

ผลของการแทรกแซงโดยเภสัชกรต่อผู้ดูแลเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาและ ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้กลยุทธ์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย

พิชญากานต์ ยะพงส์¹, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต², วรนุช แสงเจริญ³

¹กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

²ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

³ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการแทรกแซงโดยเภสัชกรต่อผู้ดูแลเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence: MA) และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้กลยุทธ์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย **วิธีการ:** การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีการควบคุม ผู้ป่วยในการศึกษาจำนวน 108 รายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับการรักษาในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลเชียรใหญ่ ผู้วิจัยสุ่มแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มศึกษา (N=54) และกลุ่มควบคุม (N=54) ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาได้รับการจัดประเภทตามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท/การใช้ยาและแรงจูงใจในการใช้ยาเพื่อให้สามารถเลือกกลยุทธ์ที่ใช้ในการแทรกแซง (การให้ความรู้หรือการเสริมสร้างแรงจูงใจ) ได้เหมาะสมกับผู้ป่วย การแทรกแซงทำโดยเภสัชกรให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในเรื่องโรคจิตเภท/การใช้ยาเพื่อให้สามารถนำความรู้ไปสอนผู้ป่วย และ/หรือสอนให้ผู้ดูแลสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการติดตามผล 4 ครั้ง (ที่ 0, 2, 4 และ 7 เดือน) กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติของโรงพยาบาล **ผลการวิจัย:** เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษาร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ จากการนับเม็ดยาที่เหลือพบว่ามี MA ร้อยละ 83.60±6.49 และร้อยละ 70.33±6.11 ตามลำดับ (P<0.001) การมารับการรักษาตามนัด ร้อยละ 100.00±0.00 และร้อยละ 98.70±3.70 ตามลำดับ (P=0.011) เมื่อประเมินด้วยแบบวัด MA พบว่าได้คะแนน 5.22±0.72 และ 3.65±0.94 ตามลำดับ (คะแนนเต็ม 7 คะแนน) (P<0.001) กลุ่มศึกษามีอาการทางจิตไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (P=0.079) แต่มีอาการทางจิตดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับอาการเมื่อเริ่มต้นการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ (P=0.003) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มศึกษามีแรงจูงใจในการใช้ยามากกว่า (8.04±1.03 และ 5.44±1.62 ตามลำดับ; คะแนนเต็ม 10 คะแนน; P<0.001) และมีคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (10.09±1.14 และ 7.13±1.39 ตามลำดับ; คะแนนเต็ม 12 คะแนน; P<0.001) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมและด้านอาการและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่มศึกษาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (P<0.001 และ P=0.012 ตามลำดับ) **สรุป:** การแทรกแซงโดยเภสัชกรผ่านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้กลยุทธ์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ทำให้ผู้ป่วยมี MA เพิ่มขึ้น มีแนวโน้มอาการทางคลินิกที่ดีขึ้น มีแรงจูงใจในการใช้ยาและความรู้มากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคจิตเภท ความร่วมมือในการใช้ยา กลยุทธ์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย แรงจูงใจ ผู้ดูแล

รับต้นฉบับ: 18 พ.ค. 2561, รับลงตีพิมพ์: 12 ก.ค. 2561

ผู้ประสานงานบทความ: วรนุช แสงเจริญ ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
90112 E-mail: woranuch.s@psu.ac.th

Effects of Interventions by Pharmacists in Caregivers to Improve Medication Adherence and Clinical Outcomes in Patients with Schizophrenia by “Patient-Tailoring Strategies”

Pichayakarn Yamong¹, Sanguan Lerkiatbundit², Woranuch Saengcharoen³

¹Pharmacy and Consumer Protection Department, Chainyai Hospital, Nakhon Si Thammarat

²Department of Pharmacy Administration, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla University

³Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla University

Abstract

Objective: To determine the effects of interventions by pharmacists in caregivers in order to improve medication adherence and clinical outcomes in patients with schizophrenia using “patient-tailoring strategies”. **Method:** The study was a randomized controlled study. Subjects in the study were 108 patients with schizophrenia receiving care from the mental health clinic at Chainyai hospital. The researchers randomly assigned the subjects to a study group (N = 54) and a control group (N = 54). Those in the study group were classified according to their knowledge on schizophrenia/drug uses and motivation in drug taking in order to choose the suitable strategies of interventions for them (education or motivation strengthening). Intervention was educating caregivers on schizophrenia/drug uses in order to empower them to transfer the knowledge to patients and/or training them on how to strengthen patients’ motivation in drug use. The patients were followed up 4 times (at 0, 2, 4 and 7 months). Control group received usual care from the hospital. **Results:** At the end of the study, the study group had significantly higher adherence levels than the control group did (as measured by pill count $83.60 \pm 6.49\%$ and $70.33 \pm 6.11\%$, respectively; $P < 0.001$, medical appointments $100.00 \pm 0.00\%$ and $98.70 \pm 3.70\%$, respectively; $P = 0.011$, adherence questionnaire 5.22 ± 0.72 and 3.65 ± 0.94 , respectively (out of full score 7); $P < 0.001$). There were no differences in symptoms between groups ($P = 0.079$), but the study group significantly had better symptoms when compared to baseline ($P = 0.003$). In addition, the study group had significantly higher medication motivation scores (8.04 ± 1.03 and 5.44 ± 1.62 , respectively (full score=10); $P < 0.001$) and knowledge scores than the control group (10.09 ± 1.14 and 7.13 ± 1.39 , respectively (full score=12); $P < 0.001$). Quality of life in “psychosocial” and “symptoms and side-effects of medications” dimensions in the study group were significantly better than that in the control group ($P < 0.001$ and $P = 0.012$, respectively). **Conclusion:** Interventions by pharmacists in caregivers of patients with schizophrenia with “patient-tailoring strategies” improved medication adherence, clinical outcome tendencies, motivation in medication usage, knowledge, and quality of life.

Keywords: schizophrenia, medication adherence, patient-tailoring strategies, motivation, caregivers

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติในความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม รวมถึงมีความบกพร่องทางหน้าที่การงาน และสังคม (1) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปีพ.ศ. 2561 พบว่า ประชากรทั่วโลกประมาณ 23 ล้านคนป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคทางจิตที่รุนแรง (2) สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติของศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิตในช่วงปีพ.ศ. 2559 – 2560 พบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งและมีผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยนอกจำนวนสูงถึง 480,266 คน (3)

การรักษาโรคจิตเภทด้วยยารักษาโรคจิตเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง จึงถูกนำมาใช้เป็นวิธีการหลักในการรักษา ยาสามารถช่วยควบคุมอาการ ลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราการเกิดโรคกลับ (relapse) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (4) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 25-80 ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (5) ซึ่งมีผลทำให้เกิดอัตราการเกิดโรคกลับอาจสูงถึงร้อยละ 90 (6) จากปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (non-adherence: NA) ของผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาเพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา NA ของผู้ป่วย

วิธีการแก้ปัญหา NA ของผู้ป่วยมี 4 วิธี คือ 1) การแทรกแซงเฉพาะรายในผู้ป่วย 2) การแทรกแซงต่อชุมชนสังคม รวมถึงการที่ทีมสหวิชาชีพเข้ามามีบทบาทร่วมด้วย 3) การแทรกแซงต่อครอบครัวและผู้ดูแล และ 4) การแทรกแซงหลายวิธีร่วมกัน ทั้ง 4 วิธีการแทรกแซงส่งผลต่อ NA ที่แตกต่างกัน (4) การแทรกแซงต่อครอบครัวและผู้ดูแลมีความสำคัญ เนื่องจากหากสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ ทำหน้าที่ดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย จะเปรียบเสมือนผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence: MA) มากขึ้นได้ (7)

การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา และแรงจูงใจในการใช้ยาของผู้ป่วย สามารถจำแนกผู้ป่วยได้เป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาต่ำ และมีแรงจูงใจในการใช้ยาต่ำ 2) ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาต่ำ แต่มีแรงจูงใจในการใช้ยาสูง 3) ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาสูง แต่มีแรงจูงใจในการใช้ยาต่ำ และ 4) ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับ

