

ผลของการพัฒนารูปแบบวิธีการจัดยาแบบ 7 วัน เพื่อสนับสนุนผู้ดูแลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

ริฎา วัฒนศิริวิชช์ ภ.ม.(เภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร)

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลรามัน.

Corresponding author, Email: ritawatana27@gmail.com

(วันรับบทความ : 21 สิงหาคม 2568, วันแก้ไขบทความ : 27 พฤศจิกายน 2568, วันตอบรับบทความ : 18 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางความคิดที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การขาดศักยภาพของผู้ดูแลในการจัดการยาอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาและเกิดการกำเริบของอาการ การศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการจัดยาแบบ 7 วัน เพื่อสนับสนุนผู้ดูแลในการเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินรูปแบบการจัดยาแบบ 7 วันต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

วัสดุและวิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (กุมภาพันธ์-เมษายน 2568) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีความร่วมมือในการใช้นาน้อยกว่า ร้อยละ 80 และมีผู้ดูแลที่มีศักยภาพไม่เพียงพอ จำนวน 76 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ใช้รูปแบบการจัดยาแบบ 7 วัน ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยการนับเม็ดยาคงเหลือและแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท MAST วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบวิลคอกซัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา: หลังจากการจัดยาแบบ 7 วันเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลที่มีศักยภาพไม่เพียงพอพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น 67 ราย (ร้อยละ 88.16) จากทั้งหมด 76 ราย ค่ามัธยฐาน (Median) ของร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาจากการนับเม็ดยาเพิ่มจาก 35.0 เป็น 85.0 และจากแบบประเมิน MAST เพิ่มจาก 30.0 เป็น 38.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ก่อนและหลังการทดลองด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test ความร่วมมือในการใช้ยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวัดด้วยการนับเม็ดยาและใช้แบบประเมิน ($W = 2926, p < 0.001$) ($W = 0.00, p < .001$) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการแทรกแซงมีผลต่อการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนผู้ดูแลมีทักษะการจัดยาเพิ่มขึ้น 70 ราย (ร้อยละ 92.12) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ($p = 0.4801, p < 0.001$)

สรุป: รูปแบบการจัดยาแบบ 7 วันช่วยให้ผู้ดูแลที่มีศักยภาพไม่เพียงพอเพิ่มความร่วมมือการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

คำสำคัญ: ความร่วมมือการใช้ยา ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท

The Effects of Developing A 7-Day Medication Packaging Model to Support Caregivers in Enhancing Medication Adherence Among Patients with Schizophrenia at Raman Hospital, Yala Province

Rita Watanasiriwanich, M.Pharm. (Social and Administrative Pharmacy)

Pharmacy Department, Raman Hospital

Abstract

Background: Schizophrenia requires continuous pharmacological treatment, yet limited caregiver capacity can reduce medication adherence and increase relapse. This study developed and evaluated a 7-day medication dispensing model to support caregivers and improve adherence.

Objective: To assess the effectiveness of the 7-day medication dispensing model on medication adherence in patients with schizophrenia.

Materials and Methods: A one-group pretest-posttest quasi-experimental study was conducted from February–April 2025 among 76 patients with adherence below 80% and caregivers with limited capacity. The intervention provided four numbered weekly medication packs per month, with doses separated by meal times. Adherence was measured using pill count and the MAST scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed-rank test, and Spearman correlation.

Results: After the intervention, 88.16% of patients showed improved adherence. Median adherence increased from 35.0 to 85.0 by pill count, and MAST scores increased from 30.0 to 38.0. Post-intervention adherence was significantly higher ($p < .001$). Caregiver medication management also improved and correlated positively with patient adherence ($p = 0.4801$, $p < .001$).

Conclusions: The 7-day medication dispensing model effectively enhanced medication adherence among patients with schizophrenia, particularly those with caregivers of limited capacity.

