric patients in the community by multidisciplinary health care team focusing on schizophrenic patients in 3 sub-district health promotion hospitals in Bantan District, Chaiyaphum Province. There is no serious relapses with the patients and this system can manage adverse drug reactions (ADRs) including drug related problems (DRPs) in order to propose medication adherence, the healthcare team can also give the patients a follow-up care and coordinate with each other continuously. The study was an action research. The participants included healthcare providers, 4 village health volunteers, 13 schizophrenic patients and 6 family caregivers. The study, conducted from October 2017 to May 2018, consisted of 2 phases as follows: 1) searching and analyzing problems of the patients and 2) developing caring system of schizophrenic patients in the community. The finding revealed that an average of Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) score increased from 21.69 ± 4.309 to 21.92 ± 4.821 , and also had higher average score of psychiatric symptoms 0.254 (p -value=0.799).

However, there were no patients with relapse taking serious harm to the life, body, or property of themselves or others. A score of frequency of ADRs decreased from 24.00 ± 3.808 to 18.77 ± 3.982 , and also had lower an average score of ADRs 2.670 (p -value=0.008). The ADRs interfering daily life such as daily excessive drowsiness reduced from 46.2% to the absence of the ADRs. Good adherence of schizophrenic patients in the community improved from 46.2% to 61.5%. Nonadherence of schizophrenic patients was associated with 6 factors as follows: 1) medication factors, e.g. ADRs, 2) illness factors, e.g. insight, positive and negative symptoms, 3) patient factors, e.g. patient attitudes to an illness or medicine, lack of education and vision, poorly reading medication labels, 4) caregiver factors, e.g. lack of ability to supervise/remind patient about medication, 5) health care team/health system factors, e.g. personal attitudes to an illness or medicine, lack of skills about how to communicate to patients effectively and 6) community factors, e.g. being treated different from others in community. Development of caring system by health professional team for schizophrenic patients can improve both drug-related problems and medication non-adherence leading to continuous care, absence of relapse and integration with the community.

Keyword : patient care system, schizophrenic patients, multidisciplinary healthcare team, community, medication adherence



กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อพัฒนานิสิตระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม งบประมาณเงินรายได้ ประจำปี 2561 และ ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ ขอขอบพระคุณผู้ช่วยและญาติผู้ดูแลในชุมชนที่ศึกษาที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องที่ช่วยเหลือและสนับสนุนงานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ผู้อำนวยการ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ทำการวิจัย และอสม.ประจำหมู่บ้าน ณ ชุมชนที่ทำการวิจัย

กมลวรรณ สีเชียงสา



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญรูปภาพ.....	น
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 ปัญหางานวิจัย.....	4
1.3 คำถามงานวิจัย.....	4
1.4 กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	4
1.5 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
1.6 ความสำคัญของการวิจัย.....	5
1.7 ขอบเขตการวิจัย.....	5
1.8 สมมติฐานของการวิจัย.....	5
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
1.10 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและยาต้านโรคจิตเภท.....	9
2.1.1 ความหมายของโรคจิต.....	9
2.1.1.1 อาการหลงผิด (Delusion).....	9

2.1.1.2	อาการประสาทหลอน (Hallucination).....	9
2.1.1.3	Disorganized thinking (speech).....	9
2.1.1.4	Grossly disorganized or abnormal motor behavior.....	9
2.1.1.5	Negative symptoms.....	9
2.1.2	อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท.....	10
2.1.2.1	กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms).....	10
2.1.2.2	กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms).....	10
2.1.2.3	กลุ่มอาการด้าน cognitive (cognitive symptoms).....	11
2.1.2.4	กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (Affective symptoms).....	11
2.1.2.5	อาการอื่นๆ.....	11
2.1.3	การวินิจฉัยโรคจิตเภท.....	11
2.1.4	การวินิจฉัยแยกโรค.....	12
2.1.5	การดำเนินโรค.....	13
2.1.5.1	ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase).....	13
2.1.5.2	ระยะอาการนำ (Prodromal phase).....	13
2.1.5.3	ระยะโรคกำเริบ (Active phase).....	13
2.1.5.4	ระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (Chronic/Residual phase).....	14
2.1.6	พยาธิสรีรวิทยาของโรคจิตเภท.....	15
2.1.7	แนวทางการรักษาโรคจิตเภทโดยการใช้ยา.....	19
2.1.7.1	ยาด้านโรคจิตเภทรุ่นเก่า (first generation antipsychotics, FGAs).....	19
2.1.7.2	ยาด้านโรคจิตเภทรุ่นใหม่ (second generation antipsychotics, SGAs หรือ atypical antipsychotics).....	21
2.1.7.3	การรักษาโรคจิตเภทโดยการใช้ยา.....	23
2.1.7.3.1	ระยะเฉียบพลัน (acute phase).....	23

2.1.7.3.2	ระยะคงสภาพ (stabilization phase).....	25
2.1.7.3.3	ระยะต่อเนื่อง (maintenance phase).....	25
2.2	การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเภท.....	26
2.3	การประเมินอาการทางจิต.....	27
2.4	ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา.....	28
2.4.1	คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา.....	28
2.4.2	ความหมายของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา.....	30
2.4.3	เภสัชระบาศติวิทยาของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา.....	35
2.4.4	วิธีการสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา.....	37
2.4.5	การวัดความร่วมมือในการใช้ยา (medication compliance).....	39
2.4.6	ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา.....	40
2.4.6.1	ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย.....	40
2.4.6.1.1	ปัจจัยส่วนบุคคล.....	40
2.4.6.1.2	ปัจจัยทางจิตวิทยา.....	43
2.4.6.1.3	ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....	44
2.4.6.2	ปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา.....	46
2.4.6.2.1	ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้สั่งใช้ยา.....	46
2.4.6.2.2	ช่องทางในการบริหารยา.....	46
2.4.6.2.3	ความซับซ้อนในการรักษา.....	46
2.4.6.2.4	ระยะเวลาในการรักษา.....	47
2.4.6.2.5	อาการข้างเคียงจากยา.....	48
2.4.6.2.6	ระดับของการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต้องการ.....	48
2.4.6.3	ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐศาสตร์.....	48
2.4.6.3.1	การลางาน.....	48

2.4.6.3.2	คำรักษาและรายได้	49
2.4.6.3.3	การเกื้อกูลทางสังคม	50
2.4.6.4	ปัจจัยทางด้านระบบสุขภาพ	50
2.4.6.5	ปัจจัยเกี่ยวกับโรค	50
2.4.6.5.1	อาการ	50
2.4.6.5.2	ความรุนแรงของโรค	51
2.4.6.6	ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท	51
2.4.7	แนวทางการแก้ไขความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	55
2.4.8	บทบาทของเภสัชกรในการลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย	56
2.5	แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	57
2.5.1.	ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	57
2.5.2	จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	58
2.5.3	กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	58
2.5.4.	กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	58
2.5.5	ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	59
2.5.6	รูปหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	60
2.6	ทฤษฎีระบบ (System Theory)	62
2.7	โครงการระบบการเข้าถึงยาจิตเวชสำหรับเครือข่ายสุขภาพจังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2559	63
2.8	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	66
2.8.1	งานวิจัยในต่างประเทศ	66
2.8.2	งานวิจัยในประเทศ	67
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	69
3.1	รูปแบบการวิจัย	70

3.1.1	ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ	71
3.1.2	ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการ.....	71
3.1.3	ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล	74
3.2	ประชากรที่วิจัย.....	74
3.3	การเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	74
3.4	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	75
3.4.1	ข้อมูลเชิงปริมาณ.....	75
3.4.2	ข้อมูลเชิงคุณภาพ	78
3.5	วิธีดำเนินการวิจัย	78
3.5.1	ขั้นก่อนดำเนินการวิจัย	79
3.5.2	ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	80
3.5.3	ขั้นหลังดำเนินงาน	81
3.5.4	กรอบเวลาในการวิจัย.....	81
3.6	การเก็บรวบรวมข้อมูล	82
3.7	การวิเคราะห์ข้อมูล	83
3.8	จริยธรรมในการวิจัย	84
บทที่ 4	ผลการวิจัย.....	86
	การเสนอผลการวิจัย.....	86
	ผลการวิจัย.....	87
4.1	ระยะที่ 1 ก่อนพัฒนาระบบ (ระยะเตรียมการ).....	87
4.1.1	ตอนที่ 1 แสดงผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปเชิงปริมาณของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล	89
4.1.2	ตอนที่ 2 แสดงผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเจ้าหน้าที่ในระบบ	99

4.1.3 ตอนที่ 3 แสดงข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาก่อนพัฒนาระบบ	101
4.1.4 ตอนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	114
4.2 ระยะเวลาที่ 2 การพัฒนาระบบ	174
4.3 ระยะเวลาที่ 3 ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบ	186
4.3.1 ตอนที่ 1 แสดงผลการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังพัฒนาระบบ	187
4.3.2 ตอนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	198
บทที่ 5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	207
5.1 สรุปผล	207
5.1.1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	207
5.1.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการวิจัยไม่มีอาการทางจิตกำเริบอาละวาด	208
5.1.3 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลง	208
5.1.4 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น	208
5.2 อภิปรายผล	210
5.3 ข้อเสนอแนะ	218
บรรณานุกรม	220
ภาคผนวก	225
ภาคผนวก ก แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย (Patient profiles)	226
ภาคผนวก ข แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	230
ภาคผนวก ค แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	232
ภาคผนวก ง แบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วย โรคจิตเภท	235
ภาคผนวก จ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย ของ รัตติกาล กงแก้ว (2556)	238
ภาคผนวก ฉ แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	240

ภาคผนวก ข แบบคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (สำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล).....	243
ภาคผนวก ซ แบบคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์).....	245
ภาคผนวก ฅ แบบสอบถามความพึงพอใจการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อแก้ปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบ้าน แท่น จังหวัดชัยภูมิ	247
ภาคผนวก ฎ ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant).....	249
ภาคผนวก ฏ หนังสือแสดงความยินยอม เข้าร่วมโครงการวิจัย	258
ภาคผนวก ฐ ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	261
ประวัติผู้เขียน.....	263



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยจิตเภท	15
ตาราง 2 แสดงอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านโรคจิต	20
ตาราง 3 Equivalent dose ของยาจิตเภทบางชนิด	21
ตาราง 4 แสดงขนาดยาที่ให้ผลในการรักษาของยาต้านโรคจิต	22
ตาราง 5 กิจกรรมที่วางแผนไว้	72
ตาราง 6 กรอบเวลาในการวิจัย	82
ตาราง 7 แสดงการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)	84
ตาราง 8 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม (n=13)	88
ตาราง 9 แสดงข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย (n=6)	89
ตาราง 10 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง	90
ตาราง 11 ข้อมูลทั่วไปของญาติที่ถูกคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง	91
ตาราง 12 รายการยาที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับ	92
ตาราง 13 รายการยาที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับ (ต่อ)	93
ตาราง 14 คะแนนของอาการทางจิตตามแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ก่อนพัฒนาระบบ	94
ตาราง 15 คะแนนของอาการทางจิตตามแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ก่อนพัฒนาระบบ (ต่อ)	95
ตาราง 16 ประวัติทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท	96
ตาราง 17 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนก่อนพัฒนาระบบ	97
ตาราง 19 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n=16)	100
ตาราง 20 ปัญหาที่เกี่ยวกับยา	102
ตาราง 21 ปัญหาที่เกี่ยวกับยา (ต่อ)	103

ตาราง 22 ปัญหาที่เกี่ยวกับยา (ต่อ).....	104
ตาราง 23 ปัญหาที่เกี่ยวกับยา (ต่อ).....	105
ตาราง 24 คะแนนของอาการไม่พึงประสงค์จากยาในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาก่อนพัฒนาระบบ.....	105
ตาราง 25 คะแนนของอาการไม่พึงประสงค์จากยาในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาก่อนพัฒนาระบบ (ต่อ)	106
ตาราง 26 คะแนนของอาการไม่พึงประสงค์จากยาในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาก่อนพัฒนาระบบ (ต่อ)	107
ตาราง 27 ปัญหาที่ส่งผลเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย.....	108
ตาราง 28 ปัญหาที่ส่งผลเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย (ต่อ)	109
ตาราง 29 ปัญหาที่ส่งผลเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย (ต่อ)	110
ตาราง 30 ปัญหาที่ส่งผลเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย (ต่อ)	111
ตาราง 31 ปัญหาที่ส่งผลเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย (ต่อ)	112
ตาราง 32 ปัญหาที่ส่งผลเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย (ต่อ)	113
ตาราง 33 ดัชนีข้อมูลก่อนและหลังเก็บข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา.....	115
ตาราง 34 ดัชนีข้อมูลก่อนและหลังเก็บข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (ต่อ)	116
ตาราง 35 ดัชนีข้อมูลก่อนและหลังเก็บข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (ต่อ)	117
ตาราง 36 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ป่วยเป็นอะไร ทำไมถึงได้กินยา”	118
ตาราง 37 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ป่วยเป็นอะไร ทำไมถึงได้กินยา” (ต่อ).....	119
ตาราง 38 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ป่วยเป็นอะไร ทำไมถึงได้กินยา” (ต่อ).....	120
ตาราง 39 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “คิดว่าจะหายป่วยไหม”	122

ตาราง 40 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “คิดว่าจะหายป่วยไหม” (ต่อ)	123
ตาราง 41 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “คิดว่าผู้ป่วยต้องกินยานานแค่ไหน (กินต่อเนื่องต่อไป หยุดยาได้ หรือ ไม่แน่ใจ)”	125
ตาราง 42 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “คิดว่าผู้ป่วยต้องกินยานานแค่ไหน (กินต่อเนื่องต่อไป หยุดยาได้ หรือ ไม่แน่ใจ)” (ต่อ)	126
ตาราง 43 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “คิดว่าผู้ป่วยต้องกินยานานแค่ไหน (กินต่อเนื่องต่อไป หยุดยาได้ หรือ ไม่แน่ใจ)” (ต่อ)	127
ตาราง 44 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาด้านการกินยา : สม่าเสมอ ไม่สม่าเสมอ/ ไม่กินยา หรือ ปรับขนาดยาเอง”	130
ตาราง 45 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาด้านการกินยา : สม่าเสมอ ไม่สม่าเสมอ/ ไม่กินยา หรือ ปรับขนาดยาเอง” (ต่อ)	131
ตาราง 46 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาด้านการกินยา : สม่าเสมอ ไม่สม่าเสมอ/ ไม่กินยา หรือ ปรับขนาดยาเอง” (ต่อ)	132
ตาราง 47 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาด้านการกินยา : สม่าเสมอ ไม่สม่าเสมอ/ ไม่กินยา หรือ ปรับขนาดยาเอง” (ต่อ)	133
ตาราง 48 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาด้านการกินยา : สม่าเสมอ ไม่สม่าเสมอ/ ไม่กินยา หรือ ปรับขนาดยาเอง” (ต่อ)	134
ตาราง 49 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาด้านการกินยา : สม่าเสมอ ไม่สม่าเสมอ/ ไม่กินยา หรือ ปรับขนาดยาเอง” (ต่อ)	135
ตาราง 50 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาด้านการกินยา : สม่าเสมอ ไม่สม่าเสมอ/ ไม่กินยา หรือ ปรับขนาดยาเอง” (ต่อ)	136
ตาราง 51 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “กินยานี้ แล้วเป็นอย่างไรบ้าง”	138
ตาราง 52 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “กินยานี้ แล้วเป็นอย่างไรบ้าง” (ต่อ)	139
ตาราง 53 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “หนักใจเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง”	143

ตาราง 82 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนหลังพัฒนาระบบ 193

ตาราง 83 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนหลังพัฒนาระบบ (ต่อ)..... 194

ตาราง 84 คะแนนของอาการไม่พึงประสงค์จากยาในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาหลังพัฒนาระบบ 196

ตาราง 85 คะแนนของอาการไม่พึงประสงค์จากยาในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาหลังพัฒนาระบบ (ต่อ) 197

ตาราง 86 ปัญหาที่เกี่ยวกับยาในผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาระบบ 199

ตาราง 87 คะแนนของอาการไม่พึงประสงค์จากยาในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาก่อนและหลังพัฒนาระบบ
..... 200

ตาราง 88 คะแนนของอาการไม่พึงประสงค์จากยาในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาก่อนและหลังพัฒนาระบบ
(ต่อ)..... 201

ตาราง 89 คะแนนของอาการไม่พึงประสงค์จากยาในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาก่อนและหลังพัฒนาระบบ
(ต่อ)..... 202



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	4
ภาพประกอบ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง glutamate pathway และ dopaminergic neuron ใน mesolimbic tract.....	18
ภาพประกอบ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง glutamate pathway และ dopaminergic neuron ใน mesocortical tract	19
ภาพประกอบ 4 Factors associated with nonadherence	52
ภาพประกอบ 5 แผนภาพแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart . 61	
ภาพประกอบ 6 องค์ประกอบของสิ่งนำเข้า/ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ของทฤษฎีระบบ	63
ภาพประกอบ 7 แสดงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ ...	65
ภาพประกอบ 8 แผนภาพรูปแบบวงจรวิจัยปฏิบัติการของ Kurt Lewin	69
ภาพประกอบ 9 ขั้นตอนการดำเนินงานตามกระบวนการ PAOR.....	70
ภาพประกอบ 10 แสดงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในรพ.สต.ในอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ	87
ภาพประกอบ 11 ระบบเดิมของการบริการผู้ป่วยที่ รพ.สต.	101
ภาพประกอบ 12 ข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ป่วยเป็นอะไร ทำไมถึงได้กินยา”	121
ภาพประกอบ 13 ข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “คิดว่าจะหายป่วยไหม”	124
ภาพประกอบ 14 ข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “คิดว่าผู้ป่วยต้องกินยานานแค่ไหน (กินต่อเนื่องต่อไป หยุดยาได้ หรือ ไม่แน่ใจ)”	128
ภาพประกอบ 15 ข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลเหตุการณ์การกินยาของผู้ป่วยจิตเภทที่แตกต่างกัน	137

ภาพประกอบ 16 ข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “กินยานี้ แล้วเป็นอย่างไรบ้าง” 140

ภาพประกอบ 17 ข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “หนักใจเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง” 151

ภาพประกอบ 18 ข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ..... 170

ภาพประกอบ 19 สาเหตุทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท..... 173

ภาพประกอบ 20 ระบบเดิมของการบริการผู้ป่วยที่ รพ.สต 174

ภาพประกอบ 21 แนวทางในการแก้ปัญหาการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับเจ้าหน้าที่ในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 175

ภาพประกอบ 22 ระบบใหม่ของการบริการผู้ป่วยที่ รพ.สต 186

ภาพประกอบ 23 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและการแก้ปัญหา..... 203



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะโรคจิต (psychosis) หมายถึง กลุ่มอาการที่มีการสูญเสียการรับรู้ตามความเป็นจริง มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม ลักษณะการแสดงออกทางคำพูดหรือท่าทาง ผิดปกติ พบอาการประสาทหลอน (hallucination) แคลสิ่งเร้าผิด (illusion) และหลงผิด (delusion) นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคจิตยังไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย ทำให้ไม่ร่วมมือในการรักษา และอาการยังส่งผลต่อสุขอนามัยของตนเอง การใช้ชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน หรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น (กนกวรรณ ลีศรีเจริญ, 2558)

จากการสำรวจระบบสุขภาพจิตระดับประเทศของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2551 พบว่าความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า และโรคจิตเป็นร้อยละ 10.9, 2.2 และ 1.2 ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตที่ได้ศึกษาร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ได้ประเมินว่า ประชาชนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ 8 โรค/ภาวะ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคคลุ้มคลั่ง ความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มแอลกอฮอล์ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็ก การทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ 10 ล้านคนทั่วประเทศ แต่ปัจจุบันมีผู้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตประมาณ 8 แสนคน หรือคิดเป็นร้อยละ 8 เท่านั้น การที่ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมนั้น ส่งผลเสียอย่างมหาศาลต่อระบบสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้เพราะปัญหาทางสุขภาพจิตมิได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมไปถึงญาติ ผู้ดูแลและบุคคลอื่นในสังคมได้อีกด้วย (รณชัย คงสกนธ์, 2558)

ในกลุ่มของโรคจิต (Psychosis) พบได้ในหลายโรคดังต่อไปนี้คือ โรคจิตที่เกิดจากโรคทางกาย (psychotic disorder due to another medical) โรคจิตที่เกิดจากการใช้ยาหรือสารเสพติด (substance/medication-induced psychotic disorder) โรคจิตเภท (schizophrenia) โรค schizophreniform disorder โรค brief psychotic disorder โรค schizoaffective disorder โรค delusion disorder กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar and related disorders) และกลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorder) (กนกวรรณ ลีศรีเจริญ, 2558) ซึ่งโรคจิตเภท (Schizophrenia) จัดเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด และก่อให้เกิดการตีตรา/เลือกปฏิบัติ ความทุกข์ทรมาน และภาวะ

อันตรายต่อผู้ป่วยเอง ต่อญาติและผู้ดูแล รวมทั้งอาจก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม และยังก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อเศรษฐกิจในภาพรวม ซึ่งจากการศึกษาเรื่องภาวะโรค ได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วย (Disability) โรคจิตเภทกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทสูญเสียความสามารถเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่ต้นคอลงมา (Quadriplegia) (ขจีรัตน์ ปรีกเอโก, 2559)

จากสถานการณ์ปัจจุบันมีเหตุการณ์ก่อความรุนแรงสะเทือนขวัญซึ่งพบได้ตามสื่อต่างๆ ความรุนแรงที่เกิดกับครอบครัวหรือประชาชนทั่วไป ส่วนหนึ่งของผู้ก่อเหตุพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง ในอายุ 18 ปีขึ้นไป พบปัญหาการก่อความรุนแรงได้ร้อยละ 4.1 พบในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 20 และมักเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ขาดยา ใช้สารเสพติด ขาดผู้ดูแล รวมไปถึงระบบการดูแลยังขาดฐานข้อมูลที่ครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องและการติดตามอย่างมีประสิทธิภาพเป็นระบบ (ขจีรัตน์ ปรีกเอโก, 2559)

กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวช โดยจัดทำโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในระบบสุขภาพตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 – 2555 โดยนำแนวทาง โปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก มาปรับให้เหมาะสมกับบริบทในสังคมไทยและทดลองนำร่องในพื้นที่ตัวอย่าง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ เพิ่มคุณภาพบริการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย โดยในปีงบประมาณ 2557 – 2558 ได้จัดทำโครงการเพิ่มคุณภาพระบบบริการโรคจิตเวชที่สำคัญในระบบสาธารณสุขจากการดำเนินดังกล่าวพบว่า มีการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตจากร้อยละ 48.8 เพิ่มขึ้นร้อยละ 57.2 แต่ยังคงพบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องในชุมชนต่ำ โดยเฉพาะโรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่พบมากที่สุด และเป็นโรคเรื้อรังซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดอัตราการกำเริบซ้ำ เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล รวมทั้งก่อความรุนแรง/อาชญากรรมในชุมชนและสังคมได้ (เจษฎา โชคดำรงสุข, 2559)) และในปีงบประมาณ 2560 โครงการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีกลุ่มเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง (F20 – 29) ซึ่งส่วนใหญ่คือผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) ให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์, 2559)

โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดชัยภูมิได้มีการพัฒนาแผนการดำเนินงานสาขาสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดโดยพัฒนาระบบการเข้าถึงยาจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนตามกรอบบัญชียาจิตเวช 35 รายการ พัฒนาระบบการกระจายยาสำคัญในการบำบัดโรคจิตเวช เชื่อมงานบริการ โดยโรงพยาบาลบ้านแท่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) ขนาด 30 เตียง ได้พัฒนาระบบการกระจายยาจิตเวชให้ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี

2554 ได้มีการประสานงานเพื่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วยจิตเวชโดยการส่งมอบยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามนัดทุก 2 เดือนโดยพยาบาลวิชาชีพ แต่พบยาของผู้ป่วยถูกส่งกลับมาที่โรงพยาบาลบ้านแทนเป็นระยะ โดยสาเหตุส่วนหนึ่งของการได้รับยาคืนกลับมาคือ ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยจึงไม่กินยา หรือกินยาแล้วมีอาการข้างเคียงจากยามาก ทำให้รบกวนชีวิตประจำวัน จึงตัดสินใจหยุดกินยา ทำให้เกิดปัญหาเกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา

ปัญหาที่พบได้บ่อยในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทคือการเกิดโรคกลับเป็นซ้ำ (relapse) เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดโรคกลับมีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยชีวภาพ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย และปัจจัยด้านยา ทั้งนี้ ถ้าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา หรือมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย จะทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคกลับเป็นซ้ำมากขึ้น จากการศึกษาแบบอภิวเคราะห์การใช้ยาต้านโรคจิตในการป้องกันโรคกลับจำนวน 65 การศึกษา มีผู้ป่วยจำนวน 6,493 ราย พบว่าการใช้ยาต้านโรคจิตลดการเกิดโรคกลับเป็นซ้ำใน 1 ปีได้ร้อยละ 73 ขณะที่ยาหลอกสามารถลดการเกิดโรคกลับเป็นซ้ำได้เพียงร้อยละ 36 และมี number needed to treat (NNT) เท่ากับ 3

การเกิดโรคกลับเป็นซ้ำแสดงออกด้วยการเกิดอาการทางจิตแบบเฉียบพลัน ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบตามมามากมาย ทั้งในด้านตัวผู้ป่วยเอง ทำให้เกิดความซับซ้อนในการรักษามากขึ้น เกิดการดำเนินไปของโรคทำให้เกิดความรุนแรง ผลกระทบด้านการเรียน การทำงาน เพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย มีอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และยังก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีผลด้านเศรษฐศาสตร์ ทำให้ต้องใช้งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การป้องกันไม่ให้อาการเกิดโรคกลับเป็นซ้ำจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (ทวนทน บุญลือ, 2558) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (medication nonadherence) เป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมถึงผลกระทบในด้านอื่นๆ ด้วย โดยทั่วไปจะนับว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาก็ต่อเมื่อมีการรับประทานยาหรือใช้ยามากกว่าร้อยละ 80 ของยาที่ได้รับในการรักษา การทบทวนอย่างเป็นระบบจากการศึกษาจำนวน 39 การศึกษา พบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาต้านโรคจิตพบได้สูงถึงร้อยละ 41 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ในโรคที่เป็น เคยมีประวัติความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คิดว่าเป็นตราบาปของสังคม ปัจจัยด้านยา เช่น การบริหารยาโดยผู้ป่วยมีความยุ่งยากซับซ้อน เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ราคายา (ทวนทน บุญลือ, 2558)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดการกินยาอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยในฐานะเภสัชกรผู้ดูแลยาผู้ป่วยจิตเวชที่มาปรึกษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า

เภสัชกรมีส่วนร่วมในการติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้น้อย มีผู้ป่วยปฏิเสธการกินยาหลายราย และบางรายมีอาการกำเริบ อาละวาด และทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบบสหวิชาชีพเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ

1.2 ปัญหางานวิจัย

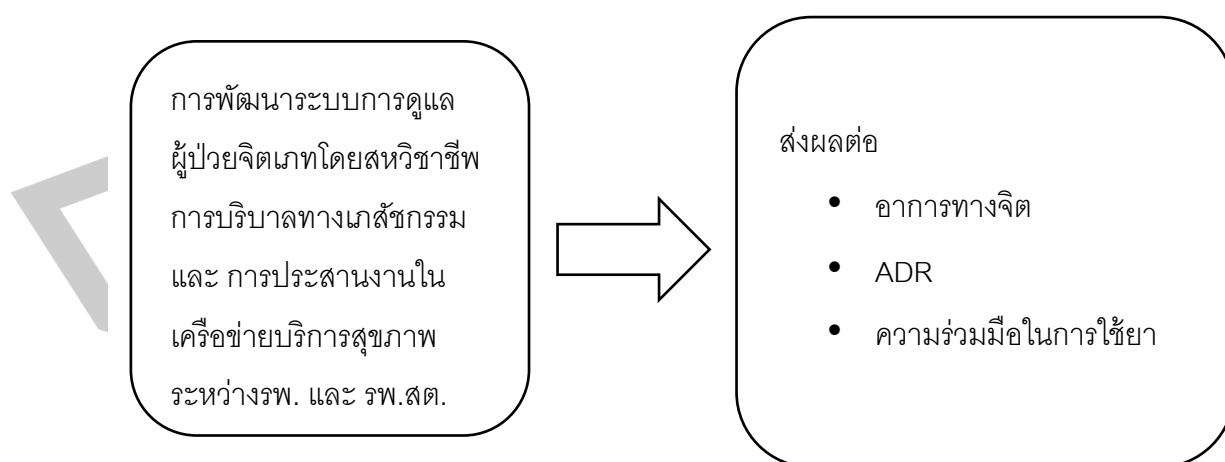
ผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง มีปัญหาปฏิเสธการกินยา ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทบางรายขาดผู้ดูแล ทำให้มีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น จนเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

1.3 คำถามงานวิจัย

1.3.1 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยสหวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการทางจิตกำเริบอาละวาดได้หรือไม่

1.3.2 การเพิ่มบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้สามารถแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของผู้ป่วยจิตเภท ลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้หรือไม่

1.4 กรอบแนวคิดงานวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.5 ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ

1.5.1 ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตและให้การดูแลตามสภาพปัญหาและอาการที่พบ ไม่มีอาการทางจิตกำเริบอาละวาด และอยู่ร่วมกับชุมชนได้

1.5.2 สามารถจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและปัญหาที่เกี่ยวกับยาที่พบในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาได้

1.5.3 ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบสามารถติดตามดูแลผู้ป่วย ประสานเชื่อมโยงข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง

1.6 ความสำคัญของการวิจัย

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับยาต่อเนื่องได้ใน รพ.สต. ไม่มีอาการกำเริบที่รุนแรงและสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้

1.7 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพใน รพ.สต. สระพัง บ้านเต่า และ หนองคู โดยทำการศึกษาในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2561

1.8 สมมติฐานของการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับยาโดยเภสัชกรและดูแลร่วมกันโดยสหวิชาชีพ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการกำเริบที่รุนแรง สามารถใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนได้

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.9.1 ผู้ป่วยจิตเภททุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยไม่มีอาการกำเริบ

1.9.2 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องในชุมชนอย่างเป็นระบบจากโรงพยาบาลจิตเวชที่ส่งผู้ป่วยกลับมารับยาที่โรงพยาบาลบ้านแท่นและส่งต่อไปที่ รพ.สต. 3 แห่ง คือ สระพัง บ้านเต่า และหนองคู เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาและขยายขอบเขตพัฒนาใน รพ.สต. อื่นๆ อีก 3 แห่ง ในเขตอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิต่อไป

1.9.3 เพื่อเปิดบทบาทวิชาชีพเภสัชกรในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทใน รพ.สต.

1.10 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.10.1 ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ว่าป่วยเป็นโรค Schizophrenia และบันทึกการวินิจฉัยลงในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP) ICD-10 รหัสโรค F20 ซึ่งถูกจำหน่ายกลับมาจากโรงพยาบาลอื่นเพื่อรับยาต่อที่โรงพยาบาลบ้านแท่น และพยาบาลจิตเวชนัดผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต.

1.10.2 ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with high risk to Violence : SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง (F20-29) ที่เข้าเกณฑ์มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยที่มีข้อใดข้อหนึ่งให้ถือเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงตามเกณฑ์การจำแนกดังนี้

1.10.2.1 มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

1.10.2.2 ประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน

1.10.2.3 ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

1.10.2.4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

1.10.3 ยาต้านโรคจิต หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ในการยับยั้ง dopamine receptor type 2 (D2 antagonist) และ serotonin-2 (5HT2A) receptor ในสมอง ซึ่งใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ในการศึกษานี้หมายถึงยาที่มีในบัญชียาของโรงพยาบาลบ้านแท่น ซึ่งมีรายการยาเม็ดคือ Risperidone 2 mg/tab (ซึ่งถูกกำหนดไว้ว่าเป็นรายการยาสำหรับจ่ายยาให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับยาส่งต่อมาจากรพ.อื่น ไม่สามารถเริ่มยาให้ผู้ป่วยของโรงพยาบาลบ้านแท่นได้หากไม่มีใบส่งตัวมาด้วย),

Trifluoperazine 5 mg/tab, Perphenazine 4 และ 8 mg/tab, Haloperidol 2 และ 5 mg/tab และ Chlorpromazine 50 และ 100 mg/tab และมีรายการยาฉีด 2 รายการคือ Haloperidol 5 mg/ml และ Fluphenazine decanoate 25 mg/ml

1.10.4 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภททุกคนที่เข้าเกณฑ์รับประทานยาสม่ำเสมอต้องสามารถทวนสอบวิธีกินยาได้ถูกต้องทุกรายการ จึงถือว่ามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (adherence)

1.10.5 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug-related problem: DRP) การศึกษานี้แบ่งประเภท DRPs ตามนิยามของ Hepler และ Stand ที่แปลและเรียบเรียงโดยฐิติมา ด่วงเงิน คือ ได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ ไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ เลือกรูปแบบยาหรือรูปแบบยาไม่เหมาะสม ได้รับยาถูกชนิดแต่ขนาดยาที่ใช้สั้นเกินไป ได้รับยาถูกชนิดแต่ขนาดยาที่ใช้มากเกินไป ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งจากสาเหตุต่าง ๆ รวมทั้งขาดความร่วมมือในการรักษา เกิด ADR เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร หรือยากับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.10.6 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน ได้แก่ 1) การดูแลแบบผู้ป่วยโรคที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนกับครอบครัวและเป็นฝ่ายเดินทางมารับการรักษาแบบไปกลับเป็นบางวันเมื่อมีนัดเท่านั้น 2) การดูแลที่มีชุมชนเป็นฐานโดยที่บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ออกไปเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้าน (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2560)

1.10.7 สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถแบ่งได้ตามระดับหน่วยบริการดังนี้ คือ

1.10.7.1 ทีมระดับอำเภอ หมายถึง บุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับหน่วยบริการโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ทั่วไป พยาบาลด้านสุขภาพจิต เภสัชกร และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

1.10.7.2 ทีมระดับชุมชน หมายถึง บุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/อาสาสมัครกรุงเทพมหานคร (อสส.) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

1.10.8 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น หมายถึง การประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพทั้งทีมระดับอำเภอและทีมระดับชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตพื้นที่ตำบลที่ได้รับผิดชอบในอำเภอบ้านแท่นร่วมกัน สำหรับในการศึกษานี้ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลบ้านแท่น และ รพ.สต. ทั้ง 3 แห่ง คือ รพ.สต.สระพัง รพ.สต.บ้านเต่า และ รพ.สต.หนองคู

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของโรงพยาบาลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพในอำเภอบ้านแท่น ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและยาต้านโรคจิตเภท
 - 2.1.1 ความหมายของโรคจิต
 - 2.1.2 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท
 - 2.1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
 - 2.1.4 การวินิจฉัยแยกโรค
 - 2.1.5 การดำเนินโรค
 - 2.1.6 พยาธิสรีรวิทยาของโรคจิตเภท
 - 2.1.7 แนวทางการรักษาโรคจิตเภทโดยการใช้ยา
- 2.2 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตเภท
- 2.3 การประเมินอาการทางจิต
- 2.4 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.4.1 คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.4.2 ความหมายของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.4.3 เกณฑ์ระดับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.4.4 วิธีการสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา
 - 2.4.5 การวัดความร่วมมือในการใช้ยา
 - 2.4.6 ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.4.7 แนวทางการแก้ไขความไม่ร่วมมือในการใช้ยา
 - 2.4.8 บทบาทของเภสัชกรในการลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
- 2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.6 ทฤษฎีระบบ (System Theory)
- 2.7 โครงการระบบการเข้าถึงยาจิตเวชสำหรับเครือข่ายสุขภาพจังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2559
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและยาต้านโรคจิตเภท

2.1.1 ความหมายของโรคจิต

โรคจิต (psychosis) หมายถึงสภาวะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง (out of reality) แสดงออกมาโดยลักษณะดังข้อหนึ่งข้อใดต่อไปนี้ (DSM-5) (มาโนช หล่อตระกูล, 2558)

2.1.1.1 อาการหลงผิด (Delusion)

เป็นความเชื่อที่ฝังแน่น (fixed belief) ไม่เปลี่ยนแปลงแม้จะมีเหตุผลมาแย้ง เช่น หลงผิดว่าตนเองถูกปองร้าย กลั่นแกล้ง (persecutory delusion) หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandiose delusion)

2.1.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination)

เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ชนิดที่พบบ่อยคืออาการหูแว่ว

2.1.1.3 Disorganized thinking (speech)

ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด แสดงออกโดยผ่านการพูดจาสนทนา โดยต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น มีความคิดไม่ปะติดปะต่อ พูดเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่อง หนึ่งโดยขาดความเชื่อมโยงกัน หรืออาจเกี่ยวข้องเพียงเล็กน้อย (loose associations) หากเป็นมาก การพูดจาจะสับสนจนทำให้ไม่เข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการสื่ออะไร (incoherent speech)

2.1.1.4 Grossly disorganized or abnormal motor behavior

เป็นพฤติกรรมที่ใครเห็นก็คิดว่าไม่สมเหตุสมผล ไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น สวมเสื้อหลายตัว ทั้งๆที่อากาศร้อน รุกก็หัวเราะโดยไม่มีเหตุผล นอกจากนี้ยังมีอาการแบบ catatonic behavior ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงชัดเจน เช่น อยู่นิ่งๆ ไม่เคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวมาก วุ่นวายอย่างคาดเดาไม่ได้ (catatonic excitement)

2.1.1.5 Negative symptoms

เป็นอาการสำคัญในโรคจิตเภท ส่วนในโรคจิตชนิดอื่นๆนั้น อาการนี้จะไม่เด่นชัด อาการเหล่านี้ได้แก่

2.1.1.5.1 alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย นานกว่าจะตอบ

2.1.1.5.2 affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก

2.1.1.5.3 avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆทั้งวัน โดยไม่ทำอะไร

2.1.1.5.4 asociality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

โรคจิตที่สำคัญได้แก่ โรคจิตเภท (Schizophrenia), โรคจิตหลงผิด (Delusional disorder), Schizoaffective disorder, Brief psychotic disorder

2.1.2 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นตอนปลายเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2558)

ลักษณะอาการหลักของโรคจิตเภทอาจแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

2.1.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms)

อาการกลุ่มนี้ ประกอบด้วย psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และ disorganization dimension ได้แก่ disorganized thinking and behavior อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภท ได้แก่ อาการหลงผิดว่าตนเองถูกปองร้าย หรือกลั่นแกล้ง (persecutory delusion) และอาการหลงผิดว่าพฤติกรรมหรือคำพูดของคนอื่น หรือเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นรอบๆตัว เช่น ชาวไนโรทัทส์มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (delusion of reference) อาการหลงผิดอื่นๆที่พบบ้าง ได้แก่ somatic delusion, religious delusion หรือ grandiose delusion เป็นต้น

อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยจะเป็น auditory hallucination ได้แก่ ได้ยินเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย (voice discussing) และเสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวชัดเจน

อาการด้าน disorganized ผู้ป่วยจะมีความคิดและการกระทำไม่อยู่กับร่องกับรอย ทำให้บางครั้งยากแก่การเข้าใจว่าผู้ป่วยทำอะไรอยู่

ในเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 นั้น อาการด้านบวกโดยเฉพาะอาการหลงผิดและประสาทหลอน มีความสำคัญมากเนื่องจากมีความจำเพาะต่อการบ่งว่าเป็นโรคจิตสูง ส่วนอาการด้าน disorganized ที่มีความสำคัญพอๆกับอาการอาการหลงผิด ประสาทหลอน ได้แก่ อาการ disorganized thinking

2.1.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms)

อาการด้านลบประกอบด้วยอาการต่างๆ ตามได้กล่าวข้างต้นแล้ว อาการที่พบเด่นในโรคจิตเภท ได้แก่ affective flattening และ avolition อาการด้านลบนั้นพบได้ในทุกระยะของโรค แต่จะพบบ่อยในระยะหลังของโรค ซึ่งผู้ป่วยจะทุเลาจากอาการหลงผิดประสาทหลอนบ้างแล้ว ญาติจะบอกว่าผู้ป่วยมักนั่งอยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไร ไม่สนใจโลกภายนอก การเข้าถึงสังคมลดลงมาก อาการกลุ่มนี้ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาไม่ดีเท่ากลุ่มอาการด้านบวก

2.1.2.3 กลุ่มอาการด้าน cognitive (cognitive symptoms)

ผู้ป่วยมีอาการ cognitive dysfunction ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (working memory) และการไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น อาการ cognitive dysfunction เป็นอาการพื้นฐานสำคัญของโรคนี้ เริ่มพบได้ในระยะอาการนำ (prodromal phase) แย่งขณะผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งแรก จากนั้นจะค่อนข้างคงที่อยู่ตลอดแม้ผู้ป่วยจะทุเลาจากอาการหูแว่วประสาทหลอนแล้ว ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม

2.1.2.4 กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (Affective symptoms)

อาการด้านอารมณ์เป็นอาการที่พบร่วมได้บ่อย แต่ไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้า รู้สึกผิด วิดกกังวล หรือหงุดหงิด ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น อารมณ์คึกคักแบบ mania อย่างไรก็ตามอารมณ์เหล่านี้จะไม่เด่นชัด และเป็นไม่นานนักเมื่อเทียบกับอาการด้านบวก ในช่วงที่ผู้ป่วยดีขึ้นจากอาการด้านบวกบ้างแล้วอาจพบอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่น (post-schizophrenic depression) โดยผู้ป่วยรู้สึกซึมเศร้าจากการตระหนักว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิต ยอมรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยนี้ของตนเอง รู้สึกหมดหวังกับอนาคต

2.1.2.5 อาการอื่นๆ

อาการอื่นที่พบได้ เช่น ไม่ตระหนักว่าตนเองผิดปกติกไป (lack of insight) ทำให้ไม่ยอมรักษาแม้อาการจะกำเริบหลายๆครั้งแล้วก็ตาม บางคนมีอาการ social cognition deficit ได้แก่ ไม่สามารถอ่านออกว่าคนอื่นคิดอะไรต้องการอะไร บางครั้งอาจเอาเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกันมาเกี่ยวโยงเป็นเรื่องราวหรือเอามาผูกโยงกับอาการหลงผิดของตนเอง อาจพบ neurological soft signs ในผู้ป่วย เช่น มีความบกพร่องของ motor sequencing ของการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อน และมีความผิดปกติของ smooth pursuit eye movement เป็นต้น

2.1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม DSM-5 (มาโนช หล่อตระกูล, 2558; กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558)

A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากได้รับการรักษา) และอาการอย่างน้อย 1 อาการ ต้องเป็นอาการในข้อ 1, 2 หรือ 3

1. อาการหลงผิด (delusion)
2. ประสาทหลอน (hallucination)
3. ความผิดปกติของคำพูด (disorganized speech)
4. ความผิดปกติของพฤติกรรม (disorganized behavior)

5. อาการด้านลบ (negative symptom)

B. มีปัญหาด้านสังคม การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือสุขอนามัยของตนเอง มีระดับความสามารถในด้านสำคัญดังกล่าวข้างต้น ลดลงไปจากเดิมอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 ด้าน

C. มีอาการผิดปกติต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ A) อย่างน้อย 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และอาจรวมถึง prodromal หรือ residual phase โดยในช่วง prodromal หรือ residual อาการที่พบอาจเป็นเพียงอาการด้านลบ หรืออาการที่แสดงออกเพียงเล็กน้อยตามข้อ A อย่างน้อย 2 อาการ เช่น คิดแปลกๆ หรือมีการรับรู้ที่ไม่ปกติแต่ไม่ถึงขั้นประสาทหลอน

D. ไม่มีอาการเข้าได้กับโรค schizoaffective disorder และโรคในกลุ่มซึมเศร้า หรือ bipolar disorder ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

E. อาการไม่ได้เป็นจากยาหรือสารเสพติดหรือโรคทางกาย

F. หากมีประวัติของโรค autism spectrum disorder หรือ communication disorder ที่เป็นในวัยเด็ก จะวินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมด้วยได้ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนเป็นอาการเด่นเพิ่มจากอาการอื่นในข้อ A. นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่าหากรักษาได้ผลดี)

2.1.4 การวินิจฉัยแยกโรค

2.1.4.1 โรคจิตจากโรคทางกายหรือจากยาและสาร อาการโรคจิตนั้นพบได้ในสภาวะผิดปกติทางกายได้บ่อยๆ โดยเฉพาะในกรณีของ delirium และจากสารเสพติด เช่น เหล้า และแอมเฟตามีน นอกจากนี้ยังพบได้ในสภาวะที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ หรือเนื้องอกในสมอง เป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาโดยละเอียดจะพบว่ามีข้อบ่งชี้บางอย่าง เช่น อาการเกิดขึ้นเร็ว ผู้ป่วยมีลักษณะเพ้อสับสน มีอาการขณะอายุมาก หรือตรวจพบความผิดปกติทางกายที่อาจเกี่ยวข้องกับอาการโรคจิต

2.1.4.2. โรคอารมณ์สองขั้วหรือโรคซึมเศร้า ในภาวะแมนีหรือซึมเศร้านั้นผู้ป่วยอาจมีอาการโรคจิตซึ่งแยกจากโรคจิตเภท ให้สังเกตว่าก่อนจะมีอาการโรคจิตผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ให้เห็นหรือไม่ ขณะตรวจยังมีอาการเด่นออกมาทางด้านอารมณ์หรือไม่ การเปลี่ยนแปลงที่เป็น neurovegetative symptoms อาจช่วยบอกได้บ้าง นอกจากนี้ประวัติของความผิดปกติทางจิตเวชในญาติอาจช่วยด้วย เนื่องจากพบว่ามักจะเป็นเหมือนกัน

2.1.4.3. Delusional disorder ลักษณะเนื้อหาของความหลงผิดจะเกี่ยวโยงกันเป็นเรื่องราว ไม่มีอาการหูแว่วเป็นเรื่องราวชัดเจน และโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมมากกว่า

2.1.4.4. Personality disorder บางชนิด โดยเฉพาะใน cluster A จะมีความคิดที่ บางครั้งฟังแล้วแปลก ไม่ค่อยเข้าสังคม คล้ายกับอาการหลงเหลือในโรคจิตเภท แยกโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่เคยมีอาการของโรคจิตเภทในระยะอาการกำเริบ

2.1.5 การดำเนินโรค

ลำดับความเป็นไปของโรค โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (มานอนช หล่อตระกูล, 2558)

2.1.5.1 ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase)

ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านสังคม การเคลื่อนไหว หรือด้าน cognitive ในระดับเล็กน้อยๆ ไม่ชัดเจน อาจพบลักษณะทางร่างกายต่างไปจากปกติโดยเฉพาะส่วนของมือ เช่น ลักษณะของมือ นิ้วมือ หรือลายนิ้วมือ

2.1.5.2 ระยะอาการนำ (Prodromal phase)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยช่วงแรกอาจมีอาการ วิตกกังวลหรือซึมเศร้า ที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามมาด้วยอาการด้านลบ โดยจะค่อยๆ แยกตัวไม่เข้าสังคมเหมือนเคย มีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ สนใจดูแลตนเองลดลง ขณะเดียวกันจะเริ่มมีอาการด้านบวกแบบน้อยๆ (attenuated positive symptoms) เช่น เชื่อเรื่อง โชคกลาง ไสยศาสตร์ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ มีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ อาจออกตุระแวง แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน มีอาการ ด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด การแสดงออกของอารมณ์ ลดลงหรือไม่เหมาะสม และอาการด้าน cognitive เช่น สมาธิลดลง เหม่อลอย working memory ลดลง ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไป ไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนอาจ นานตั้งแต่เป็นสัปดาห์ๆ จนถึงเป็นปี โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่าง 2-5 ปี ก่อนอาการกำเริบ อาการเหล่านี้ คาบเกี่ยวกับสิ่งที่พบได้ตามปกติ และผู้ที่มีความเสี่ยงจำนวนหนึ่งก็ไม่เกิดอาการโรคจิตตามมา

2.1.5.3 ระยะโรคกำเริบ (Active phase)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก โดยผู้ป่วยที่มีอาการนำจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบได้ตามช่วงวัย ซึ่งเป็นปัจจัยกดดันที่ทำให้ ผู้ป่วยซึ่งมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่แล้วไม่สามารถปรับตัวต่อไปได้อีก จึงแสดงอาการต่างๆ จึง แสดงอาการต่างๆของโรคออกมา ช่วงวัยที่เริ่มมีอาการในเพศชายคือช่วงอายุ 20 ต้นๆ ไปจนถึง กลางๆ ส่วนเพศหญิงจะเริ่มในช่วงอายุ 20 ปลายๆ ในการป่วยครั้งแรก ผู้ป่วยอาจเกิดอาการแบบ รวดเร็วหรือช้าก็ได้ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป หลังรักษาอยู่นานประมาณ 6 เดือนแล้ว อาการจึงเริ่มทุเลา โดยอาการด้านบวกและอาการด้านลบจะลดลง ผู้ป่วยบางคนไม่มีอาการเลย

ขณะที่ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการหลงเหลืออาการเล็กๆ น้อยๆ ที่ไม่ใช่อาการโรคจิต เช่น ดึงเครียด วิตกกังวล และมีปัญหาการนอน

ช่วงที่อาการดีขึ้นแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหยุดยาเอง และอีกไม่นานก็มีอาการกำเริบอีกครั้ง การป่วยในครั้งหลังๆ อาจตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีเหมือนครั้งแรก อาการมักยังหลงเหลืออยู่ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 80 มักมีอาการโรคกลับเป็นซ้ำ (relapse หรือ acute exacerbation) เป็นพักๆ ภายในช่วง 5 ปีแรก ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง โดยภาพรวมระยะนี้ผู้ป่วยจะค่อยๆ แย่ลง (deterioration) ระยะเวลาช่วงนี้นานประมาณ 5-10 ปี จัดเป็นช่วงต้นของการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นระยะสำคัญ (critical period)

2.1.5.4. ระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (Chronic/Residual phase)

ในระยะนี้ตัวโรคส่วนใหญ่จะเริ่มคงที่ทั้งในแง่ของระดับอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ในระยะยาวแล้วอาการโรคจิตจะค่อยๆ ลดลงตามอายุที่มากขึ้น แม้อาจจะมีอาการด้านบวกอยู่บ้าง ก็ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ในขณะที่อาการด้านลบและอาการด้าน cognitive จะยังอยู่ในระดับคงที่ตลอดการเจ็บป่วยและไม่ตอบสนองต่อการรักษาในปัจจุบัน

ผลลัพธ์ระยะยาวของโรคพบได้แตกต่างกันมากตั้งแต่โรคทุเลาเหลืออาการน้อยมากไปจนถึงมีอาการของโรคเรื้อรังจนไม่สามารถทำอะไรได้ พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10-15 ไม่มีอาการอีกเลย แต่ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นพักๆ สลับกับช่วงอาการสงบ ร่วมกับการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ต่างๆ และผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10-15 มีอาการโรคจิตรุนแรงแบบเรื้อรัง

ลักษณะการเกิดโรคในระยะแรกไม่ค่อยบอกถึงผลลัพธ์ในระยะยาว (ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การเข้าสังคม และคุณภาพชีวิต) สิ่งที่จะบอกได้ดีกว่าคือการมีอาการด้านลบ หรือ cognitive impairment ซึ่งจะบ่งถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อดีวีโรคและจิตใจของผู้ป่วยดังตาราง 1 นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง

ตาราง 1 การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยจิตเภท

การพยากรณ์โรคดี	การพยากรณ์โรคไม่ดี
เริ่มป่วยในวัยผู้ใหญ่	เริ่มป่วยขณะวัยรุ่น
มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน	ไม่พบปัจจัยกระตุ้น
อาการเกิดขึ้นเฉียบพลัน	อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป
มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย	อารมณ์เรียบเฉย แยกตัวเอง
เป็นกลุ่มอาการด้านบวก	เป็นกลุ่มอาการด้านลบ
การเข้าสังคม หน้าที่การงานเดิมดี ก่อนเกิดอาการ	การเข้าสังคม หน้าที่การงานเดิมไม่ดี ก่อนเกิดอาการ
ระดับสติปัญญาดี	ระดับสติปัญญาต่ำ
ไม่มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว	มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว
รับการรักษาเร็วหลังป่วย	ป่วยมานานก่อนรักษา
สมรส หรือมีญาติช่วยเหลือใกล้ชิด	โสด ไม่มีคนช่วยเหลือดูแล

2.1.6 พยาธิสรีรวิทยาของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับสารสื่อประสาทหลายชนิด โดยเฉพาะ dopamine (DA) และ glutamine ปัจจุบันทฤษฎีที่ใช้อธิบายพยาธิสรีรวิทยาของโรคจิตเภทมีอยู่ 2 ทฤษฎี (ถนอมพงษ์ เสถียรลัคนา, 2558) ได้แก่

1. Dopaminergic hypothesis เป็นทฤษฎีอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างระดับของ DA ที่ผิดปกติต่อการเกิดโรคจิตเภท โดยในสภาวะปกติ DA มีการทำงานผ่าน pathway หลักในระบบประสาทส่วนกลาง ดังนี้

1.1 Nigrostriatal tract มี DA หลังจาก substantia nigra ไปออกฤทธิ์กระตุ้นที่ตัวรับ D₁ และ D₂ ที่ striatum มีผลช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การมี DA ต่ำลงผิดปกติ มีผลทำให้เกิด parkinsonism ขึ้น

1.2 Mesolimbic tract มี DA หลังจาก ventral tegmental area (VTA) ไปกระตุ้นตัวรับ D₂ ที่ limbic system เช่น nucleus accumbent มีผลช่วยควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมกรรมมี DA ที่สูงผิดปกติ มีผลทำให้เกิดอาการด้านบวกของโรคจิตเภท เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน

1.3 Mesocortical tract มี DA หลังจาก VTA ไปกระตุ้นตัวรับ D_1 ที่ prefrontal cortex มีผลช่วยควบคุมอารมณ์ และการรู้คิด เช่น การเรียนรู้ และการวางแผน การมี DA ต่ำผิดปกติ มีผลทำให้เกิดอาการด้านลบของโรคจิตเภท เช่น ภาวะไร้อารมณ์ เฉยเมย แยกตัวจากสังคม และมีผลต่ออาการด้านการรู้คิด เช่น ความจำลดลง ไม่สามารถวางแผนและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม

1.4 Tuberoinfundibular tract มี DA หลังจาก hypothalamus ไปกระตุ้นตัวรับ D_2 ที่ pituitary gland มีผลควบคุมการหลั่งฮอร์โมน prolactin การมี DA ที่ต่ำผิดปกติ ส่งผลให้มีการหลั่ง prolactin ที่มากขึ้น จนอาจเกิดภาวะ hyperprolactinemia ได้

การทำงานของ DA ใน 3 pathway คือ nigrostriatal, mesocortical และ tuberoinfundibular tract (ยกเว้น mesolimbic tract) จะมีความสัมพันธ์กับระดับของ serotonin (5-HT) กล่าวคือ การมีระดับของ 5-HT ที่สูง จะมีผลไปกระตุ้นตัวรับ $5-HT_{2A}$ ทที่ dopaminergic neuron ส่งผลให้ DA มีการหลั่งลดลงใน 3 pathway ดังกล่าว

โดยสรุป ผู้ป่วยที่เกิดโรคจิตเภทขึ้น เกิดจากการมีระดับ DA สูงผิดปกติที่ mesolimbic tract ส่งผลให้เกิดอาการด้านบวกของโรคจิตเภท ในขณะที่มีการหลั่ง DA ลดลงที่ mesocortical tract ส่งผลให้เกิดอาการด้านลบ และการรู้คิดบกพร่อง โดยการหลั่ง DA ที่ลดลงนี้มีความสัมพันธ์กับการที่มีระดับ 5-HT

2. Glutamatergic hypothesis เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่าง glutamate กับโรคจิตเภท ซึ่งปัจจุบันเชื่อว่าเกิดจากความบกพร่องของตัวรับ glutamate ชนิด N-methyl-D-aspartate (NMDA receptor hypofunction) แล้วส่งผลให้เกิดโรคจิตเภททั้งอาการด้านบวก อาการด้านลบ และอาการด้านการรู้คิดขึ้น

ในภาวะปกติ glutamate เป็นสารสื่อประสาทที่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง และมีความสำคัญต่อโรคทางระบบประสาทและจิตเวชหลายชนิด เช่น โรคลมชัก โรคสมองเสื่อม รวมถึงโรคจิตเภทด้วย โดยตัวรับของ glutamate แบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ

2.1 Ionotropic glutamate receptors (iGluRs) เป็นตัวรับที่เกิดสัญญาณประสาทผ่านการทำงานของ ion channel สัญญาณประสาทที่เกิดผ่านตัวรับนี้จึงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ตัวรับประเภทนี้ ได้แก่

2.1.1 AMPA (α -amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionic acid) receptor และ kainate receptor เมื่อมี glutamate มากกระตุ้นที่ตัวรับนี้ จะส่งผลให้ Na^+ channel เปิด ทำให้ Na^+ ไหลเข้าเซลล์ และทำให้เกิด depolarization ขึ้น ทั้งนี้พบว่าตัวรับ AMPA มีความสำคัญที่สุดในบรรดาตัวรับของ glutamate ต่อการเกิดโรคลมชัก ซึ่งมีทั้งหมด 4 subunits คือ GluR1-4

2.1.2 NMDA receptor มีทั้งหมด 7 subunits (NR1, NR2A-D, NR3A-B) การจะเกิดสัญญาณประสาทผ่านตัวรับ NMDA ต้องอาศัย glycine ร่วมกับ glutamate ไปกระตุ้นที่ตัวรับ NMDA ชนิด NR1 และ NR2 subunit ตามลำดับ ส่งผลเกิด depolarization ทำให้ Mg^{2+} ที่อยู่บริเวณตัวรับ NMDA หลุดออกไป และกระตุ้นให้ Ca^{2+} channel เปิด ทำให้ Ca^{2+} ไหลเข้าเซลล์ จึงเกิดสัญญาณประสาทขึ้น โดยพบว่าตัวรับ NMDA นี้มีความสำคัญต่อการเกิดโรคจิตเภท โรคสมองเสื่อม และอาการปวด

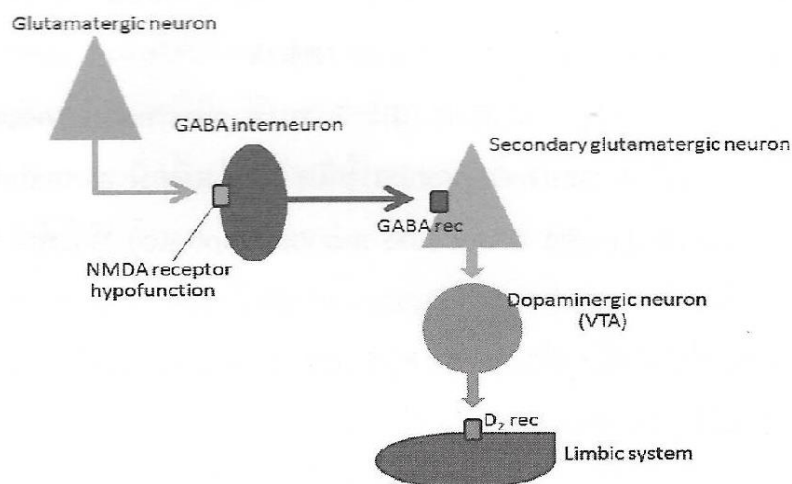
2.2 Metabotropic glutamate receptors (mGluRs) เป็นตัวรับที่เกิดสัญญาณประสาทผ่านการทำงานของ G-protein ที่จับกับตัวรับ mGluRs สัญญาณประสาทที่เกิดผ่านตัวรับนี้ จะเกิดสัญญาณช้ากว่า iGluRs โดยตัวรับ mGluRs มีอย่างน้อย 8 subtypes (mGluR 1-8) ซึ่งสามารถแบ่งได้ 3 กลุ่มใหญ่ คือ

2.2.1 Group I คือ ตัวรับ mGluR 1 และ 5 พบที่ postsynaptic neuron เป็นหลัก เกิดสัญญาณประสาทผ่านการทำงานของ G-protein ชนิด G_q ดังนั้น เมื่อมี Glutamate มากระตุ้นตัวรับกลุ่มนี้ จะมีผลต่อการสร้าง IP₃ (inositol triphosphate) และ DAG (diacylglycerol) ผ่านการทำงานของเอนไซม์ phospholipase C (PLC) เชื่อว่าตัวรับชนิดนี้ช่วยส่งเสริมการทำงานของตัวรับ iGluRs เช่น AMPA และ NMDA

2.2.2 Group II คือ ตัวรับ mGluR 2 และ 3 พบที่ presynaptic neuron เป็นหลักเกิดสัญญาณประสาทผ่านการทำงานของ G-protein ชนิด G_i ซึ่งเมื่อมี glutamate มากระตุ้นที่ตัวรับกลุ่มนี้ จะมีผลลด cAMP (cyclic adenosine monophosphate) ทำให้การหลั่ง glutamate ลดลง

2.2.3 Group III คือ ตัวรับ mGluR 4, 6, 7 และ 8 พบที่ presynaptic neuron และเกิดสัญญาณประสาทเช่นเดียวกับ Group II

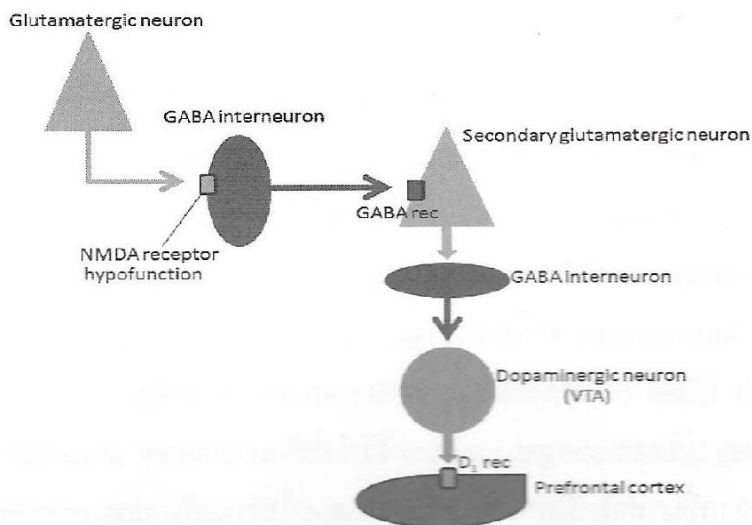
ปัจจุบัน เชื่อว่าความผิดปกติของตัวรับ NMDA เป็นตัวอธิบายความผิดปกติของระดับ DA ในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยในภาวะปกติ การทำงานของ glutamate pathway ที่ควบคุม dopaminergic neuron ใน mesolimbic tract เริ่มจาก glutamatergic neuron ที่ prefrontal cortex (PFC) หลั่ง glutamate ไปกระตุ้นตัวรับ NMDA ที่ GABA interneuron ส่งผลเพิ่มการทำงานของ GABA interneuron ทำให้มีการหลั่ง GABA ไปยับยั้งการทำงานของ glutamatergic neuron ข้างเคียง (secondary glutamatergic neuron) ที่ PFC ส่งผลให้ secondary glutamatergic neuron ดังกล่าวมีการทำงานลดลง จึงมีการหลั่ง glutamate ไปกระตุ้นการทำงานของ dopaminergic neuron ที่ VTA ลดลง ซึ่งเป็นการควบคุมสมดุลปกติ (ภาพประกอบ 2)



ภาพประกอบ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง glutamate pathway และ dopaminergic neuron ใน mesolimbic tract

แต่ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการด้านบวก เชื่อว่าเกิดจากความบกพร่องของตัวรับ NMDA ที่ GABA interneuron ทำให้ระบบสัญญาณประสาทจาก glutamate ที่หลั่งมาจาก glutamatergic neuron ลดลง การทำงานของ GABA interneuron จึงลดลง ส่งผลให้การหลั่ง GABA ไปยัง secondary glutamatergic neuron จึงทำให้ secondary glutamatergic neuron ดังกล่าวมีการทำงานมากขึ้น ทำให้มีการหลั่ง glutamate ไปกระตุ้น dopaminergic neuron ที่ VTA ได้มากขึ้น ผลสุดท้าย คือ ทำให้มีการหลั่ง dopamine มากขึ้นที่ mesolimbic tract และเกิดอาการด้านบวกขึ้นมา

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง glutamate pathway ต่อการเกิดอาการด้านลบและอาการด้านการรู้คิดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเกิดจากความบกพร่องของตัวรับ NMDA ที่ GABA interneuron เช่นกัน จึงทำให้ secondary glutamatergic neuron มีการทำงานมากขึ้น อย่างไรก็ตาม secondary glutamatergic neuron ใน mesocortical tract ไม่ได้หลั่ง glutamate มากกระตุ้นที่ dopaminergic neuron โดยตรงเช่นเดียวกับ mesolimbic tract แต่ต้องออกฤทธิ์ผ่าน GABA interneuron (ภาพประกอบ 2) ดังนั้น glutamate ที่หลั่งออกมาจึงมีผลกระตุ้นที่ GABA interneuron ส่งผลเพิ่มการทำงานของ GABA interneuron เพิ่มการหลั่ง GABA ไปยับยั้งการหลั่ง DA ที่ mesocortical tract ส่งผลเกิดอาการด้านลบและอาการด้านการรู้คิดตามมา



ภาพประกอบ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง glutamate pathway และ dopaminergic neuron ใน mesocortical tract

2.1.7 แนวทางการรักษาโรคจิตเภทโดยใช้ยา

เป้าหมายการรักษาโรคจิตเภท คือ บรรเทาอาการด้านบวก และอาการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วย ทั้งอาการด้านลบ อาการด้านารรู้คิด และอาการด้านอารมณ์ ป้องกันการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำของตัวโรค และให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตและทำงานในสังคมได้อย่างปกติ (ถนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์, 2558; กิตติยศ ยศสมบัติ, 2556)

การรักษาแบ่งออกเป็นการรักษาโดยไม่ใช้ยา (nonpharmacotherapy) เช่น การรักษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) และการรักษาโดยใช้ยา (pharmacotherapy) ซึ่งการรักษาโดยใช้ยาด้านโรคจิตจัดเป็นการรักษาหลักของโรคจิตเภท

ยาด้านโรคจิตที่มีในปัจจุบัน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มหลัก คือ

2.1.7.1 ยาด้านโรคจิตเภทรุ่นเก่า (first generation antipsychotics, FGAs)

ออกฤทธิ์หลักโดยยับยั้งตัวรับ D₂ ที่สมองส่วน limbic system ซึ่งมีการแบ่งประเภทตามความแรงของการยับยั้งตัวรับ D₂ เช่น haloperidol และ fluphenazine มีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ D₂ ที่แรง (high potency FGAs) ส่วน chlorpromazine และ thioridazine มีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ D₂ ที่ต่ำ (low potency FGAs) แต่มีผลยับยั้งตัวรับอื่นที่แรง ได้แก่ adrenergic α_1 , histamine และ muscarinic receptor ส่วน perphenazine และ zuclopentixol จะมีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ D₂ ปานกลาง (moderate potency FGAs) ส่งผลให้ยาเหล่านี้มีอาการไม่พึงประสงค์ที่แตกต่างกัน ตามความแรงในการยับยั้งตัวรับแต่ละชนิดตามตาราง 2



ตาราง 2 แสดงอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านโรคจิต

Antipsychotic	Sedation	EPS	Anticholinergic	Orthostatic hypotension	Weight gain	Dyslipidemia/ Hyperglycemia	HyperPRL
First generation antipsychotics							
Chlorpromazine	++++	++	+++	++++	++	+++*	+++
Fluphenazine	+	++++	+	+	+	+*	++++
Haloperidol	+	++++	+	+	+	+	++++
Perphenazine	++	++++	++	+	+	+	++++
Thioridazine	++++	++	++++	++++	++	+++*	+++
Second generation antipsychotics							
Clozapine	++++	+	++++	++++	++++	++++	+
Olanzapine	++	+	++	+	++++	++++	+
Quetiapine	++	+	+	++	++	++	+
Risperidone	+	++	+	++	++	+	++++
Ziprazidone	++	+	+	+	+	+	+
Aripiprazole	+	+	+	+	+	+	+
Paliperidone	+	++	+	++	++	++	++++

อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์: ± ไม่เกิด; + ต่ำ; ++ ปานกลาง; +++ ปานกลางถึงมาก; ++++ สูง; * limit data

EPS = extrapyramidal side effects; hyperPRL = hyperprolactinemia (ถนอมพงษ์ เสถียรรัตน์, 2558)

2.1.7.2 ยาต้านโรคจิตรุ่นใหม่ (second generation antipsychotics, SGAs หรือ atypical antipsychotics)

มีกลไกการออกฤทธิ์โดยยับยั้งตัวรับ D_2 ที่สมองส่วน limbic system เช่นเดียวกับยาต้านโรคจิตรุ่นเก่า แต่ยาหลายชนิดมีความแรงในการยับยั้ง D_2 ที่ต่ำกว่า และยาต้านโรคจิตรุ่นใหม่ยังมีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ $5-HT_{2A}$ ส่งผลเพิ่มระดับ DA ที่สมองส่วน nigrostriatal, mesocortical และ tuberoinfundibular tract ทำให้ยาต้านโรคจิตรุ่นใหม่มีข้อดีเหนือกว่ายาต้านโรคจิตรุ่นเก่า คือ ลดความเสี่ยงในการเกิด extrapyramidal side effects (EPS), ลดอาการด้านลบและอาการด้านการรู้คิด และลดความเสี่ยงต่อการเกิด hyperprolactinemia ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ยาต้านโรคจิตรุ่นใหม่หลายชนิดพบอาการไม่พึงประสงค์ด้านเมแทบอลิซึมที่มากกว่ายาต้านโรคจิตรุ่นเก่า เช่น น้ำหนักตัวเพิ่ม น้ำตาลในเลือดสูง หรือไขมันในเลือดสูง โดยยาต้านโรคจิตที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านเมแทบอลิซึมมากที่สุด คือ clozapine และ olanzapine ตามตาราง 2 เนื่องจากมีฤทธิ์แรงในการยับยั้งตัวรับ $5-HT_{2c}$ และ H_1 ที่ hypothalamus มีผลเพิ่มความอยากอาหาร และทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม ซึ่งผลจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นและฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ M_3 ที่เบต้าเซลล์ของตับอ่อน ส่งผลให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ได้ ส่วนยาต้านโรคจิตที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ด้านเมแทบอลิซึมรองลงมา ได้แก่ quetiapine และ risperidone ส่วนยาที่มีผลด้านเมแทบอลิซึมน้อยที่สุด คือ aripiprazole และ ziprasidone

ตาราง 3 Equivalent dose ของยาจิตเภทบางชนิด

Antipsychotics	Equivalent oral dose (ค่าประมาณมิลลิกรัม/วัน)	IM/PO potency
Aripiprazole	7.5	
Chlorpromazine	100	4:1
Clozapine	100	
Fluphenazine	2	2:1
Haloperidol	2	2:1
Perphenazine	10	
Quetiapine	75	
Risperidone	2	

IM = intramuscular, IV = intravascular (กิตติยศ ยศสมบัติ, 2556)

ยาจิตเภทกลุ่มเก่าส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพทางคลินิกใกล้เคียงกัน หากใช้ในขนาดยาที่เทียบเท่ากัน (equivalent dose) ตามตาราง 3 ในขณะที่ยาจิตเภทกลุ่มใหม่อาจมีประสิทธิภาพเหนือกว่าในการรักษาอาการผู้ป่วยจิตเภทแบบที่มี negative symptoms



ตาราง 4 แสดงขนาดยาที่ให้ผลในการรักษาของยาต้านโรคจิต

Antipsychotic drugs	Usual effective dose
First generation antipsychotics	
Chlorpromazine	300 – 1,000 mg/d
Fluphenazine	5 – 20 mg/d
Fluphenazine decanoate LAI	12.5 – 100 mg IM q 2 – 5 wk
Haloperidol	2 – 20 mg/d
Haloperidol decanoate LAI	20 – 200 mg IM q 4 wk
Flupentixol decanoate LAI	10 – 100 mg IM q 2 – 4 wk
Perphenazine	16 – 64 mg/d
Thioridazine	100 – 800 mg/d
Trifluoperazine	5 – 40 mg/d
Second generation antipsychotics	
Aripiprazole	15 – 30 mg/d
Asenapine	10 – 20 mg/d
Clozapine	100 – 800 mg/d
Olanzapine	10 – 20 mg/d
Paliperidone	3 – 12 mg/d
Paliperidone LAI	39 – 234 mg IM q 4 wk
Quetiapine	300 – 800 mg/d
Risperidone	2 – 8 mg/d
Risperidone LAI	25 – 50 mg IM q 2 wk
Ziprazidone	80 – 160 mg/d

IM = intramuscular injection; LAI = long – acting injection (ถนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์, 2558)

2.1.7.3 การรักษาโรคจิตเภทโดยการให้ยา

แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตทุกรายควรได้รับการรักษาให้ครบทั้ง 3 ระยะ (ถนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์, 2558; มาโนช หล่อตระกูล, 2557) ดังนี้

2.1.7.3.1 ระยะเฉียบพลัน (acute phase)

เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงเร็วที่สุด ปัจจุบันพบว่าหากเริ่มรักษาผู้ป่วยมักป่วยนานขึ้นหรือหายไม่เต็มที่ ดังนั้นจึงไม่ควรรอเพื่อสังเกตอาการเนิ่นนาน

กรณีผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมไม่รุนแรง ขนาดเริ่มต้นของยารักษาโรคจิตที่ใช้โดยทั่วไปคือ haloperidol 4 – 6 mg/d ซึ่งเทียบเท่ากับ chlorpromazine 200 mg/d หากผู้ป่วยมีอาการมากให้ยาขนาดเริ่มต้นเทียบเท่ากับ chlorpromazine 300 – 400 mg/d แล้วปรับยาเพิ่ม 100 – 200 mg ทุก 1 – 2 วัน จนผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา ควรแบ่งปริมาณยาอย่างน้อย 2/3 ถึง 3/4 มาให้ในช่วงเย็นหรือก่อนนอน เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ง่วงนอนในตอนกลางวัน และจะช่วยให้หลับดีในตอนกลางคืน เนื่องจากยารักษาโรคจิตมีค่าครึ่งชีวิตยาว หลังจากให้ยาประมาณ 1 สัปดาห์อาการจะบรรเทาเป็นมือเดียวก่อนนอนได้

หากผู้ป่วยยังมีอาการมาก นอนไม่หลับ อาจนัดมาปรับยาเพิ่มราว 2 – 5 mg/d ของ haloperidol ได้ทุก 3 – 7 วัน จนอาการดี สำหรับผู้ป่วยนอกโดยทั่วไปยา haloperidol ขนาดประมาณ 8 – 10 mg/d ก็เพียงพอแก่การควบคุมอาการ ผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับให้กิน clonazepam ขนาด 1 – 2 mg

ผู้ป่วยที่มีอาการมากและค่อนข้างรุนแรง ควรรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล อาจให้ haloperidol 5 – 10 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ได้ทุก 1 ชั่วโมง ราว 2 ครั้ง หรือให้ benzodiazepine เช่น กิน diazepam 5 – 10 mg หรือฉีด diazepam 10 mg เข้าหลอดเลือดร่วมไปด้วย จนกว่าอาการจะสงบ นอกจากนี้ zuclopenthixol acuphase จะเป็นยาฉีดอีกชนิดหนึ่งที่สงบอาการผู้ป่วยได้ดี โดยฉีด 50 mg เข้ากล้ามเนื้อ ยาจะออกฤทธิ์ราว 2 – 3 วัน ส่วนใหญ่ยา haloperidol ขนาด 10 – 15 mg/d ก็เพียงพอแก่การควบคุมอาการ ขนาด haloperidol สูงกว่า 20 mg/d ไม่ได้ทำให้การรักษามีผลดีเพิ่มขึ้น แต่กลับทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงเพิ่มขึ้น

เมื่อผู้ป่วยได้ยาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เวลาประมาณ 5 – 7 วัน อาการจะดีขึ้น โดยทั่วไปในช่วงแรกหลังได้ยาผู้ป่วยจะนอนได้ อาการกระวนกระวายลดลง ต่อมาอาการเสียงแว่วจะค่อยๆ ห่างไป ส่วนอาการหลงผิดจะดีขึ้นช้าสุด หลังจากปรับจนยาได้ขนาดในการรักษาในสัปดาห์แรกแล้ว อาจปรับยาได้อีกทุก 1 – 3 สัปดาห์ โดยหากครบ 3 สัปดาห์อาการดีขึ้นบ้างแต่ยังไม่มากก็ให้ปรับขนาดยาขึ้นไปอีก แต่หากอาการไม่ดีขึ้นเลย ก็ควรเปลี่ยนไปใช้ยาชนิดอื่น โดยควรเป็นกลุ่มที่มีโครงสร้างต่างกัน โดยทั่วไปภายใน 2 สัปดาห์จะสามารถเห็นผลการรักษาได้และการตอบสนองต่อการรักษาจะ

สูงสุดหลังจาก 2 – 6 สัปดาห์ไปแล้ว หลังจากผู้ป่วยได้ยาเต็มทีนาน 4 สัปดาห์แล้วอาการยังดีขึ้นไม่มากจะถือว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษานั้น

อย่างไรก็ตาม หลักการเลือกชนิดของยาต้านโรคจิตควรพิจารณาตามลักษณะของผู้ป่วยเฉพาะราย (individual patients) ได้แก่

อาการเด่นของโรค (predominant symptoms) เช่น มีอาการด้านลบเป็นหลัก ควรพิจารณาต้านโรคจิตรุ่นใหม่ หลักฐานทางวิชาการจากการศึกษาอภิเคราะห์พบว่ายาต้านโรคจิตรุ่นใหม่ซึ่งช่วยลดอาการทางลบได้ดีกว่ายาต้านโรคจิตเก่าๆ คือ clozapine, olanzapine และ risperidone รวมทั้ง aripiprazole ก็มาการศึกษาว่าช่วยลดอาการทางลบได้มากกว่า haloperidol

อาการทางจิตเวชอื่นที่เป็นร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าหรือวิตกกังวลร่วมด้วย อาจพิจารณาต้านโรคจิตที่ออกฤทธิ์กระตุ้นตัวรับ 5-HT_{1A} เช่น aripiprazole หรือ quetiapine เพื่อจะได้ฤทธิ์ต้านเศร้า (antidepressant effect) และฤทธิ์คลายกังวล (anxiolytic effect) ร่วมด้วย

โรคร่วมอื่น เช่น โรคอ้วน (obesity) ควรหลีกเลี่ยงการใช้ clozapine หรือ olanzapine เป็นตัวเลือกแรก หรือผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา thioridazine, pimozide หรือ ziprasidone เพราะเป็นยาที่มีอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดได้มาก หลังจากผู้ป่วยได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดยาที่ให้ผลในการรักษา (therapeutic dose) ตามตาราง 3 แต่ยังไม่ตอบสนองต่อยา หรือยังมีอาการของโรคจิตเภทหลงเหลือ (residual symptoms) ควรพิจารณาปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาตามอาการเด่น (target symptoms) ของผู้ป่วยเฉพาะราย ดังนี้

ยังคงมีอาการด้านลบ ควรพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาต้านโรคจิตชนิดอื่น (switching therapy) โดยพิจารณาเลือกใช้ยาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาแตกต่างจากยาชนิดแรก หรืออาจพิจารณาใช้ยาต้านโรคจิตชนิดเดิมในขนาดยาที่สูงขึ้น เช่น olanzapine 30 – 40 mg/day, risperidone 8 mg/day

ยังคงมีอาการด้านลบ กรณีใช้ยาชนิดแรกเป็นยาต้านโรคจิตรุ่นเก่า ควรพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาต้านโรคจิตรุ่นใหม่ หรือเพิ่มยาด้านเศร้า (antidepressant) ให้ผู้ป่วยเพิ่มโดยยาที่มีหลักฐานทางวิชาการรองรับ ได้แก่ fluoxetine 20 mg/day, fluvoxamine 50 – 100 mg/day, mirtazapine 30 mg/day และ mianserine 30 – 60 mg/day

ยังคงมีอาการก้าวร้าว (aggression) ยาต้านโรคจิตที่มีหลักฐานทางวิชาการมากที่สุด ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการก้าวร้าว คือ clozapine ขนาด 300 – 600 mg/day โดยยาต้านโรคจิตรุ่นใหม่จะมีประสิทธิภาพมากกว่ายาต้านโรคจิตรุ่นเก่าสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าวจากการขาด

ความยับยั้งชั่งใจ (impulsive aggression) การรักษาอาการก้าวร้าวอีกวิธี คือ พิจารณาเพิ่มยากันชัก ที่ออกฤทธิ์ควบคุมอารมณ์ได้ (mood stabilizing effect) ให้แก่ผู้ป่วย เช่น sodium valproate, carbamazepine และ topiramate

ยังคงมีอาการด้านอารมณ์ (affective symptoms) เช่น มีอารมณ์พุ่งพล่าน (mood elevation) อาจพิจารณาเพิ่มลิเทียม โดยปรับขนาดยาให้ได้ระดับลิเทียมในเลือดอยู่ในช่วง 0.6 – 1.2 mEq/L

ยังคงมีอาการด้านการรู้คิด (cognitive symptoms) ยาต้านโรคจิตแต่ละชนิดมีความแตกต่างกันต่อผลด้านความรู้คิด หากกล่าวโดยภาพรวม ยาต้านโรคจิตรุ่นใหม่มีแนวโน้มที่จะมีประสิทธิภาพเหนือกว่ายาต้านโรคจิตรุ่นเก่า โดยอาการย่อยที่พบความแตกต่างได้พอสมควรระหว่าง ยาต้านโรคจิตแต่ละชนิด คือ verbal learning and memory ซึ่งยาต้านโรคจิตที่มีแนวโน้มช่วยอาการด้าน verbal learning and memory ได้ดีเมื่อเทียบกับยาชนิดอื่น ได้แก่ aripiprazole, quetiapine และ paliperidone หลักการสำคัญอีกอย่างของการรักษาอาการด้านการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ควรหลีกเลี่ยงการได้รับยาที่ส่งผลเสียต่อการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic เช่น benztropine หรือ trihexyphenidyl ซึ่งพบการใช้ร่วมกันได้บ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากใช้เป็นยาที่ป้องกันหรือรักษาภาวะ EPS ดังนั้น จึงควรพิจารณาหยุดยา benztropine หรือ trihexyphenidyl ในกรณีที่สามารถควบคุมอาการ EPS ได้ดีต่อเนื่องอย่างน้อย 1 – 2 เดือน โดยค่อยๆ ลดขนาดยาลง

2.1.7.3.2 ระยะเวลาคงสภาพ (stabilization phase)

หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคในระยะเฉียบพลันบรรเทาลง ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป และป้องกันการกำเริบของโรค โดยใช้ยาต้านโรคจิตชนิดและขนาดเดิมต่อเนื่องอีก 6 เดือน

2.1.7.3.3 ระยะเวลาต่อเนื่อง (maintenance phase)

หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการบรรเทาลง หรือเข้าระยะ remission ได้ แต่ยังคงจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยระยะนี้ขึ้นกับสถานะผู้ป่วยแต่ละราย กล่าวคือ

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรก (first episode schizophrenia) ควรได้รับยาต่อเนื่อง 1 – 2 ปี สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง (chronic schizophrenia) ควรได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี และผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรง (severe schizophrenia) หรือผู้ป่วยที่ดื้อต่อการรักษา (treatment-resistant schizophrenia) ควรได้รับยาตลอดชีวิต

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่รุนแรง และก่อให้เกิดความสูญเสียทางสังคม และเศรษฐกิจอย่างมาก ทฤษฎีที่อธิบายพยาธิสรีรวิทยาของโรคจิตเภทในปัจจุบัน คือ dopaminergic

hypothesis และ glutamatergic hypothesis ซึ่งทั้ง dopaminergic system และ glutamatergic system ต่างก็มีการทำงานที่สัมพันธ์กัน เพื่อทำให้เกิดสมดุลระหว่างกัน การเปลี่ยนแปลงของระบบใดระบบหนึ่ง จึงส่งผลทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นได้ การรักษาหลักของโรคจิตเภท คือ การรักษาโดยใช้ยาต้านโรคจิต ซึ่งต้องให้การรักษาระยะยาว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท โดยยาต้านโรคจิตแต่ละชนิดมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่แตกต่างกัน จึงมีความแตกต่างกันในด้านประสิทธิภาพ และอาการไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการเลือกชนิดของยาต้านโรคจิต จึงควรพิจารณาตามลักษณะของผู้ป่วยเฉพาะราย

2.2 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเภท

การเลือกใช้ยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายจึงนิยมพิจารณาจาก (1) ประวัติการใช้ยาจิตเภทของผู้ป่วยและผลตอบสนอง (2) ประวัติการใช้ยาจิตเภทของญาติผู้ป่วยและผลตอบสนอง (3) อาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องหลีกเลี่ยงและ (4) อาการข้างเคียงที่เป็นที่ต้องการเช่น หากผู้ป่วยมีภาวะก้าวร้าวรุนแรง อาจเลือกใช้ยาที่มีฤทธิ์ sedation สูง ในขณะที่หากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ อาจเลือกใช้ยาจิตเภตกุ่มใหม่ เพราะมีอาการไม่พึงประสงค์จากฤทธิ์ anticholinergic น้อยกว่ายาจิตเภตกุ่มเก่า (กิตติยศ ยศสมบัติ, 2556)

การตอบสนองต่อยาจิตเภทมักค่อยเป็นค่อยไป เป้าหมายการใช้ยาในระยะ 2 – 3 สัปดาห์แรกคือการควบคุมอาการผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ภาวะก้าวร้าว และหวาดระแวง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในการเข้าสังคมและเป็นอุปสรรคในการดูแล เป้าหมายต่อมาในระยะ 6 – 8 สัปดาห์หลังการใช้คือการคิดการตัดสินใจที่เป็นปกติมากขึ้น กลับสู่ความเป็นจริง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการตั้งแต่อายุน้อย เป็นการป่วยครั้งแรกและเริ่มการรักษาด้วยยาตั้งแต่มีอาการแรกๆ มักตอบสนองต่อยาจิตเภทได้ดีและเร็วกว่าผู้ป่วยที่เป็นตอนอายุมาก หรือได้รับยาตอนที่อาการเป็นมากแล้ว หลังจากการรักษาครั้งแรกประสบความสำเร็จแล้ว (symptom remission) ผู้ป่วยควรได้รับยาชนิดเดิมเพื่อควบคุมอาการต่ออีกอย่างน้อย 12 เดือน เพื่อป้องกันการกำเริบจากนั้นจึงค่อยๆ ลดยาอย่างค่อยเป็นค่อยไป ในรายที่มีอาการป่วยด้วยจิตเภทเป็นเวลานานหรือมีอาการรุนแรงอาจจำเป็นต้องได้รับยานานกว่า 5 ปี หรือตลอดชีวิต

ภาวะผิดปกติทางจิตอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ยาเส้น หรือภาวะซึมเศร้า เครียดหรือวิตกกังวล มักทำให้มีอาการของผู้ป่วยแย่ลงหรือตอบสนองไม่เป็นที่น่าพอใจต่อการรักษา อีกทั้งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นใหม่ได้ง่าย ดังนั้นเภสัชกรจึงควรวิเคราะห์หาภาวะผิดปกติเหล่านี้และแก้ไขควบคู่ไปกับการรักษาจิตเภท

2.3 การประเมินอาการทางจิต

การประเมินอาการทางจิต เป็นการประเมินอาการทางจิตเพื่อจำแนกอาการหลักของโรคจิตเภทโดยใช้เครื่องมือวัดระดับความรุนแรงและความถี่ของที่ใช้ในการวิจัยในคลินิก (พิเชษฐ อุดมรัตน์; สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ซึ่งการประเมินอาการทางจิตได้มีการพัฒนาเครื่องมือต่อๆ กันมาดังนี้

2.3.1 Andresen (1989) ได้ใช้เครื่องมือ Scale for the Assessment of Negative Symptom (SANS) ประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 5 ลักษณะอาการคือการแสดงทางอารมณ์ (affect) การขาดความสามารถในการใช้ความคิด (alogia) ความรู้สึกไร้พลังเฉยเมย (Avolition) การรู้สึกขาดความสุขหรือยินดีกับกิจกรรมต่างๆ (anhedonia) การไม่สามารถมีสมาธิในการสนใจกิจกรรมต่างๆ (attention impairment)

2.3.2 Kay et al. (1987) ได้สร้างเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการต่างๆ ของโรคจิตเภทโดยประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่ามีการกำหนดความหมายของอาการต่างๆ และวิธีการในการใช้ประเมิน Positive & Negative Symptoms และ กลุ่มอาการอื่นๆ ของโรคจิตเภท

2.3.3 Krawiecka & Vaughan (1977) ได้สร้างเครื่องมือ Manchester Scale เพื่อประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการบวก อาการลบ อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ

2.3.4 Overall และ Gorham (1962) ได้สร้างเครื่องมือแบบประเมินอาการรุนแรงทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ที่ได้จากแบบประเมิน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) การไม่ร่วมมือ (uncooperativeness) และความรู้สึกระแวงมีคนมุ่งร้าย (suspiciousness) กลุ่มที่ 2 ความรู้สึกผิด (guilt feeling) อาการวิตกกังวล (anxiety) และอาการซึมเศร้า (depression) กลุ่มที่ 3 ความคิดสับสน (conceptual disorganization) อาการประสาทหลอน (hallucinatory behavior) และเนื้อความคิดผิดปกติ (unusual thought content) กลุ่มที่ 4 ความตึงเครียด (tension) และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement) กลุ่มที่ 5 การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (motor retardation) การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) และการแสดงทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอาเครื่องมือการประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ของ Overall และ Gorham (1962) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ (2547) ที่ได้บรรจุไว้ในคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 2559 และผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย

ของคะแนนเฉลี่ยของประคอง กรรมสูตร (2542) เป็นการประเมินอาการทั้ง 3 ด้าน โดยแบ่งเป็นด้านอาการทั่วไป จำนวน 10 ข้อ อาการด้านลบ จำนวน 2 ข้อ และอาการด้านบวก จำนวน 6 ข้อ การให้คะแนนข้อ 1-10 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยตรง ข้อ 11-18 จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละระดับมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	มีอาการอยู่บ้างแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
ระดับคะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
ระดับคะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
ระดับคะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
ระดับคะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

2.4 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2.4.1 คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

คำนิยามของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยมีอยู่หลากหลาย ที่พิเศษกว่าคำศัพท์ของปัญหาการใช้ยาอื่นๆ ก็คือความหลากหลายของ “คำศัพท์” ที่ใช้อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีความหลากหลายของ “คำนิยามของคำศัพท์” ที่ใช้อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย คำศัพท์ในภาษาไทยที่พบคือ “ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา” ในขณะที่พบคำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้อธิบายพฤติกรรมดังกล่าวหลายคำในวารสารวิชาการทางการแพทย์ เช่น compliance (Haynes, 1979; Sackett and Haynes, 1976), adherence (Barofsky, 1978; Burkhart et al., 2003; Meichenbaum et al., 1987), concordance (Dohme, 1997), co-operation, mutuality (Henson, 1997) และ therapeutic alliance (Madden, 1990) โดยคำศัพท์ที่นิยมใช้กัน ได้แก่ compliance, adherence และ concordance (ชินจิตร กองแก้ว, 2561)

คำศัพท์ “compliance” มีแนวคิดของกระบวนการด้านความรู้และแรงจูงใจ (cognitive-motivational process) ทักษะคติและความตั้งใจส่วนบุคคล (personal attitudes and intention) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (self-care behaviours) ผลลัพธ์ของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ (outcomes of patient-practitioner interactions) และอุดมการณ์ (an ideology) (Cameron, 1996; Kontz, 1989; Trostle, 1988) คำศัพท์นี้เป็นที่นิยมใช้อย่าง

กว้างขวางตั้งแต่เริ่มต้นนำมาใช้ใน พ.ศ. 2519 (Sackett and Haynes, 1976) ในเวลาต่อมาคำศัพท์ “compliance” กลับถูกมองว่ามีนัยของลัทธิอำนาจ (authority) โดยบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทในเชิงของผู้ปกครอง ส่วนผู้ป่วยมีบทบาทในการเชื่อฟัง (paternalism and obedience) (Dracup et al., 1982; Kontz, 1989) นอกจากนี้นักวิจัยบางท่านยังเห็นว่าคำศัพท์คำนี้ไม่ได้ช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย (Kyngas et al., 2000) อย่างไรก็ตาม นักวิจัยท่านอื่นแย้งว่าค่านิยมของคำศัพท์ “compliance” แท้ที่จริงแล้วมีระดับของการตกลงร่วมกันของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Barofsky, 1978; Burkhardt and Sabate, 2003) นอกจากนี้ Sackett และ Haynes ผู้ริเริ่มการใช้คำศัพท์ “compliance” ได้ชี้แจงในเวลาต่อมาว่าการใช้คำศัพท์ “compliance” มิได้เจตนาที่จะสื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์มีอำนาจเหนือผู้ป่วย (ซึ่ง จิตร กองแก้ว, 2561)

คำศัพท์ “adherence” เป็นคำที่มีความหมายคล้ายคลึงกับคำว่า “compliance” แต่สื่อความหมายถึงความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ทางการรักษา (Fawcett, 1995) นอกจากนี้แสดงถึงการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์และบทบาทระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย กล่าวกันว่าค่านิยมของคำว่า “adherence” มีพัฒนาการมาจากคำ “compliance” โดยเพิ่มความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยอย่างสมเหตุสมผลเกี่ยวกับแบบแผนการรักษา คำศัพท์ “adherence” นั้นมุ่งหมายเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยร่วมมือกันในกระบวนการตัดสินใจ (ซึ่ง จิตร กองแก้ว, 2561)

คำศัพท์ “concordance” เป็นคำที่ค่อนข้างใหม่ในกลุ่มของคำที่ใช้อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย เริ่มใช้ครั้งแรก พ.ศ. 2540 ในประเทศสหราชอาณาจักรซึ่งรายงานของคณะทำงานด้านการใช้ยาของสมาคมเภสัชกรรมแห่งสหราชอาณาจักรแนะนำว่าควรจะใช้คำว่า “concordance” เพื่อแสดงถึงพฤติกรรมความร่วมมือการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย แทนที่จะใช้คำ “compliance” เนื่องจากคำ “compliance” มีความหมายในลักษณะของการเชื่อฟังซึ่งเป็นบทบาทเชิงลบของผู้ป่วยในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ (Dohme, 1997) อย่างไรก็ตาม Dickinson และคณะ ได้เน้นว่าคำศัพท์ “concordance” ไม่ใช่คำแทนคำศัพท์ “compliance” แต่คำศัพท์ “concordance” มีความมุ่งหมายที่จะช่วยผู้ป่วยและผู้สั่งใช้ยาในการเลือกวิธีการสื่อสารที่ดีเกี่ยวกับการวินิจฉัยหรือการรักษา ประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยง อีกทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้สั่งใช้ยาร่วมมือกันอย่างเต็มที่ เพื่อให้เกิดความร่วมมือด้านการรักษาด้วยยาอย่างสมดุล ลักษณะเช่นนี้จะทำให้เกิดผลทางการรักษาสูงสุด (Dickinson, Wilkie and Harris, 1999) ในกรณีเช่นนี้คำศัพท์ “concordance” ช่วยส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ทำหน้าที่เหมือนผู้ฝึกสอน (coach) และผู้ป่วยมีหน้าที่ตัดสินใจ (decision maker) แม้ว่าแนวคิดของ “concordance” จะแนะ

แนวทางการแลกเปลี่ยนข้อมูล การเจรจาต่อรอง และให้ความร่วมมือกันอย่างตรงไปตรงมา แต่ Sawyer และ Aroni ได้ให้ความเห็นว่าคำศัพท์ “concordance” นั้นไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยประพฤติตามข้อตกลงหรือไม่ซึ่งวัดผลได้ยาก Sawyer et al., 2003; ซีนจิตร กองแก้ว, 2561)

ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในงานวิจัยการประยุกต์ใช้คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมควรคำนึงถึงบริบทของระบบสาธารณสุขของประเทศนั้นๆ ที่สำคัญได้แก่ ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้สั่งใช้ยา ยกตัวอย่างเช่น กรณีการสั่งใช้ยาหรือคำแนะนำเป็นลักษณะทางเดียวจากผู้สั่งใช้ยาหรือบุคลากรทางการแพทย์ การใช้คำศัพท์ “compliance” ดูเหมือนว่าเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในงานวิจัยมากกว่าคำศัพท์ “adherence” หรือ “concordance” แต่ถ้าในบริบทของระบบสาธารณสุขหนึ่งๆ มีหลักฐานที่แสดงว่า ผู้ป่วยตกลงจะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในการรักษาร่วมกัน (agree recomenmedations) ดังนั้น คำศัพท์ “adherence” หรือ คำศัพท์ “concordance” จะมีความเหมาะสมแก่การนำมาใช้ในงานวิจัยมากกว่าคำศัพท์ “compliance” ยิ่งในบริบทที่ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้ตัดสินใจด้านพฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเอง โดยอาศัยข้อมูลทางวิชาการที่ได้จากบุคลากรทางการแพทย์และมีข้อตกลงระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ด้านการรักษาที่ชัดเจน นอกจากนี้ควรระบุคำศัพท์และคำนิยามของความ(ไม่)ร่วมมือในการใช้ยาในงานวิจัยหรืองานตีพิมพ์เชิงวิชาการอย่างชัดเจน โดยเฉพาะงานวิจัยในประเทศไทยซึ่งมีคำในภาษาไทยเพียงคำเดียว คือ ความ(ไม่)ร่วมมือในการใช้ยา และงานวิจัยส่วนมากไม่ได้แสดงรายละเอียดของคำนิยาม การระบุคำศัพท์และคำนิยามที่ชัดเจนช่วยให้เข้าใจบริบทของงานวิจัย ช่วยให้การประเมินและเปรียบเทียบผลการศึกษางานวิจัยทางด้านพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม (ซีนจิตร กองแก้ว, 2561)

2.4.2 ความหมายของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การไม่ใช้ยาตามสั่ง (Medication non compliance) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา หรือคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์หรือเภสัชกร เนื่องจาก คำว่า “ความร่วมมือในการใช้ยา” (Medication adherence) จะเป็นการเปิดบทบาทของผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือในการรักษาตัวเองมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ใช่เป็นฝ่ายที่ต้องรอรับคำสั่งของแพทย์แล้วปฏิบัติตามเหมือนคำว่า “การใช้ยาตามสั่ง” ดังนั้นความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication non adherence) จึงหมายถึงการที่ผู้ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่แพทย์แนะนำให้โดยที่ผู้ป่วยได้รับทราบและเข้าใจแผนการรักษาแล้ว (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555)

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence) จะตรงกันข้ามกับความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) ในการวางแผนการรักษาบุคลากรทางการแพทย์ ต้องการให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาให้มากที่สุด ซึ่งแสดงว่าจะต้องลดความไม่ร่วมมือในการใช้

ยาให้มีน้อยที่สุด Osterberg และ Blaschke (2005) ให้ความเห็นไว้ว่า การศึกษาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา มักจะรายงานตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้ทั้งความร่วมมือและไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยทั่วไปในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น จะยอมรับกันว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อนั้นถูกใช้ไป 80-120 % ของจำนวนยาที่แพทย์สั่งใช้หรือจ่ายให้ แต่สำหรับความร่วมมือในการใช้ยาของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่เหมาะสมควรอยู่ในระดับที่สูงกว่าร้อยละ 95 ซึ่งจะสูงกว่าเกณฑ์ของโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่กล่าวข้างต้น อัตราความร่วมมือในการใช้ยามักจะคำนวณในรูปของร้อยละของยาที่ผู้ป่วยใช้จริงเทียบกับยาที่สั่งจ่ายให้ในช่วงเวลาหนึ่ง ตัวอย่าง ได้แก่ หากผู้ป่วยได้รับยาที่จ่ายให้รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 7 วันแต่ผู้ป่วยรับประทานเพียงวันละ 2 เม็ดเป็นเวลา 5 วัน ผู้ป่วยรายนี้จะมีความร่วมมือในการใช้ยาเพียง 36% (10/28) (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555)

ประเภทความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามลักษณะของความไม่ร่วมมือในการรักษาของยาที่รวบรวมได้จากงานวิจัยด้านระบาดวิทยาและจิตวิทยาสังคม (Burnier et al., 2003; Cramer et al., 1990; Cummings et al., 1982; Feinstein, 1990; Vermeire et al., 2001; ชื่นจิตร กองแก้ว, 2561)

- รับใบสั่งยา แต่ไม่ไปรับยาตามกำหนด
- ใช้หรือกินยาไม่ถูกขนาด
- ใช้หรือกินยาไม่ถูกเวลา
- เพิ่มหรือลดความถี่ของขนาดยา
- หยุดการรักษาก่อนกำหนด
- แสวงหาหรือมาเข้ารับการรักษาล่าช้า
- ไม่พบแพทย์ตามกำหนด
- ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์
- หยุดยาหรือการรักษาชั่วคราวและเริ่มการรักษาใหม่หรือที่เรียกว่า “drug holidays”
- ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหรือกินยาเฉพาะเมื่อใกล้เวลานัดพบแพทย์หรือที่เรียกว่า “white-coat compliance”

ส่วนของการไม่ไปรับยาตามกำหนดมีการแบ่งประเภทย่อยลงไปได้อีก 2 ประเภท ได้แก่ ประเภทได้แก่ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาขั้นปฐมภูมิ “primary nonadherence” ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่รับยาใหม่ที่เพิ่งสั่งใช้ และความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาขั้นทุติยภูมิ “secondary nonadherence” เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่มารับยาตามกำหนดหรือผู้ป่วยมีการใช้ยาไม่ต่อเนื่องร่วมด้วย

วิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาชั้นทุติยภูมิ ทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ สาเหตุ และผลลัพธ์ของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาชั้นปฐมภูมิต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลความร่วมมือชั้นทุติยภูมิ ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือทั้งสองประเภทนี้น้อยมาก ซึ่งอาจเนื่องมาจากระบบสุขภาพของประเทศไทยยังไม่ได้ประยุกต์ใช้ระบบใบสั่งยาที่มีการกำหนดบทบาทและขอบเขตของผู้สั่งใช้ยาและผู้จ่ายยาที่ชัดเจนดังที่พบในประเทศที่พัฒนาแล้วอื่นๆ อย่างไรก็ตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทั้งสองประเภทนี้อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่กระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและต้นทุนของระบบสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาชั้นปฐมภูมิมีอัตราที่สูง (ชินจิตร กองแก้ว, 2561)

การจัดประเภทของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอีกแบบหนึ่งตามเกณฑ์ทางจิตวิทยา โดยใช้ทฤษฎีความคาดเคลื่อนของมนุษย์ (Human error) ที่นำเสนอโดย James Reason ศาสตราจารย์ด้านจิตวิทยาจากมหาวิทยาลัยแมนเชสเตอร์ ประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งมีสาระสำคัญว่าการกระทำของมนุษย์ที่ไม่ปลอดภัยจะเกิดขึ้นหลังจากการกระทำที่จงใจ (intentional) (การกระทำในที่นี้หมายถึง ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา) หรือการกระทำที่ไม่ได้ตั้งใจ (unintentional) การกระทำที่จงใจเกิดขึ้นเมื่อบุคคลตัดสินใจที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ส่วนการกระทำที่ไม่ได้ตั้งใจเกิดขึ้นเมื่อบุคคลตั้งใจจะให้ความร่วมมือแต่ไม่สามารถทำได้อย่างที่ตั้งใจด้วยเหตุผลบางประการ โดยสาเหตุที่พบได้บ่อยมีอยู่ 2 ประการคือ การขาดสมาธิหรือขาดความระมัดระวัง (slips หรือ carelessness) และ ความจำที่เสื่อมลง (lapses) ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม แต่ไม่สามารถทำได้อย่างเหมาะสมและส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับงานที่ต้องทำประจำ (routine tasks) ตัวอย่างของการขาดสมาธิหรือขาดความระมัดระวัง เช่น การหยิบหรือกินยาผิด ความไม่ใส่ใจในการกินยา (ชินจิตร กองแก้ว, 2561)

การกระทำที่เกิดจากความตั้งใจสามารถแบ่งออก 2 ประเภทเช่นกัน ได้แก่ ความผิดพลาด (mistake) และการละเมิด (violation) การพิจารณาความผิดพลาดใช้กฎกติกา (rule-based mistake) หรือความรู้ที่มีอยู่ (knowledge-based mistake) ความผิดพลาดบนพื้นฐานของกฎกติกาพบได้บ่อยกว่าความผิดพลาดบนพื้นฐานของความรู้ที่มีอยู่ โดยเกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องปฏิบัติตามกฎกติกาหลายอย่าง การนำกฎกติกาที่ตีไปใช้อย่างไม่ถูกต้องหรือการนำกฎกติกาที่ผิดไปใช้ ตัวอย่างของการนำกฎกติกาไปใช้อย่างไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาบางชนิดเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดการติดยา ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาแบบต่อเนื่องอาจเกิดความกังวลเกี่ยวกับการติดยา ดังนั้น ผู้ป่วยจึงตั้งใจหยุดยาสักกระยะหนึ่ง (drug holiday) แม้ว่ายาที่ใช้จะไม่ทำให้เกิดการติดยาก็ตาม (Petrie et al., 1997) ความผิดพลาดเนื่องจากความรู้พบได้น้อยกว่ามากและส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในสถานการณ์ใหม่ เมื่อบุคคลประสบกับปัญหาและต้องหาทางแก้ไขปัญหาโดยใช้ความรู้ที่ตนมีอยู่ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ยาหมดโดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่สำคัญ การที่ยาหมดก่อนกำหนดนัดหมายบางครั้งอาจไม่ใช่ความผิดของ

ผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องตัดสินใจว่าจะทำอะไรบางอย่าง แต่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร คุณอาจเกิดความผิดพลาดได้โดยการเลือกที่จะรอหลายวันก่อนที่จะพบแพทย์หรือก่อนที่จะถึงวันนัด แทนที่ผู้ป่วยจะไปรับยาจากโรงพยาบาลหรือซื้อยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่จากร้านยา (ซีนิจิตร กองแก้ว, 2561)

ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบบจงใจอีกชนิดหนึ่งคือ การละเมิด (violation) เป็นการปฏิบัติที่เบี่ยงเบนออกจากการปฏิบัติที่ปลอดภัยอย่างตั้งใจ ระหว่างการละเมิดและการผิดพลาดไม่ค่อยชัดเจน แต่มีแนวทางในการพิจารณาเพื่อแยกความแตกต่างโดยความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่เกิดจากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจาก “กระบวนการภายใน” เพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยพยายามทำสิ่งที่ถูกแต่กลับเกิดความผิดพลาด ส่วนกรณีการละเมิด ผู้ป่วยจะมีแรงจูงใจและบริบททางสังคมที่ส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ตัวอย่างของการละเมิดอย่างจงใจ เช่น เลือกที่จะไม่รับยาตามใบสั่งยา เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณแพทย์ไม่รับฟัง ทำให้ไม่เข้าใจปัญหาของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยต้องการทำอะไรบางอย่าง ไม่ปฏิบัติตามกฎกติกา เช่น ทุกชนิดพร้อมกันทีเดียวทุกอย่างที่ควรจะกินในเวลาที่แตกต่างกัน แม้ว่าในบางกรณีผลจากการละเมิดอาจจะไม่ก่อความเสียหายแต่เป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง และในบางกรณีที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบบจงใจ อาจสิ่งที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยก็ได้ เช่น อ่านไม่กินยาขับปัสสาวะก่อนการเดินทางด้วยรถประจำทางที่ยาวนาน (ซีนิจิตร กองแก้ว, 2561)

การแบ่งประเภทของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอีก โดยเปรียบเทียบกับขนาดยาที่สั่งใช้แบ่งออกได้เป็น การใช้ยาเกินขนาดที่สั่งใช้ (overdosing) และการใช้งานต่ำกว่าขนาดที่สั่งใช้ (underdosing) ในกรณีของการใช้ยาต่ำกว่าขนาดที่สั่งใช้อาจรวมหรือแยกการที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาเลยก็ได้ ทั้งนี้ควรระบุคำนิยามให้ชัดเจน คำถามที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติงานทางคลินิกว่า “ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระดับไหนที่จะเป็นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดี ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับที่ยอมรับได้ หรือความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับที่เพียงพอในทางการแพทย์” จากคำถามนี้ทำให้จัดประเภทของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามระดับความยอมรับได้หรือเพียงพอ งานวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาจำนวนหนึ่งได้มีการนิยาม “ความร่วมมือที่ดีในการรักษาด้วยยา” ครอบคลุมถึงการกินหรือใช้ยาอยู่ในระหว่างร้อยละ 80 และ 120 ของขนาดยาที่สั่งใช้ (Avorn et al., 1998; Hope et al., 2004; Monane et al. 1996; Sackett et al., 1975) การเริ่มต้นใช้จุดตัดนี้น่าจะมีสมมติฐานมาจากความรู้ที่ว่า ยาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมตามเส้นโค้งการตอบสนองของขนาดยา (a log dose response curve) การลดลงของผลทางคลินิกของยาจะเห็นชัดเจน เมื่อขนาดของยาทั้งหมดต่ำกว่าร้อยละ 80 (Golan et al., 2011) กรณีเช่นนี้ ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะมีองค์ประกอบของทั้งอุบัติการณ์ (incidence) และความรุนแรง (severity) รวมอยู่ด้วยกัน การกำหนดระดับของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาลักษณะนี้จะให้จุดตัดแบบ 2 ทาง (dichotomy) ซึ่งง่ายต่อการจำแนกว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหรือไม่ คำถามต่อว่า เกมที่ง่ายแบบนี้มีความเหมาะสมหรือไม่ ในประเด็นนี้ เมื่อนำทฤษฎีความคาด

เคลื่อนของมนุษย์ของ James Reason (2000) มาใช้อธิบายกรณีการกำหนดระดับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาไว้ที่ระดับน้อยกว่าร้อยละ 80 ของขนาดยาที่สั่งใช้ อาจทำให้ได้คำตอบว่าการกำหนดระดับข้างต้นเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากการสร้างข้อจำกัดก่อนการนับความคลาดเคลื่อนและมีความเชื่อมโยงต่อกับผลลัพธ์ทางการรักษา (Barber, 2002) ความคลาดเคลื่อนที่มีนัยสำคัญทางคลินิก (clinical significant error) กล่าวคือ การมีขนาดยาต่ำกว่าร้อยละ 80 มักเกิดขึ้นน้อย ทำให้การนับความคลาดเคลื่อนที่มีนัยสำคัญทางคลินิก ยากกว่าความคลาดเคลื่อนที่มีนัยสำคัญทางคลินิกน้อยกว่า (less clinical significant error) อย่างไรก็ตาม ความคลาดเคลื่อนที่มีนัยสำคัญทางคลินิกมักมีความสัมพันธ์โดยตรงอย่างเป็นสัดส่วนกับความคลาดเคลื่อนที่มีนัยสำคัญน้อยทางคลินิก โดยทุกครั้งที่เกิดความคลาดเคลื่อนที่มีนัยสำคัญทางคลินิก จะพบความคลาดเคลื่อนที่มีนัยสำคัญน้อยเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างเป็นสัดส่วนกัน งานวิจัยชิ้นหนึ่งแสดงให้เห็นว่าจะมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย 7 ครั้งต่อเหตุการณ์ที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย 189 ครั้ง การทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและการลดจำนวนของความคลาดเคลื่อนที่ไม่มีนัยสำคัญซึ่งพบได้ง่ายกว่าเหล่านี้ อาจทำให้จำนวนของความคลาดเคลื่อนที่มีนัยสำคัญลดลงไปด้วย แนวคิดนี้น่าจะประยุกต์ใช้ได้ในการกรณีของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา กล่าวคือ ถ้าสามารถลดจำนวนของเหตุการณ์ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีนัยสำคัญน้อยในช่วงระหว่างร้อยละ 80 และ 120 ก็อาจทำให้เหตุการณ์ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีนัยสำคัญทางคลินิก (ขนาดยาต่ำกว่าร้อยละ 80 หรือเกินร้อยละ 120) ลดลงไปด้วย ข้อดีของการไม่กำหนดจุดตัดของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ร้อยละ 80 อีกประการหนึ่งคือช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและอันตรายชัดเจนขึ้น (ชินจิตร กองแก้ว, 2561)

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือยาบางชนิดอาจออกแบบคำนิยามเชิงปฏิบัติการของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มเติมโดยใช้ตัวแปรทางการรักษาที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ขนาดยาต่ำสุดที่ยังมีประสิทธิภาพต่อร้อยละของการใช้ยาในช่วงเวลาที่ทำการรักษา (Simon et al., 2001) คำนิยามอื่นๆ ที่มีใช้ในงานวิจัยความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีความหลากหลายตั้งแต่การใช้ยาเกือบทุกขนาดที่สั่งใช้ไปจนถึงการใช้ยาที่สั่งใช้ครบทุกขนาด นักวิจัยหรือผู้ประเมินจะประเมินการใช้ยาโดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (likert scale) ที่มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 3 ถึง 7 แต่ละคะแนนจะมียามของระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่แตกต่างกันออกไป (Velligan et al., 2006; ชินจิตร กองแก้ว, 2561)

แม้ว่าปัจจุบันนี้ยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปของการนิยามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดีหรือความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ยอมรับได้ แต่ทางปฏิบัติมีความพยายามที่จะนิยามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ยอมรับได้โดยหมายถึงความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของแต่ละบุคคลในระดับที่น้อยที่สุดที่จำเป็นต่อการบรรลุถึงการตอบสนองต่อการรักษาที่

เพียงพอและไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหรือความเจ็บป่วย ระดับความร่วมมือที่ยอมรับได้ควรเป็นการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์และควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ของการใช้ยาเกินขนาด (overdosing) การใช้ยาดต่ำกว่าขนาดที่เหมาะสม (underdosing หรือ suboptimal medication taking) (Glimer et al., 2004; ซีนจิตร กองแก้ว, 2561)

2.4.3 เกสัชระบาวดีวิทยาของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

โดยทั่วไปขอบเขตของขนาดความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะพิจารณาจากอัตราชุก (prevalence) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Kongkaew, 2009) ซึ่งได้รวบรวมการศึกษาเชิงสังเกตแบบไปข้างหน้า (prospective observational study) จำนวน 22 ฉบับ พบว่าอัตราชุกของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก (outpatient department visit) เนื่องจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยามีค่าร้อยละ 3.6 ในขณะที่อัตราชุกที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยใน (hospital admissions) จากความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีค่าร้อยละ 7.8 (ซีนจิตร กองแก้ว, 2561)

แบบแผนของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยในอันเนื่องมาจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุของคนไข้ที่เพิ่มขึ้น นั่นคือผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าคนในกลุ่มอายุที่ต่ำกว่า พบว่าอัตราชุกการเข้ารับรักษาตัวจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในเด็กคิดเป็นร้อยละ 3.4 อัตราชุกการเข้ารับรักษาตัวจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ใหญ่อยู่ในช่วงร้อยละ 1.6 ถึงร้อยละ 8.3 โดยค่ามัธยฐานของความชุกอยู่ที่ร้อยละ 4.7 และอัตราชุกของการเข้ารับรักษาตัวจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุอยู่ในช่วงร้อยละ 3.8 ถึงร้อยละ 13.7 ค่ามัธยฐานของอัตราชุกอยู่ที่ร้อยละ 6.8 สำหรับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ พบว่า อัตราชุกความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในช่วงร้อยละ 0.6 ถึงร้อยละ 10.6 โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ร้อยละ 6 การศึกษาที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าส่วนใหญ่มาจากกลุ่มประเทศในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป และออสเตรเลีย ส่วนการศึกษาจากทวีปเอเชียมีน้อยมาก อายุของการเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ทวีปอเมริกาเหนือ ทวีปยุโรป ทวีปออสเตรเลีย ทวีปเอเชีย มีค่าร้อยละ 7.2, 2.2, 1.6 และ 8.6 ตามลำดับ จากข้อมูลที่น่าเสนอจะเห็นได้ว่าทวีปเอเชียมีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับที่สูงกว่าผู้ป่วยในทวีปอื่นๆ ประเทศไทยแม้ไม่พบการศึกษาเชิงสังเกตแบบไปข้างหน้าที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาจากการสืบค้นฐานข้อมูล Excerpta Medica Database (EMBASE) Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) และ Medline แต่ก็อาจมีรายงานในรูปแบบของ

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์ซึ่งไม่ใช่รูปแบบของวรรณกรรมทางวิชาการตามเกณฑ์คัดเลือกวรรณกรรมที่กำหนดขึ้นมา (ซีนจิตร กองแก้ว, 2561)

ค่ามัธยฐานของอัตราชุกของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้ยาเกินขนาดที่แพทย์สั่งใช้มีค่าเท่ากับร้อยละ 3.5 โดยมีค่าพิสัยควอร์ไทล์ (interquartile range:IQR) อยู่ระหว่างร้อยละ 1.8 ถึง 7.3 ส่วนค่ามัธยฐานอัตราชุกของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้ยาต่ำกว่าขณะที่แพทย์สั่งใช้มีค่าเท่ากับร้อยละ 3.1 โดยมีค่าพิสัยควอร์ไทล์อยู่ระหว่างร้อยละ 1.2 ถึง 10.7 (ซีนจิตร กองแก้ว, 2561)

องค์การอนามัยโลกมีรายงานว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมียาตามคำสั่งใช้ยาเพียงร้อยละ 50 โดยอัตราความร่วมมือที่รายงานเป็นอัตราความร่วมมือของผู้ป่วยในประเทศพัฒนาแล้วเท่านั้น เมื่อวิเคราะห์ลึกลงไปจะเห็นว่าผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 สามารถปฏิบัติตามการรักษาก็ได้แนะนำเป็นอย่างดี ผู้ป่วยอีกประมาณ 1 ใน 3 มีปัญหาในการปฏิบัติตามคำแนะนำในระดับปานกลาง และผู้ป่วยอีกประมาณ 1 ใน 3 มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาที่ต่ำหรือไม่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยปฏิบัติตามที่ถูกต้องตามคำแนะนำหรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 1 ใน 3 มีความกังวลเกี่ยวกับผลด้านลบจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะหยุดใช้ยาในอนาคต นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีความแตกต่างกันไปขึ้นกับโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ (Sabare et al., 2003) เมื่อพิจารณาโรคเรื้อรังกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด ยารักษาเบาหวาน และยาลดระดับไขมันในเส้นเลือด มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงจากภาวะหัวใจขาดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือของผู้ป่วยต่อการใช้ยาในระยะยาวค่อนข้างต่ำ อย่างเช่นการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงซึ่งมีความปลอดภัยสูง การทนยาของผู้ป่วยดี และสามารถลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 30 และร้อยละ 15 ตามลำดับ ยังพบผู้ป่วยจำนวนมากถึงร้อยละ 50 ถึงร้อยละ 80 ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาความดันโลหิตสูงในระยะยาว (Costa, 1996; Cramer et al., 2008; Elliot; 2008) จากข้อมูลเหล่านี้อาจสรุปได้ว่าการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นสาเหตุสำคัญของความล้มเหลวในการควบคุมความดันโลหิต (ซีนจิตร กองแก้ว, 2561)

เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องใช้ยาเป็นเวลานาน ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่ตั้งใจ พบการศึกษาที่น่าสนใจฉบับหนึ่งเกี่ยวกับความทุกข์ของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบบไม่ตั้งใจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Gadkari et al., 2012) โดยทำการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ในผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคหอบ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคกระดูกพรุนและโรคซึมเศร้า จำนวน 24,017 ราย และมีการกำหนดนิยามของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบบไม่ตั้งใจไว้ว่าเป็นพฤติกรรมการกินยาอย่างไม่สม่ำเสมอแบบเชิงรับ (passively inconsistent medication-taking behavior) ได้แก่ การ

ลืม (forgetfulness) หรือการขาดความระมัดระวัง (carelessness) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวร้อยละ 62 มีพฤติกรรมลืมกินยา ผู้ป่วยร้อยละ 37 ไม่ได้กินยาเนื่องจากยาหมด และผู้ป่วยร้อยละ 23 ขาดความระมัดระวังในการกินยา โดยพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาทั้ง 3 พฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความจำเป็นในการใช้ยาที่ต่ำ (perceived need for medications) ปัญหาความสามารถในการจ่ายค่ายา (affordability problem) และความตระหนักของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพ โดยถ้าผู้ป่วยเห็นว่าตัวเองสุขภาพไม่ดี ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือแบบไม่ตั้งใจต่อการใช้ยา ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคกระดูกพรุนมีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบบไม่ตั้งใจสูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าจะมีความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบบไม่ตั้งใจมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า ธรรมชาติอีกด้านหนึ่งของความไม่ร่วมมือแบบไม่ตั้งใจนั้นไม่ได้เกิดขึ้นแบบสุ่มแต่เกิดขึ้นอย่างมีแบบแผนและสามารถทำนายได้ การศึกษานี้ยังให้เห็นผลการศึกษาที่ยืนยันสมมติฐานที่ว่าความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบบไม่ตั้งใจเป็นตัวกลางระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา (การรับรู้ความจำเป็นของการใช้ยา ความสามารถในการจ่ายค่ายา และความตระหนักของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพ) กับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบบไม่ตั้งใจ เมื่อบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจแบบแผนและบทบาทของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบบไม่ตั้งใจแล้ว เพื่อที่จะปรับความเชื่อที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาก่อนที่ผู้ป่วยจะหยุดใช้ยาทั้งหมด เช่น ผู้ป่วยโรคลมชักใช้ยาเพียงร้อยละ 76 ของยาที่แพทย์สั่งใช้ โดยช่วงของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาคิดเป็นร้อยละ 3 ถึงร้อยละ 100 (Cramer et al., 1989) ผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชนร้อยละ 60 หยุดยาด้านอาการซึมเศร้าก่อนระยะเวลาการรักษาซึ่งกำหนดไว้ที่ 6 เดือน (Katon et al., 1992) ในกลุ่มโรคจิตและโรคประสาทมีหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับบทบาทสำคัญของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อการเจ็บป่วยและการตาย เช่น โรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตเภท มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ (Coppin et al., 1991; Isometsa et al., 1992) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง นักวิจัยกลุ่มหนึ่งได้ใช้วิธีเยี่ยมบ้านเชิงรุก (aggressive home outreach) เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและพบว่าวิธีดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละรายลดระยะวันนอนโรงพยาบาลโรงได้ 20 วันต่อปี โดยนักวิจัยเหล่านี้เชื่อว่าการประสบความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากอัตราความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่สูงขึ้น (ซินจิตร กองแก้ว, 2561)

2.4.4 วิธีการสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

การสืบหาว่าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่นั้นทำได้หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555) ดังนี้

2.4.4.1 วิธีสืบหาโดยตรง ได้แก่

2.4.4.1.1 การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการสังเกตการณ์ไข้ของผู้ป่วย โดยตรง ซึ่งค่อนข้างแม่นยำ แต่มีข้อเสียที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เป็นประจาดตลอดเวลา และผู้ป่วยเอง อาจสามารถซ่อนยาไว้ในปากแทนที่จะกลืนตามปกติ

2.4.4.1.2 การดูปริมาณยาในร่างกาย โดยการเจาะเลือด เก็บปัสสาวะหรือน้ำลาย แล้วนำมาส่งวิเคราะห์หาปริมาณยา หรือการตรวจวัด Biological marker ต่างๆ ลักษณะการวิเคราะห์ เช่นนี้ขึ้นกับความไวของการทดสอบ และยังขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายชนิด เช่น สูตรตำรับยา ระบบการดูดซึม การย่อย ระบบเมตาบอลิซึม การขับถ่าย ภาวะการรบกวนทางไตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงภาวะ “White coat adherence” ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา หรือปฏิบัติตามตามแพทย์แนะนำเพียงระยะเวลาสั้นๆ เช่น 5 วัน ก่อนหรือหลังจากพบแพทย์ ซึ่งอาจทำให้การสรุปข้อมูลความไม่ร่วมมือในการใช้ยาคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง นอกจากนี้ยังไม่สามารถหาได้ในยาทุกตัวเนื่องจากข้อจำกัดทางกระบวนการวิเคราะห์ ทั้งยังมีราคาแพงและผู้ป่วยอาจจะต้องเจ็บตัวจากการเจาะเลือด

2.4.4.2 วิธีสืบหาทางอ้อม เป็นวิธีที่ปฏิบัติจริงได้มากกว่าวิธีสืบหาทางตรง ได้แก่

2.4.4.2.1 การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลาที่ไข้เอง วิธีนี้ยังไม่น่าเชื่อถือนักเพราะขึ้นกับผู้ป่วยเป็นหลัก ผู้ป่วยอาจไม่ลงบันทึก หรือบันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริง

2.4.4.2.2 การดูปริมาณยาที่ใช้หรือยาที่เหลือ อาจทำได้โดยการวัดปริมาณยาที่เหลือ โดยการนับ การตวง โดยให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาแสดง หรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นวิธีที่นิยมอีกวิธีหนึ่ง Zora JA. และคณะให้ความเห็นว่าข้อมูลที่ได้จากวิธีนี้จะน่าเชื่อถือมากกว่าข้อมูลที่ได้จากวิธีการที่ให้ผู้ป่วยจดบันทึกเอง ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ ยาที่ ผู้ป่วยนำมานับอาจไม่ใช่ยาที่เหลือทั้งหมดจริงๆ

2.4.4.3 การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เพื่อบันทึกการรับประทานยาที่ใช้ ตัวอย่าง ได้แก่ Nebulizer Chronolog ซึ่งเป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ขนาดเล็กใช้ในการติดตามการรับประทานของผู้ป่วยโรคหอบหืด ที่มีกลไกในการบันทึกเวลาและวันที่ผู้ป่วยใช้ยาไว้ด้วยความแม่นยำ จากการศึกษาของ Mawhinney และคณะ (1991) ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาฟันโดยให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษาทราบว่าตัวเองกำลังถูกศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา แต่ผู้ป่วยจะไม่ทราบถึงกลไกการทำงานของเครื่อง Nebulizer Chronolog ผลจากการศึกษาพบว่า จำนวนวันที่ผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องตามสั่ง คิดเป็นร้อยละ 0 ถึง 77 ของจำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องใช้ยา และเป็นที่น่าสังเกตว่า Nebulizer Chronolog สามารถวัดได้ว่ามีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ทำกรปลดปล่อยยาออกจากภาชนะบรรจุถึงกว่า 10 ครั้งในเวลาเดียวกัน ซึ่ง Mawhinney และคณะให้ความเห็นว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยพยายามจะปลดปล่อยยาออกมาในคราวเดียว เพื่อให้ผู้ศึกษาเข้าใจว่า เขาได้ใช้ยาตามแพทย์สั่งแล้วทุกอย่าง ที่ในความเป็นจริงไม่ได้เป็น

เช่นนั้น ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ดังกล่าวมีราคาแพง มักจะนิยมใช้เพียงในการทำวิจัยเท่านั้น

2.4.4.4 การวัดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การมารับยา หรือมาตรวจตามนัด ซึ่งทำได้ง่าย แต่ยังไม่สามารถยืนยันว่าผู้ป่วยที่มาตามนัดทุกครั้งจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือผู้ที่ไม่มาตามนัดจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

2.4.4.5 การวัดผลการรักษาหรือผลของยาที่เกิดขึ้น เช่น ค่าน้ำตาลในเลือด, ค่าความดันโลหิต เป็นต้น วิธีนี้ทำได้ง่ายแต่ค่าพารามิเตอร์ต่างๆเหล่านี้มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ผลของยาที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงยา และ ภาวะของร่างกายในขณะนั้นๆ จึงไม่อาจนำผลมาสรุปทันทีว่า ผลการรักษาหรือผลที่เกิดขึ้นนั้นเกิดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

2.4.4.6. การสัมภาษณ์โดยตรงหรือการใช้แบบสอบถาม (Interview หรือ questionnaires) สามารถวัดได้โดยตรงกับตัวผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ ผู้ปกครอง ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวก ใช้เวลาไม่มาก และค่าใช้จ่ายน้อย Osterberg L และ Blaschke T (2005) ให้ความเห็นว่า วิธีนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลหรือคลินิก แต่ข้อจำกัดของวิธีการนี้คือ ผู้สัมภาษณ์จะต้องมีความชำนาญและไม่ใช้คำถามในลักษณะจับผิด ควรระมัดระวังการที่ผู้สัมภาษณ์ไม่ตอบข้อเท็จจริง หรือเกิดเบื่อหน่าย ถ้ามีข้อคำถามมากเกินไป

การสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ดีที่สุดควรจะทำโดยการใช้หลายวิธีร่วมกันเช่นกัน การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลาที่ใช้ยาเอง ร่วมกับการนับเม็ดยาที่เหลือ หรือ การสัมภาษณ์พร้อมกับการติดตามการมารับยาของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผลที่ได้มีความแม่นยำที่สุด

2.4.5 การวัดความร่วมมือในการใช้ยา (medication compliance)

การวัดความร่วมมือในการใช้ยา (medication compliance) วัดได้ 2 แบบ คือ วัดแบบต่อเนื่อง (continuous measure) และวัดแบบแบ่งเป็นสอง (dichotomous measure) สำหรับการวัดด้วยวิธีหาสัดส่วนการครอบครองยา (medication possession ratio: MPR) เป็นรูปแบบหนึ่งของการวัดแบบต่อเนื่องโดยวัดสัดส่วนของจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับไปในระยะเวลา 1 ปีที่ศึกษากับจำนวนยาที่ผู้ป่วยต้องกินตามคำสั่งในการรักษาในระยะเวลาเดียวกัน ถ้าสัดส่วนในการครอบครองยาน้อยกว่า 1 มีโอกาสที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา แต่ถ้าสัดส่วนมากกว่า 1 ผู้ป่วยได้ครอบครองยาเกินความจำเป็นก็ทำให้เกิดความสูญเสียทางการเงินเช่นกัน (มาลินี โดวนิชย์, 2553)

แบบสอบถาม The Morisky medication adherence scale (MMAS) ชนิด 8 คำถาม เป็นเครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยาที่พัฒนามาจากแบบสอบถาม MMAS ชนิด 4 คำถาม เป็นคำถามที่ให้ผู้ป่วยตอบว่า ใช่ หรือไม่ใช่ ส่วนคำถามข้อสุดท้ายเป็นคำถาม แบบ 5 ตัวเลือก แบบสอบถามมีคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 8 คะแนน จากการศึกษาการใช้ MMAS ชนิด 8 คำถามในผู้ป่วย

นอกโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีความเที่ยง 0.83 มีความไวร้อยละ 83 ความจำเพาะ ร้อยละ 56 คะแนนของผู้ป่วยที่ได้จากการวัดด้วย MMAS ชนิด 8 คำถามกับคะแนนที่วัดได้จาก MMAS ชนิด 4 คำถาม มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญมีค่า Pearson correlation coefficient = 0.64 (ศุจิภา ศรียรรากร, 2552)

2.4.6 ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

เนื่องจากพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยามีลักษณะที่ซับซ้อน จึงมีปัจจัยจำนวนมากที่สัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยปัจจัยที่พบสามารถจัดเป็นกลุ่มได้ดังนี้ เกี่ยวกับผู้ป่วย ปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา ปัจจัยเกี่ยวกับระบบสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมและ เศรษฐศาสตร์ และปัจจัยเกี่ยวกับโรค ซึ่งเป็นการรวบรวมและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้รับการตีพิมพ์ตั้งแต่ พ.ศ. 2513 จนถึง พ.ศ. 2556 และการทำงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Kongkaew, 2009) ของชินจิตร์ กองแก้ว (2561)

2.4.6.1 ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย

2.4.6.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลกระทบของปัจจัยส่วนบุคคลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น อายุ เชื้อชาติ การศึกษา สถานภาพการสมรส มีรายละเอียดที่จะนำเสนอต่อไปนี้

2.4.6.1.1.1 อายุ

การศึกษาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าอายุมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยเมื่อแบ่งอายุของผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) กลุ่มวัยกลางคน (อายุ 40-54 ปี) และกลุ่มก่อนวัยกลางคน (อายุต่ำกว่า 40 ปี) ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผลการศึกษาไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าวัยอื่นๆ ยกตัวอย่างเช่น การใช้ยากันชัก (Buck et al., 1997) ยาต้านอาการซึมเศร้า (Sirey et al., 2001) หรือยารักษาโรคความดันโลหิตสูง (Krousel-Wood, Thomas, Muntner and Morisky, 2004) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาจำนวนหนึ่งพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุจะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต่ำลง (Balbay, Annakkaya, Arbak, Bilgin and Erbas, 2005; Benner et al., 2002; Okuno et al., 2001) ทั้งนี้อาจมีปัจจัยรบกวนอื่นๆที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา เช่น การใช้ยารักษาโรคในชนบทของประเทศตุรกี (Balbay, Annakkaya, Arbak, Bilgin and Erbas, 2005) คนอายุน้อยกว่ามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่า ในกรณีนี้อาจมีอิทธิพลจากระดับการศึกษาที่น้อยของคนสูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต่ำ โดยอาจมีปัจจัยรบกวนจากความพิการทางร่างกาย

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต่ำในผู้สูงอายุมาจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน และความจำ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความลำบากในการปฏิบัติตามคำสั่งใช้ยา นอกจากนี้ปัญหาความจำแล้วอาจเป็นความบกพร่องทางกาย เช่น ปัญหาการกลืน การเปิดภาชนะบรรจุยา การจัดเม็ดยาที่มีขนาดเล็ก การแยกสีของเม็ดยาหรือลักษณะของเม็ดยา ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุจะเป็นในลักษณะของความไม่ตั้งใจเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือที่จำเป็นจากบุคลากรทางการแพทย์หรือครอบครัว ผู้สูงอายุน่าจะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดีขึ้น ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างคนในครอบครัวและสังคมมีส่วนช่วยให้อะไรดีขึ้น

ผลกระทบของอายุต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของคนอายุน้อยกว่าค่อนข้างเป็นไปได้ในทางเดียวกัน ผู้ป่วยกลุ่มวัยกลางคนมักจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ลดลง การศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่า ผู้ป่วยอายุระหว่าง 40 ถึง 59 ปี มีความร่วมมือในการรักษาที่ต่ำ (Iihara et al., 2004) เช่นเดียวกับคนอายุต่ำกว่า 40 ปี ในประเทศสิงคโปร์ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 30 ปี มีแนวโน้มของการรับยาตามใบสั่งแพทย์ต่ำ เมื่อลองวิเคราะห์หาเหตุผลสำหรับ แนวโน้มที่เกิดขึ้นพบคำอธิบายที่น่าจะเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอายุ (ผู้ป่วยวัยกลางคนและผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 40 ปี) มักมีงานหรือพันธะอื่น ๆ ในชีวิต ทำให้ไม่สามารถที่จะเข้ารับการรักษาหรือใช้เวลาในการรอพบแพทย์ตามนัดได้นาน เช่นเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มวัยกลางคน ผู้ป่วยกลุ่มวัยรุ่นและเด็กที่มีโรคเรื้อรังก็มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่ำ เด็กเล็กต้องการความช่วยเหลือจากผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ดังนั้น ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต่ำอาจจะเกิดขึ้นเนื่องจากการขาดความเข้าใจในการใช้ยาหรือปัจจัยอื่นๆของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ส่วนวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มักจะมีพฤติกรรมต่อต้านหรือมีความคิดเห็นที่ขัดแย้งกับผู้ปกครองหรือบุคลากรทางการแพทย์ แต่มักให้ความสำคัญกับเพื่อน ซึ่งปัจจัยที่สำคัญสำหรับเด็กและวัยรุ่นเหล่านี้จึงมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยภาพรวมแล้วอายุอาจไม่ใช่ปัจจัยทำนายที่ดีสำหรับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเนื่องจากมีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกันและไม่มีความสำคัญค่อนข้างมาก

2.4.6.1.1.2 เพศ

ในบางการศึกษาว่า เพศหญิงมีความร่วมมือในการรักษาที่ดีกว่าเพศชาย (Balbay, Annakkaya, Arbak, Bilgin and Erbas, 2005; Barnes et al., 2004; Choi-Kwon et al., 2005; Chuah, 1991; Degoulet et al., 1983; Fodor et al., 2005; Kiortsis et al., 2000; Kyngas et al., 1999; Lertmaharit et al., 2005; Lindberg et al., 2001; Shea et al., 1992; Viller et al., 1999) แต่บางการศึกษาก็แสดงผลตรงกันข้าม (Caspard et al., 2005; Frazier et al., 1994; Hertz et al., 2005; Sung et al., 1998) นอกจากนี้บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Buck, Jacoby, Baker and Chadwick, 1997;

Ghods et al., 2003; Horne et al., 1999; Menzies et al., 1993; Senior, Marteau and Weinman, 2004; Spikmans, Brug, Doven, Kruijzena, Hofsteenge and van Bokhorst-van der Schueren, 2003) ด้วยเหตุที่ข้อสรุปไม่สอดคล้องกันการศึกษาที่มีมาก่อนหน้าข้างต้น ตัวแปรเพศจึงอาจไม่ใช่ปัจจัยทำนายที่ดีสำหรับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2.4.6.1.1.3 ระดับการศึกษา

ผลของระดับการศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีความหลากหลาย เนื่องจากการใช้เกณฑ์ที่แตกต่างกันในการกำหนดระดับการศึกษาที่สูงกว่าหรือต่ำกว่า หลายการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่สูงมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่สูง (Apter, Reisine, Affleck, Barrows and ZuWallack, 1998; Ghods and Nasrollahzadeh, 2003; Okuno, Yanagi and Tomura, 2001; Yavuz et al., 2004) ขณะที่บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง (Horne and Weinman, 1999; Kaona et al., 2004; Norman et al., 1985; Spikmans, Brug, Doven, Kruijzena, Hofsteenge and van Bokhorst-van der Schueren, 2003; Stillely, Sereika, Muldoon, Ryan and Dunbar-Jacob, 2004; Wai, Wong, Ng, Cheok, Tan, Chua, Mak, Aung and Lim, 2005) โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงควรมีความรู้ที่ดีกว่าเกี่ยวกับโรคและการรักษา ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาน่าจะดีกว่า แต่ Dimetteo ผู้เชี่ยวชาญอีกท่านหนึ่งในวงการวิจัยด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยาให้ความเห็นว่า แม้ผู้ป่วยจะมีการศึกษาสูงก็อาจจะไม่เข้าใจสถานะทางสุขภาพของตนหรือเชื่อในข้อดีของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Dimetteo, 2004) เช่นเดียวกับนักวิจัยท่านอื่นๆที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่าอาจมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดีกว่าในประเทศสหราชอาณาจักร ผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษารูปแบบทางการก็มีความร่วมมือที่ดีในการรักษาด้วยยาลดระดับคอเลสเตอรอล (Senior, Marteau and Weinman, 2004) อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยที่ระดับการศึกษาต่ำกว่าอาจมีความเชื่อมั่นในคำแนะนำของแพทย์มากกว่า ในทำนองเดียวกับตัวแปรเพศ ตัวแปรระดับการศึกษาอาจไม่ใช่ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดี

2.4.6.1.1.4 สถานภาพการสมรส

อาจมีอิทธิพลในเชิงบวกต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Cooper et al., 2005; De Geest et al., 1995; Frazier, Davis-Ali and Dahl, 1994; Swett et al., 1989; Turner, Wright, Mendella and Anthonisen, 1995) ความช่วยเหลือและการเกื้อกูลจากคู่สมรสเป็นเหตุผลว่าทำไมผู้ป่วยที่แต่งงานให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่าคนโสด แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในระยะหลังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการสมรสกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Ghods and Nasrollahzadeh, 2003; Kaona, Tuba, Siziya and Sikaona, 2004; Spikmans, Brug, Doven, Kruijzena, Hofsteenge and van Bokhorst-van der Schueren,

2003; Wild et al., 2004; Yavuz, Tuncer, Erdogan, Gurkan, Cetinkaya, Akbas, Kececioglu, Demirbas, Akaydin, Ersoy and Yakupoglu, 2004) อาจเป็นไปได้ว่าในระยะหลังการศึกษา สภาวะโลกมีความแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ทำให้อิทธิพลของสถานภาพการสมรสถูกบดบัง โดยปัจจัยโรค

2.4.6.1.2 ปัจจัยทางจิตวิทยา

2.4.6.1.2.1 ความเชื่อและแรงจูงใจ

ความเชื่อและแรงจูงใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุและ ความหมายของความเจ็บป่วย รวมทั้งแรงจูงใจในการติดตามการรักษา มีความสัมพันธ์สูงต่อความ ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Buck, Jacoby, Baker and Chadwick, 1997; Cochrane et al., 1999; Kyngas, 2001; Kyngas et al., 2001; Vincza et al., 2004) ความร่วมมือในการรักษาด้วย ยาของผู้ป่วยจะดี เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค
- ผู้ป่วยเชื่อว่าความเจ็บป่วยหรือความซับซ้อนของโลกทำให้เกิดผลสืบเนื่องที่ รุนแรงต่อสุขภาพ
- ผู้ป่วยเชื่อว่าการรักษาจะมีประสิทธิภาพหรือรับรู้ประโยชน์จากการรักษา

ในทางตรงกันข้ามความเชื่อที่ไม่ถูกต้องหรือคลาดเคลื่อนไปของผู้ป่วยจะนำไปสู่ การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต่ำ ความกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาที่เชื่อว่าตนเองเป็น โรคที่ไม่สามารถควบคุมได้ และความเชื่อทางศาสนาอาจเพิ่มโอกาสของความไม่ร่วมมือในการรักษา ด้วยยา และความกลัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อการพึ่งพายาในระยะยาวอาจเป็นปัจจัยเชิงลบต่อความ ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Apter, Reisine, Affleck, Barrows and ZuWallack, 1998; Baune, Aljeesh and Bender, 2005) นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยายังขึ้นกับความเชื่อทาง วัฒนธรรม เช่น ในประเทศมาเลเซีย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเชื่อว่าการใช้ยาแผนตะวันตกเป็น อันตรายและผู้ป่วยมีความมั่นใจในยาสมุนไพรหรือยาจากธรรมชาติมากกว่า (Lim and Ngah, 1991) ในประเทศนิวซีแลนด์ ผู้ป่วยชาวตองกาอาจคิดว่าการที่ตนเองเจ็บป่วยเป็นพระประสงค์ของเทพเจ้า และไม่สามารถควบคุมได้ (Barnes, Moss-Morris and Kaufusi, 2004) ผลที่ตามมาจากความเชื่อ ผู้ป่วยรับรู้ถึงความจำเป็นในการใช้ยามีน้อย ในผู้ป่วยประเทศปากีสถานความกลัวและความเชื่อในสิ่ง เหนือธรรมชาติเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Sloan et al., 1981) ผู้ป่วย ที่มีแรงจูงใจต่ำมักจะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่ำเช่นกัน ใน ประเทศมาเลเซียพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 85 ที่ขาดแรงจูงใจเป็นสาเหตุของการหยุด การรักษา (Lim and Ngah, 1991)

2.4.6.1.2.2 สภาวะทางจิต

สภาวะทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความกลัว หรือความโกรธต่อความเจ็บป่วย มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีที่มีภาวะของโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ (coronary artery disease) มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นอย่างมาก (Carney et al., 1995) ส่วนงานวิจัยอื่นๆ ในเด็กและวัยรุ่นแสดงให้เห็นว่าการรักษาทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกถูกตีตราหรือรู้สึกกดดันว่าพวกเขาไม่ปกติเหมือนเพื่อน (Baune, Aljeesh and Bender, 2005; Kyngas and Lahdenpera, 1999) ดังนั้นสภาวะทางจิตจึงจะเป็นปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในเชิงลบที่ชัดเจน

2.4.6.1.3 ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

2.4.6.1.3.1 ความฉลาดทางสุขภาพ

ความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถอ่าน เข้าใจ จดจำคำสั่งใช้ยา และปฏิบัติตามข้อมูลทางสุขภาพ (Vlasnik et al., 2005) ผู้ป่วยที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำมักจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาด้อย (Nichols-English et al., 2000) ตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่สามารถอ่านและเข้าใจฉลากยามักจะมีความร่วมมือที่ดี (Butterworth, Banfield, Iqbal and Cooper, 2004; Lorenc et al., 1993; Murray et al., 1986) นอกจากนี้ยังพบว่าคำสั่งและรูปภาพบนฉลากยามีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วย

2.4.6.1.3.2 ความรู้ของผู้ป่วย

ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรักษามักจะไม่เพียงพอ โดยเฉพาะความเข้าใจต่อบทบาทของการรักษาโรคกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Ponnusankar et al., 2004) ความรู้เกี่ยวกับโลกและผลสืบเนื่องของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Alm-Roijer et al., 2004; Gascon et al. 2004) หรือความเข้าใจเกี่ยวกับคุณค่าของการเข้าตรวจตามนัด (Lawson et al., 2005) ผู้ป่วยบางคนคิดว่าควรใช้ยาเป็นช่วงช่วงจึงทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเพื่อที่จะพิสูจน์ว่ายายังคงจำเป็นสำหรับตนเองหรือไม่ (Vik et al., 2004) จากสาเหตุข้างต้นการให้ความรู้กับผู้ป่วยจึงมีส่วนช่วยในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้เพียงพอกับผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรักษา อาจทำในรูปของโครงการให้คำปรึกษาด้านการใช้ยา เป็นต้น

แม้กระนั้นการให้ความรู้ก็ไม่ใช่ “สิ่งที่ยิ่งให้มากยิ่งดี” ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความร่วมมือในวัยรุ่นมีลักษณะเป็นรูปตัวยูคว่ำ (inverted U) วัยรุ่นที่มีความรู้เพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับโรคและการรักษามักจะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาด้อยและผู้ป่วยที่มีความรู้เพียงพอจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แต่ผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยยาตลอดชีวิตมักจะเป็นผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Hamburg et al., 1982) อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีแนวโน้มของการเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบบตัวยูคว่ำในผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่นๆ นอกเหนือการที่ผู้ป่วยมี

ความรู้มากและละเอียด ไม่ใช่การประกันความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพ การศึกษาในประเทศฮ่องกงพบข้อสังเกตเกี่ยวกับช่องว่างระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับการสอนกับสิ่งที่ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติ แม้ว่าจะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Chan et al., 1999)

การเลือกเนื้อหาขององค์ความรู้ที่จะให้ มีความสำคัญมากกว่าปริมาณความรู้ โดยความรู้เกี่ยวกับสภาวะของโลกและความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับยาจะเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยแบบเชิงรุกต่อการรักษา (Rubin, 2005) นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ควรแน่ใจว่าผู้ป่วยจะจำสิ่งที่บอกได้โดยการเขียนคำสั่งการใช้ยา ซึ่งให้ผลดีกว่าการบอกด้วยปากเปล่าเนื่องจากผู้ป่วยมักจะลืมคำแนะนำของแพทย์อย่างง่ายดาย

2.4.6.1.3.3 การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์พบแนวโน้มของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดำ ในประเทศฟินแลนด์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สูบบุหรี่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการควบคุมการรับประทานอาหารดีกว่า (Kyngas and Lahdenpera, 1999) ประเทศตุรกีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตที่สูบบุหรี่หรือแอลกอฮอล์มักจะเป็นผู้ที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Yavuz, Tuncer, Erdogan, Gurkan, Cetinkaya, Akbas, Kecicioglu, Demirbas, Akaydin, Ersoy and Yakupoglu, 2004) แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่หรือการดื่มแอลกอฮอล์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบบต่อเนื่อง (Wild, Engleman, Douglas and Espie, 2004) แม้การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ดูเหมือนจะส่งผลเชิงลบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแต่ก็อาจมีปัจจัยรบกวนอื่น เช่น สภาวะโลกที่ผู้ป่วยเป็นอาจมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทำให้การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์อาจไม่ใช่ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่แท้จริง

2.4.6.1.3.3 ความหลงลืม

ความหลงลืมเป็นปัจจัยที่มีรายงานความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาหรือการนัดหมาย การศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกันต้านทาน (immunosuppressive medications) ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนไตพบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบบไม่ตั้งใจเกิดจากความหลงลืมถึงร้อยละ 62.4 (Grive et al., 2012) หรือการศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา สำหรับประเทศญี่ปุ่นพบความสัมพันธ์ที่น่าสนใจระหว่างความถี่ของมื้ออาหารกับความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ป่วยที่รับประทานอาหารน้อยกว่า 3 มื้อต่อวันมักจะมีปัญหาความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน (Okuno, Yanagi and Tomura, 2001) จากผลการศึกษาข้างต้นการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกอาจทำ

ได้โดยการสอบถามเกี่ยวกับความถี่ของมื้ออาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน เพื่อช่วยทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหรือใช้มืออาหารเป็นเครื่องมือในการเตือนความจำของผู้ป่วยในการกินยา

2.4.6.2 ปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา

2.4.6.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้สั่งใช้ยา

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้สั่งใช้ยาความสัมพันธ์ที่ขึ้นอยู่กับพื้นฐานของความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อผู้สั่งใช้ยาและความเห็นอกเห็นใจจากผู้สั่งใช้ยาต่อผู้ป่วย มีหลายกรณีศึกษาระบุว่าความร่วมมือของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเมื่อแพทย์ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ให้ความมั่นใจ หรือเคารพผู้ป่วย ตลอดจนให้การรักษาผู้ป่วยในลักษณะการทำงานร่วมกันอย่างเท่าเทียม (Lawson, Lyne, Harvey and Bundy, 2005; Moore et al., 2004) สถานการณ์ที่อาจจะมีอิทธิพลต่อความเชื่อมั่นในตัวแพทย์ผู้รักษา เช่น แพทย์มักจะไม่ค่อยพูดคุย หรือไม่ค่อยประสานตากับผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่เข้าใจภาษาพูดและเขียนของแพทย์ (Robin 2005) และยิ่งไปกว่านั้นคือแพทย์ให้เวลาน้อยมากกับผู้ป่วยซึ่งส่งผลคุกคามแรงจูงใจของผู้ป่วยในการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Gascon, Sanchez-Ortuno, Llor, Skidmore and Satumo, 2004; Lawson, Lyne, Harvey and Bundy, 2005; Lim and Ngah, 1991; Moore, Sickel, Malat, Williams, Jackson and Adler, 2004)

การสื่อสารที่ไม่สัมฤทธิ์ผลกับบุคลากรทางการแพทย์มีผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยารู้สึกว่าแพทย์ขาดความตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วย (Lim and Ngah, 1991) การที่แพทย์หลายคนสั่งยาให้กับผู้ป่วยอาจจะลดความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการรักษาด้วยยา (Vlasnik, Aliotta and Delor, 2005) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการสั่งใช้ยาที่แตกต่างกัน

2.4.6.2.2 ช่องทางในการบริหารยา

การบริหารยาที่ง่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Kelloway et al., 1994; Nichols-English and Poirier, 2000)

2.4.6.2.3 ความซับซ้อนในการรักษา

การรักษาที่ซับซ้อนมากส่งผลลบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ความซับซ้อนของการรักษานั้นรวมถึงความถี่และปริมาณที่ผู้ป่วยต้องใช้ อัตราความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีแนวโน้มลดลงเมื่อจำนวนครั้งของการใช้ยาต่อวันเพิ่มขึ้น (Claxton et al., 2001; Cockburn et al., 1987; Cramer, Mattson, Prevey, Scheyer and Ouellette, 1989; Eisen et al., 1990; Iskedjian et al., 2002; Kass et al., 1986; Sung, Nichol, Venturini, Bailey, McCombs and Cody, 1889) จากการศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยา แสดงให้เห็นว่าความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นเมื่อความถี่ของการใช้ยาเพิ่มขึ้น โดยความไม่ร่วมมือสำหรับการใช้ยาแบบครั้งเดียวต่อวัน การใช้ยาแบบ 2 ครั้งต่อวัน การใช้ยาแบบ 3 ครั้งต่อวัน

และการใช้ยาแบบ 4 ครั้งต่อวัน จะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ร้อยละ 30 ร้อยละ 60 และร้อยละ 70 ตามลำดับ (Cramer, Mattson, Prevey, Scheyer and Ouellette, 1989) นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญของอัตราความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยที่ใช้ยาควบคุมความดันโลหิตแบบครั้งเดียวต่อวันและการใช้ยาแบบ 2 ครั้งต่อวัน (Iskedjan, Einarson, MacKeigan, Shear, Addis, Mittmann and Ilersich, 2002) ดังนั้นการปรับความถี่ของการใช้ยาลดลง สามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างเห็นได้ชัด

การทบทวนวรรณกรรมเรื่องความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Mansoor et al., 2014) ซึ่งรวบรวมงานวิจัยตีพิมพ์ 13 ฉบับที่ศึกษาผลของปริมาณยากับความร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาโรคเบาหวาน พบว่ามีงานวิจัย 6 ฉบับที่แสดงความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างปริมาณยากับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา กล่าวคือ ยิ่งผู้ป่วยต้องใช้ยาปริมาณมาก ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก็ต่ำลง และพบการศึกษาอีก 6 ฉบับที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณยากับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในกรณีนี้จึงไม่สามารถสรุปอย่างแน่นอนได้ว่าปริมาณยาเป็นปัจจัยทำนายการเกิดความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาเบาหวาน

2.4.6.2.4 ระยะเวลาในการรักษา

ความเจ็บป่วยเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่สูงกว่าความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Gascon, Sanchez-Ortuno, Llor, Skidmore and Satumo, 2004) ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานมักมีผลเชิงลบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Dhanireddy et al., 2005; Ellis et al., 2004; Ghods and Narollahzadeh, 2003; Menzies, Rocher and Vissandjee, 1993) เช่น ในการรักษาวัณโรคแบบ 6 เดือนและ 9 เดือน พบว่า ระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเท่ากับร้อยละ 60 และร้อยละ 50 ตามลำดับ (Combs et al., 1987) ส่วนการรักษาเชิงป้องกันแบบ 3, 6 และ 12 เดือน พบว่ามีอัตราความร่วมมือร้อยละ 87, 78 และ 68 ตามลำดับ (WHO, 1982) ส่วนระยะเวลาการเป็นโรคที่ยาวนานอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทั้งในทิศทางตรงกันข้ามคือผู้ป่วยที่เป็นโรคมาระยะเวลานานความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดลง (Farmer et al., 1994; Frazier, Davis-Ali and Dahl, 1994) หรือในทิศทางเดียวกัน (Garay-Sevilla et al., 1995; Sharkness and Snow, 1992) คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ว่าผู้ป่วยเป็นโรคกับมีความร่วมมือในการรักษาที่แย่กว่า (Caro et al., 1999) การที่ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคนาน อาจเนื่องมาจากทัศนคติในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยลดลงและผู้ป่วยยอมรับการรักษาได้ดีขึ้นหลังผ่านความทรมานจากอาการเจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน สำหรับโรคเรื้อรังระยะเวลาของการเป็นโรคอาจจะไม่ใช่ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดีจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาเบาหวานกับระยะเวลาที่

ในการเป็นโรคเบาหวานพบว่า มีงานวิจัย 3 ฉบับที่แสดงความสัมพันธ์เชิงบวก ส่วนงานวิจัยอีก 2 ฉบับแสดงความสัมพันธ์เชิงลบ และอีก 6 ฉบับไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างระยะเวลาในการเป็นโรคกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Mansoor, Aslani and Krass, 2014)

2.4.6.2.5 อาการข้างเคียงจากยา

อาการข้างเคียงจากยามักมีผลเชิงลบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Buck, Jacoby, Baker, and Chadwick, 1997; Dietrich et al., 2003; Dusing et al., 1998; Grant et al., 2003; Hungin et al., 1999; Iihara, Tsukamoto, Morita, Miyoshi, Takabatake and Kurosaki, 2004; Kaplan, Bhalodkar, Brown, White and Brown, 2004; Kim et al., 2002; Kiortsis, Giral, Bruckert and Turpin, 2000; Linden et al., 2000; Loffler et al., 2003; O'Donoghue, 2004; Ponnusankar, Surulivelrajan, Anandamoorthy and Sureh, 2004; Shaw et al., 1995; Sleath et al., 2003; Spagnoli et al., 1989) ในประเทศเยอรมันสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาโรคความดันโลหิตสูงได้แก่การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (Dusing, Weisser, Mengden and Vetter, 1998) ผลของอาการข้างเคียงต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอาจแสดงออกมาในโลกของความไม่สบายกาย ความระแวงเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา และความเชื่อมั่นในแพทย์ (Christensen, 1978) อย่างไรก็ตามในกรณียารักษาโรคเบาหวานไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างอาการข้างเคียงจากยากับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในงานวิจัยส่วนใหญ่ (Mansoor, Aslani and Krass, 2014)

2.4.6.2.6 ระดับของการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต้องการ

ระดับของการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต้องการมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจของผู้ป่วย (Hernandez-Ronquillo et al., 2003; Milas et al., 1995; Vincze, Barner and Lopez, 2004) การศึกษากลวิธีที่ใช้ในการเปลี่ยนพฤติกรรมควรออกแบบให้เหมาะสมกับระยะเวลาการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมแต่ละระยะ มีระดับความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกัน การให้รางวัล เครื่องมือติดตาม และเทคนิคการเตือนการกินยา พบว่ามีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของการเปลี่ยนพฤติกรรม จึงควรมีกิจกรรมเพิ่มความตระหนักของผู้ป่วยต่อประโยชน์ของการรักษาในระยะเริ่มต้น (Willey, 1999)

2.4.6.3 ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐศาสตร์

2.4.6.3.1 การลางาน

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถลางานมาเพื่อการรักษาด้วยยามีผลต่ออัตราความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นใช้ยา (Hernandez-Ronquillo, Tellez-Zenteno, Garduno-Espinosa and Gonzalez-Acevez, 2003; Lawson, Lyne, Harvey and Bundy, 2005; Shaw, Anderson, Maloney, Jay and Fagan, 1995; Siegal et al., 1999) ระยะเวลาในการเดินทาง

ระหว่างที่พักและสถานบริการทางการแพทย์ที่สั้นลงจะเชื่อต่อการเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังนั้น กลวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยประหยัดเวลาเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการได้รวดเร็วจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับคนทำงาน งานวิจัยชิ้นหนึ่งได้แนะนำว่าผู้ป่วยที่ทำงานประจำหรือที่เรียกว่า “white collar patients” มักมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ไม่ดีเนื่องจากมีภาระอื่นๆที่ผู้ป่วยเห็นว่าสำคัญกว่า (Siegal and Greenstein, 1999) ส่วนแม่บ้านชาวมาเลเซียที่เป็นโรคหัวใจจะมีความร่วมมือต่อการรักษาด้วยยาที่ดีกว่าอาจจะเป็นเพราะว่าแม่บ้านสามารถปรับตารางเวลาของตนเข้ากับเวลาในการนัดหมายและการรักษาได้สะดวกกว่า (Chuah, 1991) เป็นต้น

2.4.6.3.2 ค่ารักษาและรายได้

ค่ารักษาเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเนื่องจากระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานตลอดชีวิต (Connelly, 1984; Ellis, Erickson, Stevenson, Bernstein, Stiles and Fendrick, 2004; Ponnusankar, Surulivelrajan, Anandamoorthy and Suresh, 2004; Shaw, anderson, Maloney, Jay and Fagan, 1995) ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอาจมีส่วนค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายและรายได้อาจยังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพอาจไม่เป็นภาระที่ใหญ่หลวงถ้าผู้ป่วยมีรายได้สูงหรือมีประกันสุขภาพ (Choi-Kwon and Kim, 2005; Connelly, 1984; Connelly, 1984; Ellis, Erickson, Stevenson, Bernstein, Stiles and Fendrick, 2004; Kaplan, Bhalodkar, Brown, White and Brown, 2004; Ponnusankar, Surulivelrajan, Anandamoorthy and Suresh, 2004; Shaw, anderson, Maloney, Jay and Fagan, 1995; Swett and Noones, 1989) หรือมีรายได้น้อย (Apter, Reisine, Affleck, Barrows and ZuWallack, 1998; Benner, Glynn, Mogun, Neumann, Weinstein and Avorn, 2002; Cockburn, Gibberd, Reid and Sanson-Fisher, 1987; Degoutet, Menard, Vu, Golmard, Devries, Chatellier and Plouin, 1983; Frazier, Devis-Ali and Dahl, 1994; Ghods and Nasrollahzadeh, 2003; Hernandez-Ronquillo, Tellez-Zenteno, Garduno-Espinosa and Gonzalez-Acevez, 2003; Shea, Misra, Ehrlich, Field and Francis, 1992) มีโอกาสที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้น แม้แต่ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพค่าใช้จ่ายทางสุขภาพก็ยังคงอาจเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากกว่า 1 ใน 10 ของประเทศสหรัฐอเมริกาใช้จ่ายน้อยกว่าที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษา ในประเทศไทยนับเป็นความโชคดีที่ในปัจจุบันเรามีระบบสวัสดิการทางด้านสุขภาพพื้นฐานครอบคลุมสำหรับประชาชนชาวไทยทุกคนจึงทำให้ภาระเรื่องค่าใช้จ่ายของประชาชนลดลง

ความแตกต่างด้านความสัมพันธ์ระหว่างคำรักษาพยาบาลหรือรายได้ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของแต่ละประเทศ อาจจะเนื่องมาจากระบบสุขภาพที่แตกต่างกัน บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงสถานะทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพเชิงต้นทุน

2.4.6.3.3 การเกื้อกูลทางสังคม

ผลการศึกษาล้วนส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเกื้อกูลทางอารมณ์และความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว เพื่อน หรือผู้ให้บริการทางการแพทย์มีแนวโน้มที่ดีในการให้ความร่วมมือต่อการรักษาด้วยยา (DiMetteo, 2004; Feinstein, 1990; Garay-Sevilla, Nava, Malacara, Huerta, Diaz de Leon, Mena and Fajardo, 1995; Kyngas, 2001; Kymgas and Lahdenpera, 1999; Kyngas and Rissanen, 2001; Loffler, Kilian, Toumi and Angermeyer, 2003; Lorenc and Branthwaite, 1993; Milas, Nowalk, Akpele, Castaldo, Coyne, Doroshenko, Kigawa, Korzec-Ramirez, Scherch and Snetseelaar, 1995; Okuno, Yanagi and Tomura, 2001; Volis et al., 2005) การเกื้อกูลทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยลดทัศนคติเชิงลบต่อการรักษา ทำให้เกิดกำลังใจ และจดจำที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา

2.4.6.4 ปัจจัยทางด้านระบบสุขภาพ

ปัจจัยหลักที่สัมพันธ์กับระบบสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการด้านการรักษา (Ponnusankar, Surulivelrajan, Anandamoorthy and Sureh, 2004) ระยะเวลาในการรอ (Balkrishnan et al., 2003; Grunebaum et al., 1999; Lawson, Lyne, Harvey and Bundy, 2005; Moore, Sickel, Malat, Williams, Jackson and Adler, 2004; Wai, Wong, Ng, Cheok, Tan, Chua, Mak, Aung and Lim, 2005) หรือระบบบริการที่ไม่เอื้อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขหรือความพึงพอใจ (Gascon, Sanchez-Ortuno, Llor, Skidmore and Satumo, 2004; Lawson, Lyne, Harvey and Bundy, 2005) เช่น ระบบการรับยาที่ยุงยาก (Cummings, Kirscht, Binder and Godley, 1982; Vlasnik, Aliotta and DeLor, 2005) ล้วนมีส่วนให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยต่ำลง ในทางกลับกันความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเข้ารับบริการช่วยทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น (Haynes et al., 1980)

2.4.6.5 ปัจจัยเกี่ยวกับโรค

2.4.6.5.1 อาการ

ผู้ที่ทรมาณกับโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดเป็นระยะระยะหรือผู้ที่ยังไม่มีอาการเริ่มต้นของการเกิดโรค เช่น โรคหืดและโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่าง (Hungin, Rubin and O'Flanagan, 1999; Kyngas and Lahdenpera, 1999; Vlasnik, Aliotta and DeLor, 2005) ตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาโดยมีอาการดีขึ้นมากจะมีความ

ร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดีขึ้น (Grant, Devita, Singer and Meigs, 2003; Lim and Ngh, 1991; Viller, Guillemin, Briancon, Moum, Suurmeijer and van den Heuvel, 1999)

2.4.6.5.2 ความรุนแรงของโรค

ยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่เป็นไปในทางเดียวกันว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพดี (Kyngas and Lahdenpera, 1999; Seo and Min, 2005; Wild, Engleman, Douglas and Espie, 2004) แต่การรับรู้สภาวะทางสุขภาพอาจมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่าอาการของโรคอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อผู้ป่วยพิจารณาว่ายาที่ใช้มีประสิทธิภาพและคาดว่าตนเองจะมีสภาวะสุขภาพที่แยกลงจะมีแรงจูงใจในการรักษาที่ดีกว่า (Rosenstock, 1998) ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันในเลือดที่มีการรับรู้สภาวะสุขภาพที่แยกลงจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดีขึ้น (Sung, Nichol, Venturini, Bailey, McCombs and Cody, 1998) ซึ่งสะท้อนประเด็นสำคัญว่าความรู้สึกของผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

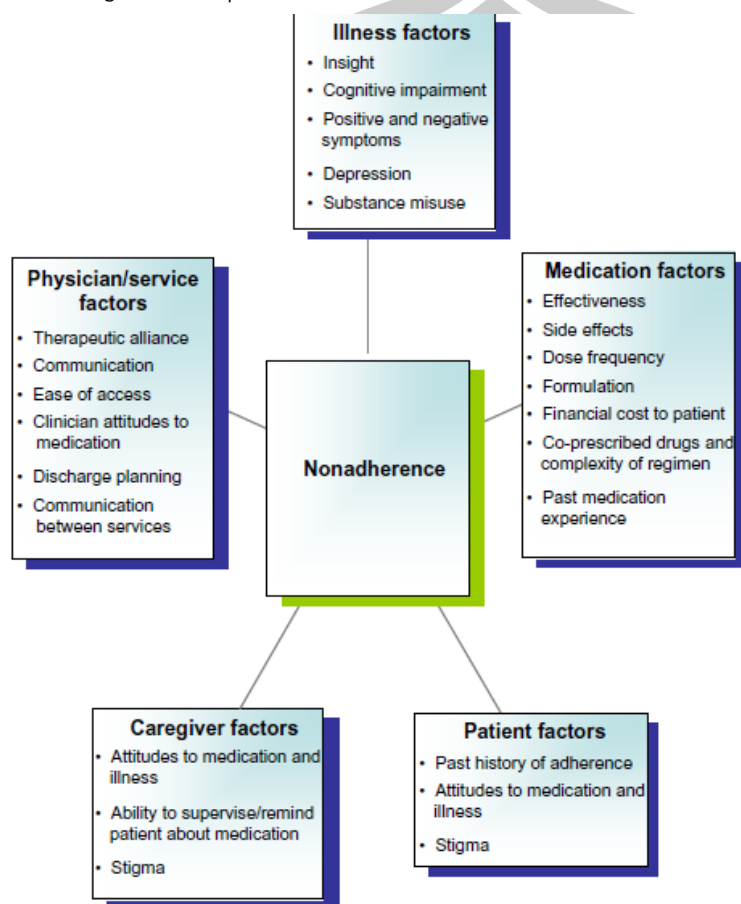
นอกจากปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบข้างต้นแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถพบได้ในทางปฏิบัติงาน ยกตัวอย่างเช่น

- ความลำบากทางการ (physical difficulties) เช่น ในผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการหรือผู้สูงอายุ อาจมีความร่วมมือต่อเนื่องจากสภาพร่างกายของผู้ป่วย
- ประวัติความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดี (history of good compliance)
- โรคร่วมในอาการแทรกซ้อน (presence of co-morbidity and complications)
- ระยะเวลาที่เป็นโรค (duration of illness)
- รสชาติของยา (taste of the medication)
- วิธีการในการเก็บรักษา (requirement for drug storage)

2.4.6.6 ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาของ Haddad และคณะ ถึงปัจจัย 5 ด้านที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท คือ ยา (Medication factors) ความเจ็บป่วย (Illness factors) ผู้ป่วย (Patient factors) ผู้ดูแล (Caregiver factors) และบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ (Physician/service factors) ซึ่งการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสามารถเกิดได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด แต่ความท้าทายในผู้ป่วยโรคจิตเภทเนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทั้งการแยกตัวจากสังคม (social isolation) การตีตราหรือตราบาป (stigma) และการใช้สารเสพติดร่วมด้วย (substance misuse) บวกกับผลกระทบจาก

อาการทางจิตของผู้ป่วย เช่น อาการบวกและอาการลบ (positive and negative symptoms) ขาดการยอมรับการเจ็บป่วย (lack of insight) ซึมเศร้า (depression) ความบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง (Cognitive Impairment)



ภาพประกอบ 4 Factors associated with nonadherence

ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาพิจารณาได้เป็นโดยเจตนาและไม่เจตนา ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยเจตนาเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจที่จะไม่ใช้นั้นตามแพทย์สั่งซึ่งสามารถอธิบายได้จาก health beliefs model เช่น สาเหตุเนื่องมาจากข้อเสียจากยามีมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยไม่เจตนาเกิดขึ้นเมื่อมีปัญหาในทางปฏิบัติ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยลืมกินยา ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา หรือ ยากที่จะใช้ตามแพทย์สั่งจากการเดินทางหรือมูลค่ายา

จากภาพประกอบ 4 สรุปปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในการศึกษาก่อนหน้านี้ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่แ่ไม่สามารถอธิบายได้ง่ายๆ พฤติกรรมที่ซับซ้อนครั้งหนึ่งของผู้ป่วยเป็นผลมาจากหลายปัจจัยรวมกัน ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย ผู้ป่วย ระบบ

บริการ รวมถึงลักษณะเฉพาะของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และผู้ดูแล เป็นผลที่ทำให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นหากได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม

หลายการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านความเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับการไม่ยอมรับความเจ็บป่วยหรือขาดการตระหนักเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษา การไม่ยอมรับความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงจากการสำรวจโดยผู้เชี่ยวชาญ การยอมรับการเจ็บป่วยนี้ไม่คงที่และสามารถเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาได้ ความบกพร่องของสมรรถนะทางสมองก็เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและทำนายการกลับมากำเริบซ้ำหลังจากการป่วยเป็นโรคจิตครั้งแรก (first episode) อาการทางจิตอาจมีผลโดยตรงต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ยกตัวอย่างเช่น การหลงลืมว่ายังไม่ได้กินยาอาจทำให้เกิดพิษจากยาได้ การหิวแหว่ประสาทหลอนว่ามีคนไม่ให้กินยา อาการลบและอาการซึมเศร้าอาจลดแรงจูงใจในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การติดสุราและสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทก็สามารถนำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต

ประสิทธิผลของยาต้านโรคจิตก็เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จากข้อมูลการศึกษาการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials : RCTs) การลดลงของอาการทางลบหรืออาการทางลบเป็นปัจจัยที่ช่วยทำนายความร่วมมือในการรักษาที่ดี ผลการรักษาที่ไม่ดีเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ผู้ป่วยหายไปจากการศึกษา ประเด็นนี้บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ผู้ป่วยตระหนักตลอดที่รับการรักษาเพื่อให้มีอาการดีขึ้นหลังจากเริ่มยาต้านโรคจิตและการปรับเปลี่ยนยา เช่น clozapine ความสัมพันธ์ระหว่างอาการข้างเคียงจากยาและความไม่ร่วมมือจากการรักษาด้วยยามีผลเกี่ยวข้องกัน RCTs มักมีรายงานการหายไประหว่างการรักษา (dropout) เนื่องจากอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา แต่การรับรู้ส่วนบุคคลหรือความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการรักษาไม่ได้ถูกบันทึกไว้ ในความเป็นจริงผู้ป่วยมักแนะนำว่าไม่มีอาการข้างเคียงคือไม่มีปัญหา แต่ขาดความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรืออาการข้างเคียงและขาดทักษะหรือการจัดการเกี่ยวกับอาการข้างเคียง ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ายามีประโยชน์และสำคัญต่อการหายจากโรคอาจจะใช้ยาต่อเนื่องแม้จะมีอาการข้างเคียงจากยาอย่างชัดเจน ต่างจากผู้ป่วยที่เห็นประโยชน์จากยาน้อยและไม่มั่นใจแม้อธิบายการวินิจฉัยโรคหรือความจำเป็นที่ต้องรักษาด้วยยาอาจหยุดการรักษาแม้มีอาการข้างเคียงครั้งแรก

ปัจจัยเกี่ยวกับยาอื่นๆ ที่จำเป็นต้องพิจารณา คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าค่าใช้จ่ายที่สูงสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตที่ลดลงและเวลาในการรักษาลดลงจนหยุดการรักษาด้วยยา ในการศึกษาอื่นๆ ผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบปัญหาค่ารักษาน้อยกว่าครึ่งหนึ่งที่จะสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาได้อย่างสมบูรณ์ การศึกษานี้ อาจต้องพิจารณาระเบียบวิจัยในการศึกษา เช่น การศึกษาแบบภาคตัดขวางและใช้ข้อมูลจากที่ผู้ป่วย

รายงานเอง แบบแผนการใช้ยาที่ซับซ้อน เช่น ความถี่ในการใช้ยาและความยากในการใช้ยา แบบแผนการรักษาที่ง่ายสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา อีกรูปสรรคของความร่วมมือในการรักษาคือทัศนคติด้านลบต่อการใช้อาจพิจารณาใช้ยาต้านโรคจิตยาชนิดแบบที่ตัวยาค่อยๆ กระจายออกมา

ผู้ป่วยที่มีทัศนคติด้านลบต่อยาประเมินได้จากยาที่เหลือและประเมินความร่วมมือจากการใช้ยา ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างด้านปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สังคม และ ศาสนา แสดงให้เห็นว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอาจจะแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา แต่ผู้ที่เคยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในอดีตมักจะสามารถทำนายได้ว่าจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในอนาคตอีก

ผู้ป่วยจิตเภทหลายคนที่แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีเพื่อนหรือผู้ดูแลในการเตือนการกินยา การตีตราและการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการใช้ยาต้านโรคจิตสามารถทำให้ความร่วมมือในการรักษาแย่งลงไปได้ มากกว่าครึ่งจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในสวีเดนเซอร์แลนด์ปี 1999 เชื่อว่าการใช้ยาต้านโรคจิตนำไปสู่ความเสี่ยงสูงในการติดยา ในการศึกษาในสวีเดนพบว่าทัศนคติด้านยาของญาติที่สนิทกับผู้ป่วยที่สุดมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต

สัมพันธภาพในการรักษาที่ดีในบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จากหลายการศึกษาในยุโรปพบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในการรักษา ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ การศึกษาหนึ่งในสหราชอาณาจักรพบว่าทัศนคติของผู้ป่วยในที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทต่อการรักษาของเขาและการรายงานความร่วมมือในการรักษาด้วยตนเองสามารถทำนายความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะความสัมพันธ์กับผู้สั่งใช้ยา ทัศนคติด้านลบต่อยาก็อาจทำนายการไม่ยอมรับความเจ็บป่วยและประสบการณ์การถูกบังคับระหว่างนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงสรุปได้ว่าความสัมพันธ์ที่ดีอันนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดี

ในการศึกษาอื่นๆ คุณภาพของการสื่อสารระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยจิตเภทสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จากการศึกษาแบบอภิวเคราะห์ในการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ที่ดีช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น 19% ในผู้ป่วยที่บุคลากรทางการแพทย์สื่อสารไม่ดี การวิเคราะห์นี้แสดงให้เห็นว่าการฝึกแพทย์ให้มีทักษะด้านการสื่อสารนำไปสู่การพัฒนาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย

การออกแบบระบบบริการผู้ป่วยก็มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การเข้าถึงจิตแพทย์ได้ง่าย ความสัมพันธ์ที่ดี การมีเวลาในการให้คำปรึกษา การตัดสินใจสั่งใช้ยา ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การช่วยกำกับการใช้ยาที่สำคัญจากบุคลากรทางการแพทย์ก็สามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเช่นกัน

2.4.7 แนวทางการแก้ไขความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ถ้าพิจารณาตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จะสามารถเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาคความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555) ดังนี้

2.4.7.1 ภาวะการเจ็บป่วย

การที่แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรับทราบถึงภาวะโรคที่เขาเป็นตามความเหมาะสม เน้นให้ผู้ป่วยรับทราบความสำคัญของการรักษาและการใช้ยาเพื่อลดภาวะโรค จะช่วยลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลงได้

2.4.7.2 ยาและแบบแผนการรักษา

2.4.7.2.1 ปรับปรุงสูตรตำรับยาให้มีรส กลิ่น ตลอดจนภาชนะบรรจุให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

2.4.7.2.2 ยาที่มีราคาสูง ควรจะต้องมีกลไกพิจารณาดำเนินการให้ผู้ป่วยสามารถมีค่าใช้จ่ายโดยสะดวก อาจจะเป็นรูปแบบของระบบประกันสุขภาพต่างๆ การมีระบบประกันสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจที่ไม่ดี สามารถมีค่าใช้จ่ายได้ตามความเหมาะสม

2.4.7.2.3 การปรับแบบแผนการใช้ยาให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้สะดวกขึ้น เช่น เลือกสั่งใช้ยาน้อยขนาด และ/หรือให้ผู้ป่วยใช้ยาในแต่ละวันให้น้อยครั้งที่สุด โดยอาจเลือกยาที่ออกฤทธิ์อยู่นาน หรืออาจเปลี่ยนวิถีทางในการบริหารยาให้สะดวกขึ้น

2.4.7.3 บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

บุคลากรทางการแพทย์ควรที่จะทำความเข้าใจความรู้พื้นฐานของผู้ป่วยและควรวางแผนจัดระบบวันนัด อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจ และให้ความร่วมมือการรักษา การที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจซักถามแม้เพียงเล็กน้อยกับผู้ป่วยหรือผู้ป่วย เช่น ถามถึงความถี่ ความรุนแรงของอาการ ผลต่อชีวิตประจำวัน รวมถึงความเข้าใจในปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความสนใจในตัวเองและเพิ่มความพึงพอใจของตัวเองต่อบุคลากรทางการแพทย์ด้วย มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำและปรึกษา ให้ความรู้รวมถึงกระบวนการบริหารยาแก่ผู้ป่วย จะทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา และจะทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น