โรคและการใช้ยาสูง และมีแรงจูงใจในการใช้ยาสูง ผู้ป่วยที่มีปัญหา NA เป็นผู้ที่มักมีลักษณะในสามกลุ่มแรก คือ มีปัญหาเรื่องความรู้ และ/หรือแรงจูงใจในการใช้ยาต่ำ การแก้ไขปัญหานี้ของผู้ป่วยแต่ละราย จำเป็นต้องประเมินผู้ป่วยเพื่อให้ทราบถึงสาเหตุของปัญหาก่อน จึงจะสามารถแก้ไขได้อย่างเหมาะสม (8)

การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาแก่ผู้ป่วยด้วยสุขภาพจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา รวมถึงการใช้ยาที่ดีขึ้น และลดการเกิดโรคกลับได้ (9) อีกทั้งการให้คำแนะนำเพื่อสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่องโดยการให้บริการแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการใช้ยาและมีแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมให้รับประทานยาต่อเนื่อง (10) โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief intervention: BI) เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพัฒนาโดยเทอดศักดิ์ เดชคง วิธีนี้เป็นการสื่อสารแบบสองทางเพื่อให้ความช่วยเหลือในประเด็นที่จำเพาะเจาะจง โดยเน้นในประเด็นที่กำลังมีปัญหาหรือมีความสำคัญ วิธีดังกล่าวมีจุดเด่น คือ ใช้เวลาน้อยและผู้ใช้คำปรึกษาจะให้คำแนะนำไปพร้อม ๆ กับการให้กำลังใจผู้ป่วย ซึ่งให้ผลดีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยมากกว่าการให้คำแนะนำที่ปฏิบัติกันโดยทั่วไป (10, 11)

ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาโดยใช้กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา NA ที่จำเพาะเจาะจงต่อปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแต่ละราย (4) วิธีการศึกษาหลัก คือ การให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเภสัชกรเป็นผู้สอนความรู้และ/หรือวิธีการสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ดูแลขึ้นกับผลการประเมินปัญหา NA ของผู้ป่วยว่าเกิดจากการขาดความรู้หรือขาดแรงจูงใจ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลนำไปสอนผู้ป่วยหรือจูงใจผู้ป่วยให้ใช้ยา งานวิจัยนี้ศึกษาผลของการแทรกแซงในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้กลยุทธ์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายต่อ MA อาการทางคลินิก แรงจูงใจในการใช้ยา ความรู้ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หากกลยุทธ์นี้ใช้ได้ผลดี จะได้นำแนวทางนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีการควบคุม (randomized controlled trial) โดยโครงการ

วิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 (ศร 0521.1.07/2108)

ตัวอย่าง

ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลเชียรใหญ่ ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 อยู่ในกลุ่ม F 20.0-F 20.9 2) มารับบริการตลอดช่วงที่ทำการศึกษา 3) อายุไม่ต่ำกว่า 20 ปี 4) มีประวัติว่าสามารถควบคุมอาการทางจิตเภทได้คงที่ติดต่อกัน 2 ครั้งที่ได้รับการรักษาตามนัด (Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ≤ 35 จากการพบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน BPRS ในช่วง 33-35 คะแนนกับความรุนแรงของอาการระดับปานกลางเมื่อวัดด้วยแบบวัด Clinical Global Impression หากคะแนน BPRS มากกว่า 35 คะแนน ความรุนแรงของอาการจะมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อความน่าเชื่อถือในการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วย (12) 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 6) ผู้ป่วยต้องไม่มีปัญหา NA เมื่อประเมินจากแบบสัมภาษณ์ของ นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ (13) และต้องมี MA น้อยกว่าร้อยละ 80 ทั้งสองครั้งของการประเมินด้วยการนับเม็ดยาเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดสองครั้งติดต่อกันในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 (รวมระยะเวลาประมาณ 4 เดือน) ทั้งนี้เพราะการศึกษาในอดีตนิยามผู้ที่มี MA หมายความว่า ผู้ที่ช้ยาตามแพทย์สั่ง $\geq$ ร้อยละ 80 (14) 7) มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาต่ำหรือมีแรงจูงใจในการใช้ยาต่ำเมื่อประเมินด้วยแบบวัดความรู้และไม่บรรเทาปวดแรงจูงใจ 8) ไม่ใช้สารเสพติดร่วมหรือไม่ใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ และ 9) มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวและผู้ดูแลต้องเป็นญาติของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ดูแลต้องสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยออกจากการวิจัย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยถูกส่งตัวหรือย้ายไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น 2) เสียชีวิต หรือ 3) ผู้ป่วยที่ติดต่อกันไม่ได้

ขนาดตัวอย่างและการสุ่มแยก

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวอย่างสองกลุ่ม (กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม) ที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 ที่ระดับ 0.05 และความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 ที่ระดับ 0.2 การคำนวณอ้างอิงข้อมูลจากการวิจัยของ ฉายา ชูช่วยและ

คณะ (15) ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งกลุ่มศึกษาได้รับการดูแลเรื่องการช้ยาร่วมกับบันทึกการรับประทานยาโดยผู้ดูแล (n=15) และกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ (n=15) หลังให้การแทรกแซงนาน 2 เดือน กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมี MA เท่ากับร้อยละ 97.75 $\pm$ 2.25 และ 90.24 $\pm$ 11.21 ตามลำดับ จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 29 คน จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ดังนั้นจึงต้องมีตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 38 คน

หลังจากที่เภสัชกรผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจะให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นสุ่มแยกตัวอย่างให้อยู่ในกลุ่มศึกษา (N=54) และกลุ่มควบคุม (N=55) การสุ่มแยกตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแยกแบบแบ่งชั้น (stratified randomization) ตามลักษณะของผู้ป่วยในเรื่องระดับแรงจูงใจในการช้ยา (< 7 คะแนน และ ≥ 7 คะแนน) ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและการช้ยา (< 9 คะแนน และ ≥ 9 คะแนน) อายุ (≤ 40 ปี และ > 40 ปี) และระยะเวลาการเป็นโรค (≤ 10 ปี และ > 10 ปี) ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยที่เริ่มแสดงอาการในช่วงอายุ ≤ 40 ปีจะมีการพยากรณ์ของโรคที่แยกแยะและต้องใช้ขนาดยาสูงกว่าเมื่อเริ่มแสดงอาการในช่วงอายุ > 40 ปี (16) นอกจากนี้ ผู้ที่เป็นโรค ≤ 10 ปี หากได้รับการรักษา จะมีผลการรักษาที่ดีขึ้นมากกว่าผู้ที่เป็นโรค > 10 ปี (17)

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ คือ การชักประวัติอาการโดยพยาบาลประจำคลินิก การตรวจรักษาโรคโดยแพทย์ การรับยาจากเภสัชกรร่วมกับการแก้ไขอาการข้างเคียงจากการช้ยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย (ถ้ามี) ในการพบเภสัชกรผู้วิจัยครั้งที่ 1 เภสัชกรผู้วิจัยสัมภาษณ์เพื่อประเมินสาเหตุของ NA ของผู้ป่วยจากแบบสัมภาษณ์ของ นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ (13) และให้คำแนะนำตามสาเหตุของ NA ของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยได้รับการบริการตามปกติจากโรงพยาบาลและฝ่ายเภสัชกรรมหลังการแทรกแซงที่ 2 เดือน 4 เดือน และ 7 เดือน

การแทรกแซงในกลุ่มศึกษา

กลุ่มศึกษาได้รับการบริการตามปกติและเภสัชกรผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการช้ยาแก่ผู้ดูแลทุกรายด้วยวาจา ร่วมกับการแจกแผ่นพับเพื่อให้ผู้ดูแลใช้สอนความรู้ให้แก่ผู้ป่วยและคู่มือในการดูแลผู้ป่วย ความรู้ที่