Keywords: medication adherence caregiver schizophrenia

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) คือ โรคที่มีความผิดปกติของความคิดส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิต เช่น การดูแลตัวเอง การใช้ชีวิตในสังคม ในทั่วโลก มีผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน⁽¹⁾ จากสถิติของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชสูงถึง 4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.44 ของประชากรไทยทั้งหมดและเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 299,771 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽²⁾ ในจังหวัดยะลา มีผู้ป่วยจิตเภท 5,413 ราย และอยู่ในอำเภอรามัน 1,261 ราย ซึ่งมากเป็นลำดับที่ 2 ของจังหวัดยะลาจากทั้งหมด 8 อำเภอ ปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ จากการทบทวนวรรณกรรม Higashi และคณะ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด⁽³⁾ นอกจากนี้ Canas และคณะยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ในช่วง 1 ปี แกร้อยละ 59 และเมื่อผ่านไป 18 เดือน พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74 ⁽⁴⁾ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม⁽³⁾จากการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เช่น โรคจิตเภท โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคหอบหืด โรคเหล่านี้ล้วนใช้วิธีการใช้ยาที่ซับซ้อนและมียาเป็นปริมาณมากยากต่อการจัดการ และควบคุมให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพถึงเป้าหมายได้ หากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้นยาน้อยจะส่งผลกระทบต่อภาวะโรค คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งสูญเสียทรัพยากรโดยเปล่าประโยชน์⁽⁵⁾ ซึ่งผลของการรักษาไม่ต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยต้องมา

รักษาซ้ำ ความเสี่ยงอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาและเพิ่มภาระในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดในประเทศไทย โดยภาพรวมต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 31,000 ล้านบาท หรือประมาณ 87,000 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย⁽⁶⁾ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาไม่ได้หลายรูปแบบ เช่น การใช้แบบประเมิน การสอบถาม การนับเม็ดยา จากการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการวัดผลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยประเมินตนเองสรุปได้ว่าหากผู้ป่วยรับประทานยาได้ > ร้อยละ 80 ของยาทั้งหมด ประเมินว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดี (adherence) หากผู้ป่วยรับประทานยาได้ < ร้อยละ 50 ประเมินว่ามีความร่วมมือในการใช้ยาบางส่วน (partial adherence) และหากผู้ป่วยไม่รับประทานยาเกิน 1 สัปดาห์ ประเมินว่าผู้ป่วยไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา (non-adherence) แต่ข้อมูลที่ได้นี้มักจะต่ำกว่าความเป็นจริง จึงแนะนำให้มีการใช้มาตรวัดที่เฉพาะเจาะจงร่วมด้วย เช่น การนับเม็ดยาคงเหลือ หรือการบันทึกของเภสัชกรจากร้านยาเป็นต้น⁽⁷⁾ ปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากหลายปัจจัย แบ่งเป็น 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ สิทธิการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม เช่น ขาดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรในทีมรักษา เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับทีมผู้รักษาที่ไม่ดี ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนจำหน่าย ระยะเวลาการนัดหมาย 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น ไม่มีการตอบสนองต่อการรักษา อาการข้างเคียง

จากยา ตารางเวลาในการรับประทานยาที่มีความซับซ้อน ไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน⁽⁸⁾งานวิจัยส่วนใหญ่จะส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาที่หลากหลายวิธีร่วมกัน⁽⁹⁾ ซึ่งมุ่งเน้นให้ความสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้รักษา การให้ความรู้เรื่องโรค ความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียง แต่ให้ความสำคัญน้อยในเรื่องของการขาดยา ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวจะเน้นให้สุขภาพจิตศึกษา เรื่องโรค การรักษากับญาติหรือผู้ดูแลที่มีศักยภาพในการดูแล เมื่อครอบครัวมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น⁽¹⁰⁾ ผู้ป่วยจิตเภทบางรายที่ญาติหรือผู้ดูแลที่มีศักยภาพที่ไม่เพียงพอก็ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาและอาการกำเริบได้⁽¹¹⁾

คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ปี 2567 มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ จำนวน 1,261 ราย สามารถแบ่งตามกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. ผู้ดูแลที่มีศักยภาพหรือทักษะในการจัดยาดีเช่น อ่านออกเขียนได้ มีความรู้และยังเป็นวัยทำงาน จำนวน 1092 ราย (ร้อยละ 86.59) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มนี้มีความร่วมมือในการใช้ยาดี 2. ผู้ดูแลมีศักยภาพไม่เพียงพอ เช่น สูงอายุ สายตาไม่ดี ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีความรู้ มีภาวะโรคจิตเภทร่วมด้วย จำนวน 169 ราย (ร้อยละ 13.41) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาสูง เมื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยา⁽¹²⁾ พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา < ร้อยละ 50 มีจำนวน 143 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.61 การศึกษาส่วนใหญ่คัดเลือกผู้ดูแลที่มีศักยภาพเพียงพอในการเข้าร่วมวิจัย⁽¹³⁾ ซึ่งผลออกมาค่อนข้างดี แต่ในปัจจุบันสถานการณ์การกำเริบ

ของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลรามันมักจะเกิดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีผู้ดูแลที่มีศักยภาพน้อยหรือไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของกุลยาณิขพงศ์ วงหนูพะเนาว์ปี 2564 ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทบางรายที่มีญาติหรือผู้ดูแลที่มีศักยภาพที่ไม่เพียงพอจะส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาและส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้⁽¹¹⁾ ดังนั้นหากสามารถนำรูปแบบการจัดยาที่ง่ายต่อผู้ดูแลที่มีศักยภาพน้อยและง่ายต่อการตรวจสอบหรือติดตามการรับประทานยาจากสหวิชาชีพก็จะส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย สามารถรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการควบคุมอาการของโรคและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้เพื่อประเมินรูปแบบวิธีการจัดยาแบบ 7 วันเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลที่มีศักยภาพไม่เพียงพอต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการศึกษานี้

1. รูปแบบวิธีการจัดยาแบบ 7 วัน หมายถึง การนัดผู้ป่วย 1 เดือน โดยมีการจัดยา 4 ซอง ซองละ 7 วัน ระบุหมายเลขที่ซอง 1-4 และนำไปแยกตามมื้ออาหาร โดยให้ผู้ดูแลจัดยาให้ผู้ป่วยตามลำดับหมายเลขที่กำหนด

2. ผู้ดูแลที่มีศักยภาพไม่เพียงพอ หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่มีข้อจำกัดทั้งด้านอายุ สายตา มีความบกพร่องในการอ่านและเขียน ขาดความรู้พื้นฐานและ/หรือมีภาวะโรคจิตเภท ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design) มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชมานุภาพที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (ICD-10 F20-F20.9) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต มีความร่วมมือในการใช้ยา < ร้อยละ 80 เมื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแบบนับเม็ดยาคงเหลือ และมีผู้ดูแลที่มีศักยภาพไม่เพียงพอ จำนวน 169 ราย ระยะที่เก็บข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 – เมษายน พ.ศ. 2568 มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า-ออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

- 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท และรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ตั้งแต่อายุ 18 ปี ขึ้นไป
- 2) ผ่านการให้คำปรึกษาจากพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาและทำจิตบำบัดครบถ้วนแล้ว
- 3) ผู้ป่วยและผู้ดูแลยินยอมเข้าโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

- 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะวิกฤตทางกายหรือทางจิตจนต้องนอนโรงพยาบาลหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
- 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของสถานบำบัดต่าง ๆ
- 3) ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้มีที่อยู่ในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา

เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ

Krejcie & Morgan ⇨

$$n = \frac{\chi^2 NP(1 - P)}{d^2 P(1 - P) + \chi^2 P(1 - P)}$$

n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากร

χ แทน ค่าไคสแควร์ที่ Degree of freedom (df) เท่ากับ 1 ระดับความเชื่อมั่น 95% (เท่ากับ 3.841)

P แทน สัดส่วนของประชากร หากไม่ทราบใส่ค่า 0.05

d แทน ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05)

ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร และกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ขนาดประชากรที่ศึกษา คือ 169 ราย ขนาดตัวอย่าง 117.57 ราย (118 ราย)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 1 ชิ้น ได้แก่ รูปแบบการจัดยาแบบ 7 วัน ในแต่ละซองยา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ชิ้น ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแล) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ทักษะการอ่าน / เขียน ความสามารถในการมองเห็นและทักษะในการจัดยา

2. แบบบันทึกความร่วมมือในการในการรับประทานยาโดยการนับเม็ดยาที่เหลือด้วยสมการดังนี้

ร้อยละความร่วมมือในการรับประทานยา =

$$\frac{\text{จำนวนมือที่ผู้ป่วยรับประทาน} \times 100}{\text{จำนวนมือทั้งหมดที่ต้องรับประทาน}}$$

3. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในผู้ป่วยคนไทย (Medication Adherence Scale in Thais: MAST) โดยแบบสอบถามนี้เป็นการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาทั้งหมดของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ผ่านมามีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เช่น ความเที่ยง ความไว และความจำเพาะ (0.84-0.85, 73.91-80.00 และ 72.92-77.88 ตามลำดับ)⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ ซึ่งสูงกว่าแบบวัด MMAS-8 ฉบับแปลเป็นภาษาไทยที่ทดสอบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (0.61, 51 และ 64 ตามลำดับ)⁽¹⁴⁾ ซึ่งแบบวัด MAST มีความตรง ความเที่ยง ความไว และความจำเพาะที่ดี จึงสามารถใช้แบบวัดนี้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในคนไทยได้ดีกว่า⁽⁴⁾ โดยผู้ป่วยที่ได้คะแนนจาก MAST < 36 คะแนน เกสซ์กรควรค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และร่วมมือกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาต่อไป สำหรับผู้ป่วยที่ได้คะแนนจาก MAST ≥ 36 คะแนน เกสซ์กรควรเสริมแรงให้ผู้ป่วยยังคงมีความร่วมมือในการใช้ยาต่อไป ในกรณีที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถอ่านได้ให้ผู้ทำการวิจัยอ่านให้ฟังแทน

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

1. คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย แนวทางการเก็บข้อมูลและแนวทางการ

พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแก่ผู้ช่วยเก็บข้อมูลเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างถูกต้อง

2. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามโดยชี้แจงขั้นตอนในการขอความยินยอมตามรายละเอียดที่ระบุในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบ

3. ประเมินความร่วมมือการใช้ยาทั้งหมด (ครั้งที่1) (ยาจิตเวชและยาอื่น ๆ)ของผู้ป่วยก่อนการทดลอง 2 วิธี ด้วยกัน คือ

1) การนับเม็ดยาคงเหลือ

2) ใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทในคนไทย(MAST)

4. ประเมินทักษะการจัดการยาของผู้ดูแลก่อนการวิจัย (ครั้งที่1) แบ่ง 4 กลุ่ม คือ 1) จัดยาถูกทุกรายการ 2) จัดยาผิด 1-2 รายการ 3) จัดยาผิดมากกว่า 3 รายการ และ 4) จัดยาผิดทุกรายการ

5. พัฒนารูปแบบการจัดการยาแบบ 7 วัน เพื่อสนับสนุนผู้ดูแลในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา

ดังนี้ คือ นัดผู้ป่วย 1 เดือน จัดยา 4 ของ

ของละ 7 วัน โดยระบุหมายเลขที่ของ 1-4 และ

นำไปแยกตามมื้ออาหาร (เช้า กลางวัน

เย็น ก่อนนอน) โดยให้ผู้ดูแลจัดยาให้ผู้ป่วย

ตามลำดับหมายเลขที่กำหนด

การพัฒนาในการจัดยาให้เหมาะกับผู้ป่วยและญาติที่มีศักยภาพน้อย



6. นำรูปแบบที่พัฒนามาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย

7. เมื่อครบ 7 วันเภสัชกรจะโทรศัพท์หาผู้ดูแล เพื่อประเมินการจัดยาและการรับประทานยาของผู้ป่วย บางรายที่ไม่มีโทรศัพท์จะให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต./อสม.ไปประเมินที่บ้านแทน

8. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งหมด (ครั้งที่ 2) (ยาจิตเวชและยาอื่น) หลังการวิจัย เมื่อครบ 1 เดือน (เนื่องจากยารักษาทางด้านจิตเวชจะออกฤทธิ์และทำงานได้เต็มที่ ต้องใช้ระยะเวลามากกว่า 2 สัปดาห์ จึงจะประเมินได้ว่ายานั้นออกฤทธิ์ได้ดีหรือไม่) 2 วิธี คือ

1) การนับเม็ดยาคงเหลือ

2) ใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท (MAST)

9. ประเมินทักษะการจัดยาของผู้ดูแลก่อนการวิจัย (ครั้งที่ 2) โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) จัดยาถูกทุกรายการ 2) จัดยาผิด 1-2 รายการ 3) จัดยาผิด >3 รายการ และ 4) จัดยาผิดหมดทุกรายการ

10. ตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล

11. ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป jamovi รุ่น 2.6.26

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปจากการตอบแบบสอบถามใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละและความถี่

2. เปรียบเทียบข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาก่อน-หลัง โดยใช้แบบสอบถาม MAST และวิธีการนับเม็ดยาคงเหลือ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ/ความถี่) และสถิติเชิงอนุมาน (Wilcoxon sign rank test)

3. ความสัมพันธ์ของทักษะการจัดยาของผู้ดูแลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation test)

