

ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์



นางสาวนพวรรณ เอกสุวีรพงษ์

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

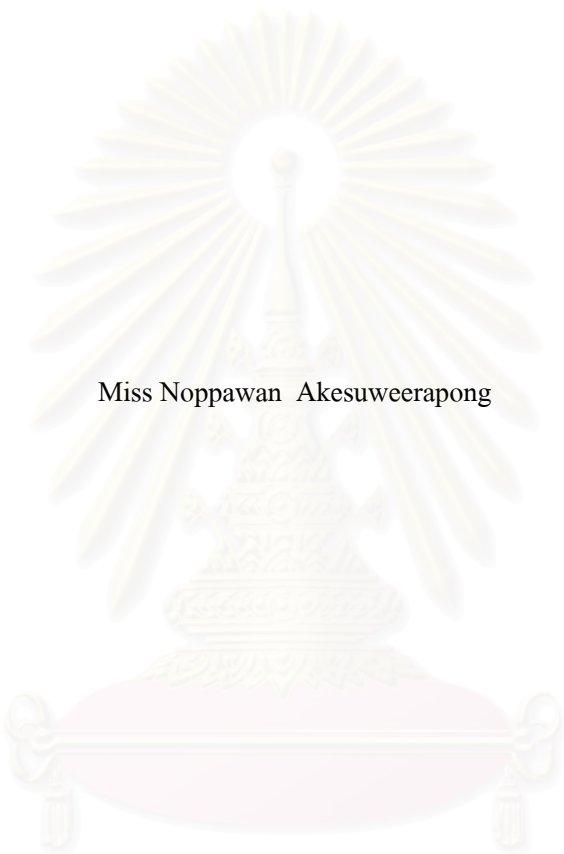
สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS AFFECTING MEDICATION NONADHERENCE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS
ADMITTED AT SUANSARANROM HOSPITAL



Miss Noppawan Akesuweerapong

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Pharmacy Program in Clinical Pharmacy

Department of Pharmacy

Faculty of Pharmaceutical Sciences

Chulalongkorn University

Academic Year 2006

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท
ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

โดย

นางสาวนพวรรณ เอกสุวีรพงษ์

สาขาวิชา

เภสัชกรรมคลินิก

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นารัต เกษตรทัต

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโท สาขาเภสัชศาสตร์

..... คณบดีคณะเภสัชศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรเพ็ญ เปรมโยธิน)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์อัจฉรา อุทิศวรรณกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นารัต เกษตรทัต)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อภิฤดี เหมะจุฬา)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ฐิตินันท์ เอื้ออำนวย)

สถาบันเภสัชกรรม
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ : ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยใน โรคจิตเภท ณ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (FACTORS AFFECTING MEDICATION NONADHERENCE
IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS ADMITTED AT SUANSARANROM HOSPITAL)

อ. ที่ปรึกษา : ผศ. นารัต เกษตรทัต, 118 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด การใช้แอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา และปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ประเภทของยารักษาโรคจิต โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2549 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2550 จำนวน 183 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.77 ± 10.58 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเฉลี่ยเท่ากับ 9.43 ± 7.94 ปี ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (ร้อยละ 89.6) ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดคือ ยา chlorpromazine (ร้อยละ 63.9) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังได้รับยาก่ออื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น antianxiety drugs, anticholinergic drugs, mood stabilizers เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.8) ได้รับยา 3 ขนานต่อวัน ความถี่ในการบริหารยาต่อวันเท่ากับ 3 ครั้ง (ร้อยละ 63.4) และร้อยละ 69.9 ของผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.8) มีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ (18.05 ± 7.49 คะแนน) ระยะเวลาการเจ็บป่วยและจำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ($p < 0.05$) ผู้ป่วยเพศชายมีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าเพศหญิง ($p = 0.022$) ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยามีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา ($p < 0.001$) และผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์มีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ ($p = 0.02$) และเมื่อทำการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุโดยวิธี stepwise พบว่า การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา ($\beta = -4.168$; $p < 0.001$) การใช้แอลกอฮอล์ ($\beta = 2.539$; $p = 0.016$) จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ($\beta = -1.455$; $p = 0.004$) และความถี่ในการบริหารยาต่อวัน ($\beta = 1.868$; $p = 0.005$) เป็นปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ร้อยละ 16.5 ($R^2 = 0.165$; $p < 0.05$)

ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เพื่อทำนายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยไปใช้ในการติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับประโยชน์สูงสุดได้

ภาควิชา.....เภสัชกรรม.....ลายมือชื่อนิติศ..... นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์
สาขาวิชา.....เภสัชกรรมคลินิก.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา.....2549.....

4876569233: MAJOR CLINICAL PHARMACY

KEY WORD: MEDICATION NONADHERENCE/ SCHIZOPHRENIC PATIENTS/ ANTIPSYCHOTIC DRUG

NOPPAWAN AKESUWEERAPONG : FACTORS AFFECTING MEDICATION

NONADHERENCE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS ADMITTED AT

SUANSARANROM HOSPITAL. THESIS ADVISOR : ASST. PROFESSOR NARAT

KASETTRATAT, 118 pp.

The purpose of this descriptive research was to study association of factors affecting medication nonadherence in schizophrenic inpatients including patient factors (age, sex, education, substance usage, alcohol usage), environment factor (caregivers) and treatment factors (frequency of adverse drug reaction scores, duration of illness, frequency of drug administration, number of drug regimens, type of antipsychotic drugs) at Suansaranrom hospital during December 2006 to February 2007. One hundred and eighty-three patients were enrolled in this study. Most of them were male with an average age of 36.77 ± 10.58 years, average duration of illness was 9.43 ± 7.94 years. Most of the patients received typical antipsychotic drugs (89.6 %) where chlorpromazine was mostly used (63.9 %). Besides antipsychotic drugs, patients also received antianxiety drugs, anticholinergic drugs and mood stabilizers. Most of the patients received three drug regimens (38.8 %), the frequency of drug administration was three times a day (63.4 %) and 69.9 % of patients did not have caregivers.

The results of this study were found that 56.8 % of patients had medication nonadherence scores in low level (18.05 ± 7.49). Duration of illness and number of drug regimens were negatively correlated to medication nonadherence scores ($p < 0.05$). Male patients had medication nonadherence scores higher than female patients ($p = 0.022$). Patients who did not have caregivers had medication nonadherence scores higher than patients who had caregivers ($p < 0.001$). Patients who used alcohol had medication nonadherence scores higher than patients who did not use alcohol ($p = 0.02$). Stepwise multiple regression analysis revealed that caregivers ($\beta = -4.168$; $p < 0.001$), alcohol usage ($\beta = 2.539$; $p = 0.016$), number of drug regimens ($\beta = -1.455$; $p = 0.004$) and frequency of drug administration ($\beta = 1.868$; $p = 0.005$) were significantly predictors of medication nonadherence in schizophrenic patients ($R^2 = 0.165$; $p < 0.05$).

Factors associated to medication nonadherence found from this study can be implemented for monitoring on medication uses in order to obtain optimal treatment for schizophrenic patients.

Department.....Pharmacy..... Student's signature *Nappawan Akesuweera pong*

Field of study.....Clinical Pharmacy.....Advisor's signature *Narat Kasettrat*

Academic year.....2006

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์นารัต เกษตรทัต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้คอยให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นตลอดจนชี้แนะแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และเอาใจใส่ตลอดการทำวิจัย รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้วิจัยรู้จักคิดพิจารณาสิ่งต่าง ๆ โดยใช้เหตุผลและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำอันมีคุณค่ายิ่งในการเขียนงานวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์กอบโชค จวงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่ได้ให้การสนับสนุนในการศึกษา เจ้าหน้าที่ในฝ่ายเวชระเบียนทุกท่านที่ช่วยเหลือในการค้นข้อมูลผู้ป่วย พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งคณะผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านที่ได้กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้แก่ แพทย์หญิงภัทรี ปิ่นแก้ว เกษัชรหญิงวิรัช ลิ้มปนาภาและเกษัชรหญิงปิยพร ชูชีพ จิตแพทย์และเกษัชรประจำโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกท่านและเพื่อนนิสิตร่วมชั้นที่คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือจนการทำวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานของการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยนี้.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคจิตเภท.....	6
การรักษาโรคจิตเภท.....	9
ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม.....	9
ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่.....	10
อาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาโรคจิต.....	12
ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	18
ระบาดวิทยาของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	19
ผลกระทบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	20
วิธีการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยา.....	22
ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	25
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย.....	31
ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย.....	35
ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และสรุปอภิปรายผล.....	38

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	40
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	74
ข้อจำกัดของการวิจัย	75
ข้อเสนอแนะ	76
รายการอ้างอิง.....	79
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).....	87
ภาคผนวก ข เกณฑ์การให้คะแนนของแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).....	88
ภาคผนวก ค แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย	106
ภาคผนวก ง แบบสัมภาษณ์การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย	109
ภาคผนวก จ แบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ในผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	112
ภาคผนวก ฉ ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย.....	114
ภาคผนวก ช หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย.....	117
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	118

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในครอบครัว.....	7
2	แสดงขนาดยาและขนาดยาที่เท่ากัน (equivalent dose) ของยารักษาโรคจิต.....	11
3	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	42
4	ข้อมูลประวัติทางสังคมของผู้ป่วย.....	44
5	ข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย	46
6	แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามระดับคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยา.....	48
7	แสดงข้อมูลคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย	48
8	แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามการปฏิบัติในแต่ละรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ..	50
9	แสดงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาซึ่งเกี่ยวข้องกับรูปแบบของ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา.....	53
10	แสดงข้อมูลคะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา.....	56
11	แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา	62
12	เปรียบเทียบคะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่.....	64
13	แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยแต่ละชนิด ได้แก่ อายุ คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระยะเวลาการเจ็บ ป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ	66
14	เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง .	67
15	เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับ การใช้ยาและกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา.....	67
16	เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและ กลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติด	68
17	เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และ กลุ่มที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์	69
18	เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิต กลุ่มเดิมและกลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่.....	69
19	เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เคยนอน โรงพยาบาลและกลุ่มที่ไม่เคยนอน โรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	70

ตารางที่

หน้า

20	แสดงปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยการวิเคราะห์ ความถดถอยเชิงพหุ	71
----	--	----



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของจิตใจ ผู้ป่วยจะแสดงลักษณะอาการ เช่น ความคิดผิดแปลก (bizarre thoughts) อาการหลงผิด (delusions) อาการประสาทหลอน (hallucinations) รวมทั้งสูญเสียการเข้าร่วมสังคม (1) โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมด ก็จะพบได้ประมาณร้อยละ 40-50 ของโรคทางจิตเวช (2) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี 2550 พบว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 24 ล้านคนเป็นโรคจิตเภท (3) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามี ความชุกของการเกิดโรคจิตเภทเท่ากับร้อยละ 0.6 -1.9 (1) ส่วนประเทศไทยพบว่ามี ความชุกของการเกิดโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.7-0.9 (4) ในปี 2548 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีรายงานความชุกของการเกิดโรคจิตเภทจำนวน 572 คนต่อประชากร 100,000 คน (5) โรคจิตเภทเป็นหนึ่งในภาวะเจ็บป่วยทางจิตที่มีผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์และทางสังคมมากที่สุด (6) ในประเทศสหรัฐอเมริกาต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 2.5 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดต่อปี (7) โดยในปี 2545 ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมดประมาณ 62.7 พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ (8)

โรคจิตเภทมักเกิดในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น ถึงแม้ว่าความชุกของการเกิดโรคจิตเภทในผู้ชายจะเท่ากับในผู้หญิง แต่ระยะเวลาการเกิดในผู้ชายจะเร็วกว่าโดยผู้ชายจะเกิดโรคจิตเภทมากที่สุดในช่วงอายุ 20 ปีตอนต้น ส่วนผู้หญิงจะเกิดโรคนี้ในระหว่างอายุ 20 ปีตอนปลายถึงอายุ 30 ปีตอนต้น (1,2) โรคจิตเภทอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง เช่น โดพามีน เซโรโทนิน ปัจจัยทางพันธุกรรมมีการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไปและหากมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากจะยิ่งมีโอกาสเป็นโรคนี้สูง โดยลูกที่พ่อและแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภทได้ร้อยละ 40 ส่วนในผู้ป่วยที่เป็นคู่แฝดแบบไข่ใบเดียวกันจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภทได้ถึงร้อยละ 47 และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูหรือเกิดจากสภาพครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (1,4,9) อาการแสดงของโรคจะแบ่งเป็น 2 ด้าน คืออาการด้านบวกได้แก่ อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน มีพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ส่วนอาการด้านลบได้แก่ พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา เนื้อหาหลง เก็บตัว (1,9)

ในปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทมีหลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy; ECT) และการรักษาด้านจิตสังคม ได้แก่ จิตสังคมบำบัด (psychosocial therapy) ครอบครัวบำบัด (family therapy) และกลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นต้น (4) ยารักษาโรคจิตมีความสำคัญอย่างมากต่อการรักษาโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (Typical antipsychotic drugs) และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotic drugs) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบ ได้แก่ extrapyramidal symptoms ง่วงนอน น้ำหนักเพิ่ม ภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้น (orthostatic hypotension) agranulocytosis เป็นต้น (1,4,9,10) โดยยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีข้อดีที่เหนือกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการรักษาอาการด้านลบและยังช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น extrapyramidal symptoms และ tardive dyskinesias แต่ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดคือ น้ำหนักเพิ่ม ซึ่งจะสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงได้ (9-12)

ในการรักษาอาการของโรคจิตเภทของผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยารักษาโรคจิต ถึงแม้ว่ายาเหล่านี้จะทำให้พยาธิสภาพของจิตดีขึ้น (psychopathology) ลดการกลับเป็นซ้ำและทำให้ความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยดีขึ้น (13) แต่เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานานอีกทั้งยังเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจึงทำให้พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ มีรายงานพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาประมาณร้อยละ 20-89 (เฉลี่ยร้อยละ 50) (14) นอกจากนี้มีการศึกษาของ Cramer และคณะเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 58 (15) ส่วนการศึกษาของ Donohoe และคณะพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะมีความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตเภทน้อยกว่าร้อยละ 25 (16) ผลกระทบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ (13) เพิ่มการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจำนวนมาก (17-22) เพิ่มความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยรวมทั้งเพิ่มระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล (23)

ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัญหาสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จำเป็นต้องค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการหาวิธีป้องกันและแก้ไขปัญหาคือความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่ผลสำเร็จในการใช้ยา จากการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยหลายปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (19) ดังนั้นจึงแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัย

ด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยแรกคือ *ปัจจัยด้านผู้ป่วย* ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด การใช้แอลกอฮอล์ ปัจจัยที่สองคือ *ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม* ประกอบด้วย การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยที่สามคือ *ปัจจัยด้านการรักษา* ประกอบด้วย คะแนนความถี่ของการเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ประเภทของยา รักษาโรคจิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาตัวแปรทั้งหมด 11 ชนิดที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยปัจจัยและเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตในแต่ละสถานที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความแตกต่างของวัฒนธรรม เศรษฐกิจ สภาพการอยู่อาศัยและระบบการตั้งใช้ยา (24)

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทบริเวณจังหวัดภาคใต้ตอนบนเข้ามารับการรักษาจำนวนมาก ในปีงบประมาณ 2548 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้านในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในจำนวน 3,211 คน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทมากที่สุดจำนวน 1,487 คน คิดเป็นร้อยละ 46.31 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาด้านในโรงพยาบาล จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อให้ทราบถึงความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมทั้งสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาเป็นแนวทางแก่เภสัชกรและทีมบุคลากรทางการแพทย์ในการป้องกันปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ยารักษาโรคจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านการรักษา ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด การใช้แอลกอฮอล์ การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา คะแนนความถี่ของการเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับและประเภทของยา รักษาโรคจิต มีความสัมพันธ์กับคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทและสามารถทำนายคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังสมการคือ

Medication nonadherence scores = $b_0 + b_1$ Age + b_2 Sex + b_3 Education + b_4 Substance usage + b_5 Alcohol usage + b_6 Caregivers + b_7 Frequency of adverse drug reaction scores + b_8 Duration of illness + b_9 Frequency of drug administration + b_{10} Number of drug regimens + b_{11} Type of antipsychotic drugs

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทหรือโรคจิตเภทที่มีอาการแปรปรวนร่วมด้วยตาม Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders 4th edition (DSM-IV) และเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2549 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical หรือ Second-Generation Antipsychotic drugs) (1) หมายถึง การรักษาโรคจิตเภทด้วยยาต้านโรคจิตที่ใช้ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ได้แก่ ยา aripiprazole, clozapine, olanzapine, risperidone และ quetiapine

ยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิม (Typical หรือ First-Generation Antipsychotic drugs) (1) หมายถึง การรักษาโรคจิตเภทด้วยยาต้านโรคจิตที่ใช้ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ได้แก่ ยา haloperidol, chlorpromazine, perphenazine เป็นต้น

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ปฏิบัติตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์ (25) ได้แก่ ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเอง ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ผู้ป่วยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกมื้อ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกชนิด

การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา หมายถึง การมีบุคคลคอยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย คือ บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเอง หรืออาจเป็นเจ้าของบ้านที่ในสถานสงเคราะห์ต่าง ๆ เช่น สถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง เป็นต้น

อาการไม่พึงประสงค์จากยา หมายถึง ปฏิกริยาแพ้ยาและอาการข้างเคียง ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อใช้ยาในขนาดปกติ แต่ไม่รวมถึงการใช้ยาในขนาดสูงโดยตั้งใจหรือจากการใช้ยาในทางที่ผิด

ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลา (ปี) ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจนถึงวันที่เริ่มเก็บข้อมูล

อาการของโรคระดับเล็กน้อย หมายถึง ผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และมีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน (26)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยนี้

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท
2. ได้ข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านการรักษา ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท
3. สามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท มาเป็นแนวทางแก่เภสัชกรและทีมบุคลากรทางการแพทย์ในการพิจารณาเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับกิจกรรมเสนอแนะ เพื่อป้องกันปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้มีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4 ประเด็น คือ โรคจิตเภท การรักษาด้วยยา รักษาโรคจิต ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

โรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของจิตใจ โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทจะไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง (out of reality) และแสดงลักษณะอาการ เช่น ความคิดผิดแปลก อาการหลงผิด อาการประสาทหลอนรวมทั้งสูญเสียหน้าที่การทำงานของจิตใจและการเข้าร่วมสังคม

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีความชุกของการเกิดโรคจิตเภทเท่ากับร้อยละ 0.6-1.9 หรือประมาณร้อยละ 1 (1) ส่วนในประเทศไทยพบว่ามีความชุกของการเกิดโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.7-0.9 (4) โรคจิตเภทมักเกิดในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น ระยะเวลาการเกิดในผู้ชายจะเร็วกว่าผู้หญิง ผู้ชายจะเกิดโรคจิตเภทมากที่สุดในช่วงอายุ 20 ปีตอนต้นส่วนผู้หญิงจะเกิดโรคนี้นี้ในระหว่างอายุ 20 ปีตอนปลายถึงอายุ 30 ปีตอนต้นและความชุกของการเกิดโรคจิตเภทในผู้ชายจะเท่ากับในผู้หญิง (1,2,9) ส่วนในประเทศไทยมีรายงานการวิจัยของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี 2548 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย (ร้อยละ 74) (5)

สาเหตุ (Etiology)

ถึงแม้ว่าสาเหตุของโรคจิตเภทจะยังไม่ทราบแน่ชัดแต่มีการวิจัยพบว่าอาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของสมอง (1) รวมทั้งมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคนี้นี้หลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม

จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไปและหากมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากจะยังมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้สูงดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในครอบครัว (4)

ความสัมพันธ์	ความเสี่ยง (ร้อยละ)
ประชากรทั่วไป	1.0
พี่น้องของผู้ป่วย	8.0
ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภท	12.0
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่คนละใบ)	12.0
ลูกที่พ่อและแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภท	40.0
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน)	47.0

2. การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง

2.1 สมมติฐานโดพามีน (Dopamine hypothesis)

จากสมมติฐานโดพามีน เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากการมีระดับของโดพามีนในสมองมากผิดปกติ โดยโดพามีนจะออกฤทธิ์ที่เส้นทางของโดพามีน (dopaminergic tracts) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 เส้นทางได้แก่

- Nigrostriatal tract จะเกี่ยวกับระบบการเคลื่อนไหวของร่างกายและควบคุมเกี่ยวกับ extrapyramidal symptoms
- Mesolimbic tract จะเกี่ยวกับความจำ สิ่งกระตุ้น พฤติกรรมการชักจูง (motivation behavior)
- Mesocortical tract จะเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (cognition) การสื่อสาร พฤติกรรมทางสังคม การตอบสนองต่อความเครียด
- Tuberoinfundibular tract จะเกี่ยวกับการควบคุมการหลั่งโปรแลกติน

การรักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ด้านตัวรับของโดพามีนชนิด dopamine₂ ที่บริเวณ postsynaptic ทำให้โดพามีนในสมองลดลงโดยเฉพาะเส้นทาง mesolimbic และ mesocortical ดังนั้นทฤษฎีนี้จึงเหมาะสมมากในการรักษาโรคจิตเภท

2.2 ระบบเซโรโทนิน (Serotonergic system)

ในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่ามีระดับเซโรโทนินในเลือดสูงขึ้น ดังนั้นการรักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะออกฤทธิ์ด้านตัวรับของเซโรโทนิน ชนิด 5-HT₂ ในสมอง มีผลทำให้ระดับเซโรโทนินลดลงจึงช่วยในการรักษาโรคจิตเภทได้ (1,9)

3. ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคมจะเกี่ยวกับการเลี้ยงดู สภาพครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง เช่น คำหิวิพากษ์วิจารณ์หรือจู้จี้กับผู้ป่วยมากเกินไป (4)

ลักษณะอาการทางคลินิก (Clinical presentations)

อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตาม Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders 4th edition (DSM-IV) คือ อาการด้านบวกและอาการด้านลบ ดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms)

เป็นการแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านคือ

1) Psychotic dimensions ได้แก่ อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน

- อาการหลงผิด (delusion) ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจหรือเป็นไปได้
- อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบได้บ่อย คือ auditory hallucination อาจได้ยินเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย ได้ยินเสียงวิจารณ์ตัวเอง มีเสียงสั่งให้ผู้ป่วยทำตาม

2) Disorganization dimensions ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

- disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยจะแต่งตัวสกปรกและแปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อน ปัสสาวะกลางที่สาธารณะ ส่งเสียงร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องมากระตุ้น
- disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทางกรสนทนา

2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms)

เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึกความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่

- Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
- Affective flattening มีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา แม้บางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีแต่โดยรวมแล้วการแสดงออกทางอารมณ์จะลดลงมาก

- Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งเฉยได้ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร
- Asociality เก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

ในระยะอาการกำเริบอาการส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรคและไม่ค่อยตอบสนองต่อยาเหมือนอาการด้านบวก (1,2,4,9)

ในปัจจุบันได้มีการวิจัยพบว่าอาการทางจิตสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ อาการด้านบวก อาการด้านลบและความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (Cognitive dysfunction) โดยจะพบความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น สูญเสียความจำในการทำงาน (impaired working memory) สูญเสียการทำงานเกี่ยวกับการบริหารจัดการ (impaired executive function) (1,2)