ให้แก่ผู้ดูแลและที่ปรากฏในแผนพับประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา ประโยชน์ของยาที่ใช้ อาการข้างเคียง และคำแนะนำในการรับประทานยา คู่มือสำหรับผู้ดูแลประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องการใช้จ่ายเมื่ออยู่บ้าน การให้ BI เพื่อสร้างแรงจูงใจโดยผู้ดูแล และคำแนะนำในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้จ่ายให้แก่ผู้ป่วย

กลยุทธ์เพื่อแก้ปัญหา NA ตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการใช้จ่าย และแรงจูงใจในการใช้จ่ายของผู้ป่วยดังแสดงในตารางที่ 1 หากผู้ป่วยที่มีความรู้ต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่า 9) เกสซกรผู้วิจัยสอนผู้ดูแลถึงวิธีการให้ความรู้ด้วยแผนพับความรู้เพื่อให้ผู้ดูแลนำความรู้ที่ได้รับไปสอนผู้ป่วย ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ดูแลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในทุกหัวข้อที่ระบุบนแผนพับทุกด้าน สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้ ≥ 9 เกสซกรผู้วิจัยขอให้ผู้ดูแลให้ความรู้เฉพาะในหัวข้อที่ผู้ป่วยยังไม่ทราบ ทั้งนี้เกสซกรผู้วิจัยวัดความรู้ของผู้ป่วยซ้ำทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัดเพื่อให้ทราบถึงประเด็นที่ผู้ป่วยยังไม่รู้

การศึกษานี้ประเมินความรู้ของผู้ดูแลที่ต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีความรู้ต่ำ การทดสอบความรู้ของผู้ดูแลทำก่อนได้รับความรู้จากเกสซกร หลังได้รับความรู้ทันทีและเมื่อสิ้นสุดการศึกษา หลังการได้รับความรู้ทันที ผู้ดูแลต้อง

ได้คะแนนไม่น้อยกว่า 10 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80 จากคะแนนเต็ม 12) หากได้คะแนนน้อยกว่า 10 คะแนน เกสซกรจะสอนความรู้เพิ่มเติมในข้อที่ผู้ดูแลตอบคำถามผิด เกสซกรจะสอนความรู้ซ้ำจนกระทั่งผู้ดูแลมีคะแนนจากการทดสอบความรู้ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป

ในผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจในการใช้จ่ายต่ำเมื่อวัดด้วยไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจ (ได้คะแนนน้อยกว่า 7) เกสซกรจะสอนวิธีการให้ BI ให้กับผู้ดูแลเพื่อใช้สร้างแรงจูงใจในการใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย การให้ BI โดยผู้ดูแลมีขั้นตอน ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้ป่วย 2) ประเมินปัญหาและระดับแรงจูงใจ 3) ใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบในแนวทางที่เสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้จ่าย 4) ให้ข้อมูลที่จำเป็นและชักชวนให้วางแผนในการใช้จ่ายตามแพทย์สั่ง 5) ช่วยวางแผนการรับประทานยา/สิ่งที่ช่วยเตือนเรื่องการรับประทานยา และ 6) สรุปและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

สำหรับผู้ป่วยที่มีทั้งความรู้และแรงจูงใจในระดับต่ำ เกสซกรจะขอให้ผู้ดูแลให้ทั้งความรู้และเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วย เกสซกรผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผลในกลุ่มศึกษาว่า ผู้ดูแลได้สอนความรู้และ/หรือสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้ป่วยจริงหรือไม่ และแจ้งให้ผู้ดูแลมาโรงพยาบาลพร้อมกับผู้ป่วยในการพบเกสซกรผู้วิจัยครั้งต่อไป

ตารางที่ 1. กลยุทธ์ที่ใช้ในการแทรกแซงเพื่อแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามความรู้และแรงจูงใจในการใช้จ่ายของผู้ป่วย

ความรู้	แรงจูงใจ	การแทรกแซง
ต่ำ	สูง	เกสซกรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการใช้จ่ายแก่ผู้ดูแลโดยวาจา ตลอดจนแจกแผนพับและคู่มือในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในทุกประเด็นที่ระบุบนแผนพับทุกด้าน การใช้ DOT (directly observed therapy) โดยผู้ดูแล
สูง	ต่ำ	เกสซกรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการใช้จ่ายแก่ผู้ดูแลโดยวาจา ตลอดจนแจกแผนพับและคู่มือในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเฉพาะด้านที่ผู้ป่วยยังไม่ทราบ ผู้ดูแลให้คำปรึกษาแบบสั้นแก่ผู้ป่วยเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การใช้ DOT โดยผู้ดูแล
ต่ำ	ต่ำ	เกสซกรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการใช้จ่ายแก่ผู้ดูแลโดยวาจา ตลอดจนแจกแผนพับและคู่มือในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในทุกประเด็นที่ระบุบนแผนพับทุกด้าน ผู้ดูแลให้คำปรึกษาแบบสั้นแก่ผู้ป่วยเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การใช้ DOT โดยผู้ดูแล

สำหรับการพบเภสัชกรผู้วิจัยครั้งที่ 2 ผู้ดูแลมาโรงพยาบาลพร้อมกับผู้ป่วย เภสัชกรผู้วิจัยติดตามผลการสอนความรู้และการเสริมสร้างแรงจูงใจ แก่ไขประเด็นความรู้ที่ยังไม่ถูกต้อง เน้นการชื่นชมและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และแนะนำให้ผู้ดูแลให้การแทรกแซงแก่ผู้ป่วยซ้ำ ในการพบเภสัชกรผู้วิจัยครั้งที่ 3 เป็นการติดตามผล สอบถามปัญหา เน้นย้ำให้ผู้ดูแลชื่นชม ให้กำลังใจ และย้ำถึงข้อดีของการรับประทานยา และขอให้ผู้ดูแลให้การแทรกแซงแก่ผู้ป่วยซ้ำ

ในการศึกษานี้ ผู้ดูแลต้องบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วยในตาราง (รูปที่ 1) โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าผู้ดูแลทุกครั้งเมื่อถึงเวลารับประทานยา (directly observed therapy: DOT) (18) ทั้งนี้เภสัชกรผู้วิจัยจัดตัวอย่างยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานลงในแบบฟอร์ม DOT ไว้ให้ เภสัชกรผู้วิจัยขอให้ผู้ดูแลบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วยมาด้วยทั้ง 4 ครั้งของการติดตามผล (เมื่อเริ่มต้นการศึกษา และหลังการแทรกแซงที่ 2 เดือน 4 เดือน และ 7 เดือน)

สำหรับผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจในการใช้ยาต่ำ จะต้องบันทึกการให้ BI เพื่อสร้างแรงจูงใจในแบบบันทึกที่เตรียมให้ แบบบันทึกมีข้อความแสดงขั้นตอนการให้คำปรึกษา ตลอดจนตัวอย่างบทสนทนาที่ผู้ดูแลควรใช้

การประเมินผลลัพธ์

กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินผลลัพธ์ 4 ครั้ง (เมื่อเริ่มต้นการศึกษา หลังการแทรกแซงที่ 2 เดือน 4 เดือน และ 7 เดือน) ดังต่อไปนี้

1) MA ที่วัดโดยวิธีการนับเม็ดยาที่เหลือ ซึ่งคำนวณจากสูตร ดังนี้ ร้อยละของ MA=(จำนวนยาที่เหลือ - จำนวนยาที่เหลืออยู่) x 100/ (จำนวนยาที่ผู้ป่วยควรได้รับต่อวัน x จำนวนวันที่ให้ยา)

2) ความร่วมมือในการรักษาที่ประเมินจากการมารับการรักษาตามนัด คำนวณจากสูตร ดังนี้ ร้อยละการมารับการรักษาตามนัด = (จำนวนวันที่นัด - จำนวนวันที่ผิดนัด) x 100 / จำนวนวันนัดทั้งหมด

3) MA ที่ประเมินจากแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตจำนวน 7 ข้อของสารุพร พุฒขาว (19) ที่ให้ผู้ป่วยตอบคำถามด้วยตนเอง คำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ สม่าเสมอ/ไม่สม่าเสมอ หรือเคย/ไม่เคย คะแนนอยู่ในช่วง 0-7 คะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป หมายถึง MA อยู่ในระดับดี และต่ำกว่า 4 คะแนน หมายถึง



