

ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม

ธวัลหทัย วิริยะสิริสกุล, ฐชานันท์ อิศริยะชัยกุล, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, สายทิพย์ สุทธิรักษา

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลของการบริหารทางเภสัชกรรมกับบริการตามปกติในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทในเรื่องของความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้เรื่องโรค และปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา **วิธีการ:** แบบของการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่เก็บข้อมูลไปข้างหน้า ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทในคลินิกสรีลาติ โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 69 ราย ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุม (37 ราย) ซึ่งได้รับบริการตามปกติ และกลุ่มทดลอง (32 ราย) ซึ่งได้รับความรู้เรื่องโรคและการรักษา บริหารทางเภสัชกรรม ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละครั้ง นาน 4 สัปดาห์ (วันที่ 7, 14, 21, และ 28) **ผลการวิจัย:** ขณะแรกเริ่ม เพศ อายุ การมีผู้ดูแล ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา และปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นกลุ่มควบคุมมีรับประทายยามากกว่ากลุ่มทดลอง เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p=0.109$) กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคและยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบภายในแต่ละกลุ่มตัวอย่างพบว่า อาการไม่พึงประสงค์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p<0.001$ และ $p=0.002$ ตามลำดับ) **สรุป:** การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท พร้อมกับการให้ความรู้และการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากยา พร้อมให้คู่มือ และติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์สามารถเพิ่มความรู้อันเกี่ยวกับโรคและยา และลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาบางประการได้

คำสำคัญ: โรคจิตเภท ความร่วมมือในการใช้ยา การบริหารทางเภสัชกรรม การโทรศัพท์ติดตาม ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

รับต้นฉบับ: 4 มิ.ย. 2559, รับลงตีพิมพ์: 19 ต.ค. 2559

ผู้ประสานงานบทความ: สายทิพย์ สุทธิรักษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต. ขามเรียง อ. กันทรวิชัย จ. มหาสารคาม 44150

Email: saithip.s@msu.ac.th

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยและมีความรุนแรง ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีปัญหาในด้านความคิดและการรับรู้ที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง จนอาจส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น ไม่สามารถดูแลตนเอง มีปัญหาในการเข้าสังคม ไม่สามารถทำงาน (1) จนเป็นภาระต่อครอบครัว (2) นอกจากนี้ปัญหาจากอาการของโรคแล้วยังพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องมักมีอาการไม่หายขาด นอกจากนี้ยังพบปัญหาจากการรับประทานยารักษาโรคจิตเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดอาการข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยมัก

ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา หยุดรับประทานยาเอง หรือปรับลดขนาดยาเอง (3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่หลังได้รับการรักษาจึงมักมีอาการกำเริบเป็นระยะ ๆ รวมถึงมีอาการหลงเหลืออยู่ทำให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล (4)

อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทพบไม่มากนัก แต่กลับพบว่าความชุกของโรคมักขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาแล้วมักไม่หายขาด ความชุกของโรคจิตเภทในต่างประเทศพบประมาณร้อยละ 0.34 และความชุกชั่วชีวิต (life-time prevalence) ของโรคจิตเภทพบประมาณร้อยละ 0.55 (5) ในประเทศไทยพบความชุกชั่วชีวิตประมาณร้อยละ 0.7 (6)

ในปี 2542 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า กลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่พบมากที่สุดเป็นลำดับที่ 3 ในเพศหญิง คือ โรคจิตเภท รองลงมาจากโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลตามลำดับ ขณะที่เพศชายพบโรคจิตเภทเป็นลำดับที่ 4 รองลงมาจากปัญหาการติดยาเสพติด พิษสุราเรื้อรัง และโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่า ในเพศหญิงโรคจิตเภทอยู่ในลำดับที่ 17 ของโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสุขภาพภาวะ (Disability Adjusted Life Years : DALYs) (7) ในปี 2547 โครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้เกิดอัตราการสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพหรือจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการ (Years Lived with Disability : YLDs) ร้อยละ 2.8 และ 2.5 ในประชากรเพศชายและหญิงตามลำดับ (8)

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทจำเป็นต้องใช้ยา รักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน เพื่อรักษาและควบคุมอาการของโรคให้ปกติและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ถึงแม้ว่ายา รักษาโรคจิตเภทจะมีความสำคัญอย่างมากต่อการรักษาผู้ป่วย แต่กลับพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (9) จากการศึกษาของ Lieberman ติดตามผู้ป่วยนาน 18 เดือน พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทหยุดรับประทานยาเองถึงร้อยละ 74 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยไม่พอใจต่อผลการรักษา และการเกิดอาการข้างเคียงจากยา (10) การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จะส่งผลทำให้การรักษาไม่ได้ผล ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ จนอาจต้องกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย การไม่เข้าใจถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยา การติดสารเสพติด (4) ภาวะความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็น รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนภายนอกอื่น ๆ เช่น ปัญหาด้านความจำ (6)

