

ความสอดคล้องของความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิต ด้านการใช้ยาที่ประเมินโดยผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแล

วาสนันท์ พลไพรินทร์¹, ทัดดา ศรีบุญเรือง², สิริพรรณ พัฒนาฤดี²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีธัญญา

²ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสอดคล้องของความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ประเมินโดยผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการ: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางนี้ทำในผู้ป่วยจิตเภท 100 คนในโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างมกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2564 การศึกษาเก็บข้อมูลจากการสอบถามผู้ดูแลและผู้ป่วย และการค้นข้อมูลจากเวชระเบียน การศึกษาประเมินความสอดคล้องในการใช้ยาด้วยแบบสอบถาม Medication Taking Behavior in Thai Patients (MTB-Thai) และประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาด้วย Patient-Reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy for Quality of Life (PROMPT) ฉบับย่อ การศึกษาเก็บข้อมูลสองช่วงดังนี้ 1) ช่วงรักษาแบบผู้ป่วยในโดยเก็บจากผู้ดูแลผู้ป่วย และ 2) ช่วงรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยและผู้ดูแล การวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation: ICC) และ Bland-Altman method ส่วนความสัมพันธ์ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัย: ผลการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสอดคล้องในระดับดีมากในแต่ละมิติ โดยมีค่า ICC อยู่ระหว่าง 0.97 - 0.99 สำหรับการประเมินด้วย PROMPT ฉบับย่อ พบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินในแต่ละมิติในระดับดีถึงดีมากโดยมีค่า ICC อยู่ระหว่าง 0.85 - 0.95 ความร่วมมือในการใช้ยาในมิติการลืมใช้ยา มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการได้รับข้อมูลยาและโรค ($r = 0.23$) ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา ($r = 0.35$) และผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา ($r = 0.32$) ส่วนการหยุดใช้ยาหรือปรับยาเอง สัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา ($r = 0.30$) ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา ($r = 0.25$) และผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา ($r = 0.35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุป: ผลการประเมินด้วยแบบสอบถาม MTB-Thai และแบบสอบถาม PROMPT ฉบับย่อ โดยผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความสอดคล้องกันดีถึงดีมาก โดยพบความสัมพันธ์ในเชิงบวกระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลยาและโรค ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา และผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท ยาต้านโรคจิต ความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา

รับต้นฉบับ: 4 ต.ค. 2564, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 18 พ.ย. 2564, รับลงตีพิมพ์: 26 พ.ย. 2564

ผู้ประสานงานบทความ: สิริพรรณ พัฒนาฤดี ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 E-mail: siripan.p@pharm.chula.ac.th

Agreement of Medication Adherence and Pharmacotherapy Related Quality of Life as Assessed by Patients with Schizophrenia and Their Caregivers

Wasanan Phonphairin¹, Tatta Sriboonruang², Siripan Phattananarudee²

¹Department of Pharmacy, Srithanya Hospital

²Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University

Abstract

Objective: To study agreement of medication adherence and pharmaceutical therapy-related quality of life as assessed by patients with schizophrenia and their caregivers, and to examine the relationship between medication adherence and pharmaceutical therapy-related quality of life. **Method:** This cross-sectional analytical study was conducted in 100 schizophrenic patients at Srithanya Hospital between January and June 2021. The study collected data from caregivers and patients, and medical records. The study assessed medication adherence with the Medication Taking Behavior in Thai Patients (MTB-Thai) questionnaire and assessed the pharmaceutical therapy-related quality of life with short version of the Patient-Reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy for Quality of Life (PROMPT). The study collected data twice: 1) the inpatient treatment period with the data collected from caregivers and 2) the outpatient treatment period with the data collected from patients and their caregivers. The inter-rater agreement was evaluated using the intraclass correlation (ICC) and the Bland-Altman methods. Their correlation was assessed using Pearson's correlation statistic. **Results:** Medication adherence scores as assessed by patients and caregivers showed a very good agreement in each dimension, with ICC ranging from 0.97 - 0.99. For the assessment with the short version of the PROMPT, good to very good agreement among raters was found in each dimension with ICC ranging between 0.85 - 0.95. Medication-taking forgetfulness dimension of medication adherence was positively correlated with obtaining medication and disease information ($r = 0.23$), satisfaction with drug efficacy ($r = 0.35$), and impacts of side-effects ($r = 0.32$). Discontinuation of the drug or self-initiated change of drug use were positively and significantly correlated with drug efficacy satisfaction ($r = 0.30$), impacts of side-effects ($r = 0.25$) and psychological effect of drug use ($r = 0.35$). **Conclusion:** The scores of the MTB-Thai and abbreviated version of the PROMPT as assessed by patients and their caregivers were in a good to very good agreement. A positive correlation was found between medication adherence and the following dimensions of pharmaceutical therapy-related quality of life--obtaining medication and disease information, satisfaction with the effectiveness of the drug, impacts from side effects of the drug and psychological effects of drug use

Keywords: schizophrenic patients, antipsychotic drugs, medication adherence, pharmaceutical therapy-related quality of life

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญในระบบสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดต้นทุนทางการรักษาสูงสุด ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การสูญเสียปีสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท (disability-adjusted life years) เพิ่มจากร้อยละ 36.69 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 62.46 ในปี พ.ศ. 2560 (1) ความชุกตลอดชีพของผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกพบได้ประมาณ 1.13 ล้านคน (1) สำหรับประเทศไทย พบความชุกปัจจุบันหรือในระยะเฉียบพลัน ร้อยละ 0.6 ของประชากรไทย (2) ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตผลักดันนโยบายเชิงรุกเพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตมากขึ้น ทั้งนี้อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 39 (3) และอัตราการไม่ได้รับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 60.41 (3) ผู้ป่วยจิตเภทมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะเฉียบพลันร้อยละ 63 และอยู่ในระยะหลงเหลือร้อยละ 37 (2) ในปี พ.ศ. 2563 เป็นปีที่มีการรักษาแบบผู้ป่วยในสูงสุดในรอบ 10 ปี ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตรายงานว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 387,976 ราย (4) เข้ารับบริการในโรงพยาบาลและต้องรักษาตัวแบบผู้ป่วยในเป็นจำนวน 48,609 ราย ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2562 ที่พบผู้ป่วย 37,062 ราย (5)

โรคจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับการคิด การตัดสินใจ อารมณ์ และพฤติกรรมที่มีความผิดปกติอย่างรุนแรง (7) รูปแบบความรุนแรงที่พบสูงสุดในผู้ป่วยจิตเภท คือมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต ทำร้ายผู้อื่นหรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นถึงแก่ชีวิต (6) ดังเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มีผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ก่อเหตุการณ์รุนแรงสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (7) ปัจจัยทำนายสำคัญต่อการกลับมารักษาซ้ำ เช่น การกำเริบของโรค ความร่วมมือในการใช้ยา การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้ตลอดระยะเวลาการรักษาโรค (8) การกลับมารักษาซ้ำบ่อยครั้งทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ระยะเวลานอนโรงพยาบาลต่อครั้งนาน (8, 9) คือ เฉลี่ย 25 วัน (6) และมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยมีอายุขัยเฉลี่ยลดลง 10 - 25 ปี (10, 11) โดยพบโรคแทรกซ้อนมากกว่าประชากรปกติ 2 - 4 เท่า (12) ค่าใช้จ่ายในการรักษาในระบบบริการผู้ป่วยในและค่ายารักษาโรคในผู้ที่มีการกำเริบสูงกว่าค่าใช้จ่ายในระบบ

บริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีอาการกำเริบถึง 3 เท่าตัว (13) สำหรับในประเทศไทย ภาระต้นทุนการรักษาแบบผู้ป่วยในต่อครั้งเฉลี่ยอยู่ที่ 20,157 - 31,888 บาท (14) ซึ่งมากกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยนอกซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่อครั้ง 483 - 1,030 บาท (15)

โรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรังหนึ่งที่ต้องบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษามาตรฐานคือการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตร่วมกับการฟื้นฟูทางจิตสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความรุนแรง ป้องกันการกำเริบ ลดการกลับเป็นซ้ำ ปรับปรุงทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาของตนเอง การป่วยจากโรคจิตเภทเป็นระยะเวลานานมีผลกระทบต่อทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน และการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยบางส่วนสร้างภาระให้กับผู้ดูแลและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย (8)

ตัวชี้วัดที่สำคัญของการรักษาโรคจิตเภท คือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในเวชปฏิบัติของไทย คือเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก (16, 17) ซึ่งเป็นการรายงานโดยผู้ป่วย แบบวัดนี้มุ่งประเมินคุณภาพชีวิตในภาพรวมทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมหลังได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยจากโรค จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าปัญหาหลัก คือความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งพบในร้อยละ 31.65 - 60.00 ของผู้ป่วย (18-22) การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยร้อยละ 60.00 (19) การกำเริบของโรคที่ต้องกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน (20, 22, 23) อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (21) ปัญหาเหล่านี้ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยา หากใช้เครื่องมือที่ประเมินคุณภาพชีวิตซึ่งจำเพาะต่อการบำบัดรักษาด้วยยา มาประเมินผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในผู้ที่มีการรักษาซ้ำบ่อยครั้ง และต้องรับรักษาแบบผู้ป่วยใน อาจทำให้ทราบถึงปัญหาจากการใช้ยาซึ่งอาจนำไปสู่การแก้ไขที่เหมาะสมดังในการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในโรคเรื้อรังอื่น (24, 25) นอกจากนี้ยังควรประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยเครื่องมือที่มีใช้กันอย่างแพร่หลาย เช่น แบบสอบถามที่รายงานโดยผู้ป่วย ซึ่งสามารถบ่งบอกถึงพฤติกรรมการใช้ยาก่อนหน้าของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (26)

สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดต่าง ๆ ที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาใดที่

ประเมินในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน (25) ซึ่งทำให้ต้องตระหนักถึงการศึกษาในระยะเฉียบพลันของโรคนี้ เพราะอาจมีสภาวะของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรายงานโดยตนเองได้ รวมถึงการรายงานโดยผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาด้านความถูกต้องและน่าเชื่อถือ เนื่องจากลักษณะของโรคอาจทำให้เกิดการบิดเบือนความคิด การรับรู้ รวมถึงความยากในการประเมิน หลายการศึกษาจึงประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้ตัวแทนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยร่วมด้วย เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน คู่สมรส นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาล (27, 28) ดังในการศึกษาของ Purba และคณะ (27) ซึ่งศึกษาความสอดคล้องระหว่างการประเมินโดยผู้ป่วยและพยาบาล ทั้งในระยะกำเริบของโรคและเมื่ออาการคงที่ ผลการศึกษาพบว่าในระยะเฉียบพลัน การรายงานระหว่างผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันในระดับต่ำ และมีบางมิติที่ไม่สอดคล้องกัน ดังนั้นจึงควรพิจารณาถึงความเหมาะสมของตัวแทนที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การศึกษาของ Becchi และคณะ (28) สนับสนุนว่าญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดสามารถรายงานได้สอดคล้องกับผู้ป่วยจิตเภท การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสอดคล้องของการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยและผู้ดูแล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 การศึกษาได้ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศรีธัญญา รหัสโครงการ STY.CO.A008/2564

ตัวอย่าง

การศึกษาเก็บข้อมูลในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษานี้หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบด้วยสาเหตุใด ๆ ที่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันนับจากออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุด หรือมีการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อปี นิยามศัพท์นี้อ้างอิงจากคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง กรมสุขภาพจิต (29)

เกณฑ์คัดผู้ป่วยเข้าศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ ICD10 (F 20.0 - F 20.9) ที่เข้ารับการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในด้วยอาการทางจิตกำเริบ อายุระหว่าง 18 - 60 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทย และมีผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย หรือ proxy โดยทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยจิตเภทในการตัดสินใจรักษา และให้รายละเอียดข้อมูลประวัติส่วนตัว ประวัติการรักษา ประวัติการใช้ยา และตอบแบบสอบถามเมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถให้ข้อมูลของตนเองได้ (30, 31) เกณฑ์คัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา คือ ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) หรือเป็นผู้ป่วยที่บกพร่องทางสติปัญญา เช่น ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ mental retardation (F70 - F70.9)

