

## การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ

กมลวรรณ สีเชียงสา<sup>1</sup>, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์<sup>2</sup>, สายทิพย์ สุทธิรักษา<sup>2</sup>

<sup>1</sup>นิสิตหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>2</sup>หน่วยวิจัยเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 3 แห่งของอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ **วิธีการ:** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ 8 คน อสม. 4 คน ผู้ป่วยจิตเภท 13 คน และญาติผู้ดูแล 6 คน การวิจัยดำเนินการตั้งแต่ ตุลาคม 2560 ถึงพฤษภาคม 2561 โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) การค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย 2) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน **ผลการวิจัย:** ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีความร่วมมือจากการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.2 เป็นร้อยละ 61.5 อาการไม่พึงประสงค์ที่รบกวนชีวิตประจำวันลดลง เช่น อาการง่วงนอนมากทุกวันที่พบจากร้อยละ 46.2 เป็นไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าว ในระหว่างการศึกษาไม่พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบจนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น **สรุป:** การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพสามารถแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการกำเริบ และอยู่ร่วมกับชุมชนได้

**คำสำคัญ:** ระบบการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภท ทีมสหวิชาชีพ ชุมชน ความร่วมมือในการใช้ยา

รับต้นฉบับ: 28 พ.ค. 2561, ใต้รับบทความฉบับปรับปรุง: 12 ก.ค. 2561, รับลงตีพิมพ์: 30 ก.ค. 2561

ผู้ประสานงานบทความ: กมลวรรณ สีเชียงสา นิสิตหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150 E-mail: kamonwanrx@gmail.com

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

Kamonwan Seechiangsa<sup>1</sup>, Juntip Kanjanasilp<sup>2</sup>, Saithip Suttiruksa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Master's degree student in Clinical Pharmacy Program, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

<sup>2</sup>Clinical Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

### Abstract

**Objective:** To develop the system for caring psychiatric patients in the community by multidisciplinary health care team focusing on schizophrenic patients in 3 sub-district health promotion hospitals in Bantan district, Chaiyaphum province. **Methods:** The study was action research. The participants included healthcare providers, 4 village health volunteers, 13 schizophrenic patients and 6 family caregivers. The study conducted from October 2017 to May 2018, and consisted of 2 phases as follows: 1) searching and analyzing problems of the patients and 2) developing caring system of schizophrenic patients in the community. **Results:** Medication adherence of schizophrenic patients in the community improved from 46.2% to 61.5%, Adverse drug reactions (ADRs) interfering daily life such as daily excessive drowsiness reduced from 46.2% to the absence of the ADRs. During the study, there were no patients with relapse leading to serious harm to the life, body or property of themselves or others. **Conclusions:** Development of caring system by health professional team for schizophrenic patients can improve both drug-related problems and medication non-adherence leading to continuous care, absence of relapse and integration with the community.

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

### บทนำ

การสำรวจจะบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับประเทศ ในปี พ.ศ. 2551 โดยกรมสุขภาพจิตพบว่า ความชุกของ พหุติกรรมติ่มแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า และโรคจิตเป็นร้อยละ 10.9, 2.2 และ 1.2 ตามลำดับ (1) ปัญหาทางสุขภาพจิต มิได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมไปถึงญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคมได้อีกด้วย การวิจัยในอดีตพบปัญหาการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 20 ซึ่งมักเกิดกับผู้ป่วยที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ขาดยา ใช้สารเสพติด และขาดผู้ดูแล ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงยังขาดฐานข้อมูลที่ครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องและการติดตามอย่างมีประสิทธิภาพเป็นระบบ (2)

กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวช โดยในปีงบประมาณ 2557 – 2558 ได้จัดทำโครงการเพิ่มคุณภาพระบบบริการโรคจิตเวชที่สำคัญในระบบสาธารณสุข จากการดำเนินงานดังกล่าวพบว่า มีการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตจากร้อยละ 48.8 เพิ่มขึ้นร้อยละ 57.2 แต่ยังคงพบการเข้าถึงบริการเพื่อรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องในชุมชนต่ำ โดยเฉพาะโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคจิตชนิดที่พบมากที่สุด และเป็นโรคเรื้อรังซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดการกำเริบซ้ำ จนเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลรวมทั้งก่อความรุนแรง/อาชญากรรมในชุมชนและสังคมได้ (3)

ในปีงบประมาณ 2560 โครงการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนภายใต้กองทุนหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีรหัสโรค F20-29 ที่เข้าเกณฑ์มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ คือ มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง หรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน มีอาการหลงผิดโดยมีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจงโดยระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย หรือมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า/พยายามฆ่า ช่มชู้ วางเพลิง) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่คือผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งโครงการฯ มุ่งหวังให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (2,4)

ปัญหาอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ (relapse) ของโรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านตัวผู้ป่วย และด้านยา ทั้งนี้ ถ้าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย จะทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคกลับเป็นซ้ำมากขึ้น การศึกษาอภิวิเคราะหที่รวบรวมงานวิจัยในเรื่องการใช้ยาด้านโรคจิตเพื่อป้องกันโรคกลับเป็นซ้ำ จำนวน 65 การศึกษา มีผู้ป่วยจำนวน 6,493 ราย พบว่า การใช้ยาด้านโรคจิตลดการเกิดโรคกลับเป็นซ้ำใน 1 ปีได้ร้อยละ 73 ขณะที่ยาหลอกสามารถลดได้เพียงร้อยละ 36 และมี number needed to treat (NNT) เท่ากับ 3

ในการทบทวนอย่างเป็นระบบจากการศึกษาจำนวน 39 การศึกษา พบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาด้านโรคจิตพบได้สูงถึงร้อยละ 41 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือแบ่งได้เป็น ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ในโรคที่เป็น เคยมีประวัติความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คิดว่าความเจ็บป่วยเป็นตราบาบของสังคม ปัจจัยด้านยา เช่น การบริหารยาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction: ADR) และปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ราคา (5) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องรับประทานยานาน ดังนั้นการให้ความร่วมมือในการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่อยากรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ครบด้วยเหตุผลต่าง ๆ การมีสัมพันธภาพในการรักษาที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยช่วยป้องกันปัญหานี้ได้ เมื่อผู้ป่วยเห็นว่า ตนได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดี จะเพิ่มความร่วมมือขึ้น แพทย์ควรให้ญาติมีส่วนร่วมในการรักษา การชี้แจงหรือให้คำแนะนำเรื่องโรคและยาควรเชิญญาติเข้ามาฟังร่วมด้วย เพราะญาติเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (6)

ระบบการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยคงภาวะสุขภาพจิตและอยู่ในสังคมได้อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความผาสุกของครอบครัว (7) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรถามความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการรับประทานยา เพื่อปรับความเข้าใจให้ตรงกัน เช่น ผู้ป่วยบางคนกลัวการรับประทานยานาน ๆ หรือกลัวการสะสมของยาในร่างกาย ผู้ป่วยบางรายขาดนัดจาก ADR (6,8)

โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดชัยภูมิได้พัฒนาแผนการดำเนินงานสาขาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด โดยพัฒนาระบบการเข้าถึงยาจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนตามกรอบบัญชียาจิตเวช 35 รายการ พัฒนาระบบการกระจายยาสำคัญในการบำบัดโรคจิตเวช และเชื่อมงานบริการรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอบ้านแท่นจากโรงพยาบาลจิตเวชสู่โรงพยาบาลบ้านแท่น ทำให้ผู้ป่วยในเขตพื้นที่บริการได้รับการดูแลแบบใกล้บ้านใกล้ใจ ได้ยาอย่างต่อเนื่องภายใต้กรอบบัญชียาจิตเวช 35 รายการ โรงพยาบาลบ้านแท่นเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ได้พัฒนาระบบการกระจายยาจิตเวชให้ผู้ป่วยที่ รพ.สต. อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2554 โรงพยาบาลประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงยาโดยการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยที่ รพ.สต. ตามนัดทุก 2 เดือนโดยพยาบาลวิชาชีพ แต่พบยาของผู้ป่วยถูกส่งกลับมาที่โรงพยาบาลบ้านแท่นเป็นระยะ สาเหตุส่วนหนึ่งคือ ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยจึงไม่รับประทานยา หรือรับประทานยาแล้วมีอาการข้างเคียงจากยามากจนรบกวนชีวิตประจำวัน จึงตัดสินใจหยุดยา ทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท ใน รพ.สต. ของอำเภอบ้านแท่นจังหวัดชัยภูมิ เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ลด ADR และทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบจนมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

## วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2560 ถึง พฤษภาคม 2561 งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่รับรอง 066/2560)

### ผู้ร่วมวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ที่เลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ให้บริการ คือ บุคลากร 8 คน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลบ้านแพ้น (แพทย์ 1 คน เภสัชกร 3 คน และ พยาบาลจิตเวช 1 คน) และพยาบาลที่รับผิดชอบงานจิตเวชใน รพ.สต. 3 แห่ง (สระพัง บ้านเต่า และหนองคู แห่งละ 1 คน) ที่มีประสบการณ์ในการทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี นอกจากนี้ ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4 คน (ในหมู่บ้านสระพัง 1 คน บ้านเต่า 2 คน และหนองคู 1 คน)

ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วย 13 คนของโรงพยาบาลบ้านแพ้นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (รหัสโรค ICD-10: F20) ทุกกลุ่มอายุที่ได้รับยา ณ หน่วยบริการ รพ.สต. ทั้ง 3 แห่ง ผู้ป่วยต้องไม่ได้ย้ายถิ่นฐานหรือถูกส่งไปรักษาที่อื่นในระหว่างการศึกษา ผู้ร่วมวิจัยในกลุ่มนี้ยังรวมถึงญาติ/ผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ไม่ได้ย้ายถิ่นฐานระหว่างการวิจัยเช่นกันจำนวน 6 คน

### ผู้วิจัย

ผู้วิจัยได้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชศาสตร์ สังคมและบริหาร ครั้งที่ 8/2560 เรื่อง “การวิจัยเชิงคุณภาพกับการพัฒนางานเภสัชกรรม” ณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเพื่อพัฒนาความสามารถในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านแพ้นนานกว่า 7 ปี จึงคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานในคลินิกจิตเวช ประกอบกับผู้วิจัยสามารถใช้ภาษาอีสานซึ่งเป็นภาษาท้องถิ่นเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้ จึงทำให้การเก็บข้อมูลสามารถทำได้อย่างราบรื่น

### ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

ขั้นเตรียมการเป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อนำไปวางแผนก่อนเริ่มการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ข้อมูลที่รวบรวม คือ บัญชี 5 ด้านที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่อ้างอิงจากการศึกษาของ Haddad และคณะ คือ ยา ภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ (20) ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1) ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 13 ราย เพื่อค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug-related problem: DRP) การศึกษานี้แบ่งประเภท DRPs ตามนิยามของ Hepler และ Stand ที่แปลและเรียบเรียงโดยฐิติมา ตวงเงิน (16) คือ ได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ ไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ เลือกใช้ยาหรือรูปแบบยาไม่เหมาะสม ได้รับยาถูก

ชนิดแต่ขนาดยาที่ใช้บ่อยเกินไป ได้รับยาถูกชนิดแต่ขนาดยาที่ใช้มากเกินไป ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งจากสาเหตุต่าง ๆ รวมทั้งขาดความร่วมมือในการรักษา เกิด ADR เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร หรือยากับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้ป่วยและญาติใช้การสัมภาษณ์แบบสอบถาม ดังนี้

2.1) ผู้วิจัยซึ่งผ่านการอบรมการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินอาการรุนแรงทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ของ Overall และ Gorham ซึ่งได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (3,13) (ค่าความเที่ยง = 0.74) BPRS ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อซึ่งประเมินอาการทั้ง 3 ด้าน คือ อาการทั่วไป จำนวน 10 ข้อ อาการด้านลบ จำนวน 2 ข้อ และอาการด้านบวก จำนวน 6 ข้อ การให้คะแนนข้อ 1-10 ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยตรง ข้อ 11-18 ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ หากผู้ป่วยมีคะแนนรวมมากกว่า 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการของโรคระดับเล็กน้อย

2.2) ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยสอบถามผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแลด้วยคำถามในแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนในข้อ 2 ที่ประเมินด้านการรับประทานยา แบบติดตามฯ นำมาจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ คะแนนการประเมินมี 3 ระดับ คือ 1 (สม่ำเสมอ) หมายถึง การรับประทานยาครบทุกวันตามที่แพทย์สั่ง 2 (ไม่สม่ำเสมอ) หมายถึง การรับประทานยาไม่ครบตามคำสั่งแพทย์ แต่ยังมีกรรับประทานยาเป็นบางเวลา 3 (ไม่กินยา) หมายถึง ไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อ (2)

2.3) ประเมินความถี่ของการเกิด ADR ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยเป็นผู้ถามผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.75 ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ เพื่อประเมินผลของยาต่อระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ต่อมไทรอยด์ ผิวหนัง และระบบทางเดินปัสสาวะ คำถามมี 5 ตัวเลือก หากอาการเกิดขึ้นประจำทุกวันให้ 5 คะแนน เกือบทุกวัน (> 4 ครั้ง/สัปดาห์) ให้ 4 คะแนน เกือบ