รูปที่ 1. ตัวอย่างยาที่ผู้ป่วยรับประทานในแบบฟอร์ม DOT

MA อยู่ในระดับที่ไม่ดี การทดสอบความเที่ยงของแบบวัดในผู้ป่วยจำนวน 108 รายพบว่ามีค่า Cronbach's Alpha = 0.710

4) ความรุนแรงของอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมิน BPRS ซึ่งอยู่ในโปรแกรม Hos-XP ของโรงพยาบาล การประเมินทำโดยพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชจำนวน 1 ท่าน BPRS ประกอบด้วยคำถามจำนวน 18 ข้อ แต่ละข้อเป็นการประเมินระดับความรุนแรงของอาการในช่วง 1-7 คะแนน โดยคะแนนระดับ 1 หมายถึง ไม่มีอาการ จนถึงคะแนนระดับ 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน ระดับคะแนนที่ลดลง หมายถึง อาการทางจิตที่ดีขึ้น

5) แรงจูงใจในการใช้ยาโดยใช้ไม่บรรทัดวัดแรงจูงใจสำหรับให้ผู้ป่วยตอบคำถามเพื่อประเมินตนเองในเรื่องความต้องการใช้ยาตามแพทย์สั่งทุกวัน ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีแรงจูงใจสูง และต่ำกว่า 7 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจต่ำ (20)

6) ความรู้ของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการใช้ยาจำนวน 12 ข้อซึ่งปรับจากแบบวัดต้นฉบับของสารุพร พุฒขาวซึ่งมีจำนวน 20 ข้อ (19) แบบวัดนี้เป็นชนิดให้ผู้ป่วยตอบเอง แบบวัดผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และเภสัชกรประจำคลินิกจิตเวชจำนวน 1 ท่าน การทดสอบได้ค่า content validity index (CVI) = 1

ต่อมาแบบวัดถูกทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่างจำนวน 5 ราย การทดสอบความเที่ยงทำในผู้ป่วยจำนวน 108 ราย พบว่ามีค่า Cronbach's Alpha = 0.796 แบบวัดความรู้มีคะแนนรวม 12 คะแนน การศึกษาครั้งนี้ถือว่า ผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป ($\geq$ ร้อยละ 75) หมายถึง มีความรู้สูง และต่ำกว่า 9 คะแนน ($<$ ร้อยละ 75) หมายถึง มีความรู้ต่ำ

7) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมถูกประเมินเมื่อเริ่มต้นการศึกษา (พบเภสัชกรผู้วิจัยครั้งที่ 1) และเมื่อสิ้นสุดการศึกษา (พบเภสัชกรผู้วิจัยครั้งที่ 4) การประเมินใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตโรคจิตเภท Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยณาดยา ชูช่วย (15) ผู้ป่วยต้องตอบแบบวัดด้วยตนเอง ผู้วิจัยปรับเนื้อหาของบางข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับตัวอย่าง จากนั้นนำมาทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และเภสัชกรประจำคลินิกจิตเวชจำนวน 1 ท่าน แบบวัดประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 3 มิติ คือ ด้านจิตสังคม ด้านแรงใจและพลังงาน และด้านอาการและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา แบบวัดมีคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นคำถามทางบวกจำนวน 26 ข้อและคำถามทางลบจำนวน 4 ข้อ คำตอบแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่เลย/น้อย/เป็นบางครั้ง/บ่อย ๆ /ตลอดเวลา) การทดสอบความเที่ยงของแบบวัดในผู้ป่วยจำนวน 108 ราย แต่ละมิติมีค่า Cronbach's Alpha = 0.905, 0.476 และ 0.782 ตามลำดับ การนำเสนอคะแนน SQLS ทำในรูปของคะแนนเฉลี่ย พิสัยที่เป็นไปได้สำหรับมิติต่าง ๆ คือ 0-60, 0-28, 0-32 ตามลำดับ คะแนนที่น้อยหมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี และคะแนนสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความถี่ของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมใช้ independent samples *t*-test และ chi-square test ตามลำดับ การวิจัยนี้ใช้ split-plot ANOVA เปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเมื่อเริ่มต้นการศึกษาระหว่างการศึกษา และสิ้นสุดการศึกษาในเรื่อง 1) MA จากการนับเม็ดยา การมารับการรักษาตามนัด และการใช้แบบสอบถาม 2) ความรุนแรงของอาการทางจิต 3)

แรงจูงใจในการใช้ยา และ 4) ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของผู้ป่วย การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม เมื่อเริ่มต้นและสิ้นสุดการศึกษาใช้ independent samples *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลภายในกลุ่มเดียวกันใช้ paired *t*-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกสุขภาพจิตของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 (รวมระยะเวลาประมาณ 7 เดือน) เมื่อเริ่มต้นการศึกษา มีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนทั้งหมด 109 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาจำนวน 54 รายและกลุ่มควบคุมจำนวน 55 ราย ในระหว่างดำเนินการศึกษามีผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมเสียชีวิตจำนวน 1 รายและไม่พบผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงมีตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ผลการศึกษานี้จำนวนทั้งหมด 108 ราย โดยเป็นผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาจำนวน 54 รายและกลุ่มควบคุมจำนวน 54 ราย (รูปที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.6) มีอายุเฉลี่ย 42.04 ± 10.66 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 49.1) และมีผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย คือ พ่อหรือแม่ (ร้อยละ 58.3) ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องข้อมูลทั่วไป (ตารางที่ 2)

ความร่วมมือในการใช้ยา

ผลของการแทรกแซงต่อ MA ความรุนแรงของอาการทางจิต แรงจูงใจในการใช้ยา และความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของผู้ป่วยแสดงอยู่ในตารางที่ 3 เมื่อเริ่มต้นการศึกษา MA ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันเมื่อประเมินด้วย 3 วิธี (การนับเม็ดยาที่เหลือ การมารับการรักษาตามนัด และการใช้แบบสอบถาม) ($P > 0.05$) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มศึกษามี MA มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญเมื่อประเมินด้วยวิธีการนับเม็ดยาที่เหลือ ($P < 0.001$) การมารับการรักษาตามนัด ($P = 0.011$) และการใช้แบบสอบถาม ($P < 0.001$)

ความรุนแรงของอาการทางจิต

ความรุนแรงของอาการทางจิตทั้งเมื่อเริ่มต้นการศึกษา หลังให้การแทรกแซงที่ 2 เดือน 4 เดือน และ 7 เดือนระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($P=0.825$, $P=0.312$, $P=0.197$ และ $P=0.079$ ตามลำดับ) แต่กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตลดลง (หรือมีอาการทางจิตดีขึ้น) เมื่อเปรียบเทียบกับเริ่มต้นการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ($P=0.003$) (ตารางที่ 3)

แรงจูงใจในการใช้ยา

เมื่อเริ่มต้นการศึกษา กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีแรงจูงใจในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ($P=0.766$) และหลังให้การแทรกแซงที่ 2 เดือน 4 เดือน และ 7 เดือน กลุ่มศึกษามีแรงจูงใจในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($P<0.001$)