การรักษาโรคจิตเภท (Treatments) ได้แก่

1. การรักษาด้วยยา
2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy; ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลอาจไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและจะใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมด้วย นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ (catatonic behavior) เช่น พฤติกรรมการเคลื่อนไหวลดลงมาก จะอยู่นิ่ง ไม่พูด ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หรือผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

3. การรักษาด้านจิตสังคม ได้แก่ จิตสังคมบำบัด ครอบครัวบำบัด การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัวและกลุ่มบำบัด เป็นต้น (1,2,4)

การรักษาด้วยยา

ยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (Typical หรือ First-Generation Antipsychotic drugs)
2. ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical หรือ Second-Generation Antipsychotic drugs)

1. ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (Typical หรือ First-Generation Antipsychotic drugs)

ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมออกฤทธิ์ด้านตัวรับของโดพามีนต่อระบบโดพามีนในทุกเส้นทาง กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม คือ ด้านตัวรับของโดพามีน ชนิด D₂ ได้สูง ผ่านทาง mesolimbic จึงมีผลในการรักษาอาการด้านบวกของโรคจิตเภท นอกจากมีฤทธิ์ในการรักษาแล้ว ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมยังทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ โดยยาจะออกฤทธิ์ด้านตัวรับของโดพามีนในเส้นทางของโดพามีนอื่น ๆ รวมทั้งออกฤทธิ์ด้านตัวรับของมัสคารินิก (muscarinic), อะดรีเนอร์จิก ชนิด α_1 และฮิสตามีน ในปัจจุบันมีการสั่งใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมน้อยลงเนื่องจาก

อาการไม่พึงประสงค์จากยาในกลุ่มนี้พบได้บ่อยและมีความเสี่ยงในการเกิดอาการ tardive dyskinesia ได้ และตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทของสมาคมโรคจิตแห่งประเทศไทยปี 2004 (American Psychiatric Association) ได้แนะนำให้ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมจะต้องมีการติดตามอาการ tardive dyskinesia ทุกปี (7)

การจำแนกกลุ่มของยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม

ยารักษาโรคจิตสามารถแบ่งตามโครงสร้างออกเป็นหลายกลุ่ม นอกจากนี้ยารักษาโรคจิตแต่ละชนิดจะมีขนาดยาที่ให้ผลในการรักษา (potency) ที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปจะเปรียบเทียบขนาดยาแต่ละชนิดกับยา chlorpromazine ขนาด 100 มิลลิกรัม อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพของยารักษาโรคจิตแต่ละชนิดในการรักษาโรคจิตเภทนั้นไม่แตกต่างกัน กล่าวคือไม่ว่ายาจะมี potency สูงหรือต่ำก็ได้ผลในการรักษาเช่นเดียวกัน เพียงแต่ยาชนิดที่มี potency สูง ขนาดยาที่ใช้ในการรักษาจะต่ำกว่ายาที่มี potency ต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 2 (1,9,27)

ยาที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มี potency สูง ได้แก่ ยาที่มีขนาดยาที่เท่ากัน (equivalent dose) ขนาดต่ำกว่า 5 มิลลิกรัม เช่น ยา fluphenazine, haloperidol ยาในกลุ่มนี้จะพบอาการไม่พึงประสงค์ คือ extrapyramidal symptoms สูง ในขณะที่มีอาการง่วงนอน, ผลการต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic effect) และเกิดภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้นน้อย ส่วนยาที่จัดอยู่ในกลุ่ม potency ต่ำ คือ ยาที่มีขนาดยาที่เท่ากันหรือขนาดยามากกว่า 40 มิลลิกรัม เช่น ยา chlorpromazine, thioridazine ยาในกลุ่มนี้จะมีผลการต้านโคลิเนอร์จิก อาการง่วงนอนและเกิดภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้นสูง ในขณะที่มี extrapyramidal symptoms ต่ำ ยาในกลุ่มที่มีขนาดยาที่เท่ากันอยู่ระหว่าง 5-40 มิลลิกรัมจะมีอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวข้างต้นอยู่ในระดับปานกลาง (27)

2. ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical หรือ Second-Generation Antipsychotic drugs)

ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ได้แก่ ยา amisulpride, aripiprazole, clozapine, olanzapine, risperidone, quetiapine, ziprasidone เป็นต้น โดยยา risperidone จะออกฤทธิ์ด้านตัวรับของเซโรโทนินชนิด 5-HT_{2A} ได้สูงและออกฤทธิ์ด้านตัวรับของโดพามีนชนิด D₂ ได้สูง ยา olanzapine จะออกฤทธิ์ด้านตัวรับของเซโรโทนินชนิด 5-HT_{2A} และชนิด 5-HT_{2C} ได้สูงร่วมกับออกฤทธิ์ด้านตัวรับของโดพามีนชนิด D₁, D₂, D₃, D₄ ได้ปานกลาง ยา quetiapine จะออกฤทธิ์ด้านตัวรับของเซโรโทนินชนิด 5-HT_{2A} ได้ปานกลางและออกฤทธิ์ด้านตัวรับของโดพามีนชนิด D₂ ได้เล็กน้อย ส่วนยา clozapine จะออกฤทธิ์ด้านตัวรับของโดพามีนชนิด D₁, D₂, D₄ ได้ต่ำและออกฤทธิ์ด้านตัวรับของเซโรโทนิน ชนิด 5-HT_{2A} ได้สูง ยา amisulpride จะออกฤทธิ์ด้านตัวรับของโดพามีนทั้งชนิด D₂ และ D₃ ส่วนยา aripiprazole จะออกฤทธิ์แบบผสมทั้งกระตุ้นและด้านตัวรับของโดพามีนรวมทั้งออกฤทธิ์กระตุ้นตัวรับของเซโรโทนินด้วย

ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการด้านบวกมากกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมแม้จะไม่มากนักแต่มีผลรักษาอาการด้านลบดีกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม นอกจากนี้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะพบอาการไม่พึงประสงค์คือ extrapyramidal symptoms และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทน้อยกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม ดังนั้นแนวทางการรักษาโรคจิตเภทส่วนใหญ่จึงนิยมใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ยกเว้นยา clozapine เป็นทางเลือกแรกสำหรับการรักษาโรคจิตเภท ส่วนยา clozapine จะใช้เมื่อผู้ป่วยยังตอบสนองไม่เพียงพอต่อการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ตัวอื่น ๆ หรือยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมหรือผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น อาการนั่งไม่ติดที่ (akathisia) อาการ acute dystonia เป็นต้น นอกจากนี้ยังไม่ควรใช้ยา clozapine เป็นทางเลือกแรกในการรักษาเนื่องจากยา clozapine อาจทำให้เกิด agranulocytosis ได้ (1,9,10)

ตารางที่ 2 แสดงขนาดยาและขนาดยาที่เท่ากัน (equivalent dose) ของยารักษาโรคจิต (1,28)

ชื่อสามัญ	ขนาดยาที่เท่ากัน (มิลลิกรัม)	ขนาดยาปกติ (มิลลิกรัมต่อวัน)
ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม		
Chlorpromazine	100	100-800
Fluphenazine	2	2-20
Haloperidol	2	2-20
Perphenazine	10	10-64
Pimozide	1	2-6
Prochlorperazine	-	15-30
Thioridazine	100	100-800
Trifluoperazine	5	5-40
ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่		
Aripiprazole	-	15-30
Amisulpride	-	50-300
Clozapine	-	50-600
Olanzapine	-	10-20
Quetiapine	-	250-600
Risperidone	-	2-6
Ziprasidone	-	40-160
Zotepine	-	75-150

อาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาโรคจิต

อาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาโรคจิตสามารถแบ่งตามผลต่อระบบต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system)

อาการไม่พึงประสงค์จากผลการต้านโคลิเนอร์จิก ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก หัวใจเต้นเร็ว ตาพร่ามัว ปัสสาวะคั่ง ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมที่มี potency ต่ำและผู้สูงอายุจะมีความไวในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์นี้ได้สูง

ส่วนยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น ยา clozapine และ olanzapine จะมีอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากผลการต้านโคลิเนอร์จิกได้สูง (1,9)

การรักษา

- ส่วนใหญ่อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นเองในสัปดาห์หลัง ๆ
- อาการปากแห้งให้ดื่มน้ำมาก ๆ เคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล
- หากท้องผูกให้รับประทานอาหารที่มีกากและดื่มน้ำมาก ๆ ร่วมกับการออกกำลังกาย (1,27)
- หากตาพร่ามัวมากให้หยอดตาด้วยยา pilocarpine 1 %
- อาการตาแห้งให้หยอดน้ำตาเทียม (27)

2. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system)

2.1 Extrapyramidal symptoms ได้แก่

2.1.1 Acute dystonia

เป็นอาการกล้ามเนื้อหดเกร็งอย่างรุนแรง บางคนจะมีลิ้นแข็ง ขากรรไกรแข็ง พูดหรือกลืนลำบาก ตาเหลือก คอแข็ง (torticollis) หรือบางรายมีหลังแอ่น (opisthotonos) อาการที่รุนแรงอาจถึงแก่ชีวิตได้ คือ อาการกล้ามเนื้อหดเกร็งบริเวณกล่องเสียงและหลอดอาหาร (pharyngeal-laryngeal dystonias) อาการ dystonia มีระยะเวลาการเกิดเร็วโดยทั่วไปจะเกิดภายใน 24 ถึง 96 ชั่วโมงของการเริ่มใช้ยาหรือเพิ่มขนาดยา (1,9) ปัจจัยเสี่ยงจะพบได้ในผู้ป่วยที่อายุน้อยโดยเฉพาะเพศชาย มีพยาธิสภาพในสมองหรือใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมที่มี potency สูงหรือใช้ยาในขนาดสูง (1,9,27)

การรักษา

ควรให้ยา benztropine 2 มิลลิกรัม หรือยา diphenhydramine 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำหรือเข้าทางกล้ามเนื้อ ส่วนยา diazepam 5-10 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำอย่างช้า ๆ หรือยา lorazepam 1-2 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้ออาจใช้เป็นทางเลือกในการรักษาได้ โดยอาการจะดีขึ้นภายใน 15-20 นาทีหลังจากฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ และภายใน 5 นาทีหลังจากฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หากไม่ตอบสนองต่อการรักษาภายใน 15 นาทีหลังจากฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำหรือภายใน 30 นาทีหลังจากฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ

ควรให้ยาในขนาดเท่าเดิมแก่ผู้ป่วยซ้ำ อาการ dystonia อาจลดลงโดยเริ่มใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมในขนาดต่ำหรือใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (1) การป้องกันอาการ dystonia อาจให้ anticholinergic drugs เช่น ยา trihexyphenidyl แบบรับประทานขนาด 2-5 มิลลิกรัมต่อวัน (27)

2.1.2 อาการนั่งไม่ติดที่ (Akathisia)

เป็นความรู้สึกกระวนกระวายในใจจนผู้ป่วยอยู่นิ่งไม่ได้ นั่งไม่ติด ต้องขยับแขนขา เดินไปมาตลอดเวลา พบได้ร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมที่มี potency สูง (1,9) มักเกิดในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกของการรักษา อาจทำให้ผู้รักษาเข้าใจผิดว่าเป็นอาการกำเริบของโรคจิตได้ (27)

การรักษา อาจใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมในขนาดต่ำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้หรือเปลี่ยนจากยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมเป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่เนื่องจากยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่มีความเสี่ยงในการเกิดอาการนั่งไม่ติดที่น้อยกว่าหรือใช้ยากกลุ่ม β -blockers เช่น ยา propranolol ขนาด 160 มิลลิกรัมต่อวันหรือยา metoprolol ขนาด 100 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งเป็นยาที่ได้ผลดีในการรักษา (1) หากผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวอื่น ๆ เช่น มีอาการพาร์กินสันร่วมด้วยให้รักษาด้วยยา benztropine ขนาด 2-4 มิลลิกรัมต่อวัน หรืออาจให้ยากกลุ่ม benzodiazepine เช่น ยา diazepam ขนาด 6-20 มิลลิกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยที่กระวนกระวายมากอาจต้องให้ยาดังกล่าวหลายชนิดพร้อมกัน (27)