ทุกสัปดาห์ (> 2 ครั้ง/เดือน) ให้ 3 คะแนน นานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน) ให้ 2 คะแนน และไม่เคยเกิดขึ้นเลยให้ 1 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวม 15 ข้ออยู่ในช่วง 15-75 คะแนน คะแนนที่สูงขึ้น หมายถึง ผู้ป่วยมีความถี่ของการเกิด ADR สูง (12)

3) สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในผู้ป่วยจิตเภท และญาติผู้ดูแลเพื่อเก็บข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ พฤติกรรมการใช้ยาและการดูแลตนเองเมื่อเกิด ADR สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการหยุดยาหรือปรับยาเอง

4) สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเก็บข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท DRPs ในผู้ป่วยจิตเภท แนวทางการแก้ปัญหาการใช้ยาที่พบในผู้ป่วย อุปสรรคในการรักษาต่อเนื่อง

5) สันทนาการกลุ่มระหว่างพยาบาลที่รับผิดชอบงานจิตเวชใน รพ.สต. เภสัชกรและพยาบาลจิตเวชของโรงพยาบาลบ้านแพนรวม 5 คน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยจิตเภทใน รพ.สต. การสันทนาการกลุ่มจัดที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลบ้านแพน ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปสัมภาษณ์ขณะสนทนา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการสันทนาการครั้งนี้ โดยแพทย์อนุญาตให้พิจารณาตามคำแนะนำของพยาบาลจิตเวช

### ระยะที่ 2 : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1) ขั้นวางแผน เป็นการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานพร้อมทั้งโครงสร้าง บทบาท และหน้าที่เพื่อดำเนินตามแนวทางที่กำหนดไว้ บทบาทและหน้าที่ของบุคลากรที่ รพ.สต. เปลี่ยนจากเดิมที่พยาบาลจิตเวชประเมินอาการและจ่ายยาแก่ผู้ป่วยแต่ละรายทันที เป็นพยาบาลจิตเวชประเมินอาการทางจิต และส่งผู้ป่วยมารับยากับเภสัชกรเพื่อทวนสอบความถูกต้องของการใช้ยาและค้นหา ADR พยาบาลวิชาชีพที่ รพ.สต. จะซักประวัติเบื้องต้นและวัดสัญญาณชีพ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องยาต้องดูแลต่อเองที่บ้าน ให้เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่จะประสานงานกับ อสม. เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการยอมรับความเจ็บป่วย ให้ประสานงานกับพยาบาลจิตเวชเพื่อออกเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อประเมินปัญหาของญาติและผู้ป่วย และให้คำปรึกษาเพิ่มเติม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาจากการใช้ยา จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนยา เจ้าหน้าที่จะปรึกษาแพทย์ทางโทรศัพท์เพื่อปรับเปลี่ยนยา เนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร ทำให้แพทย์ไม่สามารถให้บริการคลินิกจิตเวชที่ รพ.สต. ได้

2) ขั้นปฏิบัติการ เป็นการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ที่ รพ.สต. คือ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมารับยาตามนัดที่คลินิกจิตเวชร่วมกับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรคลมชัก จะให้ผู้ป่วยรอคิวรับบริการเหมือนกับผู้ป่วยทุกคน รวบรวมสัญญาณชีพและเตรียม family folder ที่เรียงตามลำดับคิว เพื่อรอตรวจกับพยาบาลจิตเวช หลังจากพบพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยจิตเภทจะรอพบเภสัชกรทุกคนเพื่อประเมินอาการทางจิต ADR และความร่วมมือจากการใช้ยา ซึ่งใช้เวลาในการประเมินคนละ 15-45 นาที

3) ขั้นการสังเกต เป็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วมถึงการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทที่ รพ.สต. ของเจ้าหน้าที่ทุกคน กรอบของการสังเกตมี 6 ประเภท คือ acts, activities, meanings, relationship, participation และ settings นอกจากนี้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณของผู้ป่วยและญาติจากการสัมภาษณ์แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการรุนแรงทางจิต แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแบบสัมภาษณ์ความถี่ของการเกิด ADR (9)

4) ขั้นสะท้อนผล โดยใช้การอภิปรายร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ

**ระยะที่ 3 : การเสนอผลการวิจัย:** ระยะนี้ใช้การสันทนาการสะท้อนผลร่วมกันระหว่างผู้ร่วมงานเพื่อสรุปและเขียนรายงานการวิจัย

## ผลการวิจัย

### ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

การทบทวนเวชระเบียนในฐานข้อมูล HOSXP ของโรงพยาบาลบ้านแพนพบว่า ผู้ป่วย 13 คนที่รับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต. มีอายุเฉลี่ย 52.5±3.60 ปี ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (12 ราย) เป็นเพศชาย 7 ราย มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคจิตเภทเฉลี่ย 13.8±2.75 ปี มีญาติดูแล 9 ราย ส่วนใหญ่จบการประถมศึกษาที่ 4 (8 ราย) ไม่ได้ทำงาน 6 ราย ผู้ป่วย 7 รายมีรายได้ประจำจากเบี้ยความพิการเดือนละ 800 บาท

ผู้ป่วย 6 รายต้องรับประทานยา 2-3 รายการต่อวัน อีก 7 รายต้องรับประทานยา 4-6 รายการต่อวัน ผู้วิจัยพบ DRP เรื่องขนาดยาดำกว่าขนาดที่แนะนำในการรักษาโรคจิตเภทในผู้ป่วย 2 ราย แต่ผู้ป่วยทุกคนมีอาการทางจิตในระดับเล็กน้อย คือ มีคะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน ก่อนการพัฒนาระบบ ผู้ป่วย 6 คน รับประทานยาสม่ำเสมอครบทุกวัน และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 7 คน (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยเกือบทุกคน (12 จาก 13 คน) เกิด ADR แต่มี

เพียง 1 รายที่เกิด ADR ซึ่งเป็นสาเหตุของการหยุดยาหรือปรับยาเอง คือ ง่วงมากจนไม่สามารถทำงานได้ อีก 2 รายเกิดอาการง่วงมากจนเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

สาเหตุอื่น ๆ ของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ การไม่รู้หนังสือ/การไม่มีญาติกำกับการรับประทานยา (1 คน) การกลัวกระดูกเสื่อมและไตวายจากยา (1 คน) สาเหตุจากความเข้าใจของญาติที่เห็นว่ารับประทานยานานแล้วอาการไม่หายขาด จึงลองงดยาบางมื้อและปรับยาเพิ่มเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (1 คน) สาเหตุจากความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเองที่ป่วยมานาน อยากปรับยาเองหรือซื้อยาของผู้ป่วยคนอื่นมารับประทาน (1 คน) และสาเหตุจากการไม่ยอมรับความเจ็บป่วย (1 คน)