ผู้ดูแลหรือ caregiver ในการศึกษานี้หมายถึงสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือและสนับสนุนในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและการใช้ยาของผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นโดยผู้ดูแลนั้นต้องมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 ปีขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน (32) เกณฑ์คัดผู้ดูแลเข้าศึกษา คือมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปเป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย ทำหน้าที่ดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน และดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยตามนิยามข้างต้น ผู้ดูแลต้องไม่เจ็บป่วยทางจิต และสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

การเลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรประมาณค่าความชุกของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรุนแรงของโรคในระยะเฉียบพลัน โดยสัดส่วนของผู้ป่วยดังกล่าวของประเทศไทยในปี 2555 คือ ร้อยละ 63 (2) การศึกษานี้กำหนดค่าอิทธิพลในระดับปานกลาง คือ 0.50 ระดับความเชื่อมั่น ($Z_{\alpha/2}$) เท่ากับ 1.96 และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.1 ดังนั้นต้องศึกษาในตัวอย่างจำนวน 90 คน

การเก็บข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลดำเนินการหลังได้รับการยินยอมทั้งจากผู้ดูแลและผู้ป่วย การรวบรวมข้อมูลทำโดยการสอบถามจากผู้ดูแลและผู้ป่วย ร่วมกับการสืบค้นจากเวชระเบียน การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา ดังนี้

1) ในขณะที่รับรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลจากมุมมองของผู้ป่วย การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาใช้แบบวัด Medication Taking Behavior in Thai Patients (MTB-Thai) และการประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาใช้

แบบวัด Patient-Reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy for Quality of Life (PROMPT) ฉบับย่อ

2) ในขณะรับรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ดูแลและผู้ป่วยตอบแบบวัด MTB-Thai และ PROMPT ฉบับย่อ

เครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเภท คือ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต (ปี) การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด จำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำต่อปี นอกจากนี้ยังมีแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ยต่อปี และความสัมพันธ์ในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม MTB-Thai ซึ่งมีค่าความเที่ยงภายในผู้ประเมินอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.76 และ ค่า ICC จากการทดสอบซ้ำเท่ากับ 0.83 (26) แบบสอบถามนี้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา แบบวัดประกอบด้วย 6 ข้อที่แบ่งเป็น 2 มิติ ได้แก่ มิติการลืมใช้ยา (2 ข้อ) และมิติการหยุดใช้ยาหรือปรับยาเอง (4 ข้อ) แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง ลืมตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป; 2 คะแนน หมายถึง ลืม 3 - 4 ครั้ง; 3 คะแนน หมายถึง ลืม 1 - 2 ครั้ง; 4 คะแนน หมายถึง ไม่ลืมเลย การประเมินผลทำโดยการรวมคะแนนทั้ง 6 ข้อ การแปลผลได้ 3 ระดับดังนี้ 1) ระดับต่ำ คือ คะแนนรวม ≤ 21 คะแนน 2) ระดับปานกลาง คือ คะแนนรวมเท่ากับ 22 - 23 คะแนน 3) ระดับสูง คือ คะแนนรวมเท่ากับ 24 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม PROMPT ฉบับย่อ ซึ่งมีค่าความเที่ยงภายในผู้ประเมินอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า Cronbach's alpha แต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0.77 - 0.89 และ ค่า ICC จากการทดสอบซ้ำอยู่ระหว่าง 0.67 - 0.83 (24) แบบสอบถามนี้ประเมินทัศนคติและประสบการณ์การใช้ยา แบบสอบถามประกอบด้วย 16 ข้อคำถามใน 8 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากหมอ เภสัชกร หรือพยาบาล (จำนวน 5 ข้อ); มิติที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา (จำนวน 2 ข้อ); มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา (จำนวน 1 ข้อ); มิติที่ 4 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา (จำนวน 4 ข้อ); มิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้ยา (จำนวน 1 ข้อ); มิติที่ 6 การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา (จำนวน 1 ข้อ); มิติที่ 7 ความสัมพันธ์ทางด้านการ

รักษา (จำนวน 1 ข้อ) และมิติที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวม (จำนวน 1 ข้อ) เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ แต่ละมิติมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน การคิดคะแนนแต่ละมิติใช้สูตร $100 \times (\text{คะแนนที่ประเมินได้} - \text{คะแนนต่ำสุดของแต่ละมิติ}) / (\text{คะแนนสูงสุดแต่ละมิติ} - \text{คะแนนต่ำสุดแต่ละมิติ})$ การแปลผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับต่ำ เท่ากับ 0 - 25 คะแนน 2) ระดับพอใช้ถึงปานกลาง เท่ากับ 26 - 50 คะแนน 3) ระดับเกือบดีถึงดี เท่ากับ 51 - 75 คะแนน และ 4) ระดับดีมากถึงดีเยี่ยม เท่ากับ 76 - 100 คะแนน การใช้แบบสอบถาม MTB-Thai และ PROMPT ฉบับย่อ ได้รับอนุญาตใช้จากผู้พัฒนาและเจ้าของลิขสิทธิ์ ศ. ภญ. ดร. พรพรรณทิพา ศักดิ์ทอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดลองใช้แบบสอบถาม MTB-Thai ในผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า ทั้งฉบับมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.90 การทดสอบในผู้ป่วยจิตเภทมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.91 ความเที่ยงภายในผู้ประเมินอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ส่วนการทดสอบ PROMPT ฉบับย่อในผู้ดูแลผู้ป่วย พบ Cronbach's alpha ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.91 และการประเมินโดยผู้ป่วย มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.92 มีค่าความเที่ยงภายในผู้ประเมินอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS version 22.0 (SPSS Co., Ltd, Bangkok Thailand ลิขสิทธิ์ภายใต้จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาแสดงผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา อาการทางจิตสงบในการศึกษานี้ คือ การมีคะแนนจากแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) น้อยกว่า 36 (33) การศึกษาใช้ Pearson's correlation (r) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ส่วนความสอดคล้องของผลการประเมินโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งเป็นข้อมูลชนิดต่อเนื่องใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intra class correlation: ICC) (31, 34) โดยใช้แบบจำลอง two-way random effect เนื่องจากอ้างอิงในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ซึ่งมีการเปรียบเทียบระหว่างผู้ประเมินมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คนด้วยวิธีการวัดเดียว โดยเลือกนิยามรูปแบบความสอดคล้องแบบ absolute agreement ร่วมกับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างผู้ประเมินด้วยแผนภาพ Bland-Altman

method ค่า ICC ที่น้อยกว่า 0.5, 0.5-0.75, 0.75-0.9 และมากกว่า 0.90 หมายถึงมีความสอดคล้องไม่ดี ปานกลาง ดี และดีมาก (34)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 100 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 51.0 มีอายุเฉลี่ย 38.73 ± 10.25 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพ

โสด (ร้อยละ 66.0) การศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 55.0 ส่วนใหญ่ว่างงานและไม่มีรายได้ (ร้อยละ 80.0) โดยพบระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเฉลี่ย 6.39 ± 3.77 ปี และมีจำนวนการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในเฉลี่ย 2.08 ± 1.16 ครั้งต่อปี ดังแสดงในตารางที่ 1 ด้านพฤติกรรมสุขภาพมีการใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ ได้แก่ สุบุนหรี (ร้อยละ 51.0) ต้มสุรา (ร้อยละ 43.0) และมีการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย (ร้อยละ 34.0)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (ร้อยละ) หรือค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	
	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล
เพศ		
ชาย	51 (51.0)	46 (46.0)
หญิง	49 (49.0)	54 (54.0)
อายุเฉลี่ย (ปี)	38.73 ± 10.25	50.18 ± 11.89
สถานภาพ		
โสด	66 (66.0)	0 (0.0)
สมรส	26 (26.0)	92 (92.0)
หย่าร้าง	8 (8.0)	8 (8.0)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19 (19.0)	19 (19.0)
มัธยมศึกษา	55 (55.0)	79 (79.0)
ปริญญาตรี	23 (23.0)	2 (2.0)
ปริญญาโท	3 (3.0)	0 (0.0)
อาชีพ		
ว่างงาน	80 (80.0)	0 (0.0)
รับจ้าง	18 (18.0)	98 (98.0)
รับราชการ	2 (2.0)	2 (2.0)
รายได้		
ไม่มีรายได้	80 (80)	0 (0.0)
$\leq 10,000$ บาท	11 (11.0)	90 (90.0)
10,000 – 15,000 บาท	9 (9.0)	9 (9.0)
$> 15,000$ บาท	0 (0.0)	1 (1.0)
ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต / ดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย (ปี)	6.39 ± 3.77	5.58 ± 3.55
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย		
บิดา / มารดา	63 (63.0)	
คู่สมรส	34 (34.0)	
บุตร	3 (3.0)	

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.0) มีอายุเฉลี่ย 50.18 ± 11.89 ปี ผู้ดูแลมีคู่สมรส ร้อยละ 66.0 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 79.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 98.0) และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 90.0 มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 5.58 ± 3.55 ปี ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 63.0 คู่สมรส ร้อยละ 34.0 และบุตร ร้อยละ 3.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการวิจัยขณะรักษาแบบผู้ป่วยใน

ความร่วมมือในการใช้ยา: ผลการประเมินด้วย MTB-Thai แสดงในตารางที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 95 มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ พบพฤติกรรมในมิติการลืมใช้ยาและมิติการหยุดใช้ยาหรือปรับยาเองค่อนข้างสูง โดยคะแนนเฉลี่ยในรายมิติอยู่ในช่วง 1 - 2 คะแนน ซึ่งแสดงถึงความถี่ของการมีพฤติกรรมลืมหรือหยุดใช้ยาเองตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา

คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา: จากตารางที่ 2 ผลการประเมินด้วย PROMPT ฉบับย่อ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในมิติต่าง ๆ ที่

แตกต่างกัน โดยมีมิติที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยน้อยกว่า 25 คะแนน ได้แก่ มิติที่ 1 (การได้รับข้อมูลยาและโรคจากหมอ เภสัชกร หรือพยาบาล); มิติที่ 3 (ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา) และมิติที่ 8 (คุณภาพชีวิตโดยรวม) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 24.45 ± 16.90 , 24.45 ± 16.90 และ 23.50 ± 18.74 คะแนนตามลำดับ การมีคะแนนเฉลี่ยที่น้อยกว่า 25 คะแนนในแต่ละมิติบ่งบอกถึงการพบปัญหาจากการใช้ยาในมิตินั้น ๆ ได้มาก สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในมิติที่ 2, มิติที่ 4, มิติที่ 5 และมิติที่ 7 นั้น มีคะแนนเฉลี่ยคือ 31.37 ± 23.53 , 36.25 ± 24.52 , 44.75 ± 24.17 และ 40.50 ± 22.96 คะแนนตามลำดับ ซึ่งจัดอยู่ในระดับพอใช้ถึงปานกลาง สำหรับมิติที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ยคือ 63.75 ± 31.25 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับเกือบดีถึงดี

ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา: จากตารางที่ 3 ความร่วมมือในการใช้ยาในมิติการลืมใช้ยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาใน 3 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากหมอ เภสัชกร หรือพยาบาล ($r = 0.23$) มิติที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา ($r = 0.35$) และมิติที่ 4 ผลทางด้านจิตใจ

ตารางที่ 2. ความร่วมมือการใช้ยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประเมินขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