2.1.3 Pseudoparkinsonism

เป็นกลุ่มอาการที่แสดงอาการสำคัญ 1 ใน 4 ประเภท (1,9) ได้แก่

1. Akinesia, bradykinesia เป็นอาการตัวแข็งเกร็ง เดินไม่แกว่งแขน พูดซ้ำ เคลื่อนไหวเชื่องช้า ใบหน้าเฉยเมย (mask-like face)
2. Tremor เป็นอาการสั่นชนิด pill-rolling จะเกิดขึ้นในขณะที่พัก โดยปกติจะเกิดบริเวณนิ้วและมือ อาจพบบริเวณแขน ขา คอและศีรษะได้
3. Cogwheel rigidity เป็นอาการที่แขนและขาเคลื่อนไหวลำบากมีลักษณะติดขัด
4. Postural abnormalities เป็นอาการผิดปกติของท่าทาง โดยท่าทางจะมีลักษณะโน้มเอียงเมื่อเปลี่ยนท่าทางจะควบคุมให้ร่างกายอยู่นิ่งได้ลำบาก

อุบัติการณ์การเกิดอาการ pseudoparkinsonism พบได้ประมาณร้อยละ 15.4-36 ของผู้ที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมโดยขึ้นกับชนิดและขนาดของยา (1) จะพบได้บ่อยในผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปี เพศหญิงพบได้บ่อยเป็น 2 เท่าของเพศชาย (27) ระยะเวลาการเกิดอาการประมาณ 1-2 สัปดาห์หลังจากเริ่มการใช้ยารักษาโรคจิตหรือเพิ่มขนาดยา (1)

การรักษา ควรให้ยา trihexyphenidyl ขนาด 2-5 มิลลิกรัมวันละ 3 ครั้งหรือยา diphenhydramine ขนาด 25-50 มิลลิกรัมวันละ 3 ครั้ง ส่วนยา benztropine ให้ในขนาด 1-2

มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้งและสามารถเพิ่มขนาดยาได้สูงสุดถึง 8 มิลลิกรัมต่อวันหรือควรลดขนาดของยารักษาโรคจิตลงหากเป็นไปได้ อาการทั่วไปจะดีขึ้นภายใน 3-4 วันหลังจากเริ่มได้รับยารักษาอาการ pseudoparkinsonism และใช้เวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์จึงเห็นผลการรักษาเต็มที่ (1,9,10,27)

2.1.4 Tardive dyskinesia

เป็นภาวะที่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ โดยระยะเวลาการเกิดจะช้าภายหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ลักษณะอาการของ tardive dyskinesia จะมีภาวะที่เรียกว่า buccolingual-masticatory syndrome โดยอาการแสดงแรกๆที่พบได้คือ ลิ้นมีการเคลื่อนไหวไปข้างหน้า ข้างหลังหรือไปข้าง ๆ หลังจากนั้นลิ้นจะม้วนไปมาในปากหรือเอาลิ้นคุนแก้ม เมื่อความผิดปกติพัฒนามากขึ้นจะมีการเคี้ยวหรือเคลื่อนไหวของขากรรไกร การเคลื่อนไหวของใบหน้า เช่น ใบหน้าจะบิดเบี้ยว ตามองเหลือ่อกขึ้นข้างบนและมีอาการคูคริมฝีปาก นอกจากนี้อาจพบอาการแขนขามีลักษณะบิดยึดและงอ นิ้วมีการขยับและยึดออก คอบิดเอียง หากพบอาการแสดงของ tardive dyskinesia ตั้งแต่เริ่มแรกอาจจะหายเป็นปกติได้แต่ถ้ายังไม่สามารถตรวจพบและยังคงมีอาการอยู่ อาการนี้จะไม่สามารถหายเป็นปกติถึงแม้จะมีการหยุดยา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด tardive dyskinesia ได้แก่ อายุ เพศหญิง การตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตต่ำ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของอารมณ์ โรคเบาหวาน และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากที่สุดคือระยะเวลาการใช้ยารักษาโรคจิตและขนาดยาต่อวัน โดยยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมมีรายงานอุบัติการณ์ของ tardive dyskinesia ได้ร้อยละ 0.5-62 ต่อปี โดยช่วง 4 ปีแรกของการรักษาโรคจิตเภทจะมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ส่วนยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่มีรายงานการเกิด tardive dyskinesia ได้ต่ำกว่าคือ พบได้ประมาณร้อยละ 0.8 ต่อปีในผู้ใหญ่และร้อยละ 5.3 ต่อปีในผู้ใหญ่สูงอายุ (1,9) ในปัจจุบันยังไม่รู้สาเหตุของการเกิด tardive dyskinesia แน่ชัดเชื่อว่าอาจเกิดจากตัวรับของโดพามีนบริเวณ postsynaptic ถูกจับด้วยยาเป็นเวลานานจะทำให้เกิดปฏิกิริยาไวเกินของตัวรับโดพามีน (27)

การรักษา เนื่องจากการรักษาภาวะ tardive dyskinesia นั้นยากมาก ดังนั้นการป้องกันภาวะ tardive dyskinesia จึงมีความสำคัญ มีข้อมูลรายงานว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิด tardive dyskinesia ได้ต่ำกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม จึงนิยมใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่เป็นทางเลือกแรกในการรักษา หากพบอาการแสดงของ tardive dyskinesia ให้ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความจำเป็นในการหยุดใช้ยารักษาโรคจิต ถ้าผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและยังจำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องให้เปลี่ยนเป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่แทน โดยพบว่ายา clozapine ควรใช้ในผู้ป่วยที่มี tardive dyskinesia ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (1,9) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการ tardive dyskinesia ลดลงร้อยละ 50 ใน

เวลา 18 เดือนภายหลังหยุดยารักษาโรคจิต (27) นอกจากนี้มีรายงานการป้องกันอาการ tardive dyskinesia ด้วยการให้วิตามินอี (1)

2.2 ง่วงนอน (Sedation)

ยารักษาโรคจิตแต่ละชนิดทำให้ผู้ป่วยง่วงนอนได้ไม่เท่ากัน จะขึ้นกับคุณสมบัติในการออกฤทธิ์ด้านฮิสตามีนของยา ยารักษาโรคจิตที่ทำให้ง่วงนอนได้มากที่สุด ได้แก่ ยา chlorpromazine, thioridazine, clozapine, olanzapine และ quetiapine โดยอาการง่วงนอนจะเกิดขึ้นในช่วงแรกของการรักษาและอาจลดลงเมื่อใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

การรักษา ควรให้ยารักษาโรคจิตที่ทำให้ง่วงนอนในมือก่อนนอนจะช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีและในผู้ป่วยบางรายอาจลดความต้องการใช้ยานอนหลับได้

2.3 Neuroleptic malignant syndrome (NMS)

Neuroleptic malignant syndrome จะเกิดขึ้นร้อยละ 0.5-1 ของผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม โดยภาวะนี้จะเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมที่มี potency สูง ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมในรูปแบบฉีด ในผู้ป่วยที่ออกกำลังกายและมีภาวะสูญเสียน้ำ (dehydrate) หรือมีความผิดปกติของอารมณ์ ระยะเวลาการเกิดจะแตกต่างกัน ตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาจนถึงเป็นเดือน หากเกิดอาการจะพัฒนาอย่างรวดเร็วในช่วงเวลา 24-72 ชั่วโมง โดย neuroleptic malignant syndrome อาจเกิดขึ้นหลังจากหยุดใช้ยารักษาโรคจิตโดยเฉพาะยาฉีด (1) อาการและอาการแสดงของ neuroleptic malignant syndrome ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายเพิ่มสูงมากกว่า 38°C กล้ามเนื้อแข็งเกร็งอย่างมาก การทำงานผิดปกติของระบบอัตโนมัติ (autonomic dysfunction) เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตไม่คงที่ เหงื่อไหลออกมาก หายใจเร็วหรือการกลืนปัสสาวะไม่ได้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบระดับเอนไซม์ creatinine kinase, aspartate aminotransferase, alanine aminotransferase และ lactate dehydrogenase ในเลือดขึ้นสูงมาก (1,9) หากไม่รักษาอาจเสียชีวิตจากอาการแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวหรือไตวาย (27)

การรักษา เริ่มจากการหยุดยารักษาโรคจิตทันที ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มีการศึกษาทางคลินิกพบว่า ยา bromocriptine ซึ่งเป็นยาต้านตัวรับของโดพามีนจะช่วยลดอาการไข้ กล้ามเนื้อแข็งเกร็งและลดระดับเอนไซม์ creatinine kinase ได้ถึงร้อยละ 94 ของผู้ป่วย ส่วนยาคลายกล้ามเนื้อ เช่น ยา dantrolene sodium จะมีผลรักษาต่ออุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและระดับเอนไซม์ creatinine kinase ได้ถึงร้อยละ 81 ของผู้ป่วย หลังจากที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วหากต้องให้ยารักษาโรคจิตต่อควรเว้นระยะห่างอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยให้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่และปรับเพิ่มขนาดยาอย่างช้า ๆ จนได้ขนาดยาต่ำที่สุดในการรักษา

2.4 อาการชัก (Seizures)

ยารักษาโรคจิตจะมีผลลด threshold ของอาการชัก ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตจะมีความเสี่ยงสูงในการเกิดอาการชักได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ยาในขนาดสูงหรือเพิ่มขนาดยาอย่างรวดเร็ว ควรติดตามการเกิดอาการชักอย่างใกล้ชิด ยารักษาโรคจิตที่มีผลทำให้เกิดการชักได้มากที่สุดคือ ยา clozapine และ chlorpromazine เริ่มแรกหากเกิดอาการชัก ควรลดขนาดยาลง แต่ยังไม่แนะนำให้เริ่มใช้ยากันชักเมื่อต้องการเปลี่ยนชนิดของยารักษาโรคจิตเนื่องจากยามีผลทำให้เกิดอาการชัก ให้เปลี่ยนเป็นยาที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการชัมน้อยที่สุด เช่น ยา risperidone, thioridazine, haloperidol, trifluoperazine และ fluphenazine (1,9)

3. ผลต่อต่อมไร้ท่อ (Endocrine system)

ยารักษาโรคจิตออกฤทธิ์ต้านตัวรับของโดพามีนใน tuberoinfundibular tract มีผลทำให้เพิ่มการหลั่งของโพรแลกตินและทำให้เกิดน้ำนมไหล (galactorrhea) ประจำเดือนมาไม่ปกติในผู้หญิง โดยผลต่อต่อมไร้ท่อนี้จะสัมพันธ์กับขนาดยาและพบได้มากในยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและยา risperidone นอกจากนี้ยังพบรายงานการเกิดน้ำนมไหลและเต้านมโตในผู้ชายได้ (gynecomastia)

การรักษา ให้เปลี่ยนจากยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมเป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่แทน เช่น ยา olanzapine, quetiapine, ziprasidone หรือ aripiprazole หรืออาจใช้ยา bromocriptine ขนาด 15 มิลลิกรัมต่อวัน หรือยา amantadine ขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อรักษาอาการที่สัมพันธ์กับการหลั่งโพรแลกติน

น้ำหนักเพิ่ม (weight gain) มีรายงานในผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตแต่กลไกการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด น่าจะสัมพันธ์กับผลของการต้านตัวรับของฮิสตามีน มัสคารินิก และเซโรโทนิน ชนิด 5-HT_{2C} ซึ่งยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ที่มีรายงานการเกิดน้ำหนักเพิ่มได้สูง เช่น ยา clozapine, olanzapine เป็นต้น ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มจากยารักษาโรคจิตอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