2.4.7.4. ผู้ป่วย

2.4.7.4.1 กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความจำไม่ดีควรมีการใช้อุปกรณ์ช่วยส่งเสริมการใช้ยา อุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ เช่น ปฏิทินแสดงวันที่ต้องใช้ยา กล่องหรือตลับบรรจุยาที่จัดเตรียมเป็นพิเศษ หรือ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการอ่านฉลากยา ควรมีการจัดทำฉลากยาที่ทำเป็นตัวอักษรใหญ่เป็นพิเศษ หรือเป็นรูปภาพ

2.4.7.4.2 การให้ความรู้และการแนะนำการใช้ยา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความ

เข้าใจในการใช้ยามากขึ้น

2.4.7.4.3. การปรับเปลี่ยนความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งสามารถทำได้โดยการแนะนำและปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา และความเสี่ยงของการกำเริบของโรคที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ไม่ยอมรับการรักษา ตามหลักการของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ของการใช้ยาและการรักษา พร้อมให้คำแนะนำถึงวิธีหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับอาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่า อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นนั้น หลีกเลี่ยงและจัดการได้

การเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและรับผิดชอบตัวเอง เช่น Self management program ซึ่งโดยหลักการจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตัวเอง รู้จักตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตัวในภาวะต่างๆ อย่างไร โดยจะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและยาที่ใช้โดยผ่านการอภิปรายปัญหาหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยรายอื่นๆ ซึ่งผลจากโครงการดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยแต่ละคนที่เรียนรู้จากโครงการนี้จะมีความร่วมมือในการใช้ยาและควบคุมอาการของโรคได้

2.4.8 บทบาทของเภสัชกรในการลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

เภสัชกรเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้ยาเพื่อให้การใช้ยาเหมาะสม เกิดประสิทธิภาพ และเภสัชกรเองยังสามารถลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ โดยการประเมินแนวโน้มความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจากนั้นจึงหาวิธีการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งวิธีที่ประสบความสำเร็จในการลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาควรจะดำเนินการหลายวิธีร่วมกัน ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้ คำแนะนำทั้งกับผู้ป่วยเองและครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์เตือนความจำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เป็นต้น (เน้นทฤษฎี สถาพรนานนท์, 2555)

Osterberg L และ Blaschke T (2005) เสนอแนวทางการแนะนำ หรือให้คำปรึกษา เพื่อลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเภสัชกรสามารถนำมาใช้ดัดแปลงกับผู้ป่วยได้ ดังนี้

2.4.8.1 ค้นหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น โดยพิจารณาจากตัวบ่งชี้ต่างๆ ได้แก่ การไม่มารับยาตามนัด เมื่อพบผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เช่นมีค่า HBA1C ขึ้นสูง ควรสืบค้นว่า ตัวบ่งชี้ที่พบนี้เกิดจาก ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ โดยการสืบค้นเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่จะส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ความทำด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจไม่ใชการจับผิด

2.4.8.2 เน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงคุณค่าของการรักษาและความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา

2.4.8.3 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาและแบบแผนการรักษา รวมทั้งสภาวะโรค ด้วยเนื้อหาและรูปแบบการให้ข้อมูล ที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2.4.8.4 กระตุ้นให้ครอบครัว เพื่อน หรือ ชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือหรือให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

2.4.8.5 เสริมแรงและให้กำลังใจผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม

2.4.8.6 พิจารณา ความสามารถของผู้ป่วยในการใช้ยา หากพบว่ามีปัญหาในแบบแผนการใช้ยา ควรจะมีการปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย อาจจะแนะนำให้แพทย์ปรับเปลี่ยนยาที่เหมาะสม เมื่อจำเป็น เช่น ยาที่มี half life นาน หรือยาในรูปแบบ extended release หรือ ยาที่เป็นแผ่นแปะ เพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกในการใช้มากขึ้น

2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.5.1. ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หมายถึง การวิจัยประเภทหนึ่ง ซึ่งใช้กระบวนการการปฏิบัติอย่างมีระบบ ผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและวิเคราะห์วิจารณ์ผลการปฏิบัติการ 4 ขั้น คือ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ ดำเนินการต่อเนื่องไปจนกว่าจะได้ข้อสรุปที่แก้ไขได้จริง หรือพัฒนาสภาพการณ์ของสิ่งที่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

บุญชม ศรีสะอาด (2543) ได้อธิบายว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิจัยเพื่อนำผลมาใช้แก้ปัญหาอย่างรีบด่วนหรือปรับปรุงการปฏิบัติงาน นอกจากนั้น สุวิมล ว่องวานิช (2544) ได้เสนอขั้นตอนของ Freeman (1998) เกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับสภาพที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการกำหนดปัญหาวิจัยหรือคำถามวิจัยที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบคำถาม

ขั้นตอนที่ 5 เป็นการทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 6 เป็นการนำข้อค้นพบเผยแพร่ ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบไปใช้ประโยชน์

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันและมีกระบวนการดำเนินการวิจัยที่คล้ายกับหลักการวิจัยทั่วไป คือ มีการกำหนดปัญหา การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเสนอผลการวิจัย ส่วนที่แตกต่างออกไปอย่างชัดเจน คือ การสะท้อนผลเพื่อให้เกิดการวิพากษ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ นอกจากนี้ สุวิมล ว่องวานิช (2544) ได้อธิบายถึงกระบวนการทำงาน

PAOR ดังนี้ PAOR เป็นกระบวนการทำงานที่เป็นวงจร ตามแนวคิดของ Kemmis (1988) ที่ 4
ขั้นตอน คือ

- 1) การวางแผน (Plan) การวางแผนหลังจากที่วิเคราะห์และกำหนดประเด็นปัญหาที่
ต้องการการแก้ไข
- 2) การปฏิบัติ (Action) การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด
- 3) การสังเกต (Observe) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน
- 4) การสะท้อนผล (Reflect) สะท้อนผลการปฏิบัติงาน ให้ผู้มีส่วนร่วมได้วิพากษ์วิจารณ์
ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานต่อไป

2.5.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานประจำ
ให้ดีขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สภาพปัญหา อันเป็นเหตุให้งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จ
เท่าที่ควร จากนั้นใช้แนวทางทฤษฎีและประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมาเสาะหาข้อมูลและ
วิธีการที่คาดว่าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้แล้วนำวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหา
นั้น

2.5.3 กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ลักษณะ ดังนี้

1. เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การ
ทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีความสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการ
วิจัย ทั้งการเสนอความคิดเห็นเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนการวิจัย
2. เน้นการปฏิบัติ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การวิจัยปฏิบัติการเป็นสิ่งที่ทำ
ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา
3. ใช้วิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) วิเคราะห์การปฏิบัติอย่างลึกซึ้งซึ่งจากสิ่ง
สังเกตได้จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติการ
4. ใช้วงจรการปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ Kemmis และ
Mc Taggart (1988) คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) การ
สะท้อนผล (Reflect) ตลอดจนการปรับปรุงแผน (Re-planning) เพื่อไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่า
จะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่พึงพอใจและได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ต่อไป

2.5.4. กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนสำคัญๆ ในการดำเนินการดังนี้

1. การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำการวิจัยจะต้อง
ศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดในห้องเรียนซึ่งจะทำการวิจัยเชิง

ปฏิบัติจะต้องมีทฤษฎีรองรับในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น การวิเคราะห์สภาพปัญหาควรพิจารณาให้ครบ 4 องค์ประกอบต่อไปนี้ คือ ปัญหาที่เกี่ยวกับครู นักเรียน เนื้อหาวิชา และสภาพแวดล้อม

2. เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก่การศึกษาวิจัย เลือกโดยอาศัยทฤษฎีมาร่วมพิจารณาลักษณะปัญหา แล้วสร้างวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนจะต้องสร้างสมมติฐานของการวิจัย ในรูปแบบของข้อความที่ต้องการประเมินที่แสดงความสัมพันธ์ปัญหาหลักกับหลักการหรือทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

3. เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัย ที่จะช่วยให้ได้คำตอบปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เครื่องมือที่ใช้มี 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือฝึกหัดตามวิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ

4. บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้า และเป็นอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติ คือ ในขั้นตอนของการวางแผนปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ เก็บสะสมเป็นข้อแล้วบันทึกไว้ใช้ในการปรับปรุงตามวงจรการปฏิบัติการต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หาคำตอบตามสมมติฐาน

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านต่างๆ ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้แน่ใจในความถูกต้องแสดงรายละเอียด อธิบายสถานการณ์ จัดหมวดหมู่ และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม เปรียบเทียบข้อแตกต่างและคล้ายคลึงของข้อมูล

6. ตรวจสอบข้อมูลของกลุ่มผู้วิจัย ได้พิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุและวิธีการแก้ปัญหานั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยสรุปประมวลเป็นหลักการ (Principle) รูปแบบ (Model) ของการปฏิบัติหรือเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) หรือทฤษฎี (Theory) ทั้งนี้ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยา โดยวิธีอุปมานและความรู้เชิงทฤษฎีด้วย

2.5.5 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการวิจัยนี้ เมื่อก้าวในเชิงการนำไปใช้เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงาน มีวิธีดำเนินการตามวงจรของการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Planning) เริ่มต้นด้วยการสำรวจปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกรายละเอียดของปัญหานั้นเกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวกับใคร มีแนวทางในการแก้ไขอย่างไร และจะต้องปฏิบัติอย่างไร

2. ขั้นปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแนวความคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นการวางแผนมาดำเนินการ โดยการวิเคราะห์วิจารณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงานประกอบไปด้วย เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ฉะนั้นแผนที่กำหนดควรจะมีที่ยืดหยุ่นปรับได้

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยอาศัยเครื่องมือการเก็บข้อมูลเข้ามาช่วย

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหา หรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ที่สัมพันธ์กับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยผ่านการถกอภิปรายปัญหา การประเมิน โดยกลุ่มจะทำให้ได้แนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม และเป็นพื้นฐานข้อมูลที่จะนำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

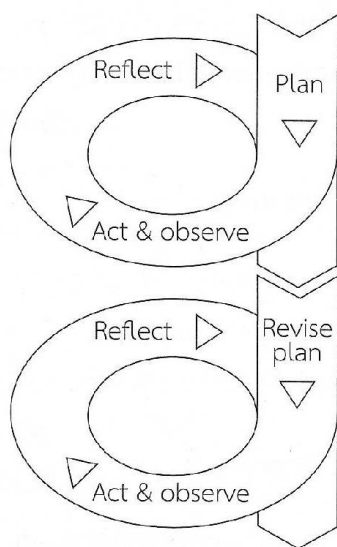
2.5.6 รูปหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องตระหนักอยู่เสมอ คือ กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการวิจัย นั่นคือ การวิจัยชนิดนี้ไม่ควรจะทำตามลำพังและควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัยซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงาน แล้วดำเนินกิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ซึ่งมีวงจร 4 ขั้นตอนดังกล่าวจะมีลักษณะการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (Spiral) กระทำซ้ำตามวงจรจนกว่าจะได้รับผลการปฏิบัติตามจุดมุ่งหมาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการอาจเริ่มด้วย โดยครู นักเรียนหรือนักศึกษา แล้วปฏิบัติการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาขึ้น โดยรับฟังความคิดเห็นผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ คือ ครู นักเรียน ผู้ปกครอง ผู้บริหาร หรือสังคมภายนอก บันทึกผลการปฏิบัติการที่ขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ชั้นที่สำคัญ นั่นคือ

1. บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและการปฏิบัติ
2. บันทึกผลการเปลี่ยนแปลงการใช้ภาษาและการสื่อสารในห้องเรียนหรือหน่วยงาน และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องแก้ไข
3. บันทึกผลการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางสังคมและการจัดระบบองค์กรที่ลดอุปสรรคต่อการฝึกปฏิบัติ

4. บันทึกผลของการพัฒนาการที่เป็นข้อค้นพบที่สำคัญของการวิจัย

แบบวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) เป็นแบบที่แสดงขั้นตอนหลักของกระบวนการแสวงหาความรู้ด้วยการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีรากฐานการพัฒนามาจากแนวคิดของ Kurt Lewin (2003) โดยเฉพาะการประยุกต์ในเรื่องการกระทำกิจกรรมหลัก (Core Activities) ได้จำแนกกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลักคือ การวางแผน (Planning), การลงมือปฏิบัติ (Action), การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation), การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) (องอาจ นัยพัฒน์, 2554)



ภาพประกอบ 5 แผนภาพแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart

การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่คาดว่าจะอาจเกิดขึ้นจากการลงมือปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ กอปรกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การตระหนักและไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งสถานการณ์อันเป็นเงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น

การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติการให้เป็นไปตามที่ระบุในแผน อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงการปฏิบัติการตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสเกิดการพลิกผันหรือแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดในสถานการณ์เวลานั้นได้ด้วยเหตุผลนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนทดลองหรือแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องทางให้ผู้ปฏิบัติสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขปัจจัยที่เป็นอยู่ขณะนั้น

การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการรวบรวมข้อมูลหลักฐานด้านกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป ตลอดจนสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ และประเด็นปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างลงมือปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพลักษณะเป็นอย่างไร เพื่อจะได้ใช้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นตามมา

การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการทวนระลึกถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตอย่างครุ่นคิดไตร่ตรองในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้

ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามที่พึงประสงค์หรือไม่ กลยุทธ์อย่างหนึ่งที่ช่วยให้กระบวนการสะท้อนกลับเกิดขึ้นอย่างได้ผล ได้แก่ การอภิปรายซักถามในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัยภายใต้การยึดมั่นต่อเป้าหมายของกลุ่มเป็นหลัก

สรุปหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นความพยายามที่จะปรับปรุงการศึกษา โดยการเปลี่ยนแปลง (Changing) การศึกษานั้นและการเรียนรู้ลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงนั้น
2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการทำงานของกลุ่ม (Participation) และการให้การศึกษาหรือร่วมมือกันทำงาน (Collaboration) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่กลุ่มกำหนด
3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยการประเมินตรวจสอบในทุก ๆ ขั้นตอน เพื่อปรับปรุงฝึกหรือการปฏิบัติให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย
4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีระบบ (Systematic Learning Process) โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องนำความคิดเชิงนามธรรมมาสร้างเป็นข้อสมมติฐานทดลองฝึกปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการทดลอง (Test) ว่าสมมติฐานของแนวความคิดนั้นถูกหรือผิด
5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นจากจุดเล็ก ๆ (Start Small) อาจเริ่มจากบุคคล คนเดียว ที่พยายามดำเนินการให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงสิ่งบางอย่างทางการศึกษาให้ดีขึ้นโดยขณะที่ปฏิบัติต้องปรึกษา รับฟังข้อคิดเห็นและอาศัยการร่วมมือปฏิบัติจากผู้เกี่ยวข้อง
6. การปรับปรุงและได้ผลสรุปที่สมเหตุสมผลในขณะเดียวกันสามารถนำปรากฏการณ์ที่ศึกษามาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) ได้จากการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เห็นว่าเป็นการวิจัยเพื่อนำผลการปฏิบัติงานมาใช้แก้ปัญหาหรือปรับปรุงการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาหน่วยงานให้ประสบความสำเร็จอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ (ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2537)

2.6 ทฤษฎีระบบ (System Theory)

คำว่าระบบ (System) อาจจัดได้ว่าเป็นกลุ่มของส่วนที่เกี่ยวข้องกันและมีความสัมพันธ์กันในเชิงที่จะต้องบรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกัน

ส่วนต่างๆ ของระบบอยู่ในสถานะที่เคลื่อนไหวได้ การเคลื่อนไหวหรือแสดงออกของส่วนต่างๆ จะมีปฏิริยากระทบต่อกันเสมอ โดยที่ในระบบหนึ่งๆ จะประกอบด้วยระบบย่อยต่าง ๆ (Subsystems) และภายในระบบย่อยก็จะประกอบไปด้วย ระบบย่อยเล็กลงไปอีก หากมีการ

เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ณ ส่วนหนึ่งส่วนใดของระบบจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อเนื่องกันเป็นลูกโซ่ (Chain of Effects)

ระบบประกอบไปด้วยองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

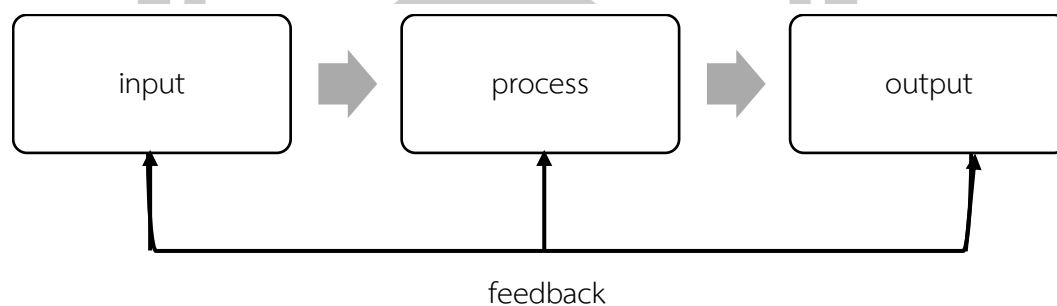
ปัจจัยนำเข้า (Inputs) ได้แก่ ทรัพยากรต่างๆ ที่ต้องใช้ในกระบวนการบริหาร นั่นคือ ทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรทางกายภาพ ทรัพยากรทางการเงิน และข้อมูลที่ต้องใช้ในการผลิตสินค้าและบริการ

กระบวนการแปรสภาพ (Transformation Process) ประกอบด้วย เทคนิคในการจัดการต่างๆ รูปแบบกิจกรรมการผลิต เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการผลิต

ปัจจัยนำออก (Outputs) ได้แก่ สินค้า บริการ กำไร ขาดทุน และผลที่คาดหวังอื่น ๆ เช่น ศักยภาพของพนักงานที่พัฒนาขึ้น เป็นต้น

ข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) คือ ข้อมูลเกี่ยวกับผลที่เกิดจากกิจกรรมขององค์การ ซึ่งสามารถนำไปพิจารณาเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในขั้นตอนต่าง ๆ ได้

จากทฤษฎีระบบนั้น องค์การจะใช้กระบวนการแปรสภาพเพื่อเปลี่ยนปัจจัยนำเข้าไปเป็นผลผลิต และในขณะเดียวกันกลไกในระบบก็จะขึ้นกับการนำข้อมูลย้อนกลับไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ และ ปรับปรุงปัจจัยนำเข้า



ภาพประกอบ 6 องค์ประกอบของสิ่งนำเข้า/ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ของทฤษฎีระบบ

(Horesh, Klomek and Apter, 2008; Wiek and Walter, 2009)

2.7 โครงการระบบการเข้าถึงยาจิตเวชสำหรับเครือข่ายสุขภาพจังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2559

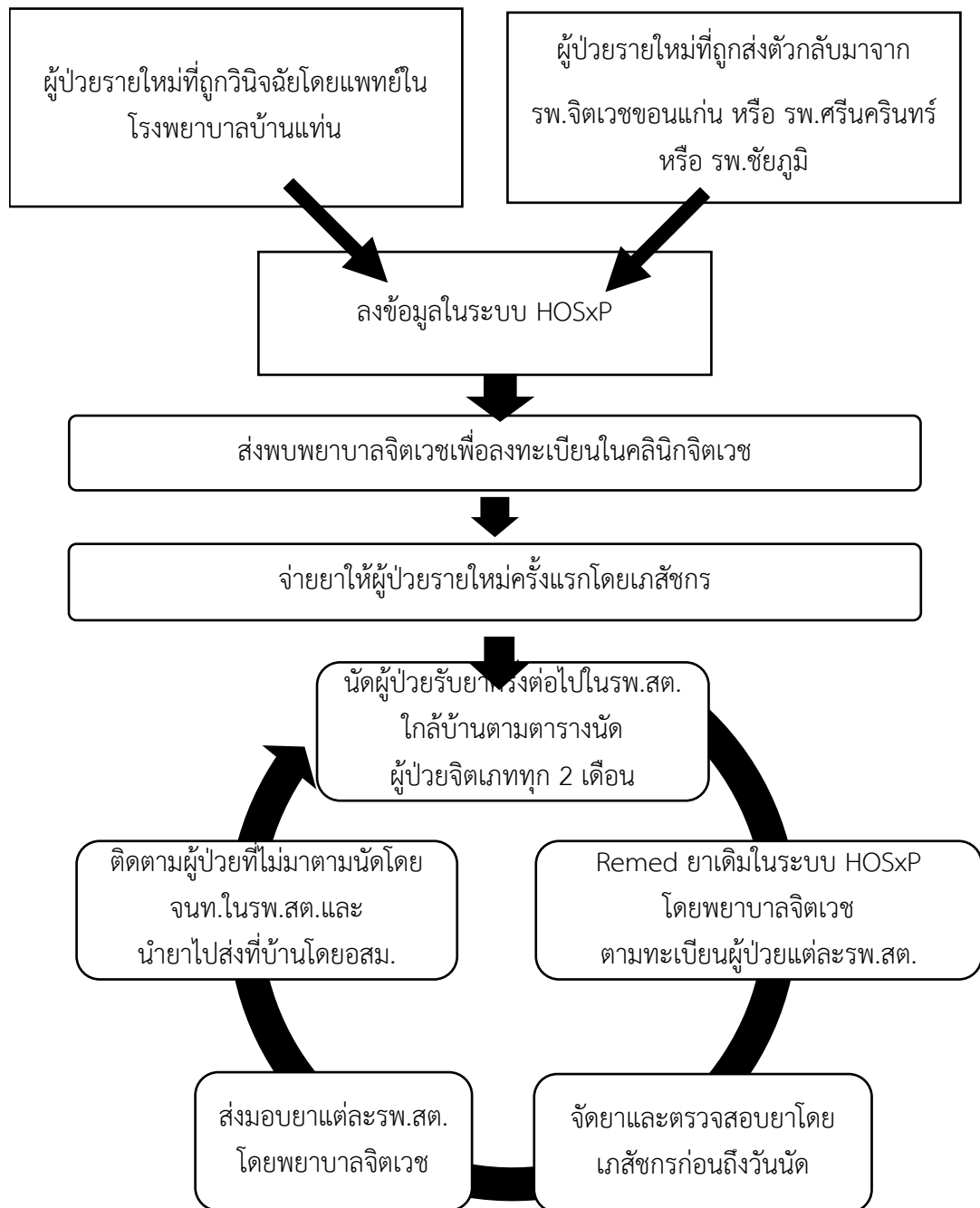
การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดชัยภูมิ พบว่ามีการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตในปี 2556, 2557 และ 2558 เท่ากับ 63.48%, 71.29% และ 79.10% ตามลำดับ ซึ่งการเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตได้รับการ

ดูแลรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่าได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด
เภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วย
บริการ โดยผู้ป่วยโรคจิต หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ
Psychotic Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10
(ICD – 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems – 10)
หมวดโรคจิต (F20-29) ของปี 2526 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์
วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual
of Mental disorder IV) ที่มารับบริการสะสมถึงปีงบประมาณ 2559 ทั้งรายเก่าและรายใหม่ โดย
วินิจฉัยแยกโรคจิตที่มีสาเหตุจากการใช้สุราและสารเสพติด (คณะกรรมการ service plan สาขาจิต
เวชและยาเสพติด, 2559)

เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วย Psychosis

1. ผู้ป่วยปฐมภูมิ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่ได้แสดงอาการชัดเจน เช่น มีพูดคนเดียวเป็นบางครั้ง
นานๆครั้ง แยกตัวออกจากชุมชน แต่ยังสามารถทำมาหากินได้ ยังคงดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ ไม่เสีย
function ไม่จำเป็นต้องใช้ยาต้านโรคจิต
2. ผู้ป่วยทุติยภูมิ หมายถึง แสดงอาการชัดเจน ครบตามเกณฑ์วินิจฉัย (หูแว่ว/ประสาท
หลอน พูดเรื่อยเปื่อยไม่ประติดประต่อ พฤติกรรมแปลกๆ แยกตัวไม่สนใจสังคม) จำเป็นต้องได้รับการ
รักษาด้วยยาต้านโรคจิต ได้รับการตรวจรักษาจนอาการสงบแล้ว อยู่ในระยะรักษายาต่อเนื่อง เพื่อ
ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (maintenance phase)
3. ผู้ป่วยตติยภูมิ หมายถึง แสดงอาการชัดเจน ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย จำเป็นต้องได้รับ
การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตหรือยาจิตเวชมากกว่าหนึ่งชนิด
4. ผู้ป่วยตติยภูมิที่ควรส่งต่อรพ.จิตเวช หมายถึง มีอาการรุนแรง ควรรักษาไว้แบบผู้ป่วย
ใน (พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรุนแรงเกินศักยภาพโรงพยาบาลจะ
ควบคุมได้) Fail OPD treatment

จากโครงการระบบการเข้าถึงยาจิตเวชสำหรับเครือข่ายสุขภาพจังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ
2559 ได้เน้นด้านการรับบริการตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ด้วยเป้าหมายผู้ป่วยโรคจิต
เข้าถึงบริการ > 55% และผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานโดยไม่เกิดปัญหาทางสังคมที่รุนแรง จาก
ข้อมูลดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยระดับทุติยภูมิและไม่พบอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยาจิตเวชจะได้รับ
กลับมาจากโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อมารักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนและ
รพ.สต.



ภาพประกอบ 7 แสดงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ

โรงพยาบาลบ้านแท่นได้มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังให้ได้รับยาต่อเนื่องจากการประสานงานของพยาบาลจิตเวชเป็นหลัก ที่ดำเนินการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยจิตเภททุกรายที่มีเอกสารส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลทั่วไป นอกจากนี้ในผู้ป่วยรายใหม่ที่ถูกวินิจฉัยและ

เริ่มยาต้านโรคจิตต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบ้านแพ้น เมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว พยาบาลจิตเวชจะส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วยให้แก่ รพ.สต. ที่ใกล้เคียงกับบ้านของผู้ป่วย เพื่อให้สะดวกต่อการมารับยาต่อเนื่อง โดย เกสซ์กรรมมีบทบาทในการสนับสนุนยาให้เพียงพอ และตรวจสอบรายการยาให้ตรงกับใบสั่งยาล่าสุด ก่อนยาถูกส่งไป รพ.สต. พร้อมกับพยาบาลจิตเวช ดังแสดงในภาพประกอบ 7

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.8.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

จากการศึกษาของ Tadele Eticha และคณะ (2015) ซึ่งเป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ Mekelle ประเทศเอธิโอเปีย ที่เป็นการศึกษาแบบการ สัมภาษณ์ภาคตัดขวางเกี่ยวกับลักษณะทางสังคม ทักษะชีวิตเกี่ยวกับยา การหยั่งรู้สุขภาพความเจ็บป่วย และ อาการข้างเคียงจากยา ที่จะถูกวัดและสำรวจความสัมพันธ์เหล่านี้กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้ แบบสอบถามที่มีโครงสร้างเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดย SPSS Version 20.0 พบว่าจากผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าร่วมการศึกษา 393 คน มี 26.5% ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านโรค จิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญคือทัศนคติในเชิงบวก (AOR = 1.40, 95% CI: 1.26, 1.55) อาการข้างเคียงน้อยลง (AOR = 0.97, 95% CI: 0.94, 0.99) ความตระหนักถึงการเจ็บป่วย (AOR = 1.44, 95% CI: 1.12, 1.85) และความสามารถในการประเมิน อาการ (AOR = 1.57, 95% CI: 1.19, 2.07) อย่างไรก็ตามพบความร่วมมือในการใช้ยาต้านโรคจิต ลดลงในผู้ที่ใช้สารที่พบในพืช Khat (สำหรับประเทศไทย ควบคุมสารที่พบในพืช Khat คือ คาทีโนน (cathinone) จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518) (AOR = 0.24, 95% CI: 0.09, 0.68) คนไม่รู้หนังสือ (AOR = 0.13, 95% CI: 0.03, 0.47) และกลุ่มผู้สูงอายุ (AOR = 0.03, 95% CI: 0.01, 0.16) ดังนั้นความชุกของการไม่ให้ความ ร่วมมือในการใช้ยาที่สูงของผู้ป่วยจิตเภท การเน้นกลยุทธ์ให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความเข้าใจในภาวะ เจ็บป่วย ยา และอาการข้างเคียงจากยาที่สำคัญ ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต

จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Solomon Teferra และคณะ (2013) ในการรับรู้เหตุผล ของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทจากผู้ป่วย 24 คน ผู้ดูแล 19 คน และบุคลากรทางการแพทย์ 1 คน ในประเทศเอธิโอเปีย ซึ่งการศึกษานี้เป็นกลุ่มประชากรที่มาจาก The Butajira Study on Course and Outcome of Schizophrenia and Bipolar Disorder (cohort study) ใน การศึกษานี้มีการสนทนากลุ่มจำนวน 6 ครั้งและการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 9 ครั้งถึงการรับรู้การ ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านโรคจิต และวิเคราะห์โดย Thematic analysis พบว่าเหตุผลหลัก ของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในประเทศด้อยพัฒนาคือการขาดแคลนอาการและความรู้ความ

เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาต้านโรคจิต บาบาทสำคัญของครอบครัวหรือการสนับสนุนทางสังคมขาด กฎหมายมารองรับ ส่วนปัจจัยความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของประเทศพัฒนาแล้วได้ถูกพิจารณาในประเทศเอธิโอเปียด้วย เช่น การรับรู้สภาพความเจ็บป่วย ความล้มเหลวในการรักษา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การใช้สารเสพติด ทักษะชีวิตที่ไม่ดีของผู้ดูแล จากการศึกษาที่สรุปให้เห็นว่าอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเอธิโอเปียเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ต้องปรับระบบการดูแลสุขภาพจิต ให้ความสนใจมากขึ้นในบทบาทญาติทางสังคมและช่วยเหลือทางการเงินจะช่วยเพิ่มความร่วมมือให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์เต็มที่จากการใช้ยา

จากการศึกษาแบบอภิวเคราะห์ของ Richard Gray และคณะ (2016) ถึงความร่วมมือในการรักษา (Adherence therapy) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทได้หรือไม่ ซึ่งความร่วมมือในการรักษาคือการบำบัดทางจิตวิทยาที่มีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) และเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioural therapy) จึงมีการศึกษาผลของความร่วมมือในการรักษาเปรียบเทียบกับการรักษาแบบทั่วไป เพื่อผลลัพธ์หลักที่ต้องการคืออาการของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น พบว่าจาก 6 การศึกษาที่ใช้ความร่วมมือในการรักษาที่ถูกต้องพิมพ์ตั้งแต่ปี 2006 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยลดอาการทางจิตได้อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบเดิมจากการติดตามไป 1 ปี และไม่พบผลกระทบจากการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของ Marcia Valenstein และคณะ (2011) ที่ใช้ pharmacy-based intervention (Meds-Help) เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง เพื่อให้มีอาการทางจิต คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อการรักษาดีขึ้น จากผู้ป่วยจิตเภท 118 คนที่ใช้ยาต้านโรคจิตมานานแต่มี antipsychotic medication possession ratios (MPRs) < 0.8 ในปีที่ผ่านมา แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม (Usual Care) 60 คน และกลุ่มทดลอง (Meds-Help) 58 คน ประเมินความร่วมมือทุก 6 และ 12 เดือน พบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมี MPRs เท่ากับ 0.54 ในกลุ่มทดลอง และ 0.55 ในกลุ่มควบคุม หลังจากติดตามไป 6 เดือน กลุ่มทดลองมี MPRs เท่ากับ 0.91 และกลุ่มควบคุมมี MPRs เท่ากับ 0.64 หลังจากติดตามไป 12 เดือน กลุ่มทดลองมี MPRs เท่ากับ 0.86 และกลุ่มควบคุมมี MPRs เท่ากับ 0.62

2.8.2 งานวิจัยในประเทศไทย

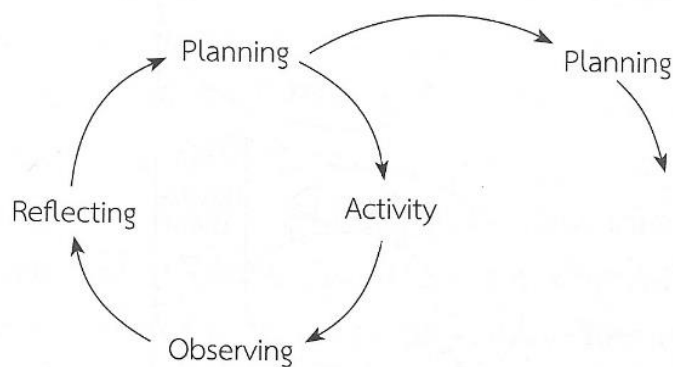
การศึกษาในประเทศไทยพบว่ามี 2 การศึกษา ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยหรือแรงจูงใจที่มีผลต่อการกินยาต่อเนื่อง โดยพบว่าแรงจูงใจในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทซึ่งมารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา นครินทร์ จำนวน 300 คน อยู่ในระดับดี ร้อยละ 93.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 138.4 (SD=21.1) ส่วนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.3 โดยมีคะแนน

เฉลี่ยเท่ากับ 4.9 (SD=1.5) แต่พบว่าแรงจูงใจในการรักษาไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า แรงจูงใจไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งแตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น ดังนั้น การศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องในการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงมีความจำเป็นเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อไป ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาหรือรับยาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2546 เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่อง 3) การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต่อเนื่อง 4) การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง 5) การสนับสนุนทางสังคมต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง และ 6) การรับประทานยาต่อเนื่อง จากผลการศึกษาชี้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพควรส่งเสริมและช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับอุปสรรคต่างๆ ที่ขัดขวางการรับประทานยาต่อเนื่อง โดยเฉพาะ ความรู้สึกเบื่อหน่ายและรู้ว่าตนเองเป็นคนป่วยตลอดเวลา อนึ่ง การศึกษาครั้งนี้ได้ผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาต่อเนื่องระดับมาก จึงควรทำการศึกษาซ้ำในผู้ป่วยที่มีความหลากหลายของการรับประทานยาต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ได้มากขึ้น

แม้แรงจูงใจจะไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา แต่พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดยาคือ คิดว่าตนไม่ป่วย เบื่อหน่ายต่อการกินยา ได้รับผลข้างเคียงจากยา โดยเฉพาะอาการง่วงเพลีย ลึนแข็ง หลังการศึกษาและระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดมีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง และหลังการบำบัดผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลา ในระยะติดตาม 1 เดือน ผู้ป่วยจิตเภท 19 คน มีอาการทางจิตทุเลา มีผู้ป่วย 1 คน มีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากถูกญาติเลื่อนการรับกลับเป็นครั้งที่ 2 และติดตามในระยะ 3 เดือนหลังบำบัด ผู้ป่วยทุกคนอาการทางจิตทุเลา จากการศึกษาในประเทศไทยพยาบาลมีส่วนสำคัญในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แต่เภสัชกรยังคงมีบทบาทน้อยในการส่งเสริมของผู้ป่วยกลุ่มนี้

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed-method research) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quatitative study) ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) โดยทำวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kurt Lewin (2003) ได้จำแนกกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลักคือ การวางแผน (Planning), การลงมือปฏิบัติ (Action), การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation), การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) (ภัทรพร เกษสังข์, 2559) เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยสหสาขาวิชาชีพร่วมกับเครือข่ายชุมชนสามารถอธิบายจากภาพประกอบ 8 ได้ ดังนี้



ภาพประกอบ 8 แผนภาพรูปแบบวงจรวิจัยปฏิบัติการของ Kurt Lewin

รายละเอียดของการดำเนินงานวิจัยดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นประเภทการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) โดยมุ่งเน้นศึกษาการบริการผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลบ้านแท่น ที่ถูกส่งต่อไปรับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต.สระพัง บ้านเต่า และหนองคู ซึ่งต้องมีการศึกษาถึงแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับสหวิชาชีพให้ได้รับยาต่อเนื่องที่รพ.สต. การค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา และการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และการเฝ้าระวังอาการกำเริบ โดยมีรายละเอียดการดำเนินการศึกษา ดังนี้

Phase 1 หมายถึง ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปใช้เตรียมการวางแผนก่อนทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quatitative study) ซึ่งประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเรื่องความรุนแรงอาการทางจิต (BPRS) ความร่วมมือในการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่ รพ.สต.สระพัง บ้านเต่า และหนองคู (Baseline characteristic) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) คือ มุมมองเรื่องโรคและยาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ รพ.สต. และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. จากการสนทนากลุ่ม

Phase 2 หมายถึง ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การดำเนินงาน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

Phase 3 หมายถึง ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล



ภาพประกอบ 9 ขั้นตอนการดำเนินงานตามกระบวนการ PAOR

3.1.1 ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปใช้เตรียมการวางแผนก่อนทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมปัจจัย 5 ด้านที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ ยา ความเจ็บป่วย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ โดยดำเนินการดังนี้ คือ

3.1.1.1 ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 13 ราย เพื่อค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug-related problem: DRP) การศึกษานี้แบ่งประเภท DRPs ตามนิยามของ Hepler และ Stand ที่แปลและเรียบเรียงโดยฐิติมา ตัวเงิน คือ ได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ ไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ เลือกใช้ยาหรือรูปแบบยาไม่เหมาะสม ได้รับยาถูกชนิดแต่ขนาดยาที่ใช้บ่อยเกินไป ได้รับยาถูกชนิดแต่ขนาดยาที่ใช้มากเกินไป ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งจากสาเหตุต่าง ๆ รวมทั้งขาดความร่วมมือในการรักษา เกิด ADR เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร หรือยากับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1.1.2 ติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาล บ้านแพ้ว เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.สระพัง บ้านเต่า และหนองคู อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดชัยภูมิ เพื่อนัดหมายวันและเวลาในการดำเนินการ

3.1.1.3 นัดหมายผู้ป่วยจิตเภทและญาติที่รพ.สต.สระพัง บ้านเต่า และหนองคู เพื่อสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ พฤติกรรมการใช้ยาและการดูแลตนเองเมื่อเกิด ADR และเก็บข้อมูลเรื่องความรุนแรงอาการทางจิต (BPRS) ความร่วมมือในการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และปัญหาที่เกี่ยวกับยา โดยใช้เวลาสอบถามผู้ป่วยตามแบบสอบถามที่ รพ.สต. จำนวน 13 คนและญาติผู้ดูแล 6 คน คนละ 15 – 45 นาที

3.1.1.4 นัดหมายพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละ รพ.สต. สระพัง บ้านเต่า และหนองคู จำนวน 3 คน (แห่งละ 1 คน) เพื่อสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) โดยประเด็นหรือคำถามที่นักวิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนาได้มาจากแนวคิดของผู้วิจัย ใช้คำถามปลายเปิดในประเด็นดังต่อไปนี้

3.1.1.4.1 สาเหตุและปัญหาของการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท

3.1.1.4.2 แนวทางแก้ปัญหาจากการใช้ยาหรือการขาดยาของผู้ป่วยจิตเภท

3.1.1.4.3 นโยบายสนับสนุนหรืออุปสรรคในการแก้ปัญหาการรับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทใน รพ.สต.

3.1.2 ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการ

ตามแนวคิดของ Kurt Lewin (2003) มี 4 ขั้นตอนดังนี้

3.1.2.1 ขั้นวางแผน (Planning)

ประชุมและวิเคราะห์ปัญหาการให้บริการผู้ป่วยจิตเภท ความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน และผลการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมาระหว่างโรงพยาบาลบ้านแท่นและ รพ.สต. โดยร่วมการวางแผน แก้ไขปัญหา หาแนวทางและวิธีการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้การสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

3.1.2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

โดยดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้และดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้ด้านโรคจิตเภท และยาแก่ผู้ปฏิบัติตามแนวทางการบริการผู้ป่วยจิตเภท ดังแสดงในตาราง 5 ดังนี้

ตาราง 5 กิจกรรมที่วางแผนไว้

	รพ.สต.สระพัง (n=6), รพ.สต.บ้านเต่า (n=4), รพ.สต.หนองคู (n=3)
ระยะเวลาที่ 1 : ขั้น เตรียมการเพื่อศึกษา ปัญหาในระบบบริการ ผู้ป่วยจิตเภท	<ol style="list-style-type: none"> 1) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 13 ราย เพื่อค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา หรือ drug-related problem (DRP) 2) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณของผู้ป่วยและญาติจากการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม : ความรุนแรงอาการทางจิต (BPRS), ความร่วมมือในการใช้ยา, อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3) สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแล 4) สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเภท 5) สนทนากลุ่มร่วมกันระหว่าง เจ้าหน้าที่ รพ.สต.และเจ้าหน้าที่ รพ.บ้านแท่น เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) การให้บริการผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ตาราง 5 (ต่อ)

	รพ.สต.สระพัง (n=6), รพ.สต.บ้านเต่า (n=4), รพ.สต.หนองคู (n=3)
ระยะที่ 2 : ระยะดำเนินการโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	<ol style="list-style-type: none"> 1) ขั้นวางแผน (Planning) กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานที่มีโครงสร้างบทบาทหน้าที่ เพื่อดำเนินตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยเกื้อหนุนให้ความรู้เรื่องยาและการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3) ขั้นการสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณของผู้ป่วยและญาติจากการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามฯ 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection) โดยสะท้อนผลออกมาในรูปของกระบวนการและอภิปรายร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ
ระยะที่ 3 : การเสนอผลการวิจัย	สนทนากลุ่ม (focus group) สะท้อนผลร่วมกันระหว่างผู้ร่วมงานวัดความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง สรุปและเขียนรายงานการวิจัย

3.1.2.3 ขั้นการสังเกต (Observation)

โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสังเกตหรือเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting Data) หรือการเก็บรวบรวมหลักฐาน (Collecting Evidence) เป็นขั้นตอนที่ได้จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยที่ได้ปฏิบัติงานตามแผนตามระยะเวลาที่กำหนดไว้แต่ละช่วงและกิจกรรมในแผนที่กำหนดไว้โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการบริการผู้ป่วยจิตเภท

3.1.2.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

ประชุมสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนทั้งหมดที่ได้จากการวิจัย ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ และประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติระบบบริการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ณ รพ.สต. สระพัง บ้านเต่า และหนองคู อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ เพื่อนำไปสู่การปรับสถานการณ์และโครงการ เพื่อการวางแผนการดำเนินการในขั้นต่อไปตามรูปแบบวงจรวิจัยปฏิบัติการของ Kurt Lewin (2003)

3.1.3 ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

สรุปผลการดำเนินงานระบบบริการผู้ป่วยจิตเภท โดยสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในระยะสิ้นสุดโครงการโดยเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และ ประเมินความพึงพอใจในการพัฒนาระบบ จากทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น

3.2 ประชากรที่วิจัย

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

3.2.1 บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. เครือข่ายสุขภาพในอำเภอบ้านแท่น

3.2.2 ผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาและผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 6 แห่ง ได้แก่ หลุบค่าย สามสวน สระพัง บ้านเต่า ดอนชิงแครง หนองคู และโรงพยาบาลบ้านแท่น ในเดือนมีนาคม - สิงหาคม 2560

3.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติดังนี้

3.3.1.1 แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ รพ.สต. สระพัง บ้านเต่า และหนองคู ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านแท่น โดยศึกษาในประชากรที่มีประสบการณ์ในการทำงาน ไม่น้อยกว่า 1 ปี

3.3.2 กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท รหัสโรค ICD-10 F20 ที่รักษาด้วยยาที่มารับบริการที่ รพ.สต. สระพัง บ้านเต่า และหนองคู จำนวน 13 คน ที่ได้รับยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลบ้านแท่น ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติดังนี้

3.3.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

3.3.2.1.1 ผู้ป่วยจิตเภททุกกลุ่มอายุที่ได้รับยาของโรงพยาบาลบ้านแท่น แต่ส่งมอบยา ณ หน่วยบริการ รพ.สต. สระพัง บ้านเต่า และหนองคู

3.3.2.1.2 ญาติ/ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาของโรงพยาบาลบ้านแท่น แต่ส่งมอบยา ณ หน่วยบริการ รพ.สต. สระพัง บ้านเต่า และหนองคู

3.3.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

3.3.2.2.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่ไปรับบริการหลายแห่ง และไม่มีเอกสารส่งตัวยืนยันการส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลอื่นมาที่โรงพยาบาลบ้านแพ้น

3.3.2.2.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่อยู่บ้านหรือย้ายถิ่นฐานระหว่างการศึกษ

3.3.2.2.3 ญาติ/ผู้ดูแลที่ไม่อยู่บ้านหรือย้ายถิ่นฐานระหว่างการศึกษ

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.4.1.1 กลุ่มผู้ให้บริการ บุคลากรเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านแพ้น ประกอบด้วย

3.4.1.1.1 แบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ให้บริการ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน (อำภา ศรียศ, 2551) (ภาคผนวก ฉ)

3.4.1.1.2 แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรต่อระบบบริการผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อแก้ปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท (อำภา ศรียศ, 2551) (ภาคผนวก ฉ)

3.4.1.2 กลุ่มผู้รับบริการ คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย

3.4.1.2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ให้การดูแลประจำเมื่อเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) (ภาคผนวก ก)

3.4.1.2.2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ของ Overall & Gorham (1988) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยพันธุภา กิตติรัตน์ ไพบุลย์ (2547) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน (ภาคผนวก ข) (ความเที่ยง = 0.74) (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 18 ข้อ ประเมินอาการทั้ง 3 ด้าน โดยแบ่งเป็นด้านอาการทั่วไป จำนวน 10 ข้อ อาการด้านลบ จำนวน 2 ข้อ และอาการด้านบวก จำนวน 6 ข้อ การให้คะแนนข้อ 1-10 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยตรง ข้อ 11-18 จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละระดับมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	มีอาการอยู่บ้างแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
ระดับคะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
ระดับคะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง

ระดับคะแนน 6 หมายถึง มีอาการรุนแรง

ระดับคะแนน 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

การคิดคะแนนโดยคิดจากผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) รวมคะแนนทั้งหมดซึ่งมีค่าระหว่าง 8-126 คะแนน แล้วมีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน แปลว่า มีอาการของโรคระดับเล็กน้อย

3.4.1.2.3 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ในข้อ 2 ที่ประเมินด้านการกินยา (คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ, 2559) (ภาคผนวก ค)

1 คะแนน (สม่ำเสมอ) หมายถึง การรับประทานยาครบทุกวันตามที่แพทย์สั่ง

2 คะแนน (ไม่สม่ำเสมอ) หมายถึง การรับประทานยาไม่ครบตามคำสั่งแพทย์ แต่ยังมีรับประทานยาเป็นบางเวลา

3 คะแนน (ไม่กินยา) หมายถึง ไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อ

3.4.1.2.4 แบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) (ภาคผนวก ง) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะตัวเลือกเป็นแบบเลือกตอบได้ 5 ตัวเลือก (5-point scale) ซึ่งคิดเป็นคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวม 15 ข้อ จะอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน คะแนนที่สูงขึ้น หมายถึง ผู้ป่วยมีความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสูง และคะแนนที่ต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต่ำ โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามมีดังนี้ คือ

5 คะแนน หมายถึง เกิดขึ้นประจำ

4 คะแนน หมายถึง เกิดบ่อยครั้ง

3 คะแนน หมายถึง เกิดบางครั้ง

2 คะแนน หมายถึง เกิดนาน ๆ ครั้ง

1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเกิด

3.4.1.2.5 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ให้การดูแลประจำเมื่อเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (ณัฐฉิณี กองแก้ว, 2556) (ภาคผนวก จ)

3.4.1.2.6 แบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (นพรัตน์ ไชยขานี, 2544) (ภาคผนวก ฉ) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดภาวะของผู้สูงอายุที่ไร้ความสามารถของ Montgomery, et al (1985) ที่บรรจุไว้ในคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แบ่งภาวะในการดูแลออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่เป็นภาวะเชิงปรนัย

(Objective Burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ที่มีผลจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งแบบวัดภาวะเชิงประนีประนอมนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้ง 12 ข้อ ส่วนที่เป็นภาวะเชิงอัตนัย (Subjective Burden) ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติของผู้ดูแล ที่เกิดจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางบวกได้แก่ข้อ 10 และเป็นข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	มีความรู้สึก เช่นนั้นเกือบตลอดเวลา
มาก	หมายถึง	มีความรู้สึก เช่นนั้นเกือบทุกวัน
ปานกลาง	หมายถึง	มีความรู้สึก เช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์
น้อย	หมายถึง	มีความรู้สึก เช่นนั้นเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีความรู้สึก เช่นนั้นนานๆ ครั้ง หรือ เกือบไม่มีเลย

การประเมินภาวะจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย คำถามแต่ละข้อจะตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมากน้อยเพียงใด แบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
มากที่สุด	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
มาก	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
น้อย	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
น้อยที่สุด	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาวะโดยรวมและแต่ละด้านแยกกัน โดยให้มีผู้ตอบประเมินข้อความความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1 – 5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาวะในการดูแลโดยรวมและรายด้าน

สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ของประคอง กรรณสูตร (2542 : 108) และ Best (1970 : 257) โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50 – 5.49 หมายถึง มีภาวะในการดูแลมากที่สุด
- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50 – 4.49 หมายถึง มีภาวะในการดูแลมาก
- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50 – 3.49 หมายถึง มีในการดูแลปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50 – 2.49 หมายถึง ในการดูแลน้อย
- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.49 หมายถึง ในการดูแลน้อยที่สุด

3.4.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

โดยการนำข้อมูลจากแนวคำถามการสังเกตการสัมภาษณ์การพูดแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการจากการร่วมดำเนินกิจกรรมในโรงพยาบาลบ้านแท่น

3.4.2.1 สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท (ภาคผนวก ข) โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละคนประมาณ 15 – 45 นาที ด้วยคำถามปลายเปิดในประเด็น ดังต่อไปนี้

3.4.2.1.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพ

3.4.2.1.2 พฤติกรรมการใช้ยาและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

3.4.2.1.3 สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

3.4.2.1 สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเภท (ภาคผนวก ข)

3.4.2.1.1 สาเหตุและปัญหาของการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท

3.4.2.1.2 แนวทางแก้ปัญหาจากการใช้ยาหรือการขาดยาของผู้ป่วยจิตเภท

3.4.2.1.3 นโยบายสนับสนุนหรืออุปสรรคในการแก้ปัญหาการรับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทใน รพ.สต.

3.4.2.2 การประชุมกลุ่มสนทนาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์มารวบรวมตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำการวิจัยโดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่วิเคราะห์และพิจารณาเชิงเหตุผล (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2552) พร้อมทั้งสรุปประเด็นเขียนตามกระบวนการที่เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะมีการสรุปผลการดำเนินงานและนำผลการวิเคราะห์คืนสู่โรงพยาบาลบ้านแท่น รพ.สต. สระพัง บ้านเต่าและหนองคู และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาหาวิธีการแก้ไขและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านแท่น เพื่อแก้ปัญหาความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

3.4.2.3 เครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิทัล

3.4.3 ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ภาคผนวก ญ)

3.4.4 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ภาคผนวก ก)

3.5 วิธีดำเนินการวิจัย

3.5.1 ขั้นก่อนดำเนินการวิจัย

3.5.1.1 ศึกษาข้อมูลทั่วไป บริบทของโรงพยาบาลบ้านแพ้นและ รพ.สต.สระพัง บ้านเต่า และหนองคู อำเภอบ้านแพ้น จังหวัดชัยภูมิ

3.5.1.2 ศึกษาข้อมูลระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลบ้านแพ้น อำเภอบ้านแพ้น จังหวัดชัยภูมิ โดยบทบาทของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการส่งมอบยาที่รพ.สต.สระพัง บ้านเต่า และหนองคู มีดังนี้คือ

3.5.1.2.1 แพทย์ มีบทบาทในการสนับสนุนให้คำปรึกษาร่วมแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และส่งต่อการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเกินความสามารถของโรงพยาบาล

3.5.1.2.2 พยาบาลจิตเวช มีบทบาทในการรวบรวมและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชในระดับอำเภอ ดำเนินการให้การติดตามดูแลต่อเนื่องรวมถึงการส่งมอบยาทุก 2 เดือนตามนัดในแต่ ละรพ.สต. ประสานเชื่อมโยงข้อมูล ประเมินและส่งต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ระหว่างรพ.สต.และโรงพยาบาลบ้านแพ้น

3.5.1.2.3 พยาบาลวิชาชีพในรพ.สต. มีบทบาทในการรวบรวมและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินเฝ้าระวังอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ ประเมินและส่งต่อกรณีที่มีปัญหา

3.5.1.2.4 เครือข่ายภาคประชาชน/อสม. มีบทบาทเฝ้าระวังสังเกตอาการเตือนอาการกำเริบ การดูแลการกินยาต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับครอบครัวและผู้ป่วย ประสานการส่งต่อและ ช่วยดูแลต่อเนื่อง

3.5.1.2.5 เภสัชกร มีบทบาทให้การสนับสนุน ตรวจสอบรายการยาทั้งหมดให้ตรงตามใบสั่งยาก่อนถูกส่งต่อไปที่รพ.สต.และสนับสนุนให้คำปรึกษาร่วมแก้ปัญหาด้านยา

จากการสัมภาษณ์มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลบ้านแพ้นต่อระบบยาจิตเวชระบบเดิมที่บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทตามภาพประกอบ 7 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในรายวิชาปัญหาพิเศษทางเภสัชกรรมคลินิก (Special Problems in Clinical Pharmacy) พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านแพ้นที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมีความเข้าใจภาพรวมของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกัน พยาบาลจิตเวชมีความเข้าใจระบบโครงสร้างทั้งระบบมากที่สุด ตั้งแต่การจัดการผู้ป่วยมีอาการกำเริบ การประเมินผู้ป่วย การติดตามดูแลต่อเนื่อง แต่แพทย์จะดูแลรักษาผู้ป่วยตามระบบบริการเหมือนผู้ป่วยทั่วไปซึ่งบางคนไม่ทราบว่ามีการส่งยาไปให้ผู้ป่วยจิตเวชที่รพ.สต. ดังนั้นบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจะเป็นหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวชที่ทำงานเชื่อมต่อกับ รพ.สต. อสม. และชุมชน รวมถึงการประสานงานในกรณีผู้ป่วยมีอาการกำเริบฉุกเฉิน ในมุมมองของพยาบาลจิตเวชอยากให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับยาทุกคน สำหรับเภสัชกรคำนึงถึงการผลักดันบทบาทหน้าที่การ

จ่ายยาจิตเวชที่ รพ.สต. และการตรวจสอบว่ายาไปถึงคนไข้จิตเวชจริงหรือไม่รวมทั้งปัญหาการจัดการกรณียาจิตเวชค้างที่ รพ.สต.

3.5.2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

3.5.2.1 ยื่นโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอความเห็นชอบให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการที่ควบคุมหรือกำกับกำกับการดำเนินงานวิจัย กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

3.5.2.2 ทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในตำบลสระพัง บ้านเต่า และหนองคู และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในตำบลสระพัง บ้านเต่า และหนองคูที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย

3.5.2.3 ติดต่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัยเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบโดยละเอียด และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ (Informed consent form) มีวิธีการ ดังนี้

3.5.2.4 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การปฏิบัติตัวเมื่อเข้าร่วมวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการรักษาความลับของข้อมูล

3.5.2.5 บันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย โดยมีวิธีการเก็บข้อมูลดังนี้

3.5.2.5.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

3.5.2.5.2 ส่วนที่ 2 ประวัติทางสังคม

3.5.2.5.3 ส่วนที่ 3 ประวัติการใช้ยา

3.5.2.6 ประเมินผู้ป่วยจิตเภทตามแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

3.5.2.7 สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา เพื่อประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบสัมภาษณ์การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

3.5.2.8 สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา โดยใช้แบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท

3.5.2.9 เตรียมชุดคำถามปลายเปิดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทตามกรอบแนวคิดปัจจัย 5 ด้านที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ ยา ความเจ็บป่วย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ

3.5.2.10 นัดหมายเพื่อพบกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทจากการมารับยาที่รพ.สต.ตามนัด จำนวน 13 คน และผู้ดูแลหลัก

3.5.2.11 สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ในผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อศึกษาทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการกินยา โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละคนประมาณ 15 – 45 นาที และบันทึกเทปรหว่างการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิทัล

3.5.2.12 หลังสัมภาษณ์เสร็จผู้วิจัยจะมอบของที่ระลึกเพื่อเป็นการขอบคุณสำหรับการให้ความร่วมมือในงานวิจัย

3.5.2.13 หลังจากสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก จึงนัดหมายสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเภทใน รพ.สต. โดยมีขั้นตอนเช่นเดียวกับที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท

3.5.2.14 ถอดคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำลงในโปรแกรม Microsoft word โดยกำกับรหัสของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายไว้

3.5.2.15 ทำดัชนีข้อมูลโดยใช้โปรแกรม ATLAS.ti 8 คือ เลือกคำบางคำมาใช้เพื่อจัดหมวดหมู่ข้อมูล โดยจัดหมวดหมู่ของดัชนีข้อมูลตามปัจจัย 5 ด้านที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ ยา ความเจ็บป่วย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ

3.5.2.16 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Content analysis ทั้งด้านมุมมองของผู้ป่วยจิตเภทและบุคลากรทางการแพทย์

3.5.2.17 นัดประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนกำหนดบทบาทหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่รพ.สต.ในนัดต่อไป

3.5.2.18 ให้บริการผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่รพ.สต.ตามนัด พร้อมทั้งสังเกตไปพร้อมกับปฏิบัติ (act and observe) ให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สะท้อนเหตุการณ์ปัจจุบัน ต่อเนื่องและสอดคล้องต่อกัน หลายแง่หลายมุมในทุกๆด้าน และสะท้อนผล (reflect) ในรูปของกระบวนการ การสะท้อนภาพจะพิจารณาโดยการอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้ร่วมงาน

3.5.3 ชั้นหลังดำเนินงาน

3.5.3.1 ประเมินความรุนแรงผู้ป่วยจิตเภทตามแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

3.5.3.2 ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

3.5.3.3 ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหลังพัฒนาระบบ

3.5.4 กรอบเวลาในการวิจัย

ใช้ระยะเวลาในการวิจัย 8 เดือน ตั้งแต่ตุลาคม 2560 ถึง พฤษภาคม 2561

ตาราง 6 ระยะเวลาในการวิจัย

หัวข้อ	ระยะเวลาดำเนินการ (ตุลาคม 2560 - พฤษภาคม 2561)							
	ต.ค. 60	พ.ย. 60	ธ.ค. 60	ม.ค. 60	ก.พ. 60	มี.ค. 61	เม.ย. 61	พ.ค. 61
1. ลงพื้นที่ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในรพ.สต. เพื่อชี้แจงโครงการ	←→							
2. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเรื่องความรุนแรงอาการทางจิต (BPRS) ความร่วมมือในการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่ รพ.สต.	←→							
3. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพถึงมุมมองเรื่องโรคและยาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่รพ.สต.								
4. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพถึงปัญหาในการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทในรพ.สต.จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.	←→							
5. focus group เพื่อออกแบบระบบ	←→							
6. บริการจ่ายยาผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในรพ.สต.ตามระบบใหม่ที่วางแผนไว้		←→						
7. ดำเนินการเก็บข้อมูลเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ความร่วมมือในการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหลังพัฒนาระบบ			←→					
8. ประชุมสะท้อนผลร่วมกันระหว่างผู้ร่วมงานสรุปและเขียนรายงานการวิจัย						←→		

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลแจ้งให้ทางโรงพยาบาลและ รพ.สต. ทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัย และรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติต่าง ๆ ดังกล่าวเพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษาวิจัย

3.6.2 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านแท่น โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นการให้มีส่วนร่วม แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เครือข่ายสุขภาพในอำเภอบ้านแท่น ในการแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ อย่างมีส่วนร่วม โดยแบ่งออกเป็น

3.6.2.1 การสังเกต โดยการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมโดยเข้าร่วมในกิจกรรม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

3.6.2.2 การสัมภาษณ์ โดยการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการกับการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ซึ่งในครั้งนี้จะใช้การสัมภาษณ์ทั้ง 2 แบบ ในแต่ละสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป โดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการจะใช้ในขั้นตอนของการสร้างความคุ้นเคยในช่วงแรกๆ ในการเข้าไปทำกิจกรรม ส่วนแบบที่เป็นทางการจะเริ่มทำในช่วงที่มีการทำกิจกรรมไปแล้ว

3.6.2.3 การสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นโอกาสให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เข้ามามีส่วนร่วมในการระดมความคิดเห็นต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลในการแก้ไขปัญหา และนำไปสู่การพัฒนา โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมอย่างเป็นประชาธิปไตย

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ร่วมกับการเก็บข้อมูลทุกครั้ง แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ซ้ำ โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต เก็บบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลไปพร้อมกับการปฏิบัติ โดยใช้โปรแกรม Atlas.ti for window version 8.0 ให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สะท้อนเหตุการณ์ในปัจจุบัน ต่อเนื่องและสอดคล้องต่อกันหลายแง่มุมในทุกๆด้าน และสะท้อนผลในรูปของกระบวนการ การสะท้อนภาพจะพิจารณาโดยการอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้ร่วมงาน ที่จะนำไปสู่การปรับสถานการณ์และโครงการ เพื่อช่วยในการวางแผนการดำเนินการในขั้นต่อไป

3.7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS for window version 16.0 โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

3.7.2.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงผลของข้อมูลทั่วไป ประวัติทางสังคม ประวัติการใช้ยา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วย

3.7.2.2 ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$ การทดสอบทางสถิติ

ตาราง 7 แสดงการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

	กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทก่อน - หลังการพัฒนาระบบ
ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	McNemar χ^2 test
คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา	Wilcoxon signed-rank test
คะแนนประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	Wilcoxon signed-rank test

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัยครั้งนี้ดังนี้

3.8.1 ผู้วิจัยนำหนังสือไปเชิญกลุ่มประชากรที่วิจัยด้วยตนเอง พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบ และอธิบายให้กลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง

3.8.2 กระบวนการและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกายและจิตใจต่อเจ้าหน้าที่ โดยผู้วิจัยจะไม่บังคับให้เข้าร่วมกิจกรรมหากไม่พร้อม หรือไม่สมัครใจ

3.8.3 ระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้พูดและแสดงออกเท่าเทียมกันโดยเสรี มีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อที่ประชุมได้ ผู้วิจัยซึ่งผู้จัดประชุม ผู้ดำเนินการประชุมไม่ควรรุกราน หรือเพิ่มความเครียดให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกียรติและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3.8.4 ผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจขั้นตอนของเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมมีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และสามารถจัดการกับความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เช่น การไกล่เกลี่ยและหาข้อยุติ

3.8.5 สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ในการประชุม เพื่อคลายความเครียด และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม

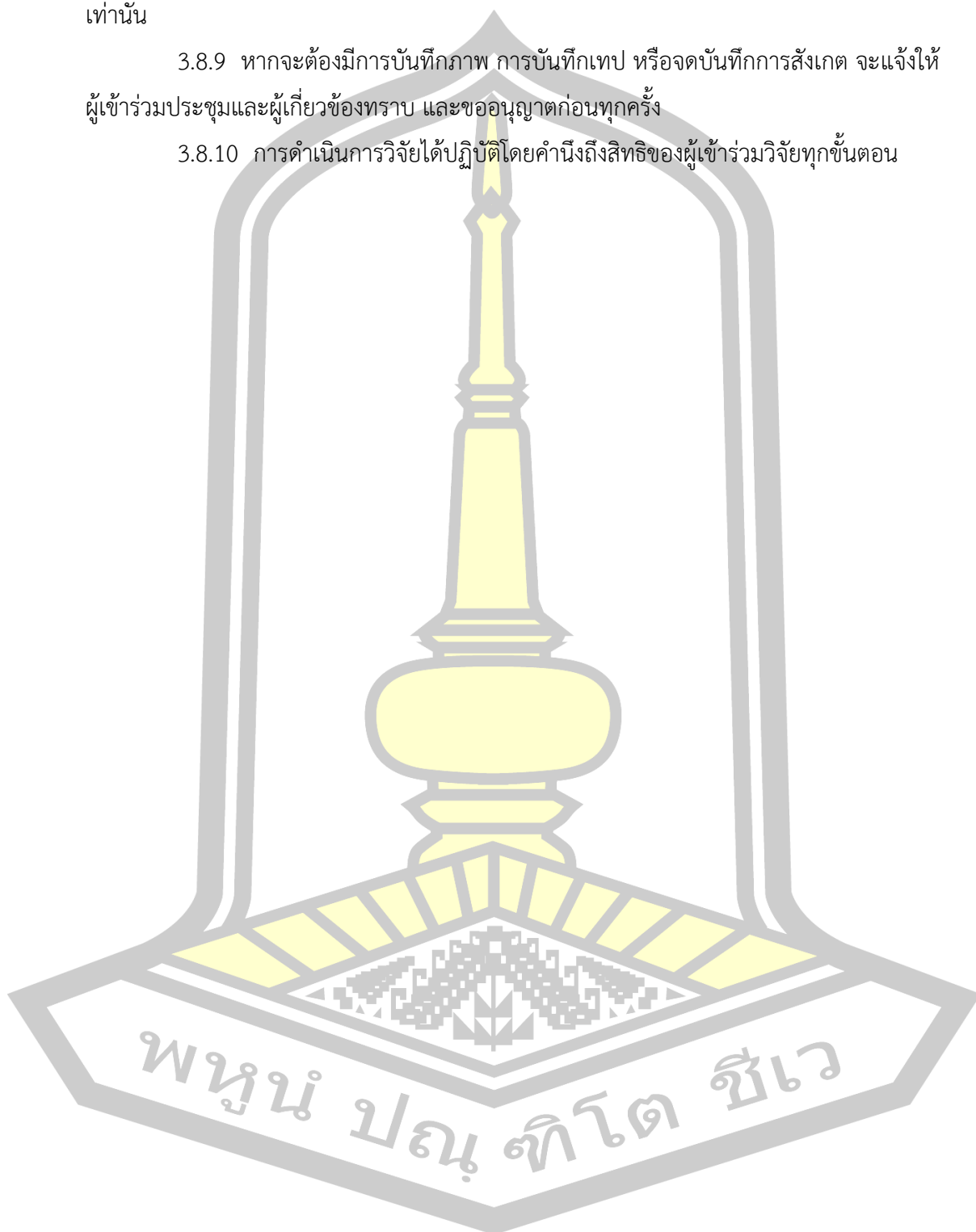
3.8.6 รับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความคิดเห็นว่าใครถูกหรือผิด

3.8.7 เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3.8.8 สร้างความมั่นใจเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือ จะนำไปใช้ในการวิจัย
เท่านั้น

3.8.9 หากจะต้องมีการบันทึกภาพ การบันทึกเทป หรือจดบันทึกการสังเกต จะแจ้งให้
ผู้เข้าร่วมประชุมและผู้เกี่ยวข้องทราบ และขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.8.10 การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ : กรณีศึกษาแบบเจาะจงกลุ่มตัวอย่าง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) เพื่อตอบคำถามงานวิจัย 2 ข้อ คือ 1) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยสหวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการทางจิตกำเริบอาละวาดได้หรือไม่ 2) การเพิ่มบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้สามารถแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับยาของผู้ป่วยจิตเภท ลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้หรือไม่ โดยวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการและโรค ให้การดูแลตามสภาพปัญหาและอาการที่พบ สามารถจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบสามารถติดตามดูแลผู้ป่วย ประสานเชื่อมโยงข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง

การเสนอผลการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอผลการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนพัฒนาระบบ

ตอนที่ 1 แสดงผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปเชิงปริมาณของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

ตอนที่ 2 แสดงผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปเชิงปริมาณของเจ้าหน้าที่และระบบการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ตอนที่ 3 แสดงข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาก่อนพัฒนาระบบ

ตอนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ

ระยะที่ 3 ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบ

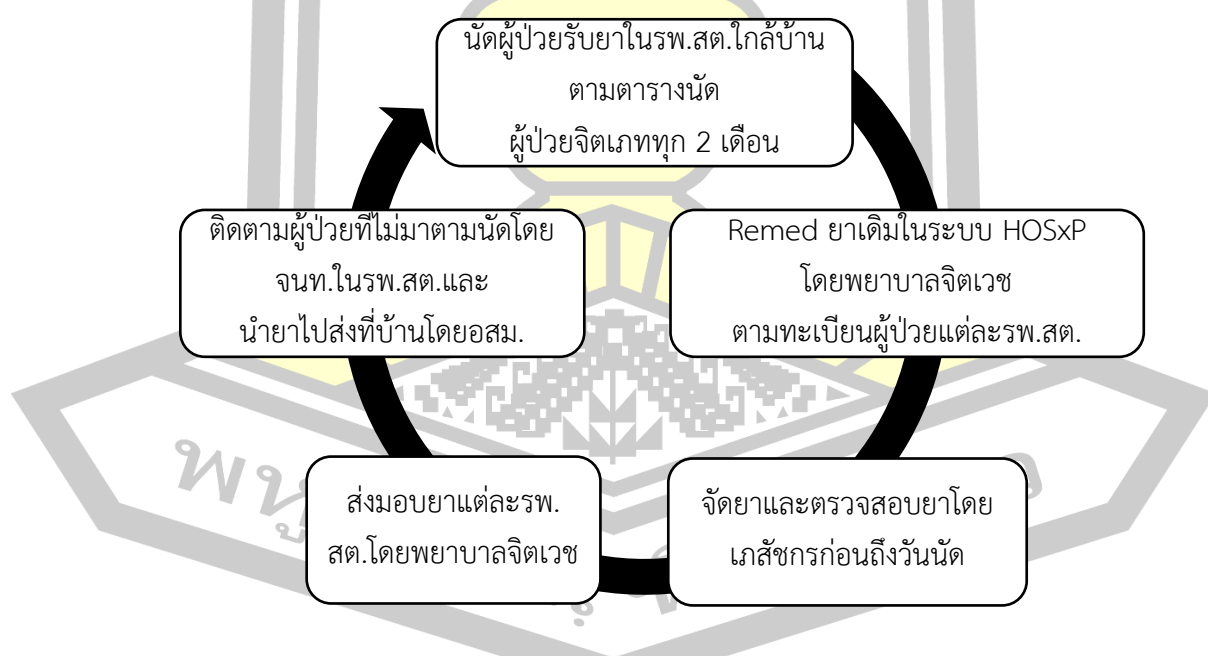
ตอนที่ 1 แสดงผลการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังพัฒนาระบบ

ตอนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผลการวิจัย

4.1 ระยะที่ 1 ก่อนพัฒนาระบบ (ระยะเตรียมการ)

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านแพ้นระบบเดิมได้พัฒนาระบบการเข้าถึงยาจิตเวชตามกรอบบัญชียาจิตเวช 35 รายการตั้งแต่ปี 2554 โดยให้บริการคลินิกจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึมเศร้า ลมชัก และโรคทางจิตเวชอื่นๆ ใน รพ.สต. ทั้ง 3 แห่งของอำเภอบ้านแพ้นและนัดติดตามอาการพร้อมรับยาทุก 2 เดือน โดยพยาบาลจิตเวชประจำโรงพยาบาลบ้านแพ้นส่งยาตามประวัติเดิมในระบบ HOSxP พร้อมกับส่งทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องรับยาในรพ.สต.แต่ละนัดมาที่ห้องยาเพื่อพิมพ์สติ๊กเกอร์และใบสั่งยาตามรายการยาในระบบ HOSxP และตรวจสอบรายการยาของผู้ป่วยเรียงลำดับถูกยาตามลำดับผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยที่ถูกส่งออกไปรับยาที่รพ.สต.โดยเภสัชกร เมื่อถึงกำหนดวันนัดของแต่ละรพ.สต. พยาบาลจิตเวชจะนำยาไปส่งมอบให้ผู้ป่วยแต่ละรายที่รพ.สต. โดยมีพยาบาลประจำรพ.สต.แต่ละแห่งเตรียม family folder วัตถุประสงค์ฐานชีพและจัดคิวผู้ป่วยรอที่รพ.สต. ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชบางรายไม่มารับยาตามนัดที่รพ.สต. ยาจะถูกเก็บไว้ที่รพ.สต.ก่อนเพื่อให้พยาบาลประจำรพ.สต.ประสานอสม.เพื่อติดตามให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง (ภาพประกอบ 10)



ภาพประกอบ 10 แสดงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในรพ.สต.ในอำเภอบ้านแพ้น จังหวัดชัยภูมิ

ตาราง 8 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม (n=13)

รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	การวินิจฉัย	ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี)	ผู้ดูแล	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ต่อเดือน (บาท)
ผู้ป่วย 1	84	หญิง	จิตเภท	10	มี	ป.4	ไม่ได้ทำงาน	800 (รายได้จากผู้พิการ)
ผู้ป่วย 2	55	หญิง	จิตเภท	3	มี	ป.4	ทำนา	5000 – 10000
ผู้ป่วย 3	36	ชาย	จิตเภท	3	ไม่มี	ป.6	รับจ้างทั่วไป	< 5000 (เริ่มต้นที่ 800 รายได้จากเบี้ยผู้พิการ)
ผู้ป่วย 4	60	หญิง	จิตเภท	21	ไม่มี	ป.4	ไม่ได้ทำงาน	ไม่มี (ยังไม่ได้รับเบี้ยผู้พิการ)
ผู้ป่วย 5	61	ชาย	จิตเภท, ซึมเศร้า	16	มี	ป.4	ทำไร่อ้อย	< 5000 (ยังไม่ได้รับเบี้ยผู้พิการ)
ผู้ป่วย 6	37	ชาย	จิตเภท	10	มี	ม.3	รับจ้างทั่วไป	< 5000 (ยังไม่ได้รับเบี้ยผู้พิการ)
ผู้ป่วย 7	54	ชาย	จิตเภท	< 1	ไม่มี	ป.4	ไม่ได้ทำงาน	ไม่มี (ยังไม่ได้รับเบี้ยผู้พิการ)
ผู้ป่วย 8	51	ชาย	จิตเภท	5	มี	ป.4	ไม่ได้ทำงาน	800 (รายได้จากผู้พิการ)
ผู้ป่วย 9	40	หญิง	จิตเภท	20	ไม่มี	ม.3	รับจ้างทั่วไป	< 5000 (เริ่มต้นที่ 800 รายได้จากเบี้ยผู้พิการ)
ผู้ป่วย 10	61	หญิง	จิตเภท	30	มี	ป.4	ไม่ได้ทำงาน	800 + 600 (รายได้จากผู้พิการและผู้สูงอายุ)
ผู้ป่วย 11	42	ชาย	จิตเภท	20	มี	ม.3	รับจ้างทั่วไป	< 5000 (เริ่มต้นที่ 800 รายได้จากเบี้ยผู้พิการ)
ผู้ป่วย 12	55	ชาย	จิตเภท	10	มี	ป.4	ทำนา	< 5000 (เริ่มต้นที่ 800 รายได้จากเบี้ยผู้พิการ)
ผู้ป่วย 13	47	หญิง	จิตเภท, ลมชัก	35	มี	ป.6	ไม่ได้ทำงาน	800 (รายได้จากผู้พิการ)

4.1.1 ตอนที่ 1 แสดงผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปเชิงปริมาณของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

จากผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดใน 3 รพ.สต. คือ รพ.สต.สระพัง บ้านเต่า และหนองคู มีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 13 คน (ตารางที่ 1) จากการทบทวนข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติในระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP) ของโรงพยาบาลบ้านแท่นและรับยาต่อเนื่องที่รพ.สต.แต่ละแห่ง แบ่งเป็นที่รพ.สต.สระพัง 6 คน รพ.สต.บ้านเต่า 4 คน และ รพ.สต.หนองคู 3 คน พบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 52.5+3.60 ปี ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (ร้อยละ 92.31) เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.8 มีระยะเวลาของป่วยเป็นโรคจิตเภทเฉลี่ย 13.8+2.75 ปี มีญาติดูแลร้อยละ 69.2 ส่วนใหญ่จบการประถมศึกษาที่ 4 ร้อยละ 61.5 ไม่ได้ทำงานร้อยละ 46.2 แต่มากกว่าครึ่งมีรายได้ประจำ จากเบี้ยความพิการเดือนละ 800 บาท (ร้อยละ 53.9)

ในผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยพบว่าไม่ได้มีญาติดูแลทุกคน ในผู้ป่วยทั้งหมด 13 คนนี้ มีผู้ดูแล 9 คน แต่ผู้ป่วย 2 นั้นลูกสาวผู้ดูแลไปทำงานต่างจังหวัด ผู้ป่วย 5 มีลูกสาวค้าขายนำหวานไม่สามารถมาสัมภาษณ์ให้ข้อมูลได้ และ ผู้ป่วย 12 มีพี่สาวและหลานชายที่ไม่สามารถมาสัมภาษณ์ให้ข้อมูลในวันนัดสัมภาษณ์ได้ จึงมีญาติผู้ดูแลที่ให้ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทตลอดการวิจัยทั้งหมด 6 คน (ตาราง 9)

ตาราง 9 แสดงข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย (n=6)

รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ระยะเวลาที่ดูแล(ปี)	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ต่อเดือน (บาท)
ญาติ 1	59	หญิง	ลูกสาวของผู้ป่วย 1	5	ป.4	ทำนา	3,000 – 6,000
ญาติ 2	62	หญิง	มารดาของผู้ป่วย 6	10	ป.4	ทำไร่	30,000 – 50,000
ญาติ 3	58	หญิง	พี่สาวของผู้ป่วย 8	5	ป.4	ไม่ได้ทำงาน	5,000 – 6,000
ญาติ 4	36	หญิง	ลูกสาวของผู้ป่วย 10	18	ป.6	รับจ้าง	10,000
ญาติ 5	48	หญิง	พี่สาวของผู้ป่วย 11	20	ป.6	ทำนา	5,000
ญาติ 6	66	ชาย	บิดาของผู้ป่วย 13	> 30	ม.6	ทำนา	10,000

นอกจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยตลอดในระยะเวลาตั้งแต่ ตุลาคม 2560 ถึง พฤษภาคม 2561 จำนวน 13 คนนี้ ได้มีผู้ป่วยจิตเภทอีก 3 คนที่ได้สัมภาษณ์ถึงปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ในช่วงเริ่มต้นการวิจัย แต่ผู้ป่วย 14 ย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างจังหวัด ผู้ป่วย 15 ปฏิเสธการเจ็บป่วยไม่กินยาและไม่ฉีดยา และผู้ป่วย 16 มีสามีผู้ดูแลประสงค์ไปรับยาที่โรงพยาบาลบ้านตนเอง ไม่ขอรับยาที่รพ.สต. (ตาราง 10) ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 3 คนดังกล่าว จึงไม่ถูกเก็บข้อมูลความรุนแรงอาการทางจิต ความร่วมมือในการรักษา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหลังพัฒนาระบบ โดยในผู้ป่วย 15 และ 16 มีภรรยาและสามีเป็นผู้ดูแลการกินยาตามลำดับ (ตาราง 11)

ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 13 คนนี้ พบว่าในช่วงก่อนพัฒนาระบบ ตุลาคม 2559 ถึง พฤษภาคม 2560 ก่อนหน้านี้อาชีพที่เข้าร่วมงานวิจัยเคยมีประวัติมีอาการทางจิตกำเริบทำร้ายตนเอง 1 ราย (ผู้ป่วย 6) ใช้อาวุธทำร้ายญาติ 1 ราย (ผู้ป่วย 3) มีอาการหูแว่วต้องรับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล 2 ราย (ผู้ป่วย 7 และ ผู้ป่วย 12) ทำร้ายผู้อื่น 1 ราย (ผู้ป่วย 6) และมีปัญหาทะเลาะวิวาทกับเพื่อนบ้าน 1 ราย (ผู้ป่วย 9) ซึ่งในปี 2555 ผู้ป่วย 5 เคยมีประวัติกินยาฆ่าแมลงเพื่อฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง

ตาราง 10 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	การวินิจฉัย	ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี)	ผู้ดูแล	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ต่อเดือน (บาท)
ผู้ป่วย 14	48	หญิง	จิตเภท, ลมชัก	10	ไม่มี	ป.6	รับจ้างทั่วไป	5000 – 10000
ผู้ป่วย 15	35	ชาย	จิตเภท	3	มี	ม.3	รับจ้างทั่วไป	< 5000
ผู้ป่วย 16	57	หญิง	จิตเภท	1	มี	ป.4	ไม่ได้ทำงาน	800 (เบี้ยผู้พิการ)

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 11 ข้อมูลทั่วไปของญาติที่ถูกคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	ระยะเวลา ที่ดูแล(ปี)	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ต่อเดือน (บาท)
ญาติ 7	30	หญิง	ภรรยาของ ผู้ป่วย 15	4	ม.6	รับจ้าง	5000 - 10000
ญาติ 8	45	ชาย	สามีของ ผู้ป่วย 16	1	ป.6	รับจ้าง	ตั้งแต่ภรรยาป่วย ก็ไม่ได้ไปทำงาน รับจ้างที่ไหน

จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานต่อวัน 2 - 3 รายการจำนวน 6 คน และ 4 - 6 รายการต่อวัน จำนวน 7 คน (ตาราง 12) พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา หรือ drug-related problem (DRP) เรื่องขนาดยาดำกว่าขนาดยาที่แนะนำในการรักษาโรคจิตเภท (Sub-therapeutic dosage) จำนวน 2 คน แต่ผู้ป่วยทุกคนมีความรุนแรงของอาการทางจิตระดับเล็กน้อย คือ มีคะแนนรวมจากแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) น้อยกว่า 36 คะแนนทุกคน (ตาราง 13)



ตาราง 12 รายการยาที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับ

รหัส	จำนวนรายการยาที่ รับประทานต่อวัน	รายการยาคำนำโรคจิตที่ได้รับต่อวัน	รายการยาอื่นๆ ที่ได้รับต่อวัน
ผู้ป่วย 1	5	Haloperidol (2) 1 tab po BID pc	Benzhexol (2) 1 tab po BID pc, Cyprohepatadine (4) 1 tab po OD hs, Diazepam (5) 1 tab po OD hs, Lorazepam (0.5) 1 tab po OD hs
ผู้ป่วย 2	2	Haloperidol (2) 1 tab po BID pc	Benzhexol (2) 1 tab po BID pc
ผู้ป่วย 3	5	Haloperidol (5) 1 tab po OD hs, Fluphenazine decanoate (25) 1 amp im q 4 week	Benzhexol (2) 1 tab po BID pc, Vitamin B complex 1 tab po BID pc, Folic acid (5) 1 tab po OD pc, Lorazepam (0.5) 1 tab po QID pc
ผู้ป่วย 4	3	Chlorpromazine (100) 1 tab po OD hs, Trifluoperazine (5) 1 tab po BID pc	Benzhexol (2) 1 tab po BID pc
ผู้ป่วย 5	3	Trifluoperazine (5) 2 tab po OD hs	Fluoxetine (20) 1 tab po OD pc, Benzhexol (2) 1 tab po BID pc
ผู้ป่วย 6	2	Fluphenazine decanoate (25) 1 amp im q 4 week	Lorazepam (0.5) 4 tab po OD hs, Benzhexol (5) 1 tab po BID pc

ตาราง 13 รายการยาที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับ (ต่อ)

รหัส	จำนวนรายการยาที่รับประทานต่อวัน	รายการยาด้านโรคจิตที่ได้รับต่อวัน	รายการยาอื่นๆ ที่ได้รับต่อวัน
ผู้ป่วย 7	4	Risperidone (2) 1 tab po BID pc	Sodium Valproate (200) 1 tab po BID pc, Benzhexol (2) 1 tab po BID pc, Diazepam (5) 2 tab po OD hs
ผู้ป่วย 8	3	Haloperidol (5) 1 tab po TID pc, Chlorpromazine (100) 2 tab po OD hs	Benzhexol (5) 2 tab po BID pc
ผู้ป่วย 9	5	Haloperidol (5) 1 tab po OD hs, Chlorpromazine (50) 1 tab po OD hs, Fluphenazine decanoate (25) 1 amp im q 4 week	Fluoxetine (20) 1 tab po OD pc, Benzhexol (2) 1 tab po TID pc, Vitamin B complex 1 tab po TID pc
ผู้ป่วย 10	4	Perphenazine (8) 1 tab po OD hs	Benzhexol (2) 1 tab po OD hs, Diazepam (2) 2 tab po OD hs, Cyproheptadine (4) 1 tab po BID pc
ผู้ป่วย 11	3	Perphenazine (4) 1 tab po OD hs	Benzhexol (5) 1/2 tab po OD hs, Diazepam (5) 1 tab po OD hs
ผู้ป่วย 12	2	Chlorpromazine (100) 1 tab po OD hs	Benzhexol (2) 1/2 tab po BID pc
ผู้ป่วย 13	5	Chlorpromazine (100) 1 tab po OD hs, Haloperidol (2) 1 tab po BID pc	Phenytoin (100) 3 tab po OD hs, Benzhexol (5) 1 tab po BID pc, Diazepam (5) 1 tab po OD hs



ตาราง 14 คะแนนของอาการทางจิตตามแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ก่อนพัฒนาระบบ

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	ผู้ป่วย 1	ผู้ป่วย 2	ผู้ป่วย 3	ผู้ป่วย 4	ผู้ป่วย 5	ผู้ป่วย 6	ผู้ป่วย 7	ผู้ป่วย 8	ผู้ป่วย 9	ผู้ป่วย 10	ผู้ป่วย 11	ผู้ป่วย 12	ผู้ป่วย 13
1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)	1	1	1	3	3	1	1	1	3	1	1	1	2
2. อาการวิตกกังวล (Anxiety)	1	1	2	3	1	1	1	1	3	1	2	1	1
3. ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1
4. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity)	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
5. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood)	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1
6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1
7. ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1
8. อาการประสาทหลอน (Hallucination)	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3
10. อาการไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคล (Disorientation)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
11. ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
13. ความตึงเครียด (Tension)	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1



ตาราง 15 คะแนนของอาการทางจิตตามแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ก่อนพัฒนาระบบ (ต่อ)

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	ผู้ป่วย 1	ผู้ป่วย 2	ผู้ป่วย 3	ผู้ป่วย 4	ผู้ป่วย 5	ผู้ป่วย 6	ผู้ป่วย 7	ผู้ป่วย 8	ผู้ป่วย 9	ผู้ป่วย 10	ผู้ป่วย 11	ผู้ป่วย 12	ผู้ป่วย 13
14. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
15. การเคลื่อนไหวเชิงช้า (Motor retardation)	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2
16. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
17. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2
18. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
คะแนนรวม	18	18	26	24	22	19	21	18	31	18	20	19	28

หมายเหตุ :

- 1) ระดับความรุนแรงของแต่ละอาการแยกได้เป็น 7 ระดับ คือ ไม่มีอาการ = 1 คะแนน, มีอาการขั้นต่ำสุด = 2 คะแนน, มีอาการเล็กน้อย = 3 คะแนน, มีอาการปานกลาง = 4 คะแนน, มีอาการค่อนข้างรุนแรง = 5 คะแนน, มีอาการรุนแรง = 6 คะแนน, มีอาการรุนแรงมาก = 7 คะแนน
- 2) อาการของโรคระดับเล็กน้อย หมายถึง ผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และมีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน

จากข้อมูลประวัติทางสังคมพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภท 3 คนยังคงสูบบุหรี่อยู่ และอีก 3 คนยังคงดื่มสุราอยู่ อีก 4 คนให้ประวัติว่าเคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว (ตาราง 14)

ตาราง 16 ประวัติทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

รหัส	การสูบบุหรี่	การดื่มสุรา	การใช้สารเสพติด
ผู้ป่วย 1	ไม่เคยสูบบุหรี่	ไม่ดื่มสุรา	ไม่เคยใช้สารเสพติด
ผู้ป่วย 2	ไม่เคยสูบบุหรี่	ไม่ดื่มสุรา	ไม่เคยใช้สารเสพติด
ผู้ป่วย 3	สูบบุหรี่ 10 มวน/วัน	ดื่มสุราประมาณ 50 ซีซี (เหล้าขาว 1 เป๊ก) สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	ไม่เคยใช้สารเสพติด (เจ้าหน้าที่ที่รพ.สต.แจ้งว่าเคยดมกาว)
ผู้ป่วย 4	ไม่เคยสูบบุหรี่	ไม่ดื่มสุรา	ไม่เคยใช้สารเสพติด
ผู้ป่วย 5	สูบบุหรี่ 5 มวน/วัน	เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	ไม่เคยใช้สารเสพติด
ผู้ป่วย 6	สูบบุหรี่ > 1 ซอง/วัน	ดื่มสุราประมาณ 450 ซีซี (เหล้า 3 ก๊ก) เกือบทุกสัปดาห์	เคยใช้สารเสพติดแต่เลิกแล้ว สารเสพติดที่ใช้คือ ดมกาว
ผู้ป่วย 7	ไม่เคยสูบบุหรี่	ไม่ดื่มสุรา	ไม่เคยใช้สารเสพติด
ผู้ป่วย 8	ไม่เคยสูบบุหรี่	ดื่มสุราประมาณ 50 ซีซี (เหล้าขาว 1 เป๊ก) เดือนละ 2-3 ครั้ง	ไม่เคยใช้สารเสพติด
ผู้ป่วย 9	ไม่เคยสูบบุหรี่	เคยดื่มสุรา แต่เลิกแล้ว	ไม่เคยใช้สารเสพติด
ผู้ป่วย 10	ไม่เคยสูบบุหรี่	ไม่ดื่มสุรา	ไม่เคยใช้สารเสพติด
ผู้ป่วย 11	ไม่เคยสูบบุหรี่	เคยดื่มสุรา แต่เลิกแล้ว	ไม่เคยใช้สารเสพติด
ผู้ป่วย 12	ไม่เคยสูบบุหรี่	เคยดื่มสุรา แต่เลิกแล้ว (หลังดื่มสุราประสบอุบัติเหตุขับรถชนควายตาย จึงไม่ดื่มอีกเลย)	ไม่เคยใช้สารเสพติด
ผู้ป่วย 13	ไม่เคยสูบบุหรี่	ไม่ดื่มสุรา	ไม่เคยใช้สารเสพติด

ตาราง 17 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเร็วรุ่งในชุมชนก่อนพัฒนาระบบ

รหัส	ด้านอาการทางจิต	ด้านการกินยา	ด้านดูแล/ญาติ	ด้านภารกิจวัตรประจำวัน	ด้านการประกอบอาชีพ	ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว	ด้านสิ่งแวดล้อม	ด้านการสื่อสาร	ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น
ผู้ป่วย 1	มีบ้าง	ไม่สม่ำเสมอ	ดี	ทำได้บ้าง	ทำไม่ได้	ดี	ดี	ปานกลาง	ปานกลาง
ผู้ป่วย 2	ไม่มีอาการ	ไม่สม่ำเสมอ	ดี	ทำได้บ้าง	ทำได้บ้าง	ดี	ดี	ดี	ดี
ผู้ป่วย 3	ไม่มีอาการ	สม่ำเสมอ	ปรับปรุง	ทำได้	ทำได้	ปานกลาง	ดี	ดี	ดี
ผู้ป่วย 4	ไม่มีอาการ	ไม่สม่ำเสมอ	ปรับปรุง	ทำได้	ทำได้	ปานกลาง	ดี	ดี	ดี
ผู้ป่วย 5	ไม่มีอาการ	สม่ำเสมอ	ดี	ทำได้	ทำได้	ดี	ดี	ดี	ดี
ผู้ป่วย 6	ไม่มีอาการ	ไม่สม่ำเสมอ	ดี	ทำได้	ทำได้บ้าง	ปรับปรุง	ดี	ดี	ปานกลาง
ผู้ป่วย 7	ไม่มีอาการ	ไม่สม่ำเสมอ	ปรับปรุง	ทำได้	ทำได้บ้าง	ดี	ดี	ปานกลาง	ปานกลาง
ผู้ป่วย 8	ไม่มีอาการ	สม่ำเสมอ	ดี	ทำได้	ทำไม่ได้	ดี	ดี	ปานกลาง	ปานกลาง
ผู้ป่วย 9	มีบ่อย	ไม่สม่ำเสมอ	ปรับปรุง	ทำได้	ทำได้บ้าง	ปรับปรุง	ดี	ปานกลาง	ดี
ผู้ป่วย 10	ไม่มีอาการ	สม่ำเสมอ	ดี	ทำได้	ทำได้	ดี	ดี	ดี	ดี
ผู้ป่วย 11	ไม่มีอาการ	สม่ำเสมอ	ดี	ทำได้	ทำได้บ้าง	ดี	ดี	ดี	ดี

ตาราง 17 (ต่อ)

รหัส	ด้านอาการทางจิต	ด้านการกินยา	ด้านดูแล/ญาติ	ด้านภารกิจวัตรประจำวัน	ด้านประกอบอาชีพ	ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว	ด้านสิ่งแวดล้อม	ด้านการสื่อสาร	ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น
ผู้ป่วย 12	ไม่มีอาการ	สม่ำเสมอ	ดี	ทำได้	ทำได้	ดี	ดี	ดี	ดี
ผู้ป่วย 13	มีบ่อย	ไม่สม่ำเสมอ	ดี	ทำได้บ้าง	ทำไม่ได้	ปานกลาง	ดี	ปานกลาง	ปานกลาง

หมายเหตุ :

- 1) ด้านอาการทางจิต : ไม่มีอาการ หมายถึง ผู้ป่วยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ ดำรงชีวิตในชุมชนได้, มีบ้าง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มียาเกิน 1 เดือน, มีบ่อย หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มีมากกว่า 10 วันใน 1 เดือน
- 2) ด้านการกินยา : สม่ำเสมอ หมายถึง การรับประทานยาครบทุกวันที่แพทย์สั่ง, ไม่สม่ำเสมอ หมายถึง รับประทานยาไม่ครบตามคำสั่งแพทย์ แต่ยังมีมารับประทานยาเป็นบางเวลา, ไม่กินยา หมายถึง ไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อ
- 3) ด้านดูแล/ญาติ : ดี คือ มีผู้ดูแลหลักเป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแล, ปานกลาง คือ มีผู้ดูแล เป็นคนนอกครอบครัว, ปรับปรุง คือ ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ
- 4) ด้านการทํากิจวัตรประจำวัน : ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทํากิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง, ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทํากิจวัตรประจำวันได้ด้วยเหลือ, ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทํากิจวัตรประจำวันได้เลย
- 5) ด้านการประกอบอาชีพ : ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพหรือความสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ทุกครั้ง, ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้แต่ต้องมีคนกระตุ้น, ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้เลย
- 6) ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว : ดี คือ ครอบครัวมีการชมเชย ให้กำลังใจในต่างหาก ส่วนใหญ่, ปานกลาง คือ ครอบครัวมีการชมเชยบ้าง แต่ยังไม่พบ การกระตุ้น คำว่า บางครั้ง, ปรับปรุง คือ ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ แต่ การติเตียน ถูก คำว่า และบางครั้งผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองหลายครั้ง
- 7) ด้านสิ่งแวดล้อม : ดี คือ มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง, ปานกลาง คือ มีที่อยู่อาศัยแต่แยกออกจากครอบครัว อยู่คนเดียวหรือมีที่อาศัยเป็นครั้งคราว, ปรับปรุง คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย เรือน
- 8) ด้านการสื่อสาร : ดี คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้, ปานกลาง คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว, ปรับปรุง คือ ไม่พูดคุยกับใครเลย
- 9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น : ดี คือ บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้, ปานกลาง คือ บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้, ปรับปรุง คือ สอนเท่าไรก็ไม่ทำได้ทำไม่ได้

4.1.2 ตอนที่ 2 แสดงผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและเจ้าหน้าที่ในระบบ

4.1.2.1 บริบทของโรงพยาบาลบ้านแพ้น

โรงพยาบาลบ้านแพ้นเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 30 เตียง มีประชากรในพื้นที่ประมาณ 46000 คน มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อคือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอย่างโรงพยาบาลชัยภูมิ 91.4 กิโลเมตร โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา 198 กิโลเมตร และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ 198 กิโลเมตร แต่ห่างจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 64.9 กิโลเมตร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลนอกเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ที่ประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ โดยโรงพยาบาลบ้านแพ้นมีพยาบาลจิตเวช 1 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักของระบบบริการจิตเวชในอำเภอบ้านแพ้น ในคลินิกจิตเวชรับผิดชอบดูแลและประสานงานผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดในอำเภอบ้านแพ้น รวมทั้งผู้ป่วยติดสารเสพติด ติดสุรา และติดบุหรี่ มีเภสัชกรในโรงพยาบาลทั้งหมดจำนวน 4 คน โดยในนี้จำนวน 3 คนสลับเปลี่ยนหน้าที่ในการตรวจสอบรายการยาของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดในแต่ละนัดก่อนส่งไปที่รพ.สต.ตามตารางเวรปฏิบัติงาน

4.1.2.2 บริบทของ รพ.สต.