การสัมภาษณ์พบ ADR ในบางกลุ่มอาการเท่านั้น คือ พบ extrapyramidal syndromes (EPS) ในผู้ป่วย 2 คน คือ tardive dyskinesia (TD) ซึ่งปากขมูบขมิบตลอดเวลาที่สัมภาษณ์ นอกนั้นเป็น ADR กลุ่มอื่น ๆ คือ มีอาการปากแห้งคอแห้งทุกวัน 7 คน ง่วงนอนมากทุกวัน 5 คน และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ทุกวัน 3 คน รายละเอียดดังตารางที่ 2

### ปัญหาของเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชใน รพ.สต. ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุการทำงานแตกต่างกันมาก คือ พยาบาลจิตเวชทำงานมานานมากกว่า 30 ปีจึงเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับระบบจิตเวชในอำเภอ สำหรับ รพ.สต. มี

พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงาน 1 ปี, 14 ปี และ 24 ปี การสัมภาษณ์พบว่า เจ้าหน้าที่ได้เรียนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์กันทุกคน จากการสังเกตพบว่า ระยะเวลาการทำงาน 1 ปี นานเพียงพอที่จะทำให้เจ้าหน้าที่คุ้นเคยกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แต่ผู้ที่ทำงานมานานจะมีความคุ้นเคยกับหน่วยงานราชการอื่น ๆ มากกว่า ซึ่งมีผลต่อการประสานงานเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบรุนแรงจนต้องประสานงานกับหน่วยงานอื่น เช่น ผู้ใหญ่บ้านและองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อให้ช่วยจับตัวผู้ป่วย แต่สิ่งที่ไม่แตกต่างกันในแต่ละ รพ.สต. คือ ภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยหลายกลุ่มโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สูง โรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุ ทำให้มีเวลาในการประเมินผู้ป่วยจิตเภทได้น้อย

### การประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การสนทนากลุ่มระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบ้านแท่น 2 คน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. 3 คน พบว่า ในระบบเดิม ทางโรงพยาบาลจัดเตรียมยาออกนอกไปพบผู้ป่วยที่นัดให้มารับยาที่ รพ.สต. แต่ละแห่ง โดยพยาบาลจิตเวชของโรงพยาบาลบ้านแท่นจะสั่งจ่ายตามรายการยาเดิมในฐานข้อมูล HOSxP หลังจากนั้นเภสัชกรตรวจเช็ครายการยาของผู้ป่วยแต่ละ รพ.สต. จัดเรียงลำดับถุงยาตามทะเบียนรายชื่อ ก่อนให้พยาบาลจิตเวชส่งมอบให้ผู้ป่วยแต่ละนัด ยาของผู้ป่วยที่ไม่ได้มาในวันนัด จะถูกเก็บ

ตารางที่ 1. ปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วย (n=13)

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

ตารางที่ 2. อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านโรคจิตก่อนพัฒนาระบบ

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ	ความถี่ของ ADR (คน)				
	ไม่เคย เกิดขึ้นเลย	1-2 ครั้ง/ เดือน	> 2 ครั้ง/ เดือน	> 4 ครั้ง/ สัปดาห์	ทุกวัน
ตัวแข็งเกร็ง เคลื่อนไหวเชื่องช้า เดินไม่แกว่งแขน พุดน้อยไม่ อยากพูด สีหน้าไร้อารมณ์	12	0	1	0	0
อาการสั่นของมือหรือแขนขาเวลาอยู่เฉยๆ นิ้วมือเคลื่อนไหวคล้าย ปั้นลูกกลอน	10	0	2	0	1
มีความรู้สึกกระวนกระวายใจนอนอยู่หนึ่งไม่ได้ มีความรู้สึกเหมือน ต้องเร่งรีบตลอดเวลา ผุดลุกผุดนั่ง ต้องขยับแขนขาเดินไปเดินมา ตลอดเวลา	12	0	1	0	0
ศีรษะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ศีรษะ คอและ ลำตัวแอ่นจนผิดปกติ คอแข็ง ลิ้นแข็ง ขากรรไกรแข็ง พุดหรือกลืน ลำบาก ตาเหลือกขึ้นข้างบน กรณีรุนแรงอาจเกิดการหดเกร็งที่ กล่องเสียงและคอหอย ทำให้เกิดการหายใจได้	12	1	0	0	0
อาการดูหรือขมขมมีปาก มีลิ้นม้วนไปมาในปากหรืออาจแลบ ลิ้นออกมาเอง มีการเคลื่อนไหวของขากรรไกร ใบหน้าบูดบึ้ง มือ และเท้าเคลื่อนไหวเหมือนเดินเร็ว ง่ายๆ ไม่มีจังหวะและสะบัด ง่ายๆ	11	0	1	0	1
ง่วงนอนมาก	7	0	1	0	5
ปากแห้ง คอแห้ง กระหายน้ำ	6	0	0	0	7
ท้องผูก	11	0	1	0	1
ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด	12	1	0	0	0
ปวดปัสสาวะแต่ปัสสาวะไม่ออก	12	0	1	0	0
หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทางเร็วๆ เช่น จากท่านอนเป็นทำยืน	8	2	1	0	2
น้ำนมไหล	13	0	0	0	0
ผิวหนังมีลักษณะไหม้และแดงเมื่อถูกแสงแดด	12	1	0	0	0
กลั้นปัสสาวะไม่ได้	7	2	1	0	3
น้ำลายไหลมาก	10	0	1	0	2

ไว้ที่ รพ.สต. ก่อนเพื่อรอผู้ป่วยมารับยา หากผู้ป่วยไม่มารับ  
ยาใน 2 เดือน รพ.สต. จะส่งคืนยาให้พยาบาลจิตเวชในนัด  
ต่อไป (รูปที่ 1)

ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่มครั้งนี้  
ได้แก่ แนวทางในการแก้ปัญหาการรับประทานยาไม่  
สม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท ผู้สนทนากลุ่มได้พิจารณา  
ปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายกรณี เนื่องจากรายละเอียดของ  
ปัญหาในผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน ในรายชื่อขาดญาติดูแล  
การรับประทานยา แนวทาง คือ การประสานงานให้ อสม.  
ใกล้บ้านช่วยดูแลและส่งมอบยาให้รับประทานในแต่ละวัน  
แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีญาติที่พร้อมดูแล แต่ผู้ป่วยตั้งใจไม่