การรักษา เปลี่ยนเป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ที่มีรายงานการเกิดน้ำหนักเพิ่มได้น้อย ร่วมกับให้ผู้ป่วยควบคุมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายร่วมด้วย (1,9)

4. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system)

4.1 orthostatic hypotension

เป็นภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้น โดยจะมีค่าความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ลดลงมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้นเกิดจากผลการต้านตัวรับของอะดรีเนอร์จิก ชนิด α_1 ซึ่งมีผลยับยั้งการหดตัวของหลอดเลือด ในขณะที่ลุกขึ้นยืนหรือนั่งลง ทำให้ผู้ป่วยหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่าทางหรืออาจทำให้ผู้ป่วยเป็นลมล้ม

และเกิดการบาดเจ็บได้ง่ายโดยเฉพาะกับผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้นนี้จะสัมพันธ์กับยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมที่มี potency ต่ำและยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ที่ใช้โดยวิธีฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อหรือนิดเข้าทางหลอดเลือดดำ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถทนต่อภาวะนี้ได้ภายหลังจากปรับประเภทยาโรคจิตเป็นเวลานาน 2-3 เดือน ถ้าไม่สามารถทนได้จะต้องลดขนาดยารักษาโรคจิตลงหรือเปลี่ยนเป็นยาที่มีผลต้านตัวรับของอะครีเนอร์จิกชนิด α ลดน้อยลง (1,9)

4.2 การเปลี่ยนแปลงของ Electrocardiogram (ECG)

ยา thioridazine, clozapine และ ziprasidone เป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ electrocardiogram ได้มากที่สุด การเปลี่ยนแปลงของ electrocardiogram เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น มีช่วงห่างของ QT และ PR ยาวขึ้นและ T wave แบนราบลง เป็นต้น โดยยา thioridazine อาจทำให้ช่วงห่างของ QTc ยาวขึ้นซึ่งสัมพันธ์กับขนาดยา นอกจากนี้ยา thioridazine พบรายงานการเกิด torsades de pointes ที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการตายเฉียบพลันจากโรคหัวใจ มีการศึกษาพบว่ายา ziprasidone อาจทำให้ช่วงห่างของ QTc ยาวขึ้นประมาณ 10 มิลลิวินาที (ms) แต่ผลของยา ziprasidone จะไม่สัมพันธ์กับขนาดยาที่ได้รับ ดังนั้นการเลือกใช้ยารักษาโรคจิตควรระมัดระวังในการใช้ในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและผู้ป่วยที่ใช้ยาซึ่งอาจทำให้ช่วงห่างของ QTc ยาวขึ้น (1)

5. การเปลี่ยนแปลงระดับไขมัน

ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่บางชนิดอาจทำให้เพิ่มระดับของไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอลในเลือดได้ โดยยา risperidone, ziprasidone หรือ aripiprazole จะมีความเสี่ยงในการเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือดน้อยกว่า

6. ผลต่อระบบเลือด (Hematologic effects)

ยารักษาโรคจิตอาจจะทำให้เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวลดต่ำลง เช่น leukopenia, neutropenia และ eosinophilia ส่วนภาวะ agranulocytosis จะเกิดน้อยและเกิดจากยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมที่มี potency ต่ำ เช่น ยา chlorpromazine หรือยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น ยา clozapine

7. ผลต่อตับ (Hepatic system)

มีรายงานพบว่ายารักษาโรคจิตอาจจะทำให้ระดับของเอนไซม์ aspartate aminotransferase และ alanine aminotransferase เพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา

8. ผลต่อผิวหนัง (Dermatologic system)

ทั้งยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มใหม่มีโอกาสทำให้ผิวหนังเกิดปฏิกิริยาไวต่อแสง (photosensitivity skin) ได้ โดยผิวหนังจะมีลักษณะไหม้และแดงหลังจากถูกแสงแดด ดังนั้นควรแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ครีมกันแดด สวมหมวก แว่นกันแดดและสวมใส่เสื้อผ้าให้มิดชิด

ยาต้านโรคจิตที่มี potency ต่ำ เช่น ยา chlorpromazine, thioridazine เมื่อได้รับในขนาดสูง และระยะเวลาานาน จะทำให้ผิวหนังเปลี่ยนสีเป็นสีน้ำตาลเทาหรือสีม่วงได้

9. ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์

ปัสสาวะคั่ง (urinary retention) พบได้ในยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิมที่มี potency ต่ำและยา clozapine โดยเฉพาะในผู้ป่วยชายที่มีประวัติเป็นโรคต่อมลูกหมากโตจะมีโอกาสเกิดปัสสาวะคั่งได้

การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urinary incontinence) พบได้ในยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิมที่มีฤทธิ์ต้านตัวรับของอะดรีเนอร์จิก ชนิด α และยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ โดยเฉพาะยา clozapine ที่มีรายงานอุบัติการณ์ของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ สูงถึงร้อยละ 44

ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ (sexual dysfunction) พบได้ในยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิมและยา risperidone ดังนั้นในผู้ป่วยที่พบปัญหานี้ควรเปลี่ยนเป็นยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ที่มีผลต่อโปรแลกตินน้อยกว่า

10. ผลอื่นๆ

ภาวะหลังน้ำลายมาก (sialorrhea) เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยา clozapine ที่เป็นปัญหาพบได้ถึงร้อยละ 54 ของผู้ป่วยที่ใช้ยา clozapine กลไกการออกฤทธิ์ของยา clozapine ที่ทำให้เกิดภาวะหลังน้ำลายมากนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่น่าจะเกี่ยวข้องกับฤทธิ์ต้านตัวรับของอะดรีเนอร์จิก ชนิด α และฤทธิ์กระตุ้นตัวรับของมัสคารินิก ดังนั้นการรักษาจึงใช้ยา clonidine ที่มีผลในการกระตุ้นตัวรับของอะดรีเนอร์จิก ชนิด α หรือยา benztropine ที่มีผลในการต้านตัวรับของมัสคารินิก (1,9)

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความหมายของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากมาย ในแต่ละการศึกษาอาจให้ความหมายของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่แตกต่างกัน และมีหลายคำที่มีความหมายคล้ายกัน ได้แก่ noncompliance, nonadherence เป็นต้น โดยคำว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (medication nonadherence) จะหมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ เพื่อให้หายจากโรคหรืออาการของโรค ซึ่งแผนการรักษานั้น หมายถึง การใช้ยาและการปฏิบัติตนอื่นๆ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การดูแลตนเองและการมารับการ

รักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น (25,29,30) ซึ่งการใช้ยาที่ถูกต้องนั้นจะต้องประกอบด้วย การใช้ยาที่ถูกวิธี ถูกเวลา ถูกขนาดและครบระยะเวลา (31) โดยคำว่า adherence จะหมายถึง การที่แพทย์มีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระหว่างทำการรักษามากกว่าคำว่า compliance จะทำให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษารวมทั้งเกิดผลการรักษาที่ดีขึ้น (29,32,33)

รูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. การใช้ยามากกว่าที่กำหนด
 - 1.1 ผู้ป่วยใช้ยานานใดขนาดหนึ่งโดยที่จำนวนครั้งต่อวันมากกว่าที่แพทย์สั่ง เช่น สั่งให้รับประทานวันละ 2 ครั้งแต่ผู้ป่วยรับประทานวันละ 3 ครั้ง เป็นต้น
 - 1.2 ผู้ป่วยใช้ยานานใดขนาดหนึ่งในขนาดยาต่อครั้งมากกว่าที่แพทย์สั่ง
 - 1.3 ผู้ป่วยใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้แล้ว
2. การใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด
 - 2.1 ผู้ป่วยใช้ยานานใดขนาดหนึ่งโดยที่จำนวนครั้งต่อวันน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง เช่น สั่งให้รับประทานวันละ 3 ครั้งแต่ผู้ป่วยรับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นต้น
 - 2.2 ผู้ป่วยใช้ยานานใดขนาดหนึ่งในขนาดยาต่อครั้งน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง
 - 2.3 ผู้ป่วยหยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่งให้หยุด
3. ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงมือยานานใดขนาดหนึ่งเอง โดยต่างจากแพทย์สั่ง เช่น สั่งให้รับประทานมื้อเย็นแต่ผู้ป่วยรับประทานมื้อก่อนนอนหรือสั่งให้รับประทานก่อนอาหารแต่รับประทานเป็นหลังอาหาร เป็นต้น
4. ผู้ป่วยใช้อื่นๆในการรักษาโรคจิตเภทซึ่งนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง เช่น ยาสมุนไพรหรือยาแผนปัจจุบันของผู้อื่น (25,34,35)

ระบาดวิทยาของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตเภทนั้นเป็นปัญหาสำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท มีรายงานพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอัตราการความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (nonadherence/noncompliance rate) ประมาณร้อยละ 20-89 โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 50 (14) โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาประมาณร้อยละ 40 เกิดจากผู้ป่วยหยุดรับประทานยาภายในระยะเวลา 1 ปี และร้อยละ 75 เกิดจากผู้ป่วยหยุดรับประทานยาภายในระยะเวลา 2 ปี (20) จากการศึกษาของ Cramer และคณะ (15) เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตประมาณร้อยละ 58 การศึกษาของ Donohoe และคณะ (16) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะมีความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตเภตน้อยกว่าร้อยละ 25 นอกจากนี้มีการศึกษาเพื่อประเมินอัตราการความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

โรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้ยารักษาโรคจิตในรูปแบบรับประทานจะมีอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 41 ส่วนผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตในรูปแบบฉีดชนิดออกฤทธิ์นานจะมีอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 25 (21)

ผลกระทบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน อีกทั้งยังเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาโรคจิต จึงอาจทำให้พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ โดยผลกระทบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่

1. เพิ่มความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต (psychotic relapse) (18-23,36)
2. เพิ่มความถี่ของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (rehospitalization) (17-23,37-41)
3. เพิ่มความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีอายุระหว่าง 15-45 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตจะมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาถึง 4 เท่า (23)
4. เพิ่มระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล (length of inpatients stay) จากการศึกษาของ Leucht และคณะ (23) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความร่วมมือในการใช้ยาก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจะมีระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 14.3 วัน ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะมีระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 38.1 วัน ซึ่งนานกว่าผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้ Svarstad และคณะ (38) ได้ทำการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความไม่ร่วมมือในการใช้ยากับระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะมีระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 16 วัน ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่มีระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 4 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
5. ผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์ที่คลินิกหรือต้องมาที่ห้องฉุกเฉินถี่มากขึ้น (13,23)
6. ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจำนวนมากในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา โดยผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์เกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผลมาจากอัตราการกลับเป็นซ้ำที่เพิ่มขึ้น (6) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อต้นทุนทางตรงในการรักษาโรคจิตเภทมากที่สุด (13) จากการศึกษาของ Rice (42) พบว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 22 ของต้นทุนของการเจ็บป่วยทางจิต นอกจากนี้การศึกษาของ Svarstad และคณะ (38) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตเภทที่มี

อารมณ์แปรปรวนร่วมด้วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่ำกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการศึกษาของ Knapp และคณะ (43) ที่ศึกษาผลกระทบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่มีต่อต้นทุนของการรักษา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะมีต้นทุนรวมของการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

สาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ใน โรคเรื้อรังทั่วไปที่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานานเพื่อป้องกันและรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง โดยจะพบว่าโรคเรื้อรัง เช่น โรคข้อ โรคลมชักและโรคเบาหวาน มีอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงมากถึงร้อยละ 70-80 สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือผู้ป่วยรู้สึกว่าการรักษาหรือโรคที่เป็นนั้นไม่ดีขึ้นเมื่อรักษาเป็นเวลานานทำให้ผู้ป่วยหลายรายที่ตัดสินใจหยุดยาเอง (18)