ความรู้

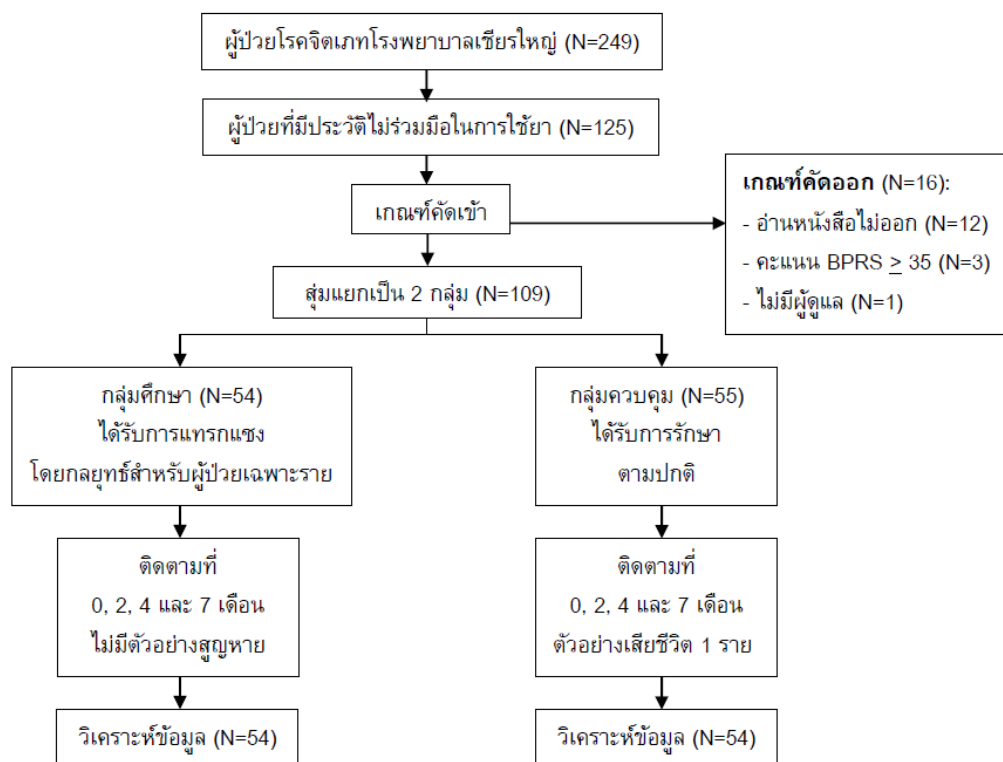
ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาพบว่า เมื่อเริ่มต้นการศึกษา กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน ($P=0.894$) และหลังให้การแทรกแซงที่ 2 เดือน 4 เดือน และ 7 เดือน กลุ่มศึกษามี

คะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($P<0.001$) (ตารางที่ 3)

คุณภาพชีวิต

ตารางที่ 4 แสดงผลการประเมินคุณภาพชีวิตพบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเมื่อเริ่มต้นการศึกษา ไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 3 มิติ ($P=0.739$, $P=0.063$, $P=0.059$ ตามลำดับ) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มศึกษามีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (คะแนนน้อยกว่าแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า) ในมิติด้านจิตสังคม และด้านอาการและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ($P<0.001$ และ $P=0.012$ ตามลำดับ) แต่ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติด้านแรงจูงใจและพลังงาน ($P=0.057$)

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มเดียวกันพบว่า เมื่อสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มศึกษามีคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่าระดับที่วัดเมื่อเริ่มต้นการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 3 มิติ ($P<0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกับเมื่อเริ่มต้นการศึกษา ($P>0.05$) ยกเว้นด้านจิตสังคม ($P=0.010$)



รูปที่ 2. จำนวนตัวอย่างในการวิจัยแต่ละขั้นตอน

ตารางที่ 2. ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	ตัวอย่างทั้งหมด (N=108)	กลุ่มศึกษา (N=54)	กลุ่มควบคุม (N=54)	P
เพศ (ร้อยละ)				0.837 ¹
ชาย	73 (67.6%)	37 (68.5%)	36 (66.7%)	
หญิง	35 (32.4%)	17 (31.5%)	18 (33.3%)	
อายุเฉลี่ย (ปี) (ค่าเฉลี่ย±SD)	42.04±10.66	42.81±10.61	41.26±10.76	0.451 ²
ระดับการศึกษา (ร้อยละ)				0.593 ³
ไม่ได้เรียน	8 (7.4%)	4 (7.4%)	4 (7.4%)	
ประถมศึกษา	53 (49.1%)	23 (42.6%)	30 (55.6%)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	38 (35.2%)	23 (42.6%)	15 (27.8%)	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	6 (5.6%)	3 (5.6%)	3 (5.6%)	
ปริญญาตรี	3 (2.8%)	1 (1.9%)	2 (3.7%)	
ผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ)				0.743 ³
พ่อหรือแม่	63 (58.3%)	32 (59.3%)	31 (57.4%)	
พี่/น้อง	14 (13.0%)	7 (13.0%)	7 (13.0%)	
ญาติ	12 (11.1%)	4 (7.4%)	8 (14.8%)	
บุตร	4 (3.7%)	2 (3.7%)	2 (3.7%)	
สามี/ภรรยา	15 (13.9%)	9 (16.7%)	6 (11.1%)	
ระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย (ปี) (±SD)	10.39±4.72	10.83±4.67	9.94±4.77	0.330 ²
จำนวนครั้งที่รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเฉลี่ย (±SD)	1.42±1.64	1.65±1.81	1.19±1.43	0.144 ²
จำนวนเม็ดยารักษาโรคจิต/วันเฉลี่ย (±SD)	7.18±4.16	7.54±3.97	6.82±4.36	0.370 ²
จำนวนมียา/วันเฉลี่ย (±SD)	2.59±0.99	2.76±0.91	2.43±1.04	0.079 ²
จำนวนรายการยารักษาโรคจิต/วันเฉลี่ย (±SD)	3.94±1.41	4.00±1.44	3.89±1.38	0.683 ²
ยานี้ด fluphenazine (ร้อยละ)				0.221 ¹
มี	36 (33.3%)	21 (38.9%)	15 (27.8%)	
ไม่มี	72 (66.7%)	33 (61.1%)	39 (72.2%)	
ประเภทผู้ป่วยจากการประเมิน (ร้อยละ)				0.839 ¹
ความรู้ต่ำ แรงจูงใจต่ำ	53 (49.1%)	25 (46.3%)	28 (51.9%)	
ความรู้ต่ำ แรงจูงใจสูง	44 (40.7%)	23 (42.6%)	21 (38.9%)	
ความรู้สูง แรงจูงใจต่ำ	11 (10.2%)	6 (11.1%)	5 (9.2%)	

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการแทรกแซงเพื่อพัฒนา MA และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้กลยุทธ์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติพบว่า เมื่อเริ่มต้นการศึกษา กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่

มีความแตกต่างกันทางด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เป็นโรคจิตเภท จำนวนครั้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวนเม็ดยารักษาโรคจิต/วัน จำนวนมียา/วัน จำนวนรายการยารักษาโรคจิต/วัน ยารักษาโรคจิตชนิดยานี้ด และประเภทผู้ป่วยจากการประเมินความรู้และแรงจูงใจในการใช้ยา เมื่อสิ้นสุด

การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามี MA เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ มีแนวโน้มอาการทางคลินิกที่ดีขึ้น มีแรงจูงใจในการใช้ยาและมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

เมื่อกลุ่มศึกษาได้รับการแทรกแซงจากเภสัชกร เภสัชกรมีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อหาสาเหตุของ NA ซึ่ง

พบว่า ได้แก่ 1) การเข้าใจว่าตนเองอาการดีขึ้นแล้ว จึงหยุดรับประทานยา 2) ความรู้สึกเบื่อการรับประทานยา 3) การลืมรับประทานยา 4) การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย 5) การที่ต้องรับประทานยาหลายชนิดจึงเกิดความสับสน 6) การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 7) เวลารับประทานยาไม่สะดวกต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน 8) วิธีรับประทานยายุ่งยากทำให้เกิดความสับสน และ 9) จำนวนเม็ดยาที่ต้อง

ตารางที่ 3. ค่าเฉลี่ย ($\pm$ SD) ของความร่วมมือในการใช้ยา ความรุนแรงของอาการทางจิต แรงจูงใจในการใช้ยา และความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