รับประทานยานั้น แนวทาง คือ การต้องพิจารณาว่า DRPs  
เป็นสาเหตุหรือไม่ หลังจากที่เภสัชกรค้นหาและแก้ DRPs  
(รูปที่ 2) แต่ผู้ป่วยยังปฏิเสธ จำเป็นต้องให้ อสม.ที่ใกล้บ้าน  
เฝ้าสังเกตอาการ พยาบาลวิชาชีพในชุมชนแต่ละ รพ.สต.  
ออกเยี่ยมบ้านเป็นระยะเพื่อประเมินอาการ และพยาบาลจิต  
เวชใช้กระบวนการทางการพยาบาลประเมินสภาวะด้าน  
ร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อมในชุมชนของผู้ป่วย

ระบบการทำงานหลังการพัฒนา

หลังดำเนินโครงการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น  
จากกระบวนการพัฒนามีดังนี้



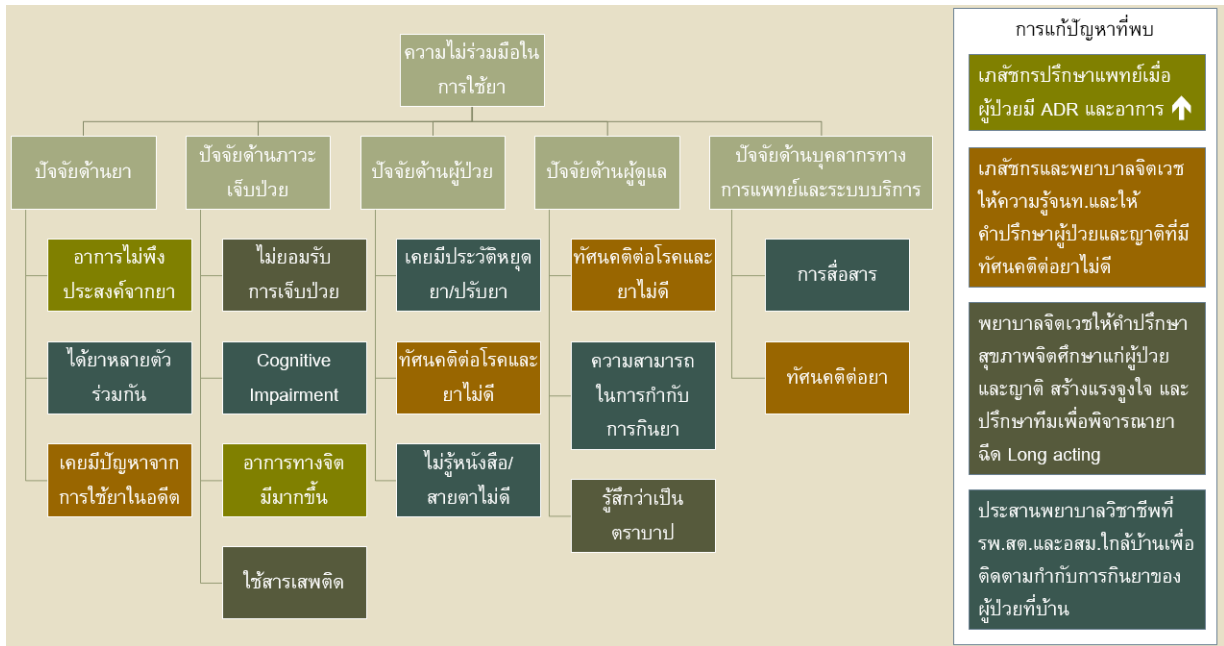
**รูปที่ 1.** ระบบเดิมของการบริการผู้ป่วยที่ รพ.สต

1. การเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแล มีปัจจัยนำเข้า คือ เกสซ์กรที่ปฏิบัติงานจ่ายยาผู้ป่วยจิตเภท ประเมิน DRPs และ ADRs ของผู้ป่วยในแต่ละ รพ.สต. ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรับรู้ว่ามีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ รพ.สต. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติรับยาต่อเนื่องในโรงพยาบาลบ้านแท่นที่ถูกส่งไปรับยาต่อที่ รพ.สต.ทั้ง 3 แห่ง จำนวน 16 คน แต่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัย 13 คน อีก 3 คนที่เหลือไม่ได้มารับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต. เพราะ 1) ปฏิเสธการไปรับยาที่ รพ.สต. แต่ขอมาตามนัดที่ห้องสุขภาพจิตของโรงพยาบาลบ้านแท่น 2) รับจ้างทำงาน

ก่อสร้างที่ต่างจังหวัด และให้ญาติมารับยาแทนที่ รพ.สต. ตามนัดและส่งยาไปให้ และ 3) ปฏิเสธการเป็นโรคจิตเภทและไม่ยอมรับประทานยาตั้งแต่ก่อนเริ่มต้นงานวิจัย เนื่องจากคิดว่ายาจะมีผลเสียมากกว่าผลดี แต่เจ้าหน้าที่ได้ให้คำแนะนำถึงการสังเกตอาการกำเริบทางจิตและมอบสมุดบันทึกสุขภาพที่มีข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจิต เพื่อให้มารดาของผู้ป่วยสังเกตอาการ ในระหว่างดำเนินโครงการผู้ป่วยรายนี้มีอาการกำเริบ ไม่ยอมนอน และพูดคนเดียว มารดาของผู้ป่วยจึงมาปรึกษาที่ รพ.สต. เมื่อเจ้าหน้าที่นำปัญหาที่พบมาปรึกษาร่วมกันในทีมสหวิชาชีพและเจรจากับ



**รูปที่ 2.** ระบบใหม่ของการบริการผู้ป่วยที่ รพ.สต



รูปที่ 3. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและการแก้ปัญหา

ผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงยอมให้ฉีดยา fluphenazine decanoate 25 mg เดือนละ 1 ครั้ง ดังนั้นในโครงการนี้จึงมีผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 13 คน

2. กระบวนการดำเนินงานมีกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับนโยบาย service plan ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินงานอาศัยความชำนาญของบุคลากรแต่ละหน่วยงานร่วมกัน คือ พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลใช้กระบวนการทางการแพทย์ในการทำงาน ทั้งการประเมินสถานะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม ชุมชนของผู้ป่วย การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (case management) ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน พยาบาลวิชาชีพในแต่ละ รพ.สต. ที่คุ้นเคยกับผู้ป่วยและญาติ และเภสัชกรในการค้นหา DRPs (รูปที่ 3) เป็นที่ปรึกษาด้านยาทั้งแบบซึ่งหน้าและทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว เจ้าหน้าที่แต่ละ รพ.สต. และ อสม. มีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของ ทีมสหวิชาชีพ โดยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและเสนอแนะแนวทางผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม จากเดิมที่มอบหมายให้ อสม. ติดตามผู้ป่วยเฉพาะรายที่ไม่มารับยาตามนัด เป็นให้ทีมสหวิชาชีพออกไปเยี่ยมผู้ป่วยรายที่มารับยาแต่เภสัชกรพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (รูปที่ 2) การดำเนินงานแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ที่มีญาติและผู้ที่ไม่มียาติดดูแลเรื่องการรับประทานยา ในรายที่ไม่มีญาติ (2 ราย) ที่ รพ.สต.บ้านเต่า รพ.สต. จัดชุดยาเป็น DOT (daily drug

packet) และประสานงานให้ อสม. มอบยาให้ผู้ป่วยรับประทานวันต่อวัน สำหรับในรายที่มีญาติดูแล แต่ไม่ยอมฉีดยา fluphenazine decanoate 25 mg ที่งานพยาบาลจิตเวชของโรงพยาบาลบ้านแท่นและพยาบาลของ รพ.สต. ออกเยี่ยมบ้านร่วมกันเพื่อฉีดยาให้ทุกเดือน

**ผลลัพธ์ที่ได้**

ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยจิตเภทใน รพ.สต.สระพัง บ้านเต่า และหนองคู คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น คือ ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจาก 6 คน เป็น 8 คน และผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอลดลงจาก 7 คน เป็น 3 คน ผู้ป่วยมี ADR ลดลงเพราะ DRP ได้รับการแก้ไข โดยปรับเปลี่ยนยา 2 คนในผู้ป่วยที่มีอาการง่วงมากหลังจากรับประทานยา diazepam จนนอนหลับตลอดทั้งวัน 1 คน และผู้ที่มีอาการ euphoria จากยา benzhexol 1 คน ทำให้ยารบกวนชีวิตประจำวันลดลง ผู้ป่วยที่เข้าใจผิดว่า ยาทำให้เกิดพิษต่อไต ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับยา ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาเดิมอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ที่เกิดกับสหวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น คือ มีการทบทวนบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในตำแหน่งต่าง ๆ และเพิ่มบทบาทการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทของเภสัชกร เพื่อแก้ DRPs ของผู้ป่วยในแต่ละนัด ทั้งยังมีการประสานงานกับ อสม. ในการติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ ให้ช่วยกำกับกับการรับประทานยาหรือสังเกตอาการเตือน เช่น การนอนไม่หลับหรือการพูดจาคน

เดี่ยว เพื่อเฝ้าระวังก่อนอาการกำเริบ ตลอดจนช่วยสังเกตอาการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและรายงานผู้ป่วยรายที่สงสัยว่ามีอาการกำเริบกับพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. กระบวนการทำให้เกิดการทบทวนการประสานงานในกรณีต่าง ๆ เช่น เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องยา มีอาการกำเริบ อาละวาดในชุมชน

### การอภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ มีการดำเนินการที่แตกต่างจากการศึกษาของวรทัยา ราชบัญญัติสุขภาพจิตในโรงพยาบาลปาก จังหวัดนครพนม ซึ่งจัดตั้งคลินิกจิตเวชแยกเฉพาะจากห้องตรวจโรคสำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป และให้บริการที่โรงพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง (17) ส่วนการดำเนินงานของโรงพยาบาลบ้านแท่นนั้นเป็นการบริการที่รพ.สต.แต่ละแห่ง ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต.ต่าง ๆ โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ้านแท่น การดำเนินงานที่โรงพยาบาลปาก ทำให้ร้อยละของการกำเริบลดลงจากร้อยละ 8.24 เป็น 0.77 (17) แต่ในงานวิจัยนี้วัดอาการรุนแรงทางจิตโดยใช้แบบประเมิน BPRS ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีอาการทางจิตระดับเล็กน้อยทั้งก่อนและหลังการดำเนินการทุกคน ในงานวิจัยนี้ ก่อนเข้าร่วมงานวิจัย ผู้ป่วยเคยมีประวัติอาการกำเริบทำร้ายตนเอง 2 ราย ใช้อาวุธทำร้ายญาติ 1 ราย และมีหูแว่ว 2 ราย จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านแท่นก่อนส่งออกไปรักษาที่ รพ.สต. อีกครั้ง การพัฒนาระบบในครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มดังกล่าวข้างต้น ไม่มีอาการกำเริบอีกจนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น

หลังการพัฒนากระบวนการแม้จะพบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอลดลงจาก 7 เป็น 3 คน และรับประทานยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจาก 6 เป็น 8 คน แต่กลับพบว่าผู้ป่วยที่ไม่รับประทานยาเลยเพิ่มขึ้น 2 คน ซึ่งทั้งสองคนเป็นผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอในช่วงเริ่มต้นงานวิจัย ซึ่งจากประวัติเดิม ผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยมีประวัติหยุดยาเองมาก่อนหน้านี้หลายครั้ง เพราะปฏิเสธการเจ็บป่วย ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติรับประทานยาไม่สม่ำเสมอที่มีสาเหตุมาจาก ADR หรือความรู้ความเข้าใจเรื่องยาไม่ถูกต้อง สามารถเพิ่มความร่วมมือได้ด้วยระบบนี้ แต่ยังมีข้อจำกัดในกรณีที่ไม่ให้ความร่วมมือจากการไม่ยอมรับความเจ็บป่วย

ยากกลุ่ม first-generation antipsychotics (FGA) ออกฤทธิ์ต่อระบบ dopamine ในทุก pathway ทำให้มีฤทธิ์ในการรักษาอาการด้านบวกและด้านลบ แต่ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการที่ dopamine pathway ถูกยับยั้งด้วยเช่นกัน ส่วน second-generation antipsychotics (SGA) จะออกฤทธิ์บริเวณ mesolimbic และ mesocortical ของสมองมากกว่าบริเวณ nigrostriatal หรือ tuberoinfundibular จึงทำให้เกิด EPS น้อยกว่า (15) EPS ที่พบในงานวิจัยนี้คือ tardive dyskinesia ซึ่งพบในผู้ป่วย 2 ราย รายแรกใช้ haloperidol 5 mg วันละ 3 ครั้งร่วมกับ chlorpromazine 100 mg 2 เม็ดก่อนนอน นานมากกว่า 5 ปี ผู้ป่วยอีกรายรับประทาน chlorpromazine 100 mg ก่อนนอนมานานมากกว่า 3 ปี tardive dyskinesia เป็น ADR ที่ดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป และมีอาการขึ้น ๆ ลง ๆ ได้ แต่หากมีอาการแสบ อาจพิจารณาหยุดยาจิตเวชหรือเปลี่ยนมาใช้ clozapine แทน แต่เนื่องจากโรงพยาบาลบ้านแท่นยังไม่มี clozapine ในบัญชียาโรงพยาบาล และอาการที่พบในผู้ป่วยไม่ได้รบกวนชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการมากขึ้น เจ้าหน้าที่จึงแนะนำญาติให้สังเกตอาการ และแนะนำมาแผนกทันตกรรมของโรงพยาบาลเพื่อตรวจช่องปากหาสาเหตุอื่นนอกจากยา