	จำนวนคน (ร้อยละ) หรือค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
ความร่วมมือในการใช้ยา	
ระดับความร่วมมือในการใช้ยา	
ต่ำ (≤ 21 คะแนน)	95 (95.0)
ปานกลาง (22 - 23 คะแนน)	3 (3.0)
สูง (24 คะแนน)	2 (2.0)
มิติการลืมใช้ยา	1.50 ± 0.84
มิติการหยุดใช้ยาหรือปรับยาเอง	1.52 ± 0.85
คะแนนทั้งสองมิติรวมกัน	9.10 ± 5.04
คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา	
มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากหมอ เภสัชกร หรือพยาบาล	24.45 ± 16.90 (ระดับต่ำ)
มิติที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา	31.37 ± 23.53 (ระดับพอใช้ถึงปานกลาง)
มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา	24.45 ± 16.90 (ระดับต่ำ)
มิติที่ 4 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา	36.25 ± 24.52 (ระดับพอใช้ถึงปานกลาง)
มิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้ยา	44.75 ± 24.17 (ระดับพอใช้ถึงปานกลาง)
มิติที่ 6 การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา	63.75 ± 31.25 (ระดับเกือบดีถึงดี)
มิติที่ 7 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา	40.50 ± 22.96 (ระดับพอใช้ถึงปานกลาง)
มิติที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวม	23.50 ± 18.74 (ระดับต่ำ)

ตารางที่ 3. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประเมินขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา	ความร่วมมือในการใช้ยา			
	การลืมนำยา		การหยุดใช้ยา/ปรับยาเอง	
	r ¹	P	r ¹	P
มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากหมอ เภสัชกร หรือพยาบาล	0.23	0.022	0.19	0.063
มิติที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา	0.35	0.001	0.30	0.002
มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา	0.11	0.298	0.25	0.012
มิติที่ 4 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา	0.33	0.001	0.35	0.001
มิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้ยา	0.10	0.325	0.12	0.243
มิติที่ 6 การมีรายได้และการเข้าถึงการใช้ยา	0.04	0.635	0.11	0.298
มิติที่ 7 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา	0.08	0.400	0.15	0.126
มิติที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวม	-0.01	0.874	0.02	0.801

1: สหสัมพันธ์กันในระดับพอใช้ถึงปานกลาง คือ $r = 0.25 - 0.50$ (35)

ของการใช้ยา ($r = 0.32$) ส่วนความร่วมมือในการใช้ยาในมิติการหยุดใช้ยาหรือปรับยาเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาใน 3 มิติ ได้แก่ มิติที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา ($r = 0.30$) มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา ($r = 0.25$) และมิติที่ 4 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา ($r = 0.35$)

ผลการวิจัยขณะรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ความร่วมมือในการใช้ยา: จากตารางที่ 4 คะแนน MTB-Thai ที่รายงานโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 21 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับต่ำ ค่า ICC อยู่ระหว่าง 0.97 - 0.99 ซึ่งจัดว่ามีความสอดคล้องกันระดับดีมาก คะแนนที่ได้จากผู้ประเมินทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.50$) ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างผู้ประเมินจากแผนภาพ Bland-Altman ในรูปที่ 1ก มีค่าต่ำสุด เท่ากับ -0.88 และสูงสุด คือ 0.88

คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา: จากตารางที่ 4 คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่รายงานโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 50 - 70 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับเกือบดีถึงดี ค่า ICC ระหว่างผู้ประเมินในแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0.85 - 0.95 จัดว่ามีความสอดคล้องกันในระดับดีถึงดีมาก ผลต่างของคะแนนระหว่างผู้ประเมินทั้งสองกลุ่มเท่ากับ -1.42 คะแนน ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.50$) ในรูปที่ 1ข ความแตกต่าง

ระหว่างผู้ประเมินมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ -21.46 และสูงสุด คือ 20.04

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการนำแบบสอบถาม MTB-Thai และ PROMPT ฉบับย่อมาใช้ประเมินในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเป็นครั้งแรก การประเมินความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่าการรายงานโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิดกันกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส และบุตร มีความสอดคล้องกัน โดยแบบสอบถาม MTB-Thai ทั้งฉบับมีค่า ICC > 0.99 (95% CI: 0.985 - 0.993) ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องกันดีมาก ส่วน PROMPT ฉบับย่อ ทั้งฉบับมีค่า ICC เท่ากับ 0.89 (95% CI: 0.846-0.927) ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องกันระดับดี ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผลการประเมินด้วยเครื่องมือทั้งสองชนิดนี้โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลในโรคจิตเภท มีความสอดคล้องกัน จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในการศึกษาทางคลินิกของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดย Becchi และคณะ(28) ที่พบว่า การรายงานคุณภาพชีวิตโดยตัวแทนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับการรายงานโดยผู้ป่วยเอง

ผู้ป่วยในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 38.73 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 80) มีการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และมีการใช้สารเสพติดร้อยละ 34 ซึ่งมีความ

ตารางที่ 4. ความสอดคล้องของความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งรายงานโดยผู้ป่วยและผู้ดูแล

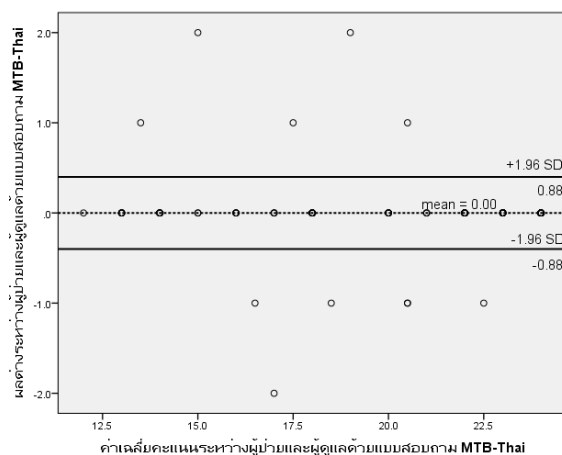
	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD		ICC ¹	95% CI ²
	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล		
ความร่วมมือในการใช้ยา				
มิติการลืมใช้ยา	6.43 $\pm$ 1.33	6.43 $\pm$ 1.37	0.97	0.960-0.982
มิติการลืมใช้ยา	13.43 $\pm$ 2.68	13.43 $\pm$ 2.61	0.98	0.981-0.991
คะแนนรวมทั้งสองมิติ	20.72 $\pm$ 3.67	20.67 $\pm$ 3.67	0.99	0.985-0.993
คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา				
มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยา/โรคจากหมอ เภสัชกร พยาบาล	71.05 $\pm$ 28.72	65.90 $\pm$ 31.06	0.92	0.866-0.958
มิติที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา	63.37 $\pm$ 23.91	58.87 $\pm$ 27.93	0.86	0.801-0.911
มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา	62.50 $\pm$ 27.63	60.00 $\pm$ 28.64	0.95	0.928-0.976
มิติที่ 4 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา	63.50 $\pm$ 25.49	61.75 $\pm$ 24.76	0.92	0.891-0.949
มิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้ยา	60.75 $\pm$ 23.63	59.25 $\pm$ 22.09	0.85	0.786-0.897
มิติที่ 6 การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา	70.50 $\pm$ 24.96	68.50 $\pm$ 25.28	0.85	0.790-0.900
มิติที่ 7 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา	72.00 $\pm$ 28.26	69.50 $\pm$ 28.55	0.88	0.832-0.920
มิติที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวม	63.75 $\pm$ 23.13	62.00 $\pm$ 23.69	0.93	0.904-0.955
คะแนนรวมแบบสอบถามทั้งฉบับ	59.69 $\pm$ 22.59	58.19 $\pm$ 21.95	0.89	0.846-0.927