การวัดผล	เมื่อเริ่มต้น การศึกษา	ระยะเวลาหลังให้การแทรกแซง			ปฏิสัมพันธ์ของ กลุ่มและเวลา
		2 เดือน	4 เดือน	7 เดือน	
ความร่วมมือในการใช้ยา					
การนับเม็ดยาที่เหลือ (ร้อยละ)					
กลุ่มศึกษา (n=54)	72.14±5.99	81.87±6.99	83.52±6.80	83.60±6.49	F=151.20
กลุ่มควบคุม (n=54)	70.91±5.84	72.11±6.27	70.94±5.88	70.33±6.11	df=2.41, 255.54
P ¹	0.284	<0.001	<0.001	<0.001	P<0.001
การมารับการรักษาตามนัด (ร้อยละ)					
กลุ่มศึกษา (n=54)	99.57±2.22	100.00±0.0	100.00±0.0	100.00±0.0	F=2.13
กลุ่มควบคุม (n=54)	99.57±2.22	99.26±3.13	99.35±2.70	98.70±3.70	df=2.58, 273.32
P ¹	1.000	0.085	0.080	0.011	P=0.106
การประเมินจากแบบสอบถาม (คะแนนเต็ม 7)					
กลุ่มศึกษา (n=54)	3.70±1.19	4.81±1.05	5.13±0.80	5.22±0.72	F=59.60
กลุ่มควบคุม (n=54)	3.59±1.13	3.72±0.94	3.61±0.88	3.65±0.94	df=2.39, 253.52
P ¹	0.619	<0.001	<0.001	<0.001	P<0.001
ความรุนแรงของอาการทางจิต (คะแนนเต็ม 126)					
กลุ่มศึกษา (n=54)	20.56±3.53	20.04±3.00	19.91±2.88	19.78±2.81	F=9.04
กลุ่มควบคุม (n=54)	20.41±3.42	20.69±3.60	20.70±3.47	20.87±3.55	df=1.98, 209.44
P ¹	0.825	0.312	0.197	0.079	P<0.001
แรงจูงใจในการใช้ยา (คะแนนเต็ม 10)					
กลุ่มศึกษา (n=54)	5.81±2.04	7.78±1.16	7.94±1.07	8.04±1.03	F=80.51
กลุ่มควบคุม (n=54)	5.70±1.83	5.63±1.83	5.43±1.71	5.44±1.62	df=1.86,197.33
P ¹	0.766	<0.001	<0.001	<0.001	P<0.001
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา (คะแนนเต็ม 12)					
กลุ่มศึกษา (n=54)	7.35±1.53	9.70±1.25	9.80±1.19	10.09±1.14	F=140.13,
กลุ่มควบคุม (n=54)	7.31±1.36	7.24±1.36	7.17±1.29	7.13±1.39	df=1.99, 210.45
P ¹	0.894	<0.001	<0.001	<0.001	P<0.001

1: split-plot ANOVA การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีการปรับตัววิธีการของ Bonferroni

ตารางที่ 4. คุณภาพชีวิตในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

มิติของคุณภาพชีวิต		คุณภาพชีวิต (ค่าเฉลี่ย±SD)		P ²
		เริ่มต้นการศึกษา	สิ้นสุดการศึกษา	
1. ด้านจิตสังคม	กลุ่มศึกษา	18.76±10.76	10.83±8.52	P<0.001
	กลุ่มควบคุม	18.04±11.69	19.80±11.29	P=0.010
	P ¹	P=0.739	P<0.001	
2. ด้านแรงจูงใจและพลังงาน	กลุ่มศึกษา	12.63±3.47	10.33±3.42	P<0.001
	กลุ่มควบคุม	11.28±3.99	11.65±3.67	P=0.133
	P ¹	P=0.063	P=0.057	
3. ด้านอาการและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	กลุ่มศึกษา	10.44±5.51	6.50±4.70	P<0.001
	กลุ่มควบคุม	8.37±5.79	8.94±5.26	P=0.091
	P ¹	P=0.059	P=0.012	

1: Independent samples t-test; 2: Paired t-test

รับประทานแต่ละครั้งมีจำนวนมาก หลังจากนั้นเภสัชกรประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการใช้ยา รวมถึงประเมินแรงจูงใจในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง และเลือกกลยุทธ์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยการสอนผู้ดูแลเพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปสอนให้แก่ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาดำ และสอนวิธีการ BI ให้กับผู้ดูแลเพื่อใช้สร้างแรงจูงใจในการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจต่ำ การแทรกแซงดังกล่าวมีผลทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามี MA $\geq$ ร้อยละ 80 จำนวนถึง 39 คน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่มีเพียง 1 คนที่มี MA $\geq$ ร้อยละ 80

การที่ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามี MA มากกว่ากลุ่มควบคุมสอดคล้องกับงานวิจัยของ Farooq และคณะ (21) ที่ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มศึกษาและฝึกทักษะผู้ดูแลเรื่องการจัดยา รวมถึงบันทึกการรับประทานยาด้วยระบบ DOT และวัดผลการแทรกแซงที่เวลา 1 ปี ผลการวิจัยพบว่า MA ของกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 67.3 และร้อยละ 45.5 ตามลำดับ; P<0.02) รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ran และคณะ (22) ที่ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา โดยให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ ร่วมกับการใช้ยารักษาผู้ป่วย และวัดผลการแทรกแซงที่เวลา 14 ปีพบว่า MA ของกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ (ผู้ป่วยอาจไปพบแพทย์ที่ชุมชนและรับประทานยาเอง) อย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ

78.3 ร้อยละ 53.4 และร้อยละ 54.8 ตามลำดับ; P=0.001) ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Farooq และคณะ (21) และงานวิจัยของ Ran และคณะ (22) ซึ่งพบว่า กลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงมี MA มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการแทรกแซง เพราะ 1) ผู้ป่วยมีผู้ดูแล 2) ผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย และ 3) มีการส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (21-23)

ในการวัด MA สำหรับยารักษาโรคจิตเป็นประเด็นที่ซับซ้อน ยังไม่มีวิธีการวัดที่ถือว่าเป็นวิธีมาตรฐานที่ดีที่สุด จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการวัด MA หลายวิธีร่วมกัน (24) งานวิจัยครั้งนี้และงานวิจัยของ Farooq และคณะ (21) ประเมิน MA ของผู้ป่วยด้วยวิธีนับเม็ดยาร่วมกับการสัมภาษณ์ตามแบบวัด ซึ่งคาดว่าจะมีความแม่นยำมากกว่างานวิจัยของ Ran และคณะ (22) ที่ประเมิน MA โดยการบันทึกการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว MA ของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ ทศนคติในการใช้ยา การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา และแรงจูงใจในการใช้ยา ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดการศึกษาของงานวิจัยครั้งนี้ (ที่ระยะเวลามากกว่า 7 เดือน) เภสัชกรจำเป็นต้องติดตามเพื่อให้ผู้ดูแลทบทวนความรู้เรื่องการรับประทานยา และเสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดย

อาจติดตามผ่านการโทรศัพท์หรือการเยี่ยมบ้าน ซึ่งอาจจะทำให้ผลการแทรกแซงอยู่ต่อเนื่องและยั่งยืนได้ (25)

การประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตด้วย BPRS หลังการแทรกแซงที่เวลา 7 เดือนพบว่า กลุ่มศึกษามีแนวโน้มของอาการทางคลินิกดีขึ้นหรือมีความรุนแรงของโรคลดลง ซึ่งอาจเป็นผลมาจาก MA ของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างของอาการทางคลินิกเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (คะแนน BPRS เท่ากับ 19.78 ± 2.81 และ 20.87 ± 3.55 ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 126; $P=0.079$) ซึ่งให้ผลการศึกษาเช่นเดียวกับงานวิจัยของณาดยา ชูช่วย (15) ที่เกสซักรให้ความรู้แก่ผู้ดูแลของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา มีการสอนบทบาทผู้ดูแล และแจกแผ่นพับความรู้ วัดผลการแทรกแซงที่เวลา 2 เดือนพบว่า คะแนน BPRS ของกลุ่มศึกษาไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (คะแนน BPRS เท่ากับ 18.53 ± 0.92 และ 18.40 ± 0.91 ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 126; $P=0.674$) การที่การแทรกแซงจากทั้งสองการศึกษาให้ผลไม่ชัดเจนอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างของงานวิจัยทั้งสองมีอาการทางจิตที่ไม่รุนแรง (BPRS ประมาณ 20 คะแนน) ดังนั้นเมื่อให้การแทรกแซงจึงเห็นผลการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตได้ไม่ชัดเจน