การแทรกแซง (intervention) ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การส่งข้อความทางโทรศัพท์เพื่อแจ้งเตือนผู้ป่วยเมื่อถึงเวลารับประทานยา โดยนักจิตวิทยาและพยาบาลด้านจิตเวช (7) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การให้คำแนะนำ และการให้ความ

ช่วยเหลือโดยสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย เช่น การจัดการความเครียดในครอบครัว และฝึกวิธีการลดความเครียด รวมถึงการจัดการอย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภท วิธีการเหล่านี้สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา แก้ไขปัญหาที่เกิดจากยาในผู้ป่วย และช่วยให้ผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหมายและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (8, 11)

การที่ผู้ป่วยมีความรู้หรือมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยา รวมถึงการปฏิเสธการเจ็บป่วยอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา การหยุดรับประทานยาเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งนั้นเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ ภาวะของโรคยิ่งจะมีความรุนแรง และซับซ้อนยากต่อการรักษามากขึ้น รวมถึงการต้องเข้ารับการรักษาหรือนอนในโรงพยาบาล ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ดังนั้นการสร้างความรู้เข้าใจที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงโรคที่เป็น การให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และตระหนักในการใช้ยาอย่างถูกต้องและส่งผลเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้ดีขึ้น

ปัจจุบันการศึกษาผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทหรือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทยพบไม่มากนักและยังไม่มี การศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยการให้ความรู้และการติดตามการใช้ยาทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท โดยการให้ความรู้ร่วมกับการแจกคู่มือความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยา และให้คำปรึกษาการใช้ยาอย่างเหมาะสมร่วมกับการติดตามการใช้ยาและปัญหาที่เกิดจากยาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทของโรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติขั้นตอนการศึกษาและจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่รับรองที่ มค 0032.201/2899) และคณะกรรมการจริยธรรม

ทางการวิจัยโรงพยาบาลมหาสารคาม (เลขที่รับรอง mskhe 013/2558) การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) เพื่อเปรียบเทียบผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมกับการบริการตามปกติ ในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ความร่วมมือในการใช้ยา 2) ความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและยาที่ใช้รักษา และ 3) ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค

ตัวอย่าง

ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้มาจากการที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-V) และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิกเสียวดี โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2558 โดยพิจารณาคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษาตามเกณฑ์รับเข้า ดังนี้ ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา อายุ 18 ปี ขึ้นไป ไม่มีการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่เป็นข้อจำกัดในการศึกษา เช่น โรคสมองเสื่อม อ่านหนังสือออกและเขียนได้ อยู่ในระยะโรคที่สงบ และมีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ส่วนเกณฑ์คัดออก ดังนี้ ขอดออกจากการศึกษา ไม่สะดวกให้ติดตามทางโทรศัพท์ และมีความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการมารับการบริบาลทางเภสัชกรรม

ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้คำนวณด้วยสูตรสำหรับการเปรียบเทียบตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันของ Cohen (12) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ 0.05 ($\alpha = 0.05$) อำนาจการทดสอบ (power of test: $1-\beta$) ที่ 0.80 ร้อยละของการให้ความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับบริบาลทางเภสัชกรรมที่ 0.91 และ 0.64 ตามลำดับ ค่าเหล่านี้ได้มาจากการศึกษาประสิทธิผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อความร่วมมือของ Valenstein และคณะ ในปี 2011 (13) ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 29 คนต่อกลุ่ม รวมขนาดตัวอย่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มคือ 58 คน การศึกษานี้เพิ่มจำนวนผู้ป่วยอีกร้อยละ 20 คิดเป็น 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบบันทึกผลการติดตามการใช้ยาผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ประวัติการเจ็บป่วยอื่น ๆ ข้อมูลการใช้ยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลการให้คำปรึกษาผู้ป่วย แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดัดแปลงมาจากงานวิจัยของ สาธุพร พุฒขาว (14) มีคำถามจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทางบวกและคำถามทางลบ คำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก โดยให้เลือกตอบว่าข้อความนั้นตรงกับกับปฏิบัติของตนเองหรือไม่ ("ใช่" หรือ "ไม่ใช่") โดยมีคะแนนเต็ม 7 คะแนน คะแนน 0-3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาด้านโรคจิตเภทในระดับไม่ดี และคะแนน 4-7 คะแนนหมายถึง ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาด้านโรคจิตเภทในระดับดี เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คำนวณค่าความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ (inter-rater agreement) และดัชนีความตรงทางด้านเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าเท่ากับ 0.83 และ 0.80 ตามลำดับ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการคูเดอร์ ริชาร์ดสัน-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาดัดแปลงมาจากงานวิจัยของ สาธุพร พุฒขาว (14) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทางบวก 16 ข้อ และคำถามทางลบ 4 ข้อ คำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก โดยให้เลือกตอบว่าข้อความนั้น "ถูกต้อง" หรือ "ไม่ถูกต้อง" แบบวัดมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปลผลแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0-7 คะแนน 8-14 คะแนน และ 15-20 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการใช้ยารักษาโรคจิตเภทในระดับน้อย ปานกลาง และสูง ตามลำดับ เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เมื่อปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วยวิธีการคูเดอร์ ริชาร์ดสัน-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