1: ICC (ICC2, k) = two-way random effect, absolute agreement

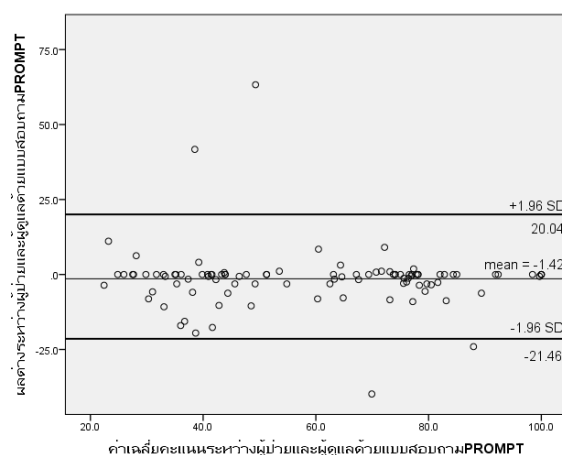
2: one-sample test (P> 0.50)

สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการตอบสนองต่อยาที่ไม่ดี และมีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ เริ่มป่วยตั้งแต่อายุน้อย พบอาการของโรคนี้ก่อนอายุ 45 ปี (9) มีประวัติเจ็บป่วยทางอารมณ์ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด (18, 21) และความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี (8)

คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ประเมินขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน คือ 9.10 ± 5.04 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าคะแนนที่ประเมินขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (20.72 ± 3.67 คะแนน) แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษานี้ทั้งช่วงการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกยังคงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ถึงแม้ว่าจะมีผู้ดูแล



ก. MTB-Thai



ข. PROMPT ฉบับย่อ

รูปที่ 1. กราฟ Bland-Altman แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างการรายงานโดยผู้ป่วยและผู้ดูแล

ในการใช้ยาของผู้ป่วย จากการศึกษานี้ทำให้ทราบว่ายังคงพบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาสูงในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยมักให้เหตุผลกับผู้ดูแลในเรื่องการเจ็บป่วยหรือการใช้ยา เช่น ตนเองหายแล้วขอหยุดใช้ยา รับประทานยาตัวนี้แล้วทำงานไม่ได้ จึงขอปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานยา หรือขอเลือกรับประทานยาเป็นบ้างมือในช่วงเวลาที่ตนเองมีอาการเท่านั้น ปัญหาในลักษณะนี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคและยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยานี้สามารถพบได้ในโรคเรื้อรังอื่นด้วย Vejoubon (36) ใช้แบบสอบถาม MTB-Thai ในผู้ป่วยที่รับรักษาแบบผู้ป่วยในพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่า 21 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม คือ 19.79 และ 20.28 ตามลำดับ) โดยพบพฤติกรรมการหยุดใช้ยาหรือปรับยาเอง เนื่องจากการรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการใช้ยา การมองผลยากยาได้ไม่ชัดเจน และการไม่รู้หนังสือ ในขณะที่การศึกษาในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าโดย Ralukruedej (37) ที่ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยแบบสอบถาม MTB-Thai เช่นเดียวกัน กลับไม่พบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา โดยมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาในมิติการลืมใช้ยาเฉลี่ย 3.32 ± 0.75 คะแนน และคะแนนในมิติการลืมใช้ยาหรือปรับยาเองเฉลี่ย 4.00 ± 0.52 คะแนน ซึ่งสูงกว่าผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยในการศึกษาของ Ralukruedej (37) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่นาน มีการดำเนินของโรคที่ไม่รุนแรง มีทัศนคติต่อโรคและการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางถึงดี มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาในมิติการหยุดใช้ยาหรือปรับยาเองเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (37)

การศึกษาในต่างประเทศโดย Vega และคณะ (22) ได้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยใน ด้วยการสอบถามจากผู้ดูแลและผู้ป่วยเมื่อพร้อมโดยใช้ 2 วิธีร่วมกัน คือ อัตราส่วนการครอบครองยาและแบบสอบถาม Morisky - Green ที่รายงานโดยผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการหยุดใช้ยาและพฤติกรรมการลืมใช้ยา ซึ่งส่งผลให้มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดีร้อยละ 58.20 การมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดีเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ (OR = 5.46; 95% CI = 2.00 - 14.90) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการ

ทางจิตที่รุนแรง (OR = 2.00; 95% CI = 1.02 - 3.95) นอกจากนี้ Colizzi และคณะ (18) ได้รายงานไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 43.9 กลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องจากความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดีเป็นสาเหตุ ($P < 0.001$) การศึกษาในช่วงต้นสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาสูงในผู้ป่วยจิตเภท โดยพบพฤติกรรมการหยุดใช้ยาและพฤติกรรมการลืมใช้ยาได้เช่นเดียวกัน