อย่างไรก็ตาม บางงานวิจัยให้ผลที่แตกต่างจากงานวิจัยในครั้งนี้ เช่น งานวิจัยของ Sharif และคณะ (26) ที่ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทและให้ผู้ดูแลค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์และพยาบาลช่วยแก้ไข วัดผลการแทรกแซงที่เวลา 1 เดือน พบว่า คะแนน BPRS ของกลุ่มศึกษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (คะแนน BPRS เท่ากับ 40.54 ± 16.57 และ 56.59 ± 20.19 ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 126; $P=0.037$) ผลการศึกษาที่แตกต่างจากงานวิจัยครั้งนี้อาจมาจาก 1) เกณฑ์คัดผู้ป่วยเข้าในงานวิจัยของ Sharif และคณะ (26) คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี แต่ในงานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้จำกัดระยะเวลาการเป็นโรคของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่า ระยะเวลาการเป็นโรคในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม คือ ประมาณ 10 ปี ระยะเวลาการเป็นโรคที่นานกว่า ทำให้การแทรกแซงอาจมีผลน้อยกว่า 2) งานวิจัย Sharif และคณะ (26) ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาจำนวน 10 ครั้ง แต่ละครั้งนาน 90 นาที เป็นเวลานาน 5 สัปดาห์ แต่ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาแบบ BI ที่ใช้เวลาประมาณ 40 นาทีและให้การแทรกแซงซ้ำในระยะเวลาที่สั้นลงเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด โดย

ใช้เวลาประมาณ 15 นาที เพื่อลดระยะเวลาการแทรกแซงให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงที่มีเวลาไม่มาก เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากในโรงพยาบาล (10) 3) การใช้สื่อการสอนหลากหลาย ได้แก่ การใช้ภาพ แผนภูมิ ภาพยนตร์ และสไลด์นำเสนอในงานวิจัยของ Sharif และคณะ (26) อาจมีผลทำให้ผู้ดูแลเข้าใจและจดจำข้อมูลได้มากกว่าการใช้สื่อแผ่นพับเพียงอย่างเดียวดังที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ และ 4) ผู้ดูแลในงานวิจัยของ Sharif และคณะ (26) เป็นผู้ระบุปัญหาของผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นและพบได้มากในผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ดี (27,28) แต่ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้สืบค้นปัญหาเอง

ในงานวิจัยครั้งนี้ การสอนให้ผู้ดูแลเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิด MA โดยวิธี BI ตามแนวทางของเทอดศักดิ์ เดชคง (10) มีผลทำให้กลุ่มศึกษามีแรงจูงใจในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ณ เวลาหลังการแทรกแซงที่เวลา 7 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพยอม ดันทจรรยาและคณะ (20) ที่พยาบาลให้คำปรึกษาด้วยวิธี BI ตามแนวทางของเทอดศักดิ์ เดชคง (10) แก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ขาดยาในหอผู้ป่วย และประเมินแรงจูงใจจากไม่บรรทัดวัดแรงจูงใจหลังให้การแทรกแซงที่เวลา 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มศึกษามีแรงจูงใจในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (คะแนนแรงจูงใจเท่ากับ 8.45 ± 1.28 และ 6.95 ± 2.11 ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 10; $P=0.01$) วิธี BI เป็นการสื่อสารแบบสองทาง ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในปัญหาที่จำเพาะเจาะจง โดยมีเป้าหมายเน้นไปที่การเสริมสร้างแรงจูงใจและการวางแผนปฏิบัติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ วิธีนี้มีองค์ประกอบที่ผสมผสานกันระหว่างการให้ความช่วยเหลือและการสร้างแรงจูงใจ ตลอดจนมีการเสนอทางเลือกต่าง ๆ ที่เป็นไปได้ และนำไปสู่การวางแผนปฏิบัติได้จริง ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุให้วิธีการนี้ได้ผล

งานวิจัยครั้งนี้เกสซักรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการใช้ยาแก่ผู้ดูแลตามที่ปรากฏบนแผ่นพับความรู้ ตลอดจนสอนบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาขณะอยู่บ้าน และวัดผลการแทรกแซงต่อความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการใช้ยาในผู้ป่วยที่เวลา 7 เดือนพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hasan และคณะ (29) ที่สอนความรู้แก่ผู้ดูแล

และผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้คู่มือความรู้ด้านสุขภาพจิตศึกษา และวัดผลการแทรกแซงที่เวลา 3 เดือน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ของกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (คะแนนความรู้เท่ากับ 14.50 ± 3.02 และ 7.48 ± 3.39 ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 25; $P < 0.001$) ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ได้แก่ แผ่นพับและหนังสือที่จัดทำขึ้น ช่วยในการเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย (29) และแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากเภสัชกรไปสอนผู้ป่วยในภายหลังได้

การประเมินคุณภาพชีวิตของงานวิจัยในครั้งนี้ ใช้แบบวัด SQLS เมื่อเริ่มต้นการศึกษา กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันในองค์ประกอบทั้ง 3 มิติ หลังการแทรกแซงที่เวลา 7 เดือน กลุ่มศึกษามีคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมและด้านอาการและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในด้านแรงจูงใจและพลังงาน อย่างไรก็ตามพบว่าผลการแทรกแซงทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าก่อนการแทรกแซงอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 3 มิติ งานวิจัยของ Omranifard และคณะ (30) มีการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภท และวัดผลการแทรกแซงที่เวลา 18 เดือนโดยใช้แบบวัด SQLS พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มศึกษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (31.6 ± 16.1 และ 49.7 ± 16.9 ตามลำดับ; $P = 0.001$) ซึ่งคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำแสดงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ต่ำกว่า

ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยของ Gassmann และคณะ (31) ที่ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นรายกลุ่ม และวัดผลการแทรกแซงที่เวลา 12 เดือนด้วยแบบวัด World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และพบความสัมพันธ์เชิงบวกของคุณภาพชีวิตกับความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (sense of coherence หรือ SOC) ($r = 0.762$, $P < 0.01$) ซึ่งบ่งชี้ความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ผู้ป่วยที่มีคะแนน SOC สูงจะจัดการกับความเครียดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน SOC ต่ำ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนน SOC สูงจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน SOC ต่ำอย่างมีนัยสำคัญ (69.40 ± 11.75 และ 51.75 ± 12.00 ตามลำดับ จากคะแนน

เต็ม 130; $P < 0.01$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ อาจมาจาก 1) วิธีการแทรกแซงโดยให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เป็นการช่วยพัฒนาทักษะของผู้ดูแลและผู้ป่วยในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และ 2) ผู้ป่วยมี MA มากขึ้น จึงมีแนวโน้มที่จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (32)

อย่างไรก็ตาม บางงานวิจัยให้ผลการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แตกต่างจากงานวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ งานวิจัยของ Gleeson และคณะ (33) ที่ให้สุขภาพจิตศึกษาด้วยหลักบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ดูแลและผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และวัดผลการแทรกแซงที่เวลา 30 เดือน ด้วยแบบวัด WHOQOL-BREF Australian Version ผลการศึกษพบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ($P = 0.464$) ด้านจิตใจ ($P = 0.598$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($P = 0.566$) และด้านสภาพแวดล้อม ($P = 0.460$) ผลการศึกษาแตกต่างจากงานวิจัยครั้งนี้ อาจมาจากงานวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SQLS ที่มีคำถามจำเพาะเจาะจงกับโรคจิตเภท จึงเห็นผลของการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ชัดเจนกว่าการใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคจิตเภท (34, 35)

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ 1) ศึกษาเฉพาะ MA สำหรับยารักษาโรคจิต แต่ไม่ได้ติดตาม MA ในยาโรคประจำตัวอื่น ๆ หากผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคประจำตัวอื่นไม่สม่ำเสมออาจทำให้อาการจากโรคประจำตัวอื่นกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตได้ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้ผู้ดูแลดูแลการรับประทานยารักษาโรคประจำตัวของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน 2) เภสัชกรผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ให้การแทรกแซงและประเมินผลการศึกษา จึงไม่ถูกปกปิดว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มศึกษาหรือกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มใด จึงอาจทำให้เกิดอคติและทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลในการศึกษา แต่อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้ได้ลดอคติที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าวโดยใช้เครื่องมือในการศึกษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