คู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยารักษาโรคจิตเภท ประกอบด้วยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความหมายของโรค อาการ สาเหตุ อาการกำเริบ แนวทางการรักษา ยาที่ใช้ในการรักษา ข้อบ่งใช้ คุณสมบัติของยา วิธีการบริหารยา อาการข้างเคียง และการจัดการเมื่อล้มรับประทานยา

เครื่องมือในการศึกษาทั้งหมดได้ถูกทดสอบความตรงทางด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญของคณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคามจำนวน 3 ท่านซึ่งมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผ่านเกณฑ์รับเข้าจากห้องเวชระเบียน เมื่อผู้ร่วมวิจัยพบกับผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างละเอียดในเรื่องวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการวิจัย สิ่งที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องทำ ข้อดีและข้อเสียของการเข้าร่วมในการวิจัย ความเป็นอิสระในการเข้าร่วม หรือถอนตัว ณ เวลาใด ๆ ก็ได้ โดยไม่กระทบสิทธิต่าง ๆ ที่เคยได้รับ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ผู้วิจัยสุ่มแยกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยสุ่มแบบบล็อก ๆ ละ 4 คน โดยการใช้ตารางเลขสุ่ม หลังจากผู้ป่วยรับการตรวจจากแพทย์ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมจากทีมผู้วิจัย โดยได้รับความรู้เรื่องโรคและการใช้ยารักษาโรคจิตเภท พร้อมกับได้รับคู่มือเรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์และให้คำแนะนำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติจากโรงพยาบาล ได้แก่ การตรวจจากแพทย์และรับยาพร้อมรับคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกรตามการบริการปกติ

ผู้วิจัยเขียนเครื่องหมายหน้าแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่คัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยเพื่อให้เจ้าหน้าที่ในคลินิกสืบลาวติทราบว่าจะต้องนำผู้ป่วยมาพบผู้วิจัยหลังพบแพทย์ ผู้ป่วยพบกับผู้วิจัยทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 (ขณะแรกเริ่ม) ผู้วิจัยสัมภาษณ์และประเมินผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาโดยใช้แบบสอบถามของ สาธุพร พุฒขาว และประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ดัดแปลงมาจาก แบบประเมินของรจเรศ หาญรินทร์ (15)

การโทรศัพท์ติดตามความร่วมมือในการใช้ยา

กลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ถึงความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 4 ครั้ง (1 เดือน) ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ครั้งละประมาณ 10-15 นาที

โดยเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวและพูดคุยสอบถามในประเด็นดังนี้ สภาวะความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย สอบถามการรับประทานยาของผู้ป่วย ถ้าไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยอธิบายวิธีรับประทานยาที่ต้องอีกครั้งต่อมาสอบถาม อาการข้างเคียงจากยา หากมี ผู้วิจัยแนะนำวิธีแก้ไข หลังจากนั้น สอบถามว่าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีการลืมรับประทานยา หรือมีสาเหตุอื่นที่ทำให้ไม่ได้รับประทานยาหรือไม่

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา เช่น ได้รับยาชนิดใหม่หรือความแรงใหม่ หรือยาเดิมที่มีการปรับจำนวนหรือความถี่ในการรับประทาน ผู้วิจัยเน้นย้ำวิธีการรับประทานยาดังกล่าวให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มถูกนัดหมายเพื่อติดตามผลการรักษาครั้งที่ 2 (เมื่อสิ้นสุดการศึกษา) โดยมีระยะเวลาห่างจากครั้งแรก 30 วัน การพบผู้ป่วยครั้งที่สอง ผู้วิจัยประเมินผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 2) ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา 3) ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยารักษาโรคจิตเภท ด้วยวิธีเดียวกับที่กล่าวมาแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อสรุปข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในรูปของค่าเฉลี่ย ความถี่ และร้อยละ การเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเรื่องร้อยละของผู้ป่วยที่มีโรคร่วมใช้ Chi-square test การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในประเด็นระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ความร่วมมือในการใช้ยา และความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา ใช้ Mann-Whitney U test การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการศึกษาของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มในประเด็นปัญหาจากการใช้ยาใช้และความรู้รายข้อ ใช้สถิติ McNemar's test การเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาและความรู้เกี่ยวกับโรคและยา ภายในกลุ่มใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test

ผลการวิจัย

ลักษณะของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาที่คลินิกสืบลาวติของโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนมกราคมถึง

เดือนเมษายน 2558 ยินดีเข้าร่วมการศึกษา 69 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองจำนวน 32 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 37 ราย ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P>0.05$) ในด้านเพศ อายุเฉลี่ย (43.9 และ 44.4 ปี ตามลำดับ) ค่าดัชนีมวลกาย (24.5 และ 24.2 กิโลกรัม/เมตร² ตามลำดับ) การมีผู้ดูแล (ร้อยละ 90.6 และ 86.5 ตามลำดับ) และสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก (ร้อยละ 100 และ 86.5 ตามลำดับ) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของชาติชาย ไบทัตทิม ที่พบว่าคนในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักให้การยอมรับผู้ป่วย เพราะการให้ความรักต่อผู้ป่วยในฐานะของสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว และความรู้สึกรักที่ตนเป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วย นอกจากนี้ วัฒนธรรมของประเทศไทยและความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรมตามแนวทางพุทธศาสนา ทำให้ญาติของผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ดี (16)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการรักษาด้วยยาไม่แตกต่างกัน ($P=0.294$) โดยทั้งสองกลุ่มใช้ยานานกว่า 5 ปีร้อยละ 65.6 และ 48.6 ตามลำดับ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่กล่าวว่า โรคจิตเภทเมื่อเป็นแล้ว หากไม่รักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง จะกลายเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง และมักไม่หายขาด Breier และคณะศึกษาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมการศึกษามีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ยนาน 7 ปี และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบนอนในโรงพยาบาลมีอัตราการกลับเป็นซ้ำถึงร้อยละ 78 (17) การศึกษาของ Emsley และคณะพบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกแล้วกลับมาป่วยซ้ำ คือ การไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา การใช้สารเสพติด ผู้ดูแลใช้ความรุนแรงหรือกดดันผู้ป่วย และการรักษาที่ไม่ดีตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำจะต้องรักษานานต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปีหรือตลอดชีวิต (18)

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีโรคร่วมสามอันดับแรกที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 40.6 และ 48.6 ตามลำดับ, $P=0.504$) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.8 และ 18.85 ตามลำดับ, $P=0.986$) และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 21.9 และ 8.1

ตามลำดับ, $P=0.105$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Meyer (19) Dixon และคณะ และ Felker และคณะ (20, 21) และ Davidson (22) ยาทางจิตเวชมีผลต่อการควบคุมและการเกิดโรคร่วม นั่นคือ การที่ยามีฤทธิ์ในการยับยั้ง H_1 receptor และ $5-HT_{2c}$ receptor ทำให้ผู้ป่วยอยากรับประทานอาหารและรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้นจนควบคุมโรคยากหรือเกิดโรคอ้วน โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจอื่น ๆ ตามมา

ปัญหาจากการใช้ยา

จากตารางที่ 1 ก่อนการศึกษา ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปัญหาจากการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) ยกเว้นผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (9 คนหรือร้อยละ 24.3) สัมรับประทานยามากกว่ากลุ่มทดลอง (2 คนหรือร้อยละ 6.2) อย่างมีนัยสำคัญ ($P=0.041$) เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p=0.084$) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มพบว่า การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p<0.001$, $p=0.002$ ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมยังคงสัมรับประทานยามากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทั้งก่อนและหลังการศึกษา ($p=0.041$ และ $p=0.005$ ตามลำดับ) ทำให้ไม่สามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่า ความแตกต่างหลังการศึกษานั้นเป็นผลมาจากการแทรกแซงจริง ๆ หรือไม่ ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงโดยใช้จำนวนคนที่เปลี่ยนจากร่วมมือเป็นไม่ร่วมมือ (และจำนวนคนที่เปลี่ยนจากไม่ร่วมมือเป็นร่วมมือ) ในทั้งสองมากลุ่มเปรียบเทียบกันด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า ไม่มี ความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p=0.096$) จึงสามารถสรุปได้ว่า การแทรกแซงไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อความร่วมมือในการใช้ยา (ตารางที่ 1)

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มควบคุมมีปัญหาการหยุดรับประทานยาเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับเชิญเข้าร่วมการศึกษา และถูกนัดหมายติดตามเรื่องการรับประทานยา อาจทำให้ผู้ป่วยตระหนักในการกินยาเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยาในช่วงก่อนและหลังการศึกษา 1 เดือน

ปัญหาจากการใช้ยา	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา 1 เดือน			P จากการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (ก่อน - หลังการศึกษา) ²	
	ทดลอง (n=32)	ควบคุม (n=37)	P ¹	ทดลอง (n=32)	ควบคุม (n=37)	P ¹	ทดลอง (n=32)	ควบคุม (n=37)
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	18 (56.2)	21 (56.8)	0.966	4 (12.5)	11 (29.7)	0.084	<0.001	0.002
ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามที่แพทย์สั่ง								
-ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเอง	4 (12.5)	7 (18.9)	0.468	0 (0)	0 (0)	-	0.125	0.016
-ผู้ป่วยลืมนับรับประทานยา	2 (6.2)	9 (24.3)	0.041	0 (0)	8 (21.6)	0.005	0.500	1.000
-ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	2 (6.2)	2 (5.4)	0.881	0 (0)	2 (5.4)	0.182	0.500	1.000
-ผู้ป่วยใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	1 (3.1)	0 (0)	0.279	0 (0)	0 (0)	-	1.000	-
-ผู้ป่วยใช้ยาไม่ตรงตามเวลา	0 (0)	0 (0)	-	0 (0)	2 (5.4)	0.182	-	0.500
-ผู้ป่วยใช้ยาไม่ครบทุกมื้อ	0 (0)	1 (2.7)	0.349	0 (0)	1 (2.7)	0.349	-	1.000