รพ.สต. สระพัง บ้านเต่า และหนองคู เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในอำเภอบ้านแพ้น จังหวัดชัยภูมิ โดยมีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลบ้านแพ้น 8.1, 13.2 และ 17.6 กิโลเมตรตามลำดับ โดยแต่ละ รพ.สต. จะมีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 คน รับผิดชอบประสานงานด้านจิตเวช นอกเหนือจากบริการต่างๆ ที่มีใน รพ.สต. แต่ละแห่ง ได้แก่

1. คลินิก ANC ไกล่บ้านในหญิงตั้งครรภ์
2. คลินิกสุขภาพเด็กดี
3. งานอนามัยโรงเรียนป้องกันและลดการสูญเสียจากโรคที่ไม่สมควร เช่น การจมน้ำเสียชีวิต
4. NCD clinic คุณภาพ ให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมอง มีส่งเลือดตรวจประจำปีที่โรงพยาบาลบ้านแพ้นอย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปี ตรวจเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน และประสานนัดตรวจจอประสาทตาที่โรงพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาของโรงพยาบาลบ้านแพ้น
5. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) โดยให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้กลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ และป้องกันผู้สูงอายุรายอื่นๆ ไม่ให้เข้าสู่ภาวะต้องพึ่งพิง

6. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
7. การควบคุมป้องกันโรคที่เป็นเป้าหมายสำคัญหรือปัญหาของพื้นที่ เช่น วัณโรค ไข้เลือดออก มือเท้าปาก เป็นต้น
8. การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในโปรแกรม Thai Refer โปรแกรมรับคนไข้จากโรงพยาบาลแม่ข่าย COC เช่น ผู้ป่วย Stroke

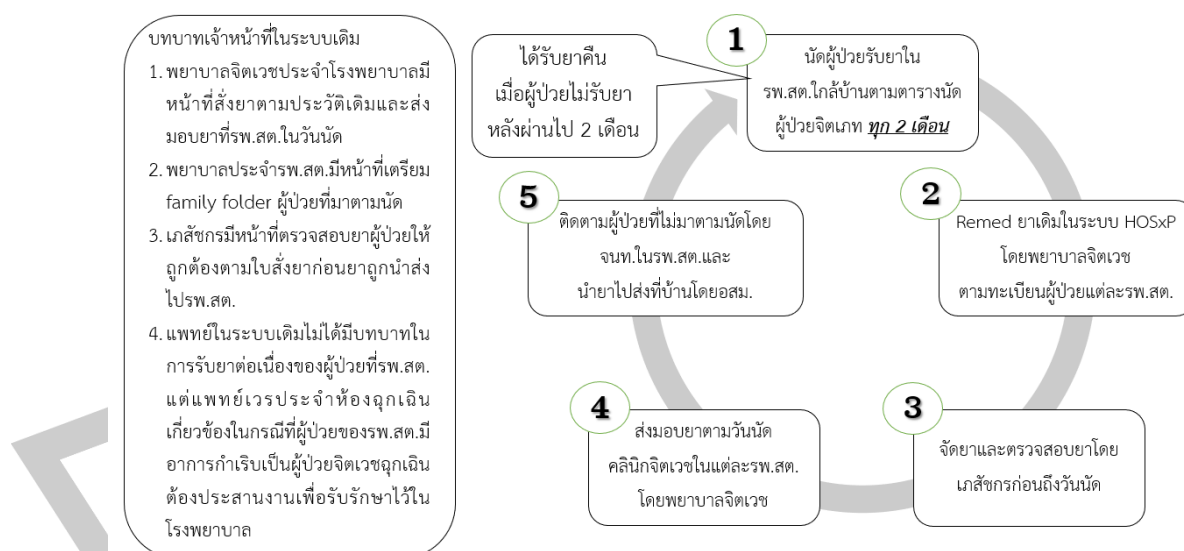
ตาราง 18 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ($n=16$)

รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	อายุการทำงาน (ปี)	อาชีพ
จนท.1	34	ชาย	7	นายแพทย์
จนท.2	55	หญิง	31	พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาล (จบป.โทสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
จนท.3	36	ชาย	10	เภสัชกร
จนท.4	42	หญิง	17	เภสัชกร
จนท.5	31	หญิง	7	เภสัชกร
จนท.6	46	หญิง	24	พยาบาลวิชาชีพประจำรพ.สต.สระพัง
จนท.7	24	หญิง	1	พยาบาลวิชาชีพประจำรพ.สต.บ้านเต่า
จนท.8	39	หญิง	14	พยาบาลวิชาชีพประจำรพ.สต.หนองคู
จนท.9	37	หญิง	12	พยาบาลวิชาชีพประจำรพ.สต.หนองคู ไปอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติในช่วงท้ายการวิจัย
จนท.10	55	หญิง	31	อดีตพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาล (รับผิดชอบงานจิตเวชร่วมกับพยาบาลจิตเวชมา 2 ปี) ปัจจุบันลาออกจากราชการแล้ว
จนท.11	49	หญิง	2	อดีตคนงานประจำรพ.สต.สระพัง ปัจจุบันลาออกแล้ว
จนท.12	33	หญิง	5	คนงานประจำรพ.สต.บ้านเต่า
จนท.13	42	หญิง	20	ผู้ช่วยเหลือคนไข้ประจำห้องสุขภาพจิตของรพ.
อสม.1	43	หญิง	10	อสม.ประจำรพ.สต.สระพัง
อสม.2	43	หญิง	11	อสม.ประจำรพ.สต.เต่า
อสม.3	40	หญิง	4	อสม.ประจำรพ.สต.เต่า
อสม.4	60	ชาย	34	อสม.ประจำรพ.สต.หนองคู

ผู้เข้าร่วมงานวิจัย ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ (รหัส จนท. 1 – 8) ดังนี้ คือ แพทย์ 1 คน เกสัชกร 3 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน พยาบาลวิชาชีพแต่ละรพ.สต.แห่งละ 1 คน และมือสม. 4 คน (รหัส อสม. 1 – 4) รวมเป็น 12 คน นอกจากนี้มีผู้ให้ข้อมูลในบางช่วงของการวิจัยอีก 4 คน ประกอบด้วย คนงานรพ.สต.บ้านเต่า 1 คน เจ้าหน้าที่ที่เคยปฏิบัติงานแต่ลาออกจากการปฏิบัติงาน 2 คน คือ พยาบาลที่รับผิดชอบงานจิตเวช 1 คน คนงานประจำรพ.สต.สระพัง 1 คน และพยาบาลประจำรพ.สต.หนองคูที่ไปอบรมเวชปฏิบัติ 1 คน (ตาราง 16)

4.1.2.3 บรรยากาศของการบริการจิตเวชใน รพ.สต.

คลินิกต่างๆในรพ.สต.จะให้บริการในสถานที่เดียวกันคือบริเวณชั้น 1 ด้านหน้ารพ.สต. โดยนัดผู้ป่วยโรคต่างๆมาคนละวันเพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น คลินิกเบาหวานในเช้าวันพฤหัสบดี คลินิกความดันโลหิตในเช้าวันศุกร์ สำหรับผู้ป่วยจิตเวชนี้จะนัดมาติดตามอาการและรับยาทุก 2 เดือน โดยผู้ป่วยจะทราบวันนัดต่อไปของตนเองจากบัตรนัดที่ติดในถุงยาของตนเองและสมุดประจำตัวผู้ป่วย เมื่อถึงเช้าวันนัดของคลินิกจิตเวชผู้ป่วยจะต่อคิวโดยการวางบัตรประชาชนในตะกร้าบัตรคิวเพื่อรอลำดับการวัดสัญญาณชีพที่รพ.สต. และนำบัตรประชาชนมาแนบประวัติใน family folder และเรียงคิวเพื่อรอพบพยาบาลจิตเวช



ภาพประกอบ 11 ระบบเดิมของการบริการผู้ป่วยที่ รพ.สต.

4.1.3 ตอนที่ 3 แสดงข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาการใช้จ่ายก่อนพัฒนาระบบ

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนพบว่า มีผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอครบทุกวัน 6 คน และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 7 คน (ตาราง 17) เมื่อ

พิจารณาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (drug-related problem; DRP) ตามที่ Helper และ Strand ได้ให้คำนิยามซึ่งแบ่งออกเป็น 8 ประเภทคือ 1) ได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ 2) ไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ 3) เลือกใช้ยาหรือรูปแบบยาไม่เหมาะสม 4) ได้รับยาถูกชนิดแต่ขนาดยาที่ใช้บ่อยเกินไป 5) ได้รับยาถูกชนิดแต่ขนาดยาที่ใช้มากเกินไป 6) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งจากสาเหตุต่างๆ รวมทั้งขาดความร่วมมือในการรักษา 7) เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 8) เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร หรือยากับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าผู้ป่วยเกือบทุกคนมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แต่อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เป็นสาเหตุของการหยุดยาหรือปรับยาเอง คือ ง่วงมากจนไม่สามารถทำงานได้ 1 คน ง่วงมากเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน 2 คน นอกจากนี้สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ไม่รู้หนังสือ/ไม่มีญาติกำกับการรับประทานยา 1 คน กลัวกระดูกเสื่อมและไตวายจากยา 1 คน สาเหตุจากความรู้ความเข้าใจของญาติผู้ดูแล ญาติเห็นว่รับประทานยามานานแล้วอาการไม่หายขาด จึงลองงดยาบางมื้อและปรับยาเพิ่มเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ 1 คน สาเหตุจากความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเองที่ป่วยมานาน อยากปรับยาเองหรือซื้อยาของผู้ป่วยคนอื่นมารับประทาน 1 คน และสาเหตุจากการไม่ยอมรับความเจ็บป่วย คิดว่าตนเองไม่ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 1 คน (บอกเภสัชกรว่าฉีดยาแล้วเจ็บ แต่บอกอสม.ว่าตนเองไม่ป่วย)

ตาราง 19 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา

ลำดับผู้ป่วย	ความร่วมมือจากการใช้ยา	ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา
1	ไม่สม่ำเสมอ	เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา คือ ผู้ป่วยง่วงนอนทุกวันจาก Diazepam (5) 1 tab po OD hs, “ถ้าเอายาโตเมตลีเหลืองให้กิน เลาลีหลับดี แบบบู้ฮู้กโด ทีลีแรงแท่ที่สุด” (ญาติ 1; เพศหญิง 59 ปี)
2	ไม่สม่ำเสมอ	เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา คือ ผู้ป่วยมีอาการ Euphoria ทุกวันจาก Benzhexol (2) 1 tab po BID pc “มีแต่ไต่ลอย กินแล้วหัวตวน โด่งๆ ตัวมันลอย มันเบาหลาย หัวมันตวน คั้นฮอดลัม” (ผู้ป่วย 2; เพศหญิง 55 ปี)

ตาราง 20 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (ต่อ)

ลำดับผู้ป่วย	ความร่วมมือจากการใช้ยา	ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา
3	สม่ำเสมอ	เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับสารเสพติด เนื่องจากผู้ป่วยสูบบุหรี่ 10 มวน/วัน (CYP1A2 Inducer) และดื่มสุราประมาณ 50 ซีซี (เหล้าขาว 1 เป๊ก) สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง (CYP2E1 Inducer) โดยพบว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิด CYP 450 Inducer ยาด้านโรคจิตที่เมตาบอไลต์ผ่าน CYP1A2 จะมีระดับยาลดลงได้ อย่าง Haloperidol (5) 1 tab po OD hs, Fluphenazine decanoate (25) 1 amp im q 4 week มีผลทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกำเริบได้
4	ไม่สม่ำเสมอ	ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งจากสาเหตุต่างๆ คือ ผู้ป่วยไม่กินยาบางมื้อเพราะกลัวไตวายจากยา “กินหลายก็เบื่อ ผิวแห้ง ผิวไข้ ผิวเย็น เฒ่าหลาย(ลากเสียงยาว) มันก็กินมาแต่โดนหลายปีเนาะ เริ่มเป็นแต่ว่าพ.ศ.ถ่อได้ก็อายุถ่อนั้น กินมาหลายปีตั้งแต่เป็นสาว แต่อายุ 19 ปีเป็นมา ย่านไตพังเหมมมอ กินหลายหลายโปกด ลางเทียก็บ่ามื่อกินเด๊ะ เบื่อยา ลางเทียก็บกิน คือบกินกินนอนบหลับ จังซี่” (ผู้ป่วย 4; เพศหญิง 60 ปี)
5	สม่ำเสมอ	เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับสารเสพติด เนื่องจากผู้ป่วยสูบบุหรี่ 5 มวน/วัน (CYP1A2 Inducer) โดยพบว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิด CYP 450 Inducer ยาด้านโรคจิตที่เมตาบอไลต์ผ่าน CYP1A2 จะมีระดับยาลดลงได้ อย่าง Trifluoperazine (5) 2 tab po OD hs
6	ไม่สม่ำเสมอ	ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งจากสาเหตุต่างๆ ขาดความร่วมมือในการรักษา แจ้งว่าไม่อยากเจ็บจากการฉีดยา “ว่าลิเขาฉีดแหมครับ” (ผู้ป่วย 6; เพศชาย 37 ปี) “มันบ่เจ็บดอก ฉีดยาซื่อๆ” (ญาติ 2 ; มารดาผู้ป่วย 6, 62 ปี) “ถ้าเมาหลายๆ ผมงก็บ่ได้กิน” (ผู้ป่วย 6; เพศชาย 37 ปี)
7	ไม่สม่ำเสมอ	ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งจากสาเหตุต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้หนังสือ อ่านฉลากยาไม่ได้ ทำให้กินยาผิด

ตาราง 21 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (ต่อ)

ลำดับผู้ป่วย	ความร่วมมือจากการใช้ยา	ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา
8	สม่ำเสมอ	-
9	ไม่สม่ำเสมอ	<p>1) เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา <i>“ถ้ากินยามันเสียดงานบ่ได้ เลยเซา ที่น้ำมันกำเริบมาอีก มันอาละวาดเลยกลับมากิน อาละวาดหลายเทื่อแล้ว”</i> (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี)</p> <p>2) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งจากสาเหตุต่างๆ</p> <p>2.1) ปรับยาเอง <i>“ไปเอายาคนบ้าคือกันมากิน”</i> (ผู้ป่วยควัก Risperidone 2 mg (GPO) 1 แผงออกมาให้ดู ซึ่งแกะยาไปแล้ว 3 เม็ด) (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี) <i>“กินแล้ว เซาแล้ว 3 เม็ด กินประจำ หนูซื้อเขาทีละ 20 บาท”</i> (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี)</p> <p>2.2) เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ผู้ป่วยมีโรคร่วมอย่างโรคซึมเศร้าที่ได้ใช้ยา Fluoxetine ซึ่งเป็น CYP 450 Inhibitor โดยเฉพาะ CYP2D6 ส่งผลให้การเมตาบอลิซึมยาต้านโรคจิตอื่นที่ผ่าน CYP2D6 เช่นกันมีระดับยาอื่นเพิ่มสูงขึ้น อย่าง Haloperidol (5) 1 tab po OD hs, Chlorpromazine (50) 1 tab po OD hs และ Fluphenazine decanoate (25) 1 amp im q 4 week ส่งผลให้พบ EPS หรือ QTc prolongation จากยาได้</p>
10	สม่ำเสมอ	-
11	สม่ำเสมอ	<p>ได้รับยาถูกชนิดแต่ขนาดยาที่ใช้บ่อยเกินไป คือ Perphenazine (4) 1 tab po OD hs (ขนาดในการรักษา 8 – 64 มก./วัน)</p>
12	สม่ำเสมอ	<p>ได้รับยาถูกชนิดแต่ขนาดยาที่ใช้บ่อยเกินไป คือ Chlorpromazine (100) 1 tab po OD hs (ขนาดในการรักษา 200 – 800 มก./วัน)</p>

ตาราง 25 คะแนนของอาการไม่พึงประสงค์จากยาในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาก่อนพัฒนาระบบ (ต่อ)

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ	ลำดับผู้ป่วยที่ 1	ลำดับผู้ป่วยที่ 2	ลำดับผู้ป่วยที่ 3	ลำดับผู้ป่วยที่ 4	ลำดับผู้ป่วยที่ 5	ลำดับผู้ป่วยที่ 6	ลำดับผู้ป่วยที่ 7	ลำดับผู้ป่วยที่ 8	ลำดับผู้ป่วยที่ 9	ลำดับผู้ป่วยที่ 10	ลำดับผู้ป่วยที่ 11	ลำดับผู้ป่วยที่ 12	ลำดับผู้ป่วยที่ 13
11. หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทาง เร็วๆ เช่น จากท่านอนเป็น ทำขึ้น	2	1	5	5	1	1	3	1	1	1	1	2	1
12. น้ำนมไหล	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13. ผิวหนังมีลักษณะไหม้และ แดงเมื่อถูกแสงแดด	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14. กลั้นปัสสาวะไม่ได้	3	5	1	1	1	5	1	5	1	2	1	1	2
15. น้ำลายไหลมาก	1	1	3	1	1	1	5	1	5	1	1	1	1
คะแนนรวม	28	26	25	27	15	23	29	25	23	20	23	21	27
หมายเหตุ : 5 คะแนน เกิดขึ้นประจำ หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านทุกวัน 4 คะแนน บ่อยครั้ง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน (> 4 ครั้ง/สัปดาห์) 3 คะแนน บางครั้ง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกสัปดาห์ (> 2 ครั้ง/เดือน) 2 คะแนน นานๆครั้ง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านนานๆครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน) 1 คะแนน ไม่เคยเกิด หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้ไม่เคยเกิดขึ้นกับท่านเลย													

ปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อพิจารณาที่ละปัจจัยจาก 5 สาเหตุหลักที่เกี่ยวข้องกับการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (Nonadherence) คือ ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย (Illness factors) ปัจจัยด้านยา (Medication factors) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient factors) ปัจจัยด้านผู้ดูแล (Caregiver factors) และปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์หรือการเข้าถึงระบบบริการ (Physician/Service factors) สามารถจำแนกปัญหาที่พบในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายได้ดังตารางแสดงดังต่อไปนี้

ตาราง 26 ปัญหาที่ส่งผลเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย

รหัสผู้ป่วย	Illness factors	Medication factors	Patient factors	Caregiver factors	Physician/Service factors
1	ผู้สูงอายุติดบ้าน “คุณหมอเป็นหมยงเลาเวสึม หลงๆ สึมๆ ลิพยายมถามว่า เพ็ญอยู่บ้านได้ เลากะตอบได้ ว่าอยู่บ้านมั่ง ตับลระพะ บางครั้งก็บอกกว่าตาบลูเซียว อ็ยงกะวะเป็นของเก๊าว่าไป แต่พัน” (ญาติ 1; เพศหญิง 59 ปี)	Side effects : มีปัญหาหลับ นานหลังกินยา Diazepam ก่อนนอน บางครั้งลูกสาวปรับ ยาให้ “ถ้าเอายาโตเมลิหือองให้กิน เลาสิหืออดี แบบบู้ลิกโคได ที่ ลือเฮงที่สุด” (ญาติ 1; เพศ หญิง 59 ปี) “ถูกลือกบได้เทหว กูไดยีนอยู่ มันตมมันบู้ได้” (ผู้ป่วย 1; เพศหญิง 84 ปี)	-	มีลูกสาวดูแล 1 คนที่ปรับยา เองบางครั้งตามผลจากอาการ ข้างเคียงจากยา “ถ้าให้เต็มเม็ดแล้ว ไอ้ เลา นอนบลูก เลากับฮอดข้าว” “เลาสิบได้กินฮอดข้าวเช้า ฮอดข้าวเที่ยง ถ้ากินเป็นเม็ด” (ญาติ 1; เพศหญิง 59 ปี)	ตัวผู้ป่วยเดินทางลำบากมา รับยาแทน
2	-	Side effects : มี Euphoria หลังรับประทาน Benzhexol “มีแต่โตลอย กินแล้วหัวควม โดงๆ ตัวมันลอย มันเบาหลาย หัวมันควม คั้นฮอดลัม” (ผู้ป่วย 2; เพศหญิง 55 ปี)	เคยมีประวัติ nonadherence มีทัศนคติต่อยาไม่ดี “บักินดอก กินแมนหลาย กิน แล้วก็คือเก๊า” (ผู้ป่วย 2; เพศ หญิง 55 ปี)	ลูกสาวทะเลาะกับลูกเขยย้าย ไปทำงานต่างจังหวัด “เขาหาเงินผู้เดียว แต่ก่อนเขา หากับแฟนเขา แต่ว่าตอนนี้เขา เลิกกัน มันหละช่วงที่มีกังวล นะ” (ผู้ป่วย 2; เพศหญิง 55 ปี)	สามารถเป็นกิจกรรมมารับยา ได้เอง

ตาราง 27 ปัญหาที่ส่งผลเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าไปผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย (ต่อ)

รหัสผู้ป่วย	Illness factors	Medication factors	Patient factors	Caregiver factors	Physician/Service factors
3	ยังดื่มสุรา คือ เหล้าขาว 50 ซีซี 2 - 3 ครั้ง/สัปดาห์ สูบบุหรี่ 10 มวน/วัน	มีปัญหาขาดครากทำให้ขาดยาบางตัว “ขี้ยามาให้ใครรับ” (ผู้ป่วย 3; เพศชาย 36 ปี)	-	ไม่มีผู้ดูแล อยู่ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวช 3 คน	สามารถมารับยาได้เอง ครั้งล่าสุดมีเพื่อนบ้านรถยนต์ขับพามาพบเภสัชกร
4	-	แต่ก่อนรับประทานยาหลายเม็ด ทำให้ไม่ค่อยรับประทานยาต่อเนื่อง “แต่ก่อนขาดยาก็ไม่มีเสีย กระฉิบในหู มีเพื่อนรำไป ร้องไปรำ ทวีไป กลัวโดนบังคับกินยา แต่ก่อนญาติบังคับให้กินหลายเม็ด 6 - 7 เม็ดพูนนะ ที่บังคับให้กิน” (ผู้ป่วย 4; เพศหญิง 60 ปี)	คิดว่ายาทำให้ไตวายและกระดูกพรุน ไม่อยากกินยาเยอะ	มีลูกชาย 1 คน แต่แต่งงานมีครอบครัวที่ต่างจังหวัด นานๆ มาเยี่ยมที สามีคนแรกก็เคยช่วยกักับการรับประทานยาเสียชีวิต ปัจจุบันแต่งงานใหม่แต่สามีคนปัจจุบันตื่นสุราและทะเลาะกันบ่อยครั้ง	สามารถเป็นจิตกรยามมารับยาได้เอง

ตาราง 28 ปัญหาที่ส่งผลเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย (ต่อ)

รหัสผู้ป่วย	Illness factors	Medication factors	Patient factors	Caregiver factors	Physician/Service factors
5	มีโรคซึมเศร้า Depression เคยมีประวัติกินยาฆ่าชีพ “กะฮู้ว่า กะฮู้ฮู้ แต่แ่ฮังกิน ฮู้ว่ายา ยาฆ่าหยั่งก็ฮู้จักอยู่ แต่กิน ออยากตาย” (ผู้ป่วย 5; เพศชาย 61 ปี)	“ครั้นบ่ได้กินยาเม่นี่ลงไป มันลึบ ออยากทำงานอันใดได้” (ผู้ป่วย 5; เพศชาย 61 ปี)	-	สามารถกินยาได้เอง มีภรรยา และลูกสาวดูแลอยู่ที่บ้าน	สามารถมารับยาได้เอง แต่บางครั้งไปนา ลูกสาวมาเอายาแทน ยังไม่ได้ไปรับรองผู้พิการ
6	ยังดื่มสุรา 3 ขวดเล็ก/วัน สูบบุหรี่ 1 ซอง/วัน บอกว่าเคยดมกาว แต่เลิกแล้ว “ถ้าได้กินเหล้า ลืมอาการโสด” (ญาติ 2; เพศหญิง 62 ปี)	-	เคยมีประวัติไม่กินยา ไม่ยอมมีศึดยา บอกว่าไม่ได้เป็นอะไร “ถ้าเมาหลายๆ ผมก็บ่ได้กิน” (ผู้ป่วย 6; เพศชาย 37 ปี)	มารดาอยู่ด้วยตลอด และมีบิดาอาศัยอยู่ครอบครัวเดียวกัน แต่ไม่ได้มาด้วย น้องชายไปทำงานต่างประเทศ	เป็นคนขับรถจักรยานยนต์พาแม่มารพ.สต.ทุกครั้ง
7	Cognitive impairment ถาม-ตอบช้า แต่ละค้ำถามบ่มีค้ำตอบนาน	Side effects : สงสัยลิ้นแข็ง จากยาจิตเวช	เคยมีประวัติกินยาผิด จากการอ่านฉลากไม่ได้	มีน้องสาว แต่ไม่ได้อยู่ด้วยตลอด บางช่วงผู้ป่วยอยู่คนเดียวหลายเดือน	ต้องเหมาสามล้อมารับยาที่รพ.สต. 50 บาท และไปรพ.บ้านแทน 100 บาท ยังไม่ได้ไปรับรองผู้พิการ

ตาราง 29 ปัญหาที่ส่งผลเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย (ต่อ)

รหัสผู้ป่วย	Illness factors	Medication factors	Patient factors	Caregiver factors	Physician/Service factors
8	“ไม่มีเหตุหยิ่ง เหี้ยมหยิ่งเป็น มีแต่ชักผ้าให้เจ้าของ อวบน้ำ ชักผ้า แล้วกะนอน แล้วกะอย่างอ้อมบ้าน อย่างบิดมือ” (ญาติ 3; เพศหญิง 58 ปี)	Dose frequency (Haloperidol 5 mg 1x3 po) Side effects : tardive dyskinesia จากอาการกินยานานมากกว่า 5 ปี	-	มีพี่สาวดูแลตลอดหลังจากญาติที่นครราชสีมาเสียชีวิตหมดเมื่อ 5 ปีที่แล้ว พี่สาวจึงรับมาดูแล	พี่เขยพานั่งรถจักรยานยนต์ พวงมาโรงพยาบาล
9	มี Positive symptoms ขณะคุยกัน มี Delusion แต่ไม่พบ auditory hallucination “กินแล้วมีแต่บ้าดีกว่าเก่า” “เทียบกินอยู่นั้นละ เบ็ดมือ ไธ่ บ้าแล้วเฮา เขากินก่อน เฮ็ดงานเฮ็ดการได้แล้ว บ่ได้ควานหมอ เพราะว่ยาหาหนูกิน” “กินแล้วก็สำเร็จอรหันต์เลยละ เดียวนี้ก็เข่าบ้าแล้ว” (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี)	Side effects : ว่าง “ถ้ากินยามันเฮ็ดงานบ่ได้ เลยเฮา ที่มันกินกำเริมอีก มันอาละวาด เลยกลับมากิน อาละวาดหลายเพื่อแล้ว” “อยากเปลี่ยนยา เฮ็ดงาน สิติดอ้อยแล้ว ถ้าบ่ตัดอ้อย สิเอาเงินใส่ใช้” (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี)	เคยมีประวัติ nonadherence “เบื่อ มันติดแล้ว คั่นบ่ได้กิน กะกระวนกระวาย ต้องไปหา ยามากิน” “คิดว่าสักวันหนึ่ง เฮาต้องลิม ยาให้ได้” (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี)	มีบิดาติตตรา และพี่สาวพี่เขยติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ปัจจุบันกินข้าวเช้าที่วัด “กินยาเม็ดขาวว่าต้ามั่มมัว แต่หลงขู่ว่ายาบำรุงลายตาให้แข็งแรง กะเลิกล้ากินจ้า” (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี)	ป็นจักรยานมารพ.สต.ได้เอง

ตาราง 30 ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย (ต่อ)

รหัสผู้ป่วย	Illness factors	Medication factors	Patient factors	Caregiver factors	Physician/Service factors
10	-	กังวลใจทุกครั้งที่ยาเปลี่ยน บริษัท เปลี่ยนสีหรือลักษณะ “เสาวว่าเคยบ่กินอยู่มือนึ่ง กระวนกระวาย นอนบ่ได้ เล่าว่าตายแท้น้อย ตายแท้ตายแท้” (ญาติ 4; เพศหญิง 36 ปี)	กินยาสม่ำเสมอดี “ไม่รำคาญดอก เพราะว่าครั้นบ่ได้กิน สียานตายน้ำ เลยกิน” (ผู้ป่วย 10; เพศหญิง 61 ปี)	มีลูกสาวและหลานอยู่ด้วยในครอบครัวเดียวกัน สามารถทำอาหารระหว่างรอลูกสาวกลับมาจากรับจ้างได้	ลูกหรือหลานพามาพ.เสต.ได้ หากไม่มีใครพามาพ.เสต. สามารถป้อนจักรยามารับยาเองได้
11	“เป็นความจำสั้น สั้นไวคุณหมอ มีแต่ลืม ไปนอบอกว่าบ่ต้องไปปรอดพี่น้อง ก็ครบ กลับมาก็มารอดคือเก่า” (ญาติ 5; เพศหญิง 48 ปี)	-	“มันอยากเขาหมกรับ มันอยากเขา อยากกิน” (ผู้ป่วย 11; เพศชาย 42 ปี) หลังกินป่วยก็แยกทางกับภรรยาและภรรยาเป็นผู้เลี้ยงดูบุตร “มันกังวลแต่อันเดียว คิดว่าลูกน้ำเมียมันทะเล” (ผู้ป่วย 11; เพศชาย 42 ปี)	มีพี่สาวอยู่ด้วย บางครั้งพี่ชายตามไปช่วยทำงาน มักทะเลาะกับหลานสาววัยอนุบาล พี่สาวกังวลใจเรื่องการประกอบอาชีพของน้องชาย	พี่สาวพามาพ.เสต.ได้

ตาราง 31 ปัญหาที่ส่งผลเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย (ต่อ)

รหัสผู้ป่วย	Illness factors	Medication factors	Patient factors	Caregiver factors	Physician/Service factors
12	“ถ้าไม่ได้กิน มันจะเดินไปทั่ว” (ผู้ป่วย 12, เพศชาย 55 ปี)	Side effects : tardive dyskinesia จากการกินยา Chlorpromazine มา 10 ปี	กินยาสม่ำเสมอดี “เขาก็ว่าขาดยาไม่ได้ ต้องกินยา (ผู้ป่วย 12; เพศชาย 55 ปี) หลังจากป่วยก็แยกพาทักกับภรรยา และภรรยาเป็นผู้เลี้ยงดูบุตร “หลังจากที่แฟนเขาไปสุพรรณแล้ว ผมก็อยู่อย่างเฉยๆละครับ แต่ลูก สาวคิดถึงเขาอยู่ เขาโทรมาหา บางครั้งเขาก็โทรมา” (ผู้ป่วย 12; เพศชาย 55 ปี)	มีพี่สาวหลานชายอยู่ด้วย ช่วยงานใน ร้านซ่อมรถของหลานชาย ช่วยพี่สาว ทำนา	สามารถมารพ.สต.ได้เอง บางวันมารต๋นน้ำดื่ม ช่วยที่รพ.สต.
13	“มันปู้ว่า เจ้าของเป็นจิ้งจอก อีหย่ง” “กะต้องให้มิดูแลควบคุมตลอด” “บางที่บอกให้ไปหม่าข้าวจิ้งจอก อาจจะหม่าเค็งคู มันกะนั่งบ่ไหว ต้อง 2 เทีย บ่ให้เฮ็ด” “ก็เศรียดอยู่ อยากให้มันช่วยตัวเอง ได้ ฆ่าพ่อตายไป” (ญาติ 6; เพศ ชาย 66 ปี)	“ให้ตรบอยู่ครับ แต่ คนเป็นหนักๆมา ต้องกินข้าว ออกากให้ นอนนั่นน้ำ พักผ่อน สมอง” (ญาติ 6; เพศชาย 66 ปี)	-	บิดาเห็นลูกป่วยมานาน อาการ์ไม่ตี ขึ้น บางครั้งลองปรับยาเอง “เคยกิน 2 เม็ด มีต่อมากะเลย หมอเพิ่มมา เป็น 3 เม็ด ผมก็เลยลดออกมา เป็นสี่ โคอยู่” “เขาก้รีบละ ผมเลยเพิ่ม ยา” “อยากให้มันเอายาบ่ารุงใส่หน้า ให้ประสาทอ่อน บางทียาเปิด ผมก็ เข้าน้ำเกลือ น้ำเกลือเปิด 2 ปุ๊กแล้ว” (ญาติ 6; เพศชาย 66 ปี)	พอพามา รพ.สต.ได้

4.1.4 ตอนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท ญาติผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งได้เป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 4.1.4.1 การใช้แนวคิดทฤษฎีและการสร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์
- 4.1.4.2 การตรวจสอบข้อมูล
- 4.1.4.3 การจดบันทึกและทำดัชนีข้อมูล
- 4.1.4.4 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูล
- 4.1.4.5 การสร้างข้อสรุปและการพิสูจน์ข้อสรุป

4.1.4.1 ขั้นตอนที่ 1 การใช้แนวคิดทฤษฎีและการสร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์ โดยอ้างอิงจากแนวคิดทฤษฎีการศึกษาของ Haddad และคณะถึงปัจจัย 5 ด้านที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ ยา ความเจ็บป่วย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ

4.1.4.2 ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาโดยใช้แหล่งข้อมูลที่ต่างกัน (data triangulation) คือ สัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาร่วมกับ สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. เพื่อตรวจสอบข้อมูลว่าเป็นข้อมูลที่ตรงกันหรือไม่

4.1.4.3 ขั้นตอนที่ 3 การจดบันทึกและทำดัชนีข้อมูล

เนื่องจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแลดำเนินไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงมีการจดบันทึกข้อมูลบางส่วนไว้แล้วและได้ทำดัชนีเชิงบรรยาย (descriptive index) เพื่อจัดหมวดหมู่ข้อมูล ดังตารางที่แสดง

ตาราง 32 ดัชนีข้อมูลก่อนและหลังเก็บข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา

ดัชนีก่อนเก็บข้อมูล	ดัชนีหลังเก็บข้อมูล	
	ปรับปรุง	เพิ่มใหม่
ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท — หายแล้ว — ยาบ่ถึก (ภาษาอีสาน แปลว่า ยาไม่ได้ผล) — ตัวแข็ง — ง่วงนอน — ไม่ว่างมารับยา เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง — ปัญหาจากยา — ไม่รู้ — ช่วยเหลือ — คนดูแล — ความรู้สึกกลัว	จัดกลุ่มตาม 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยด้านผู้ป่วย — ทักษะติดต่อยาและความเจ็บป่วย (ดัชนีเดิม คือ หายแล้ว, ยาบ่ถึก) — ประวัติความร่วมมือในการใช้ยาในอดีต — รู้สึกว่าเป็นตราบาบ ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย — การหยั่งรู้สภาพของตนเอง (insight) : หายแล้ว — Cognitive impairment — อาการบวมและอาการลบ — ภาวะซึมเศร้า — การใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านยา — ประสิทธิภาพ — อาการข้างเคียงจากยา (ดัชนีเดิม คือ ตัวแข็ง, ง่วงนอน) — ตำรับยา — ยาที่จ่ายร่วมกับยาต้านโรคจิต — ประสบการณ์การใช้ยาในอดีต	

ตาราง 33 ดัชนีข้อมูลก่อนและหลังเก็บข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (ต่อ)

ดัชนีก่อน เก็บข้อมูล	ดัชนีหลังเก็บข้อมูล	
	ปรับปรุง	เพิ่มใหม่
	<p>ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> — ความร่วมมือในการรักษา — การสื่อสาร — การเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย — ทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการรักษาด้วยยา — การวางแผนจำหน่าย — การสื่อสารระหว่างระบบบริการ/องค์กร <p>ปัจจัยด้านผู้ดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> — ทักษะต่อการรักษาด้วยยาและความเจ็บป่วย — ความสามารถในการช่วยกำกับกรกินยา — ทรานสป 	<p>ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> — ทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความเจ็บป่วย — ทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วย — การให้สุขภาพจิตศึกษา <p>ปัจจัยด้านผู้ดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> — ความสามารถในการสังเกตอาการกำเริบ — ทักษะต่อความเชื่อ/ความศรัทธา — ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล/ดูแลไม่ไหว (caregiver burden / caregiver burnout) — เกิดความขัดแย้งในครอบครัว — ฐานะทางครอบครัว

ตาราง 34 ดัชนีข้อมูลก่อนและหลังเก็บข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (ต่อ)

ดัชนีก่อนเก็บข้อมูล	ดัชนีหลังเก็บข้อมูล	
	ปรับปรุง	เพิ่มใหม่
		<p>ปัจจัยด้านชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> — ชาวบ้านตีตรา/เลือกปฏิบัติ — ชาวบ้านช่วยสังเกตอาการ — ชาวบ้านแนะนำการกินยา

4.1.4.4 ขั้นตอนที่ 4 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูล

ปัญหาการการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทมีได้หลายปัจจัย สามารถสรุปได้จากแหล่งข้อมูล 3 แหล่ง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ โดยข้อมูลมาจากการสัมภาษณ์มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ด้านโรคจิต พฤติกรรมการใช้ยาและการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นปัญหาต่อความร่วมมือในการใช้ยา ปรากฏผลดังนี้

4.1.4.4.1 จากการสัมภาษณ์เรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ประเด็นที่ว่า “ป่วยเป็นอะไร ทำไมถึงได้กินยา” เพื่อประเมินทัศนคติต่อยาและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์

จากตาราง 21 เกิดข้อสรุปชั่วคราวประเด็นความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ด้านโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภทว่าส่วนใหญ่เรียกโรคที่ตนเองเป็นอยู่ว่า “โรคประสาท” บางคนอาจจะขยายความเรียกเพิ่มเติมว่า “โรคประสาทอ่อน” หรือ “โรคประสาทหลอน” มีเพียงผู้ป่วยโรคจิตเภทเพียงคนเดียวเท่านั้นที่เรียกความเจ็บป่วยของตนเองกับผู้สัมภาษณ์ว่า “เป็นบ้าจ๋า” ผู้ป่วยบางคนแสดงความไม่พอใจเมื่อถูกผู้อื่นตีตราว่าเป็นบ้า

“เขาว่าผมเป็นบ้าตัวจะคุณหมอ เขามาหาเรื่องผมก่อน” (ผู้ป่วย 6; เพศชาย 37 ปี)

“ได้ยินแต่คนว่าเป็นบ้า บ่ได้เป็นบ้าจ๊กเที้ย” (ผู้ป่วย 16; เพศหญิง 57 ปี)

ดังนั้นคำที่ใช้ในการสื่อสารเรื่องโรคกับผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อความรู้สึกและการยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเฉพาะคำว่า “บ้า” ผู้ป่วยหลายรายยืนยันกับผู้สัมภาษณ์ว่าตนเองไม่ได้ป่วยเป็นอะไร เมื่อไม่ยอมรับการเจ็บป่วยจึงส่งผลกระทบต่อารรับประทานยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่อง

ตาราง 35 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ป่วยเป็นอะไร ทำไม่ถึงได้กินยา”

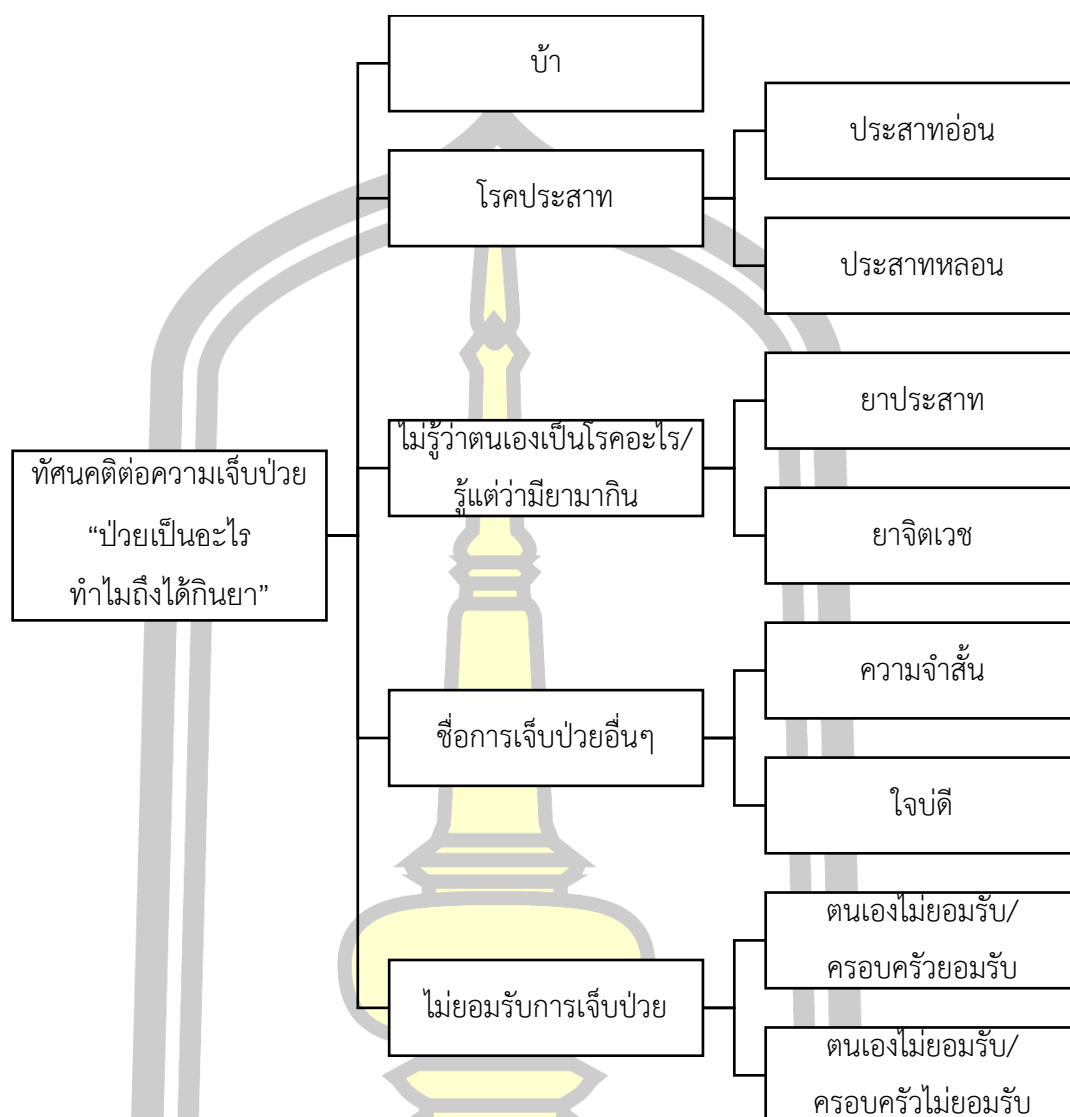
แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	ไม่แน่ใจ/ไม่ยอมรับ
ผู้ป่วยจิตเภท	<p>ยอมรับการเจ็บป่วย</p> <p>— ปัจจัยด้านผู้ป่วย : ที่คนคิดต่อยาและความเจ็บป่วยพบว่าผู้ป่วยหลายคนยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง แต่ไม่มีผู้ป่วยคนใดเรียกว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยเรียกโรคตนเองแตกต่างกันไป ดังนี้</p> <p>“คิดว่าเจ้าของเป็นโรคประสาทนั่นแหละ” (ผู้ป่วย 2; เพศหญิง 55 ปี)</p> <p>“เพื่อนบอกว่าเป็นประสาทอ่อนนะ” (ผู้ป่วย 5; เพศชาย 61 ปี)</p> <p>“ประสาท” (ผู้ป่วย 7; เพศชาย 54 ปี)</p> <p>“เป็นบ้าจ๋า” (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี)</p> <p>“โรคประสาท” (ผู้ป่วย 10; เพศหญิง 61 ปี)</p> <p>“เห็นว่าเป็นโรคความจำบด” (ผู้ป่วย 11; เพศชาย 42 ปี)</p>	<p>ไม่แน่ใจ/ไม่ยอมรับ</p> <p>— ปัจจัยด้านผู้ป่วย : ที่คนคิดต่อยาและความเจ็บป่วยผู้ป่วยบางคนปฏิเสธการมีโรคประจำตัว เช่น “<i>ป่ได้เป็นหยั่ง</i>” แต่แต่เมื่อถามว่ากำลังกินยาอะไรอยู่ ผู้ป่วยตอบว่า... “<i>ยาประสาท</i>” (ผู้ป่วย 3; เพศชาย 36 ปี)</p> <p>แต่ผู้ป่วยบางคนปฏิเสธทั้งการมีโรคประจำตัวและการใช้ยา “<i>ป่เป็นหยั่งครีบ</i>” (ผู้ป่วย 6; เพศชาย 37 ปี)</p> <p>“<i>ป่เป็นหยั่งเตีละ ก็ธรรมดา</i>” (ผู้ป่วย 11; เพศชาย 42 ปี)</p> <p>“<i>พอดอยู่ มาให้กินยารวี่แมะ</i>” (ผู้ป่วย 16; เพศหญิง 57 ปี)</p> <p>— ปัจจัยด้านชุมชน : ชาวบ้านตีตรา/เลือกปฏิบัติ</p> <p>นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางคนที่ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย มีความรู้สึกไม่พอใจเมื่อถูกคนในชุมชนมองว่าตนเองเป็นบ้า “<i>เขาว่าผมเป็นบ้าที่จะคุมหม่อ เขามาหาเรื่องผมก่อน</i>” (ผู้ป่วย 6; เพศชาย 37 ปี)</p> <p>“<i>ได้ยินแต่คนว่า เป็นบ้า ป่ได้เป็นบ้าจี้เก็ย</i>” (ผู้ป่วย 16; เพศหญิง 57 ปี)</p>

ตาราง 36 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ป่วยเป็นอะไร ทำไม่ถึงได้กินยา” (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	ไม่แน่ใจ/ไม่ยอมรับ
ผู้ป่วยจิตเภท	ยอมรับการเจ็บป่วย	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : การวางแผนจำหน่าย และ การให้สุขภาพจิตศึกษา</p> <p>นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่แน่ใจว่าตนเองเป็นโรคอะไร โดยให้เหตุผลว่าบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้แจ้ง แต่บางคนก็ยังกินยาต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน</p> <p>“กินยอน... คือไปได้บอกรี” (ผู้ป่วย 3; เพศชาย 36 ปี)</p> <p>“เห็นกะปัดบอกรือโรคดอก แต่ว่าเห็นเอายาให้ มันกะกินยาถึกถึกมาตั้งแต่นั้นละ” (ผู้ป่วย 14; เพศหญิง 48 ปี)</p> <p>“ปู้รึเลยจ้า ปู้รึฮอดฮือโรค” (ผู้ป่วย 14; เพศหญิง 48 ปี)</p>

ตาราง 37 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ป่วยเป็นอะไร ทำไม่ถึงได้กินยา” (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	ไม่แน่ใจ/ไม่ยอมรับ
ญาติ	<p>ยอมรับการเจ็บป่วย</p> <p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ที่คนคิดต่อการรักษาด้วยยาและความเจ็บป่วย</p> <p>ความเจ็บป่วย</p> <p>จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าแม่ผู้ป่วยบางคนไม่ยอมรับการเจ็บป่วย แต่ญาติบางคนยอมรับและเรียกชื่อโรคว่าโรคประสาท</p> <p>“เป็นระบบประสาท” (ญาติ 1; ลูกสาวผู้ป่วย 1, 59 ปี)</p> <p>“ว่าเป็นประสาทหลอน ว่ามีคนแว้อยู่ในหู คนแว้อยู่ในหู ว่าถูกแม่ ดูถูกหยิ่งไปจึงชี้ คนแว่เว้าเหยียดหยามเจ้าของว่าจิ้งจัน” (ญาติ 2 ; มารดาผู้ป่วย 6, 62 ปี)</p> <p>“เพิ่นกะว่าเป็นประสาทติ” (มารดาผู้ป่วย 15)</p>	<p>ไม่แน่ใจ/ไม่ยอมรับ</p> <p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ที่คนคิดต่อการรักษาด้วยยาและความเจ็บป่วย</p> <p>ส่วนญาติบางคนไม่แน่ใจที่จะเรียกชื่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นออกมาขณะให้สัมภาษณ์ และบางคนปฏิเสธการเจ็บป่วยเหมือนกันกับผู้ป่วย “เกี่ยวกับโรคลมชัก แล้วเกี่ยวกับประสาทจิต มันทมี 2 อย่าง มันทีบอกบ่ต่อกัน เกี่ยวกับซุมทุมมุนี ผมงกะบ่อยู่ต่อกัน” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)</p> <p>“ใจบ่ดี” (มารดาผู้ป่วย 13)</p> <p>“หมอโรจงบาล เพิ่นบ่ได้อันนดอก เกิดจากความเครียด” (ญาติ 7; ภรรยาผู้ป่วย 15, 30 ปี)</p> <p>“บ่ได้เป็นบ้าทรอก มันทบ่ประสาทหลอน ผมงกะอยู่จักต่อกัน” (ญาติ 8 ; สามีผู้ป่วย 16, 45 ปี)</p>
บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ	<p>— ปัจจัยด้านชุมชน : ชาวบ้านช่วยสังเกตอาการ</p> <p>อสม.และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เรียกโรคจิตเนทว่าเป็นบ้า</p> <p>“อสม.ซีรทมมาบอกเลยว่า หมอขุมมีคนไข้บ้ามันแล่นลงทางสังสัยมันคือลิเป็นบ้า” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)</p>	<p>-</p>



ภาพประกอบ 12 ข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ป่วยเป็นอะไร ทำไม่ถึงได้กินยา”

4.1.4.4.2 จากการสัมภาษณ์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยา ประเด็นที่ว่า “คิดว่าจะหายป่วยไหม” เพื่อประเมินทัศนคติต่อยาและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์

จากตาราง 22 เกิดข้อสรุปชั่วคราวประเด็น “คิดว่าจะหายป่วยไหม” ผู้ป่วยและญาติทุกคนในใจลึกๆหวังว่าจะหายจากโรคจิตเภท บางคนยังหวังว่าจะสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติโดยไม่ต้องใช้ยา แต่ผู้ป่วยอีกหลายคน ยอมรับความเจ็บป่วย และเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

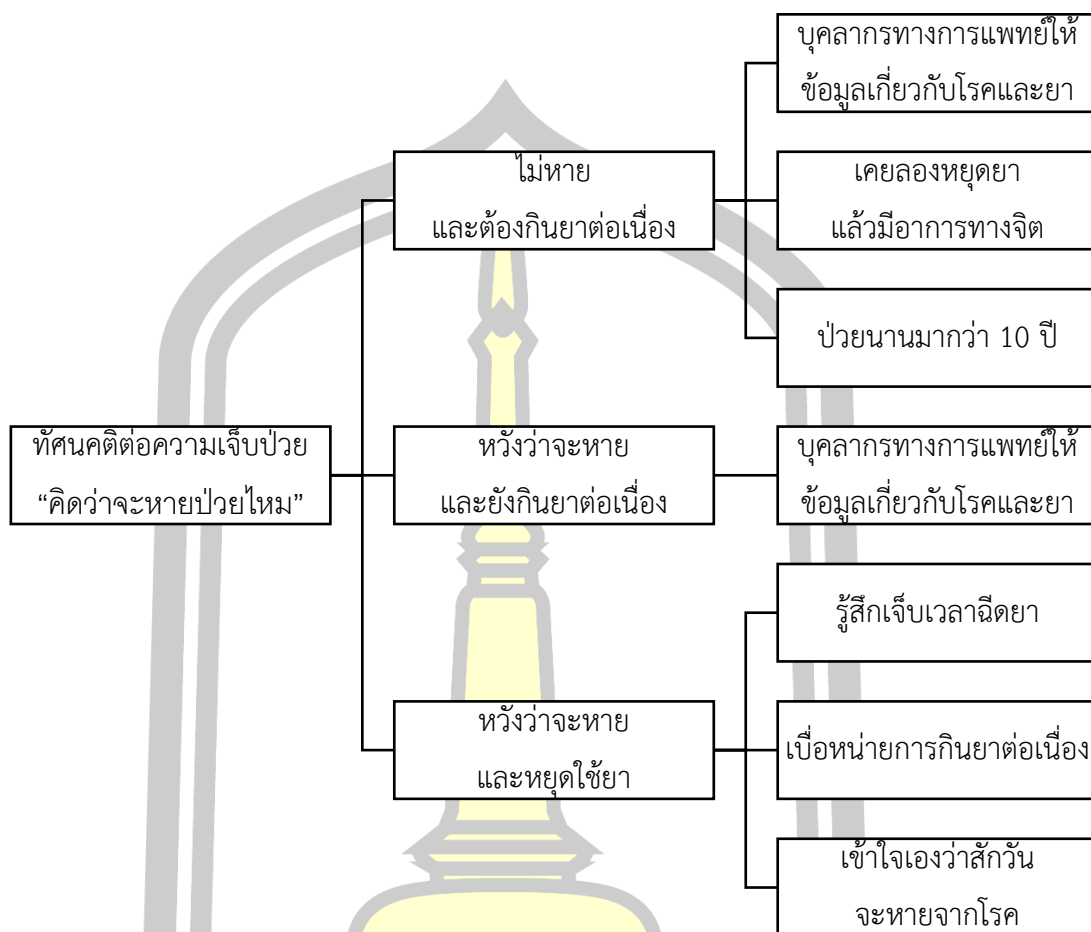
ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาในประเด็นโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ

ตาราง 38 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “คิดว่าจะหายป่วยไหม”

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	คิดว่าจะหายและหยุดยได้สักวัน
ผู้ป่วยจิตเภท	<p>ยอมรับและพร้อมใช้ยาต่อเนื่อง</p> <p>— ปัจจัยด้านผู้ป่วย : ที่คนคิดต่อยาและความเจ็บป่วยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรู้สึกกว่าใช้ยาแล้วมีอาการทางจิตดีขึ้น ทำให้ส่งผลต่อการใช้ยาต่อเนื่อง</p> <p>“บัดนี้พอได้กินยาได้นี้แล้วบ่คิด แต่ที่แต่เป็นใหม่ คิดอยู่ กูคือเป็นจิ้งจิ้งนี่อ กูลีเซาบื้อ” (ผู้ป่วย 10; เพศหญิง 61 ปี)</p>	<p>— ปัจจัยด้านผู้ป่วย : ที่คนคิดต่อยาและความเจ็บป่วย มีผู้ป่วยบางรายแม้สัมภาษณ์ไปประเด็นอื่น แต่ก็มักจะหลุดปากบอกว่าจะหยุดยาหลายครั้ง บ่งบอกถึงความตั้งใจในการหยุดยา</p> <p>“ว่าลีเซาผิดแต่หมครับ” (ผู้ป่วย 6; เพศชาย 37 ปี)</p> <p>“คิดว่าสักวันหนึ่ง เฮาต้องลี้มยาให้ได” (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี)</p>
ญาติ	<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ที่คนคิดต่อการรักษาด้วยยาและความเจ็บป่วย</p> <p>แม่ผู้ป่วยบางคนอยากหยุดใช้ยา แต่บางรายที่มีญาติดูแลตลอดและญาติรู้ว่าโรคนี้น่าหายขาด ต้องกำกับการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>“กว่าลึบเคย จุดนี้เพราะว่าให้เลาเซาแล้ว เลาลีเมื่อยแหม ยานเลาเมื่อย” (ญาติ 1; ลูกสาวผู้ป่วย 1, 59 ปี)</p> <p>“เซาฉิดบ่ได้ มันบ่เจ็บดอก ฉิดยชื้ออ” (ญาติ 2 ; มารดาผู้ป่วย 6, 62 ปี)</p> <p>“กะบ่คิดอหยิ่งนัก เพราะว่าดูแลกันมาจั้งซี แล้วกะมันชินแล้วมันตั้งแล้วยังหว่า มีแต่ยายเลาหละ เลาเป็นท่วงลูกเลา เลากันอมมำกัน” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)</p> <p>“กะหมอกก็บอกว่าบ่หายนะ โรคนี” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)</p> <p>“มีแต่อยากให้เซา แต่มันบ่หาย” (คำว่าหายแล้วแบบเหมือนหมดความหวังมาก) (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)</p>	<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ที่คนคิดต่อการรักษาด้วยยาและความเจ็บป่วย</p> <p>แม่ผู้ป่วยบางคนอยากหยุดใช้ยาและญาติผู้ดูแลเองก็อยากให้หยุดยาเช่นกัน แต่เคยประสบปัญหาอาการกำเริบจากการขาดยาของผู้ป่วย และมีบุคลากรทางการแพทย์แนะนำการกินยาจึงส่งผลให้ยังใช้ยาอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน</p> <p>“กะอยากให้เซาอยู่ (พูดจบก็หัวเราะ) แต่ว่า...คือบ่เซาบู่” (ญาติ 5 ; พี่สาวผู้ป่วย 11, 48 ปี)</p> <p>“ผู้กินแล้วใจฮ้าย ผู้เอาก็ มันแย้งอยากให้เซาเมาะ” (ญาติ 8 ; สามีผู้ป่วย 16, 45 ปี)</p> <p>“ผมก็บอกว่าถ้ากินยาต่อเนื่อง จะไม่มีสิทธิ์เซาเร็ว เซาเร็ว คุณ..เพิ่มก็เซาคือกิน เหนื่อกับขอนแก่น 2 ปี เลว่า บาดนี้หมอเลว่า เจ้าต้องเข้าวัด ทำใจให้ตั้ง เลาคิดหาย” (ญาติ 8 ; สามีผู้ป่วย 16, 45 ปี)</p>

ตาราง 39 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “คิดว่าจะหายป่วยไหม” (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	คิดว่าจะหายและหยุดยาได้สักวัน
<p>บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ</p>	<p>ยอมรับและพร้อมใช้ยาต่อเนื่อง</p> <p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : ที่ศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความเจ็บป่วย, ที่ศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วย</p> <p>เจ้าหน้าที่ในรพ.สต.เข้าใจว่ายาสำหรับรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นยาที่ต้องใช้รักษาต่อเนื่อง</p> <p>“ใจเย็นๆ กะคือคนไข้เบาหวานนี่หะละลาย ดีแล้วมันมียาป่วยนะ กะสิว่า เป็นโรคอะไร กะสิชั่งกั๊กๆ ขึ้นละ” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี</p> <p>เจรจากับผู้ป่วย 16 ที่อยากหยุดกินยา)</p>	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : ที่ศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความเจ็บป่วย, ที่ศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วย</p> <p>เจ้าหน้าที่ในรพ.สต.คิดว่าสาเหตุบางส่วนที่มีผลต่อการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องอยู่ที่ตัวผู้ป่วยเองที่มีที่ศนคติและความเชื่อว่าตนเองสามารถหายได้จากโรคจิตเภท</p> <p>“มันอยู่ที่ดีวะคนไข้ดีวะ ละ พี่ว่า คือเลาอยากให้มันเขาคือปวดหัวเป็นไข้ พี่พอฟังแนวความคิดเลา แต่เลาไปเข้าใจโรคในความเป็นได้โรคของเลา มันปลื้มนะ ฟังความว่าเลาคือ เลามีความหวังว่าเลาเลิกเขาอะ” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึงผู้ป่วย 16 ที่อยากหยุดกินยา)</p>



ภาพประกอบ 13 ข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “คิดว่าจะหายป่วยไหม”

4.1.4.4.3 จากการสัมภาษณ์เรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาต้านโรคจิต ประเด็นที่ว่า “คิดว่าผู้ป่วยต้องกินยานานแค่ไหน (กินต่อเนื่องต่อไป หยุดยาได้ หรือ ไม่แน่ใจ)”

จากตาราง 23 เกิดข้อสรุปชั่วคราวประเด็นความเข้าใจเกี่ยวกับระยะเวลาที่ต้องรับประทาน ยายาต้านโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยหลายรายแม้ไม่รู้ว่าตนเองต้องกินยาไปนานเท่าใด แต่เข้าใจว่าไม่สามารถหยุดยาด้านโรคจิตได้ โดยได้ความรู้มาจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้สุขภาพจิต ศึกษาและจากประสบการณ์ตรงของตนเองที่เคยมีอาการกำเริบเมื่อขาดยา

“เพื่อนบอกอยู่ว่าต้องกินตลอด เพื่อนว่าถ้ากินบ่ต่อเนื่อง ถ้ากิน 10 ปีขึ้นไป ก็จะเป็น คนผู้เก่า เพื่อนบอกว่ายาพวกนี้ขาดไม่ได้” (ผู้ป่วย 4; เพศหญิง 60 ปี)

“ได้กินยาจิตเวชขอนแก่น กินมาโดน ก็มาเขาอยู่พักหนึ่ง ก็มาแต่งงานก็ได้ลูกผู้หนึ่ง ก็เลยมาเป็นคืนอีก ก็เลยไปกินอีก กินยาจิตเวชอีกคือเก่า มันเขาบ่ได้” (ผู้ป่วย 4; เพศหญิง 60 ปี)

“ไม่ ไม่หยุดครับ ถ้าไม่ได้กิน มันจะเดินไปทั่ว” (ผู้ป่วย 12; เพศชาย 55 ปี)

ตาราง 40 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “คิดว่าผู้ป่วยต้องกินยานานแค่ไหน (กินต่อเนื่องต่อไป หยุดยาได้ หรือ ไม่แน่ใจ)”

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	ไม่แน่ใจ/หยุดยาได้
ผู้ป่วยจิตเภท	<p>ผู้ป่วยหลายคนรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองและหากหยุดยาจะมีการผุดผิดเกิดขึ้นกับตน นอกจากนี้ญาติก็มีส่วนในการกำกับการกินยา</p> <ul style="list-style-type: none"> — ปัจจัยด้านผู้ป่วย : ที่ตนคิดต่ออย่างและความเจ็บป่วย และ ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย : การหยั่งรู้สภาพของตนเอง (insight) “จำครับ กินไปเรื่อยล่ะครับ บ่หายขาด” (ผู้ป่วย 3; เพศชาย 36 ปี) “คุณหมอบอกให้กิน ก็สิกินอยู่จั่งซี่ละ ก็คือสิหยุดบ่ได้ละคุณหมอ หยุดก็คือว่า ยานมันเข้าไปทางอื่นอีก” (ผู้ป่วย 5; เพศชาย 61 ปี) “ไม่ไม่หยุดครับ ถ้าไม่ได้กิน มันจะเดินไปทั่ว” (ผู้ป่วย 12; เพศชาย 55 ปี) — ปัจจัยด้านผู้ป่วย : ที่ตนคิดต่ออย่างและความเจ็บป่วย และ ประวัติความร่วมมือในการใช้ยาในอดีต “ได้กินยาจิตเวชขอนแก่น กินมาโดน ก็มาเขาอยู่ที่หนึ่ง ก็มาแต่งงานก็ได้ลูกผู้หญิง ก็เลยมาเป็นคืนอีก ก็เลยไปกินอีก กินยาจิตเวชอีกคือเก่า มันเขาบ่ได้” (ผู้ป่วย 4; เพศหญิง 60 ปี) — ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ความสามารถในการช่วยกำกับการกินยา ญาติของผู้ป่วยบางคนสามารถดูแลให้ผู้ป่วยกินยาได้ทุกวัน “บ่่าจ๊กมีอแม่บ่กะบ่ได้ ว่าให้บ่าลองบ่ิง” (ผู้ป่วย 16; เพศหญิง 57 ปี พุดขอร้องไห้ได้หยุดยาเพราะสามีกำกับการกินยาทุกวัน) 	<p>ผู้ป่วยบางรายที่หยุดยาเพราะเข้าใจว่าตนเองหายจากโรคแล้ว แต่บางคนยังมีอาการทางจิตอยู่ แต่ที่หยุดยาเพราะอยากแสดงออกว่าตนเองหายจากโรคแล้ว ไม่อยากถูกมองว่าเป็นคนบ้า และบางรายไม่แน่ใจเรื่องการซื้อและการรักษาเพราะไม่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาจากเจ้าหน้าที่ ไม่รู้ว่าตนเองว่าต้องกินยาต่อเนื่องนานเท่าใด</p> <ul style="list-style-type: none"> — ปัจจัยด้านผู้ป่วย : ที่ตนคิดต่ออย่างและความเจ็บป่วย “เพราะมันดี มันปกติแล้ว” (ผู้ป่วย 2; เพศหญิง 55 ปี) “กินจนกว่าเขาบ่แล้ว” (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี) — ปัจจัยด้านผู้ป่วย : ที่ตนคิดต่ออย่างและความเจ็บป่วย และ ปัจจัยด้านชุมชน : ชาวบ้านตีตรา/เลือกปฏิบัติ “ว่าแสงกินแสงบ่่า ผู้ได้ก็ว่า ผู้ได้ก็ว่าแสงกินแสงบ่่า” (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี) — ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : การวางแผนจำหน่าย และการให้สุขภาพจิตศึกษา “บู่้จ๊กครับ” (ผู้ป่วย 7; เพศชาย 54 ปี)

ตาราง 41 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “คิดว่าผู้ป่วยต้องกินยานานแค่ไหน (กินต่อเนื่องต่อไป หยุดยาได้ หรือ ไม่แน่ใจ)” (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	ไม่แน่ใจ/หยุดยาได้
ผู้ป่วยจิตเภท	<p>กินต่อเนื่องต่อไป</p> <p>ผู้ป่วยจิตเภทบางคนเล่าเหตุการณ์ในอดีตให้ฟังว่าเคยมีบุคลากรทางการแพทย์แจ้งไว้ไม่ให้ผู้ป่วยหยุดยา ต้องกินยาต่อเนื่อง ทำให้ตนเองปฏิบัติตามคำแนะนำมาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าเคยมีเพื่อนบ้านแนะนำให้ลองหยุดยา แต่ผู้ป่วยยืนยันว่าไม่สามารถหยุดยาได้</p> <p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : การวางแผนจำหน่าย และการให้สุขภาพจิตศึกษา</p> <p>“เห็นบอกอยู่ว่าต้องกินตลอด เห็นว่าถ้ากินต่อเนื่อง ถ้าเกิน 10 ขีดขึ้นไป ก็จะเป็นคนผู้แก่ เห็นบอกว่ายาพวกนี้ขาดไม่ได้” (ผู้ป่วย 4; เพศหญิง 60 ปี)</p> <p>“เขาก็บอกว่าอย่าได้ ต้องกินยา” (ผู้ป่วย 12; เพศชาย 55 ปี)</p> <p>— ปัจจัยด้านชุมชน : ชาวบ้านตีตรา/เลือกปฏิบัติ และ ชาวบ้านแนะนำการกินยา</p> <p>“มีเพื่อนบ้านเขากลอมของหยุดกินยาดูซิ บอกว่าหยุดไม่ได้ ยาต้องกินตลอด” (ผู้ป่วย 12; เพศชาย 55 ปี)</p>	-
ญาติ	<p>ญาติผู้ป่วยหลายคนรับทราบว่าผู้ป่วยต้องกินยาต่อเนื่อง โดยเล่าว่าบุคลากรทางการแพทย์เคยบอกไม่ให้หยุดยา</p> <p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : การวางแผนจำหน่าย และการให้สุขภาพจิตศึกษา</p> <p>“หมอเลยบอกว่า เลาสีขาดบได้” (ญาติ 1; ลูกสาวผู้ป่วย 1, 59 ปี)</p> <p>“หมอบอกว่าเขาได้แล้ว เขากะตายอย่างเดี๋ยวละยาย” (ญาติ 4; ลูกสาวผู้ป่วย 10, 36 ปี)</p> <p>“กะหมอบอกว่าบหายนะ โรคนี” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)</p> <p>“อยากให้เราที่สุด คือว่าต้องการอยากให้เรานั่นแหละ หมอก็บอกว่า ยากให้เจ้ากินยา ถ้ามหมอเบบิ่ง ถ้าเพิ่มลิ้มจั่งซึบ หมอลีค่า ซ้อยเพี้ย ผู้ให้ผู้ดูแลเจ้าเพี้ย ตั้งแต่เป็นมา” (ญาติ 8 ; สามีผู้ป่วย 16, 45 ปี)</p>	-

ตาราง 42 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “คิดว่าผู้ป่วยต้องกินยานานแค่ไหน (กินต่อเนื่องต่อไป หยุดยาได้ หรือ ไม่แน่ใจ)” (ต่อ)

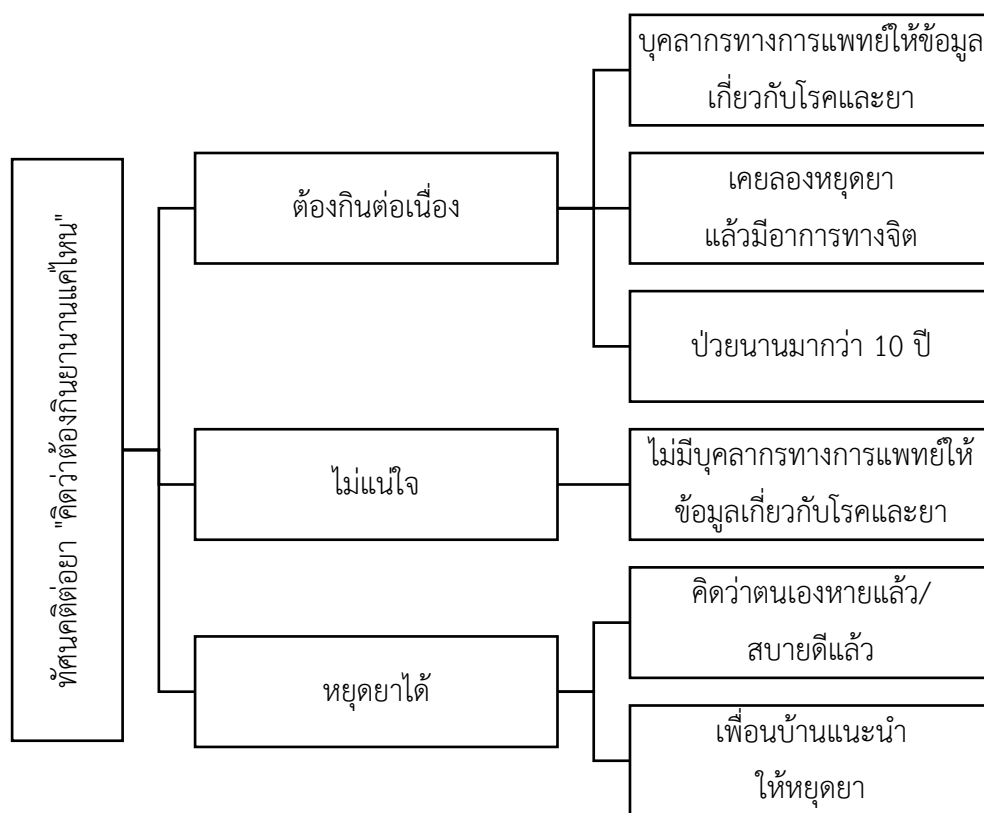
แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล
<p>บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ</p>	<p>กินต่อเนื่องต่อไป</p> <p>เจ้าหน้าที่ในรพ.สต.มีทัศนคติที่ดีต่อการกำชับผู้ป่วยให้ใช้อย่างต่อเนื่องเหมือนกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ</p> <p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการรักษาด้วยยา และ ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วย “เฮลธิกัมเน้นเรื่องการกินยาเป็นหลัก คือว่าหาละเอียดต้องการความช่วยเหลือจากผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วย “เฮลธิกัมเน้นเรื่องการกินยาเป็นหลัก คือว่าหาละเอียดต้องบ่อยๆให้คนไข้ขาดยาอยู่แล้ว เหมือนคนไข้เบาหวานไม่ต่างจากคนไข้จิตเวชแมนบ่บ่” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)</p>
	<p>ไม่แน่ใจ/หยุดยาได้</p> <p>พบว่าเจ้าหน้าที่ที่กำชับผู้ป่วยกินยาต่อเนื่องมีความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและระวังเรื่องการกำเริบของอาการทางจิตมากกว่าเจ้าหน้าที่บางคนที่ตัดสินใจให้ผู้ป่วยหยุดยาด้านโรคจิตได้</p> <p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการรักษาด้วยยา และ ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วย “ที่มีถ้าฉีดยา ที่ว่าคนที่ปฏิเสธยาทั่วไป ถ้าเราฉีดยา ที่ว่ามันก็จะปลอดภัยกว่าปล่อยให้เขาไม่กินยาแหม แมนบ่หละ” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)</p> <p>“ถ้าเราจะคุยว่าขอฉีดยา คือเขาเอาเข้ามาคุยเลยว่า ถ้าเราฉีดยาให้เดือนละเข็ม เป็นการช็อตตกลงอย่างน้อย ที่ว่าถ้าปล่อยไป ระบบสมองก็ยังเป็นของมันไปเรื่อยๆ เพราะมันเกิดพยาธิสภาพของโรคไปแล้วแมนบ่หละ มันก็น่าจะป้องกันไว้ ดีกว่าเกิดปัญหา ถ้าเกิดมันเกิดปัญหาขึ้นมา ตอนนั้นมันรุนแรงแล้ว ถ้าไม่เกิดอะไรรุนแรงก็ไม่เป็นไร แต่ทำร้ายร่างกาย ถ้าถ้าเกิดเขาหวาดระแวงโดยการทำร้ายคนอื่นโดยการฆ่าผู้อื่น มันก็เป็นส่วนหนึ่งที่เรากว่าจะไว้ใจมากขึ้นไป” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)</p> <p>“หยุดได้ไหม ถ้าคนไข้เมื่อยมกิ้น” (จนท.10 เพศหญิง 55 ปี ปัจจุบันลาออกจากราชการแล้ว)</p>

แต่ผู้ป่วยบางรายที่หยุดยาเพราะคิดว่าตนเองไม่มีอาการแล้วและบางรายกินยาแล้วยังมีอาการทางจิตอยู่ จึงมีแนวโน้มที่จะไม่รับประทานยาต่อเนื่อง

“เพราะมันดี มันปกติแล้ว” (ผู้ป่วย 2; เพศหญิง 55 ปี)

“ว่าแ่งกินแ่งบ้ำ ผู้ได้ก็ว่า ผู้ได้ก็ว่าแ่งกินแ่งบ้ำ” (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี)

ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องบอกผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับยา หากผู้ป่วยขาดยาหรือไม่กินยาต่อเนื่อง สามารถทำให้เกิดอาการกำเริบเหมือนที่ผู้ป่วยมีอาการครั้งแรกได้



ภาพประกอบ 14 ข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “คิดว่าผู้ป่วยต้องกินยานานแค่ไหน (กินต่อเนื่องต่อไป หยุดยาได้ หรือ ไม่แน่ใจ)”

4.1.4.4.4 จากการสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยา ประเด็นที่ว่า “ปัญหาด้านการกินยา : สม่่าเสมอ ไม่สม่่าเสมอ/ ไม่กินยา หรือ ปรับขนาดยาเอง”

จากตารางข้างต้นเกิดข้อสรุปชั่วคราวประเด็นสาเหตุของการกินยาไม่สม่่าเสมอสามารถเกิดได้โดยไม่เจตนาและเจตนา ในกรณีของผู้ป่วยที่ไม่เจตนาจะพบว่าด้วยภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเองที่ทำให้หลงลืมหรือการมีภาระหน้าที่ประจำวันที่ทำให้ขาดยาไปบางมื้อ

“เฮ็ดเองเลยครั้บ กินเอง แต่ว่าผมขอเว้วว่าบางทีก็อาจลิ้มก็มี” (ผู้ป่วย 5; เพศชาย 61 ปี)

“ตอนเช้าบลิ้มจ้ำ มักลิ้มตอนนอนกับหลานนะ ตอนกลางคืน แต่บลิ้มบ้อย ลิ้มแค่ครั้งเดียว” (ผู้ป่วย 14; เพศหญิง 48 ปี)

“บางครั้งก็กินได้ ถ้าปกติ ถ้ากินต่อไปกะ หลงลิ้มไปแหง บรู๊จักฮอดยา ส่วนใหญ่ลื บ่อยากกิน ใช้ผู้ปกครองจัดให้” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)

หากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอโดยไม่ได้เจตนา แต่สามารถดูแลตนเองได้ เกสัชกรสามารถแนะนำวิธีการกินยาเพิ่มเติมได้ เช่น ยาก่อนนอน แนะนำผู้ป่วยรับประทานหลังอาหารเย็น หรือแนะนำการจัดยาไว้ในกระเป่าที่ต้องพกติดตัวในผู้ป่วยที่ลืมรับประทานยาตอนเช้าเพราะรีบไปทำงาน แต่หากเกิดจากผู้ป่วยมีปัญหา cognitive impairment จำเป็นต้องมีผู้กำกับดูแลการกินยา เช่น ญาติ แต่ผู้ป่วยบางรายญาติไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะสามารถกำกับดูแลการกินยา จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาร่วมกันในทีมดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอโดยเจตนามักพบในผู้ป่วยที่ป่วยมานาน เกิดความเบื่อหน่ายในการกินยา หรือ กินยามานานแล้วไม่หายขาด ญาติจึงอยากลองหยุดยา หรือในบางรายญาติปรับยาให้ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อหวังผลการรักษาจากยาที่ดีขึ้น

“มันเบื่อ กินหลายก็ไม่อยากกิน เลยหยุดกิน เคยขาดยาช่วงปีพ.ศ.2524-2525 แต่ก่อนกินยาที่จิตเวชขอนแก่น” (ผู้ป่วย 4; เพศหญิง 60 ปี)

“อยากลองลองเบิ่ง ว่าบ่กินยาแล้วสิเป็นจั่งได้ ครั้นกินยาแล้วกะคือคือเก่าอยู่” (ญาติ 5 ; พี่สาวผู้ป่วย 11, 48 ปี)

“ให้ครบอยู่ครั้บ แต่คนเป็นหนักๆมา ต้องกินซ้ำ อยากให้นอนนั่นน้ำ พักผ่อนสมอง” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)

ในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยเรื้อรังมานาน ทศนคติต่อโรคและยาของผู้ป่วยและญาติมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยามาก พบว่าผู้ป่วยบางรายแม้เพื่อนบ้านแนะนำให้หยุดยา ก็ตัดสินใจกินยาต่อเนื่อง เพราะเคยจำได้ว่าการหยุดยาทำให้ตนเองมีอาการกำเริบ ซึ่งทศนคติต่อโรคและยามีผลต่อการให้คำแนะนำญาติเพื่อพิจารณาส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลอื่นเมื่อมีอาการกำเริบเกินขีดความสามารถในการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านแทนด้วยเช่นกัน

“มีเพื่อนบ้านเขาถามลองหยุดกินยาดูสิ บอกว่าหยุดไม่ได้ ยาต้องกินตลอด” (ผู้ป่วย 12; เพศชาย 55 ปี)

“อยากให้ไปเชคสมอง ระบบของเขายู่ณะ มันลิคีนมาได้ง่ายบ่เนี่ย มันจนปานนี้ สิปรับโตได้ หายกะมี จนปานนี้แล้ว ก็จั่งได้หละ ลางเทีย คืดอยู่ คืดว่ามันกะลึบสุดยอดแล้วบื้อ ไปพูนก็กินยาอันนี้ จิตเวช มาบ้านก็กินยาอันเดียวกันนี้” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)

ตาราง 43 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาด้านการกินยา : สม่่าเสมอ ไม่สม่ำเสมอ/ไม่กินยา หรือ ปรับขนาดยาเอง”

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล		ปรับขนาดยาเอง
	สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ/ไม่กินยา	
แบบสอบถามด้านการกินยา	ผู้ป่วย 3, ผู้ป่วย 5, ผู้ป่วย 8, ผู้ป่วย 10, ผู้ป่วย 11, ผู้ป่วย 12	ผู้ป่วย 1, ผู้ป่วย 2, ผู้ป่วย 4, ผู้ป่วย 6, ผู้ป่วย 7, ผู้ป่วย 9, ผู้ป่วย 13	ไม่มีหัวข้อนี้ในแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนฯ ด้านการกินยา
ผู้ป่วยจิตเภท	<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ความสามารถในการช่วยกำกับกับการกินยา</p> <p>ผู้ป่วยหลายคนสามารถกินยาได้</p> <p>สม่ำเสมอแม้ไม่มีผู้ดูแลกำกับกับการกินยา แต่หากมีคนช่วยกำกับดูแลจะยิ่งเพิ่มความร่วมมือในการกินยา</p> <p>“จัดกินเองเลย” (ผู้ป่วย 3; เพศชาย 36 ปี)</p> <p>“เตือนตัวเอง แล้วก็ยัดยัดจิ้งจี้ ก็เบ่งวันเอง” (ผู้ป่วย 14; เพศหญิง 48 ปี)</p> <p>“ก็ถามว่าวันนี้นักินยาไหม อะโรอย่างงั้นหนา” (ผู้ป่วย 12; เพศชาย 55 ปี กล่าวถึงพี่สาว)</p> <p>“โอ๊ย ใ้กินลูม้อ บสิมน่นะ ชั่งหลายเนี่ย” (ผู้ป่วย 16; เพศหญิง 57 ปี กล่าวถึงสามี)</p>	<p>— ปัจจัยด้านผู้ป่วย : ประวัติความร่วมมือในการใช้ยาในอดีต</p> <p>ปัญหาการลืมกินยาของผู้ป่วยสามารถแยกได้เป็น 2 ลักษณะคือ โดยเจตนาและไม่เจตนา</p> <p>“มันเบื่อ กินหลายก็ไม่อยากกิน เลยหยุดกิน เคยขาดยาช่วงปีพ.ศ.2524-2525 แต่ก่อนกินยาที่จิตเวชขอนแก่น” (ผู้ป่วย 4; เพศหญิง 60 ปี)</p> <p>“เฮ็ดเองเลยครับ กินเอง แต่ว่าผมขอเว้วว่าบางทีก็อาจลืมก็มี” (ผู้ป่วย 5; เพศชาย 61 ปี กล่าวถึง การลืมกินยามื้อเช้าบางวันเพราะรีบออกไปทำนาตอนเช้า)</p> <p>“บั้งใจหยุด ลืม เพราะว่ามันช้ำนอนกับหลานแล้วหลับไปเลย เอาหลานนอนแล้วก็หลับไปนำหลานเลย” (ผู้ป่วย 14; เพศหญิง 48 ปี)</p>	<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ความสามารถในการช่วยกำกับกับการกินยา</p> <p>ผู้ป่วยจิตเภทบางคนกินยาผิด ทั้งผิดขนาดและผิดชนิดยา เพราะไม่มีผู้ดูแล</p> <p>“หนูกินทีละ 2 เม็ด 3 เม็ดพูน ฮ่าๆๆ (พูดแล้วก็หัวเราะ)</p> <p>เพื่อนกะเลยไปเอายาฝากไว้กับหนู ฝากไว้หน้าญาติ” (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี)</p> <p>“อสม.ไป บ่อยบ้าน ไปเอายาคนบ้านคือกินมา กิน” (ผู้ป่วย 10; เพศชาย 2 mg (GPO) 1 แผงออกมา ซึ่งแกะยาไปแล้ว 3 เม็ด) (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี กล่าวถึงอสม.2 ที่เข้าวัน สัมภาษณ์ไปประชุมที่รพ.บ้านแท่น แล้วกลับเอายามาให้กินในตอนสายวันนั้น)</p>