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในแต่ละมิติอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 23 - 45 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าขณะการรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (คะแนนเฉลี่ย 59 - 72 คะแนน) โดยพบมิติที่คะแนนอยู่ในระดับเกือบดีถึงดีมากขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพียง 1 มิติคือมิติที่ 6 การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ย 63.75 คะแนน เนื่องจากการศึกษานี้ทำในโรงพยาบาลจิตเวชขนาดตติยภูมิ จึงมีศักยภาพในการเลือกใช้ยาต้านโรคจิตให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ให้บริการ จึงสามารถเข้าถึงยาได้ง่าย สำหรับมิติที่พบปัญหามากที่สุดหรือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 23.50 - 24.45 คะแนน) ได้แก่ มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากหมอ เภสัชกร หรือพยาบาล; มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา; และมิติที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวม ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษานี้ มีความรู้หรือความเข้าใจต่อโรคและการใช้ยาไม่เพียงพอ หรือผู้ป่วยกำลังเกิดอาการข้างเคียงจากยาขึ้น และไม่ทราบว่าจะสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองคืออาการข้างเคียง ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการใช้ยา ซึ่งส่งต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม การศึกษาโดย Sakthong (25) พบว่า ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังที่มาพบแพทย์ตามนัดและมีการใช้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน เกิดปัญหาหรือได้รับผลกระทบเล็กน้อย ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนในแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาอยู่ระหว่าง 65 - 75 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับเกือบดีถึงดี เนื่องจากผู้ป่วยในการศึกษาของ Sakthong (25) มีทัศนคติต่อการเจ็บป่วยดี ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาน้อยหรือไม่มีอาการข้างเคียงจากยา แต่การศึกษานี้ในผู้ป่วยจิตเภทขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน พบคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ต่ำกว่าการรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และคุณลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มโรค

เรื้อรังอื่น คือ ส่วนใหญ่มีการดำเนินของโรคตั้งแต่อายุน้อย และมีไข้เป็นระยะเวลานานเฉลี่ย 6 ปี จึงอาจเกิดการเบื่อหน่ายต่อการรักษา มีทัศนคติต่อการเจ็บป่วยจากโรคที่ไม่ดี ทำให้พบพฤติกรรมหยุดไข้ยา โดยมีการทิ้งยาหรือซ่อนยา และบอกผู้ดูแลแล้วรับประทานยาแล้ว นอกจากนี้ ยังมีระดับการควบคุมโรคที่ไม่ดี ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน รวมถึงอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ในขณะที่ตัวอย่างการรักษาแบบผู้ป่วยในพบว่า คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาในมิติการลืมไข้ยา และมิติการหยุดไข้ยาหรือปรับยาเอง มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกกับมิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากหมอ เภสัชกรหรือพยาบาล; มิติที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา; มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา และมิติที่ 4 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาจากการใช้ยาด้านการได้รับข้อมูลโรคและยา ผู้ป่วยไม่ทราบถึงระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาในการควบคุมโรค การที่ต้องทานต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอหรือเกิดความกลัวอาการไม่พึงประสงค์และกังวลต่อการใช้ยา และไม่บอกกล่าวบอกบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไข จึงสะท้อนออกมาในรูปแบบของพฤติกรรมการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ และคะแนนความร่วมมือและคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่น้อย มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากหมอ เภสัชกรหรือพยาบาล และมิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา เป็นมิติที่มีปัญหามากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ามิติอื่น และพบว่ามี ความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับมิติการลืมไข้ยา และมิติการหยุดไข้ยาหรือปรับยาเอง ตามลำดับ ปัญหาเหล่านี้ควรได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมด้วยการให้ความรู้โรคและยา การปฏิบัติตนระหว่างการใช้ยา การให้คำแนะนำสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและวิธีการจัดการแก้ไขเบื้องต้น และมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการสอบถามปัญหาจากการใช้ยาเป็นระยะ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อการใช้ยาเปลี่ยนแปลงไป และเพิ่มคุณภาพชีวิต ดังการศึกษาโดย Kretchy (38) ที่ศึกษาความเชื่อมั่นต่อการ ใช้ยาด้านโรคจิต อาการข้างเคียงจากการใช้ยา และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้รับการแก้ไขปัญหาระยะความกังวลที่มีต่อการใช้ยา ผู้ป่วยและผู้ดูแลรายงานว่ามีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ หลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้เรื่องยาและโรคในผู้ป่วยจิตเภท

และผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ เช่น การศึกษาของ Kaeokumbong และคณะ (39) พบว่า หลังได้รับความรู้เรื่องโรคและยา อาการข้างเคียง และการแก้ไขเบื้องต้น ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($P=0.002$) การศึกษาโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (40) รายงานว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคและการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการใช้ยาและมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อติดตามผลเป็นเวลา 24 เดือน ($P < 0.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Caqueo-Urizar และคณะ (41) ที่พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.004$) จากการศึกษาทั้งหมดที่กล่าวมา เมื่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้รับการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา และคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ ช่วงขณะรับรักษาแบบผู้ป่วยในไม่สามารถศึกษาความสอดคล้องในการประเมินโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ เนื่องจากไม่สามารถสอบถามจากผู้ป่วยได้โดยตรง

ข้อมูลจากการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน โดย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือเพื่อแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาดีขึ้นได้

สรุป

การประเมินด้วยแบบสอบถาม MTB-Thai และแบบสอบถาม PROMPT ฉบับย่อโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย มีความสอดคล้องกันดีถึงดีมาก โดยพบความสัมพันธ์ในเชิงบวกระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในมิติที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลยาและโรค ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา และผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย แผนงานพัฒนานักจิตศึกษา จากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2564