1: Chi-square test

2: McNemar's test

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากตารางที่ 2 คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทั้งก่อนการศึกษา (6.31±1.00 และ 5.95±1.39, P=0.341) และหลังการศึกษา (6.53±0.80 และ 5.78±1.37, P=0.109) อย่างไรก็ตาม พบว่าในกลุ่มทดลอง คะแนนความร่วมมือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ในกลุ่มควบคุมคะแนนความรู้หลังการศึกษามีแนวโน้มลดลง ระดับความร่วมมือในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการศึกษาพบว่าอยู่ในระดับดี การศึกษานี้พบว่าระดับความร่วมมือในผู้ป่วยกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Beebe และคณะที่แก้ไขปัญหาคการใช้ยาใน

ผู้ป่วยโรคจิตเภท และติดตามทางโทรศัพท์โดยพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 3 เดือน ซึ่งสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้ (22) ดังนั้นในการศึกษาครั้งถัดไป ผู้วิจัยควรทำการแทรกแซงอย่างต่อเนื่องและนานขึ้น

ความรู้เรื่องโรคและยา

ก่อนการศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้และระดับความรู้เรื่องโรคและยาไม่แตกต่างกัน (p=0.171 ทั้ง 2 ค่า) (ตารางที่ 3) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 78.1 และ ร้อยละ 73.0 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของสาธุพร พุฒขาว ที่พบว่า ร้อยละ 67.8 ของผู้ป่วยนอกโรค

ตารางที่ 2. ความร่วมมือในการใช้ยาในช่วงก่อนและหลังการศึกษา 1 เดือน

คะแนนและระดับความร่วมมือในการใช้ยา	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา 1 เดือน		P (เปรียบเทียบภายในกลุ่ม)	
	ทดลอง (n=32)	ควบคุม (n=37)	ทดลอง (n=32)	ควบคุม (n=37)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย (เต็ม 7) (±S.D.)	6.31±0.99	5.95±1.39	6.53±0.80	5.78± 1.37	0.070 ²	0.245 ²
P	0.341 ¹		0.109 ¹			
ระดับความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี	1 (3.1)	3 (8.1)	0 (0)	3 (8.1)	0.317 ²	1.000 ²
ดี	31 (96.9)	34 (91.9)	32 (100.0)	34 (91.9)		
P	0.342 ¹		0.059 ¹			

1: Mann-Whitney U test

2: Wilcoxon signed ranks test

ตารางที่ 3. คะแนนเฉลี่ยและระดับความรู้เรื่องโรคและยา

ตัวแปร	การให้ความรู้ครั้งที่ 1			หลังให้ความรู้ 1 เดือน		P จากการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ²		
	กลุ่มทดลอง (ก่อน) (n=37)	กลุ่มควบคุม (ก่อน) (n=32)	กลุ่มทดลอง (หลังทันที) (n=37)	กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มควบคุม (n=37)	กลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง ทันที	กลุ่มควบคุม ก่อน-หลัง 1 เดือน	กลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง 1 เดือน
คะแนนความรู้ เฉลี่ย (เต็ม 20 คะแนน) (±SD)	16.56±2.71	15.81±2.91	19.47±0.76	19.00±0.76	15.89±2.67	<0.001	0.653	0.010
P ¹	0.171			<0.001				
ระดับความรู้ ต่ำ	0 (0)	1 (2.7)	0 (0)	0 (0)	7 (18.9)	0.008	0.102	0.008
ปานกลาง	7 (21.9)	9 (24.3)	0 (0)	0 (0)	30 (81.1)			
สูง	25 (78.1)	27 (73.0)	32 (100.0)	32 (100.0)	0 (0.0)			
P ¹	0.171			<0.001				

1: Mann-Whitney U test, 2: Wilcoxon signed ranks test

จิตเภทของโรงพยาบาลสวนปรุง (118 ราย) มีความรู้อยู่ในระดับสูง (14) เมื่อสิ้นสุดการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนความรู้และระดับความรู้ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$ ทั้ง 2 ค่า) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรมทันทีพบว่า คะแนนความรู้เรื่องโรคและยาและระดับความรู้เรื่องโรคและยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการแทรกแซง ($p < 0.001$ และ $p = 0.008$ ตามลำดับ) การเปรียบเทียบก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรมนาน 1 เดือนในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนความรู้เรื่องโรคและยาและระดับความรู้เรื่องโรคและยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.010$ และ 0.008 ตามลำดับ)