ตาราง 44 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาด้านการกักขัง : สม่่าเสมอ ไม่สม่ำเสมอ/ไม่กินยา หรือ ปรับขนาดยาเอง” (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	
	สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ/ไม่กินยา
ผู้ป่วยจิตเภท	<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ความสามารถในการช่วยเหลือ</p> <p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ความสามารถในการช่วยกำกับกรกักขัง</p> <p>ผู้ป่วยที่กักขังเองบางคนไม่มีผู้ดูแลทำให้บางครั้งหลงลืมการกักขังหรือไปปรับยาตามนัด “จัดกินเองครับ” (ผู้ป่วย 7; เพศชาย 54 ปี)</p> <p>“ลืมกิน ลืมไปเอา ฮ่าๆ” (ผู้ป่วย 12; เพศชาย 55 ปี กล่าวถึงการเคยขาดยาในอดีต)</p> <p>— ปัจจัยด้านชุมชน : ชาวบ้านแนะนำการกักขัง</p> <p>ผู้ป่วยจิตเภทอายุที่ตนเองไม่กินให้คนในชุมชน</p> <p>“เห็นขอไปกินก็เห็นไป เพราะว่ามันกินแล้วฉันทว่าง ฉันทนอนหลับดี กะเลยมาเอาไปกิน” (ผู้ป่วย 14; เพศหญิง 48 ปี กล่าวถึงกรณีหยุดกิน Chlorpromazine เพราะว่างนอนระหว่างวันจนทำงานไม่ได้ แล้วไม่มียาเหลือมาคืน เพราะคนที่ยังจำมาขอไปกิน)</p>	<p>— ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย : อาการบวกและการลบ</p> <p>ผู้ป่วยจิตเภทเก่าเหตุการณ์ที่ปรับยาเอง เพราะรู้สึกไม่สบายตัวจากการทางจิตกำเริบ “อยู่บ้านมันยังงี้ไม่รู้ มันหงุดหงิดอะไรก็ไม่ได้ครับ ตอนนั้น ก็เลยกินยา อยากให้มันหลับนะ” (ผู้ป่วย 12; เพศชาย 55 ปี กล่าวถึงการเคยกินยาเกินขนาดจนได้ admit เมื่อ 12 สิงหาคม 2559)</p>

ตาราง 45 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาด้านการกินยา : สำมาเสมอ ไม่สม่ำเสมอ/ ไม่กินยา หรือ ปรับขนาดยาเอง” (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล		
	สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ/ไม่กินยา	ปรับขนาดยาเอง
ญาติ	<p>— ปัจจุบันผู้ดูแล : ความสามารถในการช่วยการช่วยกำกับการกินยา</p> <p>ญาติที่ดูแลกำกับการกินยาเล้าถึงการช่วยดูแลการกินยาของผู้ป่วยในปัจจุบัน “คือรับให้เวลาประจำตามทีแต่ละเดือน” (ญาติ 1 ; ลูกสาวผู้ป่วย 1, 59 ปี)</p> <p>“ได้เวลา ออยเอา ออยเอา เพราะว่าบอ ยากกิน กะบซ์ครันดอกเรื่องดูแล แต่ว่า กินยากินหยั่งจั้งช้อยยากยกแทน ออยเอา” (ญาติ 8 ; สามีผู้ป่วย 16, 45 ปี)</p> <p>“บ้ายาบาคได้ กะได้ไปหาหมออะ” (ลูกสาวผู้ป่วย 16)</p>	<p>— ปัจจุบันผู้ดูแล : ความสามารถในการช่วยกำกับการกินยา</p> <p>บางครั้งญาติที่ไม่สามารถกำกับการกินยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ</p> <p>“บัตมี ไทรเอาตำรวจมา มัน(หมายถึงลูก) ก็ว่า กับพี่นิตๆ ครันผมไปติดคุก ผมบไป ครันไปฉีด ยานำหมอม ผมสิไปอยู่ตำรวจพินก็เลยได้เอาไปฉีดยา”</p> <p>(ญาติ 2 ; มารดาผู้ป่วย 6, 62 ปี เล่าถึงเหตุการณ์ที่ลูกชายไม่ยอมให้พยาบาลจิตเวช และพยาบาลประจำรพ.สต.ฉีดยาต้านโรคจิตให้ จนลูกชายมีอาการกำเริบอาละวาด ช่างไม้ใส่ผู้อื่น)</p>	<p>— ปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการรักษาด้วยยา และการให้สุขภาพจิตศึกษา</p> <p>ญาติผู้ดูแลเล่าว่าที่ปรับให้ผู้ป่วยเพราะเห็นผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยาและจนท.ที่รพ.สต.แจ้งว่าสามารถทำได้</p> <p>“บสิม แต่ว่าลดส่วนยาอยู่เพราะว่า... (จนท.รพ.สต.ที่เกษียณแล้ว) เหมบอก” (ญาติ 1 ; ลูกสาวผู้ป่วย 1, 59 ปี)</p>

ตาราง 46 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาด้านการกินยา : สม่่าเสมอ ไม่สม่ำเสมอ/ ไม่กินยา หรือ ปรับขนาดยาเอง” (ต่อ)

สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล			
แหล่งข้อมูล	สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ/ไม่กินยา	ปรับขนาดยาเอง
ญาติ	<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ความสามารถในการช่วยกำกับกับการกินยา</p> <p>ญาติที่ดูแลกำกับกับการกินยาเล่าถึงการช่วยดูแลการกินยาของผู้ป่วยอดีตและกำลังทำให้ผู้ป่วยกินยาได้เองในปัจจุบัน</p> <p>“ครั้งแรกแม่ก็แม่เอายาให้กิน กินช้าแล้วแม่แกะเอายาให้ เอาน้ำไปพร้อม ยานมันขบกิน เคี้ยวตอนนั้นมันกะกินเองแล้ว ละถามมันว่ากินยาไป กะตอบว่ากินแล้ว” (มารดาผู้ป่วย 6, 62 ออกมาว่า... “มันตัวกุ่มหะ”) (ญาติ 2 ; มารดาผู้ป่วย 6, 62 ปี)</p> <p>“เอายาให้กิน บางทีแยกกะกินเอง” (ญาติ 3 ; พี่สาวผู้ป่วย 8, 58 ปี)</p> <p>“เดี๋ยวนี้กินเอง ทัดให้กินเอง ทักครั้งให้ เขารอ่านหนังสือได้อยู่จ้า” (ญาติ 5 ; พี่สาวผู้ป่วย 11, 48 ปี)</p> <p>“ยานี้ บลิ้มกิน แต่ว่าพิงลิเป็นแบบว่าถือไปแล้ว ก็หลงหม่องไว้ แล้วก็กลับมามาเอาไปกินใหม่ เป็นแบบบลิม” (ญาติ 5 ; พี่สาวผู้ป่วย 11, 48 ปี)</p>	<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ความสามารถในการช่วยกำกับกับการกินยา</p> <p>ญาติเล่าว่าเคยลองตั้งใจให้ผู้ป่วยหยุดยาเพราะรู้สึกว่ามันนานแล้วแต่ไม่หายขาด</p> <p>“อยากลองลองเองบ้าง ว่าบกินยาแล้วสิ เป็นจังได้ ครั้นกินยาแล้วกะคือคือเก่า อยู่ (พูดจบก็หัวเราะ)” (ญาติ 5 ; พี่สาวผู้ป่วย 11, 48 ปี)</p> <p>ญาติเล่าว่าตั้งใจไม่ให้ผู้ป่วยปรับยาที่รพ.สต. เพราะคิดว่าผู้ป่วยไม่ได้อายุ</p> <p>“ฉีดยาโรงพยาบาลเที่ยงนี้ มาฉีดยาที่บ้านเฮานี้ ละ ยากะส่งมาสู่เดือนละคะ แต่บไปเอา ไปฉีดยา” (พูดจบก็หัวเราะ) (ญาติ 7 ; ภรรยาผู้ป่วย 15, 30 ปี)</p>	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : ทักษะจิตของบุคลากรทางการแพทย์ การให้การแพทย์ต่ออาการด้วยยา และการให้สุขภาพจิตศึกษา</p> <p>ญาติปรับยาเพิ่มเองเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบ</p> <p>“ที่หมोजัดให้ไปหว่างนั้นมันบอ ปกติมันจะจั่ง 2 เดือน บาดนั้นมันกำเริบ มันบอยู่ มันจะเฮ็ดจั่งได้กะบหลับ ผมต้องให้กิน 2 จังซี บให้กินเกินถึง 3-4-5 คอก” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)</p> <p>“ให้ครบอยู่ครับ แต่คนเป็นหมักมา ต้องกินช้า ออกกให้นอนนั้นน้ำ พักผ่อนสมอง” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี อธิบายเพิ่มเติมหลังจากเล่าว่าลูกสาวขาดยามา 2 วัน เพราะเพิ่มขนาดยานอนหลับ ทำให้ยาหมดก่อนนัด)</p>

ตาราง 47 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาด้านการกินยา : สม่่าเสมอ ไม่สม่่าเสมอ/ไม่กินยา หรือ ปรับขนาดยาเอง” (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	
	สม่่าเสมอ	ไม่สม่่าเสมอ/ไม่กินยา
ญาติ	<p>-</p> <p>— ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย : Cognitive impairment</p> <p>ญาติเล่าว่าผู้ป่วยกินยาเองไม่ได้ เพราะการรับรู้ไม่ปกติ บางครั้งไม่รู้จกว่าสิ่งที่ตนเองกินคือยา</p> <p>“บางครั้งก็กินได้ ถ้าปกติ ถ้ากินต่อไปกะ หลงลืมไป แทน ปรู้จักหอดดยา ส่วนใหญ่ลืม-อยากกิน ใช้ผู้ปกครองจัดให้” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)</p>	<p>ปรับขนาดยาเอง</p> <p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : ทศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการรักษาด้วยยา และการให้สุขภาพจิตศึกษา</p> <p>ในญาติที่เคยปรับเพิ่มยาเอง ในบางครั้งก็คือคนๆ เดียวกันกับที่ปรับลดยาเอง และให้ใช้ยาอื่นๆเพิ่มเติม ด้วยโดยที่ตนเองไม่ใช้บุคลากรทางการแพทย์</p> <p>“เคยกิน 2 เม็ด มีต่อมมาทะเลย หมอเพิ่มมาเป็น 3 เม็ด หมอก็เลยลดออกมา เป็นสี่เคอยู่” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี อธิบายว่าเดิมลูกเคยกิน phenytoin 2 เม็ด แต่ข้อมูลในระบบ HOSxP ยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับยา 3 เม็ดมานานเกือบ 10 ปีแล้ว)</p> <p>“อยากให้มีเอยาบำรุงใส่มา ให้ประสากท่อน บางทีเียาเบ็ด หมอก็เข้าน้ำเกลือ นำเกลือเบ็ด 2 ปกแล้ว” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)</p>

ตาราง 48 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาด้านการกินยา : สม่่าเสมอ ไม่สม่ำเสมอ/ ไม่กินยา หรือ ปรับขนาดยาเอง” (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	ปรับขนาดยาเอง
<p>บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ</p>	<p>สัมภาษณ์ : สามารถในการช่วยกำกับการกินยาช่วยกำกับการกินยา พบว่าในบางครั้งครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถกินยาและดูแลตนเองได้ แต่ญาติก็ยังมีเวลาดูแลผู้ป่วยและช่วยกำกับการกินยา “แกมารับยาเองประจำ เป็นครั้งแรกที่ดูกลัวมาเอาแทน” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี กล่าวถึง ผู้ป่วย 5; เพศชาย 61 ปี)</p>	<p>สัมภาษณ์/ไม่กินยา</p> <p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ความสามารถในการช่วยกำกับการกินยา จนท.เล่ากรณีผู้ป่วยไม่มีผู้กำกับการกินยาเพราะแม่สูงอายุและภรรยาทำงานต่างอำเภอ “แต่ตอนนี้คือโอเค เขาก็อยากทำงาน เราก็ไปบังคับเขาไม่ได้คือแฟนเขาไม่ได้อยู่ด้วยกัน แฟนทำงานที่ตนเองเรือ แล้วเสาร์อาทิตย์ค่อยไปเจอกัน ซึ่งก็ห้อยยอยอยู่คนเดียว ยายกะบรู๋ร้องไห้ เพราะว่ายายกะเขาแล้ว ตากะตายแล้ว กะสรุปตอนนี้เราที่เผื่อระวังอาการ” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึง ผู้ป่วย 15; เพศชาย 35 ปี)</p> <p>“ที่ว่าปัจจัยครอบครัวมีส่วนนะ มันมีส่วนนะ มีส่วนเศรษฐกิจจะมีส่วน คนใช้จิตเวชก็ไม่ต่างกัน คำว่าความรักครอบครัว ถ้าครอบครัวอบอุ่น มีการดูแลเอาใจใส่กัน การกินยา มันก็ต้องต่อเนื่อง แม่แบบ แต่ถ้าเกิดครอบครัวเนี่ย เออ หากอยู่หากิน หากกินข้าว หากกินคำ ต้องคืนลมหากินแม่แบบหะ แม่แบบได้มีเวลามาใส่ใจโตคนใช้” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึง ผู้ป่วยจิตเภททั่วไป)</p>

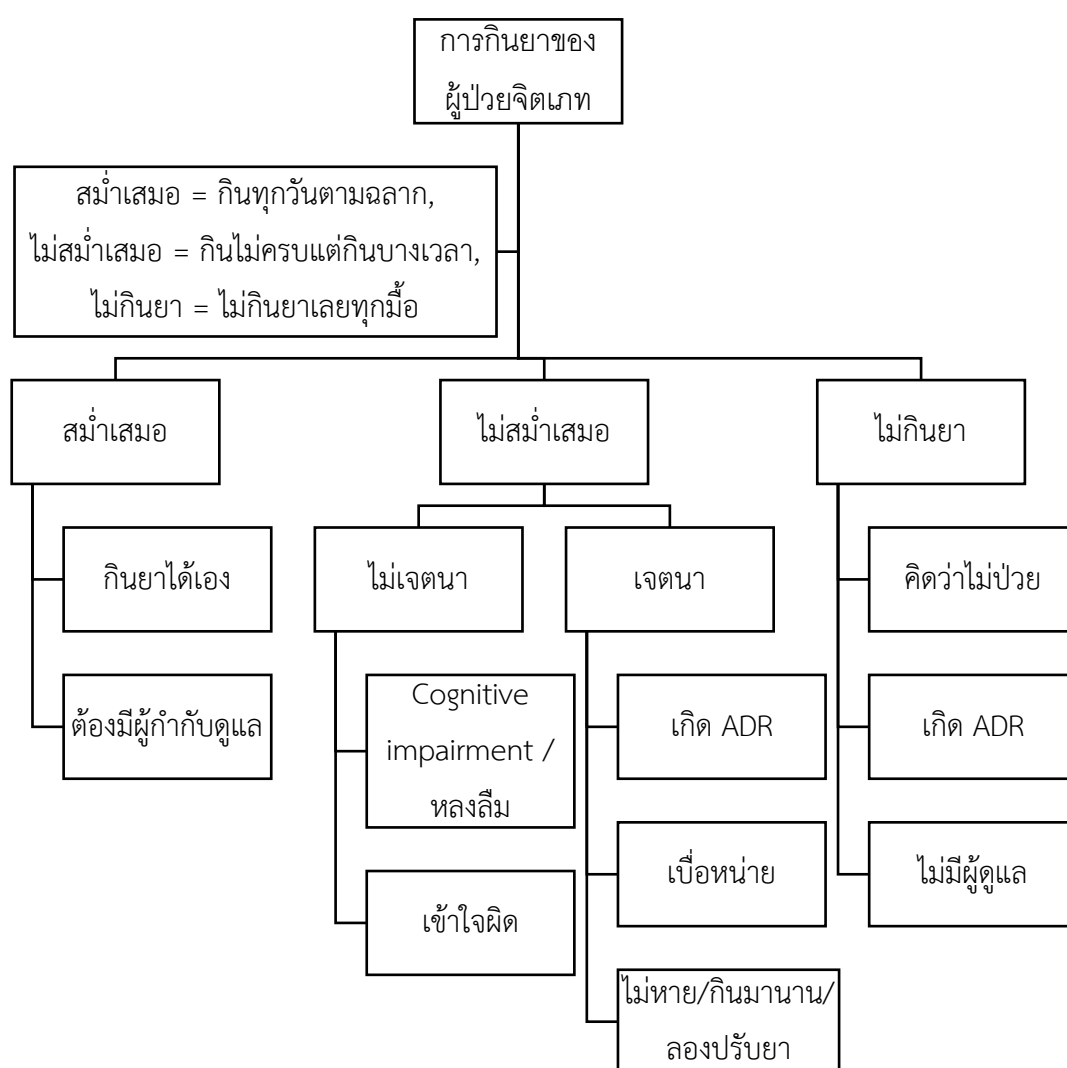


ตาราง 49 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาด้านการศึกษา : สม่่าเสมอ ไม่สม่ำเสมอ/ไม่กินยา หรือ ปรับขนาดยาเอง” (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	สม่าเสมอ	สารสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	ปรับขนาดยาเอง
บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ		ไม่สม่ำเสมอ/ไม่กินยา	ปรับขนาดยาเอง
		— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : การให้สุขภาพจิตศึกษา และ ปัจจัยด้านชุมชน : ชาวบ้านแนะนำการกินยาจนท.เล่าถึงปัญหาการแบ่งยาให้ผู้อื่นในชุมชน โดยที่คนในชุมชนนั้นไม่ได้ไปสถานพยาบาลเอง แต่สามารถมียามากินจากยาที่ผู้ป่วยไม่กินแทน “พอดีมาทำงานชุมชน เรายังไม่รู้เรื่องยา เป็นเคลของยายนี้เอายานี้ไปกินแมนะ เนื่องจากว่าเอาไปให้ลูกชายกินต่อ เพราะลูกชายมันกินเหล้า ถ้ามันกินยาตัวนี้ มันจะทำให้คนไข้นอนเยอะ พอดีนอนมันก็ไม่อาละวาด มันก็ไม่เมากวน ก็คือใช้ยาเพื่อไอคนกินเหล้า” (จนท.10 พูดถึงกรณีผู้ป่วย 14 ไม่กินยาแล้วคนที่รู้จักมาขอยาเอาไปตีสื่อในเหล้าของคนอื่น)	

ดังนั้นจึงพบว่าปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอและปรับยาเองของผู้ป่วยจิตเภท การค้นหาสาเหตุเฉพาะตัวผู้ป่วยไม่สามารถแก้ปัญหาที่แท้จริงได้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำเป็นต้องดูความพร้อมของผู้ดูแลและครอบครัว และสาเหตุอื่นๆเพิ่มเติมด้วย

“ที่ว่าปัจจัยครอบครัวมันมีส่วนนะ มันมีส่วนแม่ะ มีส่วน เศรษฐกิจก็มีส่วน คนไข้จิตเวชก็ไม่ต่างกัน คำว่าความรักครอบครัว ถ้าครอบครัวอบอุ่น มีการดูแลเอาใจใส่กัน การกินยามันก็ต้องต่อเนื่อง แม่บ่น แต่ถ้าเกิดครอบครัวเนี่ย เอ้อ หาอยู่หากิน หากินเช้า หากินค่ำ ต้องดิ้นรนหากิน แม่บ่นแหละ มันบ่นได้มีเวลามาใส่ใจใครคนไข้” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)



ภาพประกอบ 15 ข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลเหตุผลการกินยาของผู้ป่วยจิตเภทที่แตกต่างกัน

4.1.4.4.5 จากการสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยา ทำอย่างไรเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประเด็นที่ว่า “กินยานี้ แล้วเป็นอย่างไรบ้าง”

ตาราง 50 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “กินยานี้ แล้วเป็นอย่างไรบ้าง”

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	ADR มีผลต่อการประกอบอาชีพ
ผู้ป่วยจิตเภท	<p>ADR มีผลต่อการทำกิจกรรมประจำวัน</p> <p>— ปัจจัยด้านยา : อาการข้างเคียงจากยา “มีแต่โผลอย กินแล้วหัววน โด่งๆ ตัวมันลอย มันเบาหลาย หัวมันदन คั่นฮอดลัม” (ผู้ป่วย 2; เพศหญิง 55 ปี)</p> <p>“พอกินยาลงไปแล้วมีแต่หัววนแล้วกะมากินข้าว” (ผู้ป่วย 3; เพศชาย 36 ปี)</p> <p>“นี่แหละพาคอแห้ง กินแล้วก็แห้ง เยี่ยว เยี่ยวแล้วก็กินอีก เบ็ดมีเอเบ็ดคำ” (ผู้ป่วย 4; เพศหญิง 60 ปี)</p> <p>“กินแล้วเมื่อยหลาย ปั่นนอน เขาใส่หมี่พร้อมแถม เขาใส่หมี่ไปตาย โสกะไปโผลด เขาวัวจั้งซี้หละ” (ผู้ป่วย 16; เพศหญิง 57 ปี)</p>	<p>ADR มีผลต่อการประกอบอาชีพ</p> <p>— ปัจจัยด้านยา : อาการข้างเคียงจากยา “ถ้ากินยามันเฮ็ดงานไปได้ เลยเขา ที่มันทำเรีบมาอีก มันเวลาจะวาดเลยกลับมากิน อาละวาดหลายเทื่อแล้ว” (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี)</p> <p>“กินแล้วมันเฮ็ดงานอยู่จำ ป่วงวงหลาย” (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี)</p> <p>กล่าวถึงกรณีที่ตนเองไปซื้อยา Risperidone ของผู้ป่วยจิตเภทคนอื่น มากิน</p> <p>“อยากเปลี่ยนยา เฮ็ดงาน ลิตด้อยแล้ว ถ้าบตัดด้อย ลีเอาเงินใส่ใช้” (ผู้ป่วย 9; เพศหญิง 40 ปี)</p> <p>“ฉันไปตัดด้อย ฉันไปเฮ็ดงานจั้งซี้ กินแล้วมันเป็นเบลอๆตอน กลางวัน กะย่านทำงานบได้จ้า ตัดด้อยจั้งซี้ก็ย่านมีต ย่านหยังดิกน้ำ” (ผู้ป่วย 14; เพศหญิง 48 ปี)</p> <p>“แต่เรื่องกินยา มันกินได้อยู่ ถ้าบหัวนอน อันนี้แย่งกินแย่งหัวนอน เพราะวาเจ้าของชอนันน์ บียาจกเทีย มันกินมันกินได้อยู่ครับ” (ผู้ป่วย 15; เพศชาย 35 ปี)</p>

ตาราง 51 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “กินยานี้ แล้วเป็นอย่างไรบ้าง” (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	
<p>ADR มีผลต่อการทำกิจกรรมประจำวัน</p> <p>— ปัจจัยด้านยา : อาการข้างเคียงจากยา ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ที่คนคิดต่อการรักษา</p> <p>“บ๊อดี้ดีดีเดียว แต่เข้าห้องน้ำได้แทน ย่างออกมาข้างนอกได้หน่อยแหม่น แต่โดยมากก็ลินอนละเดี๋ยวนี้ มีแต่นอนเพราะว่ายามนุมนเลาตลอด ยาโตที่กินก็มีแต่กุ่มให้นอน ให้พักผ่อนนนะ เล่าเป็นคนกึ่งวอลละ ระบบประสาทของเลาจะเป็นคนกึ่งวอล” (ญาติ 1; เพศหญิง 59 ปี)</p>	<p>ADR มีผลต่อการประกอบอาชีพ</p> <p>— ปัจจัยด้านยา : อาการข้างเคียงจากยา ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ที่คนคิดต่อการรักษา</p> <p>“จิตวิทยาในเลือดนิ บ่เฮ็ดงานได้เลย ได้กลางน” (ญาติ 7; เพศหญิง 30 ปี กล่าวถึงผู้ป่วย 15)</p> <p>“เลาสิริรู้ยว่านี่คือแฟน เลากะระแวง อึย ย่านผู้นั้นมาฆ่า เบรยๆออกมา แต่บ่ทำร้ายผู้ใด เป็นได้พามาบ้าน พากันขึ้นรถมาสิริคยา เลากะหยาแยะ แต่เลากะปกติ แต่ว่าเพียงแต่ว่า พอสิริคยาบ่บ หยา แต่ว่าอากาศที่ยาคือ อย่างเลาบอกนั่นแหละ เลาน้ำลายจะเยอะ เหนียว โตแข็ง พอเลาสิริคยาบ่บเลาจะสิริขึ้น มือนั้น ภายใต้มือนั้นเลย พอสิริคแล้วกะหายไป” (ญาติ 7; เพศหญิง 30 ปี กล่าวถึงผู้ป่วย 15)</p>	
<p>บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ</p>		<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ความสามารถในการช่วยกำกับการกินยา</p> <p>“แต่ตอนนี่ก็คือโอเค เขาก็อยกการทำงาน เราก็ไปบังคับเขาไม่ได้ คือแฟนเขาก็ไม่ได้อยู่ด้วยกัน แฟนทำงานที่ตนเองเรือ แล้วเลาอาหารที่ดีย์ค่อยไปเจอกัน ซึ่งก็เหลือยายอยู่คนเดียว ยายกะปู้เรื่องหยั่ง เพราะว่ายายกะเฒ่าแล้ว ตามกะตายแล้ว กะสรุปตอนนี่เราก็กะฝักรวงอาหาร” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึง ผู้ป่วย 15; เพศชาย 35 ปี ที่ปฏิเสธการกินยาต้านโรคจิตเพราะง่วงนอนมากจนทำงานไม่ได้)</p>

จากตาราง 25 เกิดข้อสรุปชั่วคราวประเด็น “กินยานี้ แล้วเป็นอย่างไรบ้าง” สามารถแยกผลของอาการไม่พึงประสงค์ต่อการใช้ยาที่กระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทได้ 2 ประเด็นคือ 1) ยามีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน อย่าง ผู้ป่วย 2 มี euphoria จากการรับประทาน Benzhexol ผู้ป่วย 4 มีปากแห้งคอแห้งจาก Chlorpromazine และ Benzhexol และผู้ป่วย 1 มีง่วงนอนมาจาก Diazepam 2) ยา มีผลต่อการประกอบอาชีพ อย่าง ผู้ป่วย 14 ที่หยุดยาบางตัว เพราะง่วงนอนมากระหว่างทำงาน และผู้ป่วย 15 ที่ปฏิเสธทั้งยาฉีดและยากินเพราะง่วงนอนมากจนต้องลางานหลังจากฉีดยา

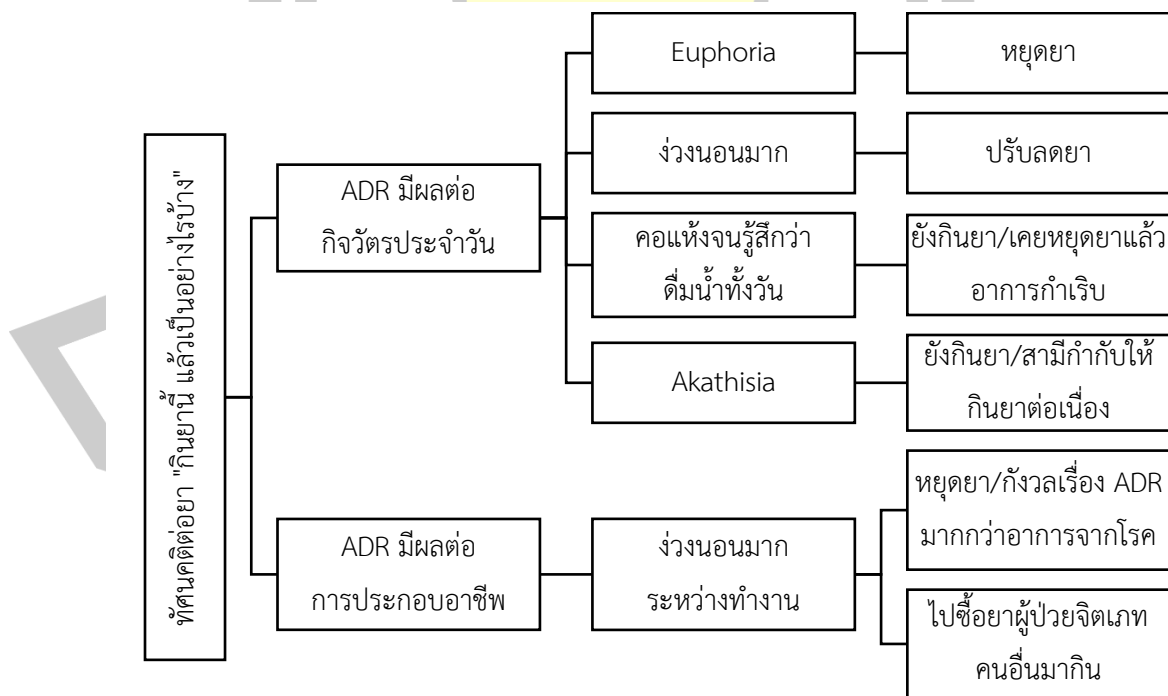
“มีแต่โศลอย กินแล้วหัวควน โด่งๆ ตัวมันลอย มันเบาหลาย หัวมันควน คั่นฮอดลัม” (ผู้ป่วย 2; เพศหญิง 55 ปี)

“นี่หละพาคอแห้ง กินแล้วก็แห้ง เหยี่ยว เหยี่ยวแล้วก็กินอีก เบ็ดมือเบ็ดค้ำ” (ผู้ป่วย 4; เพศหญิง 60 ปี)

“บได้ติดเตียง แต่เข้าห้องน้ำได้แทน ย่างออกมาข้างนอกได้หน่อยแหม แต่โดยมากก็ลี นอนละเดี๋ยวนี้ มีแต่นอนเพราะว่ายามันกุมเลาตลอด ยาโตที่กินก็มีแต่กุมให้นอน ให้พักผ่อนเนาะ เลาเป็นคนกังวลละ ระบบประสาทของเลาจะเป็นคนกังวล” (ญาติ 1; เพศหญิง 59 ปี)

“ฉันทัดดอ้อย ฉันทไปเฮ็ดงานจั่งซี่ กินแล้วมันเป็นเบลอๆตอนกลางวัน กะย่านทำงานบได้จ่า ตัดอ้อยจั่งซี่ก็ย่านมีด ย่านหยงถักน้ำ” (ผู้ป่วย 14; เพศหญิง 48 ปี)

“แต่เรื่องกินยา มันกินได้อยู่ ถ้าบหิวนอน อันนี้แข่งกินแข่งหิวนอน เพราะว่าเจ้าของบอันนั้น ปอียาจักเทีย มันกินมันกินได้อยู่ครับ” (ผู้ป่วย 15; เพศชาย 35 ปี)



ภาพประกอบ 16 ข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “กินยานี้ แล้วเป็นอย่างไรบ้าง”

จากปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบในผู้ป่วย พบว่า อาการข้างเคียงดังกล่าว ล้วนไม่ได้เป็นอันตรายถึงชีวิต แต่มีผลต่อผู้ป่วยทั้งการดำเนินชีวิตและการทำงาน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางรายตัดสินใจไม่กินยาและกังวลเรื่องอาการข้างเคียงจากยามากกว่าอาการกำเริบจากโรค ซึ่งเป็นปัญหาที่เจ้าหน้าที่ต้องติดตามและเฝ้าระวังอาการกำเริบซ้ำของโรคต่อไป

4.1.4.4.6 จากการสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ ประเด็นที่ว่า “หนักใจเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง”

จากตาราง 26 เกิดข้อสรุปชั่วคราวประเด็น “หนักใจเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง” สามารถจัดผู้ป่วยได้ 3 กลุ่มคือ 1) ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ คือ มีรายได้และสามารถทำกิจกรรมประจำวัน 2) ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจกรรมประจำวันแต่ไม่มีรายได้ 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เองจำเป็นต้องมีผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ นอกจากดูแลตนเองแล้วบางคนยังสามารถแบ่งเบาภาระครอบครัวได้ด้วย ด้วยฐานะทางครอบครัวที่ลูกยังต้องทำมาหากินเพื่อหารายได้ให้ครอบครัว

“ลูกสาวให้ไปเลี้ยงแต่ไก่ ไปเกี่ยวไก่ เกือบปลา เลี้ยงปลา เขาให้ไปเด็ดหยังดอก ก็ช่วยเขาในครอบครัวนั้นละ ก็นั่งข้าวให้เขาแทน เขายาก เขาขายของ อีหยังละ ขายพวกน้ำนั้นหมม เป็นน้ำจิ้งจี้ จิ้งจอกหมอกินนี้หละ” (ผู้ป่วย 5; เพศชาย 61 ปี)

2) ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจกรรมประจำวันแต่ไม่มีรายได้ ในกลุ่มนี้พบว่าผู้ป่วยบางคนไม่มีรายได้เบี้ยผู้พิการต่อเดือน เนื่องจากบางรายปฏิเสธการขอใบรับรองผู้พิการ แต่ในรายที่ประสงค์ต้องการมีบัตรผู้พิการแต่ไม่สามารถทำบัตรผู้พิการเพื่อรับเบี้ยผู้พิการ 800 บาทต่อเดือนได้ เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องปรึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

“ย่านมันบได้เฮ็ดอหยังได้ เลียบได้เฮ็ด มันกะรู้ ภาษาอังกฤษมันกะได้ รู้ อ้ายนี้” (ญาติ 2 ; มารดาผู้ป่วย 6, 62 ปี กล่าวถึงการปฏิเสธทำบัตรผู้พิการให้ลูกชาย)

“มันก็แล้วแต่ความสมัครใจของคนไข้ ญาติด้วย ของคนไข้ด้วย บางคนเขาบเอาเดี๋ยละ บางคนเขากะบเอา บ่อยกว่าเป็นผู้พิการทางจิต แต่บางคนที่เขาไม่มีฐานะ เขาก็อยาก เขาก็เอาอยู่ อย่างเช่นเขาทำงานไม่ได้ อย่างผู้ป่วย 11 นี้ บ่แม่นขึ้นแล้วรีนิ น่าจะขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการแล้วนะ ” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เองจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ในกลุ่มนี้พบว่า นอกจากจำเป็นต้องมีผู้ดูแลแล้ว ยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งทางด้านรายได้ครอบครัวที่ลดลงเพราะต้องมาดูแลผู้ป่วย สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล รวมทั้งในผู้ดูแลบางคนมีความเชื่อถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื่องกรรมเวร

“เป็นภาระอยู่เพราะว่าวันนี้ก็ต่อไปก็ไม่ได้เห็นดอก มีแต่จ้างอย่างเดียว หวังนั้นก็ดำ
ก็จ้างมือเดียว บัดนี้ยังเกี่ยวบัดนี้ แต่ปีกลายนี้เบิ่งเห็นเองได้แหงอยู่ ปีนี้คือลิปได้ดอก เพราะว่าลิได้ดูแล
เลาถึขึ้น” (ญาติ 1; ลูกสาวผู้ป่วย 1, 59 ปี)

“เหลื่อโตนอยู่ มันแ่งใจฮ้ายดีละ มันบอกรบฟัง ครั้นบตีมัน มันก็บฟัง มันก็บฟัง ครั้นถื่อ
ค้อนถื่อหยัง มันแ่งฟังอยู่ เขาอยู่ ตีตะพิตตะพื่อพูนแหล่ว มันใจฮ้ายดี แ่งตีแ่งมันแหล่ว จนว่า
เจ้าของเมื่อย” (ญาติ 2 ; มารดาผู้ป่วย 6, 62 ปี)

“หรือลิเป็นเกี่ยวกับโรคของมันเกี่ยวกับกรรมกับเวรกะได้ คิด เพราะว่าเขาก็ดูแลมาจน
ปานนี้ อายุใกล้ถึงห้าสิบแล้ว สังกัดเบ็ง ปัวมาแต่น้อยจนใหญ่” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)

“มันจะช่วยตัวเองบได้ ก็พ้อตายไป ลิตายนำกันกะบตี” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)

“อยากให้เขา ใช้ชีวิตเขา แล้วก็ตอบแทนบุญคุณผู้อื่นนำแหง จั้งซี่” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย
13, 66 ปี)



ตาราง 52 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “หนักใจเรื่องการเงินของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง”

แหล่งข้อมูล	ผู้ช่วยดูแลตนเองได้	ผู้ช่วยไม่มีรายได้/ รายได้น้อย	ผู้ป่วยจำเป็นต่อผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภท	<p>ผู้ช่วยดูแลตนเองได้</p> <p>— บัณฑิตานผู้ดูแล : ที่คนคิดต่อการรักษาด้วยยาและความเจ็บป่วย บางครอบครัวเมื่อมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวและผู้ป่วยสามารถตนเองได้ แต่ครอบครัวกระหมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยต้องมึบัจจัยกระตุ้นให้มีอาการกำเริบ “ลูกสาวให้ไปเลี้ยงแต่ไก่” ไปเกี่ยวไก่ เกือบปลา เลี้ยงปลา เขาไปเห็ดหยังดอก ก็ช่วย เขาในครอบครัวนั้นละ ก็นั่งข้าวให้เขาแทน เขายก เขาขายของ อีหยังละ ขายพวกน้ำ นั้นนม เป็นน้ำจิ้งซี จิ้งคุดหมอกินนี้หฺละ” (ผู้ป่วย 5; เพศชาย 61 ปี)</p> <p>— บัณฑิตานผู้ดูแล : ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล/ดูแลไม่ไหว (caregiver burden/caregiver burnout)</p> <p>ผู้ป่วยจิตเภทเล่าสถานการณ์ในครอบครัวที่ลูกไม่สามารถดูแลได้ “กะกังวลแหมอยู่ ย่านเป็นหลายกว่าเก่า ย่านบมีผู้เบ็ง จังซีละ เพราะว่่าทั้งมีลูกผู้เดียว กับได้ยูน่า” (ผู้ป่วย 4; เพศหญิง 60 ปี)</p> <p>— บัณฑิตานผู้ดูแล : ฐานะทางครอบครัว</p> <p>ผู้ป่วยจิตเภทเล่าสถานการณ์ในครอบครัวที่ลูกไม่สามารถดูแลได้ “รายได้ต่อเดือนมันกะ... แหมเขาส่งให้ลูกเขาเมา แต่บมีเก็บ ได้แต่เก็ม เลี้ยงหลาน 2 คน เลี้ยงลูกพิการอีกคนหนึ่ง” (ผู้ป่วย 2; เพศหญิง 55 ปี)</p>	-	-

ตาราง 53 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “หมั่นใจเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง” (ต่อ)

สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล			
แหล่งข้อมูล	ผู้ปวยดูแลตนเองได้	ผู้ปวยไม่มีรายได้/รายได้น้อย	ผู้ปวยจำเป็นต่อมีผู้ดูแล
ญาติ	<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ที่คนคิดต่อการรักษาด้วยยาและความเจ็บป่วย</p> <p>เมื่อผู้ปวยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถแบ่งเบาภาระในครอบครัวได้ด้วย</p> <p>“เลาเอ็ดเป็นโหด เอ็ดช่วยลูกจนเฒ่า ยามลูกบ่อยู่” (ญาติ 4; ลูกสาวผู้ปวย 10, 36 ปี กล่าวถึงกรณีที่ผู้ปวยสามารถหุงข้าวทำอาหารไว้รอ)</p> <p>“เดี๋ยวนี้แม่เอ็ดนำกินแหละเดี๋ยวนี้ มันก็ล้างถ้วย ล้างชามก็ล้างไว้ถ้า ล้างถ้วยล้างชามไว้ถ้า ล้างชามก็ไปเอ็ดไว้ เอ็ดก็ไปเอ็ด แม่บ่อยู่มันก็เอ็ด แต่ก็มีบ่สนใจ เอ็ดเอ็ดไว้แต่ไปกินแล้ว มันก็วางไว้มัน บ่สนใจเอ็ดหยัง เอ็ดเอ็ดไว้กับปาก ถามก็บ่ปาก เอ็ดกินข้าวกับกิน” (ญาติ 2 ; มารดาผู้ปวย 6, 62 ปี กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ปวย)</p>	<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ที่คนคิดต่อการรักษาด้วยยาและความเจ็บป่วย</p> <p>ญาติเชื่อว่าผู้ปวยสามารถทำงานรายได้ได้ “ย่านมันบ่ได้เอ็ดหยังได้ เลยบ่ได้เอ็ด มันกะรู้ภาษาอังกฤษมันกะได้ รู้ อ้ายนี้” (ญาติ 2 ; มารดาผู้ปวย 6, 62 ปี กล่าวถึงการปฏิเสธทำบัตรผู้พิการให้ลูกชาย)</p> <p>“คือบ่เป็นไข้เป็นหยัง ลางเที่ยวผู้เอ็ดยว่าเอ็ดยเมาะเอ็ดยตายไปให้ลูกหุงหมูลานนี้เสียเมาะ ตายก่อนเอ็ดยต่อหล่า ฮวย ผู้ได้เกิดก่อนผู้มันก็ตายก่อน” (เสียชีวิตผู้ปวย 11 หัวเราะและแทรกเข้ามา) “ว่าเจ้าของตายบ่ได้ ฮ่าๆ” (พูดจบพี่สาวก็หัวเราะตาม) (ญาติ 5 ; พี่สาวผู้ปวย 11, 48 ปี)</p> <p>“บ่มีเอ็ดหยังช่วย ไรค์มไซทำงาน อีหยังจึงซิดีเจ้า เอ็ดงานให้พวกพิการ พวากยังจึงซิดี ฮวย ทีวีเอ็ดได้จึงซิดีหม่มเจ้า” (ญาติ 5 ; พี่สาวผู้ปวย 11, 48 ปี)</p>	<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ที่คนคิดต่อการรักษาด้วยยาและความเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ปวยไม่สามารถดูแลตนเองได้</p> <p>นอกจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้แล้ว ยังส่งผลให้ผู้ดูแลต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ปวย</p> <p>“เป็นภาระอยู่เพราะว่างานนี้ก็ต้องไปมีกับได้เอ็ดเองตอก มีแต่จ้างอย่างเดียว หน่วยงานนี้ดำก็จ้างมือเดียว บัดนี้ยังเกี่ยว บัดนี้ แต่บ่ก็ลายมีเบ็งเอ็ดเองได้แหมอยู่ บัดนี้คือลืบได้ตอก เพราะว่ามีได้ดูแลเลาเอ็ดซิดี” (ญาติ 1; ลูกสาวผู้ปวย 1, 59 ปี)</p>

ตาราง 54 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “หนักใจเรื่องการเงินผู้ป่วยอย่างไบบ้าง” (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	ผู้ป่วยดูแลตนเองได้	ผู้ป่วยไม่มีรายได้/รายได้น้อย	ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแล
ญาติ	- ญาติ	<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล/ดูแลไม่ไหว (caregiver burden/caregiver burnout)</p> <p>“ช่วงนั้นผู้ช่วยบ้านแทน เห็นเอาไปเลี้ยงช่วยนะจ้ะ อยู่บ้านโนนละฮาด เอาไปช่วย ให้ฉันพักสมองแทน ครั้นก็นำเอื้อยผู้นี้ (หมายถึงตนเอง) เห็นจะจมน้ำฉันนั้นจึงเสียะ ครั้นไปอยู่น้ำเห็นแล้ว สิเกรงเห็น แล้วบ่จ่มแต่ะคุณหมอ แต่กลับมานะจะจ้อย” (ญาติ 5 ; พี่สาวผู้ป่วย 11, 48 ปี)</p> <p>“เมื่ออยู่จ้ะ มันเมื่อยใจนะ ลางเที่ยงกะลิเป็นบ้านกัน” (ญาติ 5 ; พี่สาวผู้ป่วย 11, 48 ปี)</p>	<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาและความเจ็บป่วย และ ทัศนคติต่อความเชื่อ/ความศรัทธา</p> <p>“หรือลิเป็นเกี่ยวกับโรคของมันเป็นเกี่ยวกับกรรมกับเวรกะได้ คิด เพราะว่าเขาถือดูแลมาจนปานนี้ อายุใกล้ถึงห้าสิบแล้ว สังเกตบึง ป่วมาแต่บ่ยอมจนใหญ่ แต่ก่อนมีไอ้เคยไปขอนแก่น” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)</p> <p>“มันจะช่วยตัวเองบ่ได้ ก็พ้อตายไป สิตายนำกันกะบ่ดี” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)</p> <p>“อยากให้เขา ใช้ชีวิตเขา แล้วก็ตอบแทนบุญคุณผู้เฒ่ามาแทน จังซี่” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)</p> <p>“มอบให้แม่หมอนั้นแหละ เอาไปรักษาให้แทน เกิดชาติเดียวหนึ่งดอก ฮ้ายยัง บุญกะให้แม่หมอนั้นแหละ” (มารดาผู้ป่วย 13 ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว)</p>

ตาราง 55 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “หนักใจเรื่องการเงินของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง” (ต่อ)

สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล		
แหล่งข้อมูล	ผู้ป่วยดูแลตนเองได้	ผู้ป่วยไม่มีรายได้/รายได้น้อย
ญาติ	-	<p style="text-align: center;">ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแล</p> <p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ภาระหน้อยล้าของผู้ดูแล/ดูแลไม่ไหว (caregiver burden/caregiver burnout)</p> <p>ญาติเล่าสถานการณ์ที่ผู้ป่วยค่อยๆดูแลตัวเองได้น้อยลงไปเรื่อยๆ</p> <p>“ยามทำห้เพียงเฮาบย้ง อายุเฮากะเฒ่าเมาะ มันลี้ช่วยตัวเองบได้ นี่ลี้คิดหนักกรับ” (ญาติ 6; บิตาผู้ป่วย 13, 66 ปี)</p> <p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ภาระหน้อยล้าของผู้ดูแล/ดูแลไม่ไหว (caregiver burden/caregiver burnout) และ เกิดความขัดแย้งในครอบครัว</p> <p>ญาติที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นคนเดียวกับที่ต้องดูแลผู้ป่วยคนอื่นในบ้าน ทำให้มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน</p> <p>“บิกลายนนี้บวิตอยู่ โยัย บิกอนนัน กะมันกะเบ้นอยู่ละ แสงไป ไปเพื่อคลายความ อารมณ์เจ้าของ พอให้ได้กระตุ่นเจ้าของหัวใจเจ้าของ ว่าจั้งลี้ ทำได้บญได้ทานนนำ เพิ่นเมาะ หลากุทหายจากเมลาหมายา เป็นบ่าเป็นหัว ว่าจั้งลี้ แม่ว่านะ บิกายนี้ แชนท์ก (หมายถึงตัวเอง) กะเลยบไปได้ ไปบึงผู้อนนำ (หมายถึงบิดาของตัวเอง) เจ้าของเจ็บขานนำ ก็เบ็งนำเลา ย่านเลาลิม เลยบไปได้บ่นำเพิ่น” (ญาติ 2 ; มารดาผู้ป่วย 6, 62 ปี)</p>

ตาราง 56 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “หนักใจเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง” (ต่อ)

สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล		
แหล่งข้อมูล	ผู้ป่วยดูแลตนเองได้	ผู้ป่วยไม่มีรายได้/รายได้น้อย
ญาติ	-	<p>ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแล</p> <p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ภาระเหนื่อยล้าของผู้ดูแล/ดูแลไม่ไหว (caregiver burden/caregiver burnout) และ เกิดความขัดแย้งในครอบครัว</p> <p>ญาติเล่าถึงอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่ทำให้กังวลใจ ต้องจับตามดูผู้ป่วยตลอด จนบางครั้งทะเลาะและตีผู้ป่วย</p> <p>“เห็ดจิ้งจอกหรือเห็ดเหี่ยวทำให้มันกิน ลางเทียะตาย แม่เนี่ยเคยบอกว่า กูลิปีได้อยู่กับมึง อยู่เดี๋ยวนี้ กูลิปีมากกว่ามึง ผู้ดูแลมาเบ้มึง ว่าจิ้งจอกว่า ลูกเมียมึงก็ไม่มีน้องนุงเขาลิเอาเมียเอาหยังมาเลี้ยง มึงลือนำเอาได้จ้าได้” (ญาติ 2 ; มารดาผู้ป่วย 6, 62 ปี)</p> <p>“นอนน้ากันพูนแหละ เบ็งมันอยู่นั้นแหละ เอาค้อนไว้ถ้าตีมันแหละ มันแส้ง่านอยู่” (ญาติ 2 ; มารดาผู้ป่วย 6, 62 ปี)</p> <p>“มันแส้งเห็ดให้เห็ดตีตะเนาะ ครั้นมันบ่เห็ดให้เห็ดตี เขาก็บตี เตาบ่มีค้อยได้ตี แต่ก๊เมากู ตี บตีจิ้งได้ มันสิไปอลอะวาดผู้อื่นนะ” (ญาติ 2 ; มารดาผู้ป่วย 6, 62 ปี)</p> <p>“เหลือโตนอยู่ มันแส้งใจฮ้ายตีละ มันบอ กบฟัง ครั้นบตีมัน มันก็บฟัง มันก็บฟัง ครั้นถือค้อนถือหยัง มันแส้งฟังอยู่ เขาอยู่ ตีตะตีตะที่พูนแหละ มันใจฮ้ายตี แส้งตีแ่งมันแหละ จนบว่าเจ้าของเมื่อย” (ญาติ 2 ; มารดาผู้ป่วย 6, 62 ปี)</p>

ตาราง 57 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “หมั่นใจเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง” (ต่อ)

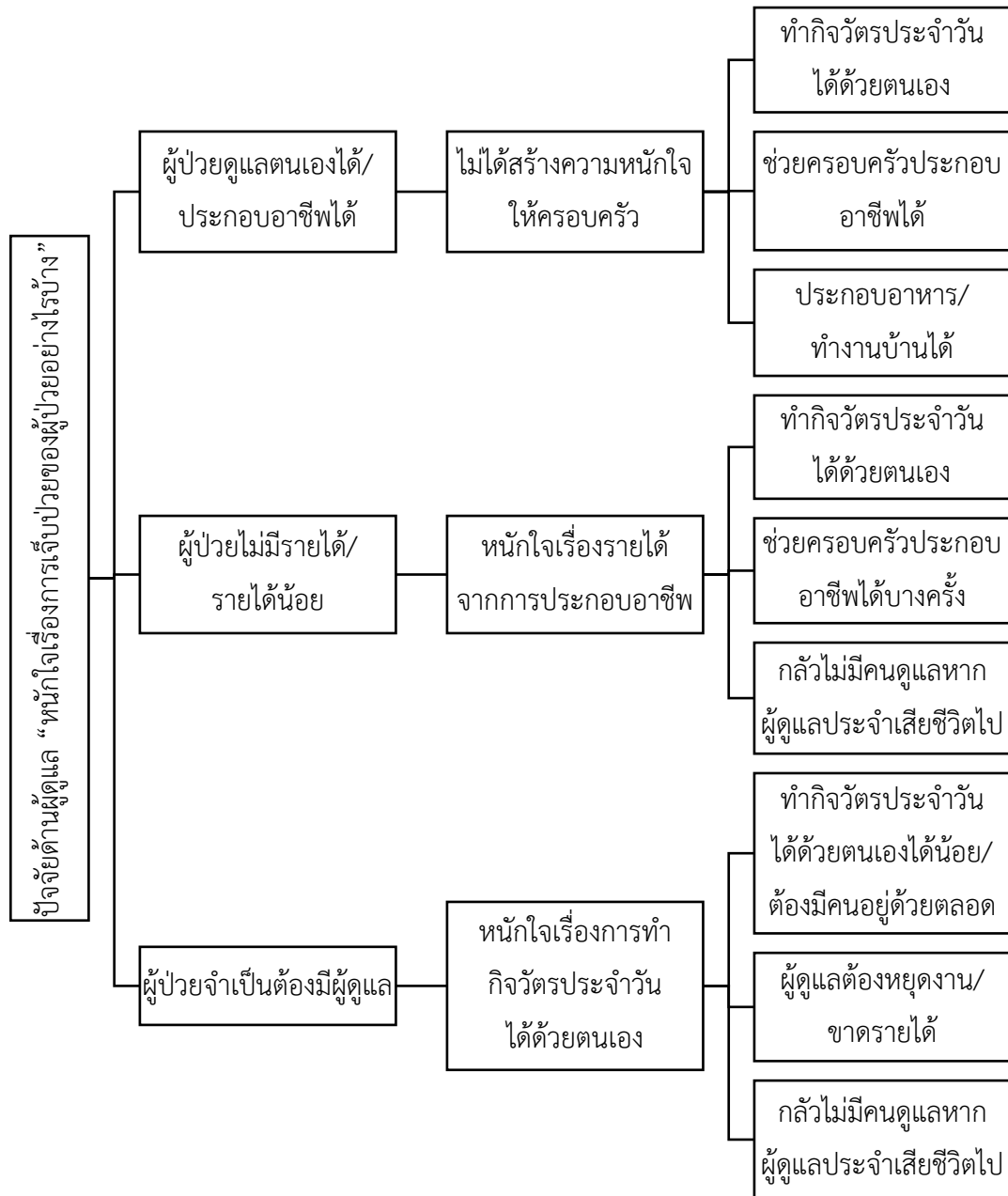
แหล่งข้อมูล	ผู้ป่วยดูแลตนเองได้	ผู้ป่วยไม่มีรายได้/รายได้ต่ำ	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล
ญาติ	-	-	<p>ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแล</p> <p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ภาระเหนื่อยล้าของผู้ดูแล/ดูแลไม่ไหว (caregiver burden/caregiver burnout) และ เกิดความขัดแย้งในครอบครัว</p> <p>ญาติเล่าถึงอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่ทำให้กังวลใจ ส่งผลต่ออารมณ์ผู้ดูแลเช่นกัน</p> <p>“ก็มีบางครั้งที่ว่า มันขาดยา ต้องใส่ให้ไว้ ง่ายๆ ปล่อยไว้ ยานไปทำลายผู้อื่น ลืไปเฮ็ดผู้อื่น” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)</p> <p>“ผมไปไล่ได้ ลางที่ยผมก็เก็บกด ออกไป ไปไหนไปไหนต้องระวังช็อกต้องรอ ปานไม่เข้ามา” (ญาติ 8 ; สามมีผู้ป่วย 16, 45 ปี)</p> <p>“ลางที่ยผมกะเคเรียด ซึเรียลเลยผมนะ (พูดด้วยอารมณ์คล้ายโมโห) ลางที่ยปวดหัว ลางที่ยกะบ่ปวดดอก ลางที่ยคิดตอยาก ปะ กูลิไปหาซิดเปิดเล่นก่อนน้ำ ฎออารมณ์บ่ดีจั่งซึลละ ผมกะลือเอาไปไว้หน้าบ้านแล้วผมกะลืไปซิดเปิด นังเล่นอยู่ร่มไม้ เล่นไป ซำบายใจ” (ญาติ 8 ; สามมีผู้ป่วย 16, 45 ปี)</p> <p>“ฮาลางที่ยแม่ว่า ไอ้ กูลิเอาไปมอบให้ผมอะเบียง ให้เพิ่มผาหัวมันเบียงว่า เออบ่ไหว” (มารดาผู้ป่วย 13 ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว)</p> <p>“ฮือ อามแล้ว เขาบ่เอา มาบ้านกะกินยาอันเดียวกับอยู่หมองเองเขาลามคนอยู่จิตเวช” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี ซึ่แจงกับภรรยาถึงสาเหตุที่ไม่ส่งตัวผู้ป่วยไปรพ.จิตเวชอีก)</p>

ตาราง 58 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “หนักใจเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง” (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล		
	ผู้ป่วยดูแลตนเองได้	ผู้ป่วยไม่มีรายได้/รายได้น้อย	ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแล
ญาติ	-	-	<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ฐานะทางครอบครัว</p> <p>ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้ต้องดูแลหลานด้วยเพราะลูกคนอื่นไปทำงานต่างจังหวัด</p> <p>“มีแค่ 2 ตายายนี่แหละที่ดูแลเขา คนพิการ กับหลาน หลานน้อยที่เขา (หมายถึงเลี้ยงหลานด้วยอีก 2 คน ของลูกคนอื่น) ส่งเขาไปทำงานหาเงิน” (ญาติ 6; บิดาผู้ป่วย 13, 66 ปี)</p>
บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ	-	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และบริการ :</p> <p>ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วย</p> <p>“ต้องไปขอขึ้นทะเบียนกับที่โรงพยาบาลก่อน ต้องเป็นหมอออกว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช แล้วถึงเอาหลักฐานตรงนี้ไปขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการที่อบต. ซึ่งอาจจะเป็นหน่วยกายภาพหรืออบต. แต่ที่ที่ดูๆ มันก็แล้วแต่ความสมัครใจของคนไข้ ญาติด้วยของคนไข้ด้วย บางคนเขาไปเอาได้ละ บางคนเขาจะบ่เอา บ่อยากว่าเป็นผู้พิการทางจิต แต่บางคนที่เขาไม่มีฐานะ เขาก็ยาก เขาก็เอาอยู่ อย่างเช่นเขาทำงานไม่ได้ อย่างผู้ป่วย 11 ปีแม่ขึ้นแล้วรึนิ น่าจะขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการแล้วนะ” (จนท. 8; แพศหญิง 39 ปี)</p>	<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ภาระหนักของผู้ดูแล/ดูแลไม่ไหว (caregiver burden/caregiver burnout)</p> <p>“เหมือนแก้ปัญหาเป็นเคสๆ ถ้าเคสที่กินยาสม่ำเสมอมีคินดูแลก็แล้วไป แต่ถ้าเคสที่มีปัญหา อ่า จังเคลก่อนหน้านี้ พี่ก็ยังรู้สึกเป็นล้ามันนะที่เขาผูกคอตาย คือเคลนี้อยู่คนเดียว แม่ตาย จังจนะที่มีเหตุผลว่าพี่จะออกไปเยี่ยม แต่เลามาผูกคอตายก่อนไป ออกไปเยี่ยมในเรื่องการกินยา” (จนท. 8; แพศหญิง 39 ปี)</p>

ตาราง 59 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “หนักใจเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง” (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	ผู้ป่วยดูแลตนเองได้	ผู้ป่วยไม่มีรายได้/รายได้น้อย	ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแล
บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ	-	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ :</p> <p>การสื่อสาร และการเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย</p> <p>“คนอื่นเขาก็ได้ บางคนที่เขาเก่ง ทรูบ้านนั้นะ มีอยู่หลังหนึ่ง เป็นผู้ที่พิการสามคน เพราะหนึ่งรถเข็นมี ค่าพูดเขาเก่งจึง เขาก็ไปที่ขอนแก่น ผลประโยชน์มันก็ลงไปที่เขาเยอะเลย แล้วที่นี้กับอีกคุณยายคนหนึ่ง ไม่มีคนดูแล ไม่สามารถที่จะไปหาหมอ ไปพูดได้ ไปหาหมอก็กว่า เนี่ย หลากอย่างนะ เอ้อ สงสารเขา” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี กล่าวถึง ผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นผู้พิการ)</p>	<p>— ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล/ดูแลไม่ไหว (caregiver burden/caregiver burnout)</p> <p>“เหมือนอสม.มาเว้าให้ฟัง ก็เลยมีแพลนว่าจะไป จริงๆตั้งใจว่าจะออกไป แต่ว่าติดภารกิจเพราะว่าเราไปประชุม พอ 2 วันต่อมา เล่าต่าย โย๊ะ บางทีเรารู้สึกเสียใจนะว่าเราไม่คิดว่ามันจะเกิดขึ้นละนะอะ จริงๆ เออ ถ้ากรณีแบบเนี่ย คนไข้อยู่คนเดียว อาจจะมีต้องคิดให้ด้วยใหม่อย่างเงี้ย” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)</p> <p>“พี่พยาบาลจิตเวชแยกออกมาแล้ว ว่าเป็นคือเอาประสบการณ์ที่ว่า ให้พื้นที่นะเตรียมญาติ เตรียมญาติไว้ด้วย ให้ญาติไปนำ เพราะว่ามันไม่ดีกว่า พี่พยาบาลจิตเวชก็จะประสานไปที่จิตเวชขอคนแทน ถ้าได้เคล่งต่อเขาดีไปสถานไปพัน เขาก็ได้เตรียมคนไข้ แต่ว่าก็ต้องเอาญาติไปด้วย คือ มันปัญหาคือ มันไม่มีญาติ พอมันไม่มีญาติบูบ มันไม่ได้ว่า มันต้องมีญาติ ึ่ง ปัญหาคือมันต้องมีเซ็นยินยอม” (จนท. 10 กล่าวถึงกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบอาจจะต้องส่งต่อรพ.จิตเวช)</p>



ภาพประกอบ 17 ข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “หนักใจเรื่องการเงินของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง”

4.1.4.4.7 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” เปรียบเทียบ 3 รพ.สต. (เน้นประเด็น ปัจจุบันด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ)

ตาราง 60 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ)

สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล			
แหล่งข้อมูล	รพ.สต.สระพัง	รพ.สต.บ้านเต่า	รพ.สต.หนองคู
ผู้ป่วยจิตเภท	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การสื่อสารและการสื่อสารระหว่างระบบบริการ/องค์กร</p> <p>ผู้ป่วยจิตเภทเล่าเหตุการณ์แสดงถึงความคุ้นเคยกับงานท.ในรพ.สต.และพยาบาลจิตเวชที่มาคลินิกจิตเวชมีการประเมินอาการ</p> <p>“เล่าว่าทยออกคนดี” (ผู้ป่วย 5; เพศชาย 61 ปี เล่าถึงจนท.6 มิธัชยาศรัยดี)</p> <p>หมอเห็นมาจ่ายยา เห็นก็ถามคือกินละ มีหูแว่ว มีอันนั้นบ่เห็นก็ถามไป” (ผู้ป่วย 5; เพศชาย 61 ปี เล่าถึงจนท.2 และ 10)</p> <p>แต่บางครั้งจนท.ในระบบบริการก็ได้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและยา</p> <p>“เห็นกับบอกเต๊าะ มีแต่เห็นว่า เออ เดี่ยวหมอลีจัดยาให้กินเด้อ กินยาโตมี เตี้ยก็หาย เห็นบอกจั้งซี่” (ผู้ป่วย 2; เพศหญิง 55 ปี)</p> <p>“เห็นกะบ่ได้ออกซื้อโรคดอก แต่ว่าเห็นเอายาให้ มันกะกินยา ถูกมาตั้งแต่มั่นละ” (ผู้ป่วย 14; เพศหญิง 48 ปี)</p>	<p>— ปัจจัยด้านชุมชน : ชาวบ้านติตรา/เลือกปฏิบัติ</p> <p>ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ที่คนในชุมชนคิดว่าอาการเจ็บป่วยของตนเองทำให้มีรายได้พิเศษมากกว่าคนอื่น แต่ตนเองต้องประสบปัญหาความลำบากจากการเดินทางไปรับบริการที่รพ.จิตเวชในอดีต</p> <p>“เห็นว่ายายนั้นดวงดี ใต้ 2 ต่อ เดือนละ 1400 ใดย่อยากเป็นคือจ่ายน้อย เห็นอีกฉาพิ่นสะออน ได้เงินเดือน” (ผู้ป่วย 10; เพศหญิง 61 ปี)</p> <p>“กินยา อย่ายอกเป็น ที่แรกมันเบ็ดหลาย เบ็ดจัวเป็นคอก ไปบักันอยู่พุ้น” (หมายถึงรพ.จิตเวชขอนแก่น) (ผู้ป่วย 10; เพศหญิง 61 ปี)</p>	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : บริการความร่วมมือในการรักษา</p> <p>ผู้ป่วยจิตเภทเล่าถึงการเจอพี่ง คำแนะนำของแพทย์</p> <p>“ก็กินน้ำก็หมอบให้กินวันละ 8 แก้ว” (ผู้ป่วย 12; เพศชาย 55 ปี เล่าถึงการดื่มน้ำให้เพียงพอตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มเติมจากการกินยาสม่ำเสมอ)</p>

ตาราง 61 การทำข้อมูลสำรวจและการจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ) (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	รพ.สต.สระพัง	รพ.สต.บ้านเต่า	รพ.สต.หนองคู
ผู้ป่วยจิตเภท	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การวางแผนจำหน่าย และการให้ สุขภาพจิตศึกษา ผู้ป่วยจิตเภทถึงความรู้เรื่องโรคและยา และการปฏิบัติตัวที่ได้รับคำแนะนำจาก บุคลากรทางการแพทย์</p> <p>“เห็นบอกอยู่ว่าต้องกินตลอด เห็นบอกกับแฟนผู้ เก่าวว่าต้องกินตลอด แฟนผู้เก่าวเป็นผู้ไปเอายาให้ ตอนนี้แฟนผู้เก่าวตายไปแล้ว แม่อยู่กับแฟนผู้ใหม่ เห็นว่าถ้ากินต่อเนื่อง ถ้าเกิน 10 ปีขึ้นไป ก็จะมี เป็นคนผู้เก่าว เห็นบอกว่ายากนี่ขาดไม่ได้” (ผู้ป่วย 4; เพศหญิง 60 ปี)</p> <p>“รู้แต่หมอบ้านแทนมีหละ มารู้nahmอบ้านแทน นี้หละ เห็นขบ่กิน แต่ว่าเห็นๆ เห็นหละขบ่เบ็ง คน เห็นหละมโหด กินหละขบ่ เจ้ากินหละขบ่ เห็น สิเป็นหวงแต่กินหละ ถ้ากินหละสิไปเป็นอื่น อีกน้า” (ผู้ป่วย 5; เพศชาย 61 ปี)</p>	-	-

ตาราง 62 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ) (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	รพ.สต.สระพัง	รพ.สต.บ้านเต่า	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล
ญาติ	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การวางแผนจำหน่าย และการให้สุขภาพจิตศึกษา</p> <p>ญาติผู้ดูแลถึงเหตุการณ์ในอดีตว่าผู้ป่วยขาดยาเพราะตนเองไม่ทราบว่าต้องรับยาต่อเนื่อง</p> <p>“เคยให้เขาแต่ที่แรกนะ กินยาเทมิดเดือนหนึ่งแล้วแล้ว ไอ้ยายก็บ่เข้าใจปานได้ คิดว่าเขากินยาเม็ดแล้ว คิดว่าบ่ได้ไปเอายาอีก” (ญาติ 1; เพศหญิง 59 ปี)</p>	<p>-</p>	<p>รพ.สต.หนองคู</p> <p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย</p> <p>ญาติผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ที่ต้องประสบปัญหาความลำบากจากการเดินทางไปรับบริการที่รพ.จิตเวชในอดีต</p> <p>“สมัยก่อนผมเคยเคยถูก (ให้ลูกชั่ง) มาจากขอนแก่นนะ จนว่าออกบ้านตีสอง (ระยะทาง 65 กม.) ลางเที่ยงมีรถมา ล้าวก กะเลยว่าน่าจะสะดวก เอากลูผมไว้เน่นเน่ ว่ากับโรงบาลจิตเวชนะ เอาไว้ก็กินยาได้ละ ผมลืงเรื่อง ทำเรื่องให้คนแรกแหละ ผมเอนอยมาจากขอนแก่นมาบ้านแท่น แล้วบ้านแท่นเอนมานี่ ขอบคุณหลายๆ มาหลายปีแล้ว” (ญาติ 6; เพศชาย 66 ปี)</p> <p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การวางแผนจำหน่าย และการให้สุขภาพจิตศึกษา</p> <p>ญาติผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ที่ถูกผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลจิตเวชในอดีตและจนท.แจ้งว่ายาเหมือนกันทั้ง 2 โรงพยาบาล</p> <p>“ถามว่าไปเอากิจเวช ครั้นเห็นเขาได้รับคนหลายๆนะ อยู่หม่องเขา เอากลูผมไว้แทนเปียง เขาเออได้ เตือนเออได้ ท่วยก็อันเดียวกันหะละ อยู่บ้านก็กินอันเดียวกัน อันนี้หะละ” (ญาติ 6; เพศชาย 66 ปี)</p> <p>“กะแต่โดน แต่เดี๋ยวนี้อีกก็กลัวหะละ เขาบ่เอา” (ญาติ 6; เพศชาย 66 ปี)</p> <p>กล่าวถึงเหตุผลที่ไม่พาลูกไปรพ.จิตเวชขอนแก่นในปัจจุบัน</p>

ตาราง 63 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ) (ต่อ)

สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล			
แหล่งข้อมูล	รพ.สต.สระพัง	รพ.สต.บ้านเต่า	รพ.สต.หนองคู
บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การสื่อสาร และการสื่อสารระหว่างระบบบริการ/องค์กร</p> <p>จนท.ในรพ.สต.เล่าถึงข้อดีของการมีเภสัชกรมาจ่ายยาและบริการเภสัชกรช่วยเหลือผู้ป่วย และญาติให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น เพราะจนท.ที่รพ.สต.มีภาระงานที่มาก</p> <p>“ตั้งแต่เภสัชมา แม่ไม่เคยขาดยาจกทีเดียว แม่ว่าเภสัชเขาว่าดีหลาย” (จนท. 11; เพศหญิง 43 ปี กล่าวถึงญาติ 2 ; มารดาผู้ป่วย 6, 62 ปี)</p> <p>“เป็นทุกโรค แม่แต่ทางคนงานก็เป็นหมอบิด” (จนท. 11; เพศหญิง 43 ปี กล่าวถึงภรรยาในรพ.สต.ที่ต้องช่วยกันทำ)</p>	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : บริการความร่วมมือในการรักษา</p> <p>จนท.ที่รพ.สต.เตือนเรื่องผู้ป่วยในชุมชนที่ให้ข้อมูลไม่ตรงกันในการประเมินความร่วมมือในการรักษาต้องอาศัยข้อมูลหลายส่วนมาประกอบกัน</p> <p>“เว้าย่อยอยู่ แต่แม่แสบตั้งหัวท้าวหลัง แกเป็นคนฉลาด แกว่าหัวท้าวท้าวหลัง ต้องเบ้งตีๆ เป็นคนใช้ที่ฉลาดมาก” (จนท. 7; เพศหญิง 24 ปี กล่าวถึงผู้ป่วย 9)</p>	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : บริการความร่วมมือในการรักษา</p> <p>จนท.ในรพ.สต.เล่าถึงผู้ป่วยบางรายที่ขาดนัด เพราะต้องการไปทำงาน อาจให้ญาติมารับยาแทน หรือในบางคนไม่มารับยาเลยเพราะยาไม่ ADR ทำให้ทำงานไม่ได้</p> <p>“เขาก็อยกทำงาน เราก็เบ้งจับเขามาได้” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึงผู้ป่วย 15 ที่ปฏิเสธการกินยาและฉีดยาเพราะบอกว่าง่วงมาก)</p> <p>“ถ้าสมมติว่างวดนี้ คนที่มาเอายาคือพอ แต่ถ้างวดหน้าที่ยอกเจอคนไข้ พี่ก็บอกว่า งวดหน้าเอาคนไข้มานำต่อ เลากะเลเอาลูกเลามา เลากะเลิมานั่งมั่วๆ เฮาถามหยั่ง เลากะเลมาตอบ แต่ถ้าเฮาบ่ถาม เลากะเลบ่ตอบ” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึงผู้ป่วย 13 ที่ไม่สามารถกินยาเองได้)</p>

ตาราง 64 การทำข้อมูลสำรวจและทำการจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ) (ต่อ)

สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล			
แหล่งข้อมูล	รพ.สต.สระพัง	รพ.สต.บ้านเต่า	รพ.สต.หนองคู
บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และการสื่อสาร และ การสื่อสารระหว่างระบบบริการ/องค์กร</p> <p>จนท.เล่าถึงข้อดีของการมีเภสัชกรมาจ่ายยาที่รพ.สต.เพราะจนท.ที่รพ.สต.มีภาระงานที่มาก</p> <p>“เพราะว่าหมออยู่ไม่ค่อยว่าง” (จนท. 11; แพศหญิง 43 ปี กล่าวถึงภาระงานในรพ.สต.ที่ต้องช่วยกันทำ)</p> <p>“ทำงานโอเค รพ.สต.โอเค” (จนท. 10; แพศหญิง 55 ปี กล่าวชื่นชมรพ.สต.สระพัง)</p> <p>“เพียงแต่ที่เราเอาข้อมูลตรงนี้ไปติดต่อให้เขาคืน ในคลินิกที่เรามารับทราบข้อมูลอย่างนี้ ภาระไม่มีคัก... ไม่มีเวลา เราไม่ได้ลงไปตรงนั้นจริงๆ เราเลยเอาข้อมูลตรงนี้ให้เขา เออ จะทำยังไงน้อ คุยกันในทีมก่อน เภสัชกรช่วยเภสัชจะได้ข้อมูลพวกนี้เยอะ มีการพัฒนาทีม การจ่ายยา จัดเวรชุมชน” (จนท. 10; แพศหญิง 55 ปี ปัจจุบันเกษียณแล้ว กล่าวถึงกรณีพบผู้ป่วยอายุที่ตนเองไม่กินไปให้คนอื่นต่อ)</p>	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย</p> <p>จนท.รพ.สต.เล่าถึงขั้นตอนการประสานงานที่ยังยากเมื่อมีผู้ป่วยในรพ.สต.ของตนมารับยาละเวลาด</p> <p>“แต่ก่อน อีอาร์ไม่ประสาน ให้หมู่ประสานเอง ทุกอย่าง(เน้นเสียงเข้ม) เขาบ่ประสาน เขาบอกให้หมู่โทร โทรมาลั่นแหละเขาบอกให้หมู่โทรหาตัวเราเอง” (จนท. 7; แพศหญิง 24 ปี กล่าวถึงความลำบากในการประสานงานในการฉีดยาจิตเภทกำเริบอาละวาด)</p>	<p>รพ.สต.หนองคู</p> <p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : บริการความร่วมมือในการรักษาจนท.ในรพ.สต.เล่าถึงผู้ป่วยบางรายที่ขาดนัดเพราะต้องการไปทำงาน อาจให้ญาติมารับยาแทน</p> <p>“มีภาระกิจเขาจะมา แต่จะมา คือญาติจะมารับ แม่เขาจะมารับ แต่บางครั้งเขาก็จะอยากเห็นคนไข้ ที่ก็จะบอกว่าถ้าเป็นไปได้ มีโอกาสรอบหน้า ยายให้เขามาเองเด้อ ก็รอบหน้า เขาก็มาหาเรา อย่างน้อยเขาก็จะได้ถามใจ ว่ามีอาการหย่งบ่ คืออย่างน้อยเราอยากเจอคนไข้” (จนท. 8; แพศหญิง 39 ปี กล่าวถึงผู้ป่วยบางคนที่ไม่มารับยาเองที่รพ.สต.)</p>

ตาราง 65 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ) (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	รพ.สต.สระพัง	รพ.สต.บ้านเต่า	รพ.สต.หนองคู
บุคลากร	— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ	— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ :	— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และ
ทาง	: การสื่อสาร และ การสื่อสารระหว่างระบบ	การเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย	ระบบ : บริการความร่วมมือในการรักษา
การแพทย์	บริการ/องค์กร	พยาบาลจิตเวชเข้าถึงขั้นตอนการ	จนท.ในรพ.สต.เสนอแนวทางแก้ปัญหาใน
และ	จนท.เข้าถึงปัญหาของหน่วยงานอื่นนอก	ประสานงานที่ยุงยกเมื่อมีผู้ป่วยในรพ.สต.กำรรับ	กรณีผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เกินยา
เจ้าหน้าที่	ระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลต่อ	อาคาร	“โดยที่บางที่เนอะ อากาศช่วงนั้น เขาตอบบได้
ในระบบ	ระบบบริการ	“ที่นี้ของพยาบาลจิตเวชนะ จะมีปัญหาว่าพอพวก	ว่ามันจะเกิดได้ตอนได้ แต่ถ้าเรามีการ เขาหา
บริการ	“มันเป็นจุดบอดของอบต. พอดีเขามีเรื่องภายใน	เธอโทรไป 1669 เนาะ 1669 โทรมาอีอาร์ อีอาร์ก็	แนวทางว่าเฮ็ดจังได้หละ เฮ็ดได้บ่ เราจะคิดได้
สุขภาพ	เขาอยู่ เป็นตำบลเดียวที่ไม่ได้รับเงิน long term	จะเตรียมออกมารับเคลสร่วมกับตำรวจกับท้องถิ่น	ใหม่ในหนึ่งโมดุมของแพทย์ โมดุมของเภสัช ใน
	care สามแถมกว่าบาท ตอนแรกไปวิ่งนะเภสัช	พอคนไข้ไปบับ ที่พยาบาลจิตเวชแยกออกฝากไว้ว่า	มมของตัวผู้ป่วย เราคุยกันว่าโอเคถ้าเราคิด พี่ว่า
	อยากได้มากเลย อยากได้เอามาให้คนไข้ตายเป็น	คือเลาประสานกับพี่ว่า ให้พื้นที่นะเตรียมญาติ	คนใช้น่าจะละดวกมาได้ แต่เดือนละครั้ง คิด
	สิบ แต่เขาไม่ให้ เขาจะเอามาให้เดือนนี้แล้วมัน	เตรียมญาติไว้ด้วย ให้ญาติไปนำ เพราะถ้าถ้ามันได้	เดือนละ 1 เข็ม มันก็น่าจะ control มันก็เป็น
	หมดเวลาแล้วเภสัช งานประจำมันก็เยอะ แล้วจะ	รีเฟอร์ ที่พยาบาลจิตเวชก็จะประสานไปที่จิตเวช	การวางแผนการที่จะเกิดภายในอนาคตเขา
	เอามาในช่วงท้าย แล้วคุณไม่สามารถเอาได้แล้ว ก็	ขอนแก่น ถ้าได้เคลส่งต่อเขาไปสถานไปพัน เขาติ	บอกบได้” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึง
	เลยบอกว่า ถ้าจะทำแบบนี้ะ ไม่เอา เพราะยังง	ได้เตรียมคนไข้ แต่ว่าคือต้องเอาญาติไปด้วย คือ	ผู้ป่วยจิตเภทที่ปฏิเสธการรักษา)
	เราก็ทำงานกันอยู่ เราก็ไม่ได้ขึ้นกับเงินตรงนี้”	มันปัญหาคือมันไม่มีญาติ พอมันไม่มีญาติบับ มัน	“จริงถ้าปรับยา หมอที่บ้านแทนก็ปรับไม่ได้ใช่
	(จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี กล่าวถึงการ	ไม่ได้ว่า มันต้องมีญาติไป ปัญหาคือมันต้องมีเห็น	ใหม่” (จนท. 9; เพศหญิง 33 ปี กล่าวถึงการ
	ประสานงานกับหน่วยงานอื่น)	ยินยอม” (จนท. 10; เพศหญิง 55 ปี)	พิจารณาปรับยาให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อาการกำเริบ)

ตาราง 66 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ) (ต่อ)

แหล่งข้อมูล		สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล		
	รพ.สต.สระพัง	รพ.สต.บ้านเต่า	รพ.สต.หนองคู	
บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การสื่อสาร และการสื่อสารระหว่างระบบ บริการ/องค์กร</p> <p>จนท.เล่าถึงปัญหาของหน่วยงานอื่นนอก ระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลต่อ ระบบบริการ</p> <p>“แต่ที่นี่ยังไม่ดีเท่าไรแล้วเวลาขอรถ รถเขาก็เก่า มันมีรถอยู่ 2 คัน คันหนึ่งก็เก่ามากไปไม่ได้ คนอีกคันหนึ่งก็ใช้เป็นการประชุม มีรถบ้านเต่า สามคัน บ้านแทน หนองคู มี EMS หมดเลย” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี กล่าวถึงการ ประสานงานกับหน่วยงานอื่น)</p>	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย</p> <p>พยาบาลจิตเวชเล่าถึงขั้นตอนการ ประสานงานที่ยังยากเมื่อมีผู้ป่วยในรพ.สต.กำเริบ อาละวาด</p> <p>“นำญาติกลับมา นำญาติมาก่อน แล้ว ประสาน กว่าจะนำญาติมาได้ เล่าก็ยากนะ เเล่ ก็ไม่กล้าเข้าบ้าน เล่าก็มานอนอยู่บ้านผู้เฒ่าก่อน ตอนพี่เห็นกำเริบหลายๆนะ” (จนท. 7; เพศหญิง 24 ปี กล่าวถึงความลำบากในการประสานงานใน กรณีผู้ป่วยจิตเภทกำเริบอาละวาด)</p>	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การสื่อสาร และการสื่อสารระหว่างระบบ บริการ/องค์กร</p> <p>“สัมพันธ์ภาพเป็นส่วนหนึ่งในการทำงาน” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี</p> <p>“ก็มาบ้าง บางทีผ่านมาก็จะถาม หรืออะไรอย่างนี้ พี่จะมาเยี่ยมผู้สูงอายุทุกคน” (จนท. 9; เพศหญิง 33 ปี กล่าวถึงผู้ป่วย 13)</p> <p>“คือพอเราออกเยี่ยมบ้านบ่อยๆ มันจะเป็นความ เคยชินของเรา” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี</p> <p>กล่าวถึงการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในปัจจุบัน</p> <p>“ก็คือเราออกไปเยี่ยม พี่นะยังบอกว่าดี เค้า ออกไปเยี่ยมพี่นะ พี่นะดีใจ” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)</p> <p>“เราตรวจรึก่อน เดี๋ยวเขาก็หายไป” (จนท. 9; เพศหญิง 33 ปี กล่าวถึงการลงชุมชนของ พยาบาลที่ไป จะไปพบขอสม.ก่อน)</p>	

ตาราง 67 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ) (ต่อ)

แหล่งข้อมูล		สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	
บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ	รพ.สต.สระพัง	รพ.สต.บ้านเต่า	รพ.สต.หนองคู
	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การวางแผนจำหน่าย และการดูแลสุขภาพจิตศึกษา</p> <p>พยาบาลจิตเวชเล่าบริบทชุมชนที่เอาയാแบ่งกันกินโดยไม่รู้อันตรายจากยา คิดเพียงว่าเป็นยาช่วยนอนหลับ</p> <p>“พอดีมาทำงานชุมชน เธอจะรู้เรื่องยา เป็นเคลของยายนี่เอายานี้ไปกินแมนบ่ เนื่องจากว่าเอาไปให้ลูกชายกินต่อ เพราะลูกชายมันกินเหล้า ถ้ามันกินยาดัวนี้ มันจะทำให้คนไข้นอนเยอะ พอได้นอน มันก็ไม่เอาละवाद มันก็ไม่เมากวน ก็คือเฝ้าเฝ้าเอาเฝ้าคนกินเหล้า” (จนท. 10; เพศหญิง 55 ปี)</p> <p>“เอาไปใส่เฝ้าน เอาไปใส่ในเบียร์เฝ้าน เฝ้านมันกินเฝ้าน มันบอกยกทลาย ซังมัน ก็เลยเอายาบดใส่หรือไปใส่เฝ้าน เพื่อไม่ให้มันลุกมกกวาน ให้มันกินเสร็จให้มันนอนเนี่ย เเทอๆ อันนี้คือความคิดของชาวบ้าน” (จนท. 10; เพศหญิง 55 ปี ปัจจุบันเกษียณแล้ว กล่าวถึงกรณีผู้ป่วยจิตเภทเอายาที่ไม่กินไปให้คนอื่นและคนที่ได้รับไปเอา Chlopromazine ไปผสมในเหล้าให้นอนหลับโดยที่ไม่รู้ว่าทำรับประทานร่วมกัน)</p>	-	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การสื่อสาร และ การสื่อสารระหว่างระบบบริการ/องค์กร</p> <p>จนท.ในรพ.สต.เล่าถึงลักษณะการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทของตนเอง</p> <p>“เออ ถ้าพอแอกบอกว่า แกอารมณไม่ตี พักไม่เข้าเฝ้านะ ยานเนาะ” (จนท. 9; เพศหญิง 33 ปี กล่าวถึงผู้ป่วย 13)</p> <p>“ก็มาบ้าง บางทีผ่านมากก็จะถาม หรืออะไรอย่างนี้ ที่จะมาเยี่ยมผู้ดูแลทุกเดือน” (จนท. 9; เพศหญิง 33 ปี กล่าวถึงผู้ป่วย 13)</p> <p>“มากะให้เห็นอิมป่วยแหม่นดื้อ” (จนท. 9; เพศหญิง 33 ปี ทักทายผู้ป่วย 13 ในระหว่างที่พาไปเยี่ยมบ้าน)</p>

ตาราง 68 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการทำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ) (ต่อ)

สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล			
แหล่งข้อมูล	รพ.สต.สระพัง	รพ.สต.บ้านเต่า	รพ.สต.หนองคู
บุคลากรทางการแพทย์และการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การเข้าถึงระบบบริการต่างๆ “คือชุมชน กลุ่มติดเหล้ามีไม่ค่อย walk-in หรอก นอกจากมันจะมีหูแว่ว ภาพหลอน ชัก หรืออยากออกทะเลโดยเฉพาะ ถึงจะไปหาหมอ มันเป็นงานเชิงรุก ของงานจิต ยาเสพติด จะทำยังไง” (จนท. 10; เพศหญิง 55 ปี)</p>	-	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การสื่อสาร และการสื่อสารระหว่างระบบบริการ/องค์กร จนท.ในรพ.สต.เล่าถึงลักษณะการสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานของตนเอง “งานพื้นฐานการพยาบาล ที่ว่าไม่มีอยู่ในตัวพยาบาลอยู่แล้ว แต่การทำงานกับชุมชนเขาต้องมาเรียนรู้การเข้ากับคน เขาต้องมาเรียนรู้กับการสร้างสัมพันธ์ภาพกับคน จึงคนไข้แต่ละคน เขาก็ต้องเบี่ยงเบินเพื่อนำ ว่าเขาลดเข้าไปในเชิงได้ เพราะว่ามีบางคนที่เขาว่าเล่นเพื่อนอาจลึกลับอยู่ แต่บางคนเขาหยอกขมกึ่งจริงจัง” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)</p>

ตาราง 69 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ) (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	รพ.สต. สระพัง	รพ.สต. บ้านเต่า	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล
<p>บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ</p>	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : ที่สนใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความเจ็บป่วยและผู้ป่วย จนท. ในรพ.สต. เล่าถึงลักษณะการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทของตนเอง “ผู้ป่วย 6 จะมีปัญหามากกว่าคนอื่น แต่ว่าก็ดีขึ้นกว่าแต่ก่อนเยอะนะคะ เมื่อก่อนได้เอาผู้ใหญ่บ้านไปฉีดยาให้อยู่ 3 เดือน หลังจากนั้นก็มีคิดเองอยู่บ่อยๆ” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)</p> <p>“ที่จริงที่เป็นคนชอบงานแบบนี้เนาะ ที่จะไม่มองว่าเป็นปัญหาเนาะ แบบว่าบางทีก็สื่อสารเขาเนาะ จะมีเรื่องความปลอดภัยแหละกลัวๆ ความปลอดภัยเราของคนที่นั่นจะมีแบบแรงๆ อย่างผู้ป่วย 3 เนี่ย ต้องเอาตัวรวบมา” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)</p> <p>“ถ้าไม่กำเริบ ผู้ป่วย 3 เขาก็ดี เขาก็น่ารัก มีแค่นั้นแหละ เรื่องผิคนั้นแหละ ส่วนมาก ต้องตามทลายรอบ” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)</p>	<p>-</p>	<p>รพ.สต. หนองคู</p> <p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การสื่อสาร และการสื่อสารระหว่างระบบบริการ/องค์กร จนท. ในรพ.สต. เล่าถึงลักษณะประสานงานกับองค์กรนอกระบบกระทรวงสาธารณสุข “ที่ใช้ระบบแบบได้ว่าดี คือ 1) ที่มีเบอร์ของผู้รับผิดชอบงานนี้โดยตรง 2) ก็คือ เขาเป็นทีม FR ด้วยกัน กะคือ ที่เป็นเหมือนทีมที่เลี้ยงทั้งทีม FR ออปป. นั้นเวลาประสานงานหากโทรโดยตรงกะได้ ออสม. จัดให้หากจะมีเบอร์ของส่วนตัว ของคนที่รับผิดชอบงาน หัวหน้าฝ่ายออกฉุกเฉินเขา มี เฮากะประสาน” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี เล่าขั้นตอนการประสานงานเมื่อพบผู้ป่วยจิตเภทกำเริบอาการวาด)</p> <p>“คือว่าการทำงานกับเครือข่ายภายนอกองค์กรเรา บางที อ่า เขาเ็นว่าหยังใช้ความ ใช้ความ การรู้จักกันเป็นส่วนตัว บางทีคนเราทำงาน ไม่ใช่เฉพาะเรื่องงานอย่างเดียว เออที่ก็กันอยู่ตลาด เขากะต้องถามกัน บางทีอันนี้ มันก็เป็นตัวเชื่อมในการทำงาน แมนบ่ทะเละ สัมพันธ์ภาพ มันเชื่อมต่อการทำงานเป็นระบบเครือข่าย ที่มีส่วนสำคัญนะ เออแล้มนักก็ทำให้เราทำงานง่ายขึ้น โดยที่เธอ เขาเ็นว่าหยังละ คนในชุมชนก็รู้จักคนในชุมชนอยู่แล้วเนอะ ที่บ้านกะเ็นเวลาพักผ่อน” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)</p>