เอกสารอ้างอิง

1. He H, Liu Q, Li N, Guo L, Gao F, Bai L, et al. Trends in the incidence and DALYs of schizophrenia at the global, regional and national levels: results from the global burden of disease study 2017. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020; 29: e91-e.
2. Patanon K, Manit S. The parameters for calculating the burden of schizophrenia in Thailand. *J Ment Health Thai* 2018; 26: 50-62.
3. Department of Mental Health. Mental health prevention information system [online]. 2013 [cited Jun 15, 2021]. Available from: mpis.srithanya.go.th/MHC/PsyService.aspx.
4. Department of Mental Health. Reports of patients receiving psychiatric services [online]. 2020 [cited Aug 8, 2021]. Available from: www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/.
5. Department of Mental Health. Report on the number of patients admitted to departments under the department of mental health [online]. 2020 [cited Aug 8, 2021]. Available from: www.dmh.go.th/report/admit/.
6. Department of mental health. Annual report [online]. 2020 [cited Oct 27, 2021]. Available from: www.dmh.go.th/report/pavgday/.
7. World Health Organization. Schizophrenia [online]. 2019 [cited Aug 9, 2020]. Available from: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia.
8. Crismon L, Kattura RS, Buckley PF. Schizophrenia. In: Schwingham mer TL, DiPiro JT, editors. *Pharmacotherapy hand book*. 10th ed. NY: McGraw Hill; 2021.
9. Hasan A, Falkai P, Lehmann I, Gaebel W. Schizophrenia. *Dtsch Arztebl Int.* 2020; 117: 412-19.
10. Simon GE, Stewart C, Yarborough BJ, Lynch F, Coleman KJ, Beck A, et al. Mortality rates after the first diagnosis of psychotic disorder in adolescents and young adults. *JAMA Psychiatry.* 2018; 75: 254-60.
11. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet* 2019; 394: 1827-35.
12. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2020 ; 177: 868-72.
13. Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries DE, Salkever D, Slade EP, Peng X, et al. The cost of relapse and the predictors of relapse in the treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry.* 2010; 10: 2.
14. Sukmak V, Thongkam J. Costs of inpatient care for schizophrenia at Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013; 58: 421-32.
15. Wongsin U, Passakor S. Unit cost of schizophrenia, schizotypal and delusional disorders. *Journal of Health Systems Research.* 2019; 13: 420-17.
16. WHOQOL Group. Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med.* 1998; 28: 551-8.
17. Mahatnirunkul S, Tuntipivanaskul W, Pumpisan chai Wea. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *J Ment Health Thai.* 1998; 1998: 4-15.
18. Colizzi M, Carra E, Fraietta S, Lally J, Quattrone D, Bonaccorso S, et al. Substance use, medication adherence and outcome one year following a first episode of psychosis. *Schizophr Res* 2016; 170: 311-7.

19. Ahmad I, Khalily MT, Hallahan B. Reasons associated with treatment non-adherence in schizophrenia in a Pakistan cohort. *Asian J Psychiatr* 2017; 30: 39-43.
20. Schoeler T, Petros N, Di Forti M, Klammer E, Foglia E, Murray R, et al. Poor medication adherence and risk of relapse associated with continued cannabis use in patients with first-episode psychosis: a prospective analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4: 627-33.
21. Desalegn D, Girma S, Abdeta T. Quality of life and its association with current substance use, medication non-adherence and clinical factors of people with schizophrenia in Southwest Ethiopia: a hospital-based cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2020; 18: 82.
22. Vega D, Acosta FJ, Saavedra P. Nonadherence after hospital discharge in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a six-month naturalistic follow-up study. *Compr Psychiatry*. 2021; 108: 152240.
23. Rubio JM, Schoretsanitis G, John M, Tiihonen J, Taipale H, Guinart D, et al. Psychosis relapse during treatment with long-acting injectable antipsychotics in individuals with schizophrenia-spectrum disorders: an individual participant data meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7: 749-61.
24. Sakthong P, Chinthammit C, Sukarnjanaset P, Sonsa-Ardjit N, Munpan W. Psychometric properties of the patient-reported outcomes measure of pharmaceutical therapy for quality of life (PROMPT-QOL). *Value Health Reg Issues*. 2017; 12: 41-9.
25. Sakthong P. Pharmacotherapy related quality of life in Thai patients with chronic diseases. *Int J Clin Pharm*. 2019; 41: 1004-11.
26. Sakthong P, Sonsa-Ardjit N, Sukarnjanaset P, Munpan W, Suksanga P. Development and psychometric testing of the medication taking behavior tool in Thai patients. *Int J Clin Pharm*. 2016; 38: 438-45.
27. Purba FD, Anggriani Y, Murtini T. EQ-5D-5L in Schizophrenia: differences between patients and nurses' reports. *Health Qual Life Outcomes*. 2021; 19: 240.
28. Becchi A, Rucci P, Placentino A, Neri G, de Girolamo G. Quality of life in patients with schizophrenia-comparison of self-report and proxy assessments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39: 397-401.
29. Department of Mental Health. Manual of caring system for psychiatric patients at high risk of violence for institutions/hospitals under the Department of Mental Health [online]. 2020 [cited Oct 25, 2021]. Available from: www.mhso.dmh.go.th/fileupload/202010061612167390.pdf.
30. Albert R J, Mark S, William JW. Preferences of patients. In: James S, Cindy Y, editors. *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 8th ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2015. p. 1.
31. Lynn Snow A, Cook KF, Lin PS, Morgan RO, Magaziner J. Proxies and other external raters: methodological considerations. *Health Serv Res*. 2005; 40: 1676-93.
32. Prochaska J, Velice W. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* 1997; 12: 38-48.
33. Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel R. Clinical implications of brief psychiatric rating scale scores. *Br J Psychiatry*. 2005; 187: 366-71.
34. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr Med*. 2016; 15: 155-63.
35. Akoglu H. User's guide to correlation coefficients. *Turk J Emerg Med*. 2018; 18: 91-3.
36. Vejoubon V. Effects of pharmaceutical care on glycemic control in type 2 diabetic elderly patients

- before and after hospital discharge [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019.
37. Ralukruedej R. Assessment of pharmacotherapy-associated quality of life and medication taking behavior in psychiatric outpatients [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019.
 38. Kretchy IA, Appiah B, Agyabeng K, Kwarteng EM, Ganyaglo E, Aboagye GO. Psychotropic medicine beliefs, side effects and adherence in schizophrenia: a patient-caregiver dyad perspective. *Int J Clin Pharm*. 2021; 43: 1370-80.
 39. Kaeokumbong CA. Effectiveness of pharmaceutical care at schizophrenia clinic in psychiatric hospital. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences* 2015; 11: 159-67.
 40. Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA, et al. Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH raise early treatment program. *Am J Psychiatry*. 2016; 173: 362-72.
 41. Caqueo-Urizar A, Urzúa A, Mena-Chamorro P, Fond G, Boyer L. Adherence to antipsychotic medication and quality of life in Latin-American patients diagnosed with schizophrenia. *Patient Prefer Adherence*. 2020; 14: 1595-604.