ในการร่วมสนทนากลุ่ม เจ้าหน้าที่มีความเห็นว่าหากผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเป็นยากกลุ่ม SGA หรือ typical antipsychotics ให้ทำตามแนวทางส่งผู้ป่วยจาก รพ.สต. ที่กำหนดขึ้น เพื่อปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลบ้านแท่นและประสานงานกับพยาบาลจิตเวชเพื่อดำเนินการส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจิตเวช นอกจากนี้พบว่า อาการง่วงนอนมากเกิดจากยาอื่น ๆ นอกจากยาด้านโรคจิต เช่น diazepam และ benzhexol ทีมสหวิชาชีพจึงค่อย ๆ ลดขนาดยาเหล่านี้ลง และนำเสนอเข้าคณะกรรมการ patient care team (PCT) ของโรงพยาบาลต่อไป

ผู้ป่วย 2 รายที่มีโรคร่วม เช่น โรคซึมเศร้า และได้ยา fluoxetine ซึ่งเป็น CYP 450 Inhibitor โดยเฉพาะ CYP2D6 ส่งผลให้ลดการเมตาบอลิซึมยาด้านโรคจิตอื่นที่ผ่าน CYP2D6 เช่นกัน ระดับยาอื่นจึงเพิ่มสูงขึ้น เช่น chlorpromazine, fluphenazine decanoate injection และ perphenazine ส่งผลให้พบ EPS หรือ QTc prolongation จากยาได้ แต่ในผู้ป่วยที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาในงานวิจัยนี้ไม่พบอาการ EPS จึงไม่ได้ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนยา แต่ยังคงติดตามอาการ EPS ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ปัญหา CYP2D6 Inhibitor นี้ไม่ส่งผลต่อ trifluoperazine

zine เพราะการจัดยานี้เกิดผ่าน CYP1A2 เป็นหลัก จึงไม่เกิดปัญหาเมื่อใช้ร่วมกับยา fluoxetine แต่จะมีปัญหาในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็นประจำเพราะบุหรี่เหนี่ยวนำ CYP 450 ยาด้านโรคจิตที่เมตาบอไลต์ผ่าน CYP1A2 จึงมีระดับยาลดลงได้ เช่น trifluoperazine, perphenazine, fluphenazine, haloperidol และ chlopromazine และอาจทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกำเริบได้

การวิจัยครั้งนี้พบว่า จากระบบเดิมที่ทำได้เพียงรับทราบปัญหาว่ามีผู้ป่วยจิตเภทไม่มารับยาและปฏิเสธการรับประทานยา โดยที่เภสัชกรไม่ทราบปัญหาที่แท้จริงที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย การมีเภสัชกรเข้ามาในระบบใหม่นี้ทำให้สามารถตรวจสอบ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา คือ ยา ภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ (20) หากปัจจัยดังกล่าวเกี่ยวข้องกับยาโดยตรง เช่น การปฏิเสธการรับประทานยาเพราะทนอาการข้างเคียงจากยาไม่ไหว ทัศนคติต่อยาไม่ดี หรือรับประทานยาผิดเพราะขาดผู้ดูแล การแก้ปัญหาดังกล่าวสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาด้านโรคจิตมากขึ้น แต่เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความซับซ้อน ในผู้ป่วยบางคน เภสัชกรผู้เดียวสามารถช่วยแก้ DRPs ได้เพียงบางส่วน นอกเหนือจากนั้นคุณูญแจสำคัญของความสำเร็จ คือ การร่วมงานกันระหว่างสหวิชาชีพ เนื่องจากการเข้าไปในชุมชนทำให้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทบางคนให้ข้อมูลไม่ตรงกับการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งและหลายวิธีเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบ ในช่วงเริ่มต้นของการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยจิตเภทหลายรายตอบว่ารับประทานยาครบทุกวันอย่างสม่ำเสมอ และสามารถบอกวิธีรับประทานยาได้ถูกต้อง แต่เมื่อคุ้นเคยกันมากขึ้น ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยว่า ตนเองขาดยาในบางวันเนื่องจากลืมและตั้งใจรับประทานเองในบางครั้ง ทั้งนี้จากการพูดคุยกับผู้ป่วยจิตเภทหลายคนพบว่า การสัมภาษณ์และช่วยแก้ปัญหาสามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ผูกพัน (18) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท 2 คนมารับยาตรงนัดและกระตือรือร้นในการฉีดยาตรงตามกำหนดจากคำบอกเล่าของ อสม. ในชุมชนสระพัง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาแบบอภิวเคราะห์ของ Gray และคณะ ในการบำบัดทางจิตด้วยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) และเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioural therapy) ซึ่งพบว่า จาก 6 การศึกษาที่ถูกต้องพิมพ์ตั้งแต่ปี 2006 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยลดอาการทาง

จิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบเดิมจากการติดตามไป 1 ปี แต่การเพิ่มความร่วมมือในการรักษาเพียงอย่างเดียวไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (19)

ระบบเดิมที่ยังไม่มีเภสัชกรออกไปให้บริการที่ รพ.สต. นั้น ได้จัดให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต. มาต่อเนื่องหลายปีแล้ว ระบบเดิมมีข้อดีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสะดวกในการรับยาเพราะใกล้บ้าน ผู้ป่วยหลายรายมีปัญหาเรื่องรายได้ ก็สามารถมารับยาได้เอง โดยไม่ต้องเหมารถไปโรงพยาบาลบ้านแท่นที่มีระยะทางไกลกว่า 10 กิโลเมตร โรงพยาบาลมีพยาบาลจิตเวชที่ทำงานด้านนี้มานานกว่า 20 ปี แต่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรอื่น ๆ คือ ไม่มีจิตแพทย์ในการประเมินอาการหรือพิจารณาปรับเปลี่ยนยาในผู้ป่วยมีอาการกำเริบ-อาละวาด ทางโรงพยาบาลจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชราชชนรินทร์ จังหวัดขอนแก่น และจ่ายยาตามใบสั่งตัวที่ถูกส่งกลับมาภายหลังเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว ระบบเดิมยังไม่มีเภสัชกรช่วยประเมิน ADRs เพื่อลดปัญหาการหยุดยาเองของผู้ป่วย หลังจากการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนร่วมกับสหวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. และเภสัชกร ทำให้ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการได้รับยาต่อเนื่อง ได้รับการแก้ DRPs ญาติผู้ดูแลหรือ อสม. ที่สังเกตเห็นพฤติกรรมที่เป็นอาการเตือนของผู้ป่วย สามารถประสานงานกับเจ้าหน้าที่เพื่อการรักษาอย่างถูกต้อง ทำให้ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซึ่งก่อความรุนแรงเกิดขึ้น