งานวิจัยครั้งนี้มีจุดแข็งหลายประการ คือ ใช้รูปแบบการศึกษาเป็นเชิงทดลองแบบสุ่มและมีการควบคุมเพื่อลดอคติที่อาจเกิดขึ้น การประเมิน MA ด้วยวิธีการที่

หลากหลาย รวมถึงมีการตรวจสอบว่าผู้ดูแลได้ให้การแทรกแซงจริง

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้พัฒนา MA และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายในแง่ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา และแรงจูงใจในการใช้ยา การแทรกแซงทำโดยให้เภสัชกรถ่ายทอดความรู้หรือวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวเพื่อนำไปแก้ปัญหาในผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมี MA เพิ่มขึ้น มีแนวโน้มของอาการทางคลินิกที่ดีขึ้น มีแรงจูงใจในการใช้ยาและมีความรู้เพิ่มขึ้น รวมไปถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นควรมีการใช้กลยุทธ์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป อีกทั้งผู้ป่วยควรมีผู้ดูแลในการช่วยดูแลการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จึงจะทำให้การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทบรรลุวัตถุประสงค์ได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะเภสัชศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณนายแพทย์ปิยรัตน์ กาญจนะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียรใหญ่ แพทย์พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในโรงพยาบาลที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณนายแพทย์วัชรพล สกุลวิโรจน์ เภสัชกรหญิงวิภารัตน์ เพ็งสุวรรณ คุณกัลยา หนูคง และคุณชลลดา อนันตรัตน์ ที่ให้ความช่วยเหลือในการตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามและให้คำแนะนำในการวิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute of Mental Health US. Schizophrenia [online]. 2016 [cited Apr 1, 2018]. Available from: www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml.

2. World Health Organization. Mental disorders [on line]. 2018 [cited Aug 25, 2018]. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/.
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Annual report 2017 [online]. 2017 [cited Apr 1, 2018]. Available from: www.dmh.go.th/download/Ebooks/Annual_report_2017.pdf.
4. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH, de Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia—A review of the past decade. *Eur Psychiatry* 2012;27:9-18.
5. Chang YT, Lee LL. The effectiveness of compliance therapy on drug attitude among schizophrenic patients: a systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 2015;13:213-40.
6. McIntosh AM, Conlon L, Lawrie SM, Stanfield AC. Compliance therapy for schizophrenia. *Cochrane database Syst Rev* 2006;3:CD003442.
7. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002;59:1653-64.
8. Vlasnik JJ, Aliotta SL, DeLor B. Using case management guidelines to enhance to long-term therapy. *Case Manager* 2005; 16: 83-5.
9. Lincoln TM, Wihelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2007; 96: 232-45.
10. Dechkong T. Motivational counseling. Bangkok: Moh-Chao-Ban Publishing House; 2012.
11. Winters KC. Brief intervention: clinician's manual. Center City: Hazelden; 2004.
12. Leucht S, Engel RR, Davis JM, Kissling W, Meyer Zur Capellen K, Schmauss M, et al. Equipercetile linking of the brief psychiatric rating scale and the clinical global impression scale in a catchment area. *Eur Neuropsychopharmacol* 2012;22:501-5.
13. Akesuweerapong N. Factors affecting medication nonadherence in schizophrenic patients admitted at

- Suansaranrom hospital [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006.
14. Acosta FJ, Ramallo-Farina Y, Siris SG. Should full adherence be a necessary goal in schizophrenia? full versus non- full adherence to antipsychotic treatment. *Compr Psychiatry* 2014;55:33-9.
 15. Chuchuan N. Effects of buddy programs on medication adherence in patients with schizophrenia [minor thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2010.
 16. Jeste DV, Maglione JE. Treating older adults with schizophrenia: challenges and opportunities. *Schizophr Bull* 2013;39: 966-8.
 17. Chan SKW, Hui CLM, Chang WC, Lee EHM, Chen EYH. Ten-year follow up of patients with first-episode schizophrenia spectrum disorder from an early intervention service: predictors of clinical remission and functional recovery. *Schizophr Res* [preprint] 2019. Available from: doi: 10.1016/j.schres.2018.08.022.
 18. Department of Disease Control. Bureau of Tuberculosis. National tuberculosis control program guidelines, Thailand, 2013. 2nd ed. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand; 2013.
 19. Putkhao S. Factors affecting medication compliance in schizophrenic patients [master thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1998.
 20. Tantajanya P, Promtuang S, Thadsri W. Brief Intervention [online]. 2015 [cited Mar 1, 2017]. Available from: [www.drterd.com/mcmi/news/admin/ Brief Intervention.pdf](http://www.drterd.com/mcmi/news/admin/Brief%20Intervention.pdf).
 21. Farooq S, Nazar Z, Irfan M, Akhter J, Gul E, Irfan U, et al. Schizophrenia medication adherence in a resource-poor setting: randomised controlled trial of supervised treatment in out-patients for schizophrenia (STOPS). *Br J Psychiatry* 2011;199:467-72.
 22. Ran MS, Chan CL, Ng SM, Guo LT, Xiang MZ. The effectiveness of family intervention for patients with schizophrenia in a 14-year follow-up study in a Chinese rural area. *Psychol Med* 2015;45:2197-204.
 23. Ran MS, Xiang MZ, Chan CLW, Leff J, Simpson P, Huang MS, et al. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia: a randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 69-75.
 24. Maneesakorn S, Robson D, Gournay K, Gray R. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *J Clin Nurs* 2007 ;16:1302-12.
 25. 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:e0120560.
 26. 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: 48.
 27. Kheirabadi GR, Rafizadeh M, Omranifard V, Yari A, Maracy MR, Mehrabi T, et al. Effects of needs-assessment-based psycho-education of schizophrenic patients' families on the severity of symptoms and relapse rate of patients. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014;19: 558-63.
 28. Paranthaman V, Satnam K, Lim JL, Amar-Singh HS, Sararaks S, Nafiza MN, et al. Effective implementation of a structured psychoeducation programme among caregivers of patients with schizophrenia in the community. *Asian J Psychiatr* 2010; 3: 206-12.
 29. Hasan AA, Callaghan P, Lymn JS. Evaluation of the impact of a psycho- educational intervention on knowledge levels and psychological outcomes for people diagnosed with schizophrenia and their caregivers in Jordan: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2015;1 5: 72-81.
 30. Omranifard V, Yari A, Kheirabadi GR, Rafizadeh M, Maracy MR, Sadri S .Effect of needs-assessment-based psychoeducation for families of patients with schizophrenia on quality of life of patients and

- their families: a controlled study. *J Educ Health Promot* 2014;3:125.
31. Gassmann W, Christ O, Lampert J, Berger H. The influence of Antonovsky's sense of coherence (SOC) and psychoeducational family intervention (PEFI) on schizophrenic outpatients' perceived quality of life: a longitudinal field study. *BMC Psychiatry* 2013;13:10-5.
32. Endriyani L, Chien CH, Huang XY, Chieh-Yu L. The influence of adherence to antipsychotics medication on the quality of life among patients with schizophrenia in Indonesia. *Perspect Psychiatr Care* [Preprint] 2018. Available from: doi: 10.1111/ppc.12276.
33. Gleeson JF, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, Wade D, Gee D, Crisp K, et al. A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients: outcome at 30-month follow up. *Schizophr Bull* 2013;39:436-48.
34. Karow A, Wittmann L, Schöttle D, Schäfer I, Lambert M. The assessment of quality of life in clinical practice in patients with schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci* 2014;16:185-95.
35. Michel P, Auquier P, Baumstarck K, Loundou A, Ghattas B, Lancon C, et al. How to interpret multidimensional quality of life questionnaires for patients with schizophrenia?. *Qual Life Res* 2015; 24: 2483-92.