ตาราง 70 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ) (ต่อ)

แหล่งข้อมูล		สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	
บุคลกรทาง การแพทย์ และ เจ้าหน้าที่ใน ระบบบริการ สุขภาพ	รพ.สต.สระพัง	รพ.สต.บ้านเต่า	รพ.สต.หนองคู
	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความเจ็บป่วย และผู้ป่วย และการเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย จนท.ในรพ.สต.เล่าถึงการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในรพ.สต. “ถ้าเมื่อก่อนเนาะ มันมีแต่เยี่ยมบ้านอันไหนเนาะ อันที่จริง บางเคสน่าสงสาร แต่ถ้าไปหาเขา เขาจะรู้สึกว่าเขาได้รับ ความสนใจบ้าง เขาจะรู้สึกดีขึ้นมา” (จนท. 6; พศพหญิง 46 ปี)</p> <p>“เคลือบบางเคสนะ เหมือนโรงบาลนะออก ไม้รั้วก็ตรงต่อก็ ครั้ง แต่ว่าคนพวกนั้นแค่รถล้มเนาะรถล้ม แล้วมีปัญหา เรื่องกระดูกนี่ เขาก็เยี่ยมประมาณครบ แต่ว่าคนแบบนี้ (หมายถึงคนใช้จิตเภท) อื้อ ไม่เคยได้เยี่ยมเลย น่าสงสาร มากโดยอ่ะ” (จนท. 6; พศพหญิง 46 ปี)</p>	-	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การสื่อสาร และการสื่อสาร และ การสื่อสารระหว่างระบบบริการ/องค์กร จนท.ในรพ.สต.เล่าถึงลักษณะการสื่อสารกับชุมชนเกี่ยวกับผู้ป่วย จิตเภทของตนเอง “เขาออกไปเยี่ยมบ้าน เขาจะเจอหลายอย่างเนอะ ถ้าเราไปมีเขาไปได้ไป เบิ่งเฉพาะโตคนไข้ เขาไปเบิ่งบริบทการอาศัยกันอยู่เขาน่า แล้วเราก็จะรู้ ว่า เออจริงชีวิตเขาแต่ละคนก็เหมือนกัน พอไปเจอนั้น เอออย่าง น้อยคนในชุมชนเขาก็มีน้ำใจต่อกันนะ เขาก็เื่อต่อกัน เขาก็รู้ว่าคนนี้อยู่ คนเดียว การจัดการก็โอเค มื่อหลังเขาก็จะไปดู สถานแล้วว่าเขาต้อง อย่างไรบ้างได้อ อลสม.ไปจัดการ ไร่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ก็โอเค ไปเอาก็ไป เจอ สภาก็มีเปลี่ยนแปลงไป อย่างน้อยเขาก็เป็นส่วนที่ไปดูแล แล้ว ประสานให้ชุมชนเขาเบิ่งช่วยกัน ก็บอกวาเอา ถ้าเอาเป็นหยั่ง ไร่ฟ้า วอก” (จนท. 8; พศพหญิง 39 ปี)</p>

ตาราง 71 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ) (ต่อ)

แหล่งข้อมูล		สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	
	รพ.สต.สระพัง	รพ.สต.บ้านเต่า	รพ.สต.หนองคู
บุคลากรทางการแพทย์ และ เจ้าหน้าที่ใน ระบบบริการ สุขภาพ	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความเจ็บป่วย และผู้ป่วย และการเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย จนท.ในรพ.สต.เล่าถึงการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในรพ.สต. “ไม่ได้รับการเยี่ยมเหมือนผู้ป่วย 3 ทั้งๆที่เขา... ถ้าเราไป เยี่ยมเขาเหมาะ บางอย่างเราจะรู้ว่าเขามีปัญหาเยอะ อด จะมองเห็น ว่า เหมือนบางครั้งเราส่งรูปเข้าไปนี่ เออ นี่มัน ก็เป็นปัญหา เขาจะได้ไม่มองว่าคนไข้จิตเวชนะเป็นคนที่ไม่ มีค่าอะไร ส่วนมากเขาจะไปมองที่ผู้สูงอายุ ไปมองผู้พิการ ทั้งๆที่เขาเป็นผู้พิการชนิดหนึ่งเหมือนกัน แต่ว่าเขาไม่ได้รับการ ดูแลเท่าที่ควร เพราะว่ามันไม่ได้มีปรากฏทางกาย มัน เป็นแค่ที่อยู่ แฝงอยู่ด้านใน” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)</p> <p>“ที่ใหญ่อะอย่างคนที่ญาติมาปรึกษาแทน เขาจะบรู๊วกันว่ากินตัว ใหม่ไม่กินตัวไหน พอเภสัชออกมา เราก็จะรู้” (จนท. 10; เพศหญิง 55 ปี)</p>	-	<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การสื่อสาร และ การสื่อสารระหว่างระบบบริการ/องค์กร จนท.ในรพ.สต.เล่าถึงลักษณะการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทของ ตนเอง “แต่ก็ แต่ก็ เพิ่นสิมาฝากยาไว้เนอะ บางวันก็เพิ่มมีภาระกิจ ก็จะเป็นที่ จ่าย ก็คือจ่ายเอากะนี้ละ จ่ายยาแล้วกะถามอาการคนไข้ไปพร้อม” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึงพยาบาลจิตเวช) “มันกะไปได้ตายตัว แล้วเอากะบอกได้ว่าเคลนี้ต้องไปอย่างนี้ละ มัน บอกไม่ได้หรอก มันแล้วแต่สถานการณ์ แล้วแต่เหตุการณ์ แล้วแต่เคล เขาไปท้อ กะจั่งวิเคราะห์ว่าเฮลสิแก้ไขในแบบได้ แค่นั้นเอง” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึงการแก้ปัญหาในผู้ป่วย)</p>

ตาราง 72 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ) (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	รพ.สต.สระพัง	รพ.สต.บ้านเต่า	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล
บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ	-	-	<p style="text-align: center;">รพ.สต.หนองคู</p> <p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การสื่อสาร และการสื่อสารระหว่างระบบบริการ/องค์กร งานท.ในรพ.สต.เล่าถึงลักษณะการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทของตนเอง</p> <p>“คือจริงๆเรารู้นะว่า อ่า คนไข้ในชุมชนเราคนเดิมมีความเสี่ยงหรือมีความไม่ต่อเนื่องในการกินยา อ่า เสาะ พยายามกระตุ้นให้ญาติเขาเบ่ง แต่คือว่าหละ บางครั้งด้วยภาระงานเสาะจะได้ดูแลแต่คนไข้จิตเวชอย่างเดียว เขา กะมีงานอย่างอื่นนำ ถ้ามันมีเคล็ดก็เหมือนอย่างคุยกับเภสัช ก็ให้แต่ละจุดคนไข้ที่มีปัญหาของตัวเองมากดู ภาพของ ที่มว่าเฮลลิสก์ในรูปแบบไปได้ เกล็นเฮลลิสก์ก็แบบได้ แต่ว่ามันก็ ต้องคุยกัน” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึงการ แก้ปัญหาในผู้ป่วย)</p> <p>“แต่เคล็ดได้ที่มี तरहมีปัญหา หรือ ข้อมูลจากชุมชนมันส่งขึ้นมาให้เขา เขาต้องลงไปดู แล้วเขาก็ต้องแก้ คำว่า “แก้” เสาะก็ต้องเบ่งว่าเฮลลิสก์ได้ดูด้วย หรือเราต้องมามีสหวิชาชีพช่วย หรือเขาต้องเอาชุมชน แต่ทั้งหมัดมันก็ต้อง มัน ต้องเป็นทีมทั้งหมัดของชุมชนและก็ของ cup (หมายถึงคอบล่อ) เนอะ ก็ต้องช่วยกันนะ เพราะว่ามีผู้ป่วยที่ตัวผู้เดียว เพียงแค่ว่าที่เป็นคนตัวกลาง ตัวกลางที่จะเชื่อมโยง ข้อมูลจากในส่วนของชุมชนประสานมาหาที่ ที่ประสานไปหา พยาบาลจิตเวชจังหวัดสระบุรี เราก็ทำงานแบบเชื่อมโยงไปหากัน คนไข้จังหวัด สระบุรีเขาเอามาให้ยังละ ได้รับการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึงการแก้ปัญหาในผู้ป่วย)</p> <p>“ของที่ขยอก” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึงการประสานงานเมื่อพบผู้ป่วยจิตเภทกำเริบอาละวาด)</p> <p>“เขาเอินว่าทำงานแบบเป็นภาคีเครือข่ายเนอะ เออ ชุมชนก็มีลวน คือว่าหละ เขาเป็นหมอบรัดรีปิดขอบตั้ง 10 หมู่บ้าน ป่ลสามารถรู้ได้ คือ ก็ต้องมีข้อมูลจากชุมชน ส่งมาหาเรา” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)</p>

ตาราง 73 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ) (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	รพ.สต.สระพัง	รพ.สต.บ้านเต่า	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล
<p>บุคลากร ทาง การแพทย์ และ เจ้าหน้าที่ใน ระบบ บริการ สุขภาพ</p>	-	-	<p>รพ.สต.หนองคู</p> <p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบ : การเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย แม้จะมีคลินิกจิตเวชในรพ.สต.แต่พบว่าบางนัดผู้ป่วยยังมาตามนัดจำนวนน้อย “มาน้อยคนเหมือนนี้ ไร้อัย มาแจกชอตบ้าน กระบี่มีผู้ได้มาเอายามีกะต่าย ฟัน ลิแล่นไล่แจกคือลูกอมที่ออฟ ที่ แจกบ้านขายเลขอยู่ ต่อไปนี้” (จนท. 10; เพศหญิง 55 ปี) “ไม่มาที่ก็จะให้หอลม.ไปจ่ายให้” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)</p> <p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความ เจ็บป่วยและผู้ป่วย จนท.รพ.สต.เล่าถึงครอบครัวที่มีผู้ดูแลกับการกินยาของผู้ป่วย “อย่างเคล เคลผู้ป่วย 13 นี้ ก็นานๆมาที จะเป็นพอมารับ ครอบครัวนี้น่ารัก แม่ดูแลดูดีดี พอมารับยา แทน” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี) “ถ้าพ่อแม่เขาดูแลดีนะ จังผู้ป่วย 13 นะ บ่เคยขาดยาเลย พ่อแม่ดูแลดี พ่อกับแม่มี ดูดูแลสุขภาพดี ก็เขาก็ คือ วางใจ ก็ยังเคยออกไปเยี่ยมบ้านนะ ไม่ใช่ไม่เคยกออกไปเยี่ยม ก็ไปเบิ่ง ไปให้กำลังใจเขา” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)</p>

ตาราง 74 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ) (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	
	รพ.สต. สระพัง	รพ.สต. บ้านเต่า
บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ	-	รพ.สต.หนองคู
	-	<p>ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความเจ็บป่วยและผู้ป่วย</p> <p>จนท.รพ.สต.เล่าถึงผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีผู้ดูแลหรือญาติที่สามารถดูแลได้</p> <p>“คือคนที่ไม่ใช่พ่อแม่เคยออกเยี่ยมบ้านนะ พื่อออกเยี่ยมบ้าน แล้วที่กะเห็ดเป็น จัดยาเป็นชงนะ เขาเ็นปฏิบัติกันนะ เขาอบบปฏิทินให้ คือตอนคุยกับเรา แกให้ความร่วมมือดีนะ แต่พอกลับบ้าน ก็เป็นอีกเรื่องนึง เหมือนผู้ปกครองเขา ผู้เฒ่าแล้วนะ พ่อแม่กะเฒ่าแล้ว แล้วมีหลานพร้อม ได้เลี้ยงหลานพร้อม” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึงการแก้ปัญหาการกินยาของผู้ป่วยจิตเวชคนอื่นในชุมชน)</p> <p>“เหมือนแก้ปัญหาเป็นเคสๆ ถ้าเคสที่กินยาสม่ำเสมอมีคนดูแลแล้วไป แต่ถ้าเคสที่มันมีปัญหา อ่า ก็กะยังรู้สึกเป็นส่วนนึงนะที่เขาถูกคอย คือคนนี้อยู่คนเดียว แม่ตาย จริงๆนะที่มีแต่คนว่าที่จะออกไปเยี่ยม แต่เลามาผูกคอตายก่อนง ออกไปเยี่ยมในเรื่องการกินยา เหมือนคนอื่นแหละ” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึงการแก้ปัญหาการกินยาของผู้ป่วยจิตเวชคนอื่นในชุมชน)</p> <p>จนท.รพ.สต. แสดงทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่อยากกินยา</p> <p>“มันอยู่ที่ตัวคนใจดีด้วยละ ที่ว่า คือเขาอยากกินมันเขาคือปวดหัวเป็นไข้มี พอฟังแนวคิดเลา แต่เลาไปเข้าใจโรคในความเป็นโรคของเลา แม่บสนั่นะ ฟังความว่าเลาคือ เลามีความหวังว่าเลาสิเขาจะ ต้องคอยให้คนใจทำใจ ปรับ เข้าใจเอา” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึงผู้ป่วย 16 ที่ไม่อยากกินยา)</p> <p>“แต่ถ้ามาคนใจดีละเลาก็มีปัญหาบคือกัน แต่ถ้าถามว่าเขารู้เขายอมรับว่าเขาเป็นโรคอยู่ แต่เขาปฏิเสธยา คือว่าละ เขาไปทำงานไม่ได้ คือปากท้องเขาก็ต้องกินนะอะ ถ้าพูดไปแล้วนะ เขาก็ต้องหาเลี้ยงชีพของเขาละ ที่นี้ถ้าเขาสิมาอนเป็นเพราะว่ายา เขาก็ไม่ได้ทำมาหากินอะไร ก็เลยปฏิเสธ ถ้าเขาสิคิดยาให้เขาเดือนละเข็ม มันก็เป็นไปได้ไหม มันก็ต้องคุยกับหมอด้วยนะ ต้องคุยกับหมอด้วย ต้องเอาปัญหาไปคุยกัน” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึงผู้ป่วยที่ไม่อยากกินยา)</p>

ตาราง 75 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เน้นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ) (ต่อ)

แหล่งข้อมูล	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล	
	รพ.สต. สระพัง	รพ.สต. บ้านเต่า
บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ	-	รพ.สต. หนองคู
		<p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความเจ็บป่วยและผู้ป่วย จนนท.รพ.สต. แสดงทัศนคติของตนเองต่อผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>“ที่คุยกับคนใช้จิตเวชที่ไร พี่พวกหัว กลัวตัวเองเข้าไปอยู่ร่วมในจินตนาการ อย่าวไปไหนมากนะ ไม่งั้นเก๊ตจะเข้าไปอยู่ในอันนี้ของ เขา” (จนนท. 9; เพศหญิง 33 ปี)</p> <p>“เขาดูแลตัวเองไม่ได้เลยแหละ ผู้ป่วย 13 อะ เขาจะไม่อยู่กับตัวเอง มีญาติอยู่ พี่พี่สาวหรือน้องสาวที่อยู่บ้านใกล้ๆกัน” (จนนท. 9; เพศหญิง 33 ปี)</p> <p>“คนใช้จิตเวช ก็แบบนี้แหละเหมาะ ดูแล้วตัวเองไม่ได้” (จนนท. 9; เพศหญิง 33 ปี)</p> <p>— ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ : ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความเจ็บป่วยและผู้ป่วย และการให้สุขภาพจิตศึกษา และ ปัจจัยด้านชุมชน : ชาวบ้านช่วยสังเกตอาการ</p> <p>จนนท.รพ.สต. แสดงทัศนคติของตนเองต่อผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>“เขาปฏิเสธกัน เราก็เมื่อก่อนใจ ก็เฝ้าระวังโดยอาศัยคนในชุมชน เพราะสุดท้ายถ้าเขาเป็นหยิ่ง อากะวาด คนในชุมชนก็เดือดร้อนเนอะ เราก็ให้ชุมชนสอดส่อง” (จนนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)</p> <p>“เขาจะจ้วงวางแผนว่าแต่ละอย่าง คนไข้แต่ละประเภท เขาจะดูแลในรูปแบบไหน ถ้าในกรณีนี้คือมันก็ต้องเอาไปป่วยละ เพราะถ้าปล่อยให้ เกิดเมื่อกี้ มันเป็นผลเสียทั้งครอบครัวเขา เกิดเมื่อกี้เราหนูแ้ว เกล็นนี่เคลเงินลงฟุ้ง มีอาการหนูแ้ว เหมือนมีคนบอกให้เล่น มีคนบอกว่าให้จ้วงจั้งซี เออ โอดะ ตอนนีเราเห็นคุณภาพชีวิตเขา ก็ใช้ชีวิตอยู่ได้เหมือนคนอื่นก็โอ ก็โอเค” (จนนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)</p> <p>กล่าวถึงผู้ป่วย 15 ที่เคยมีอาการกำเริบหวาดระแวงแต่ปฏิเสธการเจ็บป่วยและการกินยา</p>

จากตาราง 28 เกิดข้อสรุปชั่วคราวประเด็น “ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” ด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ มีสิ่งหนึ่งที่เหมือนกันทุกรพ.สต.คือ เจ้าหน้าที่รู้จักและคุ้นเคยกับผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างดี เมื่อถามถึงอาการและปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย เจ้าหน้าที่สามารถจดจำผู้ป่วยได้ และอธิบายปัญหาที่พบเจอในผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน แต่ด้วยภาระงานต่างๆและต้องดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ด้วย ทำให้สามารถติดตามปัญหาผู้ป่วยจิตเวชได้ไม่เต็มที่

“คือจริงๆเราเห็นว่า อ่า คนไข้ในชุมชนเราคนได้มันมีความเสี่ยงหรือมีความไม่ต่อเนื่องในการกินยา อ่า เขาจะพยายามกระตุ้นให้ญาติเขาเบ่ง แต่คือว่าหละ บางครั้งด้วยภาระงานเขาจะไม่ได้ดูแลแต่คนไข้จิตเวชอย่างเดียว เขาจะมีงานอย่างอื่นนำ ถ้ามันมีเคลสก็เหมือนอย่างคุยกับเภสัช ก็ให้แต่ละจุดคนไข้ที่มีปัญหาของตัวเองมาคุย ภาพของทีมว่าเฮาส์ก็ในรูปแบบได้ เคลสนี้เฮาส์ก็แบบได้ แต่ว่ามันก็ ต้องคุยกัน” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึงการแก้ปัญหาในผู้ป่วย)

“แต่เคลสได้ที่มันทรงมีปัญหา หรือ ข้อมูลจากชุมชนมันส่งขึ้นมาให้เฮา เฮาต้องลงไปดู แล้วเฮาก็ต้องแก้ คำว่า “แก้” เฮาจะต้องเบ่งว่าเฮาแก้ได้ผู้เดียวบ่ หรือเราต้องมีทีมสหวิชาชีพช่วย หรือเฮาต้องเอาชุมชน แต่ทั้งหมดมันก็ต้อง มันต้องเป็นทีมทั้งภาพของชุมชนและก็ของ cup (หมายถึงคปสอ.) เนอะ ก็ต้องช่วยกันนะ เพราะว่าลำพังที่ตัวผู้เดียว เพียงแค่ว่าที่เป็นคนตัวกลาง ตัวกลางที่จะเชื่อมโยง ข้อมูลจากในส่วนของชุมชนประสานมาหาที่ ที่ประสานไปหาพยาบาลจิตเวชจังซีละ มันก็เราก็ทำงานแบบเชื่อมโยงไปหากัน คนไข้กะจังลี เขาเอนว่าหยังละ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี กล่าวถึงการแก้ปัญหาในผู้ป่วย)

ปัญหาที่พบในระบบบริการในแต่ละรพ.สต.จะแตกต่างกัน โดยพบว่า รพ.สต.หนองคูมีสัมพันธภาพที่ดีกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การประสานงานหน่วยงานภายนอกอย่างเช่น อบต. ในกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบอาละวาดหรือผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องติดตามเยี่ยมบ้านสามารถทำได้ง่ายกว่ารพ.สต.บ้านเต่าและสระพัง

“คือว่าการทำงานกับเครือข่ายภายนอกองค์กรเรา บางที อ่า เขาเอนว่าหยัง ใช้ความใช้ความ การรู้จักกันเป็นส่วนตัว บางทีคนเราทำงาน ไม่ใช่เฉพาะเรื่องงานอย่างเดียว เออพ้อกันอยู่ตลาด เฮาจะต้องถามกัน บางทีอันนี้ มันก็เป็นตัวเชื่อมในการทำงาน แม่นบ่หละ สัมพันธภาพ มันเชื่อมต่อในการทำงานเป็นระบบเครือข่าย พี่ว่ามีส่วนสำคัญนะ เออแล้วมันก็ทำให้เราทำงานง่ายขึ้น โดยที่เฮา เขาเอนว่าหยังละ คนในชุมชนก็รู้จักคนในชุมชนอยู่แล้วเนอะ ไทบ้านกะเอนเวลาพ้อกัน” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“ไม่ได้รับการเยี่ยมเหมือนผู้ป่วย 3 ทั้งๆที่เขา... ถ้าเราไปเยี่ยมเขาเนาะ บางอย่างเรา จะรู้ว่าเขามีปัญหาหยอะ อบต.จะมองเห็น ว่า เหมือนบางครั้งเราส่งรูปเข้าไปนี่ เออ นี่มันก็เป็นปัญหา เขาจะได้ไม่มองว่าคนไข้จิตเวชนะเป็นคนที่ไม่มีความอะไร ส่วนมากเขาจะไปมองที่ผู้สูงอายุ ไปมองผู้

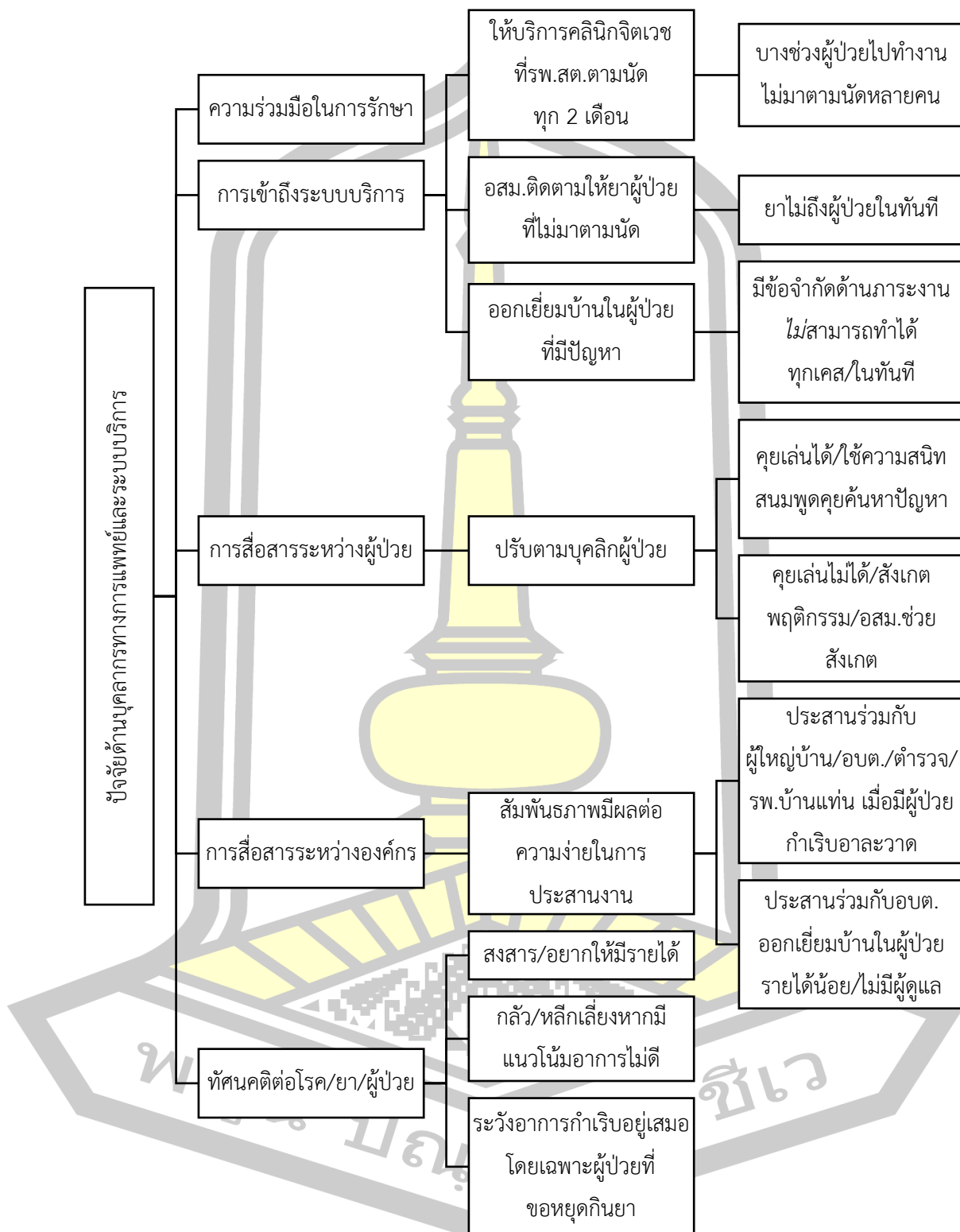
พิการ ทั้งๆที่เขาเป็นผู้พิการชนิดหนึ่งเหมือนกัน แต่ว่าเขาไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร เพราะว่ามันไม่ได้มีปรากฏทางกาย มันเป็นแค่ที่อยู่ แผลอยู่ด้านใน” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)

นอกจากนี้ยังพบว่านอกจากปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ ยังพบว่าชุมชนมีผลต่อการช่วยเฝ้าระวังอาการกำเริบของผู้ป่วยได้และมีผลต่อการตัดสินใจและทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการรับประทานยาของผู้ป่วยและญาติอีกด้วย

“เขาออกไปเยี่ยมบ้าน เขาจะเจอหลายอย่างเนอะ ถ้าเราไปนี่เขาไปได้ไปเบิ่งเฉพาะโตคนไข้ เขาไปเบิ่งบริบทการอาศัยกินอยู่เขานำ แล้วเราก็จะรู้ว่า เออจริงๆชีวิตเขาแต่ละคนก็ไม่เหมือนกัน พอไปเจอนั้น เอออย่างน้อยคนในชุมชนเขาก็มีน้ำใจต่อกันนะ เขาก็เอื้อต่อกัน เขาก็รู้ว่าคนนี้อยู่คนเดียว การจัดการก็โอเค มื้อหลังเขาก็จะไปดู ประสานแล้วว่าเขาต้องอย่างจี้อย่างจี้เด้อ อสม.ไปจัดการ ไทบ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ก็โอเค ไปอีกก็ไปเจอ สภาพที่มันเปลี่ยนไป อย่างน้อยเขาก็เป็นส่วนที่ไปดูแล้วก็ประสานให้ชุมชนเขาเบิ่งช่วยกัน ก็บอกว่าเออ ถ้าเลาเป็นหยัง ให้ฟ้าวบอก” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“เพื่อนว่ายายนั้นดวงดี ได้ 2 ต่อ เดือนละ 1400 โย้อยอยากเป็นคือเจ้าเนอะ เพื่อนอีกจาเพื่อนสะออน ได้เงินเดือน” (ผู้ป่วย 10; เพศหญิง 61 ปี กล่าวถึงการที่ผู้ป่วยถูกนินทาเพราะได้รับเบี้ยผู้พิการจากการป่วยเป็นโรคจิตเภท)





ภาพประกอบ 18 ข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูลประเด็นที่ว่า ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ

4.1.4.5 การสร้างข้อสรุปและการพิสูจน์ข้อสรุป

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และและบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ 6 ปัจจัย (ภาพประกอบ 19) ดังนี้

4.1.4.5.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

พบว่าทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยาและความเจ็บป่วยมีความสำคัญต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่ยอมรับความเจ็บป่วยและเข้าใจว่าตนเองต้องใช้ยาต่อเนื่องมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาที่ดี แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วยล้วนเคยมีประวัติการขาดยาบางมื้อในอดีตโดยไม่เจตนาเพราะหลงลืม แต่ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยขาดยาโดยความตั้งใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวปฏิเสธต่อการเจ็บป่วยไม่รับการรักษาต่อเนื่องและไม่ใช้ยาเลย ซึ่งกลุ่มนี้พบว่าบางคนถูกตีตราจากชุมชนว่าเป็นคนบ้า ทำให้ปฏิเสธการเจ็บป่วยและการใช้ยาที่บ่งบอกถึงว่ายังคงเป็นโรคจิตเภทอยู่ และกลุ่มสุดท้ายที่มีทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาและความเจ็บป่วยแบบไม่แน่ใจ ก้ำกึ่ง ไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรคอะไร รู้เพียงแต่ว่าการกินยาทำให้ตนเองสบายดีกว่าตอนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ควรให้สุขภาพจิตศึกษาและส่งเสริมให้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งแก้ปัญหาจากความเข้าใจผิดจากโรคและยาในอดีต

4.1.4.5.2 ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย

พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลายรายมีปัญหาด้าน cognitive impairment นอกจากไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้ได้แล้วยังไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ทำให้การกินยาเองได้อย่างถูกต้องเป็นไปได้โดยลำบาก ส่งผลให้มีปัญหาต่อความร่วมมือในการใช้ยาไม่ตี ในผู้ป่วยบางรายที่ยังคงมีอาการทางจิตกำเริบไม่ยอมไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล แก้ปัญหาโดยการเพิ่มยาเองหรือไปซื้อยาผู้ป่วยจิตเภทรายอื่นมากิน และผู้ป่วยบางคนที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยบางคนเคยมีประวัติกินยาเพื่อฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้ส่งผลต่อการรักษาด้วยยา

4.1.4.5.3 ปัจจัยด้านยา

พบว่าผู้ป่วยจิตเภททุกรายเคยมีประสบการณ์ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในอดีตทั้งในอดีตที่ก่อนหน้านี้ไม่เกิน 2 เดือน (วัดโดยใช้แบบสอบถามประเมินความร่วมมือในการใช้ยา) และก่อนหน้านี้นานเป็นปีถึงสิบกว่าปีจากการเล่าเหตุการณ์ในอดีตของผู้ป่วย แบ่งโดยเจตนาได้เป็นโดยเจตนาและโดยไม่เจตนา โดยไม่เจตนา อาจเกิดจากการหลงลืมหรืออ่านฉลากไม่เข้าใจหรืออ่านไม่ได้ไม่รู้หนังสือ ส่วนโดยเจตนาส่วนหนึ่งมาจากทัศนคติของผู้ป่วยเองดังกล่าวไปแล้วข้างต้น หรือความเบื่อหน่ายจากการกินยานาน หรือจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและการใช้กิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้

ยังพบว่าผู้ป่วยบางคนกินยาหลายขนานทำให้เกิด Drug interaction มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยปรับยาเองได้

4.1.4.5.4 ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ

พบว่า การส่งยาไปให้ผู้ป่วยที่รพ.สต. ทำให้ลดปัญหาการเข้าถึงระบบบริการเพราะผู้ป่วยสามารถไปปรับยาได้เองโดยจักรยานหรือจักรยานยนต์โดยไม่ต้องอาการการจ้างเหมารถยนต์เหมือนการเดินทางไปโรงพยาบาล แต่ในบางช่วงที่ผู้ป่วยไปทำงานต่างจังหวัดส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้มารับยาเอง เกิดความล่าช้าในการติดตามเอายาไปที่บ้าน และในรายที่เป็นปัญหาการขาดผู้ดูแล ไม่สามารถมารับยาได้เอง ทางทีมงานออกเยี่ยมบ้านไม่สามารถไปติดตามแก้ปัญหาได้ในทันที ทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับการแก้ปัญหาความร่วมมือจากการใช้ยาได้ล่าช้า ทั้งนี้การสื่อสารที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยและครอบครัวช่วยให้สามารถค้นปัญหาได้ไว ในบางรายญาติรีบมาแจ้งทันทีเมื่อสังเกตเห็นอาการกำเริบของผู้ป่วยที่ปฏิเสธการใช้ยา สัมพันธภาพที่ดีระหว่างองค์กรนอกเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุขช่วยให้สามารถประสานเรื่องอื่นนอกจากเรื่องโรคของผู้ป่วยได้ เช่น การสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยจากองค์กรบริหารส่วนตำบล และการสื่อสารที่ดีระหว่างชุมชนทำให้สามารถสังเกตอาการกำเริบผู้ป่วยจากเพื่อนบ้านข้างเคียง ซึ่งทัศนคติของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยมีผลต่อการที่ผู้ป่วยในชุมชนนั้นๆ ได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

4.1.4.5.5 ปัจจัยด้านผู้ดูแล

พบว่าทัศนคติของผู้ดูแลต่อการรักษาด้วยยาและความเจ็บป่วยมีความสำคัญต่อความร่วมมือในการใช้ยามากเช่นกัน ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะได้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมานานหลายปี ผู้ดูแลหลายรายยอมรับว่าผู้ป่วยคงไม่หายขาด แต่อยากลองปรับยาให้ผู้ป่วยเอง เพื่อสังเกตว่าอาการดีขึ้นหรือไม่ บางรายพบว่าถ้าไม่ได้กินยาจะมีอาการกำเริบจึงกลับมาให้กินยาต่อเนื่อง แต่บางรายเล่าเหตุการณ์ให้ฟังว่าการปรับยาของตนเองทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ทำให้มีผลต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง แต่ญาติผู้ดูแลหลายคนให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นอย่างดีส่งผลต่อการช่วยกำกับอาการอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ไม่อยากกินยา และญาติผู้ดูแลหลายรายมีความเชื่อเรื่องเวรกรรมส่งผลให้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีผลต่อความรู้สึกของญาติผู้ดูแล เช่น ลูกสาวที่ดูแลแม่คิดว่าตนเป็นบุญที่ได้ดูแลแม่ แต่พ่อแม่ที่ได้ดูแลลูกที่ป่วยตัดพ้อคิดว่าเป็นเวรกรรม

4.1.4.5.6 ปัจจัยด้านชุมชน

พบว่าชาวบ้านในชุมชนมีผลต่อทัศนคติต่อผู้ป่วยและครอบครัวมากในชุมชนที่ทำการศึกษาอยู่นี้ ผู้ป่วยหลายรายทะเลาะและทำร้ายร่างกายผู้อื่นเพราะคนในชุมชนบอว่าเป็นบ้าหลายรายหยุดยาและปฏิเสธการรักษาเพราะไม่อยากถูกตีตราว่าเป็นผู้ป่วย เพื่อนบ้านบางคนแนะนำการกินยาและขอยาที่ผู้ป่วยไม่กินเพื่อเอาไปให้ผู้อื่นกินต่อ แต่ชาวบ้านในชุมชนบางคนก็สามารถช่วยสังเกตอาการและมาแจ้งเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.เมื่อมีอาการกำเริบได้

4.2 ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ

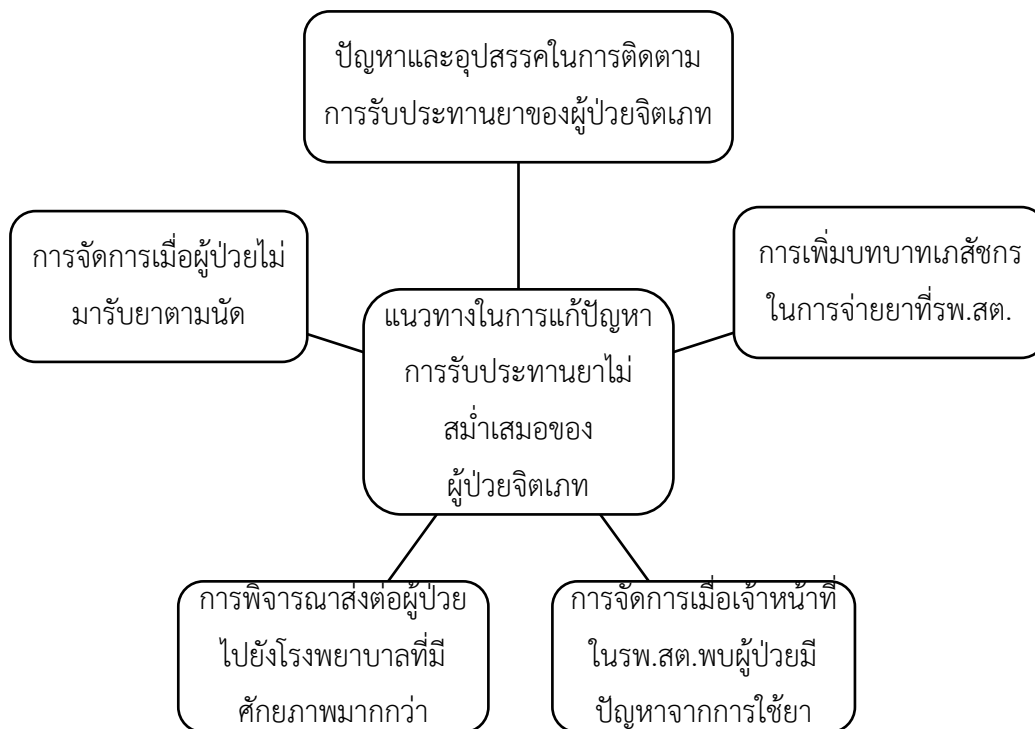
ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Group Discussion)

จากการประชุมระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบ้านแท่น 2 คน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. 3 คน ในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2561 พบว่า ในระบบเดิม ทางโรงพยาบาลจัดเตรียมยาออกนอกไปพบผู้ป่วยที่นัดให้มารับยาที่ รพ.สต. แต่ละแห่ง โดยพยาบาลจิตเวชของโรงพยาบาลบ้านแท่นจะส่งใ้ยาตามรายการยาเดิมในฐานะข้อมูล HOSxP หลังจากนั้นเภสัชกรตรวจเช็คครายการยาของผู้ป่วยแต่ละ รพ.สต. จัดเรียงลำดับญาติตามทะเบียนรายชื่อ ก่อนให้พยาบาลจิตเวชส่งมอบให้ผู้ป่วยแต่ละนัดที่รพ.สต.แต่ละแห่ง ยาของผู้ป่วยที่ไม่ได้มาในวันนัด จะถูกเก็บไว้ที่ รพ.สต. ก่อนเพื่อรอผู้ป่วยมารับยา หากผู้ป่วยไม่มารับ ยาใน 2 เดือน รพ.สต. จะส่งคืนยาให้พยาบาลจิตเวชในนัดต่อไป (ภาพประกอบ 20)



ภาพประกอบ 20 ระบบเดิมของการบริการผู้ป่วยที่ รพ.สต

ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่มครั้งนี้ มีดังนี้ คือ แนวทางในการแก้ปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาและอุปสรรคในการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท การพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า การเพิ่มบทบาทเภสัชกรในการจ่ายยาที่รพ.สต. การจัดการเมื่อผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัด และการจัดการเมื่อเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.พบผู้ป่วยมีปัญหาจากการใช้ยา (ภาพประกอบ 21)



ภาพประกอบ 21 แนวทางในการแก้ปัญหาการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับเจ้าหน้าที่ในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4.2.1 แนวทางในการแก้ปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท

จากการเปิดประเด็นเสนอภาพรวมของการแก้ปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้คาดหวังต่อ “ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย” ไม่เท่ากัน โดยพบว่าพยาบาลจิตเวชมองผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเป็นครอบครัวอาชีพเกษตรกรรมไม่สามารถที่จะกำกับการกินยาของผู้ป่วยได้ตลอดเวลาเพราะญาติเองก็ต้องประกอบอาชีพซึ่งไม่เอื้อต่อการรับประทานยาได้ตรงเวลา การกะเกณฑ์เวลาเช้า-เที่ยง-เย็นอาศัยการสังเกตจากพระอาทิตย์ คาดหวังให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาบ้างบางมือก็พึงพอใจแล้ว

“ไปดูหน้างานจริง มันไม่ใช่แบบนี้ ไม่ใช่แบบนี้ คือเหมือนกับว่าทุกคนรู้หมดแหละ แต่ไปๆมาๆก็เหมือนกับว่า เออ พออยู่ได้ ก็อยู่ไป ยาบางมือกิน 3 คาบ ภูก็กินคาบเดียว เธอไปเกี่ยวข้าว นอนเร็นได้ แม่สามารถไปรับจ้างเกี่ยวข้าวได้ คือ อันนี้เขาจบตรงนั้นแล้ว เขาสรุปชีวิตเขาแบบนั้นแล้ว ทีนี้พอเราจะไปบอกเวลานะ แคลสิกินยาคาบหนึ่งก็ขุญแล้ว” (จนท.2; เพศหญิง 55 ปี แสดงทัศนคติต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท (ทัศนคติ&stigma ของบุคลากรทางการแพทย์))

แนวทางในการแก้ปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภทถูกเสนอให้พิจารณาปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายกรณีไป เนื่องจากรายละเอียดของปัญหาในผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความคาดหวังต่อผลของการดูแลตนเองของผู้ป่วยแตกต่างกัน เจ้าหน้าที่บางคนคาดหวังให้ผู้ป่วยกินยาบ้าง แม้ไม่ตรงตามฉลากยาครบทุกมื้อ แต่หวังให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติร่วมกันกับชุมชน ซึ่งคำว่า “ใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติร่วมกันกับชุมชน” ในมุมมองของพยาบาลจิตเวชเน้นให้ครอบครัวยอมรับในธรรมชาติของคนไข้แต่ละราย หากผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนแม้พฤติกรรมของผู้ป่วยจะแตกต่างจากมุมมองของผู้อื่นในสังคมแต่หากครอบครัวยอมรับ ชุมชนยอมรับ พยาบาลจิตเวชจะถือว่าผู้ป่วยจิตเภทรายนั้นสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้

“ปัจจัยที่ทำให้ทำไม่ได้ เพราะอะไร ซึ่งมันสุดวิสัย อย่างคนไข้บ้านสามสวน วันดีคืนดีตอนนี้ แม่ยอมให้แก่ง่าผ่าป่าอ้อยไปนอนอยู่เมรุ ซึ่งแม่เขาอมแล้วนะ ถ้าเราไปเจอใหม่ นักศึกษาไปเจอใหม่ โอ๊ย ตายแล้วเนี่ย เป็นเสี่ยงต่อการ abuse ซึ่งจริงๆแล้วบ้านเขาตกลงกันแล้วว่านอนได้” (จนท.2; เพศหญิง 55 ปี แสดงทัศนคติต่อวิถีชีวิตของคนไข้จิตเภทที่คนทั่วไปมองแตกต่างจากครอบครัวของผู้ป่วย)

จากประเด็นการมองผู้ป่วยจิตเภทด้วยมุมมองที่แตกต่างกันของเจ้าหน้าที่ในระบบและประสบการณ์ที่เจ้าหน้าที่แต่ละคนเคยพบเจอมาทำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรู้สึกเหมือนกันว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นอีกหนึ่งงานที่ยากสำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระบบ

“ยากนะ งานจิตเวช ควบคุมยาก” (จนท.7; เพศหญิง 24 ปี แสดงทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน)

“ทีนี้คนไข้จิตเวช มันไม่มีสูตรสำเร็จเหมือนคนไข้รายอื่นไง” (จนท.2; เพศหญิง 55 ปี แสดงทัศนคติต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท)

4.2.2 ปัญหาและอุปสรรคในการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

จากทัศนคติเดิมของเจ้าหน้าที่ในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้กินยาสม่ำเสมอแล้วยังพบว่าปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยในด้านบุคลากรเองคือ เจ้าหน้าที่ทั้งในรพ.สต.และโรงพยาบาลได้พูดเป็นเสียงเดียวกันว่าด้วยภาระงานที่มากที่เป็นอุปสรรคต่อการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทำให้การติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ถูกจัดไว้เป็นงานลำดับแรกที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง อาจมีงานอื่นที่เร่งด่วนแทรกเข้ามาในระหว่างการทำงานที่รพ.สต.

“ถามว่าอยู่อนามัยนั้นนะ มัน คือถ้าให้ปัวคนไข้อย่างเดียว พี่ไม่กลัวนะ แต่อันนี้มันเกี่ยวกับ kpi งานคีย์ ทีนี้เขาคือจ้งเขาเดี๋ยวก็นั่น เดี๋ยวก็นี่ เห็นบ่ อำเภอกลื่อนที่เมื่อเข้านี้ ก็บ่ได้เฮ็ดหยัง กะไปอำเภอกลื่อนที่” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“เหมือนกันเกลซ เด็วนี้คนไข้ชอยาเยอะ ต้องไปเอาแฟ้มมาเขียนสองอัน” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)

นอกจากภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแล้ว กำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่แท้จริงคือครอบครัวและญาติของผู้ป่วยเอง แต่ในมุมมองของเจ้าหน้าที่ที่มองต่อผู้ป่วยและญาตินั้นยังพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ความตระหนักหรือความเคร่งครัดต่อการดูแลผู้ป่วยถูกเพิกเฉยละเลยในบางครั้งได้

“ทุนทางใจ ที่มันอ้อมตัวไปแล้วครึ่งหนึ่งนี่ ที่จะทำอันนี้ไม่ได้” (จนท.2; เพศหญิง 55 ปี อธิบายความเปื้อนหนายในการกินยาและการดูแลของญาติ)

“บาคนี้ ถ้าเราคิดจะทำเคส เราต้องไปเลือกครอบครัวที่พร้อมจะทำใหม่ ทำได้ใหม่ แต่ว่าชีวิตจริงนะ เขาเอ็ดนำเฮาบไหว” (จนท.2; เพศหญิง 55 ปี)

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาต้านโรคจิต และการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเจ้าหน้าที่ในระบบเองก็ไม่สามารถทำได้เต็มที่ร้อยเปอร์เซ็นต์ จึงพบว่าพยาบาลจิตเวชมีแนวโน้มที่ยินยอมให้ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องรับประทานยาสม่ำเสมอ ยอมรับได้หากผู้ป่วยไม่กินยาแต่ยังคงไม่มีอาการกำเริบ แต่ในประเด็นนี้พยาบาลจากรพ.สต.ยังมีความกังวลกลัวผู้ป่วยจิตเภทขาดยาแล้วมีอาการกำเริบจนอาจลวดจิงเสนอแนวความคิดการฉีดยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภททุกรายที่ไม่รับประทานยา

“ถ้ากรณีไม่กิน เขาบังคับให้ฉีดได้บ่” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

เดือนละครั้งเนี่ย (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

ในมุมมองของพยาบาลจิตเวชตอบรับการเสนอการฉีดยาให้ผู้ป่วยที่ไม่กินยาด้วยท่าที่แบ่งรับแบ่งสู้ คือ ไม่ยืนยันว่าต้องฉีดยาหมดทุกคน ยังยืนยันการพิจารณาเป็นรายกรณีไป

“ก็อยู่ในเกณฑ์คนไข้ที่ว่า ต้องได้ยาฉีดใหม่ มันเป็นอีกเกณฑ์หนึ่ง เพราะทุกเคสไม่ได้ฉีดหมด คราวนี้พอดี ถ้าพูดถึงวิชาการนี่หละ ถ้างานวิจัย อยู่ในเอกสารมันใช้หมดใจ ที่นี้พอชีวิตจริง ๆ มันมีปัจจัยที่มากกว่านั้น” (จนท.2; เพศหญิง 55 ปี)

แต่ในมุมมองของพยาบาลในรพ.สต.มีท่าที่กังวลใจต่อการไม่รับประทานยาของคนไข้จิตเวช จึงถามย้ำอีกครั้งเพื่อรอฟังความคิดเห็นของพยาบาลจิตเวช ซึ่งพยาบาลจิตเวชยังคงยืนยันทัศนคติของตนเองว่า หากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการปกติ เจ้าหน้าที่ไม่ควรไปฉีดยา แต่ญาติสามารถเฝ้าสังเกตระวังอาการได้

“แต่ว่า คำว่าไม่กินเลยนะมีใหม่ ของเรานะมี ไม่กินเลย แต่คนไข้อาการคงที่ ไม่กินเลย อาการต่าง ญาติจะเป็นคน aware เองว่า มาช่วยแทน” (จนท.2; เพศหญิง 55 ปี)

ดังนั้นจากประเด็นที่ผู้ป่วยปฏิเสธการกินยาและเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.ไม่สามารถติดตามการกินยาของผู้ป่วยได้ในทันทีหรืออย่างต่อเนื่อง ในระบบการดูแลผู้ป่วยนี้ยังไม่สามารถที่จะใช้ยาต้านโรคจิตแบบฉีดสำหรับผู้ป่วยทุกรายได้ ยังคงเป็นการเสนอให้ญาติที่ใกล้ชิดเฝ้าสังเกตอาการกำเริบต่อไป

4.2.3 การพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า

หลังจากประเด็นการสนทนาก่อนการแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทถูกเสนอให้พิจารณาแก้ปัญหาในผู้ป่วยเป็นรายกรณี จึงเสนอปัญหาที่พบในผู้ป่วยจิตเภท รหัส ผู้ป่วย 9; เพศหญิง อายุ 40 ปี ที่พบว่าขณะให้สัมภาษณ์เรื่องการรับประทานยากับเภสัชกร มีคำพูดที่แสดงถึงอาการหลงผิดระหว่างให้สัมภาษณ์ เช่น การมอบน้ำหนักที่มาจากสวรรค์ให้เภสัชกรขณะสัมภาษณ์ จึงปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องถึงปัญหาของผู้ป่วยรายนี้ ถึงการกินยาอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ หากกินยาอย่างสม่ำเสมอแต่ยังมีอาการอยู่ควรส่งต่อหรือไม่ ซึ่งพยาบาลในรพ.สต.ในพื้นที่ยืนยันว่าได้ประสาน อสม.ใกล้เคียงเป็นผู้ให้ยากับผู้ป่วยทุกวัน พยาบาลจิตเวชจึงเล่าถึงความคุ้นเคยผู้ป่วยเป็นอย่างดี และเห็นว่าควรมีเทคนิคในการจัดการผู้ป่วยซึ่งสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ในรพ.สต.ที่รู้จักผู้ป่วยดีได้เรียนรู้และใช้เทคนิคในการจัดการปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วย

“เป็นให้ยา อสม.เอาให้” (จนท.7; เพศหญิง 24 ปี)

“คือมันเป็นปกติของผู้ป่วย 9 ถ้าไม่อะไรเลย ไม่ใช่ผู้ป่วย 9 เรารู้จักผู้ป่วย 9 เราจะทำประมาณนี้” (จนท.2; เพศหญิง 55 ปี แสดงทัศนคติต่อการเคยชินกับอาการทางจิตกำเริบของผู้ป่วย)

ในระหว่างการหาทางแก้ปัญหาผู้ป่วยที่ได้รับยาเดิมจากโรงพยาบาลบ้านแท่นและมีพยานยืนยันว่าผู้ป่วยได้กินยาต่อเนื่องแต่ยังคงมีอาการทางจิตอยู่ พยาบาลจิตเวชได้แนะนำให้พยาบาลวิชาชีพในรพ.สต.เรียนรู้การใช้เทคนิคและจัดการกับผู้ป่วยด้วยตนเอง ทำให้พยาบาลวิชาชีพในรพ.สต.เริ่มคล้อยตามและเล่าเหตุการณ์ที่พบเจอในผู้ป่วย ในมุมที่พบเจอผู้ป่วย 9 มีอาการทางจิตแต่เมื่อส่งตัวไปโรงพยาบาลจิตเวชกลับไม่พบอาการทางจิต จนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นไม่รับผู้ป่วยไว้รักษาต่อในโรงพยาบาลจิตเวช

“อยู่กับนาง แกล้งบ้าบ่นือ ลางเที่ยงนี้ รู้เรื่องหมดเลยนะ ฉลาดมาก” (จนท.7; เพศหญิง 24 ปี)

“แต่ว่ามันเป็นเทคนิค ต้องไปจัดการ แต่ก่อนปล่อยปล่อย (หมายถึงเจ้าหน้าที่ที่ลาออกจากราชการแล้ว) ยายมาอยู่ใหม่ๆ ยาย alert มากเรื่องจิตเวช เติ้งคนใช้หอมแก้ม เอาไปเอามา ฉันทะอยู่บ่เป็นแล้ว ไปหาป่าคือ น่วมแล้วอ่า อย่างผู้ป่วยอีกคนนะ แกอยู่ของแกดี๊ๆ แกจะมาเล่าเรื่องราวลูกจบปริญญา ใบเอกขเรย์เมื่อชาติที่แล้ว แกจะมาเล่า ถ้าใครฟังแกจะเล่าคะ แล้วทีนี้คุณยายก็นั่งฟังคะ นั่งฟังไปนั่งฟังมา ผู้ป่วยคนนั้นก็มาทุกวัน ฮ่าๆ” (จนท.2; เพศหญิง 55 ปี เล่าถึงเหตุการณ์ของการใช้เทคนิคในการจัดการผู้ป่วยไม่เหมาะสม)

เมื่อมีประเด็นของการประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เหมาะสม จึงเกิดคำถามระหว่างการสนทนากลุ่มขึ้นมาว่า การจัดการผู้ป่วยที่เหมาะสมเป็นอย่างไร

“มันไม่รู้สิ เวลาเราอยู่กับคนคนหนึ่ง เราจะรู้แล้วว่าเราจะจัดการอย่างไร ถ้าเป็นอาการประมานนี้ ซึ่งไม่มีใครรู้ดีเท่ารพ.สต. เขาจะมีเทคนิคในการเอาตัวรอดของเขา ไม่ใช่คนไข้จะเขาจะเก่ง (จนท.2; เพศหญิง 55 ปี โน้มน้ำวอยากให้รพ.สต.ดูแลคนไข้ให้ได้) (พยาบาลและเภสัชมีกรอบแนวคิดในการจัดการปัญหาต่างกัน เภสัชนึกถึง protocol แต่เจ้าหน้าที่นึกถึงการดูแลเป็นรายๆ)

เมื่อพบว่ามีอาการผิดปกติจากประเด็นที่พิจารณา จึงถามย้ำอีกครั้งถึงการวางแผนส่งตัวผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบไปสู่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่าอย่างการส่งตัวผู้ป่วย 9 ไปโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

“โท ผู้ป่วย 9 รีเฟอร์ทุกปีแหละค่ะ” (จนท.2; เพศหญิง 55 ปี)

“ผู้ป่วย 9 พอไปนู่น ทำ รุ้เรื่อง ตอบเขาได้หมด เขาก็ไม่เอาไว้อะ ถามพวกพี่ที่อยู่โดนๆนะ พอเขาประเมินแกก็จะตอบได้” (จนท.7; เพศหญิง 24 ปี)

“แสดงว่าแกหัวดี” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“แกหัวดี ฉลาดมาก” (จนท.7; เพศหญิง 24 ปี)

“เออ แสดงว่าคนคนนี้เขารู้ว่าจะเห็ดแบบไหนนะ” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“ไปอยู่โน่น ช่วยการช่วยงานได้หมด” (จนท.7; เพศหญิง 24 ปี)

“คือจริงๆอะ ถ้าว่าจะไปบ้ำ ก็เป็นบ้ำ บ่เป็นบ้ำก็บ่เป็นบ้ำ เขาเอิ้นว่าเชียงเมียง ผีบ้ำเชียงเมียง” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“อ้าว อ่านออกด้วยนะ วันนั้นแม่อยู่เวรเป็นหมู่ ผู้ป่วย 9 มา อยากกินกล้วย ถูกละยี่ลิบบาท ทุกอย่างยี่ลิบบาท เอ้า มันอ่านหนังสือออกดีวะ แม่มาสะกิด โอ๊ยแม่ มันฉลาดจะตาย ต้องทันมันนะ” (จนท.7; เพศหญิง 24 ปี)

“จะต้องดูแลบ้าง บางอาทิตย์ก็มาทุกวัน มาขอแต่ยาเดิม หรือไม่ก็จะเปลี่ยนยาไปเรื่อยๆ เฮาจะสิปราม บางครั้งก็ไม่ให้เลย แกก็จะมาใหม่ ผู้ป่วย 9 (แทนคำเรียกชื่อผู้ป่วยจริงด้วยรหัสผู้ป่วย) เธอสิมาทุกมื่อ หมอบให้อ่า มื่อนี้ อาทิตย์นี้เอาไปจกอันแล้ว เกลือแร่นะ หมอบให้แล้ว แกก็จะอันนี้ไป แล้วแกก็จะมาอีก” (จนท.7; เพศหญิง 24 ปี)

จากบทสนทนาข้างต้นพบว่าเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.มีความเชื่อในคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทผู้น้อย ส่งผลให้บางความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยพูดออกมาถูกมองว่าไม่จริง เภสัชกรผู้วิจัยจึงลองเล่าเหตุการณ์ของการพบเจอผู้ป่วยจิตเภทรายอื่นของเภสัชกรเองเพื่อยืนยันทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในรพ.สต.ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไปซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่เชื่อถือในคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทผู้น้อย

“คนไข้มาชมว่า beautiful เราก็จะลอย” (จนท.5 ; เพศหญิง 31 ปี)

“พี่ตะคนไข้จิตเวช ชมว่าสวยทุกคน ไปโรงพยาบาลศรีธัญญา หนูฝึกอยู่ศรีธัญญาเนาะ ใ้ นางฟ้า นางฟ้ามาแล้ว” (จนท.7; เพศหญิง 24 ปี)

4.2.4 การเพิ่มบทบาทเภสัชกรในการจ่ายยาที่รพ.สต.

เมื่อเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.ได้เล่าถึงภาระงานในรพ.สต.ที่มีมากขึ้น เภสัชกรจึงเสนอตัวเข้าไปเพื่อประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเสนอตัวเข้าไปจ่ายยาผู้ป่วยจิตเภทเองที่รพ.สต. ได้สอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องพบว่าทุกคนเห็นด้วยและสนับสนุนให้มีเภสัชกรจ่ายยาผู้ป่วยในรพ.สต. และยังเป็นผลดีต่อทัศนคติของผู้ป่วยที่มารับยาว่าได้เจอเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลบ้านแท่นโดยตรง

“แล้วจ่ายยาตามนัดนี้ พี่ว่าให้มีเภสัชออกไป ควรจะมีไหม หรืออาจจะเป็นบางนัด หรือบางเหตุการณ์...” (จนท.5 ; เพศหญิง 31 ปี)

“พี่คิดว่า ถ้าเภสัชไม่ลำบากไปจะดีกว่า ก็จะมีเวลาได้คุยบ้าง เวลาทำเองก็จะดีกว่า แล้วเวลาบอกว่าคุณหมอมารจากโรงพยาบาลบ้านแท่นนะ เขาชอบ” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)

“ไหวไหมเนี่ย ถ้าลำบากก็สงสาร” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)

“ถ้าไป ดีกว่า” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)

“ช่วยแก้ปัญหาได้ดีไหม” (จนท.5 ; เพศหญิง 31 ปี)

“ดีกว่า” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)

โดยการจ่ายยาของเภสัชกรในคลินิกจิตเวชแต่ละนัดในรพ.สต.ยังคงบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการประเมินอาการของผู้ป่วยในแต่ละนัดที่รพ.สต.และมีพยาบาลวิชาชีพในรพ.สต.จัดเตรียม family folder เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและตรวจรักษาโรคอื่นที่นอกเหนือจากโรคจิตเภทซึ่งในการไปจ่ายยาผู้ป่วยจิตเภทที่รพ.สต.นั้น มีผู้ป่วยโรคอื่นในกลุ่มโรคจิตเวชไปรับยาที่รพ.สต.ตามนัดคลินิกจิตเวชที่รพ.สต.ร่วมด้วย

4.2.5 การจัดการเมื่อผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัด

จากระบบการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยจิตเภทแบบเดิมที่ส่งมอบยาให้ผู้ป่วยทุก 2 เดือน หากไม่มีผู้ป่วยมารับยาจะเก็บยาบางส่วนไว้ให้ผู้ป่วยที่รพ.สต.ก่อนเพื่อรอผู้ป่วยหรือญาติมารับยาให้วันหลัง หรือมือสม.ติดตามนำไปให้ที่บ้าน หากอสม.ไม่พบผู้ป่วย ยาจะถูกเก็บไว้ที่รพ.สต.ก่อนซึ่งตรงจุดนี้มียาถูกเก็บที่รพ.สต.นานอย่างน้อย 2 เดือนจนกว่าจะถึงนัดต่อไป บางรายถูกเก็บถุงยาไว้มากกว่า 1 นัด ทำให้รายการยาต้านโรคจิตถูกจ่ายออกมาจากโรงพยาบาลแต่ค้างจ่ายที่รพ.สต.หลายนัด เภสัชกรจึงปรึกษาเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.ทั้ง 3 แห่งเพื่อหาข้อสรุปในการดำเนินการหากไม่มีผู้ป่วยจิตเภทมารับยา

“ถ้ามีคนไข้ไม่มาเอายา คิดว่าเราควรจะเก็บไว้ หรือว่าให้เอายามาคืนวันนั้นเลย”

(จนท.5 ; เพศหญิง 31 ปี)

“ถ้าถามที พี่ให้อามา เพราะว่าเขาจะติดนิสัย เพราะมันเป็นคนเดิม พอเห็นอสม.ไปให้ เขาก็จะคิด แต่ว่าคนที่เขาเคยมาเห็นใหม่ เขาก็จะมา” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)

“มือนี่เลยกะบตี” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี เปลี่ยนคำตอบหลังจากถูกถามซ้ำอีกครั้ง)

“เกล็ดซ์ มือหลัง เพราะว่านัดเนาะ วันนี้เขาไม่มา พรุ่งนี้บ้างคนญาติมานะ” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“อย่างยายที่เป็นแม่ผู้ป่วย เลากะตาเลือกตาลนนะ ปกติเลากะมารับแทนลูกเลาตลอด “โ๊ะะ คุณหมอๆ ฉันทลงมือ” เขานึกได้เขาก็จะรับมาเอาวันต่อมา” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

แล้วโดนประมาณอาทิตย์ หรือเดือนนึง (จนท.5 ; เพศหญิง 31 ปี ถามซ้ำเพื่อขอคำตอบช่วงเวลาที่เหมาะสมจากทีมงาน)

“เอาประมาณอาทิตย์นึง” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)

“เอาเป็นว่า เดือนหนึ่งโดนไป” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“ถ้าเพื่อนหลง จังไต ภายใต้อาทิตย์นั้นเพื่อนมาแน่นอน” (จนท.5 ; เพศหญิง 31 ปี)

“ต้องมาแน่นอน บ่เกินสามมือ บ่เกินสองมือ” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“ผู้บ่มียาเกิน บางคนก็มา” (จนท.7; เพศหญิง 24 ปี)

“แต่ว่าเดี๋ยวนี้มันจะง่ายไร ระบบสื่อสาร คือเรามีไลน์กรุ๊ปอสม.แม่นบ่” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“คนไข้ที่ไม่ได้มาตามนัด พอทางรพ.ส่ง เราก็จ้างส่งต่อไปในไลน์กลุ่มอสม. เราก็จ้างอสม.นะแจ่งผู้ป่วย” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“ถ้าหนูมีเคสที่มีปัญหา แล้วหนูบอกพี่บอกน้อง” (จนท.5 ; เพศหญิง 31 ปี)

“เนี่ย ได้หมดเลย” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)

“มันจะไปต่อที่กรุ๊ปไลน์อสม.” (จนท.5 ; เพศหญิง 31 ปี)

“ติดตามดูแลผู้ป่วยเราก็จ้างระบบไลน์” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“ไลน์กรุ๊ปอสม.” (จนท.5 ; เพศหญิง 31 ปี)

“ไลน์กลุ่มอสม.ของแต่ละรพ.สต. อบต.” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“สมมติว่าคนไข้ เราอยากรู้ว่าเคสนี้อยู่ในพื้นที่ไหน เราก็จ้างให้อสม.นะตาม” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“ข้อดีของการเฝ้าดูงานชุมชนคือ เสาฐักักเบ็ดนั้นเนาะ เรารู้ตัวคนไข้” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“เรารู้จริง แต่ว่าถ้าเป็นกระแสมา เขากะเฮ็ด ฟาวเฮ็ด (หมายถึงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงนั้น) แต่ถามว่า เรารู้จริงไหม เรารู้จริงทั้งครอบครัวอหิสิ เรื่องรุ่นะ” (จนท. 2; เพศหญิง 55 ปี)

ข้อสรุปการเก็บสำรองยาต้านโรคจิตไว้ในรพ.สต.หลังจากที่ยาที่ส่งไปตามนัดแต่ละนัดแล้ว ไม่มีผู้ป่วยจิตเภทมารับยาและติดตามโดยอสม.ให้มารับยาต่อเนื่องไม่ได้ ยาเหล่านี้นจะถูกส่งกลับมายังรพ.บ้านแทนโดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ต่อนัด ซึ่งพยาบาลวิชาชีพในแต่ละรพ.สต.ได้เล่าถึงระบบการติดตามผู้ป่วยผ่านอสม.ว่าปัจจุบันใช้ระบบกลุ่มไลน์อสม.แต่ละรพ.สต.สำหรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยซึ่งตรงจุดนี้มีข้อดีเรื่องความรวดเร็วและทั่วถึงในการส่งต่อข้อมูลแต่ต้องระวังเรื่องความลับผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งหากข้อความที่ส่งไปไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการที่ผู้ป่วยจะถูกตีตราจากชุมชนเพิ่มเติม

4.2.6 การจัดการเมื่อเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.พบผู้ป่วยมีปัญหาจากการใช้ยา

จากเดิมพบว่าเภสัชกรมีบทบาทในการส่งต่อข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.น้อย เมื่อเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.พบผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาจะโทรปรึกษาพยาบาลจิตเวชก่อนตัดสินใจดำเนินการแก้ปัญหาในผู้ป่วยรายนั้นเสมอ ในการประชุมครั้งนี้เภสัชกรจึงสอบถามปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยที่เจ้าหน้าที่ในรพ.สต.ได้พบเจอด้วยตนเอง โดยคำถามแรกเปิดประเด็นด้วยการจัดการแก้ปัญหาเมื่อพบผู้ป่วยมีปัญหาจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

“เคยมีคนมีอาการจากยาแล้วมาหาที่รพ.สต.แบบฉุกเฉิน มาบ่จ้า” (จนท.5 ; เพศหญิง 31 ปี)

“ของพีบมี” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)

“มีอยู่” (จนท.7; เพศหญิง 24 ปี)

“เราก็จะส่งมานี่ (หมายถึงรพ.บ้านแทน)” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“เฮจะโทร consult ป้าก่อน แล้วก็จะส่ง เพื่อมาให้ปรับยา เพื่อปรับอะไรก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“ป้าก็ดูไป เวลามีเคสป้าก็จะทำไป” (จนท.2; เพศหญิง 55 ปี)

“พวกพีก็โทรมานี่แหละ” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)

เจ้าหน้าที่ในรพ.สต.ต่างพูดเป็นเสียงเดียวกันว่าหากพบปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวชจะโทรมาปรึกษาพยาบาลจิตเวชก่อนเสมอ ซึ่งไม่เฉพาะเพียงแต่ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเท่านั้น ทุกปัญหาที่พบในผู้ป่วยจิตเวชจะได้รับการส่งต่อให้กับพยาบาลจิตเวชเป็นอันดับแรกเสมอ จึงเกิดคำถามเพิ่มเติมว่าหากพบผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการกินยาพยาบาลจิตเวชจัดการอย่างไรต่อ ในระหว่างการประชุมจึงมีผู้ช่วยเหลือคนไข้ประจำคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาล

บ้านแท่นมาเล่าประสบการณ์การจัดการปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่กินยาผิดโดยจัดยาเป็นชุดติดบน กระดาษแข็งและทำป้ายแขวนคล้ายผงดวงซุสที่ขายเป็นห่อติดไว้เป็นแผงในร้านขายของชำ โดยการ ประเมินผู้ป่วยว่าใครควรได้รับชุดยาเป็นกรณีพิเศษนั้นผู้ช่วยเหลือคนไข้ได้ใช้ประสบการณ์ส่วนตัวที่ ทำงานในคลินิกจิตเวชมานานในการประเมินผู้ป่วยแต่ละราย และหากประเมินว่าใครสามารถกินยาเอง ได้แล้ว ผู้ป่วยจะถูกส่งกลับไปรับยาที่รพ.สต.ตามเดิม

“เคยแต่งเป็นพุ่มเป็นพวงให้ตัววะ” (จนท.13 ; เพศหญิง 42 ปี กล่าวถึงการแก้ปัญหา ผู้ป่วยที่กินยาต้านโรคจิตผิดจนมีอาการกำเริบและถูกส่งต่อจากรพ.สต.มาที่รพ.บ้านแท่น)

“หลังจากนั้นมา ผู้ป่วยก็เที่ยง แล้วเขาก็กินเองได้” (จนท.13 ; เพศหญิง 40 ปี)

“หนูก็เฝ้าเป็นปฏิทิน ให้แม่เป็นคนตั้งให้” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“พี่คะ พี่ประเมินแบบไหนว่าเขานี้ควรจะได้เป็นพวงผงดวงซุส จริงๆถ้าอยากให้ออก บอกร้องอยากได้นะ” (จนท.5 ; เพศหญิง 31 ปี)

“จัก มันนั่นแหลม มันอยู่ในความรู้สึกเขาแหลม” (จนท.13 ; เพศหญิง 40 ปี)

“เลาเฝ้าบัตร เลากะสิ approach คนไข้ก่อน เรียกร้อย เลากะสิแต่งของเลาไป” (จนท.2; เพศหญิง 55 ปี)

“มันตอบเป็นวิชาการบได้แหลม” (จนท.13 ; เพศหญิง 40 ปี)

“เลากะบได้เรียนวิชาการ แต่ว่าใช้เซ็นท์ของเลานั่นนี่ ที่นี้ไง พี่เขาเป็นคนที่เกิดมา เพื่อป่า ทำกลุ่มบำบัดค่ายยาเสพติด เลากละเหลือโตนเอื้อย แก่ไม่มีชั้นมีอะไร แต่ด้วยเหลือโตน เห็น เอื้อยแล้ว แก่มีดวงตาเห็นธรรมอะ นึกออกใหม่ว่า คนนี้มันต้องทำ แล้วมันจะช่วยอะ แก่ก็จะลุยของ แก่ไป แก่ทำงานมากกว่าป่า บางครั้งไม่มีคนมา เลากี้จะช่วย” (จนท.2; เพศหญิง 55 ปี ขยายความถึง การที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ได้ช่วยงานพยาบาลจิตเวชหลายส่วนเนื่องจากเจ้าหน้าที่ในคลินิกจิตเวชเหลือ 2 คนในปีงบประมาณ 2561 จากเดิมที่มี 3 คน)

ปัญหาการกินยาผิดในผู้ป่วยจิตเภทสามารถพบได้ในผู้ป่วยหลายราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มี ญาติดูแลที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพในรพ.สต.ที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นกังวลมากที่สุด ลำดับต่อมาคือผู้ป่วยที่ปฏิเสธการกินยา แม้จะมีญาติพร้อมดูแลก็ตาม ซึ่งผู้ป่วย 2 กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ พยาบาลวิชาชีพเฝ้าระวังอาการทางจิตกำเริบเป็นพิเศษ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพได้เล่าถึงเหตุการณ์ที่พบ ผู้ป่วยปฏิเสธการกินยาแล้วมีอาการกำเริบ เมื่อญาติมาแจ้งที่รพ.สต.ทำให้พยาบาลวิชาชีพไปฉีดยา ต้านโรคจิตให้ผู้ป่วยโดยที่ไม่ได้แจ้งว่าเป็นยาต้านโรคจิต แต่บอกไปว่าเป็นยาบำรุงเพื่อให้ผู้ป่วยยินยอม ให้ฉีดยาได้ด้วยดี

“คนไข้ที่นำเป็นห่วงคือคนไข้ที่ไม่มีญาติ” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“แม่่น” (จนท.7; เพศหญิง 24 ปี)

“นี่คือคนไข้ที่มีปัญหาเรื่องกินยาเยอะที่สุด คือ ไม่มีญาติ” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“ของพี่ปมีญาติเปิด ฮีๆๆ” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)

“ที่ล่อง ก็ คือ คนไข้ที่ปฏิเสธการกินยา” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“แต่เขาปฏิเสธการกิน แล้วมันมีปัญหาที่ตัวคนไข้ แต่จั่งบางเคสนะ อยู่คนเดียว”
(จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“อันนี้ยาก” (จนท. 6; เพศหญิง 46 ปี)

“อืม จั่งเราต้องแยกประเด็นก่อน กินผิดเพราะไม่มีญาติ กับ กินผิดเพราะไม่ยอม
กิน” (จนท.5 ; เพศหญิง 31 ปี)

“ใช่ ป่อยากกิน” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี)

“ปกินเลย” (จนท.7; เพศหญิง 24 ปี)

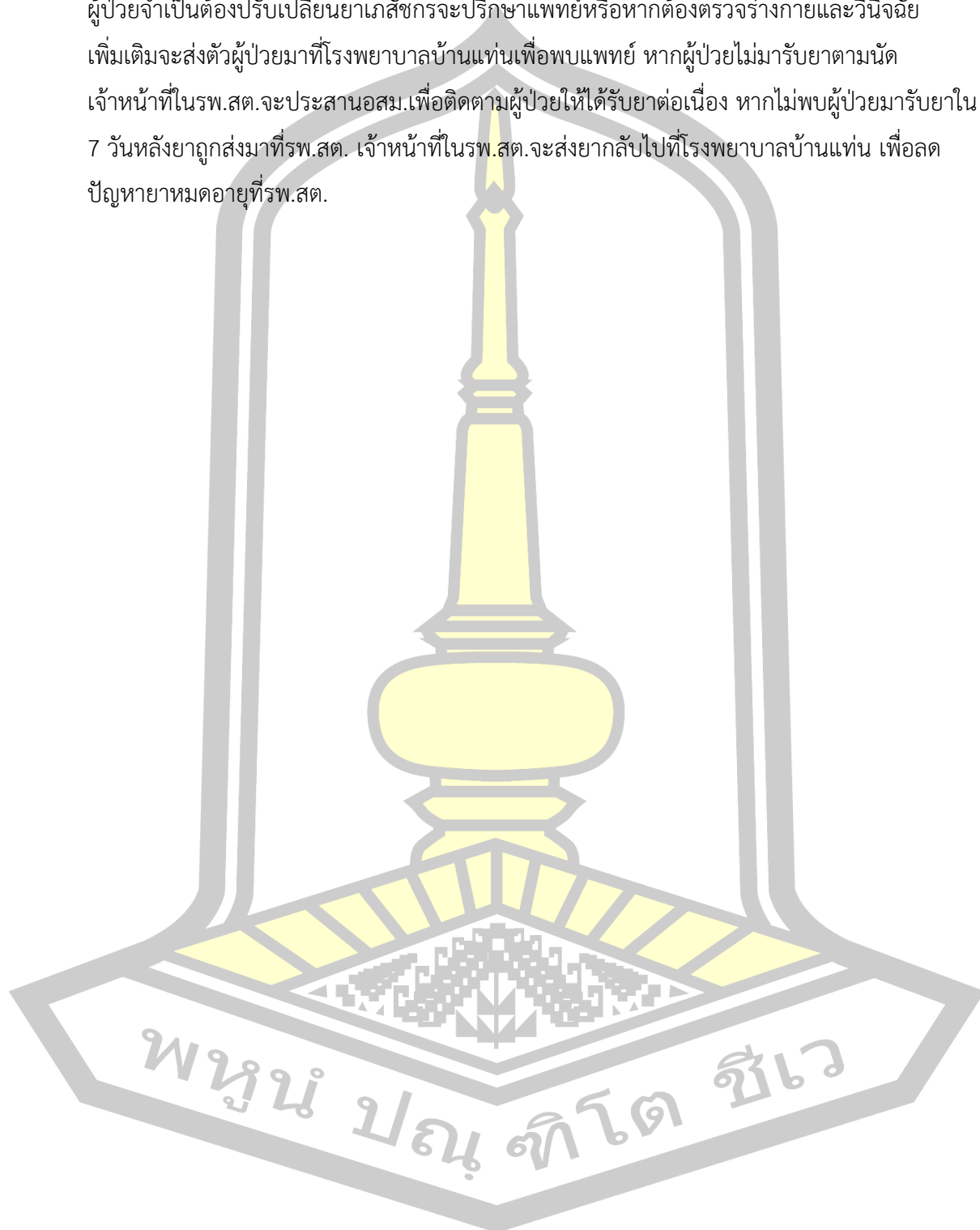
“บ่ยอมรับการรักษาเพราะว่าบ่อยากกิน แต่มีญาติพร้อมที่จะดูแล อย่างเคสผู้ป่วย
15 นะ แม่บังคับบ่ได้เตอะ พอวันต่อมานะ คุณหมอคุณหมอบไปเบิ่งให้แหน่ ยาย!!! ฉันทบ่มีคนจับ ฉันทบ่
ไปฉีดยาให้เตอะ บอกว่า มื้อนี้ไปเตรียมการก่อน หากคนไว้ ก็คือเรากลัวคนไข้อาละวาดเนาะ เขาก็บ่กล้าเข้า
ไปฉีดยาให้” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี เล่าถึงผู้ป่วย 15; เพศชาย 35 ปี ที่ปฏิเสธการเจ็บป่วยและการ
รับประทานยาก่อนเข้าร่วมโครงการที่พบว่ามีการทางจิตหลังจากไปสัมภาษณ์ทัศนคติผู้ป่วยและ
ญาติที่บ้าน)

“เหมือนลักษณะแกบอกว่าลูกนะเว้าอยู่ผู้เดียว เล่าย่านลูกเลากำเริบ ยายกะเลยมา
หา” (จนท. 8; เพศหญิง 39 ปี เล่าถึงความกังวลใจของญาติผู้ป่วย 15 ทำให้รับรู้ได้ว่าทัศนคติของ
เจ้าหน้าที่ในรพ.สต. คำว่ากำเริบทางจิตคือ ต้อง...อาละวาด)

“คุณหมอ คุณหมอบไปฉีดยาให้แหน่ หลังจากผ่านไปแล้วนะ หลังจากผ่านการที่เภสัช
ไปเยี่ยมเลานะ วันนั้นวันหยุด มันเป็นวันหยุด เลามาเกือบสี่โมงแลง แล้วที่ก็เลยบอกว่า...ตอนนี้คนไข้
อยู่บ้านบ่ บ่น่าลิโววายหลายแม่บ่ ให้รอมืออื่นเข้า เพราะว่ามันไม่มีคนแล้วไง เราต้องหาคนที่จั่งรอ
จับ ให้เป็นมืออื่นเข้า สิบโมงนัดกัน ไปแล้วแล้วกะ เห็นนั่งอยู่ กะเลยบอกว่า มาที่นี่ ยานี้ไปนำเอา
คนมาก่อนเตอะ เอาคนมาจับลูก แต่ว่าหมอนะไปฮอดก่อน กะเลยเบิ่งหน้าเบิ่งหลังก่อนว่าเว้ากับมันได้
บ่บ่ กะเลยเว้า อัน ได้ยินว่าบ่สบายดี ฮ่าๆๆ เทคนิคก็ หมอมาฉีดยาบำรุงให้ แล้วก็ยินยอม” “ก็ไป
บอกว่า ได้ยินข่าว บ่กินข้าวดี ยายไปบอก เตี่ยวหมอบเข้ามาฉีดยาบำรุงให้เตอะเนี่ย” (จนท. 8; เพศหญิง
39 ปี เล่าถึงเทคนิคการกล่อมผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยให้ยอมฉีดยา)

จากการประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของรพ.สต.สระ
พัง บ้านเต่า หนองคู และโรงพยาบาลบ้านแท่น ทำให้สามารถกำหนดขั้นตอนบริการที่เหมาะสมและ
กำหนดบทบาทของเจ้าหน้าที่ในระบบการดูแลผู้ป่วยได้ดังภาพประกอบ 22 คือ ยังคงสั่งใช้ยาเดิมโดย
พยาบาลจิตเวชก่อนจัดยาออกรพ.สต. ตรวจสอบยาและจ่ายยาโดยเภสัชกร เมื่อพบผู้ป่วยจิตเภทมี

ปัญหาที่เกี่ยวกับยาขณะจ่ายยาที่รพ.สต.ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการแก้ปัญหาจากการใช้ยาในทันที หากผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนยาเภสัชกรจะปรึกษาแพทย์หรือหากต้องตรวจร่างกายและวินิจฉัยเพิ่มเติมจะส่งตัวผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลบ้านแท่นเพื่อพบแพทย์ หากผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัด เจ้าหน้าที่ในรพ.สต.จะประสานอสม.เพื่อติดตามผู้ป่วยให้ได้รับยาต่อเนื่อง หากไม่พบผู้ป่วยมารับยาใน 7 วันหลังยาถูกส่งมาที่รพ.สต. เจ้าหน้าที่ในรพ.สต.จะส่งยากลับไปที่โรงพยาบาลบ้านแท่น เพื่อลดปัญหาหายขาดอายุที่รพ.สต.





หากผู้ป่วยไม่มารับยาภายใน 7 วัน และได้ประสานอสม.ติดตามผู้ป่วยแล้ว จนท.รพ.สต.จะประสานส่งยาคืนกลับมาที่ห้องยารพ.บ้านแทน

หากผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ แต่ปฏิเสธ การใช้ยา/การเจ็บป่วย ส่งปรึกษา พยาบาลจิตเวช เพื่อประเมินอาการและให้สุขภาพจิตศึกษา

หากผู้ป่วยขาดนัดตั้งแต่ 2 นัดต่อเนื่องกัน พยาบาลจิตเวชจะยกเลิกการ remed ยาในผู้ป่วยรายนั้นไปที่รพ.สต.