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เอกสารรับรองเลขที่ 06/2568 วันที่รับรอง 23 มกราคม 2568 หมดอายุ 22 มกราคม 2569 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งหมด 118 ราย ระหว่างการทดลองถูกส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นและผู้ป่วยไม่มาตามนัดรวมทั้งหมด 42 ราย ทำให้เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองมีผู้ป่วยคงเหลือ 76 ราย โดยผลการทดลองเป็นดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

พบว่าเป็นเพศชาย 67 ราย (ร้อยละ 88.16) เพศหญิง 9 ราย (ร้อยละ 11.84) มีอายุอยู่ในช่วง 31-50 ปีมากที่สุด มีอายุเฉลี่ย 38 ปี มีระดับการศึกษาต่ำ

กว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น(ม.3) 50 ราย(ร้อยละ 65.79) มีผู้ดูแลในการรับประทานยาเป็นมารดา 34 ราย (ร้อยละ 44.74) รองลงมาภรรยา 18 ราย (ร้อยละ 23.68) ระยะเวลาในการป่วยอยู่ในช่วง 11-15 ปี 30 ราย (ร้อยละ 39.47) จำนวนยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน(ยาจิตเวชและยาอื่น ๆ) ส่วนใหญ่ มี 4 รายการ จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 27.63)

จำนวนยาที่>5 รายการจะมียาในโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย โรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นมากที่สุด คือ โรคซึมเศร้า 22 ราย (ร้อยละ 28.95) และผู้ป่วยยังคงใช้สารเสพติดจนถึงปัจจุบัน 21 ราย (ร้อยละ 27.63) ซึ่งเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีอาการที่ยังควบคุมไม่ได้ ดังตารางที่1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (n =76)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย		
1.เพศ		
ชาย	67	88.16
หญิง	9	11.84
2.อายุ(ปี)		
18-30	9	11.84
31-50	62	81.58
มากกว่า 51 ปี ขึ้นไป	5	6.58
3.ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	50	65.79
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) ขึ้นไป	26	34.21
4.ผู้ดูแลการใช้ยา		
แม่	34	23.68
ภรรยา	18	18.42
พ่อ	14	44.74
อื่น ๆ (พี่น้อง/อสม/จนท รพ.สต)	10	13.16
5.จำนวนรายการยาที่รับประทาน (ยารักษาโรคจิตเภทและยาโรคร่วมอื่น ๆ)		
3 รายการ	17	22.37
4 รายการ	21	27.63
มากกว่า5 รายการ	38	49.99

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6.ระยะเวลาของการเป็นโรคจิตเภท		
1-10 ปี	29	38.16
11-15 ปี	30	39.47
16-20 ปี	17	22.37
7.โรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย		
ไม่มีโรคร่วม	37	48.68
โรคซึมเศร้า	22	28.95
โรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/ไขมันในเลือดสูง	17	22.37
8.การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน		
1. ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด	17	22.37
2. มีประวัติใช้สารเสพติดจนถึงปัจจุบัน	21	27.63
3. เลิกใช้สารเสพติด	38	50.00

2.ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่าเป็นเพศหญิง 60 ราย (ร้อยละ 78.95) เพศชาย 16 ราย (ร้อยละ 21.05) มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปีมากที่สุด 34 ราย (ร้อยละ 44.74) อายุเฉลี่ย 66 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือ 38 ราย (ร้อยละ 50) รองลงมาเรียนในระดับชั้นประถมศึกษา 21 ราย (ร้อยละ 27.63) ผู้ดูแลมีโรคประจำตัวมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 57 ราย (ร้อยละ 74.99) รองลงมาคือ โรค

ซึมเศร้า 19 ราย (ร้อยละ 25) โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นภรรยา ทักษะในการอ่าน พบว่าผู้ดูแลมีทักษะในการอ่านน้อยมาก คือ อ่านหนังสือไม่ออก 60 ราย (ร้อยละ 78.95) ความสามารถทางด้านสายตา ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความสามารถทางด้านสายตาที่ดี 59 ราย (ร้อยละ 77.62) แต่ทักษะในการอ่านไม่ค่อยดี และส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (n=76)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	16	21.05
หญิง	60	78.95
2.อายุ(ปี)		
18-30	3	3.95
31-50	28	31.58
41-60	15	19.74
61-70	34	44.74