การศึกษาของ Hudson และคณะ (44) เพื่อค้นหาสาเหตุที่อาจทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า สาเหตุที่อาจทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยถูกตีตรา (stigma) ว่ารับประทานยารักษาโรคจิต อาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาโรคจิต การลืมรับประทานยาและขาดการดูแลทางสังคมตามลำดับ และยังมีสาเหตุอื่นๆ เช่น การคิดสารเสพติด การกลัวการรับประทานยา การปฏิเสธการเจ็บป่วย เป็นต้น

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ไม่มารับยาร้อยละหนึ่งครั้งในช่วงเวลา 1 ปี พบว่าเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามากที่สุด คือ ผู้ป่วยคิดว่ายาไม่สามารถช่วยรักษาโรคได้ รองลงมาคือผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการป่วยนั้นดีขึ้น ส่วนเหตุผลอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านและการได้ยิน ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านยา ผู้ป่วยเกิดความสับสน ผู้ป่วยลืมรับประทานยา เป็นต้น (34)

การศึกษาของ Hoge และคณะ (45) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลและปฏิเสธการใช้ยามีสาเหตุที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และผู้ป่วยคิดว่ายาไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา

การศึกษาของ Van Putten (46) เกี่ยวกับเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทปฏิเสธการรับประทานยา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ปฏิเสธการรับประทานยารักษาโรคจิตจะมีความสัมพันธ์กับการเกิด extrapyramidal symptoms ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรับประทานยาเนื่องจากมีประสบการณ์การเกิด extrapyramidal symptoms คิดเป็นร้อยละ 89

การศึกษาของ Rosa และคณะ (47) ได้ศึกษาเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทชาวบราซิลเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยเหตุผลที่พบบ่อยที่สุดคือ ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา รองลงมาคือ ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยคิดว่าไม่มีความจำเป็นในการใช้ยาและผู้ป่วยเกิดอาการอาเจียนหรือถูกคิดตราว่าเป็น โรคจิตเภทและต้องใช้อายัดรักษาโรคจิต

การศึกษาของ Wilk และคณะ (48) ได้ศึกษาเหตุผลที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าการปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิตเป็นเหตุผลที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

วิธีการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ปัจจุบันวิธีที่ใช้ในการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีอยู่หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีข้อจำกัดแตกต่างกันและยังไม่มีวิธีใดถือเป็นวิธีมาตรฐานในการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (49,50) จึงสามารถแบ่งวิธีการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้เป็น 2 วิธี คือวิธีทางอ้อมและวิธีทางตรง (51-53) ดังนี้

1. วิธีทางอ้อม (Indirect method)

การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยวิธีทางอ้อม ได้แก่ การให้ผู้ป่วยรายงานผลด้วยตนเอง (self-report) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย การติดตามผลการรักษา (therapeutic outcome) การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ (pill counts) อัตราการมารับยาตามนัด (medication-refill rate) และการติดตามความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ (computerized compliance monitors)

1.1 วิธีให้ผู้ป่วยรายงานผลด้วยตนเอง (Self-report)

เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวกมากที่สุด เนื่องจากค่าใช้จ่ายน้อยและสามารถรู้เหตุผลของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (49-51) โดยวิธีให้ผู้ป่วยรายงานผลด้วยตนเองนั้นประกอบด้วย

- 1) การให้ผู้ป่วยบันทึกการรับประทานยาของตนเอง
- 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยข้อคำถามที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
- 3) การให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ได้มาตรฐาน มีความถูกต้องและความเฉพาะเจาะจงสูง (49,53)

แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจให้ข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง

1.2 วิธีการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ

เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวกรวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายน้อยและพบได้มากในการศึกษาทางคลินิก หลายการศึกษา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสามารถประเมินได้จากผลต่างระหว่างจำนวนเม็ดยารเริ่มต้นที่จ่ายให้แก่ผู้ป่วยและจำนวนเม็ดยาที่เหลืออยู่ในภาชนะบรรจุเมื่อผู้ป่วย

กลับมาพบแพทย์ แต่วิธีนี้จะไม่สามารถรู้เกี่ยวกับเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา เช่น ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยาหรือลืมรับประทานยา

ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ข้อมูลที่ได้อาจผิดพลาดหากผู้ป่วยได้รับยาขาดหรือเกินจำนวนที่แพทย์สั่ง หรือผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาจริงแต่ผู้ป่วยเอายาออกจากขวด (pill dumping) ซึ่งอาจทำให้ การประเมินความร่วมมือสูงกว่าความเป็นจริงหรือผู้ป่วยไม่ได้นำยาทั้งหมดมาในวันนัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีจำนวนชนิดของยามากทำให้ไม่สามารถตรวจนับจำนวนเม็ดยาได้ (49,51-54)

1.3 การติดตามผลการรักษา (Therapeutic outcomes)

เป็นวิธีประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยพิจารณาจากเป้าหมายของการรักษา เช่น การติดตามค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันภายในลูกตา เป็นต้น ในผู้ป่วย บางรายอาจรับประทานยาหรือควบคุมการรับประทานอาหารเฉพาะก่อนที่จะมาพบแพทย์ เท่านั้น ดังนั้นนอกจากการติดตามผลการรักษาแล้วจึงควรมีการประเมินความไม่ร่วมมือในการ ใช้ยาของผู้ป่วยวิธีอื่นร่วมด้วย (52)

1.4 การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ (Computerized compliance monitors)

เป็นวิธีที่น่าเชื่อถือและทันสมัยมากที่สุดในการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ทางอ้อม โดยมีระบบการติดตามความร่วมมือในการใช้ยาที่เรียกว่า Medication Event Monitoring System (MEMS) บริเวณฝาของภาชนะบรรจุยาจะมี microprocessor เพื่อบันทึกวัน และเวลาที่ผู้ป่วยเปิดฝาของภาชนะบรรจุในแต่ละครั้ง โดยข้อมูลจะถูกส่งจาก microprocessor ไปยังคอมพิวเตอร์ วิธีนี้จะทำให้ทราบถึงความถี่และรูปแบบในการรับประทานยาในแต่ละวัน และปัจจุบันมีการใช้วิธีนี้อย่างแพร่หลายในการศึกษาต่าง ๆ

ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ค่าใช้จ่ายสูง ต้องสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการใช้อุปกรณ์ และการประเมิน ความไม่ร่วมมือด้วยวิธีนี้อาจไม่ได้ข้อมูลที่ตรงเนื่องจากไม่สามารถรู้จำนวนเม็ดยาที่แท้จริงที่ ผู้ป่วยรับประทานได้ ผู้ป่วยบางรายอาจนำเม็ดยาออกจากภาชนะบรรจุแต่ไม่ได้รับประทานยา ทั้งโดยบังเอิญและโดยตั้งใจ และการประเมินความร่วมมืออาจต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจาก ผู้ป่วยอาจนำเม็ดยาออกมามากกว่า 1 เม็ดต่อการเปิดขวดหนึ่งครั้ง เช่น ผู้ป่วยนำยาออกมา 2 เม็ด ในตอนเช้านอกออกไปทำงาน โดย 1 เม็ดรับประทานทันทีและอีก 1 เม็ดไว้รับประทานที่ ทำงาน ดังนั้นข้อมูลที่ถูกระบุบันทึกไว้จะเป็นเพียงการเปิดขวดในตอนเช้าและถือว่าผู้ป่วยลืม รับประทานยาตอนมือเที่ยง (49,50,52)

1.5 อัตราการมารับยาตามนัด (Medication-refill rate)

วิธีนี้เป็นวิธีที่ง่ายในการได้ข้อมูล สะดวกและค่าใช้จ่ายน้อย อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วย มารับการตรวจและมารับยาตามนัดไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยจะใช้ยาครบตามแพทย์สั่งและไม่ได้ แสดงถึงพฤติกรรมกรการใช้ยาในแต่ละวันของผู้ป่วย

2. วิธีทางตรง (Direct method)

การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยวิธีทางตรง ได้แก่

2.1 การใช้ตัวชี้วัดทางด้านชีววิทยา (Biological markers)

ตัวอย่าง เช่น การวัดค่า glycosylated hemoglobin (HbA1c) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา แต่มีข้อจำกัดคือ ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ค่าที่ได้อาจแปรปรวนในแต่ละที่ของการตรวจอันเนื่องมาจากสารเคมีและวิธีการที่ใช้ในการตรวจวัดและอาจเกิดจากการเก็บตัวอย่างเลือดผิดพลาดได้ (52)

2.2 การตรวจวัดระดับยาในเลือดหรือในปัสสาวะ

เป็นวิธีที่แสดงผลเป็นค่าตัวเลขที่ชัดเจนและให้ผลน่าเชื่อถือ หากผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ระดับยาจะอยู่ในช่วงการรักษา รวมทั้งทำให้ทราบว่าระดับยาในเลือดของผู้ป่วยสูงหรือต่ำกว่าระดับการรักษา อย่างไรก็ตามวิธีนี้มีข้อจำกัด คือ เสียค่าใช้จ่ายสูง ผู้ป่วยต้องเจ็บตัว และระดับยาในเลือดอาจไม่ได้แสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยาที่แท้จริงของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจรับประทานยาไม่สม่ำเสมอแต่มารับประทานยาสม่ำเสมอที่มาเจาะเลือด ซึ่งผลของระดับยาที่ได้จะแสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยาเฉพาะช่วงเวลาที่จะมาเจาะเลือดเท่านั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยแต่ละคนยังมีค่าเกณฑ์จนศาสตร์ เช่น การเมทาบอลิซึมของยา และปริมาตรในการกระจายยาที่แตกต่างกันหรือผู้ป่วยอาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับ (49-54)

2.3 การติดตาม tracer compound

เช่น การเพิ่มยา digoxin หรือ phenobarbital ปริมาณเล็กน้อยเข้าไปในยาที่ผู้ป่วยรับประทานและทำการติดตามวัดความเข้มข้นของยา digoxin หรือ phenobarbital จากของเหลวภายในร่างกาย โดยความเข้มข้นของยา digoxin หรือ phenobarbital จะมีข้อดีในการเป็นตัวชี้วัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในช่วง 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมาได้ เนื่องจากยา digoxin และยา phenobarbital จะมีค่าครึ่งชีวิตที่ยาว แต่การรับประทานยาทั้ง 2 ชนิดเพียง 2-3 ครั้งนั้นไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี (52)

2.4 การสังเกตผู้ป่วยโดยตรง

เป็นการสังเกตผู้ป่วยโดยตรงว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาจริงหรือไม่ แต่วิธีนี้จะปฏิบัติได้ยากเนื่องจากต้องคอยติดตามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยทุกครั้งและในผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้กลืนยาแต่จะคายยาออกมาหลังจากที่ผู้สังเกตออกไปแล้ว นอกจากนี้ผู้ถูกสังเกตหรือผู้ป่วยอาจสูญเสียความเป็นส่วนตัวไป (49,54)

การตรวจสอบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยวิธีทางตรงเป็นวิธีที่มีความไว (sensitivity) และความเฉพาะเจาะจง (specificity) สูงกว่าวิธีทางอ้อมรวมทั้งยังมีความน่าเชื่อถือในการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าวิธีทางอ้อม (51,52)

ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยหลายปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (19) ดังนั้นจึงแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการรักษา (55) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด การใช้แอลกอฮอล์ ทักษะคิดต่อการใช้ยา การหยิ่งรู้ตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (insight into illness) ความรุนแรงของอาการทางจิต ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ประเภทของยาการรักษาโรคจิต ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีรายละเอียดของการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

- 1.1 **อายุ** จากการศึกษาของ Hui และคณะ (56) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ทักษะคิดต่อการใช้ยาและประเภทของยาการรักษาโรคจิตของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท จำนวน 508 คน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Coldham และคณะ (57) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ การมีครอบครัวดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาและการใช้สารเสพติด ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งแรก จำนวน 200 คน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อายุน้อยกว่าจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.015$) และการศึกษาของ Kampman และคณะ (58) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะเริ่มแรกภายหลังจากเริ่มต้นการรักษาแล้ว 3 เดือน จำนวน 59 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.043$)
- 1.2 **เพศ** จากการศึกษาของ Kampman และคณะ (58) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเพศชายจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$)
- 1.3 **ระดับการศึกษา** จากการศึกษาของ Hudson และคณะ (44) ได้ศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 153 คน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (ได้รับการศึกษา ≤ 12 ปี) จะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$)