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองหลังจากได้รับความรู้ทันทีและหลังจากติดตามไป 1 เดือนมีระดับความรู้ในระดับสูงร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดการศึกษามีระดับความรู้ส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 81.1) แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้เรื่องโรคและยาสามารถเพิ่มระดับคะแนนความรู้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ก่อนการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องมากที่สุดที่สองอันดับแรก คือ เข้าใจว่า การมีความผิดปกติด้านความคิดของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดสร้างสรรค์ (ข้อ 9 ในตารางที่ 4) และหากผู้ป่วยมีเรื่องไม่สบายใจจะต้องมาขอรับคำปรึกษาหรือความ

ช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาลเท่านั้น (ข้อ 13 ในตารางที่ 4) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมร้อยละ 28.1 และ 27.0 ตามลำดับมีความรู้ถูกต้องว่าการมีความผิดปกติด้านความคิดของผู้ป่วย ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดสร้างสรรค์ หลังการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยมีความเข้าใจถูกต้องในเรื่องนี้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 34.4 แต่กลุ่มควบคุมมีความรู้ข้อนี้ถูกต้องลดลงเป็นร้อยละ 10.8 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจำนวนมากในทั้งสองกลุ่มยังมีความเข้าใจที่ผิดในเรื่องนี้ ผู้วิจัยและผู้ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยควรสนใจในการทำให้ผู้ป่วยตระหนักและมีความรู้ที่ถูกต้องว่าความคิดที่ผิดปกตินั้นไม่ใช่ความคิดสร้างสรรค์ แต่เป็นอาการหนึ่งของโรคจิตเภท (ตารางที่ 4)

ความเข้าใจผิดอันดับต่อมา คือ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเข้าใจผิดว่าหากมีเรื่องไม่สบายใจจะต้องมาขอรับคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาลเท่านั้น (ข้อ 13 ในตารางที่ 4 ซึ่งมีผู้ตอบถูกเพียงร้อยละ 46.9 และ 24.3 ตามลำดับ) ซึ่งแท้จริงแล้วผู้ป่วยสามารถพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือคนที่ไว้ใจได้ในเบื้องต้น หากไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ จึงค่อยมาขอรับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีไข้มีเพียงแพทย์หรือพยาบาลเท่านั้น เช่น นักจิตวิทยา เป็นต้น หลังการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยมีความเข้าใจถูกต้องในเรื่องนี้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 84.4 แต่กลุ่มควบคุมมีความรู้ข้อนี้ไม่ต่างจากเดิมนัก (ร้อยละ 27.0)

ตารางที่ 4. จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยที่ตอบคำถามรายข้อเรื่องโรคและยาถูกต้องในช่วงก่อนและหลังศึกษา 1 เดือน