ภาพประกอบ 22 ระบบใหม่ของการบริการผู้ป่วยที่ รพ.สต

4.3 ระยะที่ 3 ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบ

หลังการสนทนากลุ่มเพื่อปรับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในรพ.สต. โดยได้ดำเนินการเพิ่มบทบาทเภสัชกรในการให้คำปรึกษาด้านยาและจ่ายยาผู้ป่วยที่รพ.สต.สระพัง หนองคู และบ้านเต่า

ตามนัดคลินิกจิตเวชในรพ.สต.ครั้งที่ 1 ในวันที่ 17, 27 พฤศจิกายน และ 8 ธันวาคม 2560 และครั้งที่ 2 ในวันที่ 12, 26 มกราคม และ 2 กุมภาพันธ์ 2561 และนัดสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแลแต่ละรพ.สต.บ้านเต่า สระพัง และหนองคู ในวันที่ 4, 5 และ 6 มีนาคม 2561 ตามลำดับ

ตาราง 76 สรุปภาพรวมที่เกิดขึ้นหลังพัฒนาระบบ

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมงานวิจัย	รพ.สต.สระพัง 6 คน, รพ.สต.บ้านเต่า 4 คน และ รพ.สต.หนองคู 3 คน
อายุ	52.5 + 3.60 ปี
เพศ	เพศชาย ร้อยละ 53.8, เพศหญิงร้อยละ 46.2
ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคจิตเภท	13.8 + 2.75 ปี
มีญาติดูแล	ร้อยละ 69.2
การศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 61.54 ประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 15.38 มัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 23.08
คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	ก่อนพัฒนาระบบ มีคะแนนเฉลี่ย 21.69 + 4.309 หลังพัฒนาระบบ มีคะแนนเฉลี่ย 21.92 + 4.821 มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงอาการทางจิตเพิ่มขึ้น 0.254 (P-value = 0.799)
คะแนนของควมถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท	ก่อนพัฒนาระบบ มีคะแนนเฉลี่ย 24.00 + 3.808 หลังพัฒนาระบบ มีคะแนนเฉลี่ย 18.77 + 3.982 มีคะแนนเฉลี่ย ADR ลดลง 2.670 (P-value = 0.008)

4.3.1 ตอนที่ 1 แสดงผลการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังพัฒนาระบบ

หลังจากดูแลผู้ป่วยจิตเภทในรพ.สต.ตามระบบใหม่โดยมีเภสัชกรจ่ายยาและประเมินแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องยา (drug-related problem; DRP) ในผู้ป่วยทุกราย ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมากขึ้น โดยพบว่าในผู้ป่วย 3 คนได้รับการแก้ปัญหา DRP โดยผู้ป่วย 2 คนปรับเปลี่ยนยาจากปัญหาเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาคือ ผู้ป่วย 1 มีอาการง่วงมากหลังรับประทานยา Diazepam 5 mg ก่อนนอน ซึ่งง่วงยาวนานจนตื่นตอนเที่ยงของวันต่อมาเกือบทุกวัน จนลูกสาวผู้ดูแลปรับลดยาเอง และในผู้ป่วย 2 ที่มีมีอาการ Euphoria หลังรับประทาน Benzhexol รู้สึกตัวลอยเหมือนจะล้มอยู่ทุกวัน จนรบกวนชีวิตประจำวัน แพทย์จึงพิจารณาหยุดยานี้

ในผู้ป่วยทั้ง 2 คน และในผู้ป่วยอีก 1 คนปรับเปลี่ยนขนาดยาเพราะขนาดยาเดิมต่ำกว่าขนาดยาที่แนะนำในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ป่วย 12 เดิมได้รับยา Chlorpromazine (100) 1 tab po OD hs เท่านั้น เพราะก่อนหน้านี้ 1 ปีผู้ป่วยมีประวัติรับประทานยาเกินขนาดจนมีอาการ EPS ได้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลบ้านแพ้น แพทย์จึงหยุดยา Risperidone (2) 1 tab po BID pc ไป แต่ในระหว่างที่พัฒนาระบบญาติสงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบทางจิตโดยนอนตึก (5 ทุ่ม) ตื่นเช้ามีด (ตี 3) เดินไปมาเพราะต้องการไปหาปลาที่นา และในระหว่างประเมินอาการผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองมากับในหลวง จึงส่งตัวผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลและแพทย์พิจารณาปรับเพิ่มยาให้รับประทาน Risperidone (2) 1 tab po BID pc ตามเดิม (ตาราง 78 - 79)

สำหรับการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตจากแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีความรุนแรงของอาการทางจิตระดับเล็กน้อย คือ มีคะแนนรวมน้อยกว่า 36 คะแนนทุกคน (ตาราง 80 - 81) แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้ป่วย 1 คนที่มีอาการประสาทหลอน (Hallucination) คือ ผู้ป่วย 7 ที่เล่าให้ฟังขณะประเมินอาการทางจิตว่าเจอผีในบ้านจนทำให้ตนเองรำคาญอยากเอาหนังสือตีถึงผีให้หายไป เมื่อประเมินความสามารถด้านการกินยาพบว่าผู้ป่วยบอกว่ากินยาต้านโรคจิตเฉพาะตอนเย็นก่อนนอนเท่านั้น จึงประสานพยาบาลวิชาชีพประจำพ.สต.มารับยาต้านโรคจิตที่จัดชุดไว้เป็น DOT (daily drug packet) ที่ห้องยาโรงพยาบาลบ้านแพ้นเพื่อประสานอสม.ติดตามการกินยาให้ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วย 9 แม่คะแนนรวมจะน้อยกว่า 36 คะแนน แต่ในระหว่างการติดตามประเมินผู้ป่วยทุกนัดพบว่าผู้ป่วยมีอาการหลงผิด (Delusion) คือคิดว่าตนเองได้น้ำมันต์มาจากสรวงสวรรค์ สามารถรักษาได้ทุกโรค หรือมีเงินมากมายจากสรวงสวรรค์ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วย 6 ที่ขณะประเมินอาการโดยพยาบาลวิชาชีพและเภสัชกรไม่พบอาการทางจิต แต่มารดาของผู้ป่วยเล่าว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาและพูดคนเดียวขณะอยู่บ้าน มารดากังวลใจเรื่องอาการกำเริบของผู้ป่วยมากจึงขอคุยกับเภสัชกรและเล่าอาการลูกให้ฟัง นอกจากนี้หลังจากนัดรับยาต้านโรคจิตที่พ.สต.แล้ว เภสัชกรได้รับแจ้งจากพ.สต.ว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับการฉีดยา Fluphenazine decanoate (25) 1 amp ในเดือนต่อไป จึงประสานพยาบาลจิตเวชที่โรงพยาบาลบ้านแพ้นเพื่อออกไปเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในพ.สต. ซึ่งพบว่าการเจรจาให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยยังคงปฏิเสธการกินยาต่อไป โดยพยาบาลจิตเวชได้เล่าเหตุการณ์ถึงเทคนิคที่ใช้เจรจาผู้ป่วยว่าหากผู้ป่วยไม่ยอมกินยาพยาบาลจิตเวชจะถูกตำหนิได้ ผู้ป่วยยังคงปฏิเสธด้วยคำพูดไม่สุภาพ จึงตกลงกับผู้ป่วยว่าหากขอฉีดยาอย่างเดียวยินยอมหรือไม่ ผู้ป่วย 6 จึงยินยอมให้ฉีดยาได้ต่อไป

ตาราง 77 รายการยาที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับหลังพัฒนาาระบบ

รหัส	จำนวนรายการยาที่ รับประทานต่อวัน	รายการยาด้านโรคจิตที่ได้รับต่อวัน	รายการยาอื่นๆที่ได้รับต่อวัน
ผู้ป่วย 1	4	Haloperidol (2) 1 tab po BID pc	Benzhexol (2) 1 tab po BID pc, Cyprohepatadine (4) 1 tab po OD hs, Lorazepam (0.5) 1 tab po OD hs
ผู้ป่วย 2	1	Haloperidol (2) 1 tab po BID pc	-
ผู้ป่วย 3	5	Haloperidol (5) 1 tab po OD hs, Fluphenazine decanoate (25) 1 amp im q 4 week	Benzhexol (2) 1 tab po BID pc, Vitamin B complex 1 tab po BID pc, Folic acid (5) 1 tab po OD pc, Lorazepam (0.5) 1 tab po QID pc
ผู้ป่วย 4	3	Chlorpromazine (100) 1 tab po OD hs, Trifluoperazine (5) 1 tab po BID pc	Benzhexol (2) 1 tab po BID pc
ผู้ป่วย 5	3	Trifluoperazine (5) 2 tab po OD hs	Fluoxetine (20) 1 tab po OD pc, Benzhexol (2) 1 tab po BID pc
ผู้ป่วย 6	0	Fluphenazine decanoate (25) 1 amp im q 4 week	-
ผู้ป่วย 7	4	Risperidone (2) 1 tab po BID pc	Sodium Valproate (200) 1 tab po BID pc, Benzhexol (2) 1 tab po BID pc, Diazepam (5) 2 tab po OD hs

ตาราง 78 รายการยาที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับหลังพัฒนาระบบ (ต่อ)

รหัส	จำนวนรายการยาที่ รับประทานต่อวัน	รายการยาต้านโรคจิตที่ได้รับต่อวัน	รายการยาอื่นๆที่ได้รับต่อวัน
ผู้ป่วย 8	3	Haloperidol (5) 1 tab po TID pc, Chlorpromazine (100) 2 tab po OD hs	Benzhexol (5) 2 tab po BID pc
ผู้ป่วย 9	5	Haloperidol (5) 1 tab po OD hs, Chlorpromazine (50) 1 tab po OD hs, Fluphenazine decanoate (25) 1 amp im q 4 week	Fluoxetine (20) 1 tab po OD pc, Benzhexol (2) 1 tab po TID pc, Vitamin B complex 1 tab po TID pc
ผู้ป่วย 10	4	Perphenazine (8) 1 tab po OD hs	Benzhexol (2) 1 tab po OD hs, Diazepam (2) 2 tab po OD hs, Cyproheptadine (4) 1 tab po BID pc
ผู้ป่วย 11	3	Perphenazine (4) 1 tab po OD hs	Benzhexol (5) 1/2 tab po OD hs, Diazepam (5) 1 tab po OD hs
ผู้ป่วย 12	2	Chlorpromazine (100) 1 tab po OD hs, Risperidone (2) 1 tab po BID pc,	Benzhexol (2) 1/2 tab po BID pc
ผู้ป่วย 13	5	Chlorpromazine (100) 1 tab po OD hs, Haloperidol (2) 1 tab po BID pc	Phenytoin (100) 3 tab po OD hs, Benzhexol (5) 1 tab po BID pc, Diazepam (5) 1 tab po OD hs



ตาราง 79 คะแนนของอาการทางจิตตามแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) หลังพัฒนาระบบ

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	ผู้ป่วย 1	ผู้ป่วย 2	ผู้ป่วย 3	ผู้ป่วย 4	ผู้ป่วย 5	ผู้ป่วย 6	ผู้ป่วย 7	ผู้ป่วย 8	ผู้ป่วย 9	ผู้ป่วย 10	ผู้ป่วย 11	ผู้ป่วย 12	ผู้ป่วย 13
1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)	1	3	1	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1
2. อาการวิตกกังวล (Anxiety)	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1
3. ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity)	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1
5. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood)	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)	1	1	2	1	2	3	1	1	1	1	3	1	2
7. ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1
8. อาการประสาทหลอน (Hallucination)	1	1	1	1	1	1	5	1	4	1	1	1	1
9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3
10. อาการไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคล (Disorientation)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
11. ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
12. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2
13. ความตึงเครียด (Tension)	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2



ตาราง 80 คะแนนของอาการทางจิตตามแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) หลังพัฒนาระบบ (ต่อ)

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	ผู้ป่วย 1	ผู้ป่วย 2	ผู้ป่วย 3	ผู้ป่วย 4	ผู้ป่วย 5	ผู้ป่วย 6	ผู้ป่วย 7	ผู้ป่วย 8	ผู้ป่วย 9	ผู้ป่วย 10	ผู้ป่วย 11	ผู้ป่วย 12	ผู้ป่วย 13
14. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4
15. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation)	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
16. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1
17. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
คะแนนรวม	18	20	26	20	18	25	22	18	31	18	20	18	31

หมายเหตุ :

- 1) ระดับความรุนแรงของแต่ละอาการแยกได้เป็น 7 ระดับ คือ ไม่มีอาการ = 1 คะแนน, มีอาการขั้นต่ำสุด = 2 คะแนน, มีอาการเล็กน้อย = 3 คะแนน, มีอาการปานกลาง = 4 คะแนน, มีอาการค่อนข้างรุนแรง = 5 คะแนน, มีอาการรุนแรง = 6 คะแนน, มีอาการรุนแรงมาก = 7 คะแนน
- 2) อาการของโรคระดับเล็กน้อย หมายถึง ผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และมีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน

ตาราง 81 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเร็วรั้งในชุมชนหลังพัฒนาระบบ

รหัส	ด้านอาการทางจิต	ด้านการกินยา	ด้านดูแล/ญาติ	ด้านกรทำกิจวัตรประจำวัน	ด้านการประกอบอาชีพ	ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว	ด้านสิ่งแวดล้อม	ด้านการสื่อสาร	ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น
ผู้ป่วย 1	มีบ้าง	ไม่สม่ำเสมอ	ดี	ทำได้บ้าง	ทำไม่ได้	ดี	ดี	ปานกลาง	ปานกลาง
ผู้ป่วย 2	ไม่มีอาการ	ไม่กินยา	ดี	ทำได้	ทำได้	ปรับปรุง	ดี	ดี	ดี
ผู้ป่วย 3	ไม่มีอาการ	สม่ำเสมอ	ปรับปรุง	ทำได้	ทำได้	ปานกลาง	ดี	ดี	ดี
ผู้ป่วย 4	ไม่มีอาการ	สม่ำเสมอ	ปรับปรุง	ทำได้	ทำได้	ปานกลาง	ดี	ดี	ดี
ผู้ป่วย 5	ไม่มีอาการ	สม่ำเสมอ	ดี	ทำได้	ทำได้	ดี	ดี	ดี	ดี
ผู้ป่วย 6	มีบ่อย	ไม่กินยา	ดี	ทำได้	ทำไม่ได้	ปรับปรุง	ดี	ดี	ปานกลาง
ผู้ป่วย 7	ไม่มีอาการ	สม่ำเสมอ	ปานกลาง	ทำได้	ทำได้บ้าง	ดี	ดี	ปานกลาง	ปานกลาง
ผู้ป่วย 8	ไม่มีอาการ	สม่ำเสมอ	ดี	ทำได้	ทำไม่ได้	ดี	ดี	ปานกลาง	ปานกลาง
ผู้ป่วย 9	มีบ่อย	ไม่สม่ำเสมอ	ปานกลาง	ทำได้	ทำได้บ้าง	ปรับปรุง	ดี	ปานกลาง	ดี
ผู้ป่วย 10	ไม่มีอาการ	สม่ำเสมอ	ดี	ทำได้	ทำได้	ดี	ดี	ดี	ดี
ผู้ป่วย 11	ไม่มีอาการ	สม่ำเสมอ	ดี	ทำได้	ทำได้บ้าง	ดี	ดี	ดี	ดี

ตาราง 82 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื่องในชุมชนหลังพัฒนาระบบ (ต่อ)

รหัส	ด้านอาการทางจิต	ด้านการกินยา	ด้านดูแล/ญาติ	ด้านการทำงานประจำวัน	ด้านประกอบอาชีพ	ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว	ด้านสิ่งแวดล้อม	ด้านการสื่อสาร	ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น
ผู้ป่วย 12	ไม่มีอาการ	สม่ำเสมอ	ดี	ทำได้	ทำได้	ดี	ดี	ดี	ดี
ผู้ป่วย 13	มีบ่อย	ไม่สม่ำเสมอ	ดี	ทำไม่ได้บ้าง	ทำไม่ได้	ปานกลาง	ดี	ปานกลาง	ปานกลาง

หมายเหตุ :

10) ด้านอาการทางจิต : ไม่มีอาการ หมายถึง ผู้ป่วยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ ดำรงชีวิตในชุมชนได้, มีบ้าง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มียาใน 1 เดือน, มีบ่อย หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มีมากกว่า 10 วันใน 1 เดือน

11) ด้านการกินยา : สม่ำเสมอ หมายถึง การรับประทานยาครบทุกวันที่แพทย์สั่ง, ไม่สม่ำเสมอ หมายถึง รับประทานยาไม่ครบตามคำสั่งแพทย์ แต่ยังมีมารับประทานยาเป็นบางเวลา, ไม่กินยา หมายถึง ไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อ

12) ด้านดูแล/ญาติ : ดี คือ มีผู้ดูแลหลักเป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแล, ปานกลาง คือ มีผู้ดูแล เป็นคนนอกครอบครัว, ปรับปรุง คือ ไม่มีผู้ดูแลหรือดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ

13) ด้านการทำงานประจำวัน : ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง, ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตัวเอง, ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เลย

14) ด้านการประกอบอาชีพ : ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ทุกครั้ง, ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้แต่ต้องมีคนกระตุ้น, ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้แต่ต้องมีคนกระตุ้น, ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้เลย

15) ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว : ดี คือ ครอบครัวมีการชมเชย ให้อภัยใจเมื่อกำลังมีปัญหา ส่วนใหญ่, ปานกลาง คือ ครอบครัวมีการชมเชยบ้าง แต่ยังไม่พบ การดุ ตักเตือน คำว่า บางครั้ง, ปรับปรุง คือ ครอบครัวมีปัญหาแต่แยกออกจากครอบครัว อยู่คนเดียวหรือมีที่อาศัยเป็นครั้งคราว, ปรับปรุง คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย เรือน

16) ด้านสิ่งแวดล้อม : ดี คือ มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง, ปานกลาง คือ มีที่อยู่อาศัยแยกออกจากครอบครัว อยู่คนเดียวหรือมีที่อาศัยเป็นครั้งคราว, ปรับปรุง คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย เรือน

17) ด้านการสื่อสาร : ดี คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้, ปานกลาง คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว, ปรับปรุง คือ ไม่พูดคุยกับใครเลย

18) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น : ดี คือ บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้, ปานกลาง คือ บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้, ปรับปรุง คือ สอนเท่าไรก็ไม่ทำตามได้

ผลการศึกษาจากแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน (ตาราง 82 - 83) เพื่อประเมินผลด้านการกินยาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าหลังการพัฒนาระบบจากผู้ป่วย 13 คน มีผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอ 8 คน ไม่สม่ำเสมอ 3 คน และไม่กินยา 2 คน

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่กินยา 2 คนนั้นคือ ผู้ป่วย 2 และผู้ป่วย 6 โดยผู้ป่วย 2 หลังจากหยุด Benzhexol แล้วไม่มีอาการ Euphoria ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น จึงเชื่อว่าหากหยุด Haloperidol จะยิ่งทำให้ตนเองมีไม่มี ADR จากยาเลย และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น โดยปัญหาที่พบระหว่างจ่ายยาผู้ป่วยจิตเภทตามนัดคือ ไม่พบผู้ป่วยมารับยาเนื่องจากให้เหตุผลว่าอยู่ในช่วงฤดูทำนา ไม่สะดวกมารับยา แต่ผู้ป่วยให้เหตุผลกับ อสม.1 ใกล้บ้านว่าหายป่วยจากโรคแล้ว ไม่ต้องกินยาอีกต่อไป ผู้ป่วยจึงแจ้งว่าไม่ขอรับยาที่รพ.สต.เพราะตนเองไม่ใช่คนป่วยแล้ว เกสซ์กรจึงให้ความรู้เรื่องยากับผู้ป่วยว่าจำเป็นต้องกินยาต่อเนื่องเพราะผู้ป่วยเคยหยุดยาแล้วมีอาการกำเริบเมื่อหลายปีที่ผ่านมาและได้ประสานพยาบาลจิตเวชเพื่อให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยรายนี้จากปัญหาเรื่องทัศนคติต่อโรคของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วย 6 ที่ไม่รับประทานยาและบอกกับเกสซ์กรขณะจ่ายยาว่าตนเองสบายดี นอกจากมารดาจะแจ้งว่าผู้ป่วยพูดคนเดียวเวลาอยู่บ้านแล้ว ข้อมูลเพิ่มเติมจากอสม.1 ที่เรียกชื่อเล่นผู้ป่วยด้วยความคุ้นเคย ได้เล่าว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย แนะนำว่าหากใช้หลักวิชาการพูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับ ตนเองได้ใช้เทคนิคให้ผู้ป่วยยอมไปรับยาด้วยการบอกว่าเป็นยาบำรุง และพูดคล้อยตามกับผู้ป่วยว่าผู้ป่วยรายนั้นไม่ได้เป็นบ้า ผู้ป่วยจึงยอมเล่าอาการให้ฟัง ซึ่งข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย 6 คู่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละคนจะแตกต่างกัน ผู้ป่วย 6 จะเล่าอาการกำเริบให้เฉพาะบุคคลที่ตนไว้วางใจได้ทราบเท่านั้น

สำหรับผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ 3 คน คือ ผู้ป่วย 1, ผู้ป่วย 9 และ ผู้ป่วย 13 พบว่าในผู้ป่วย 1 แม้ว่าจะปรับรายการยาล่าสุดของผู้ป่วยที่ส่งออกรพ.สต.แล้ว แต่ลูกสาวผู้ดูแลเล่าว่าบางวันหากผู้ป่วยไม่ยอมนอน ลูกสาวจะเอายา Diazepam ที่เคยเหลือจากการจ่ายยาครั้งก่อนมาจัดให้ผู้ป่วยกิน แต่หากวันไหนพบว่าผู้ป่วยหลับมาก (ตาราง 84 - 85) ลูกสาวจะงดยาเอง พร้อมยืนยันว่าไม่ได้ให้กินตลอด จัดยาให้กินเป็นบางครั้งเท่านั้น เมื่อเกสซ์กรขอดูยาเดิมของผู้ป่วยจึงพบว่ารายการยาเดิมที่ลูกสาวเอาให้กินเป็นรายการยาแบ่งบรรจุที่ฉลากหน้าซองยาบางซองระบุว่ายาหมดอายุแล้ว จึงได้ขอเอา Diazepam ทั้งหมดจากลูกสาวและส่งกลับโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วย 9 พบว่าผู้ป่วยเองแจ้งว่าหากวันใดไม่พบอสม.ผู้ป่วยจะไม่ได้กินยา และยังคงไปซื้อยาผู้ป่วยคนอื่นมากินเองอยู่ โดยครั้งล่าสุดที่เอายามาให้ดู คือ ชื่อ Amitriptyline 25 mg จากผู้ป่วยเบาหวานมากิน และสุดท้ายใน ผู้ป่วย 13 พบว่าบิดาปรับยาเพิ่มให้ผู้ป่วยในบางครั้งที่ผู้ป่วยไม่นอน ด้วยความเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยหลับ ทำให้สมองได้พักผ่อน ซึ่งการปรับเพิ่มยาระหว่างนัด ทำให้ยาหมดก่อนนัด จนผู้ป่วยขาดยาประมาณ 2-3 วันก่อนมารับยาในนัดครั้งต่อไป

ตาราง 84 คะแนนของอาการไม่พึงประสงค์จากยาในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาหลังพัฒนาระบบ (ต่อ)

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ	ลำดับผู้ป่วยที่ 1	ลำดับผู้ป่วยที่ 2	ลำดับผู้ป่วยที่ 3	ลำดับผู้ป่วยที่ 4	ลำดับผู้ป่วยที่ 5	ลำดับผู้ป่วยที่ 6	ลำดับผู้ป่วยที่ 7	ลำดับผู้ป่วยที่ 8	ลำดับผู้ป่วยที่ 9	ลำดับผู้ป่วยที่ 10	ลำดับผู้ป่วยที่ 11	ลำดับผู้ป่วยที่ 12	ลำดับผู้ป่วยที่ 13
5. อาการดูดหรือขมขมิปาก มีลิ้นมันไปมาในปากหรือ อาจแลบลิ้นออกมาเอง มีการ เคลื่อนไหวของขากรรไกร ใบหน้าบูดบึ้ง มือและเท้า เคลื่อนไหวเหมือนเดินรำเร็วๆ ไม่มีจิ้งหหวะและสะเก็ดๆ	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	5	1
6. ง่วงนอนมาก	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7. ปากแห้ง คอแห้ง กระจายน้ำ	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1
8. ท้องผูก	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9. ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
10. ปวดปัสสาวะแต่ปัสสาวะไม่ ออก	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11. หน้าที่เวลาเปลี่ยนท่าทาง เร็วๆ เช่น จากท่านอนเป็นท่า ยืน	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1
12. นานมไหล	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13. ผิวหนังมีลักษณะไหม้และ แดงเมื่อถูกแสงแดด	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14. กลั้นปัสสาวะไม่ได้	3	1	1	1	1	1	1	5	1	2	1	1	2
15. น้ำลายไหลมาก	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1
คะแนนรวม	26	15	21	17	15	15	17	25	23	16	15	21	18
หมายเหตุ : 5 คะแนน เกิดขึ้นประจำ หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านทุกวัน 4 คะแนน บ่อยครั้ง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน (> 4 ครั้ง/สัปดาห์) 3 คะแนน บางครั้ง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกสัปดาห์ (> 2 ครั้ง/เดือน) 2 คะแนน นานๆครั้ง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านนานๆครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน) 1 คะแนน ไม่เคยเกิด หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้ไม่เคยเกิดขึ้นกับท่านเลย													

4.3.2 ตอนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ข้อมูลผู้ป่วยก่อนพัฒนาระบบจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่รพ.สต.ในช่วงวันที่ 1 – 9 ตุลาคม 2560 เปรียบเทียบกับหลังพัฒนาระบบจากการสัมภาษณ์ในวันที่ 4, 5 และ 6 มีนาคม 2561 ตามลำดับ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก่อนและหลังพัฒนาระบบ (ตาราง 86) พบว่าหลังพัฒนาระบบผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจาก 6 คนเป็น 8 คน คือ ผู้ป่วย 4 ที่ก่อนพัฒนาระบบกังวลใจว่าการกินยาสม่ำเสมอทุกวันจะทำให้ไตวายและกระดูกพรุน แต่หลังจากให้ความรู้เรื่องโรคและยาทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทุกวัน และใน ผู้ป่วย 7 ที่กินยาไม่สม่ำเสมอขาดยามื้อเช้าเพราะไม่รู้หนังสือและไม่มีญาติกำกับการกินยา จึงจัดยาเป็นชุดให้ผู้ป่วยรับประทานและมีสม. ใกล้บ้านติดตามการกินยาต่อเนื่องที่บ้าน และผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอก่อนพัฒนาระบบเป็นผู้ป่วยไม่รับประทานยาหลังพัฒนาระบบ 2 คน คือผู้ป่วย 2 และ ผู้ป่วย 6 ซึ่งปัญหาของการไม่รับประทานยาของผู้ป่วยคือการไม่ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วย ซึ่งจำเป็นต้องประสานพยาบาลจิตเวช เพื่อให้สุขภาพจิตศึกษาและประสานพยาบาลวิชาชีพประจำรพ.สต.และอสม.ใกล้บ้านเพื่อติดตามอาการของผู้ป่วย และผู้ป่วยอีก 3 คนหลังพัฒนาระบบยังคงกินยาไม่สม่ำเสมอคือ ผู้ป่วย 1 ที่ญาติปรับยาเพิ่มเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับและหยุดยาเมื่อผู้ป่วยนอนหลับนานหลายชั่วโมง ผู้ป่วย 9 ที่รู้สึกว่าคุณเองมี ADR จากยาและขอซื้อยาจากผู้ป่วยคนอื่นแล้วรู้สึกดีขึ้นกว่ากินยาตนเอง และผู้ป่วย 13 ที่ป่วยมานานหลายสิบปี ไม่หายขาด ญาติจึงลองปรับยาเอง แม้มิเภสัชกรให้ความรู้เรื่องยาแล้ว ผู้ป่วยยังคงรู้สึกว่าบางครั้งต้องให้ผู้ป่วยกินยานอนหลับเพื่อพักสมอง

DPRs เรื่อง ได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดยาที่ใช้น้อยเกินไป ที่พบในผู้ป่วย 11 และผู้ป่วย 12 พบว่า ในผู้ป่วย 11 ระหว่างการศึกษาไม่มีอาการทางจิตกำเริบ จึงไม่ได้ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยาเพิ่ม แต่ก่อนหน้านี้พบว่าพี่สาวผู้ดูแลประจำเห็นผู้ป่วยป่วยมานาน กินยาต่อเนื่องหลายปี ไม่มีอาการดีขึ้น จึงลองหยุดยาเพราะอยากรู้ว่าถ้าหยุดยาผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรเพราะกินยาทุกวันก็ไม่หายสักที จึงพบว่าผู้ป่วยไม่ยอมนอน มีอาการหงุดหงิดมากขึ้น จึงได้ให้ความรู้เรื่องการกินยาต่อเนื่องเพื่อไม่ให้อาการกำเริบสำหรับผู้ป่วยรายนี้ แต่ในผู้ป่วย 12 พบว่าขนาดยาที่น้อยเกินไปทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ผู้ป่วยจึงถูกส่งตัวมาตรวจร่างกายกับแพทย์เพิ่มเติมและพิจารณาปรับเพิ่มยาตามขนาดที่เหมาะสม

ในผู้ป่วย 9 ที่พบปัญหาการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาและเฝ้าระวังขนาดของยาด้านโรคจิตเพิ่มสูงขึ้น แต่ในผู้ป่วยรายนี้ยังพบปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอและอาการทางจิตยังคงกำเริบอยู่ เภสัชกรจึงเสนอให้ส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลจิตเวช แต่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องญาติในครอบครัวเดียวกันไม่สามารถพาผู้ป่วยไปได้ (บิดาเป็น alcoholism มารดาเสียชีวิตแล้ว และพี่สาวเป็นผู้ติดเชื่อเอดส์แต่งงานแล้วและไปทำงานต่างจังหวัด)

ตาราง 85 ปัญหาที่เกี่ยวกับยาในผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาระบบ

ปัญหาที่เกี่ยวกับยา	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการใช้ยา	
	ก่อนการพัฒนาระบบ	หลังการพัฒนาระบบ
ความร่วมมือในการใช้ยา		
สม่ำเสมอ	6	8
ไม่สม่ำเสมอ	7	3
ไม่รับประทานยา	0	2
ได้รับยาที่ถูกชนิด แต่ขนาดยาที่ใช้สั้นเกินไป	2	1
เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา	1	1
เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	12	10
ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งจากสาเหตุต่างๆ		
กลัวไตวาย/กระดูกพรุน	1	0
ไม่อยากเจ็บจากการฉีดยา	1	0
ไม่รู้หนังสือ	1	0
ป่วยมานาน/ไม่หาย ลองปรับยา	2	1

แม้จากเดิมก่อนพัฒนาระบบพบผู้ป่วยมี ADR 12 คน แต่หลังจากพัฒนาระบบพบว่ามีผู้ป่วยลดลงเป็น 10 คน เนื่องจาก 2 คนที่ไม่พบ ADR เป็นผู้ป่วยที่ไม่รับประทานยา (ตาราง 85) แต่เมื่อพิจารณา ADR แต่ละอาการพบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่มี ADR บางอาการเลยหลังพัฒนาระบบ ได้แก่ parkinsonism (ตัวแข็งเกร็ง เคลื่อนไหวเชื่องช้า เดินไม่แกว่งแขน พุดน้อยไม่ยกพุด สีหน้าไร้อารมณ์), dystonia (ศีรษะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ศีรษะ คอและลำตัวแอ่นจนผิดปกติ คอแข็ง ลิ้นแข็ง ขากรรไกรแข็ง พุดหรือกลืนลำบาก ตาเหลือกขึ้นข้างบน กรณียรุนแรงอาจเกิดการหดเกร็งที่กล่องเสียงและคอหอย ทำให้เกิดการหายใจได้), akathisia (มีความรู้สึกกระวนกระวายใจจนอยู่นิ่งไม่ได้ มีความรู้สึกเหมือนต้องเร่งรีบตลอดเวลา ผุดลุกผุดนั่ง ต้องขยับแขนขาเดินไปเดินมาตลอดเวลา), นอนไม่หลับ, ผิวหนังมีลักษณะไหม้และแดงเมื่อถูกแสงแดด และ ปวดปัสสาวะแต่ปัสสาวะไม่ออก นอกจากนี้ ADR อื่นๆ ที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันผู้ป่วยลดลง จากเดิมมีผู้ป่วยง่วงนอนมากทุกวัน 5 คน เป็นไม่มีผู้ป่วยง่วงนอนทุกวัน ผู้ป่วยที่ปากแห้ง คอแห้ง กระจายน้ำทุกวัน 7 คนได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว มีอาการลดลงไปเหลือ 2 คน



ตาราง 86 คะแนนของอาการไม่พึงประสงค์ภายในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาก่อนและหลังพัฒนาระบบ

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ	ความถี่ของ ADR ก่อนพัฒนาระบบ (คน)					ความถี่ของ ADR หลังพัฒนาระบบ (คน)				
	ไม่เคย เกิดขึ้น เลย	1-2 ครั้ง/ เดือน	> 2 ครั้ง/ เดือน	> 4 ครั้ง/ สัปดาห์	ทุกวัน	ไม่เคย เกิดขึ้น เลย	1-2 ครั้ง/ เดือน	> 2 ครั้ง/ เดือน	> 4 ครั้ง/ สัปดาห์	ทุกวัน
1. ตัวแข็งเกร็ง เคลื่อนไหวหรือข้อชา เดินไม่แกว่งแขน พูดน้อยไม่ยอมยกหู สิ้นน้ำไร้อารมณ์	12	0	1	0	0	13	0	0	0	0
2. อาการสั่นของมือหรือแขนขาเวลาอยู่นิ่ง นิ้วมือ เคลื่อนไหวคล้ายปั่นลูกกลอน	10	0	2	0	1	10	0	2	0	1
3. มีความรู้สึกกระวนกระวายใจจนอยู่นิ่งไม่ได้ มี ความรู้สึกเหมือนต้องเร่งรีบตลอดเวลา รู้สึกผูกพัน ต้องขยับแขนขาเดินไปเดินมาตลอดเวลา	12	0	1	0	0	13	0	0	0	0
4. ศีรษะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ศีรษะ คอและลำตัวอ่อนจนผิดปกติ คอแข็ง ลิ้นแข็ง ขากรรไกรแข็ง พูดหรือกลืนลำบาก ตาเหลือกขึ้น ข้างบน กรณีสุนัขแรงอาจเกิดการหดเกร็งที่กล่องเสียง และคอหอย ทำให้เกิดการหายใจได้	12	1	0	0	0	13	0	0	0	0

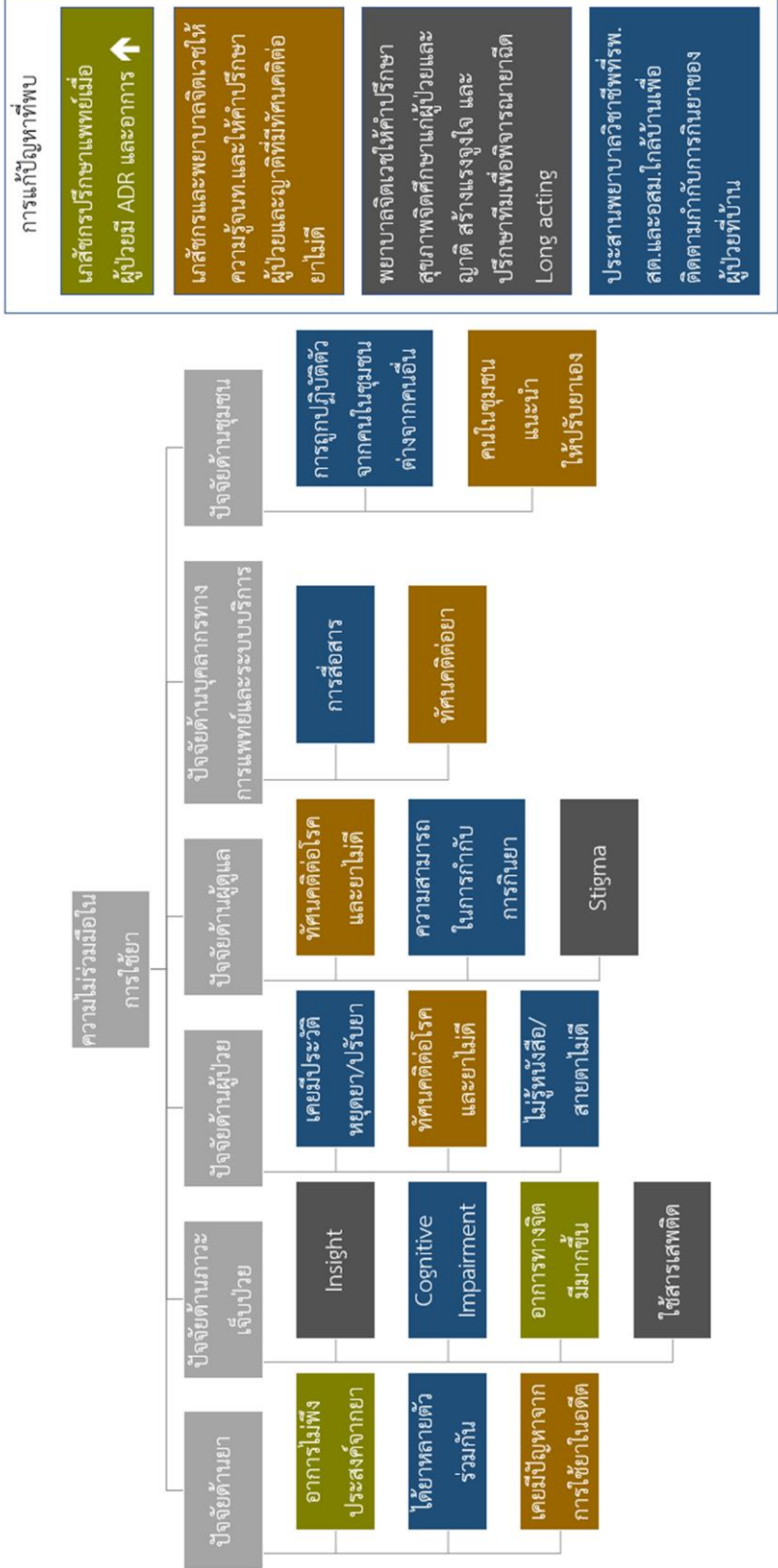


ตาราง 87 คะแนนของอาการไม่พึงประสงค์จากยาในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาก่อนและหลังพัฒนาระบบ (ต่อ)

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ	ความถี่ของ ADR ก่อนพัฒนาระบบ (คน)				ความถี่ของ ADR หลังพัฒนาระบบ (คน)				
	ไม่เคย เกิดขึ้น เลย	1-2 ครั้ง/ เดือน	> 2 ครั้ง/ เดือน	> 4 ครั้ง/ สัปดาห์	ทุกวัน	ไม่เคย เกิดขึ้น เลย	1-2 ครั้ง/ เดือน	> 2 ครั้ง/ เดือน	> 4 ครั้ง/ สัปดาห์
5. อาการดูหรือชมพูริมปาก มีกลิ่นไม่ไปปาก หรืออาจเล็บลิ้นออกมาเอง มีการเคลื่อนไหวของขากรรไกร ใบหน้าบูตบึ้ง มือและเท้าเคลื่อนไหวเหมือนต้นสำเร็ว ๆ ไม่มีจึงหวและสะบัด ๆ	11	0	1	0	1	11	0	1	0
6. ง่วงนอนมาก	7	0	1	0	5	11	0	2	0
7. ปากแห้ง คอแห้ง กระจายน้ำ	6	0	0	0	7	11	0	0	2
8. ท้องผูก	11	0	1	0	1	11	0	2	0
9. ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด	12	1	0	0	0	12	1	0	0
10. ปวดข้อสภาวะแต่ข้อสภาวะไม่ออก	12	0	1	0	0	13	0	0	0
11. หน้ำมีเวลาเปลี่ยนท่าทางเร็ว ๆ เช่น จากท่านอนเป็นท่านยืน	8	2	1	0	2	10	2	1	0

ตาราง 88 คะแนนของอาการไม่พึงประสงค์จากยาในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาก่อนและหลังพัฒนาระบบ (ต่อ)

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ	ความถี่ของ ADR ก่อนพัฒนาระบบ (คน)				ความถี่ของ ADR หลังพัฒนาระบบ (คน)				
	ไม่เคย เกิดขึ้น เลย	1-2 ครั้ง/ เดือน	> 2 ครั้ง/ เดือน	> 4 ครั้ง/ สัปดาห์	ทุกวัน	1-2 ครั้ง/ เดือน	> 2 ครั้ง/ เดือน	> 4 ครั้ง/ สัปดาห์	ทุกวัน
12. น้ำนมไหล	13	0	0	0	0	0	0	0	0
13. ผิวหนังมีลักษณะใหม่และแดงเมื่อถูกแสงแดด	12	1	0	0	0	0	0	0	0
14. กลิ่นปัสสาวะไม่ได้	7	2	1	0	3	2	1	0	1
15. น้ำลายไหลมาก	10	0	1	0	2	0	1	0	1
หมายเหตุ :									
5 คะแนน เกิดขึ้นประจำ หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านทุกวัน									
4 คะแนน บ่อยครั้ง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน (> 4 ครั้ง/สัปดาห์)									
3 คะแนน บางครั้ง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกสัปดาห์ (> 2 ครั้ง/เดือน)									
2 คะแนน นานๆครั้ง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านนานๆครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)									
1 คะแนน ไม่เคยเกิด หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้ไม่เคยเกิดขึ้นกับท่านเลย									



ภาพประกอบ 23 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและการแก้ปัญหา

หลังดำเนินโครงการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนามีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแล มีปัจจัยนำเข้า คือ เกสซ์กรที่ปฏิบัติงานจ่ายยาผู้ป่วยจิตเภท ประเมิน DRP และ ADR ของผู้ป่วยในแต่ละ รพ.สต. ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรับรู้ว่ามีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ รพ.สต. เมื่อพบผู้ป่วยตั้งใจไม่รับประทานยานั้น แนวทาง คือ การต้องพิจารณาว่า DRP เป็นสาเหตุหรือไม่ หลังจากที่เกสซ์กรค้นหาและแก้ DRP แต่ผู้ป่วยยังปฏิเสธจำเป็นต้องให้ อสม. ที่ใกล้บ้านเฝ้าสังเกตอาการ พยาบาลวิชาชีพในชุมชนแต่ละ รพ.สต. ออกเยี่ยมบ้านเป็นระยะเพื่อประเมินอาการ และพยาบาลจิตเวชใช้กระบวนการทางการพยาบาลประเมินสภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อมในชุมชนของผู้ป่วย

2. กระบวนการดำเนินงานมีกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับนโยบาย service plan ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินงานอาศัยความชำนาญของบุคลากรแต่ละหน่วยงานร่วมกัน คือ พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการทำงาน ทั้งการประเมินสภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อมชุมชนของผู้ป่วย การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (case management) ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน พยาบาลวิชาชีพในแต่ละ รพ.สต. ที่คุ้นเคยกับผู้ป่วยและญาติ และเกสซ์กรในการค้นหา DRP (ภาพประกอบ 23) เป็นที่ปรึกษาด้านยาทั้งแบบซึ่งหน้าและทางโทรศัพท์แก่ ผู้ป่วย/ครอบครัว เจ้าหน้าที่แต่ละ รพ.สต. และ อสม. มีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ โดยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและเสนอแนะแนวทางผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม จากเดิมที่มอบหมายให้ อสม. ติดตามผู้ป่วยเฉพาะรายที่ไม่มารับยาตามนัด เป็นให้ทีมสหวิชาชีพออกไปเยี่ยมผู้ป่วยรายที่มารับยาแต่เกสซ์กรพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การดำเนินงานแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ที่มีญาติและผู้ที่ไม่มียาติดตามดูแลเรื่องการรับประทานยา ในรายที่ไม่มีญาติ (2 ราย) ที่ รพ.สต.บ้านเต่า จัดชุดยาเป็น DOT (daily drug packet) และประสานงานให้ อสม. มอบยาให้ผู้ป่วยรับประทานวันต่อวัน สำหรับในรายที่มีญาติดูแล แต่ไม่ยอมฉีดยา fluphenazine decanoate 25 mg ทีมงานพยาบาลจิตเวชของโรงพยาบาลบ้านแท่นและพยาบาลของ รพ.สต. ออกเยี่ยมบ้านร่วมกันเพื่อฉีดยาให้ทุกเดือน

3. ผลลัพธ์ที่ได้

ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยจิตเภทในรพ.สต.สระพัง บ้านเต่า และหนองคู คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น คือ ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจาก 6 คน (ร้อยละ 46.2) (ผู้ป่วย 3, 5, 8, 10, 11, 12) เป็น 8 คน (ร้อยละ 61.5) (ผู้ป่วย 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12) และผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอลดลงจาก 7 คน (ร้อยละ 53.8) (ผู้ป่วย 1, 2, 4, 6, 7, 9, 13) เป็น 3 คน (ร้อยละ 23.1) (ผู้ป่วย 1, 9, 13) และไม่กินยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็น ร้อยละ 15.38 (ผู้ป่วย 2, 6) ผู้ป่วยมีอาการคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เพิ่ม

ขึ้นจากก่อนพัฒนาระบบ มีคะแนนเฉลี่ย 21.69 + 4.309 แต่หลังพัฒนาระบบ มีคะแนนเฉลี่ย 21.92 + 4.821 มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงอาการทางจิตเพิ่มขึ้น 0.254 (p-value = 0.799) และผู้ป่วยมีอาการคะแนนของความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงจากก่อนพัฒนาระบบ มีคะแนนเฉลี่ย 24.00 + 3.808 เป็นหลังพัฒนาระบบ มีคะแนนเฉลี่ย 18.77 + 3.982 มีคะแนนเฉลี่ย ADR ลดลง 2.670 (p-value = 0.008)

ผลลัพธ์ที่เกิดกับสมาชิกในระบบบริการสุขภาพอำเภอบ้านแพ้น คือ การทบทวนบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในตำแหน่งต่างๆ เพิ่มบทบาทการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทของเภสัชกรเพื่อแก้ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยในแต่ละนัด ประสานอสม.ในการติดตามผู้ป่วยในเขตพื้นที่ดูแลช่วยกำกับกับการกินยาหรือสังเกตอาการเตือน อย่าง นอนไม่หลับ พุดจาคนเดียว เพื่อเฝ้าระวังก่อนอาการกำเริบ เพื่อช่วยสังเกตอาการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ก่อนรายงานผู้ป่วยรายที่สงสัยว่ามีอาการกำเริบกับพยาบาลวิชาชีพประจำรพ.สต. เกิดการทบทวนการประสานงานในกรณีต่างๆ เช่น เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องยา มีอาการกำเริบอาละวาดในชุมชน

จากการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพเภสัชกรได้สะท้อนการแก้ปัญหาผู้ป่วย 2 คนที่ไม่มีญาติที่สามารถดูแลกำกับการกินยาได้ และทางฝ่ายเภสัชกรรมได้จัดยาเป็นชุดสำหรับจ่ายยาไปที่รพ.สต. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในรพ.สต.ประสาน อสม. ใกล้บ้านคอยติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าผู้ป่วย 1 รายสามารถกินยาเป็นชุดๆได้เองโดยไม่ต้องมี อสม. คอยกำกับการกินยาแล้ว แต่ผู้ป่วยอีก 1 รายยังคงมีปัญหาเรื่องการปรับยาเองและเอายาของผู้อื่นมารับประทานในบางครั้ง ในการประชุมวันที่ 19 เมษายน 2561 เพื่อสะท้อนข้อมูลผลการดำเนินงาน จึงมีการเสนอให้จัดกลุ่มผู้ป่วยเป็นสีเขียว เลือง แดง โดยผู้ป่วยสีเขียวคือผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอ สามารถประกอบอาชีพได้ อาจไม่สามารถมารับยาได้เองเพราะไปทำงาน จึงเป็นกลุ่มคนที่เจ้าหน้าที่ในรพ.สต. ยินยอมให้มีญาติมารับยาแทนได้ อย่างเช่น ผู้ป่วย 4, 5, 8, 10, 11, 12 แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถมารับยาได้เอง แต่มีญาติดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีปัญหาเรื่องการกินยา ก็ถูกจัดอยู่ในสีเขียว อย่างเช่น ผู้ป่วย 1 แต่ในผู้ป่วยบางราย ที่เคยมีปัญหาไม่มีญาติดูแล เคยมีอาการทางจิตกำเริบอาละวาด แต่ตอนนี้อาการสงบได้ ถูกจัดเป็นกลุ่มสีเหลือง คือ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมารับยามาฉีดยาต้านโรคจิตตามนัด แต่ยังไม่จำเป็นต้องประสานอสม.ช่วยดูแล อย่างเช่น ผู้ป่วย 2, 3, 6, 7, 13 และสุดท้ายผู้ป่วยกลุ่มสีแดงคือ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมี อสม.ช่วยดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องอย่างผู้ป่วย 9 นอกเหนือจากการติดตามผู้ป่วยด้านอาการทางจิตและการรับประทานยาแล้วยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพทำให้เกิดการประสานเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทอีก 2 คนที่ประสงค์ขอรับสิทธิผู้พิการแต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ ได้รับการประสานให้สามารถมีสิทธิผู้พิการและมีรายได้จากเบี้ยผู้พิการ

จากการประชุมครั้งล่าสุดพบว่าพยาบาลวิชาชีพในรพ.สต.อยากขยายกลุ่มเป้าหมายต่อไป นอกเหนือจากผู้ป่วยที่รับจากกับตนเองยังมีผู้ป่วยจิตเภทที่รับยาที่รพ.จิตเวชขอนแก่นที่ควรได้รับการ

ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยในการติดตามดูแล ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องตรงกันกับพยาบาลจิตเวชที่ประสงค์จะทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเภททั้งที่รับยาจากโรงพยาบาลบ้านแพ้นและโรงพยาบาลอื่น และเสนอองค์การ remed ยาในผู้ป่วยที่ขาดนัดรับยาที่รพ.สต. 2 ครั้งติดต่อกันและไม่สามารถติดตามได้เพื่อแก้ปัญหามูลค่ายาต้านโรคจิตที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นที่เพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้พยาบาลจิตเวชได้ขอสนับสนุนข้อมูลวิชาการยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่จากเภสัชกรเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ๆจากโรงพยาบาลอื่น ซึ่งเป็นโอกาสพัฒนาในการทำงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพต่อไป



บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ โดยดำเนินโครงการในรพ.สต. 3 แห่ง ได้แก่ สระพัง บ้านเต่า และหนองคู มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย คือ บุคลากรทางการแพทย์ 8 คน และผู้ป่วยจิตเวช 13 คน โดยทำการเก็บข้อมูล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการวิจัย 8 เดือน ตั้งแต่ตุลาคม 2560 ถึง พฤษภาคม 2561 โดยสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา โดยเสนอผลการศึกษาลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

- 5.1 สรุปผล
- 5.2 อภิปรายผล
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพพร้อมกับการบริหารทางเภสัชกรรม โดยประสานงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมกันใน 3 รพ.สต. คือ รพ.สต.สระพัง บ้านเต่า และหนองคู ส่งผลต่ออาการทางจิต อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความร่วมมือจากการใช้ยา และการได้รับยาต่อเนื่องของผู้ป่วย ดังนี้

5.1.1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

การประสานงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพเน้นการแก้ปัญหาผู้ป่วยเป็นรายกรณี (case management) สามารถแบ่งกลุ่มการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ คือ กลุ่มที่มีการดูแลแบบผู้ป่วยนอก มารับยาได้เองตามนัด ร้อยละ 69.23 คือ ผู้ป่วย 1, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12 และ 13 อีกกลุ่มคือกลุ่มที่มีการดูแลที่มีชุมชนเป็นฐาน โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ออกไปเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้าน ร้อยละ 30.77 คือ ผู้ป่วย 2 และ 6 เป็นผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเจ็บป่วยต้องมีพยาบาลจิตเวชออกเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลประจำรพ.สต.ทุก 2 เดือน และ ผู้ป่วย 7 และ 9 เป็นผู้ป่วยที่ต้องมี อสม. มอบยาให้ทุกวัน ทำให้สามารถแก้ปัญหาการไม่มีญาติกำกับการกินยาได้ในผู้ป่วย โดยหนึ่งในสองคนนี้สามารถกินยาที่จัดเป็นชุดได้เองโดยไม่ต้องมี อสม.คอยกำกับการกินยาแล้ว แต่อีก 1 คน

ยังคงมีปัญหาปรับยาเองโดยการซื้อยาของผู้อื่นมากินเอง โดยผู้ป่วยกลุ่มที่มีการดูแลแบบผู้ป่วยนอกที่กินยาสม่ำเสมอ สามารถประกอบอาชีพได้เอง ทางทีมผู้ดูแลยินยอมให้ญาติสามารถมารับยาแทนได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้จ่ายได้อย่างต่อเนื่อง และเกิดการประสานงานในทีมผู้ดูแลเพื่อดำเนินการให้ผู้ป่วยจิตเภทอีก 2 คนที่ยังไม่มีสิทธิ์ผู้พิการสามารถออกเอกสารรับรองและมีรายได้จากเบี้ยผู้พิการทางจิตได้

5.1.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการวิจัยไม่มีอาการทางจิตกำเริบอาละวาด

ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยเคยมีประวัติมีอาการทางจิตกำเริบทำร้ายตนเอง 2 ราย ใช้อาวุธทำร้ายญาติ 1 ราย มีอาการหูแว่วต้องรับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล 2 ราย ทำร้ายผู้อื่น 1 ราย และมีปัญหาทะเลาะวิวาทกับเพื่อนบ้าน 1 ราย แต่ตลอดระยะเวลาในการวิจัย 8 เดือน ตั้งแต่ ตุลาคม 2560 ถึง พฤษภาคม 2561 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ ไม่พบผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบจนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น

5.1.3 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลง

การลดลงของ ADR โดย ADR ที่รบกวนชีวิตประจำวันลดลง เช่น อาการง่วงนอนมากทุกวันที่พบจากร้อยละ 46.15 (ผู้ป่วย 1, 2, 7, 10, 11) เป็นไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าว อาการปากแห้ง คอแห้ง กระจายน้ำ ทุกวัน พบลดลงจากร้อยละ 53.85 (ผู้ป่วย 4, 6, 7, 8, 9, 11, 13) ซึ่งเป็นอาการไม่รุนแรง ได้แนะนำให้ดื่มน้ำบ่อยๆ เพื่อให้ปากชุ่ม เป็นร้อยละ 15.38 (ผู้ป่วย 8, 9) ADR ที่สำคัญอย่าง EPS ที่พบคือ Tardive dyskinesia (ผู้ป่วย 8, 12) ADR มีผลต่อการหยุดยาในผู้ป่วยบางรายเท่านั้น (ผู้ป่วย 2) แต่ผู้ป่วยบางรายแม้มี ADR แต่ยังคงใช้จ่ายต่อเนื่องเพราะรับรู้ว่าจะหากหยุดยาจะมีอาการทางจิตกำเริบ

5.1.4 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่รพ.สต.สระพัง บ้านเต่า และหนองคู สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีความร่วมมือจากการใช้จ่ายอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.2 (ผู้ป่วย 3, 5, 8, 10, 11, 12) เป็นร้อยละ 61.5 (ผู้ป่วย 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12) พบผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอลดลงจากร้อยละ 53.85 (ผู้ป่วย 1, 2, 4, 6, 7, 9, 13) เป็นร้อยละ 23.08 (ผู้ป่วย 1, 9, 13) แต่ไม่กินยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็น ร้อยละ 15.38 (ผู้ป่วย 2, 6)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่เมื่อได้รับการให้คำปรึกษาแล้ว ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ คือ ความรู้ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับยา เพราะผู้ป่วยคิดว่ายาทำให้ไตวายและกระดูกพรุน หลังจากได้พูดคุยตอบคำถามที่ผู้ป่วยสงสัยเกี่ยวกับยา พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องทุกวัน อีกปัจจัยที่เมื่อได้รับการแก้ไข คือ ผู้ป่วยไม่รู้หนังสือ ไม่มีญาติกำกับดูแลการกินยา จึงแก้ปัญหาโดยการจัดเป็นชุดยา เข้า-เย็น ให้ผู้ป่วยสามารถหยิบยามากินเองได้ถูกต้อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ยังคงแก้ไขไม่ได้และส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา คือ การยอมรับความเจ็บป่วย ที่ทำให้ผู้ป่วย 2 คน คือ ผู้ป่วย 2 และ ผู้ป่วย 6 ปฏิเสธการกินยา โดยในผู้ป่วย 6 ได้ปฏิเสธการฉีดยาด้วยเพราะรู้สึกเจ็บจากยาฉีด จำเป็นต้องประสานพยาบาลจิตเวชและพยาบาลวิชาชีพประจำรพ.สต.ออกเยี่ยมบ้านและฉีดยา Fluphenazine decanoate 25 mg ให้ทุกเดือน

จากการศึกษานี้ สามารถสรุปปัญหาที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษานี้ได้ 6 ปัจจัยดังนี้ คือ

ปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่า ทศนคติของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยาและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยในกลุ่มที่ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับความเจ็บป่วย คือ ผู้ป่วยและญาติบอกกับผู้วิจัยว่าตนเองไม่ได้เป็นอะไร ผู้ป่วยจะปฏิเสธการใส่ยาและเจรจาโน้มน้าวได้ลำบาก ส่วนผู้ป่วยที่ยอมรับความเจ็บป่วย ซึ่งการยอมรับในที่นี้ บางคนบอกกับผู้วิจัยว่าเป็นโรคประสาท หรือบอกว่าตนเองไม่ได้เป็นอะไรแต่จำเป็นต้องกินยา หากไม่กินยาจะเกิดอาการกำเริบได้ โดยบอกกับผู้วิจัยว่าตนเองไม่ได้เป็นบ้า และปฏิเสธการตีตราจากชุมชนว่าเป็นคนบ้า การโน้มน้าวให้ใส่ยาต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเอาประสบการณ์การขาดยาในอดีตของผู้ป่วยมาพูดคุย เพื่อบอกกับผู้ป่วยว่าหากขาดยา อาการที่เคยเป็นเหล่านั้นจะกลับมาได้อีก โดยหลีกเลี่ยงคำพูดที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกตีตราว่าผิดปกติจากชาวบ้านในชุมชน เช่น เป็นบ้า

ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยหลายรายมีปัญหาด้าน cognitive impairment ต้องมีผู้ดูแล ไม่สามารถรับประทานยาเองได้อย่างถูกต้อง โดยจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือร้อยละ 15.38 (ผู้ป่วย 1 และ ผู้ป่วย 13) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถหยิบยากินเองได้เลย ต้องมีญาติกำกับดูแลการกินยาทุกวัน นอกจากนี้ยังพบปัญหาอาการทางจิตของผู้ป่วยที่กำเริบ ส่งผลให้ผู้ป่วยกินยามืด และอาการทางจิตกำเริบมากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งพบปัญหานี้ในผู้ป่วย 7 ที่ไม่รู้หนังสือและอ่านฉลากยาเองไม่ได้ ญาติอาศัยอยู่ต่างจังหวัดมาหาได้ในบางเดือนเท่านั้น บางเดือนที่ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ส่งผลให้จำวิธีกินยามืด จนส่งผลให้กินยาต่ำกว่าขนาดยาที่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ขณะติดตามอาการผู้ป่วยในนัดที่ 3 ผู้ป่วยจึงได้เล่าให้ฟังว่าที่บ้านมีผีรู้สึกรำคาญมากจนอยากยิงผีในบ้าน เมื่อได้ประสานพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. และ อสม. ติดตามผู้ป่วยและจัดยาให้เป็นชุด เช้า - เย็น ผู้ป่วยจึงไม่มีอาการ Hallucination หรือเห็นผีอีกจากการติดตามของออกเยี่ยมบ้านของพยาบาลจิตเวชร่วมกับพยาบาลประจำ รพ.สต. และ อสม.

ปัจจัยด้านยา พบว่า ADR มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดย ADR ที่มีผลต่อการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานงาน มีแนวโน้มที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการหยุดยา เช่น ง่วงนอนระหว่างวัน หรือ Euphoria แต่บาง ADR แม้เป็น EPS เช่น Tardive dyskinesia ในผู้ป่วย 8 และ ผู้ป่วย 12 แต่ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่ามีผลต่อการดำรงชีวิต ผู้ป่วยยังคงใช้ยาอย่างต่อเนื่อง หรือบาง ADR ที่ไม่

รุนแรง เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ในผู้ป่วย 4 แต่ผู้ป่วยกังวลใจว่าเป็นอันตรายจากยา ส่งผลให้เคยมีประวัติหยุดยาในบางครั้ง เมื่อได้พูดคุยและอธิบายไขข้อสงสัยเกี่ยวกับยา ทำให้ผู้ป่วยกล้าใช้ยาต่อเนื่อง

ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ พบว่าการรับยาที่รพ.สต. ช่วยลดปัญหาการเข้าถึงระบบบริการ คือระยะทางระหว่างบ้านมาที่ รพ.สต. ใกล้กว่าไปรับยาที่โรงพยาบาลบ้านแท่น แต่ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย โรค และยา มีผลต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ความคาดหวังต่อการกินยาสม่ำเสมอของเจ้าหน้าที่แต่ละคนไม่เท่ากัน พยาบาลวิชาชีพที่รพ.สต. กังวลใจเรื่องการหยุดใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทบางราย อาจส่งผลให้เกิดอาการกำเริบจนอาละวาดในชุมชนได้ จึงเสนอแนวทางการให้ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการกินยา ให้ติดตามต่อเนื่องเดือนละครั้ง แต่พยาบาลจิตเวชมองว่าหากผู้ป่วยปฏิเสธการกินยาแต่ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ คือ ยังไม่ป่วย เราไม่สามารถไปฉีดยาคนที่ยังไม่ป่วยได้ จำเป็นต้องอาศัยการสังเกตอาการผิดปกติจากญาติผู้ดูแล ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตก่อนจึงสามารถเข้ารักษาได้

ปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่า ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยาและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น ญาติผู้ป่วย 13 มองว่าโรคที่ลูกตนเองป่วยมานั้นนานมากกว่า 30 ปี ไม่หายขาด ทำให้รู้สึกเหมือนโรครุกราน เมื่อลูกมีอาการทางจิตกำเริบ พูดคนเดียว ก็มองว่าเป็นการพูดคุยกับผีหรือญาติผู้ล่วงลับไปแล้ว แม้ในใจลึกๆอยากให้อาการดีขึ้นหรือหายขาด สามารถช่วยเหลืองานบ้านตบแทนบิดามารดาได้ แต่ก็ยอมรับที่จะรับยากับ รพ.สต. นอกจากนี้ ความสามารถในการกำกับารกินยาของญาติส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย บางครอบครัวบิดามารดาต้องประกอบอาชีพหรือเลี้ยงหลาน ไม่สามารถกำกับารกินยาผู้ป่วยได้ทุกมือ

ปัจจัยด้านชุมชน พบว่าในการศึกษานี้ การถูกปฏิบัติตัวจากชาวบ้านในชุมชนแตกต่างจากคนที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคมีผลต่อการปฏิเสธการเจ็บป่วยและปฏิเสธการกินยาตามมา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องการแสดงว่าตนเองไม่ได้ป่วย ไม่ต้องกินยา

5.2 อภิปรายผล

การดำเนินการวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ นักวิจัยถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากตัวนักวิจัยอยู่ในฐานะเครื่องมือเก็บข้อมูลที่มีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่ง ต้องฝึกฝนให้เป็นคนช่างสังเกตช่างสงสัย และมีทักษะในการสนทนาที่สามารถจะเจาะลงไปสู่ส่วนลึกของข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติถึง

ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ผู้วิจัยควรระมัดระวังให้ความสำคัญกับทัศนะของผู้ถูกศึกษา (emic view) เนื่องจากผู้วิจัยซึ่งเป็นเภสัชกรเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา การรับให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับยาก่อนที่ผู้ถูกศึกษาได้เล่าเรื่องราวออกมาอาจทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถได้ข้อมูลครบถ้วนได้ ควรระมัดระวังการกระทำหรือวิธีการเก็บข้อมูลซึ่งจะทำให้ความหมายของผู้ถูกวิจัยไขว้เขวไป นอกจากนี้การสร้างความสัมพันธ์ (Rapport) กับผู้ถูกศึกษาก็เป็นสิ่งสำคัญ ในวันแรกๆของการทำงานภาคสนาม คือ คลินิกจิตเวชประจำแต่ละรพ.สต. อาจทำอะไรไม่ได้มาก นอกจากการสร้างความสัมพันธ์ ทำความรู้จักกับผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแล หลีกเลี่ยงการถามคำถามที่จะทำให้ผู้ตอบรู้สึกอึดอัด เมื่อมีความรู้สึกอึดอัดให้เข้าใจว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดาเพราะเรากำลังเข้ามาอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ ความอึดอัดไม่ได้หมายถึงความล้มเหลวในการสร้างความสัมพันธ์ (นงพรรณ พิริยานุพงศ์, 2546) เมื่อได้ข้อมูลจากผู้ถูกศึกษาสิ่งสำคัญอีกอย่างคือการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า คือ การไม่ปักใจเชื่อว่าแหล่งข้อมูลใดแหล่งหนึ่งที่ได้มาตั้งแต่แรกเป็นแหล่งที่เชื่อถือได้แล้ว ซึ่งในการศึกษานี้ นอกจากการสอบถามข้อมูลจากตัวผู้ป่วย ได้เปลี่ยนแหล่งที่ให้ข้อมูลคือ บุคคลอื่น นอกจากผู้ป่วยเอง อย่างเช่น ญาติผู้ดูแล อสม. หรือ เจ้าหน้าที่ในรพ.สต. และข้อมูลจากระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP) ของโรงพยาบาล นอกจากนี้อาจถามคำถามเดิมกับผู้ป่วยคนเดิมเมื่อผ่านเวลาไป 2 เดือน โดยวิธีการเก็บข้อมูลที่ต่างกันออกไป (methodological triangulation) โดยวิธีการเปลี่ยนแหล่งที่เป็นบุคคลหรือเวลาที่ให้ข้อมูลนี้ เรียกว่าเป็นการตรวจสอบโดยใช้แหล่งข้อมูลที่ต่างกัน (data triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช, 2559) อย่างเช่น การถามคำถามเดิมถึงสาเหตุของการหยุดใช้ยาต้านโรคจิตในผู้ป่วย 4 ในอดีต ในการพบกันครั้งแรกระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย และถามอีกครั้งในการพบกันครั้งที่ 2 ผู้ป่วย 4 ยังคงตอบเหตุของการหยุดยาเหมือนเดิมทั้ง 2 ครั้งคือ กลัวไตวายจากยาต้านโรคจิต และการสัมภาษณ์ครั้งที่ 4 ในผู้ป่วย 6 ที่บอกกับผู้วิจัยว่ายังคงใช้ยาต่อเนื่อง แต่ในครั้งที่ 2 ผู้ป่วย 6 ได้ขอปรึกษาเรื่องขอหยุดใช้ยาต้านโรคจิต เมื่อสัมภาษณ์มารดาผู้ป่วย 6 ในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 4 มารดาได้บอกว่าผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยา เภสัชกรจึงสอบถาม อสม.ประจำพื้นที่ ทำให้ได้คำตอบตรงกันกับมารดาของผู้ป่วย 6 ว่าผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยา จึงได้เน้นชัดกับมารดาว่าหากลูกมีอาการทางจิตกำเริบ ไม่นอน หรือ พูดคนเดียว สามารถติดต่อเจ้าหน้าที่หรือผู้วิจัยได้ทันที

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ มีการดำเนินการที่แตกต่างจากการศึกษาของวรทัยา ราชบัญญัติชัยภูมิในโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ซึ่งจัดตั้งคลินิกจิตเวชแยกเฉพาะจากห้องตรวจโรคสำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป และให้บริการที่โรงพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนการดำเนินงานของโรงพยาบาลบ้านแท่นนั้นเป็นการบริการที่รพ.สต.แต่ละแห่ง ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต.ต่าง ๆ โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ้านแท่น การดำเนินงานที่โรงพยาบาลปลาปาก ทำให้ร้อยละของการกำเริบลดลงจากร้อยละ 8.24 เป็น 0.77 แต่ในงานวิจัยนี้วัดอาการรุนแรงทางจิตโดยใช้แบบประเมิน BPRS ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีอาการทางจิต

ระดับเล็กน้อยทั้งก่อนและหลังการดำเนินการทุกคน ในงานวิจัยนี้ ก่อนเข้าร่วมงานวิจัย ผู้ป่วยเคยมีประวัติอาการกำเริบทำร้ายตนเอง 2 ราย ใช้สารทำร้ายญาติ 1 ราย และมีหูแว่ว 2 ราย จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านแพ้นก่อนส่งออกไปรักษายัง รพ.สต. อีกครั้ง ทำร้ายผู้อื่น 1 ราย และมีปัญหาทะเลาะวิวาทกับเพื่อนบ้าน 1 ราย การพัฒนาระบบในครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มดังกล่าวข้างต้น ไม่มีอาการกำเริบอีกจนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเอง หรือผู้อื่น ตลอดช่วงระยะเวลา 8 เดือน คือ ตั้งแต่ตุลาคม 2560 ถึง พฤษภาคม 2561

การวิจัยครั้งนี้พบว่า จากระบบเดิมที่ได้ทำไว้เพียงรับทราบปัญหาว่ามีผู้ป่วยจิตเภทไม่มารับยา และปฏิเสธการรับประทานยา โดยที่เภสัชกรไม่ทราบปัญหาที่แท้จริงที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย การมีเภสัชกรเข้ามาในระบบใหม่ทำให้สามารถตรวจสอบ 6 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา คือ ยา ภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ และชุมชน หากปัจจัยดังกล่าวเกี่ยวข้องกับยาโดยตรง เช่น การปฏิเสธการรับประทานยา เพราะทนอาการข้างเคียงจากยาไม่ไหว ทศนคติต่อยาไม่ดี หรือรับประทานยาผิดเพราะขาดผู้ดูแล การแก้ปัญหาดังกล่าวสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาด้านโรคจิตมากขึ้น แต่เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความซับซ้อน ในผู้ป่วยบางคน เภสัชกรผู้เดียวสามารถช่วยแก้ DRPs ได้เพียงบางส่วน นอกเหนือจากนั้นกุญแจสำคัญของความสำเร็จ คือ การร่วมงานกันระหว่างสหวิชาชีพ เนื่องจากการเข้าไปในชุมชนทำให้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทบางคนให้ข้อมูลไม่ตรงกับกรรับรู้ของเจ้าหน้าที่ในพื้นที จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งและหลายวิธีเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบ ในช่วงเริ่มต้นของการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยจิตเภทหลายรายตอบว่ารับประทานยาครบทุกวันอย่างสม่ำเสมอ และสามารถบอกวิธีรับประทานยาได้ถูกต้อง แต่เมื่อคุ้้นเคยกันมากขึ้น ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยว่าตนเองขาดยาในบางวันเนื่องจากลืมและตั้งใจปรับยาเองในบางครั้ง ทั้งนี้จากการพูดคุยกับผู้ป่วยจิตเภทหลายคนพบว่า การสัมภาษณ์และช่วยแก้ปัญหาสามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ผูกพัน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท 2 คนมารับยาตรงนัดและกระตือรือร้นในการฉีดยาตรงตามกำหนดจากคำบอกเล่าของอสม. ในชุมชนสระพัง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาแบบอภิวเคราะห์ของ Gray และคณะ ในการบำบัดทางจิตด้วยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) และเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioural therapy) ซึ่งพบว่า จาก 6 การศึกษาที่ถูกตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 2006 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยลดอาการทางจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกรรักษาแบบเดิมจากการติดตามไป 1 ปี แต่การเพิ่มความร่วมมือในการรักษาเพียงอย่างเดียวไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของซินจิต กองแก้ว ที่อธิบายถึงองค์ประกอบของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในส่วนของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่สัมฤทธิ์ผลระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องตระหนักอยู่เสมอในกระบวนการรักษาด้วยยา

หลังการพัฒนาระบบแม้จะพบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอลดลงจาก 7 เป็น 3 คน และรับประทานยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจาก 6 เป็น 8 คน แต่กลับพบว่าผู้ป่วยที่ไม่รับประทานยาเลยเพิ่มขึ้นเป็น 2 คน ทั้งสองคนเป็นผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอในช่วงเริ่มต้นงานวิจัย ซึ่งจากประวัติเดิม ผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยมีประวัติหยุดยาเองมาก่อนหน้านี้หลายครั้ง เพราะปฏิเสธการเจ็บป่วย ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติรับประทานยาไม่สม่ำเสมอที่มีสาเหตุมาจาก ADR หรือความรู้ความเข้าใจเรื่องยาไม่ถูกต้อง สามารถเพิ่มความร่วมมือได้ด้วยระบบนี้ แต่เป็นข้อจำกัดในกรณีที่ไม่ให้ความร่วมมือจากการไม่ยอมรับความเจ็บป่วย ซึ่งการแก้ปัญหาการหยุดใช้ยาในผู้ป่วยมีข้อมูลจากการศึกษาของซึน จิตร กองแก้วได้อธิบายการตัดสินใจใช้ยาของผู้ป่วยตาม Choice Triad Model ว่ามีความสัมพันธ์กับขั้นตอน 3 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 เป็นการรับรู้ว่ามีบางสิ่งบางอย่างผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง ขั้นตอนที่ 2 ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการพยายามที่เข้ายาเพื่อที่จะสามารถแก้ไขความผิดปกติและขั้นตอนที่ 3 ผู้ป่วยตัดสินใจได้ว่าข้อดีของการใช้ยามีมากกว่าข้อเสียจากนั้นผู้ป่วยจึงจะใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายในการใช้ยาเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่วิธีการเพิ่มความสนใจของผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างถูกต้อง แม้ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามี ความผิดปกติบางอย่างกับตนเองและเป็นผู้มีแรงจูงใจต่อการรักษาด้วยยา แต่หากผู้ป่วยไม่เชื่อว่าข้อดีของการใช้ยามากกว่าข้อเสียของยา ยาที่จ่ายไปก็อาจถูกเก็บไว้หรือใช้อย่างไม่ตรงตามคำสั่งใช้ยา โดยทั่วไปแล้วเมื่อผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงข้อดีและข้อเสียของการใช้ยานั้นคือการชั่งน้ำหนักความเชื่อโดยผู้ป่วยแต่ละรายต่างมีความเชื่อเกี่ยวกับยาที่หลากหลายแตกต่างกันไป การทำความเข้าใจในความเชื่อเหล่านี้จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงความสนใจของผู้ป่วยในการใช้ยา เข้าใจปัญหาได้อย่างถูกต้อง และสามารถลดความกังวลในการใช้ยาของผู้ป่วย ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา กุญแจสำคัญตามแนวคิดความสนใจในการใช้ยา คือ “การรับรู้” บุคลากรทางการแพทย์มักจะได้ข้อมูลจากการวิจัยและการปฏิบัติทางคลินิกว่า ผู้ป่วยหยุดยาเนื่องจากผลข้างเคียงที่จริงแล้วผู้ป่วยอาจจะใช้งานต่อไปแม้ว่าจะมีผลข้างเคียง ถ้าผลข้างเคียงนั้นไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยจะหยุดใช้ยา ถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่ามีผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นไม่คุ้มกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้จำเป็นต้องมีนักจิตวิทยาช่วยในการให้คำปรึกษาผู้ป่วย แต่ในโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งไม่มีนักจิตวิทยา อย่างเช่น โรงพยาบาลของผู้วิจัย ผู้วิจัยได้รับการฝึกอบรมทักษะพื้นฐานที่ใช้ในกระบวนการให้การปรึกษานักจิตวิทยาของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ และส่งปรึกษาพยาบาลจิตเวชในผู้ป่วยรายที่ไม่สามารถเจรจาได้สำเร็จ เช่น การปฏิเสธการใช้ยาของผู้ป่วย 2

การสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท 6 ปัจจัย คือ ยา ภาวะเจ็บป่วย ผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ และชุมชน เป็นการสรุปที่ได้จากการเก็บข้อมูล ซึ่งเพิ่มเติมมาจากการศึกษาของ Haddad และคณะ ที่ศึกษาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาด้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท (Haddad et al., 2014) ที่สรุปข้อมูลจากการศึกษาไว้ 5 ปัจจัย

ที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ ยา (Medication factors) ภาวะเจ็บป่วย (Illness factors) ผู้ป่วย (Patient factors) ผู้ดูแล (Caregiver factors) และบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ (Physician/service factors) ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้เพิ่มปัจจัยที่ 6 คือ ปัจจัยด้านชุมชน คือ การตีตราจากเพื่อนบ้านและชุมชน หรือ การถูกปฏิบัติตัวจากคนในชุมชนแตกต่างจากคนที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรค หรือ มุมมองของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยมีผลต่อการปฏิบัติการใช้ยา ดังเช่น ผู้ป่วย 6 ที่ไม่ได้มาตามนัดสัมภาษณ์ที่ รพ.สต. เพราะในวันนั้นมีเรื่องทะเลาะวิวาทตีกันกับชาวบ้านเรื่องที่ไม่ได้มาตามนัดสัมภาษณ์ที่ รพ.สต. ซึ่งผลการศึกษาที่พบแตกต่างจากการศึกษาของ Haddad และคณะ ที่กล่าวถึงผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาของตนเองว่าผู้ป่วยจิตเภทแยกตัวออกจากสังคม และเพื่อนหรือผู้ดูแลไม่สัมพันธ์กับการช่วยเตือนการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง แต่การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทยังอยู่ในชุมชน ชุมชนมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งทัศนคติต่อชุมชนที่มีต่อผู้ป่วย และทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อชุมชน โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีประวัติอาการทางจิตกำเริบและถอดเสื้อผ้าขณะมีอาการอยู่ จะถูกเพิกเฉยต่อคนในชุมชน ไม่มีคนในชุมชนอย่างยุ่งเกี่ยวหรือช่วยเหลือ (ผู้ป่วย 9) ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยจิตเภทบางคนที่ไม่สามารถสื่อสารกับคนในชุมชนได้ แต่กิจวัตรประจำวันที่เกิดขึ้นไปเรื่อยๆ รอบหมู่บ้านถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติ มีชาวบ้านทักทายและรับฝากยาไว้ที่เพื่อนบ้านได้หากญาติผู้ดูแลมีธุระไม่อยู่บ้าน (ผู้ป่วย 8) และทัศนคติของผู้ป่วยจิตเภทบางคนที่ไม่พกยาหากต้องออกไปนอกบ้าน ตั้งใจขาดยาในมือนั้น เพราะไม่อยากให้ผู้อื่นในชุมชนเห็นว่าตนกินยาต้านโรคจิต (ผู้ป่วย 2) ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในการศึกษานี้ยังมีประเด็นที่แตกต่างจากการศึกษาของชินจิตร กองแก้ว ที่แบ่งปัจจัยเป็น 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย ปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐศาสตร์ ปัจจัยทางด้านระบบสุขภาพ และปัจจัยเกี่ยวกับโรค (ชินจิตร กองแก้ว, 2561) โดยปัจจัยที่ 6 ปัจจัยด้านชุมชนในการศึกษานี้ได้ถูกกล่าวถึงในปัจจัยทางสังคมและเศรษฐศาสตร์ในการศึกษาของชินจิตร กองแก้ว แต่ในการศึกษาของชินจิตร กองแก้วกล่าวถึงแนวโน้มที่ดีของการเกื้อกูลทางสังคมมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แต่ไม่ได้กล่าวถึงผลจากการตีตราจากชุมชนที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือในการใช้ยา และในการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของภัทรารัตน์ พุ่งปันคำ ที่แบ่งปัจจัยเป็น 4 ปัจจัย คือ ด้านผู้ป่วย ด้านยาและแผนรักษา ด้านทีมผู้รักษา และด้านผู้ดูแล (ภัทรารัตน์ พุ่งปันคำ, 2560) ซึ่งการศึกษาของภัทรารัตน์ พุ่งปันคำได้ให้ความสำคัญกับการได้รับการสนับสนุนต่อครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท แต่ไม่ได้กล่าวถึงชุมชนที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย แม้การจัดแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของการรักษาจะแตกต่างกัน แต่ประเด็นสำคัญที่ถูกกล่าวถึงในทุกงานวิจัยคือ ทัศนคติของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต่อโรคและยา ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา ที่มีผลต่อการอ่านฉลากยาได้ถูกต้อง ปัจจัยด้านโรค insight อาการทางจิตกำเริบ ปัจจัยด้านยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งการทำความเข้าใจเกี่ยวกับ

เอกลักษณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายในการใช้ยา เป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่วิธีการเพิ่มความสนใจของผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างถูกต้อง (ชื่นจิตร กองแก้ว, 2561) โดยในการศึกษานี้พบปัจจัยด้านชุมชน เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย การค้นหาปัญหาที่แท้จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภททำให้สามารถประสานสหวิชาชีพที่มีส่วนช่วยแก้ปัญหาในแต่ละปัจจัยได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านยาโดยการนับเม็ดยา แสดงให้เห็นว่าความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นเมื่อความถี่ของการใช้ยาเพิ่มขึ้น โดยความร่วมมือสำหรับการใช้ยาแบบครั้งเดียวต่อวัน การใช้ยาแบบ 2 ครั้งต่อวัน การใช้ยาแบบ 3 ครั้งต่อวัน และการใช้ยาแบบ 4 ครั้งต่อวัน จะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ร้อยละ 30 ร้อยละ 60 และร้อยละ 70 ตามลำดับ (Cramer, Mattson, Prevey, Scheyer and Ouellette, 1989) ดังนั้นการปรับความถี่ของการใช้ยาลดลง สามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างเห็นได้ชัด แต่ข้อจำกัดของการศึกษาเกิดจากความคิดเห็นไม่ตรงกันของเจ้าหน้าที่ในระบบที่เกิดขึ้นใน ผู้ป่วย 2 ที่ได้รับคำแนะนำให้หยุดใช้ยา Benzhexol เพราะพบอาการ Euphoria แต่พบว่าผู้ป่วยเข้าใจว่าหากหยุดยา Benzhexol แล้วอาการดีขึ้นจากเดิม ถ้าได้หยุดยาทั้งหมดอาการ ADR จะหายไปหมดได้ จึงตัดสินใจหยุดยา Haloperidol อีกตัว เจ้าหน้าที่ในระบบจึงไม่ยอมแนะนำให้ผู้ป่วยปรับยาเพราะกังวลใจว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยปรับยาเองจนไม่กินยา ซึ่งประเด็นนี้เป็นประเด็นสำคัญที่พบว่าการสื่อสารที่ไม่สัมฤทธิ์ผลกับบุคลากรทางการแพทย์มีผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา อย่างเช่น บางการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยารู้สึกว่าแพทย์ขาดความตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วย (Lim and Ngah, 1991) ซึ่งผู้ป่วย 2 แท้จริงแล้วนอกจากปัญหาเรื่อง ADR จากยาแล้วยังมีปัญหาความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวที่ลูกสาวผู้ดูแลประจำต้องไปทำงานหาเงินต่างจังหวัดเพราะแยกทางกับสามี อีกทั้งผู้ป่วยไม่ยอมกินยาเพราะอยากไปพูดคุยเล่นไฟท์กับกลุ่มเพื่อนในหมู่บ้านนานหลายชั่วโมง

ปัจจัยด้านยาที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอีกประเด็น คือ ยาในกลุ่ม first-generation antipsychotics (FGA) ออกฤทธิ์ต่อระบบ dopamine ในทุก pathway ทำให้มีฤทธิ์ในการรักษาอาการด้านบวกและด้านลบ แต่ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการที่ dopamine pathway ถูกยับยั้งด้วยเช่นกัน ส่วน second-generation antipsychotics (SGA) จะออกฤทธิ์บริเวณ mesolimbic และ mesocortical ของสมองมากกว่าบริเวณ nigrostriatal หรือ tuberoinfundibular จึงทำให้เกิด EPS น้อยกว่า EPS ที่พบในงานวิจัยนี้ คือ tardive dyskinesia ซึ่งพบในผู้ป่วย 2 ราย รายแรกใช้ haloperidol 5 mg วันละ 3 ครั้งร่วมกับ chlorpromazine 100 mg 2 เม็ดก่อนนอน นานมากกว่า 5 ปี ผู้ป่วยอีกรายรับประทาน chlorpromazine 100 mg ก่อนนอนมานานมากกว่า 3 ปี tardive dyskinesia เป็น ADR ที่ดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป และมีอาการขึ้น ๆ ลง ๆ ได้ แต่หากมีอาการแย่ง อาจพิจารณาหยุดยาจิตเวชหรือเปลี่ยนมาใช้ clozapine

แทน แต่เนื่องจากโรงพยาบาลบ้านแท่นยังไม่มี clozapine ในบัญชียาโรงพยาบาล และอาการที่พบในผู้ป่วยไม่ได้รับควาชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ระหว่างการเดินทางการวินิจฉัย ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการมากขึ้น เจ้าหน้าที่จึงแนะนำญาติให้สังเกตอาการ และแนะนำมาแผนกทันตกรรมของโรงพยาบาลเพื่อตรวจช่องปากหาสาเหตุอื่นนอกจากยา

ปัจจัยด้านยาที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พบว่า ยาในกลุ่ม SGA หรือ atypical antipsychotics มีข้อจำกัดในการเข้าถึงยา เนื่องจากมียาบางรายการ เช่น Risperidone ที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาน้อยกว่ายาด้านโรคจิตกลุ่มเก่าและอยู่ในกรอบบัญชียาจิตเวช 35 รายการ แต่ตามแนวทางเดิมที่ตกลงกันไว้จำเป็นต้องส่งปรึกษาจิตแพทย์ก่อนปรับเป็นยา Risperidone ซึ่งในโรงพยาบาลไม่มีจิตแพทย์ จำเป็นต้องส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น ซึ่งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลายคนปฏิเสธการไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ด้วยหลายสาเหตุ เช่น เดินทางลำบาก หรือ ญาติรู้สึกว่าการไปโรงพยาบาลอื่นเป็นการรับยาที่โรงพยาบาลบ้านแท่น ในการร่วมสนทนากลุ่มครั้งนี้ เจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นตามเดิมว่า หากผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเป็นยา กลุ่ม SGA หรือ atypical antipsychotics ให้ทำตามแนวทางส่งผู้ป่วยจาก รพ.สต. ที่กำหนดขึ้น เพื่อปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลบ้านแท่น และประสานงานกับพยาบาลจิตเวชเพื่อดำเนินการส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งปัญหาจากยาด้านโรคจิตกลุ่มเก่าที่พบในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายได้ถูกรวบรวมไว้และนำเสนอเข้าคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) เพื่อหาข้อตกลงของโรงพยาบาลต่อไป

ปัจจัยด้านยาที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา คือ ผู้ป่วย 2 รายที่มีโรคร่วม เช่น โรคซึมเศร้า และได้ยา fluoxetine ซึ่งเป็น CYP 450 Inhibitor โดยเฉพาะ CYP2D6 ส่งผลให้ลดการเมตาบอลิซึมยาด้านโรคจิตอื่นที่ผ่าน CYP2D6 เช่นกัน ระดับยาอื่นจึงเพิ่มสูงขึ้น เช่น chlorpromazine, fluphenazine decanoate injection และ perphenazine ส่งผลให้พบ EPS หรือ QTC prolongation จากยาได้ แต่ในผู้ป่วยที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาในงานวิจัยนี้ ไม่พบอาการ EPS จึงไม่ได้ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนยา แต่ยังคงติดตามอาการ EPS ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ปัญหา CYP2D6 Inhibitor นี้ไม่ส่งผลต่อ trifluoperazine เพราะการขจัดยานี้เกิดผ่าน CYP1A2 เป็นหลัก จึงไม่เกิดปัญหาเมื่อใช้ร่วมกับยา fluoxetine แต่จะมีปัญหาในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็นประจำเพราะ บุหรี่เหนี่ยวนำ CYP 450 ยาด้านโรคจิตที่เมตาบอลิซึมผ่าน CYP1A2 จึงมีระดับยาลดลงได้ เช่น trifluoperazine, perphenazine, fluphenazine, haloperidol และ chlorpromazine และอาจทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกำเริบได้

ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจากระบบเดิมที่ยังไม่มีเภสัชกรออกไปให้บริการที่ รพ.สต. นั้น ได้จัดให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต. มาต่อเนื่องหลายปีแล้ว ระบบเดิมมีข้อดีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสะดวกในการรับยาเพราะใกล้บ้าน ผู้ป่วยหลายรายมีปัญหาเรื่องรายได้ ก็สามารถมารับยาได้เอง โดยไม่ต้องเหมารถไปโรงพยาบาลบ้านแท่นที่มี

ระยะทางไกลกว่า 10 กิโลเมตร โรงพยาบาลมีพยาบาลจิตเวชที่ทำงานด้านนี้มานานกว่า 20 ปี แต่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรอื่น ๆ คือ ไม่มีจิตแพทย์ในการประเมินอาการหรือพิจารณาปรับเปลี่ยนยาในผู้ป่วยมีอาการกำเริบ-อาละวาด ทางโรงพยาบาลจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชราชชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น และจ่ายยาตามใบสั่งตัวที่ถูกส่งกลับมาภายหลังเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว ระบบเดิมยังไม่มีเภสัชกรช่วยประเมิน ADR เพื่อลดปัญหาการหยุดยาเองของผู้ป่วย หลังจากการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนร่วมกับสหวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. และเภสัชกร จากเดิมที่แพทย์ได้รับการปรึกษาในกรณีผู้ป่วยมีอาการกำเริบอาละวาดจนถูกนำส่งห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล เป็นการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนยาที่เหมาะสมก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรง และจากเดิมที่ผู้ป่วยจิตเภทมารับยาตามนัดทุก 2 เดือนที่รพ.สต. ตามปกติ เมื่อผู้ป่วยได้พูดคุยกับเภสัชกรและพบปัญหาในการใช้ยาอย่างถูกต้องของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย 7 ที่เล่าให้เภสัชกรฟังว่าเจอฟีที่บ้านเยอะมาก และ ไม่สามารถบอกวิธีกินยาได้ถูกต้อง ทำให้เภสัชกรได้ประสานพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. และอสม.ติดตามการกินยาให้ถูกต้อง เป็นการดักจับปัญหาได้ทันถ่วงทีเนื่องจากภาระงานของพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. ทำให้มีข้อจำกัดในการใช้เวลาศักยภาพเพื่อดักจับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทระหว่างนัดได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการได้รับยาต่อเนื่อง ได้รับการแก้ DRP ญาติผู้ดูแลหรือ อสม. ที่สังเกตเห็นพฤติกรรมที่เป็นอาการเตือนของผู้ป่วย สามารถประสานงานกับเจ้าหน้าที่เพื่อการรักษาอย่างถูกต้อง ทำให้ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซึ่งก่อความรุนแรงเกิดขึ้น แต่ยังพบปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยบางคน ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสำคัญมาก ผู้ป่วยบางคน เช่น ผู้ป่วย 6 ปฏิเสธการฉีดยาจากพยาบาลทุกคน ยกเว้น พยาบาลจิตเวช ผู้ป่วย 2 บอกกับเภสัชกรว่ากินยา Haloperidol ต่อเนื่อง แต่แจ้งกับอสม.ว่าหายป่วยแล้ว ไม่ขอรับยาที่รพ.สต. ผู้ป่วย 3 ที่มาฉีดยาตรงนัดทุกเดือนหลังจากมีจ่ายยาโดยเภสัชกร โดย อสม.เล่าให้ฟังว่าหลังจากผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณใจใส่มากขึ้น จึงมาตามนัดเป็นอย่างดี ซึ่งปัญหาตรงนี้นอกจากความรู้เรื่องโรค ยา การมีเทคนิคการให้คำแนะนำที่ดีและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเภสัชกรมีผลต่อการตัดสินใจใช้ยาต่อเนื่องของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ระบุว่า ความร่วมมือของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเมื่อแพทย์ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ให้ความมั่นใจ หรือเคารพผู้ป่วย ตลอดจนให้การรักษาผู้ป่วยในลักษณะการทำงานร่วมกันอย่างเท่าเทียม (Lawson, Lyne, Harvey and Bundy, 2005; Moore et al., 2004) สถานการณ์ที่อาจจะมีอิทธิพลต่อความเชื่อมั่นในตัวแพทย์ผู้รักษา เช่น แพทย์มักจะไม่ค่อยพูดคุย หรือไม่ค่อยประสานตากับผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่เข้าใจภาษาพูดและเขียนของแพทย์ (Robin 2005) และยิ่งไปกว่านั้นคือแพทย์ให้เวลาน้อยมากกับผู้ป่วยซึ่งส่งผลคุกคามแรงจูงใจของผู้ป่วยในการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Gascon, Sanchez-Ortuno, Llor, Skidmore and Satumo, 2004;

Lawson, Lyne, Harvey and Bundy, 2005; Lim and Ngah, 1991; Moore, Sickel, Malat, Williams, Jackson and Adler, 2004; ชื่นจิตร์ กองแก้ว, 2561)

นอกจากนี้ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ยังพบว่าความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยาอย่างต่อเนื่องของแต่ละคนแตกต่างกัน จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยบางคนหยุดยาหรือปรับยาเพราะเจ้าหน้าที่แจ้งว่าสามารถทำได้ ซึ่งยาบางรายการเป็นยาช่วยนอนหลับ แต่ยาบางรายการเป็นยาต้านโรคจิต ซึ่งการหยุดยาของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านโรคจิตขนาดต่ำกว่าขนาดยาที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา

ข้อจำกัดอีกประการของการศึกษานี้ คือ มีเพียงการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. และ อสม. เท่านั้น แท้จริงแล้วปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีหลายสาเหตุ อย่างเช่น ADR ที่รบกวนการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยจึงไม่รับประทานยา โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีรายได้น้อย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมแบบองค์รวมควรต้องมีความร่วมมือและการเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายอื่นมากขึ้น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อแก้ปัญหาและผลกระทบอื่นจากการรับประทานยา และด้วยความจำเป็นที่ต้องไปประกอบอาชีพของผู้ป่วยจิตเภททำให้พบว่าในการติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่รพ. สต.แต่ละแห่งตามนัดคลินิกจิตเวช มีผู้ป่วยไม่มาตามนัดจนต้องนัดมาสัมภาษณ์ติดตามอาการทางจิตและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพิ่มเติมที่รพ.สต.

5.3 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับเภสัชกรที่สนใจพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยจิตเวชในโรคอื่น ๆ ในบริบทของโรงพยาบาลตนเอง คือ 1) เภสัชกรควรมีความรู้ในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งปัจจุบันมีการจัดอบรมโดยชมรมเภสัชกรจิตเวช กรมสุขภาพจิตเป็นประจำทุกปี และการจัดอบรมโดยโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะที่เภสัชกรจำเป็นต้องมีความรู้ที่สำคัญในเรื่องยาต้านโรคจิตและเทคนิคในการให้คำปรึกษาผู้ป่วย 2) ทีมสหวิชาชีพควรมีความรู้เรื่องผู้ป่วยจิตเภท เช่น พยาบาลควรผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็ก และวัยรุ่น 3) ทีมสหวิชาชีพต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและร่วมมือกันดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำเป็นต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยที่เคยมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจเปลี่ยนไปเป็นผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแลและมีผลต่อการรับประทานยาและเกิดการกลับมาเป็นซ้ำได้เสมอ อีกทั้งผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคนาน ในบางรายเกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยา เพราะรับประทานยาแล้วไม่หายขาด ทำให้อยากปรับเปลี่ยนยาหรือหาวิธีการรักษาอื่น ๆ ซึ่งเสี่ยงต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ขาดยา จนทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำได้ และ

4) การประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ เพราะปัญหาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความซับซ้อน จำเป็นต้องประสาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในกรณีที่ผู้ป่วยขาดผู้ดูแล ไม่สามารถประกอบอาหารหรือใช้ยาได้ถูกต้อง การประสานผู้ใหญ่บ้านเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืน 5) การพัฒนาระบบการเข้าถึงยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ยากลุ่ม SGA หรือ atypical antipsychotics เช่น รายการยาในกรอบบัญชียาจิตเวช 35 รายการ เช่น Risperidone

ในการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนร่วมกับสหวิชาชีพนั้น นอกจากบทบาทของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมแล้ว สามารถต่อยอดพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในมิติอื่นๆ ทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล เช่น การพัฒนาระบบโดยการพัฒนาเครือข่าย อสม. เนื่องจาก อสม. ใกล้บ้านผู้ป่วยสามารถสังเกตผู้ป่วยได้รวดเร็วก่อนเภสัชกรที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลเป็นหลัก นอกจากนี้การให้ความรู้กับชาวบ้านในชุมชน ทำความเข้าใจเรื่องโรคและยา เพื่อให้ผู้ป่วยและชาวบ้านในชุมชนสามารถอยู่ร่วมกันได้ เนื่องจากปัจจัยด้านชุมชนเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้ยาต่อเนื่องของผู้ป่วย อีกประเด็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือการสำรวจความต้องการงานสนับสนุนของเภสัชกรต่อสหวิชาชีพอื่นก็เป็นส่วนช่วยให้เภสัชกรพัฒนาการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพได้ตรงประเด็น เช่น พยาบาลวิชาชีพขอข้อมูลทางวิชาการของยาจิตเวชกลุ่มใหม่ในผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกส่งกลับมารับยาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน



บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. โรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่น (Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder). ใน: นันทวัช สิทธีรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช และ พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. จิตเวช ศิริราช DSM-5 / ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์; 2558. หน้า 365-78.
- กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. ภาวะโรคจิต (Psychosis). ใน: นันทวัช สิทธีรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช และ พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. จิตเวช ศิริราช DSM-5 / ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์; 2558. หน้า 155-68.
- ขจีรัตน์ ปริกเอโก, เบ็ญจมาศ พลักษานนท์, บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์, ชาลีมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์, ประณีต ชุ่มพุทรา, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2559.
- คณะกรรมการ SERVICE PLAN จังหวัดชัยภูมิ สาขาจิตเวชและยาเสพติด. โครงการระบบการเข้าถึงยาจิตเวชสำหรับเครือข่ายสุขภาพจังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2559. วันพฤหัสบดีที่ 18 กุมภาพันธ์ 2559 เวลา 8.30 – 16.30 น. ณ ห้องประชุม 1 ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 5 โรงพยาบาลชัยภูมิ.
- ชาย โทธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง; 2559.
- ชิษณุ พันธุ์เจริญ. ปรัชญาของทักษะการสื่อสาร. ใน: ชิษณุ พันธุ์เจริญ, ปัญญา เสกสรรค์, จรุงจิตร งามไพบูลย์, บรรณาธิการ. คู่มือทักษะการสื่อสารเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: ศูนย์ฝึกอบรมทักษะการสื่อสาร ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์; 2552. หน้า 1-14.
- ชื่นจิตร กองแก้ว. หลักการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ; 2561.
- ฐิติมา ดั่งเงิน. ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา. ใน: นิงสานนทีธิดา, ฐิติมา ดั่งเงิน, วีรชัย ไชยจามร, ปรีชา มณฑานติกุล, บรรณาธิการ. แนวทางสำคัญสำหรับการบริหารทางเภสัชกรรม. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2558. หน้า 195-206.