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3.ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	38	50.00
ประถมศึกษา	21	27.63
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น(ม.3)	32	14.47
มัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.6) ขึ้นไป	6	7.89
4.โรคประจำตัว		
โรคซึมเศร้า/จิตเภท	19	25.00
โรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/ไขมันในเลือด	57	74.99
5.ทักษะการอ่าน		
อ่านไม่ได้	60	78.95
อ่านได้บางคำ	11	14.47
อ่านได้ทุกคำ	5	6.58
6.ความสามารถทางสายตา		
เห็นชัดทุกตัวอักษร	59	77.63
เห็นลางๆพอเห็นได้บ้าง	17	22.37
7.จำนวนผู้ดูแลร่วม		
1.คน	59	77.63
2.คน	13	17.11
3.คน	4	5.26

3.ทักษะในการจัดยาของผู้ดูแล พบว่าก่อนการวิจัยผู้ดูแลจัดยาผิดทุกรายการ 7 ราย (ร้อยละ 9.21) จัดยาผิดมากกว่า 3 รายการ 11 ราย (ร้อยละ 14.47) และจัดยาผิด 1-2 รายการ 58 ราย (ร้อยละ 76.32) เมื่อสิ้นสุดการวิจัยผู้ดูแลจัดยาได้ถูกต้องทุกรายการเพิ่มขึ้น 70 ราย (ร้อยละ 92.11) ดังตารางที่3

ตารางที่ 3 ทักษะการจัดยาของผู้ดูแลก่อนและหลังการวิจัย

ทักษะในการจัดยาของผู้ดูแล	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.จัดยาผิดทุกรายการ	7 (9.21)	0
2.จัดยาผิด 1-2 รายการ	58 (69.74)	5 (6.58)
3.จัดยาผิด มากกว่า 3 รายการ	11 (14.47)	1 (1.32)
4.จัดยาถูกต้อง	0	70 (92.11)

4.ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย

หลังจากการทดลองจัดยาแบบ 7 วันเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลที่มีศักยภาพไม่เพียงพอเมื่อวิเคราะห์ด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น 67 ราย (88.16%) จากทั้งหมด 76 ราย เมื่อประเมินด้วยการนับเม็ดยากงเหลือ พบว่าค่ามัธยฐาน (Median) ของร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการทดลองเท่ากับ 35.0 หลังการทดลองเท่ากับ 85.0 และเมื่อวัดด้วย

แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท (MAST) พบว่า ค่ามัธยฐานก่อนการทดลองเท่ากับ 30.0 หลังการทดลองเท่ากับ 38.0 อีก 9 รายที่ยังไม่สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาเป็นผู้ป่วยที่ยังคงใช้สารเสพติดและไม่กลับบ้านทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถที่จะดูแลในเรื่องการรับประทานยาได้ ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยวิธีการนับเม็ดยากงเหลือ (n=76)

ความร่วมมือในการรับประทานยา	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.ความร่วมมือในการใช้ยาดี (>ร้อยละ 80)	0	67 (88.16)
2.ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (<ร้อยละ 80/ขาดยา>1 สัปดาห์)	76 (100)	9 (11.84)
3.ค่ามัธยฐานของร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา (Median)	35.00	85.00
4.ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Std.dev.)	8.45	17.49
5. คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยที่สุด (Min)	25	26
6. คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยามากที่สุด (Max)	48	95
Wilcoxon Signed-Rank Test	W = 2926, p < 0.001	

ตารางที่ 5 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence Scale in Thais: MAST) ในผู้ป่วยจิตเภท (n=76)

ความร่วมมือในการรับประทานยา	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.ผู้ป่วยที่ได้คะแนนจาก MAST $\geq$ 36 คะแนน	0	67 (88.16)
2.ผู้ป่วยที่ได้คะแนนจาก MAST < 36 คะแนน	76 (100)	9 (11.84)
3.ค่ามัธยฐานของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา	30.00	38.00
4.ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Std.dev.)	3.43	2.41
5. คะแนน MAST น้อยที่สุด (Min)	20	28
6. คะแนน MAST มากที่สุด (Max)	34	40
Wilcoxon Signed-Rank Test	W = 0.00, p < .001	

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ก่อนและหลังการทดลองด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่าเมื่อประเมินด้วยการนับเม็ดยากงเหลือ ค่าร้อยละความ

ร่วมมือในการใช้ยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (W = 2926, p < 0.001) และเมื่อประเมินโดยใช้แบบประเมิน