คำถาม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนศึกษา	หลังศึกษา 1 เดือน	P ¹	ก่อนศึกษา	หลังศึกษา 1 เดือน	P ¹
1. ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายมีอาการแตกต่างกันได้	32 (100.0)	32 (100.0)	-	36 (97.3)	37 (100.0)	1.000
2. หูแว่วโดยไม่เห็นคนพูดเป็นอาการอย่างหนึ่งที่พบได้	31 (96.9)	32 (100.0)	1.000	33 (89.2)	33 (89.2)	0.250
3. อาการอย่างหนึ่งที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภทคือ อาการหลงผิด เช่น กลัวว่าจะมีคนมาฆ่า มาทำร้าย	27 (84.4)	32 (100.0)	0.062	29 (78.4)	32 (86.5)	0.500
4. ผู้ป่วยจิตเภทมักจะแยกตัวไม่ยุ่งกับใคร	25 (78.1)	32 (100.0)	0.016	30 (81.1)	32 (86.5)	1.000
5. การเคลื่อนไหวช้าเป็นความผิดปกติอย่างหนึ่งที่พบได้	30 (93.8)	32 (100.0)	0.500	32 (86.5)	33 (89.2)	0.219
6. การพูดคนเดียวเป็นความผิดปกติอย่างหนึ่งที่พบได้	26 (81.2)	31 (96.9)	0.062	28 (75.7)	24 (64.9)	1.000
7. การนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติที่พบได้เมื่อเจ็บป่วย	31 (96.9)	32 (100.0)	1.000	35 (94.6)	34 (91.9)	1.000
8. ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการงง สับสน	28 (87.5)	31 (96.9)	0.375	32 (86.5)	32 (86.5)	0.031
9. การมีความผิดปกติทางความคิดของผู้ป่วยจิตเภทช่วยให้มีความคิดสร้างสรรค์	9 (28.1)	11 (34.4)	0.754	10 (27.0)	4 (10.8)	0.500
10. การมีความผิดปกติทางความคิดทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการได้จึงทำให้โรครุนแรงหรือเรื้อรัง	26 (81.2)	32 (100.0)	0.031	31 (83.8)	33 (89.2)	-
11. การรับประทานยาที่แพทย์สั่งครบถ้วน ถูกต้องสามารถป้องกันไม่ให้โรครุนแรงหรือเรื้อรัง	32 (100.0)	32 (100.0)	-	37 (100.0)	37 (100.0)	1.000
12. การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอสามารถป้องกันไม่ให้โรครุนแรงหรือเรื้อรัง	32 (100.0)	32 (100.0)	-	37 (100.0)	37 (100.0)	-
13. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านต้องมาปรึกษาขอความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาลท่านั้น	15 (46.9)	27 (84.4)	0.002	9 (24.3)	10 (27.0)	1.000
14. การรับประทานยาอาจทำให้มีความผิดปกติจากผลข้างเคียงของยา	28 (87.5)	32 (100.0)	0.125	36 (97.3)	36 (97.3)	1.000
15. อาการมือสั่น น้ำลายไหล เดินชอยเท้า เป็นอาการจากผลข้างเคียงของยา	25 (78.1)	32 (100.0)	0.016	27 (73.0)	28 (75.7)	1.000
16. อาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เคลื่อนไหวช้า เดินตัวแข็งทื่อ	25 (78.1)	32 (100.0)	0.016	29 (78.4)	29 (78.4)	1.000
17. ผู้ที่รับประทานยารักษาโรคจิต อาจได้รับผลข้างเคียงของยา แต่สามารถแก้ไขได้	30 (93.8)	31 (96.9)	1.000	34 (91.9)	37 (100.0)	0.250
18. วิธีปฏิบัติตนเมื่อพบว่าตนเองมีความผิดปกติจากผลข้างเคียงของยา คือ รับประทานยาบางเม็ดหรือบางมื้อเท่าที่จำเป็น	25 (78.1)	31 (96.9)	0.070	22 (59.5)	23 (62.2)	1.000
19. เมื่อท่านพบว่าตนเองมีความผิดปกติจากผลข้างเคียงของยา ให้ลดหรือดยาไว้ก่อนแล้วรอมารตรวจจากนัด	27 (84.4)	32 (100.0)	0.062	21 (56.8)	20 (54.1)	1.000
20. การรับประทานยารักษาจิตเภทไม่จำเป็นต้องเกิดผลข้างเคียงของยาเสมอไป	26 (81.2)	30 (93.8)	0.125	37 (100.0)	37 (100.0)	-

1: McNemar's test

จากตารางที่ 4 หลังการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในเรื่องอาการของโรค (ข้อ 4) การประเมินความรุนแรงของโรค (ข้อ 10) การขอรับความช่วยเหลือหากเกิดความผิดปกติ (ข้อ 13) และอาการข้างเคียงจากยา (ข้อ 15 และ 16) ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมพบว่าความรู้เรื่องโรคและยาไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการติดตามนาน 1 เดือน

การอภิปรายและสรุปผล

การบริหารทางเภสัชกรรมโดยการให้ความรู้เรื่องโรคและยา พร้อมทั้งให้ออกสารความรู้เรื่องโรคและยาร่วมกับการติดตามการรับประทานยาโดยการโทรศัพท์ที่ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและยาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับภายในกลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงพบว่าอาการไม่พึงประสงค์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ การให้การบริหารทางเภสัชกรรมโดยการโทรศัพท์ติดตามมีมากถึง 4 ครั้งต่อเดือน จึงอาจเกิดปฏิกิริยาต่อการวิจัยในผู้ป่วย (experimental reactance) คือ ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมเพราะถูกกระตุ้นด้วยกระบวนการวิจัยส่วนที่ไม่ใช่การแทรกแซง เช่น เพียงแค่การได้รับโทรศัพท์จากเภสัชกร (โดยไม่ต้องมีคำแนะนำใด ๆ) ก็ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า มีคนคอยห่วงใยและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินยาและอื่น ๆ การโทรศัพท์ไปหาผู้ควบคุมด้วยโดยไม่แนะนำอะไร จะช่วยทำให้เห็นผลอันดีในกลุ่มควบคุม ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองจะทำให้ทราบถึงผลที่ชัดเจนของการแทรกแซง นอกจากนี้ การติดตามที่ดีเช่นนี้อาจไม่สามารถทำได้จริงในทางปฏิบัติ นอกจากนี้ การวิจัยนี้มีการติดตามผู้ป่วยเพียง 1 เดือน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้น การวิจัยครั้งถัดไปควรติดตามให้นานกว่านี้ งานวิจัยนี้ไม่มีการวัดการไม่ใช้ยาตามสั่งด้วยการนับเม็ดยา เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้นำยามาที่โรงพยาบาลในวันที่พบผู้วิจัย แต่เพื่อให้การวัดการไม่ใช้ยาตามสั่งถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น ควรให้ผู้ป่วยนำยามาให้นับทุกครั้งสำหรับงานวิจัยในอนาคต งานวิจัยไม่ได้วัดตัวแปรที่มีความสำคัญหลายตัว เช่น อาการทางคลินิก เช่น BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ทักษะชีวิตของผู้ป่วยต่อโรค การศึกษาถัดไป ควรจะ