ข้อจำกัดอีกประการของการศึกษานี้ คือ มีเพียงการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. และ อสม. เท่านั้น แท้จริงแล้วปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีหลายสาเหตุ อย่างเช่น ADRs ที่รบกวนการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยจึงไม่รับประทานยา โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีรายได้น้อย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมแบบองค์รวมควรต้องมีความร่วมมือและการเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายอื่นมากขึ้น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อแก้ปัญหาและผลกระทบอื่นจากการรับประทานยา

ข้อเสนอแนะสำหรับเภสัชกรที่สนใจพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยจิตเวชในโรคอื่น ๆ ในบริบทของโรงพยาบาลตนเอง คือ 1) เภสัชกรควรมีความรู้ในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งปัจจุบันมีการจัดอบรมโดยชมรมเภสัชกรจิตเวช กรมสุขภาพจิตเป็นประจำทุกปี และการจัดอบรมโดยโรงพยาบาลเฉพาะ

ทางด้านจิตเวชหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะที่เภสัชกรจำเป็นต้องมีความรู้ที่สำคัญในเรื่องยา ด้านโรคจิตและเทคนิคในการให้คำปรึกษาผู้ป่วย 2) ทีมสหวิชาชีพควรมีความรู้เรื่องผู้ป่วยจิตเภท เช่น พยาบาลควรผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็ก และวัยรุ่น และ 3) ทีมสหวิชาชีพต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและร่วมมือกันดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำเป็นต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยที่เคยมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจเปลี่ยนไปเป็นผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแลและมีผลต่อการรับประทานยาและเกิดการกลับมาเป็นซ้ำได้เสมอ อีกทั้งผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคนานาน ในบางรายเกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยา เพราะรับประทานยาแล้วไม่หายขาด ทำให้อยากปรับเปลี่ยนยา หรือหาวิธีการรักษาอื่น ๆ ซึ่งเสี่ยงต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ขาดยา จนทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำได้

### สรุปผล

การศึกษานี้ทำให้ทราบปัญหาที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยและส่งผลต่อการหยุดใช้ยา คือ ADRs การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย นอกจากนี้ปัญหาอื่น ๆ ที่มีผลในผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ คือ การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา และการไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือการขาดผู้ดูแลหลัก หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพทำให้สามารถแก้ไข DRPs ในผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น และไม่พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อพัฒนานิสิตระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม งบประมาณเงินรายได้ ประจำปี 2561 ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ ขอขอบพระคุณผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในชุมชนที่ศึกษาที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องที่ช่วยเหลือและสนับสนุนงานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่ฝ่าย

เภสัชกรรมชุมชน ผู้อำนวยการ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่วิจัย และ อสม. ประจำหมู่บ้าน ณ ชุมชนที่วิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. Kongsakon R. Epidemiology of psychiatric disorders in Thailand. In: Suansanae T, Chindavijak B, editors. Pharmacy review and update series 2015 pharmacotherapy of psychiatric disorder. Bangkok: Prachachon; 2015. p 7.
2. Wattanagaroon P, Jirauraipong K, Teangtum S, Warakornamordech N, Chumputra P. Manual of development of continuity of care system in severe mental illness high risk to violence patients in community. Bangkok: Saeng Charoen Printing; 2016.
3. Prukago K, Prukkanone B, Suraarunsumrit B, Tunsu thepweerawong C, Choopudsa P, editors. Manual of taking care psychiatric patients for staff in primary unit. Bangkok: Saeng Charoen Printing; 2016.
4. Health Systems Development Committee of Chaiyaphum. Medication system of psychotropic drugs in Chaiyaphum. Chaiyaphum: Chaiyaphum Public Health Office; 2016.
5. Tuanthon B. Long-acting injectable antipsychotics. In: Suansanae T, Chindavijak B, editors. Pharmacy review and update series 2015 pharmacotherapy of psychiatric disorder. Bangkok: Saeng Charoen Printing; 2015. p. 67–8.
6. Lotrakul M. Handbook of psychotropic drugs. 5th ed. Bangkok: Moh-chao-Ban; 2014. p. 4-6.
7. Wuthironarith V. Promoting medication adherence in persons with schizophrenia in community. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2017; 31:1–12.
8. Sangeunboonyapong NPS. Factor relating to loss to follow-up among schizophrenia patients enrolled in the community hospitals in Chachoengsao province. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2017; 18: 229–36.
9. Piriyanupong P. Research and development. Nonthaburi: Mild Publishing; 2003.

10. Chantavanich S. Qualitative research methodology. 23rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2016.
11. Podhisita C. Science and art of qualitative research methodology. 7th ed. Bangkok: Amarin; 2016.
12. Akesuweerapong N. Factors affecting medication nonadherence in schizophrenic patients admitted at Suansaranrom Hospital [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006.
13. Sriwarakorn S. Sensitivity and specificity of self-reported medication adherence tools [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009.
14. Lotrakul M. Schizophrenia and psychosis. In: Lotrakul M, Sukanich P, editors. Ramathibodi essential psychiatry 4th ed. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital; 2015. p. 129-54.
15. Ittasakul P, Lotrakul M. Psychotropic drugs. In: Lotrakul M, editor. Clinical practice in psychotropic drugs. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital; 2017. p. 60-92.
16. Doungngern T. Medication therapy problem. In: Ning sanon T, Doungngern T, Chaijamorn W, Montakantikul P, editors. Essential tools for pharmaceutical care. Bangkok: Association of Hospital Pharmacy (Thailand); 2015. p. 197.
17. Rachbandi W. Developing of taking care system for psychiatric patients: Pla Plak Hospital, Nakhon Phanom Province. Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division. 2013; 31: 48-56.
18. Ruangtrakool S. Dictionary of psychiatry and psychology. Bangkok: Ruenkaew Printing, 2009. p. 247-53.
19. Gray R, Bressington D, Ivanecka A, Hardy S, Jones M, Schulz M, et al. Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry. 2016; 16: 90. doi: 10.1186/s12888-016-0801-1.
20. Haddad PM, Brain C, Scott J. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenge and management strategies. Patient Relat Outcome Meas 2014; 5: 43-62.