- 1.4 การใช้สารเสพติด** จากการศึกษาของ Kamali และคณะ (59) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 66 คน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลร่วมกับมีการใช้สารเสพติดจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.02$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Olfson และคณะ (40) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตเภทที่มีอารมณ์แปรปรวนร่วมด้วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 3 เดือน จำนวน 213 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยมีค่า odd ratio เท่ากับ 4.6 (CI=1.7-12) และการศึกษาของ Elbogen และคณะ (60) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดสามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0177$)
- 1.5 การใช้แอลกอฮอล์** จากการศึกษาของ Kamali และคณะ (61) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะเริ่มแรก ภายหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย สามารถทำนายการเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hudson และคณะ (44) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์จะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) และการศึกษาของ Ascher-Svanum และคณะ (62) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตของผู้ป่วยโรคจิต พบว่าผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์จะสามารถทำนายการเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การศึกษาของ Verdoux และคณะ (63) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์สามารถทำนายการเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)
- 1.6 ทักษะติดต่อการใช้ยา** การศึกษาของ Hui และคณะ (56) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและทัศนคติต่อการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท จำนวน 508 คน พบว่าทัศนคติด้านลบต่อการใช้ยาเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
- 1.7 การหยั่งรู้ตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (insight into illness)** การศึกษาของ Amador และคณะ (64) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการหยั่งรู้ตนเองเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตและความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 43 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่

มีการหยั่งรู้ตนเองเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตลดน้อยลงจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Olfson และคณะ (40) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตเภทที่มีอารมณ์แปรปรวนร่วมด้วยภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 3 เดือน จำนวน 213 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีการหยั่งรู้ตนเองเกี่ยวกับอาการทางจิตน้อยลงจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของ Kamali และคณะ (61) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก จำนวน 100 ราย พบว่าผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทที่ขาดการหยั่งรู้ตนเองเกี่ยวกับอาการทางจิตจะสามารถทำนายการเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$)

1.8 ความรุนแรงของอาการทางจิต การศึกษาของ Dixon และคณะ (65) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความไม่ร่วมมือในการใช้ยากับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท จำนวน 77 ราย โดยทำการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) พบว่าผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตระดับรุนแรงจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.02$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Compton และคณะ (66) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิต จำนวน 1,743 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระดับปานกลางถึงรุนแรงจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของ Kamali และคณะ (61) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก จำนวน 100 ราย โดยทำการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) พบว่าคะแนนรวมของอาการด้านบวก (positive symptoms) สามารถทำนายการเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

2.1 การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา การศึกษาของ Coldham และคณะ (57) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก พบว่า การขาดครอบครัวดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.017$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Olfson และคณะ (40) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตเภทที่มีอารมณ์แปรปรวนร่วมด้วยภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 3

เดือน จำนวน 213 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ครอบครัวยุติเศรษการดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยมีค่า odd ratio เท่ากับ 3.4 (CI=1.1-10.3)

3. ปัจจัยด้านการรักษา

3.1 คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา เป็นปัจจัยด้านการรักษาที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จากการศึกษาของ Kampman และคณะ (58) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Perkins (67) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น extrapyramidal symptoms อาการนั่งไม่ติดที่และน้ำหนักเพิ่ม จะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และการศึกษาของ Lambert และคณะ (68) ได้ศึกษาการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 213 คน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในอดีตและปัจจุบัน พบว่าผู้ป่วยที่มีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นจะสัมพันธ์กับการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในอดีตก่อนเกิดอาการทางจิตกำเริบในครั้งนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) การศึกษาของ Compton และคณะ (66) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิต จำนวน 1,743 คน พบว่าผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

3.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วย การศึกษาของ Agarwal และคณะ (69) เพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่สั้นกว่า จะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rosa และคณะ (47) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทชาวบราซิลและเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่สั้นกว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) และการศึกษาของ Compton และคณะ (66) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่สั้นกว่า จะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

3.3 ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน การศึกษาของ Razali และคณะ (70) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศมาเลเซีย พบว่าผู้ป่วยที่มีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการบริหารยามากกว่า 2 ครั้งต่อวัน

โดยผู้ป่วยที่ได้รับประทานยาวันละหลายครั้งจะทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาวันละครั้งเดียว (50,71)

3.4 จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้ป่วยที่ได้รับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ขนาน จะทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาเพียงขนานเดียว (50,71)

3.5 ประเภทของยารักษาโรคจิต การศึกษาของ Dolder และคณะ (14) พบว่าผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทที่รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมจะมีความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษาของ Olfson และคณะ (40) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตเภทที่มีอารมณ์แปรปรวนร่วมด้วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับทีมบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่าผู้ป่วยที่เกิดความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้

ในประเทศไทยมีการศึกษาของ สาธุพร พุฒขาว (72) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ความรู้เรื่อง โรคและการรักษาด้วยยาทัศนคติต่อการใช้ยาและความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาล ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทการศึกษาของอุมพร กาญจนรักษ์ (73) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.8) และตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา และการศึกษาของจรงค์ ลิ้มพัฒนศิริ (74) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีคะแนนการรับประทานยาต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87) และการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งประกอบด้วยหลายปัจจัยด้วยกันแสดงให้เห็นว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัญหาสำคัญในการรักษาผู้ป่วย

โรคจิตเภทซึ่งปัจจัยแต่ละชนิดอาจส่งผลกระทบต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาไม่เท่ากัน นอกจากนี้ในสังคมของแต่ละประเทศหรือแต่ละภูมิภาคก็อาจจะมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากน้อยแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่สำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด การใช้แอลกอฮอล์ การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับและประเภทของยารักษาโรคจิต

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวทั้งหมด 11 ชนิดที่มีผลกระทบต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคใต้ตอนบนของประเทศไทย จึงอาจมีความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างกันไปจากภูมิภาคอื่น ๆ ได้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านการรักษา มีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2549 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2550 โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2549 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550

วิธีดำเนินการวิจัย

แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย
- ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย
- ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และสรุปอภิปรายผล

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

1.1 ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ทำการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมข้อมูลต่างๆในการกำหนดขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัยที่เหมาะสมรวมทั้งเตรียมข้อมูลสำหรับดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตและอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาโรคจิต

1.2 คัดเลือกโรงพยาบาลที่จะดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยได้คัดเลือกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานที่ทำการวิจัยเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช มีจำนวนผู้ป่วยที่จะศึกษาเพียงพอรวมทั้งได้รับความยินยอมและความร่วมมือจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

1.3 ประชากร กลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทหรือโรคจิตเภทที่มีอารมณ์แปรปรวนร่วมด้วยตาม Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders 4th edition (DSM-IV) และเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทหรือโรคจิตเภทที่มีอารมณ์แปรปรวนร่วมด้วยตาม Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders 4th edition (DSM-IV) และเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2549 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตในรูปแบบรับประทานมาแล้วอย่างน้อย 2 เดือน และมีอาการของโรคระดับเล็กน้อยในช่วงที่ดำเนินการวิจัย
2. ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยามากกว่า 1 ขนาน
3. อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกจากการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในด้านความจำหรือมีปัญหาในเรื่องการได้ยิน โดยดูจากบันทึกในเวชระเบียน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (75)

ใช้สูตร $N \geq 15 p$ p คือ จำนวนตัวแปรอิสระหรือปัจจัยที่ต้องการศึกษา

ให้ $p = 11$

ดังนั้น $N \geq 15 * 11$

$N \geq 165$ คน

ดังนั้นจะต้องใช้ตัวอย่างอย่างน้อย 165 ราย

1.4 จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและกำหนดตัวแปรที่ศึกษา

1.4.1 ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรตาม (Dependent variable) คือ คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยตัวแปรนี้มีลักษณะเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variable)
2. ตัวแปรอิสระ (Independent variables) คือ ปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด การใช้แอลกอฮอล์ การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับและประเภทของยารักษาโรคจิต โดยมีตัวแปรต่อเนื่อง คือ อายุ คะแนนความถี่ของการเกิด

อาการไม่พึงประสงค์จากยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน และจำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ

1.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เวชระเบียนผู้ป่วยใน
2. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก
3. แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (ภาคผนวก ก)

เป็นแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการนำมาใช้ในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละอาการจะมีลักษณะตัวเลือกเป็นแบบเลือกตอบได้ 7 ตัวเลือก (7-point scale) ซึ่งคิดเป็นคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนนเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามมีดังนี้ คือ

ไม่มีอาการ	= 1 คะแนน	มีอาการค่อนข้างรุนแรง	= 5 คะแนน
มีอาการขั้นต่ำสุด	= 2 คะแนน	มีอาการรุนแรง	= 6 คะแนน
มีอาการเล็กน้อย	= 3 คะแนน	มีอาการรุนแรงมาก	= 7 คะแนน
มีอาการปานกลาง	= 4 คะแนน		

ดังนั้นคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 7-126 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมมากกว่า 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการของโรคระดับมากและถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการของโรคระดับเล็กน้อย

4. เกณฑ์การให้คะแนนของแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (ภาคผนวก ข)
5. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย (ภาคผนวก ค)
6. แบบสัมภาษณ์การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (ภาคผนวก ง)

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 3 ข้อ คือข้อ 5, 6, 7 คำถามด้านลบ 4 ข้อ คือข้อ 1, 2, 3, 4 ข้อคำถามมีลักษณะตัวเลือกเป็นแบบเลือกตอบได้ 5 ตัวเลือก (5-point scale) คิดเป็นคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวม 7 ข้อ จะอยู่ในช่วง 7-35 คะแนน โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามมีดังนี้ คือ

	คำถามด้านบวก	คำถามด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	1	5
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	2	4
ปฏิบัติบางครั้ง	3	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	4	2
ไม่เคยปฏิบัติ	5	1

การแปลผลคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจะคำนวณจากคะแนนของคำตอบทั้ง 7 ข้อ แล้วนำคะแนนรวมของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา มาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (73)

น้อยกว่า 21 คะแนน	หมายถึง ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ
21- 28 คะแนน	หมายถึง ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง
มากกว่า 28 คะแนน	หมายถึง ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง

ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสัมภาษณ์การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมาจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยของอุมพร กาญจนรักษ์ (73) ซึ่งทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเป็น 0.83 และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม การรับประทานยาต่อเนืองของผู้ป่วยจิตเภทของจรงค์ ลิ้มพัฒนศิริ (74) ซึ่งทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเป็น 0.72

7. แบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท (ภาคผนวก จ)

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะตัวเลือกเป็นแบบเลือกตอบได้ 5 ตัวเลือก (5-point scale) ซึ่งคิดเป็นคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวม 15 ข้อ จะอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน คะแนนที่สูงขึ้น หมายถึงผู้ป่วยมีความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสูง และคะแนนที่ต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาดำ แบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารทางวิชาการต่างๆ (1,7,9,27) โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามมีดังนี้ คือ

เกิดขึ้นประจำ	= 5 คะแนน
เกิดบ่อยครั้ง	= 4 คะแนน
เกิดบางครั้ง	= 3 คะแนน

เกิดนาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน

ไม่เคยเกิด = 1 คะแนน

8. ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ภาคผนวก ฉ)
9. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ภาคผนวก ช)