MAST ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($W = 0.00, p < .001$) เช่นเดียวกันแสดงให้เห็นว่าการดำเนินการแทรกแซงมีผลต่อการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าเมื่อทักษะการจัดยาเพิ่มขึ้นความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสหสัมพันธ์แบบ Spearman (ρ) ได้ค่า $\rho = 0.4801, p < 0.001$ ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่างานวิจัยนี้นำเสนอมิติสำคัญเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการจัดยาแบบ 7 วันเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลที่มีศักยภาพไม่เพียงพอต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลพบว่าหลังการแทรกแซงผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นทั้งจากการนับเม็ดยาและคะแนน MAST อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของ *packaging interventions* ที่พบว่าวิธีการจัดยา เช่น blister packs หรือ pill boxes สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาได้จริงในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายชนิด แม้ในบริบทที่มีความซับซ้อนของพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา เช่น ภาวะจิตเภท ซึ่งชี้ว่ารูปแบบการจัดยาให้เป็นระบบช่วยลดภาระการจัดยาและเพิ่มการรับรู้ เวลารับประทานยาได้จริง⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ติดตามเพียงระยะสั้นแค่ 1 เดือน อาจยังไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งโดยธรรมชาติของโรคมักมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาวหรือตามสิ่งแวดล้อม หากติดตามผลเพิ่มเติมในระยะ 6 เดือนหรือ 1 ปี อาจให้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้นและการประเมินผลในระยะยาวจะทำให้เห็นว่ารูปแบบการจัดยาแบบ 7 วันมีความยั่งยืนอย่างไร นอกจากนี้วิธีการศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้นา้อย

กว่าร้อยละ 80 ร่วมกับผู้ดูแลที่มีศักยภาพไม่เพียงพอ จำนวนเริ่มต้น 169 ราย และสุดท้ายเหลือ 76 ราย ซึ่งแสดงว่ามีการคัดกรองที่เข้มข้นและมีการติดตามตัวอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตามการใช้กลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มควบคุมทำให้ผลลัพธ์ไม่สามารถแยกได้ว่าการเพิ่มขึ้นของความร่วมมือในการใช้ยาเกิดจาก “รูปแบบการจัดยาแบบ 7 วัน” โดยตรงหรือเป็นเพราะการติดตาม เช่น โทรศัพท์ติดตามทุก 7 วัน หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต./อสม. ไปประเมินที่บ้านเพราะเป็นความสนใจจากทีมวิจัย (Hawthorne effect) ซึ่งอาจทำให้ผลลัพธ์ขึ้นเฉพาะช่วงเวลาที่ได้รับการติดตามหรือเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น⁽¹⁷⁾ ผลการแทรกแซงยังชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนว่าการฝึกอบรมผู้ดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ เช่น เภสัชกร นักพยาบาลจิตเวช หรือนักจิตวิทยา เป็นสิ่งจำเป็น การสร้างโปรแกรมสนับสนุนเฉพาะสำหรับผู้ดูแล เช่น การอบรมวิธีจัดยา ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา หรือช่องทางติดต่อเมื่อมีข้อสงสัย จะช่วยเพิ่มศักยภาพและความมั่นใจของผู้ดูแล ซึ่งตอบโจทย์แนวคิดการดูแลแบบครบวงจร (comprehensive care) และยังสอดคล้องกับแนวทางสนับสนุนการรับประทานยาที่เน้นบริการสนับสนุน (support services) เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของระบบสุขภาพ⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้รูปแบบการจัดยาแบบ 7 วัน ควรพัฒนาระบบสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น แอปพลิเคชันเตือนยา หรือระบบบันทึกการรับประทานยา ที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถติดตามได้ง่ายขึ้น เช่น การแจ้งเตือนตามเวลารับประทานหรือมีการรายงานผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างความต่อเนื่องของการดูแลทั้งในบ้านและหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งอาจช่วยลดภาระจากการพึ่งพาการเยี่ยมบ้านหรือโทรติดตามบ่อยครั้ง นอกจากนี้งานวิจัยระบบอื่นยังแสดงว่าการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้องคำนึงถึงหลายปัจจัยที่

ซับซ้อน เช่น ปัจจัยผู้ป่วย ปัจจัยสังคม และการสนับสนุนจากระบบบริการที่กว้างขึ้น⁽¹⁶⁾ ซึ่งงานวิจัยนี้สามารถต่อยอดโดยเพิ่มเติมการเปรียบเทียบกับวิธีอื่น ๆ เช่น การให้คำปรึกษาแบบครอบครัวหรือเทคโนโลยีเตือนยา เพื่อแสดงให้เห็นว่ารูปแบบวิธีการจัดยาแบบ 7 วันเปรียบเทียบกับอย่างไรในแนวทางเชิงปฏิบัติจริง ทั้งนี้ผลการศึกษายังเป็นหลักฐานที่มีคุณค่าสำหรับการพัฒนากลยุทธ์ในระดับบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ผู้ดูแลมีทักษะจำกัดและเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องด้วย