วัดตัวแปรที่สำคัญเหล่านี้เพื่อประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยในโรคนี้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่าน รวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกคนในคลินิกลีลาวดี โรงพยาบาลมหาสารคาม และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่อำนวยความสะดวกให้สามารถดำเนินการวิจัยได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Clark LK, Warman D, Lysaker PH. The relationships between schizophrenia symptom dimensions and executive functioning components. *Schizophr Res* 2010; 124: 169-75.
2. Dixon L. Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcome. *Schizophr Res* 1999; 35: S93-S100.
3. Tranulis C, Goff D, Henderson DC, Freudenreich O. Becoming adherent to antipsychotics: a qualitative study of treatment experienced schizophrenia patients. *Psychiatr Serv* 2011; 62: 888-92.
4. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol* 2013; 3: 200-18.
5. Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: A systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 833-43.
6. Llorca P-M. Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Res* 2008; 161: 235-47.
7. Montes JM, Maurino J, Diez T, Saiz-Ruiz J. Telephone-based nursing strategy to improve adherence to antipsychotic treatment in schizo-

- phrenia: A controlled trial. *Int J Psychiatry Clin Prac* 2010; 14: 274-81.
8. O'Donnell C, Donohoe G, Sharkey L, Owens N, Migone M, Harries R, et al. Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. *BMJ* 2003; 327: 1-4.
 9. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. evidence for action. Geneva: World Health Organization. World Health Organization; 2003.
 10. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353: 1209-23.
 11. Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 1-9.
 12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
 13. Valenstein M, Kavanagh J, Lee T, Reilly P, Dalack GW, Grabowski J, et al. Using a pharmacy-based intervention to improve antipsychotic adherence among patients with serious mental illness. *Schizophr Bull* 2011; 37: 727-36.
 14. Putkhao S. Factors affecting medication compliance in schizophrenic patients [master thesis]. Chaing Mai: Chaingmai University; 1998.
 15. Hanrinth R. Classification for drug related problems. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2009; 1: 84-96.
 16. Baitaptim C. Lives after discharge of the schizophrenic patients of Srithanya hospital [master thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2004.
 17. Breier A, Schreiber JL, Dyer J, Pickar D. National institute of mental health longitudinal study of chronic schizophrenia: Prognosis and predictors of outcome. *Arc Gen Psychiatry* 1991; 48: 239-46.
 18. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 1-8.
 19. Meyer JM. A retrospective comparison of weight, lipid, and glucose changes between risperidone and olanzapine-treated inpatients: metabolic out-comes after 1 year. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 425-33.
 20. Dixon L, Weiden P, Delahanty J, Goldberg R, Postrado L, Lucksted A, et al. Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. *Schizophr Bull* 2000; 26: 903-12.
 21. Felker B, Yazel J, Short D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 1356-63.
 22. Davidson M. Risk of cardiovascular disease and sudden death in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(Suppl 9): 5-11.
 23. Beebe LH, Smith K, Crye C, Addonizio C, Strunk DJ, Martin W, et al. Telenursing intervention increases psychiatric medication adherence in schizophrenia outpatients. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2008; 14: 217-24.

Outcomes of Pharmaceutical Care in Outpatients with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial

Taralhathai Wiriyasirisakul, Thachanan Isariyachaikul, Juntip Kanjanasilp, Saithip Suttiruksa

Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

Abstract

Objective: To compare the effect of the pharmaceutical care with that of usual care in outpatients with schizophrenia in terms of medication compliance, knowledge on disease and drug related problems. **Method:** Study design was a prospective, randomized controlled trial. The subjects were 69 outpatients with schizophrenia in Leelawadee clinic at Mahasarakham hospital. The researchers randomized the subjects into control group (n=37) which received usual care from the hospital and experimental group (n=32) which received patient education on knowledge about schizophrenia and medication, pharmaceutical care and telephone monitoring every week for 4 weeks (day 7, 14, 21, and 28 after receiving pharmaceutical care). **Results:** There were no significant differences in any baseline characteristic between control and experimental groups in terms of gender, age, availability of caregivers, medication compliance, knowledge on disease and medications, and drug-related problems, except for the forgetting to take medication which was higher in the control group over the experimental group. At the end of the study, no significant differences in medication compliance were found between the experimental group and the control group ($p=0.109$). Knowledge about schizophrenia and medications in the experimental group was significantly higher than that in control group ($p<0.001$). Within group comparison revealed that the incidence of adverse drug reactions in experimental group and control group significantly decreased. ($p<0.001$ และ $p=0.002$, respectively) **Conclusion:** Pharmaceutical care in outpatients with schizophrenia together with patient education, resolving drug related problems, distribution of handbook and telephone supervision improved patients' knowledge about schizophrenia and medication, and reduced some types of drug related problems,

Keywords: schizophrenia, compliance, pharmaceutical care, telephone monitoring, drug related problem