- ต้นติมา ดั่งโยธา, สายฝน เอกวางกูร. การให้การปรึกษาปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต. ใน: สายฝน เอกวางกูร, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ
1. นครศรีธรรมราช: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2561. หน้า 97–120.
- ทวนทน บุญลือ. Long-Acting Injectable Antipsychotics. ใน: ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, บุชบา จินดา วิจักษณ์, บรรณาธิการ. Pharmacy Review and Update Series 2015
Pharmacotherapy of Psychiatric Disorder. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชนจำกัด; 2558.
หน้า 67-8.
- นงพรรณ พิริยานุพงศ์. คู่มือวิจัยและพัฒนา. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก; 2546.
- ประพจน์ เกตราภาค, รัชณี จันทร์เกษ, ผกากรอง ขวัญข้าว, สุดารัตน์ สุวรรณพงษ์, บรรณาธิการ. ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ; 2555.
- ปรีชวัน จันทร์ศิริ. การให้การปรึกษา. ใน: ชิษณุ พันธุ์เจริญ, ปัญญา เสกสรรค์, จรุงจิตร งามไพบูลย์, บรรณาธิการ. คู่มือทักษะการสื่อสารเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: ศูนย์ฝึกอบรมทักษะการสื่อสาร ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์; 2552. หน้า 15–26.
- พงศธร พหลภาคย์, ภัทรี พหลภาคย์. กลุ่มโรคจิตเภทและกลุ่มโรคจิตชนิดอื่น. ใน: กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันธุ์ วัฒนวิทย์กิจ, พงศธร พหลภาคย์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ Psychiatry. ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559. หน้า 281–301.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. การพัฒนาเครื่องมือการบริหารด้านยา : คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561. หน้า 11-27.
- พิชัย อภิรัฐสกุล, มาโนช หล่อตระกูล. ยารักษาโรคจิต. ใน: หล่อตระกูลมาโนช, บรรณาธิการ. การใช้ยาจิตเวชในทางคลินิก. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2560. หน้า 60–100.
- พิชญา วัฒนการุณ, กังสตาล จิระอุโนพงศ์, สวัสดิ์ เทียงธรรม, ณภัทร วรารอมรเดช, ประณีต ชุ่มพุทรา, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2559.
- โพยม วงศ์ภูวรักษ์. เทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วย. ใน: นิงसानนท์ธิดา, ฐิติมา ดั่งเงิน, วีรชัย ไชยจามร, ปรีชา มณฑกานติกุล, บรรณาธิการ. แนวทางสำคัญสำหรับการบริหารทางเภสัชกรรม. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2558. หน้า 255–84.

ภัทรพร เกษสังข์. การวิจัยปฏิบัติการ Action research. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.

ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ. การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560. หน้า 93-114.

มานิช หล่อตระกูล. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิต. ใน: มานิช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. การตรวจสัมภาษณ์ทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2559. หน้า 165-83.

มานิช หล่อตระกูล. คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 5. หล่อตระกูลมานิช, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2557.

มานิช หล่อตระกูล. โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ. มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนัขชัย, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. หน้า 129-54.

ยุทธ ไกยวรรณ. หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.

วีระ ดุลย์ชูประภา, ชมพูนุช วีระวัจนชัย, พิสิษฐ์ แก้วจันทิก, อภิรดี แสงงาม, กมลรัตน์ โสมรักษ์, ดวงสุดา วัฒนาไชย, และคณะ. Handbook of Psychotropic Drug. อุบลราชธานี: กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2559.

ศิริจิต สุทธจิตต์. ภาวะโรคร่วมที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Common Comorbidities in Patients with Schizophrenia). เชียงใหม่: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.

สมภพ เรื่องตระกูล. พจนานุกรมคำศัพท์จิตเวชศาสตร์และจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2552. หน้า 247-253.

สายฝน เอกวางกูร. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ใน: สายฝน เอกวางกูร, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1. นครศรีธรรมราช: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2561. หน้า 1-38.

สายฝน เอกวางกูร, ปราณิ เชษขุนทด. การประเมินสภาพและคัดกรองปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต. ใน: สายฝน เอกวางกูร, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1. นครศรีธรรมราช: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2561. หน้า 55-70.

สุชาติ พหลภาคย์. จริยธรรมในจิตเวชศาสตร์ (Ethics in Psychiatry). ใน: กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ, พงศธร พหลภาคย์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์

Psychiatry. ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559. หน้า 467-80.

เสถียร ลัดดา. Insights in the Pathophysiology and Treatment of Schizophrenia. ใน: ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, บุษบา จินดาวิจักษณ์, บรรณาธิการ. Pharmacy Review and Update Series 2015 Pharmacotherapy of Psychiatric Disorder. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชนจำกัด; 2558. หน้า 42.

สวัสดี เทียงธรรม. (2547). “แรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.” พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2560. บทความคัดย่อจาก โครงการเครือข่าย ห้องสมุดในประเทศไทย

http://tdc.thailis.or.th/tdc//browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=88162&query=Array&s_mode=Array&date_field=date_create&date_start=2559&date_end=2560&limit_lang=&limited_lang_code=tha&order=&order_by=title&order_type=ASC&result_id=1&maxid=1

สุภางค์ จันทวานิส. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558. หน้า 17-123 .

พัยรัตน์ หาคำ. (2552). “การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้การ บำบัด เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา” พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2560. บทความคัดย่อจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย

http://tdc.thailis.or.th/tdc//browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=179839&query=%CB%B7%D1%C2%C3%D1%B5%B9%EC%20%CB%D2%A4%D3&s_mode=any&d_field=&d_start=0000-00-00&d_end=2560-02-06&limit_lang=&limited_lang_code=&order=&order_by=&order_type=&result_id=1&maxid=1

Eticha T, Teklu A, Ali D, Solomon G, Alemayehu A. Factors associated with medication adherence among patients with schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia. PloS one. 2015;10(3):e0120560.

Gray R, Bressington D, Ivanecka A, Hardy S, Jones M, Schulz M, et al. Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry.

2016;16:90.

Haddad PM, Brain C, Scott J. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenge and management strategies. *Patient Relat Outcome Meas* 2014; 5: 43-62.

Jongrat Limpattanasiri. (2010). "Factors affecting medication adherence among schizophrenic patients" Department of Master of Nursing Science, Mahidol University. Accessed January 11, 2017. Available from ThaiLIS http://tdc.thailis.or.th/tdc//browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=259707&query=Jongrat%20Limpattanasiri&s_mode=any&d_field=&d_start=000-00-00&d_end=2560-02-06&limit_lang=&limited_lang_code=&order=&order_by=&order_type=&result_id=1&maxid=1

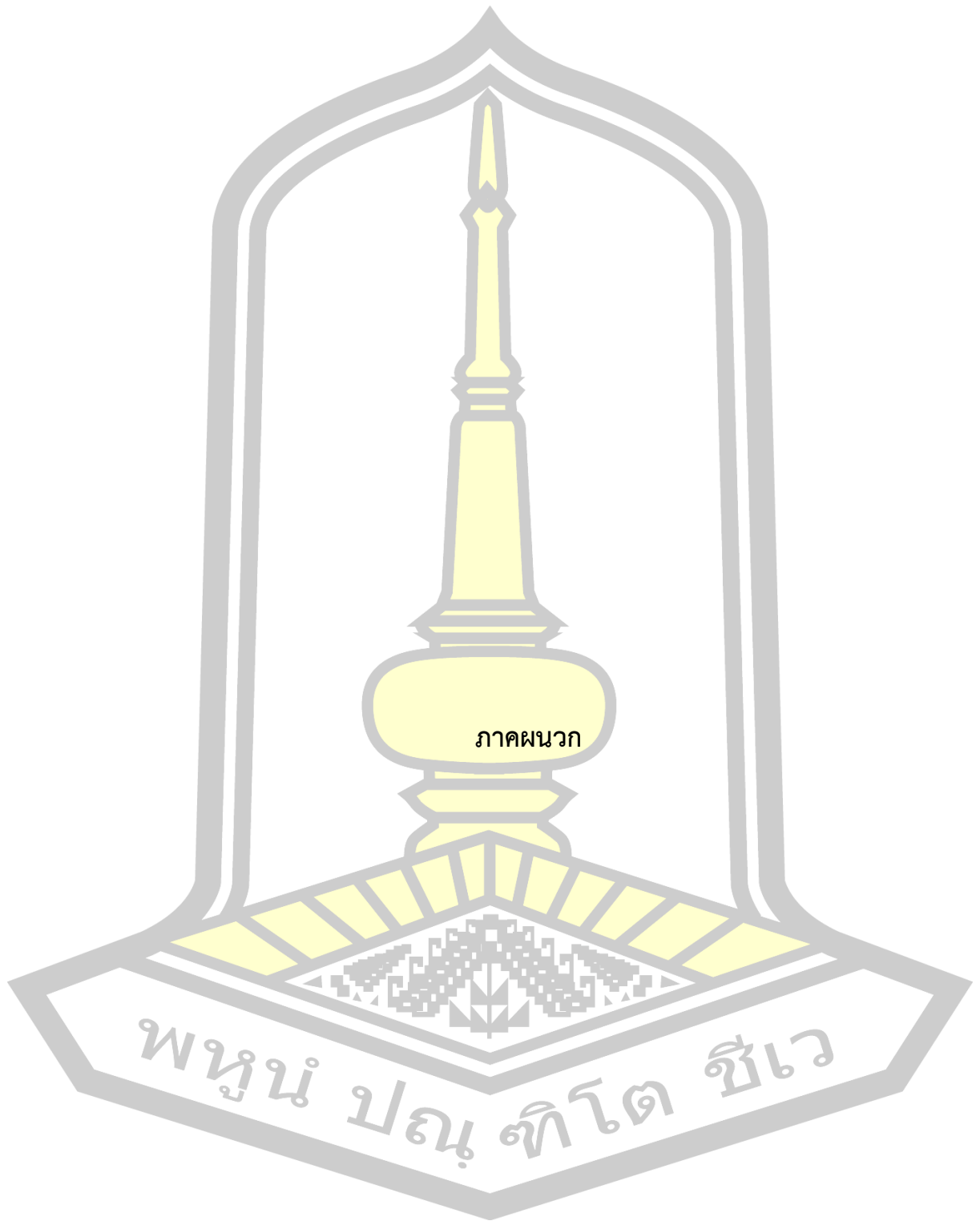
Rachbandi W. Developing of taking care system for psychiatric patients: Pla Plak Hospital, Nakhon Phanom Province. *Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division*. 2013;31:48-56.

Sangeunboonyapong NPS. Factor relating to loss to follow-up among schizophrenia patients enrolled in the community hospitals in Chachoengsao province. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*. 2017; 18: 229-36.

Teferra S, Hanlon C, Beyero T, Jacobsson L, Shibre T. Perspectives on reasons for non-adherence to medication in persons with schizophrenia in Ethiopia: a qualitative study of patients, caregivers and health workers. *BMC psychiatry*. 2013;13:168.

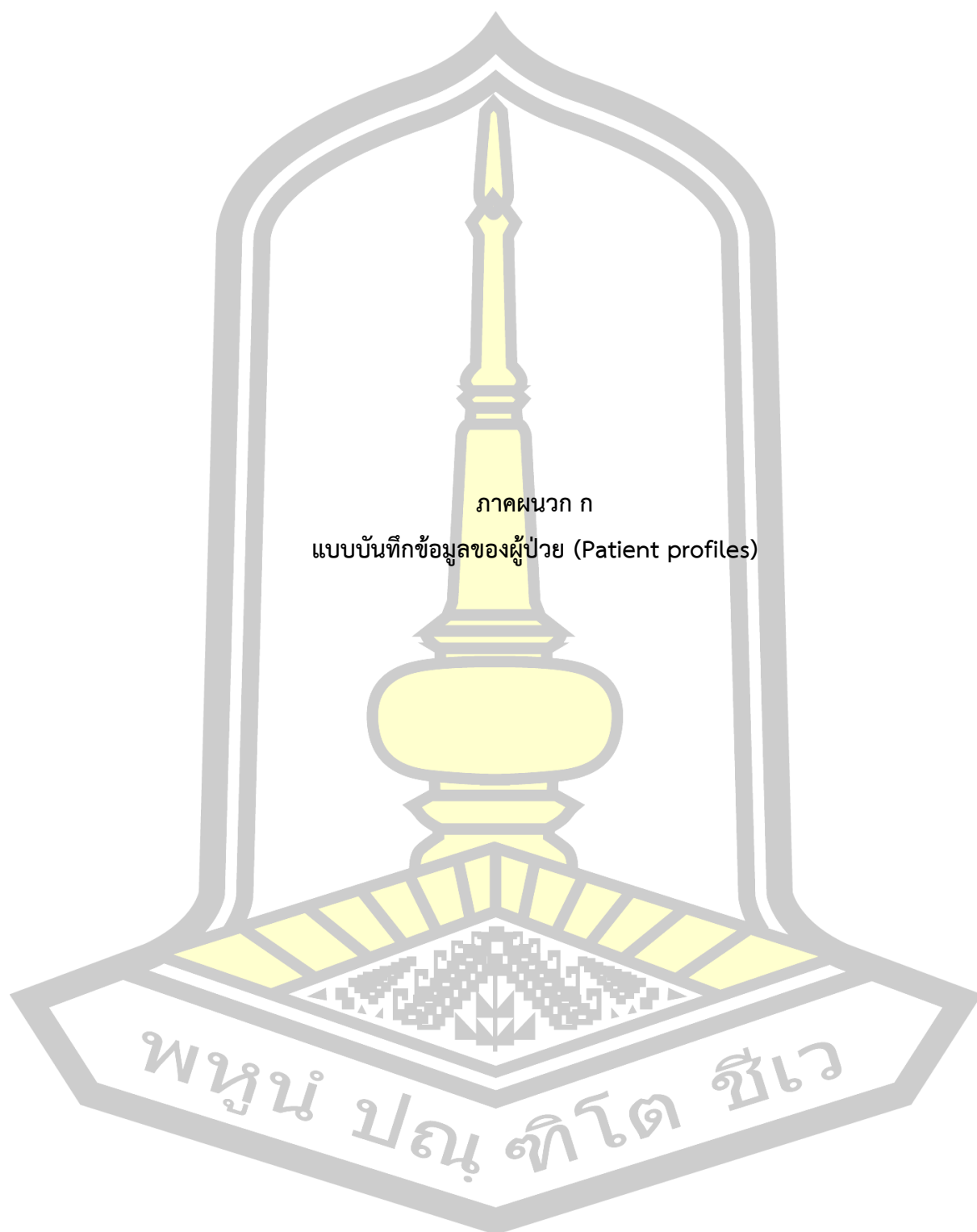
Valenstein M, Kavanagh J, Lee T, Reilly P, Dalack GW, Grabowski J, et al. Using a pharmacy-based intervention to improve antipsychotic adherence among patients with serious mental illness. *Schizophrenia bulletin*. 2011;37(4):727-36.

Wuthironarith V. Promoting medication adherence in persons with schizophrenia in community. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2017;31:1-12.



ภาคผนวก

พหุมนุ ปณฺ ทิโต ชีเว



เลขที่

แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย (Patient profiles)

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว) HN.....
 รพสต. วัน/เดือน/ปีที่รับยาล่าสุด วัน/เดือน/ปีที่เก็บข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ ปี
3. จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ครั้ง
4. การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน
 1. โรคจิตเภท 2. โรคจิตเภทที่มีอารมณ์แปรปรวนร่วมด้วย
5. ระดับการศึกษา
 - 5.1 ระดับการศึกษาสูงสุด
 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 5. อนุปริญญา/ปวส.
 2. ประถมศึกษา 6. ปริญญาตรี
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 7. สูงกว่าปริญญาตรี
 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
6. อาชีพปัจจุบัน
 1. ไม่ได้ทำงาน 4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 7. อื่นๆ.....
 2. รัฐวิสาหกิจ 5. รับจ้างทั่วไป
 3. รับราชการ 6. ทำสวน
7. สถานภาพสมรส
 1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย 4. หย่า/แยกกันอยู่
8. รายได้ต่อเดือน
 1. ไม่มีรายได้ 3. 5,000-10,000 บาท
 2. ต่ำกว่า 5,000 บาท 4. มากกว่า 10,000 บาท
9. สิทธิในการรักษาพยาบาล
 1. ชำระเอง (เบิกไม่ได้) 3. ประกันสังคม
 2. เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัท 4. บัตรทอง 30 บาท
10. ประวัติการอยู่อาศัยกับครอบครัว
 1. อยู่คนเดียว 3. อยู่กับเพื่อน
 2. อยู่กับครอบครัว,ญาติพี่น้อง 4. อื่นๆ
11. ประวัติโรคประจำตัว
 1. ไม่มี 2. มี(ระบุโรค)
12. ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจนถึงวันที่เริ่มเก็บข้อมูล) ปี เดือน

ส่วนที่ 2 ประวัติทางสังคม

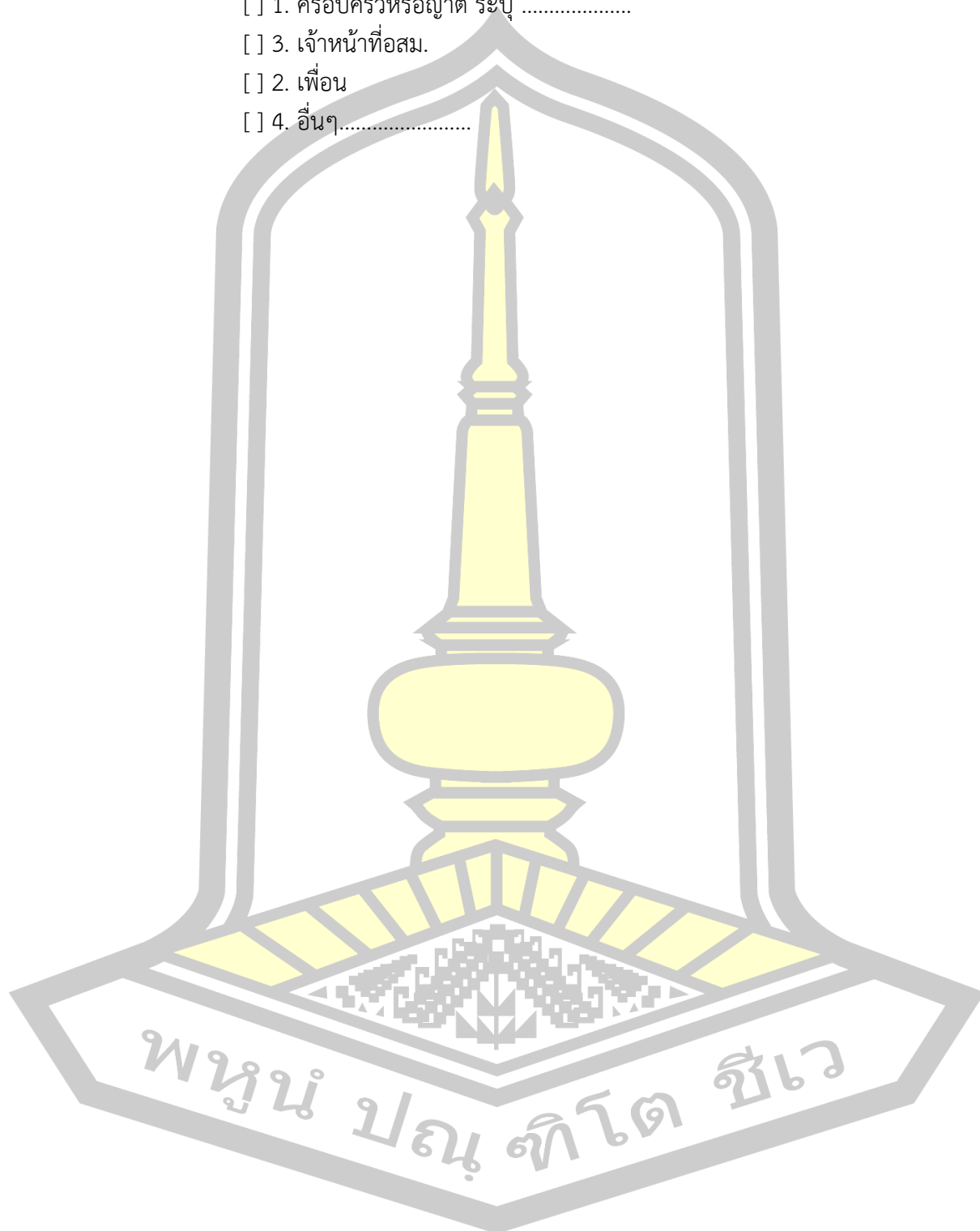
1. ประวัติการสูบบุหรี่
 - 1. ไม่เคยสูบบุหรี่
 - 2. เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว
 - 3. สูบบุหรี่จำนวน มวน/วัน
2. ประวัติการดื่มสุรา
 - 1. ไม่ดื่มสุรา
 - 2. เคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว
 - 3. ดื่มสุรา ปริมาณ..... ต่อครั้ง ความถี่
3. ประวัติการใช้สารเสพติด
 - 1. ไม่เคยใช้สารเสพติด
 - 2. เคยใช้สารเสพติดแต่เลิกแล้ว สารเสพติดที่ใช้คือ
 - 3. ยังใช้สารเสพติด
4. กรณียังใช้สารเสพติด สารเสพติดที่ใช้คือ
 - 1. สารประกอบแอมเฟตามีน เช่น ยาบ้า
 - 2. เฮโรอีน
 - 3. กัญชา
 - 4. ไบโครท่อม
 - 5. ตมกาว
 - 6. อื่นๆ
 สารเสพติดที่ใช้มากที่สุดเป็นอันดับ 1 คือ
 สารเสพติดที่ใช้มากที่สุดเป็นอันดับ 2 คือ

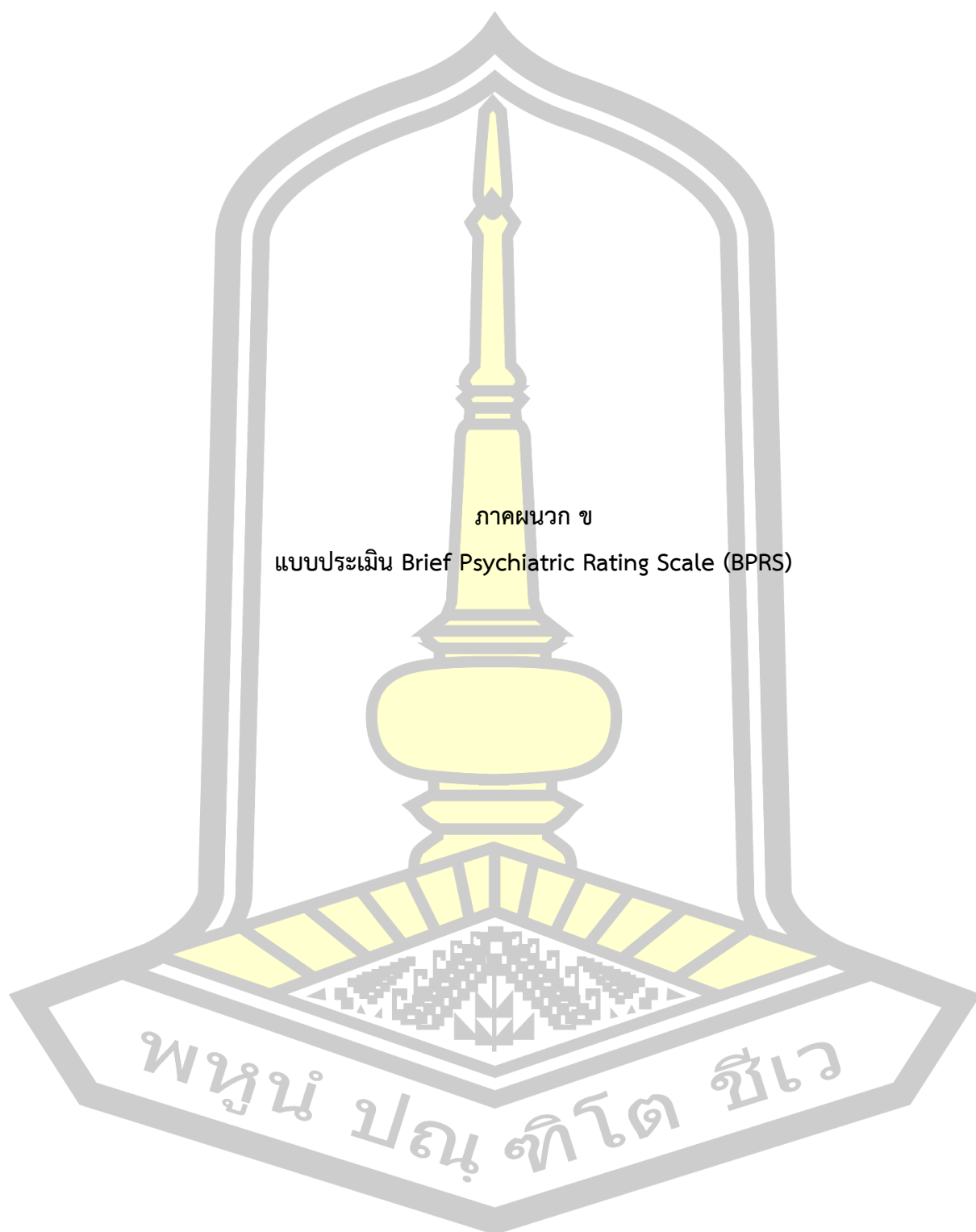
ส่วนที่ 3 ประวัติการใช้ยา

1. ประวัติการแพทย์
 - 1. NKDA
 - 2. ยาที่แพ้คือ อาการ คือ
2. รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วง 2 เดือนก่อนหน้า
 - 1. ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม คือ.....
 - 2. ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ คือ.....
 - 3. ยาอื่นๆ คือ
3. จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับเท่ากับขนาน
4. ความถี่ในการบริหารยาในแต่ละวัน ครั้ง
5. การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย
 - 1. มี 2. ไม่มี

6. กรณีที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้จ่ายในข้อ 5. ผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้จ่าย คือ

- 1. ครอบครัวหรือญาติ ระบุ
- 3. เจ้าหน้าที่อสม.
- 2. เพื่อน
- 4. อื่นๆ.....





ภาคผนวก ข

แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

พหุมนุ ปรณุ ทิโต ชีเว

เลขที่ HN

Date

แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

คำชี้แจง : ให้วงกลม **O** ล้อมรอบระดับคะแนน ตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

ไม่มีอาการ = 1 คะแนน

มีอาการค่อนข้างรุนแรง = 5 คะแนน

มีอาการขั้นต่ำสุด = 2 คะแนน มีอาการรุนแรง = 6 คะแนน

มีอาการเล็กน้อย = 3 คะแนน

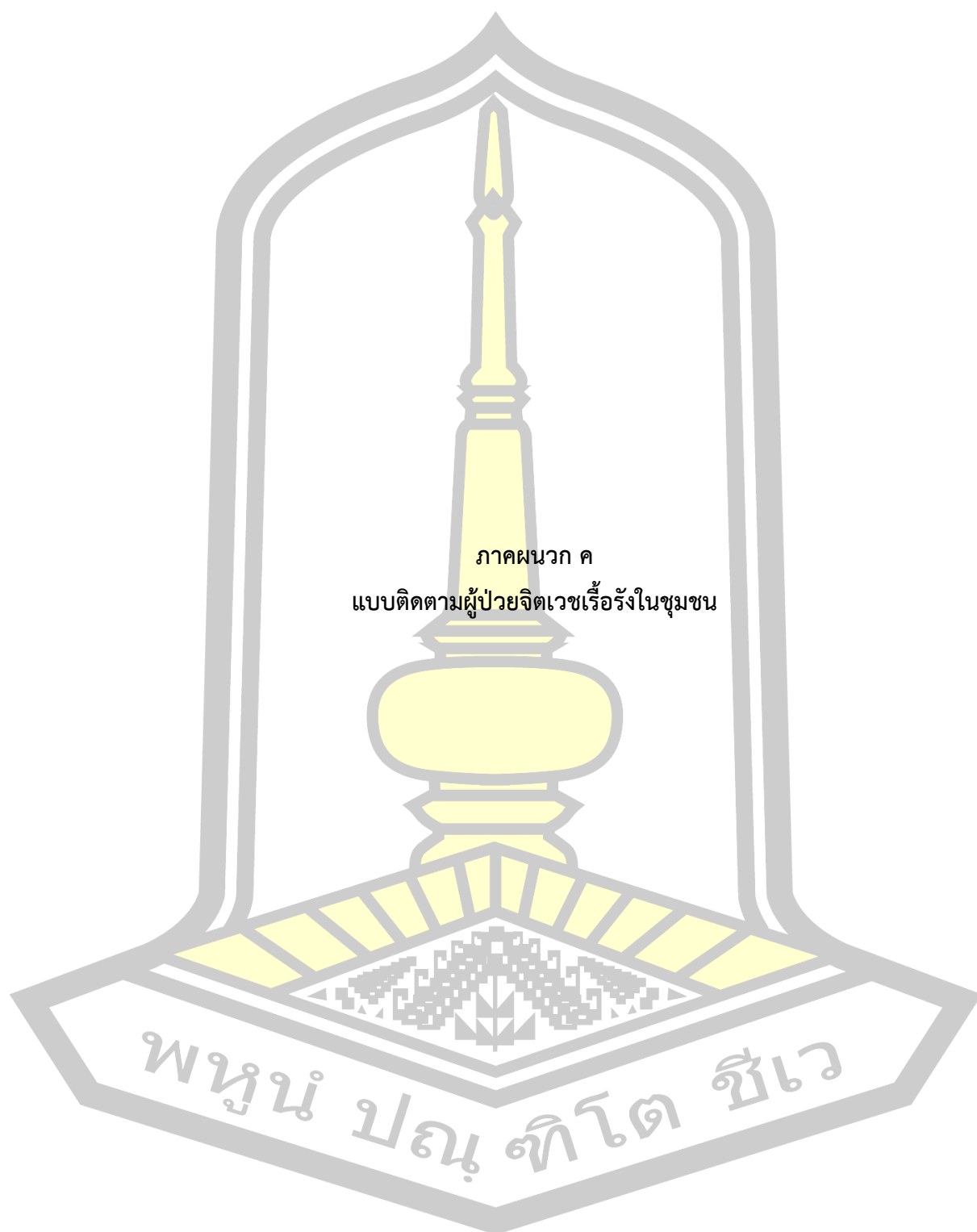
มีอาการรุนแรงมาก = 7 คะแนน

มีอาการปานกลาง = 4 คะแนน

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	ระดับคะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)							
2. อาการวิตกกังวล (Anxiety)							
3. ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)							
4. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity)							
5. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood)							
6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)							
7. ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)							
8. อาการประสาทหลอน (Hallucination)							
9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)							
10. อาการไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคล (Disorientation)							
11. ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)							
12. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)							
13. ความตึงเครียด (Tension)							
14. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)							
15. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation)							
16. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)							
17. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)							
18. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)							

ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยตอบ ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

คะแนนรวม คะแนน



เลขที่ HN

Date

แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

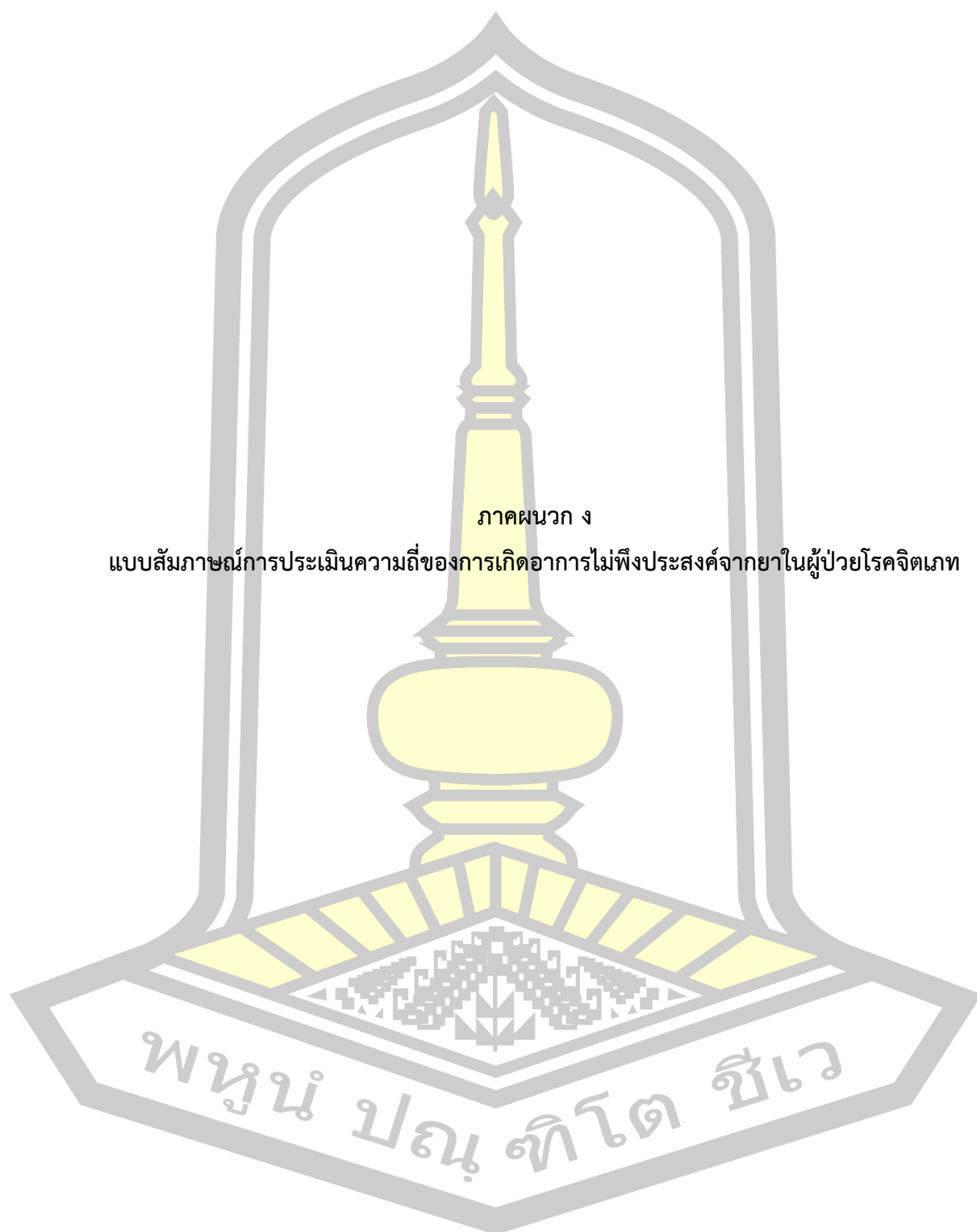
(คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ, 2559)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....ชื่อญาติ.....

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้าน	วันที่	วันที่	วันที่
<p>1. ด้านอาการทางจิต</p> <p>1. ไม่มีอาการ หมายถึง ผู้ป่วยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ ดำรงชีวิตในชุมชนได้</p> <p>2. มีบ้าง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มีอย่างน้อย 10 วันใน 1 เดือน</p> <p>3. มีบ่อย หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มีมากกว่า 10 วันใน 1 เดือน</p> <p>หมายเหตุ ถ้าพบ 2 คะแนนขึ้นไปใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) เพื่อประเมินผู้ป่วยร่วมด้วยทุกครั้งเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยง</p>			
<p>2. ด้านการกินยา</p> <p>1. สม่าเสมอ หมายถึง การรับประทานยาครบทุกวันตามที่แพทย์สั่ง</p> <p>2. ไม่สม่าเสมอ หมายถึง รับประทานยาไม่ครบตามคำสั่งแพทย์ แต่ยังมีรับประทานยาเป็นบางเวลา</p> <p>3. ไม่กินยา หมายถึง ไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อ</p>			
<p>3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ</p> <p>1. ดี คือ มีผู้ดูแลหลักเป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแล</p> <p>2. ปานกลาง คือ มีผู้ดูแล เป็นคนนอกครอบครัว</p> <p>3. ปรับปรุง คือ ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ</p>			
<p>4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน</p> <p>1. ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง</p> <p>2. ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ</p> <p>3. ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย</p>			

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้าน	วันที่	วันที่	วันที่
5. ด้านการประกอบอาชีพ <ol style="list-style-type: none"> 1. ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพหรือความสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ทุกครั้ง 2. ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้แต่ต้องมีคนกระตุ้น 3. ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้เลย 			
6. ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว <ol style="list-style-type: none"> 1. ดี คือ ครอบครัวมีการชมเชย ให้กำลังใจมองผู้ป่วยในด้านบวก ส่วนใหญ่ 2. ปานกลาง คือ ครอบครัวมีการชมเชยบ้าง แต่ยังพบ การดูต่ำ ตักเตือน คำว่า บางครั้ง 3. ปรับปรุง คือ ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ ได้แก่ การตีเตียน ดูถูก คำว่า และบางครั้งผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองหลายครั้ง 			
7. ด้านสิ่งแวดล้อม <ol style="list-style-type: none"> 1. ดี คือ มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง 2. ปานกลาง คือ มีที่อยู่อาศัยแต่แยกออกจากครอบครัว อยู่คนเดียวหรือมีที่อาศัยเป็นครั้งคราว 3. ปรับปรุง คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย เร่รอน 			
8. ด้านการสื่อสาร <ol style="list-style-type: none"> 1. ดี คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ 2. ปานกลาง คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว 3. ปรับปรุงคือไม่พูดคุยกับใครเลย 			
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น <ol style="list-style-type: none"> 1. ดี คือ บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้ 2. ปานกลาง คือ สอนซ้ำๆจึงสามารถทำตามได้ 3. ปรับปรุง คือ สอนเท่าไรก็ไม่ทำตามไม่ได้ 			

พูน ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ง

แบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท

พูน พูน ภิโต สีเว

เลขที่ HN

Date

แบบสัมภาษณ์

การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท

เลือกคำตอบที่ตรงกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยมากที่สุด

เกิดขึ้นประจำ หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านทุกวัน

ให้ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน (> 4 ครั้ง/สัปดาห์)

ให้ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกสัปดาห์ (> 2 ครั้ง/เดือน)

ให้ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านนานๆครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)

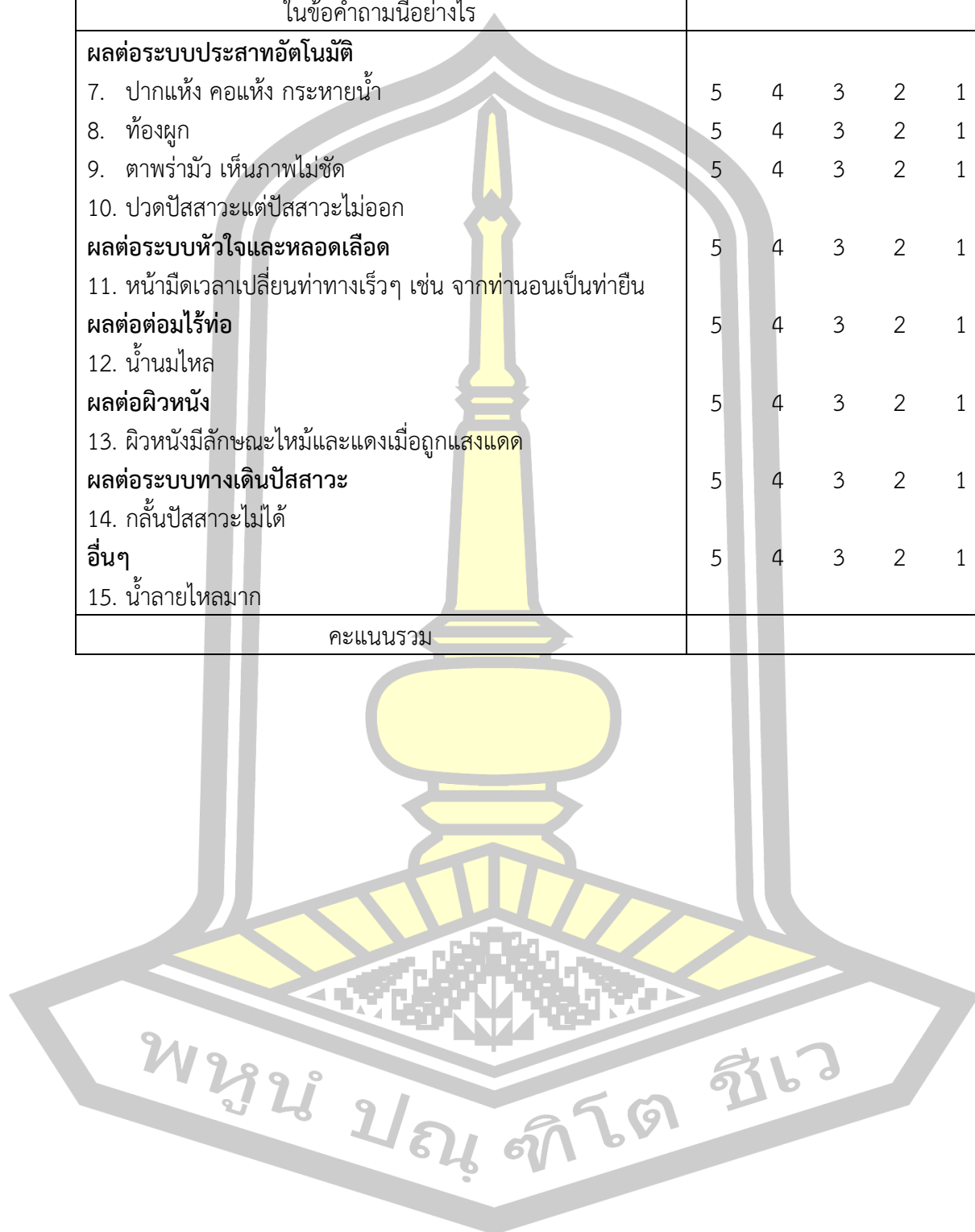
ให้ 2 คะแนน

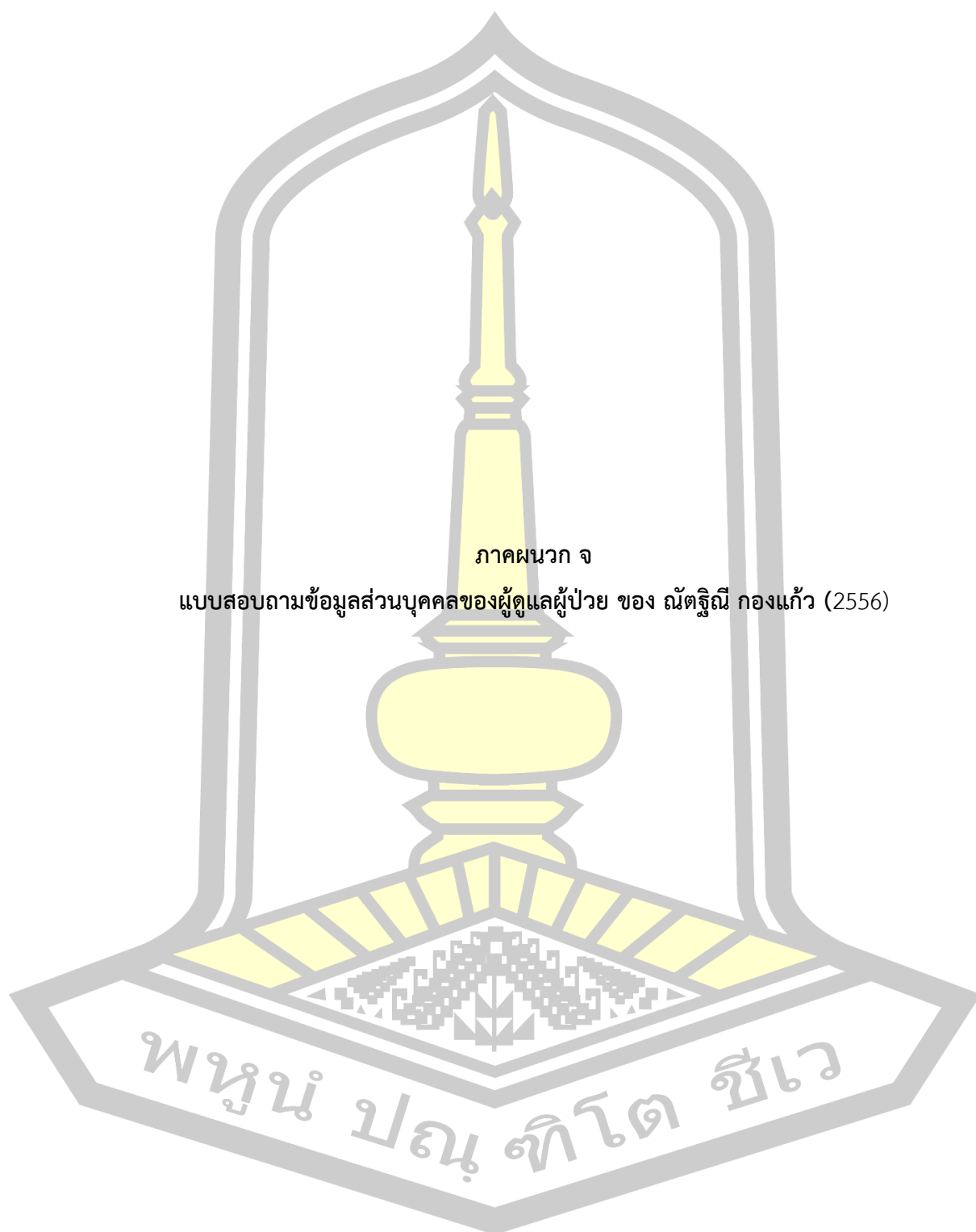
ไม่เคยเกิด หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้ไม่เคยเกิดขึ้นกับท่านเลย

ให้ 1 คะแนน

ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยปฏิบัติ ในข้อคำถามนี้อย่างไร	ระดับคะแนน				
ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง					
1. ตัวแข็งเกร็ง เคลื่อนไหวเชื่องช้า เดินไม่แกว่งแขน พุดน้อยไม่ อยากพูด สีหน้าไร้อารมณ์	5	4	3	2	1
2. อาการสั่นของมือหรือแขนขาเวลาอยู่เฉยๆ นิ้วมือเคลื่อนไหว คล้ายปั้นลูกกอลอน	5	4	3	2	1
3. มีความรู้สึกกระวนกระวายใจจนอยู่นิ่งไม่ได้ มีความรู้สึก เหมือนต้องเร่งรีบตลอดเวลา ผุดลุกผุดนั่ง ต้องขยับแขนขาเดิน ไปเดินมาตลอดเวลา	5	4	3	2	1
4. ศีรษะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ศีรษะ คอ และลำตัวแอ่นจนผิดปกติ คอแข็ง ลิ้นแข็ง ขากรรไกรแข็ง พุด หรือกลืนลำบาก ตาเหลือกขึ้นข้างบน กรณีรุนแรงอาจเกิดการ หดเกร็งที่กล่องเสียงและคอหอย ทำให้เกิดการหายใจได้	5	4	3	2	1
5. อาการดูหรืออัมมุขมิบปาก มีลิ้นม้วนไปมาในปากหรืออาจ แลบลิ้นออกมาเอง มีการเคลื่อนไหวของขากรรไกร ใบหน้าบูด บึ้ง มือและเท้าเคลื่อนไหวเหมือนเต็นรำเร็วๆไม่มีจังหวะและ สะบัดๆ	5	4	3	2	1
6. ง่วงนอนมาก	5	4	3	2	1

ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยปฏิบัติ ในข้อคำถามนี้อย่างไร	ระดับคะแนน				
ผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ					
7. ปากแห้ง คอแห้ง กระจายน้ำ	5	4	3	2	1
8. ท้องผูก	5	4	3	2	1
9. ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด	5	4	3	2	1
10. ปวดปัสสาวะแต่ปัสสาวะไม่ออก					
ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด	5	4	3	2	1
11. หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทางเร็วๆ เช่น จากท่านอนเป็นทำยืน					
ผลต่อต่อมไร้ท่อ	5	4	3	2	1
12. น้ำนมไหล					
ผลต่อผิวหนัง	5	4	3	2	1
13. ผิวหนังมีลักษณะไหม้และแดงเมื่อถูกแสงแดด					
ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ	5	4	3	2	1
14. กลั้นปัสสาวะไม่ได้					
อื่นๆ	5	4	3	2	1
15. น้ำลายไหลมาก					
คะแนนรวม					





ภาคผนวก จ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย ของ ภัตตริณี กองแก้ว (2556)

พหุ ประดิษฐ์ ชัยเว

เลขที่ HN

Date

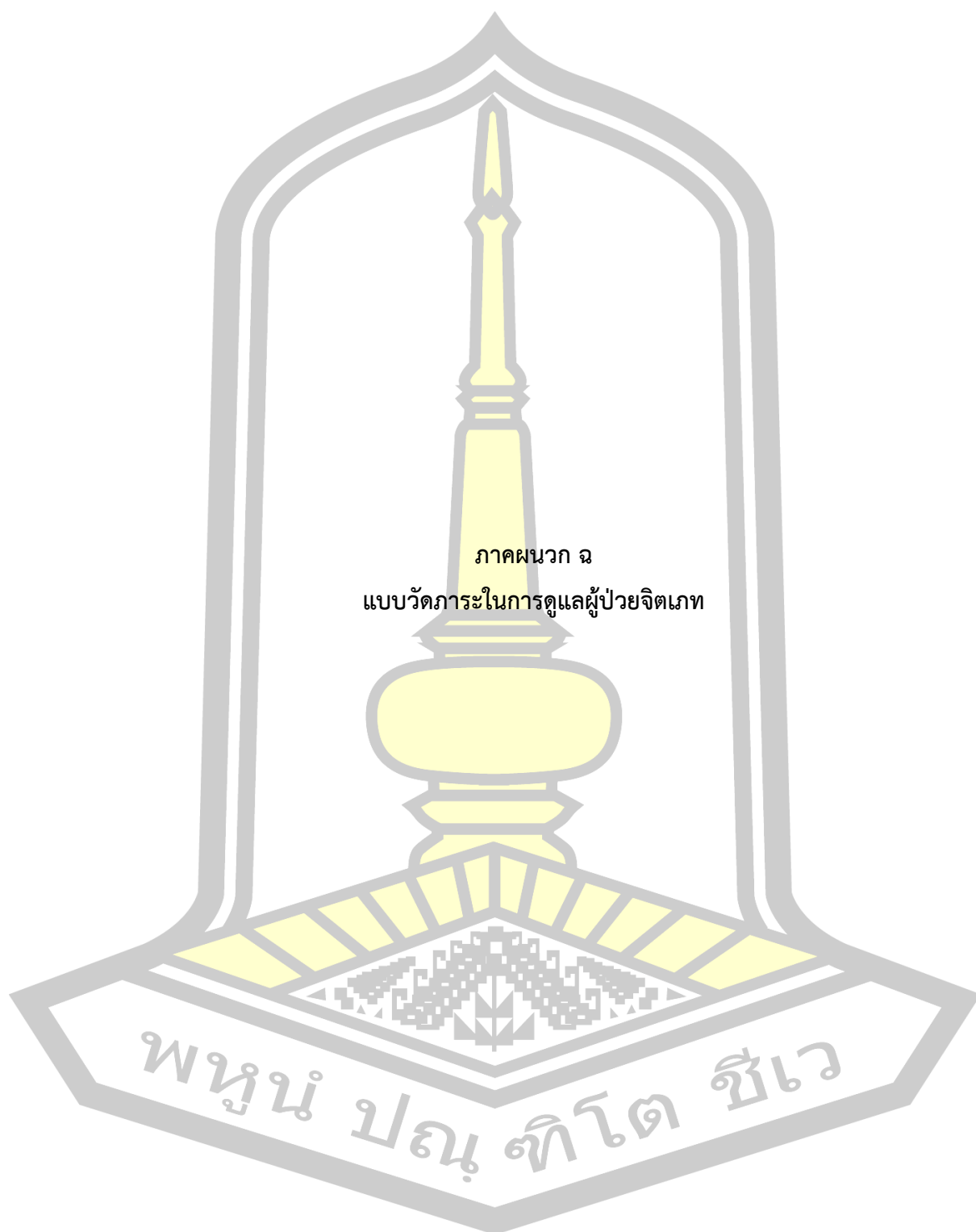
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย ของ ภัตตริณี กองแก้ว (2556)

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ในข้อที่ตรงกับท่าน หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับความจริง

ตอนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
 - บุตร บิดา มารดา
 - สามี / ภรรยา ญาติ พี่น้อง อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพ
 - สมรส โสด
 - หม้าย แยก
5. ระดับการศึกษา
 - ประถม มัธยม
 - อนุปริญญา ปริญญาตรี อื่นๆ ระบุ....
6. อาชีพ
 - รับจ้าง เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)
 - ค้าขาย ข้าราชการ
 - รับจ้าง อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาทต่อเดือน
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยปี
9. จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว



เลขที่ HN

Date

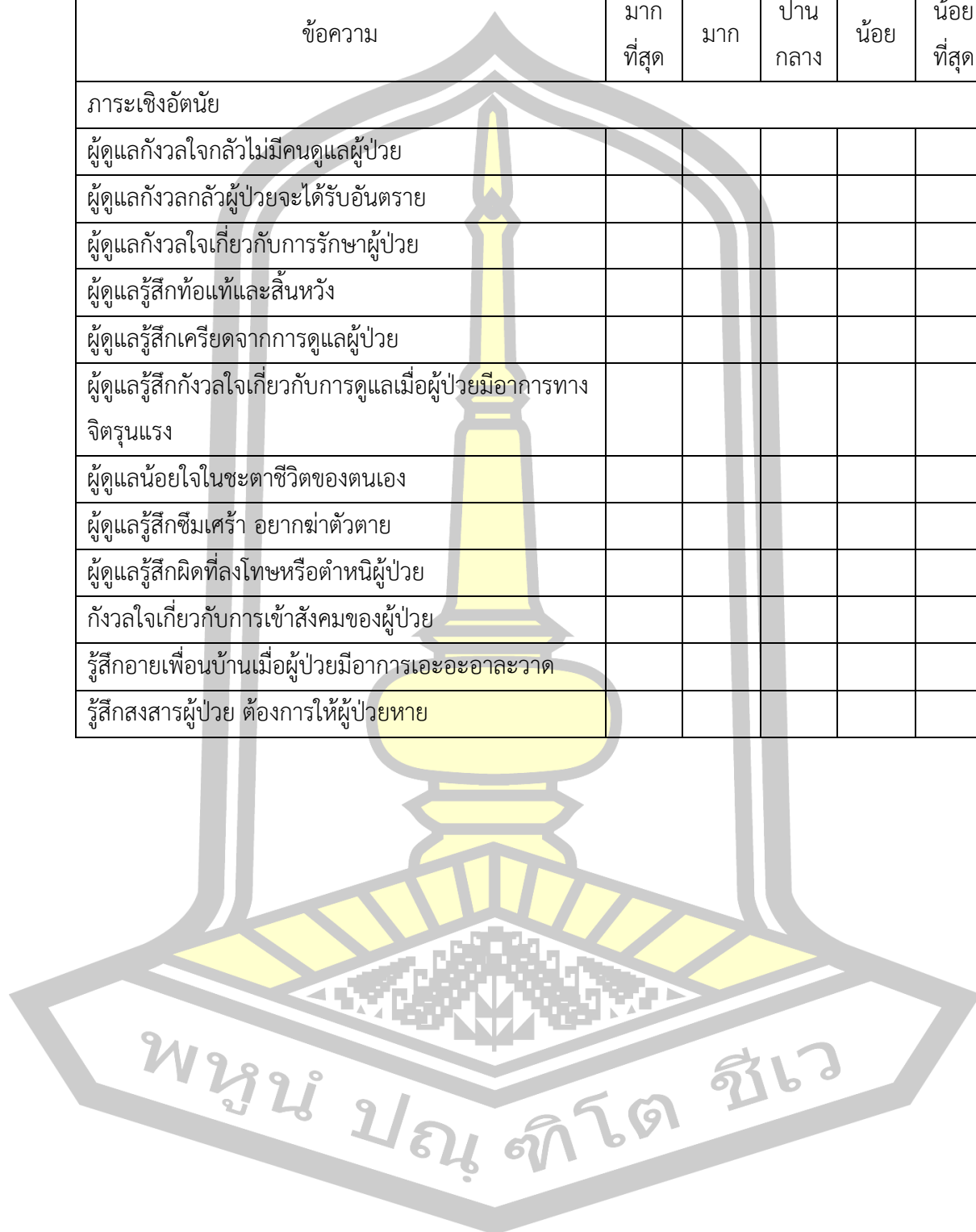
แบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง : โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้น	เกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน
มาก	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้น	เกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกอาทิตย์
ปานกลาง	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้น	เกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง
น้อย	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้น	เกิดขึ้นกับท่านนานๆ ครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้น	เกิดขึ้นกับท่านน้อยมาก

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงปรนัย					
ต้องรับผิดชอบมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง					
มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง					
การดูแลผู้ป่วยรบกวนกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแล					
การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาพักผ่อน					
ต้องลางานหรือหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย					
การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ					
การดูแลผู้ป่วยทำให้มีเวลาในการร่วมงานกิจกรรมกับครอบครัวลดลง					
การดูแลผู้ป่วยทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพลดลง					
การดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว					
การดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งกับเพื่อนบ้าน					
สมาชิกในครอบครัวถูกผู้ป่วยทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บ					
การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงอัตนัย					
ผู้ดูแลกังวลใจกลัวไม่มีคนดูแลผู้ป่วย					
ผู้ดูแลกังวลใจกลัวผู้ป่วยจะได้รับอันตราย					
ผู้ดูแลกังวลใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย					
ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง					
ผู้ดูแลรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วย					
ผู้ดูแลรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง					
ผู้ดูแลน้อยใจในชะตาชีวิตของตนเอง					
ผู้ดูแลรู้สึกซึมเศร้า อยากฆ่าตัวตาย					
ผู้ดูแลรู้สึกผิดที่ลงโทษหรือตำหนิผู้ป่วย					
กังวลใจเกี่ยวกับการเข้าสังคมของผู้ป่วย					
รู้สึกอายนเพื่อนบ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการอะออะอาละวาด					
รู้สึกสงสารผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยหาย					





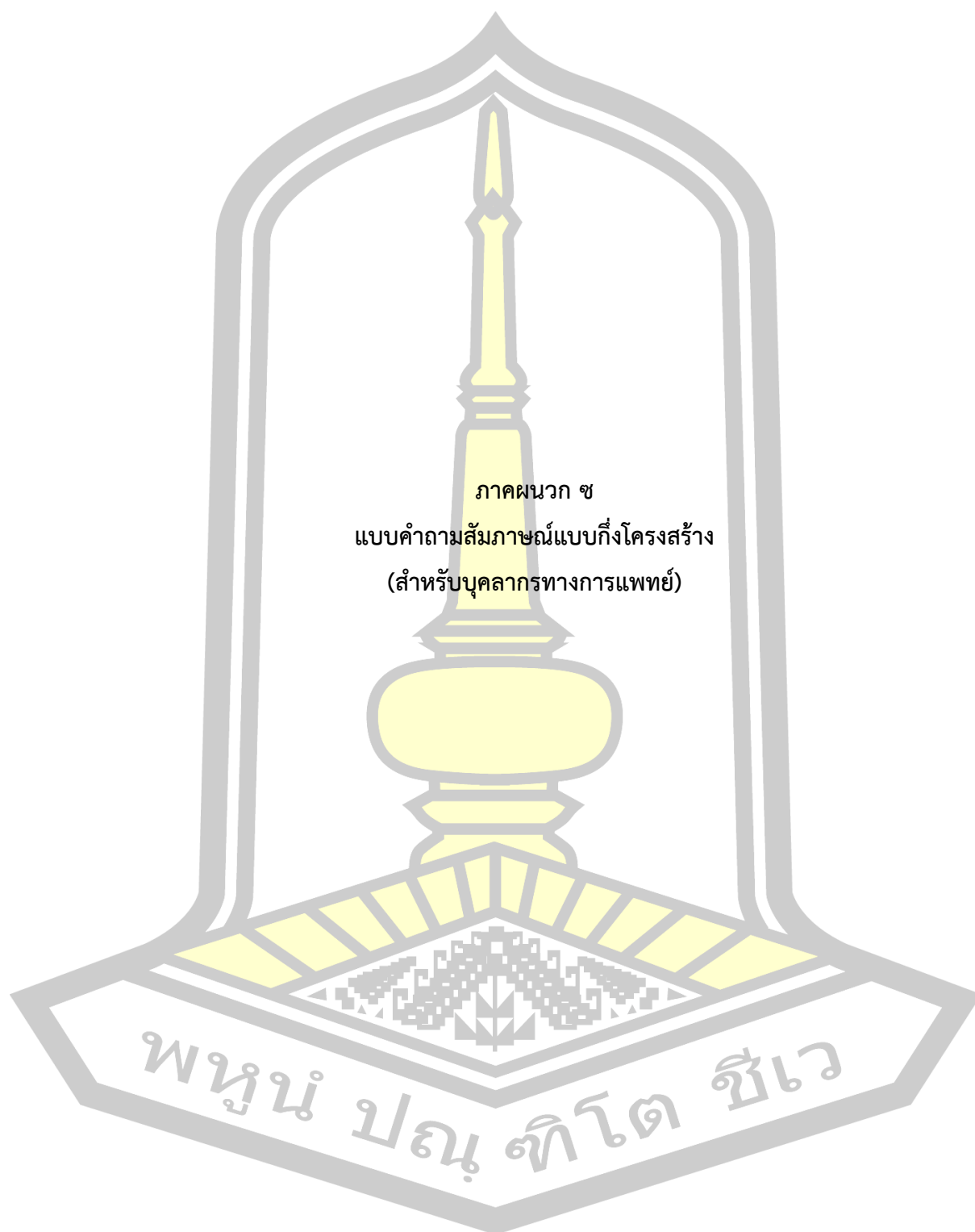
แบบคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง
(สำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล)

สวัสดีค่ะ คุณ..... ดิฉัน ภญ.กมลวรรณ สีเชียงสา ค่ะ หรือเรียกง่ายๆ ว่า เกสซ์ตั้ะ เป็นนิสิตปริญญาโทค่ะ วันนี้จะขออนุญาตมาสัมภาษณ์และบันทึกเสียง เพื่อใช้ประกอบการเก็บข้อมูลในงานวิจัย เรื่อง “การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ” และ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา ความคิด/ความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อโรคที่เป็นและยาที่ได้รับ พฤติกรรมการใช้ยา รวมถึงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพทั่วไป ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับและใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้นค่ะ

โครงคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ มีดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.1. ผู้ป่วยคิดว่าตัวเองป่วยเป็นโรคอะไร / มารับยาที่นี้ได้อย่างไร
 - 1.2. สามารถรักษาได้อย่างไรบ้าง / คิดว่าตนเองจะได้กินยานี้ไปนานแค่ไหน
 - 1.3. อาการตอนนี้เป็นอย่างไบบ้าง / อารมณ์ความรู้สึกตอนนี้มีผลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยอย่างไร
 - 1.4. มีโรคจิตเภทต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง
2. พฤติกรรมการใช้ยาและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
 - 2.1. คิดว่าการกินยาต่อเนื่องทุกวัน มีผลอะไรกับร่างกายบ้าง
 - 2.2. ถ้าหยุดกินยา จะเกิดผลอะไรกับผู้ป่วยบ้าง
 - 2.3. ถ้ากินยาต่อเนื่องทุกวัน จะเกิดอะไรกับผู้ป่วยบ้าง
 - 2.4. คิดว่ามีอาการอะไรบ้างที่เกิดจากยา / เคยอยากหยุดยาหรือปรับยาบ้างไหม
3. สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา
 - 3.1. รู้สึกอย่างไรถ้ามีคนรู้ว่ากินยาจิตเวชอยู่
 - 3.2. คิดว่ายาจิตเวชกระทบต่อชีวิตประจำวันอย่างไร

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว



แบบคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

สวัสดีค่ะ คุณ..... ดิฉัน ญญ.กมลวรรณ สีเชียงสา ค่ะ หรือเรียกง่ายๆ ว่า เกสซ์ตั๊ เป็นนิสิตปริญญาโทค่ะ วันนี้จะขออนุญาตมาสัมภาษณ์และบันทึกเสียง เพื่อใช้ประกอบการเก็บข้อมูลในงานวิจัย เรื่อง “การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ” และ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา ความคิด/ความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อโรคที่เป็นและยาที่ได้รับ พฤติกรรมการใช้ยา รวมถึงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพทั่วไป ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับและใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้นค่ะ

โครงคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ มีดังนี้

1. สาเหตุและปัญหาของการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1. พบปัญหาอะไรบ้างในผู้ป่วยจิตเภท (ขาดยา / ขาดคนดูแล / ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย)
 - 1.2. คิดว่าปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยบางรายเกิดจากอะไร
2. แนวทางแก้ปัญหาจากการใช้ยาหรือการขาดยาของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1. คิดว่าจะช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างไร
 - 2.2. ควรให้ใครช่วยดูแล/กำกับการใช้ยาของผู้ป่วย
3. นโยบายสนับสนุนหรืออุปสรรคในการแก้ปัญหาการรับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - 3.1. มีปัญหาการดำเนินงานอะไรบ้างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.2. คิดว่าสิ่งใดจะช่วยส่งเสริมแผนการดำเนินงานในการดูแลคนไข้จิตเภทได้บ้าง
 - 3.3. ควรให้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมมืออย่างไรบ้าง

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว



แบบสอบถามความพึงพอใจการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบ้านแพ้น จังหวัดชัยภูมิ

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล บ้านแพ้น จังหวัดชัยภูมิ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ..... สก.....

เพศ..... อายุ..... ปี

ตำแหน่ง.....

ระยะเวลาปฏิบัติงาน.....

2. แบบวัดความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังใน ชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบ้าน แพ้น จังหวัดชัยภูมิ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมายวงกลมตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ท่านเป็น (ระบุ) : แพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร เจ้าหน้าที่ในรพ.สต. อสม.

ความพึงพอใจ พอใจ..... ไม่พอใจ.....

ระดับ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

หมายเหตุ

ตัวเลข 1 – 3 พึงพอใจน้อย

ตัวเลข 4 – 6 พึงพอใจปานกลาง


ตัวเลข 7 – 10 พึงพอใจมาก

ตัวเลขมีค่าตั้งแต่ 10 – 100 เปอร์เซนต์ (โปรดระบุตัวเลข)

พูน ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ญ
ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Information Sheet for Research Participant)

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

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยสหสาขาวิชาชีพ

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวกมลวรรณ สีเชียงสา
ที่อยู่ โรงพยาบาลบ้านแท่น เลขที่ 248 หมู่ 3 ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ 36190
เบอร์โทรศัพท์ 044-887013 ต่อ 35, 080-3135559
(ที่ทำงานและมือถือ)

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ ผศ.ภญ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์
ที่อยู่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 2202 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150
เบอร์โทรศัพท์ 043-754360, 089-2051878
(ที่ทำงานและมือถือ)

ชื่อ อ.ภญ.ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา
ที่อยู่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 2202 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150
เบอร์โทรศัพท์ 043-754360, 083-2858119
(ที่ทำงานและมือถือ)

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลบ้านแท่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระพัง อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว หรือเพื่อนของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเภทที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระพังจำนวน 14 คน โดยเป็นการส่งมอบยาจากโรงพยาบาลบ้านแท่นไปสู่ผู้ป่วยที่มาตามนัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า มีผู้ป่วย

ปฏิเสธการรับยาต่อเนื่องด้วยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และเข้าใจว่าตนเองหายแล้ว ไม่ต้องการใช้ยาต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาความไม่ร่วมมือในการกินยา (medication nonadherence) นี้ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้อาการทางจิตกำเริบ เกิดโรคกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อให้เกิดผลกระทบตามมามากมาย ทั้งในด้านตัวผู้ป่วยเอง ทำให้เกิดความซับซ้อนในการรักษามากขึ้น เกิดการดำเนินไปของโรคทำให้เกิดความรุนแรง ผลกระทบด้านการเรียน การทำงาน เพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย มีอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และยังคงก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีผลด้านเศรษฐศาสตร์ ทำให้ต้องใช้งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดการกินยาอย่างต่อเนื่อง โดย ผู้วิจัยในฐานะเภสัชกร ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับยาต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า เภสัชกรมีส่วนร่วมในการติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้น้อย มีผู้ป่วยปฏิเสธการกินยาหลายราย และบางรายมีอาการกำเริบ อาละวาด และทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบบสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับการนัดหมายสนทนากลุ่ม ถึงสาเหตุและปัญหาของการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท แนวทางแก้ปัญหาจากการใช้ยาหรือการขาดยาของผู้ป่วยจิตเภท และนโยบายสนับสนุนหรืออุปสรรคในการแก้ปัญหาการรับประทานต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 ธันวาคม 2560 โดยนัดสนทนากลุ่มหรือร่วมประชุมกับผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เป็นจำนวนทั้งสิ้น 3 ครั้ง

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การศึกษานี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายใดที่เกิดขึ้นกับท่าน แต่อย่างไรก็ตาม หากท่านได้รับความรู้สึกกังวลเรื่องการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ทันที โดยติดต่อมายัง น.ส.กมลวรรณ สีเชียงสา โทร 080-3135559 หรือ ผศ.ภญ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ โทร 089-2051878 หรือ อ.ภญ.ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา โทร 083-2858119 เพื่อดำเนินการช่วยเหลือท่านได้ทันที

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะได้แนวทางในการดำเนินงานหลังจากพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับเครือข่ายชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับเป็นซ้ำ (relapse) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านร่วมสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับสาเหตุและปัญหาของการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท แนวทางแก้ปัญหาจากการใช้ยาหรือการขาดยาของผู้ป่วยจิตเภท และนโยบายสนับสนุนหรืออุปสรรคในการแก้ปัญหาการรับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อหาแนวทางพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากท่านได้รับความรู้สึกกังวลเรื่องการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยคือ น.ส.กมลวรรณ สีเชียงสา โทร 080-3135559 หรือ ผศ.ภญ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ โทร 089-2051878 หรือ อ.ภญ.ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา โทร 083-2858119 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับของที่ระลึกเพื่อเป็นการขอบคุณสำหรับการให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นจำนวน 1 ชิ้น

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยที่ไม่อยู่บ้านหรือย้ายถิ่นฐานระหว่างการศึกษารวิจัย
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลระหว่างการศึกษารวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่น่าจะไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน ทั้งนี้ ข้อมูลของท่านจะถูกจัดเก็บ 2 ปี สถานที่เก็บ คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้น จังหวัดชัยภูมิ และจะทำลายภายใน 1 เดือน หลังครบระยะเวลาการจัดเก็บข้อมูล

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้


- ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
- ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
- ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
- ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
- ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
- ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
- ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
- ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

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

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

พูน ปณ ทิโต ชีเว

AF 04-10/3.0

 <p style="text-align: center;">Mahasarakham University Institutional Review Board</p>	<p>ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant) สำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยสหสาขาวิชาชีพ

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวกมลวรรณ สีเชียงสา
ที่อยู่ โรงพยาบาลบ้านแท่น เลขที่ 248 หมู่ 3 ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ 36190
เบอร์โทรศัพท์ 044-887013 ต่อ 35, 080-3135559
(ที่ทำงานและมือถือ)

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ ผศ.ภญ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์
ที่อยู่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 2202 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150
เบอร์โทรศัพท์ 043-754360, 089-2051878
(ที่ทำงานและมือถือ)

ชื่อ อ.ภญ.ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา
ที่อยู่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 2202 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150
เบอร์โทรศัพท์ 043-754360, 083-2858119
(ที่ทำงานและมือถือ)

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระพัง อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้ใช้ยาต่อเนื่อง มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทำให้ปรับยาหรือหยุดยาบางตัว ส่งผลให้มียาเหลือมาคืนบุคลากรทางการแพทย์เยอะ ซึ่งการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยนี้ สามารถส่งผล

ให้อาการของโรคกำเริบ เกิดโรคกลับเป็นซ้ำ โดยการเกิดโรคกลับเป็นซ้ำแสดงออกด้วยการเกิดอาการทางจิตแบบเฉียบพลัน ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบตามมามากมาย ทั้งในด้านตัวผู้ป่วยเอง ทำให้เกิดความซับซ้อนในการรักษามากขึ้น เกิดการดำเนินไปของโรคทำให้เกิดความรุนแรง ผลกระทบด้านการเรียน การทำงาน เพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย มีอัตราการกลับมาอนโรพยาบาลเพิ่มขึ้น และยังก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีผลด้านเศรษฐศาสตร์ ทำให้ต้องใช้งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การป้องกันไม่ให้อาการกำเริบจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดการกินยาอย่างต่อเนื่อง โดย ผู้วิจัยในฐานะเภสัชกร ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับยาต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า เภสัชกรมีส่วนร่วมในการติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้น้อย มีผู้ป่วยปฏิเสธการกินยาหลายราย และบางรายมีอาการกำเริบ อาละวาด และทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบบสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในผู้ป่วยจิตเภทและสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างตามวันเวลาที่ผู้ป่วยจิตเภทมารับยาตามนัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 ธันวาคม 2560 ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทได้มาพบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 3 ครั้ง/คน

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การศึกษานี้มีการสัมภาษณ์และตอบคำถามหลายข้อคำถาม หากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลรู้สึกเครียดหรือได้รับความรู้สึกกังวลเรื่องการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ทันที โดยติดต่อมายัง น.ส. กมลวรรณ สีเชียงสา โทร 080-3135559 หรือ ผศ.ภญ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ โทร 089-2051878 หรือ อ.ภญ.ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา โทร 083-2858119 เพื่อดำเนินการช่วยเหลือท่านได้ทันที

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะได้รับการดูแลประเมินความรุนแรงของโรค อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อดำเนินการแก้ไข หรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมปลอดภัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านนำยาต้านโรคจิตที่ได้รับจากโรงพยาบาลทั้งหมดที่เหลือจากการรับประทานมาให้ผู้ทำวิจัย ทุกครั้งที่นัดหมายให้มาพบ
- ขอให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์การประเมินความรุนแรงของโรค ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท และแบบสัมภาษณ์ถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยาและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากผู้ป่วยได้รับความเครียดทางจิตใจและสังคม อาจกระตุ้นให้อาการทางโรคจิตกำเริบหรืออาการแย่ลง หากท่านได้รับความรู้สึกกังวลเรื่องการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยคือ น.ส.กมลวรรณ สีเชียงสา โทร 080-3135559 หรือ ผศ.ภญ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ โทร 089-2051878 หรือ อ.ภญ.ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา โทร 083-2858119 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับของที่ระลึกเพื่อเป็นการขอบคุณสำหรับการให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นจำนวน 1 ชิ้น

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไปรับบริการหลายแห่ง และไม่มีเอกสารระบุการส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชมาที่โรงพยาบาลบ้านแท่น
- ผู้ป่วยที่ไม่อยู่บ้านหรือย้ายถิ่นฐานระหว่างการศึกษ
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน ทั้งนี้ ข้อมูลของท่านจะถูกจัดเก็บ 2 ปี สถานที่เก็บ คือ โรงพยาบาลบ้านแพน จังหวัดชัยภูมิ และจะทำลายภายใน 1 เดือน หลังครบระยะเวลาการจัดเก็บข้อมูล

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

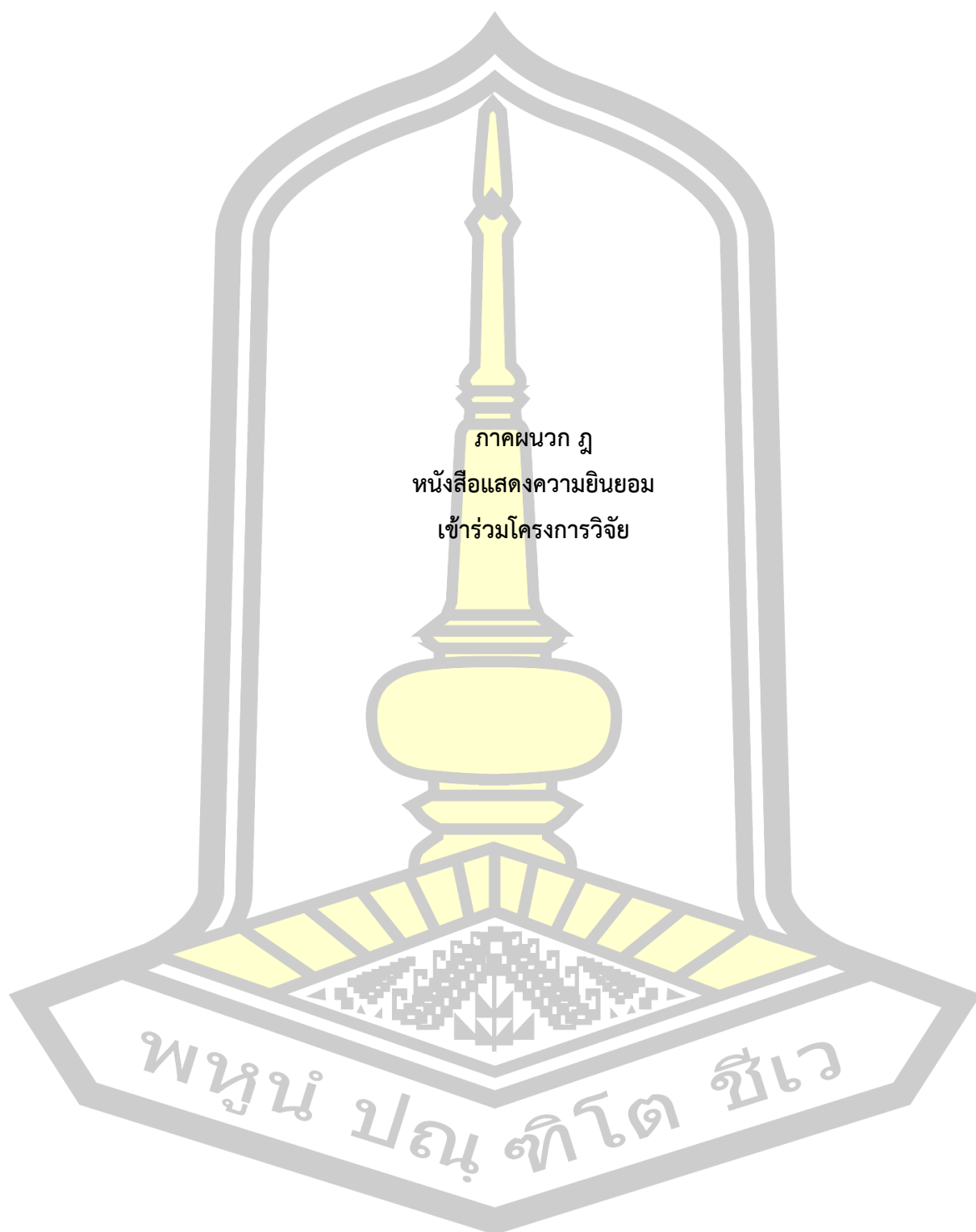
ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้


- ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
- ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
- ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
- ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
- ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
- ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
- ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
- ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์ 043-754416 โทรสาร 043-754416 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

พูน ปรณ ทิโต ชีเว



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

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยสาขาวิชาชีพ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ที่อยู่
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลสระพัง อำเภอบ้านแพ้น จังหวัดชัยภูมิ 36190
ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่
พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้า
ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่
อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่าง
ละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบ
คำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอก
เลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย
และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการ
ให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะ
ผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การ
วิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ

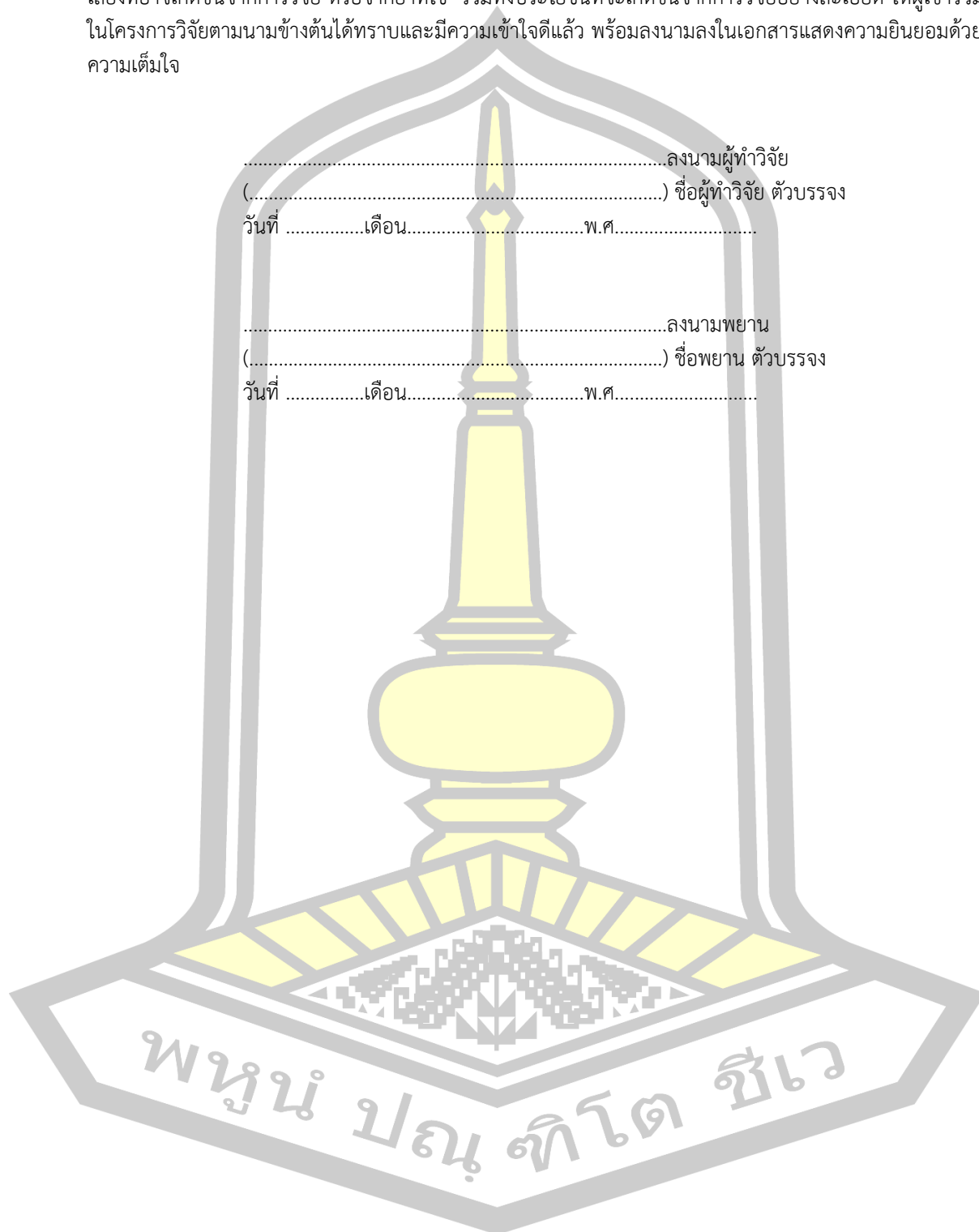
ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ
จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

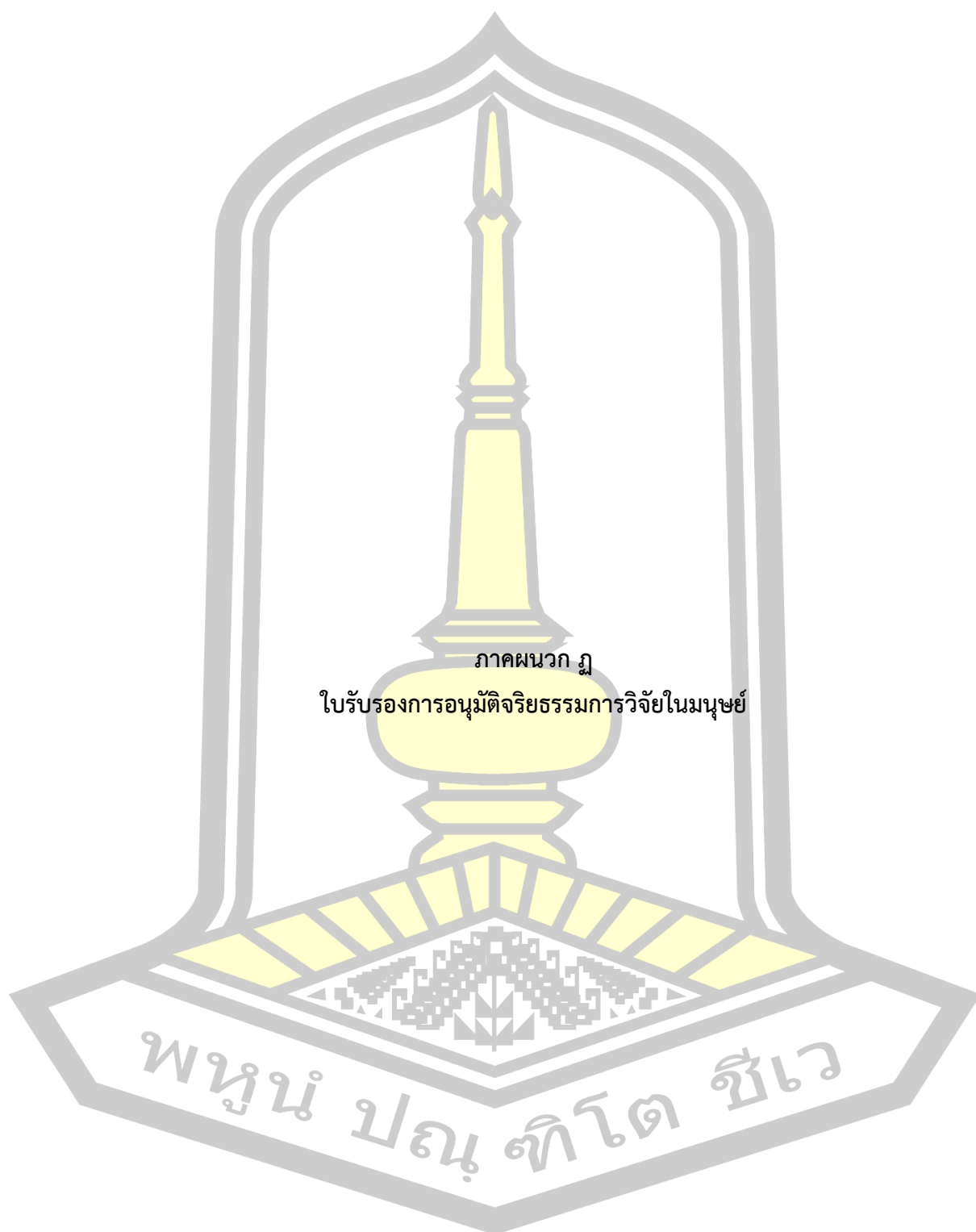
.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....







คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : 066 / 2560

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) : การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยสหวิชาชีพ ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : Development of the System for Caring Schizophrenic Patients within Community by Multidisciplinary Team of Health Network of Amphoe Ban Thaen, Chaiyaphum Province.

ผู้วิจัย : นางสาวกมลวรรณ สีเชียงสา

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะเภสัชกรรมศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดชัยภูมิ

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (full board)

วันที่รับรอง : 4 ตุลาคม 2560

วันหมดอายุ : 3 ตุลาคม 2561

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ สัมพันธ์ ฤทธิเดช)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวกมลวรรณ สีเชียงสา
วันเกิด	วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2529
สถานที่เกิด	อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 39 หมู่ 4 ตำบลบ้านขาม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40140
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เภสัชกรปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลบ้านแท่น ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ รหัสไปรษณีย์ 36190
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2547 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนกัลยาณวัตร จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2552 ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) สาขาวิชาบริบาลเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พ.ศ. 2562 ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (ภ.ม.) สาขาวิชาเภสัชกรรม คลินิก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทีโต ชีเว