สรุป

รูปแบบการจัดยาแบบ 7 วัน สามารถสนับสนุนผู้ดูแลในการเพิ่มทักษะการจัด/หยิบยาให้กับผู้ดูแลที่มีศักยภาพไม่เพียงพอ ช่วยให้เห็นจำนวนเม็ดยาได้ง่ายว่ามีคงเหลือกี่เม็ดในแต่ละสัปดาห์ สามารถตรวจสอบได้ง่าย หากพบว่ามีกรลึ้มกินยากก็สามารถตรวจสอบได้ทันที เมื่อผู้ดูแลมีทักษะ/ทัศนคติในการจัดยาที่ดีขึ้นซึ่งจะส่งผลให้เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าการส่งยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีผู้ดูแลที่มีศักยภาพไม่เพียงพอจำเป็นต้องมีการจัดยาให้ซับซ้อนน้อยที่สุด สีเม็ดยาที่ต่างกันสามารถช่วยให้ผู้ดูแลแยกยาแต่ละรายการได้ใน

รายที่ผู้ดูแลมีข้อจำกัดด้านสายตาอาจจะต้องมีการพิมพ์ฉลากยาให้มีขนาดใหญ่กว่าปกติ ผู้ดูแลสูงอายุหรือมีข้อจำกัดในการเดินทางมาตามนัดจะต้องใช้ระบบ drug delivery เพื่อลดการขาดยา ผู้ดูแลที่มีภาวะทางจิตจำเป็นต้องมีการรักษาและติดตามการใช้ยาของผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและประสานอสม/รพ.สต. ในพื้นที่

การนำผลการศึกษาไปต่อยอดโรงพยาบาลกาบัง จังหวัดยะลา ได้นำแนวทางการจัดยาแบบ 7 วัน ไปใช้ในผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้ดูแลสูงอายุหรือมีทักษะการจัดยาไม่ดีและสามารถใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ที่มีผู้ดูแลมีศักยภาพไม่เพียงพอ เช่น ผู้ป่วยประคับประคอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณทีม แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลรามัน ที่ให้การสนับสนุนในการซักประวัติ ตลอดจนอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในฝ่ายเภสัชกรรมที่รับผิดชอบในการจัดยาของผู้ป่วยจิตเวช และสุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. Geneva: WHO; 2022 Jan 10 [cited 2025 Oct 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. Popul Health Metr. 2010;8:24. doi:10.1186/1478-7954-8-24.
3. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, Hert MD. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence: a systematic literature review. Ther Adv Psychopharmacol. 2013;3(4):200–218.
4. Canas F, Alptekin K, Azorin JM, Dubois V, Emsley R, Garcia AG, et al. Improve treatment adherence in your patients with schizophrenia. Clin Drug Investig. 2013;33:97–107.

5. มนสิชา มาสิง. ความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2561;1(2):118-29.
6. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. J Clin Psychiatry. 2009;70 Suppl 4:1-6
7. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. World J Psychiatry. 2012;2(5):74-82.
8. สุมิสา กุมลา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2563;34(2):132-52.
9. เบญญาภา พันตาคม. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง[อินเทอร์เน็ต] [การค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
10. กุลยาณิพงษ์ วงหนูพะเนา. ผลการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ [อินเทอร์เน็ต] [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์; 2564.
11. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, Gibson ES, Bernholz CD, Mukherjee J. Can simple clinical measurements detect patient noncompliance? Hypertension. 1980;2:757-64.
12. พชรินทร์ อติสรณกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทโดยญาติมีส่วนร่วมหรือผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2564;5(2):89-99.
13. รชิกา อัครกรณ์กุล. การทดสอบแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทยในผู้ป่วยจิตเภท [อินเทอร์เน็ต]. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
14. กมลชนก จงวิไลเกษม, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, วรรณุช แสงเจริญ. การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2564;13(1):17-30.
15. อมรพรรณ ศุภจำรูญ, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, วรรณุช แสงเจริญ. ความตรงและความเที่ยงของแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย: การทดสอบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2561;10(2):607-19.