1.5 ทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ก่อนทำการเก็บข้อมูลของการวิจัยนี้ ได้มีการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสัมภาษณ์การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และแบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผ่านการพิจารณาจากจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน และเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญสาขาจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยและแบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท จากผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเป็น 0.86 และ 0.75 ตามลำดับ หลังจากนั้นจึงปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือก่อนนำไปใช้ในการดำเนินการวิจัยจริง

- 1.6 ยื่นโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอความเห็นชอบให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมโครงการวิจัย (Research Ethical Committee) ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย

2.1 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 2.1.1 ทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัยจากฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่ฝ่ายเวชระเบียนและจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
- 2.1.2 ติดต่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัยเพื่อให้ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 2.1.3 บันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย โดยมีวิธีการเก็บข้อมูลดังนี้

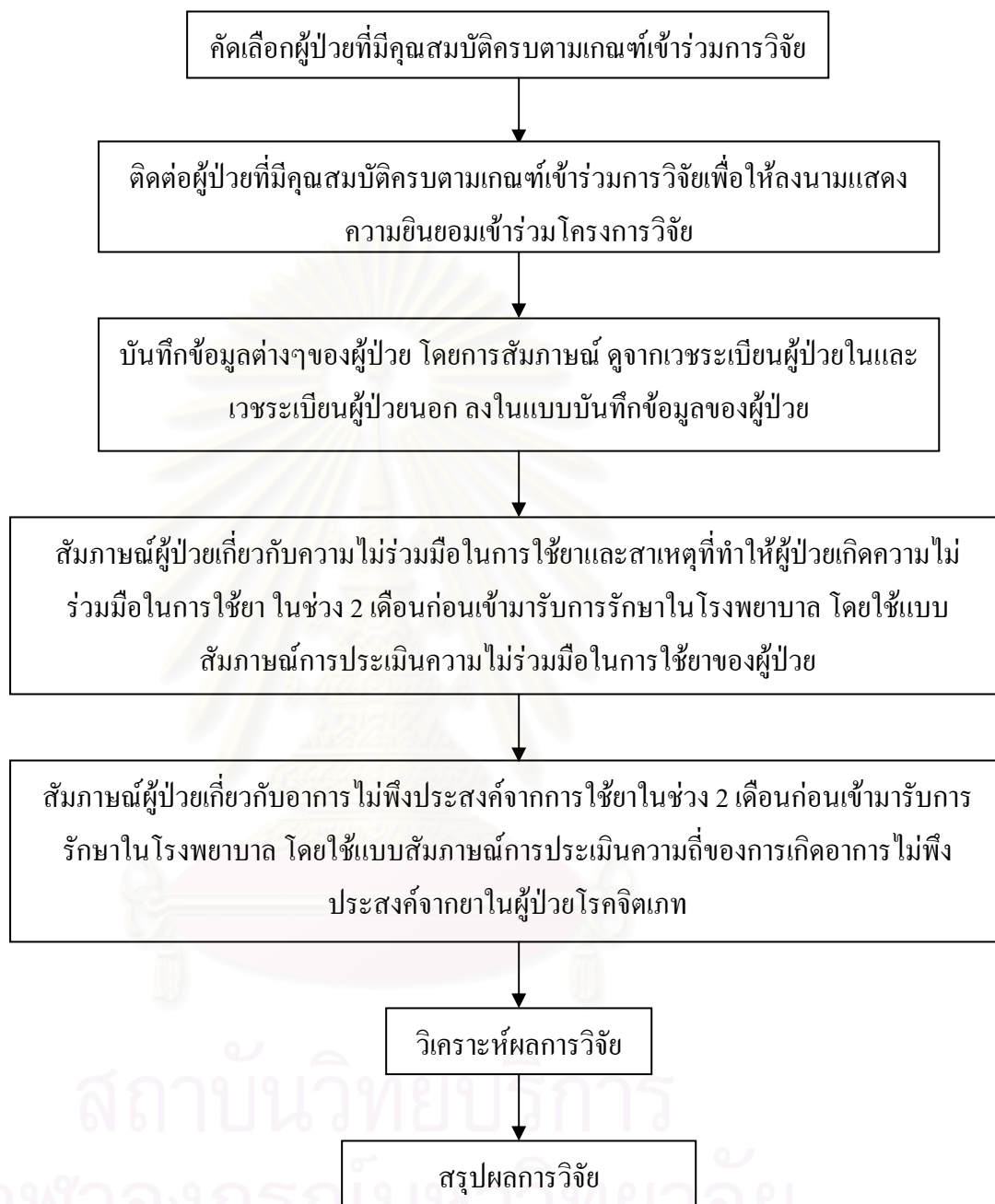
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน ระดับการศึกษาอาชีพปัจจุบัน สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล ประวัติการอยู่อาศัยกับครอบครัว ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยดูจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ส่วนที่ 2 ประวัติทางสังคม ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุราและประวัติการใช้สารเสพติดตั้งแต่เริ่มใช้จนถึงปัจจุบัน โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและดูจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 3 ประวัติการใช้ยา ได้แก่ ประวัติการแพ้ยา รายการยาทั้งหมด จำนวนขนานยาทั้งหมดต่อวัน ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน ซึ่งเป็นรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วง 2 เดือนก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและดูจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

- 2.1.4 สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ในช่วง 2 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบสัมภาษณ์การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
- 2.1.5 สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ในช่วง 2 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยสามารถสรุปได้ดังแผนภูมิ
แผนภูมิการดำเนินการวิจัย



- 2.2 วิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยในด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยา สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากยาและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และสรุปอภิปรายผล

3.1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS for window version 12.0 โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

3.1.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงผลของข้อมูลทั่วไป ประวัติทางสังคม ประวัติการใช้ยา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วย

3.1.2 ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$ การทดสอบทางสถิติ ได้แก่

1. สถิติ Pearson's correlation เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทกับปัจจัยแต่ละชนิด ได้แก่ อายุ คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ
2. ใช้ Independent-Samples T test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่
3. ใช้ Independent-Samples T test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่าง
 - กลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง
 - กลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาและกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา
 - กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและกลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติด
 - กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์
 - กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่
 - กลุ่มผู้ป่วยที่เคยนอนโรงพยาบาลและกลุ่มที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
4. สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) เพื่อสร้างสมการทำนายความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (อายุ เพศ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด การใช้แอลกอฮอล์ การมีผู้ดูแล

เกี่ยวกับการใช้ยา คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากรยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับและประเภทของยารักษาโรคจิต)

3.2 ทำการวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน

ประเมินผลความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด การใช้แอลกอฮอล์ การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากรยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับและประเภทของยารักษาโรคจิต ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

3.3 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย โดยสรุปตั้งแต่การดำเนินการ การเก็บข้อมูล การใช้เครื่องมือ และผลการวิจัย รวมทั้งแสดงปัญหาที่พบ ข้อจำกัดต่าง ๆ ในการวิจัย

3.4 เขียนรายงานการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านการรักษาที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2549 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 183 ราย ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้ารับการวิจัยและยินยอมเข้ารับการวิจัย แบบสัมภาษณ์การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และแบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จัดทำขึ้นได้ทดสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ก่อนเก็บข้อมูลจริงจากผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเป็น 0.86 และ 0.75 ตามลำดับ และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยได้ทดสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์จากผู้ป่วยจำนวน 183 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเป็น 0.87 และ 0.63 ตามลำดับ ซึ่งแบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคลดลง อาจเนื่องจากการสัมภาษณ์นี้ใช้เวลาค่อนข้างนานทำให้ผู้ป่วยอาจรีบตอบเพื่อให้เสร็จสิ้นโดยเร็ว ผลการทดสอบความเที่ยงจึงอาจมีความคลาดเคลื่อนได้

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่

- ก. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- ข. ประวัติทางสังคม
- ค. ประวัติการใช้ยา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มที่ใช้การรักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทกับปัจจัยแต่ละชนิด ได้แก่ อายุ คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จาก

ยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่าง

- 5.1 กลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง
- 5.2 กลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาและกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา
- 5.3 กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและกลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติด
- 5.4 กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์
- 5.5 กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่
- 5.6 กลุ่มผู้ป่วยที่เขยนอนโรงพยาบาลและกลุ่มที่ไม่เขยนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ส่วนที่ 6 ข้อมูลแสดงปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ก. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส สิทธิในการรักษาพยาบาล ประวัติการอยู่อาศัยกับครอบครัว ประวัติโรคประจำตัวและระยะเวลาการเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 183 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.0) มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 68.9) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.77 ± 10.58 ปี ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับรายงานการวิจัยของกรมสุขภาพจิต ปี 2548 ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 74) (5) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.8) ไม่เขยนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทุกรายต้องเข्यानอนรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ อย่างไรก็ตามไม่ได้มีการระบุสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย และจากการทบทวนงานวิจัยพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ เช่น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (36) การใช้สารเสพติด ผู้ป่วยมีภาวะเครียด ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาโรคจิต (7) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (ร้อยละ 91.3) และโรคจิตเภทที่มีอารมณ์แปรปรวนร่วมด้วย (ร้อยละ 8.7) ระดับการศึกษาสูงสุด คือประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 39.3) อาชีพปัจจุบันของผู้ป่วยคือไม่ได้ทำงานมากที่สุด (ร้อยละ 50.3) และไม่มีรายได้มากที่สุด (ร้อยละ 51.4) ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังซึ่งมีความผิดปกติของจิตใจและจะไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง โดยแสดงอาการ เช่น ความคิดผิดปกติ อาการหลงผิด ประสาทหลอน สูญเสียหน้าที่การทำงานของจิตใจ และการเข้าร่วมสังคม (1) ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีปัญหาในการทำงานร่วมกับผู้อื่นและไม่

สามารถประกอบอาชีพตามปกติได้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 76.5) ใช้สิทธิการรักษาคือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 82.0) ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายด้านยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่อาศัยกับครอบครัว (ร้อยละ 92.9) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.7) มีระยะเวลาการเจ็บป่วย (ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจนถึงวันที่เก็บข้อมูล) เฉลี่ยเท่ากับ 9.43 ± 7.94 ปี โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี (ร้อยละ 41.0) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=183)

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	130	71.0
หญิง	53	29.0
อายุ (ปี) (mean \pm SD)		
		36.77 \pm 10.58
≤ 20 ปี	2	1.1
21-40 ปี	126	68.9
41-60 ปี	51	27.9
> 60 ปี	4	2.1
จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคยเลย	115	62.8
1 ครั้ง	57	31.1
2 ครั้ง	10	5.5
3 ครั้ง	1	0.6
การวินิจฉัยโรค		
โรคจิตเภท	167	91.3
โรคจิตเภทที่มีอารมณ์แปรปรวนร่วมด้วย	16	8.7
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	1.6
ประถมศึกษา	72	39.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	33	18.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	39	21.3
อนุปริญญา/ปวส.	15	8.2
ปริญญาตรี	21	11.5

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=183) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ทำงาน	92	50.3
รัฐวิสาหกิจ	11	6.0
รับราชการ	5	2.7
รับจ้างทั่วไป	32	17.5
ทำสวนยาง	33	18.0
อื่น ๆ	10	5.5
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	94	51.4
ต่ำกว่า 5,000 บาท	23	12.6
5,000-10,000 บาท	55	30.0
มากกว่า 10,000 บาท	11	6.0
สถานภาพสมรส		
โสด	140	76.5
สมรส	34	18.6
หม้าย	3	1.6
หย่า/แยกกันอยู่	6	3.3
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
ชำระเอง	16	8.7
เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัท	17	9.3
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท)	150	82.0
ประวัติการอยู่อาศัยกับครอบครัว		
อยู่คนเดียว	13	7.1
อยู่กับครอบครัว ญาติพี่น้อง	170	92.9
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	(166)	(90.7)
มี ได้แก่	(17)	(9.3)
โรคความดันโลหิตสูง	6	3.3
ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานเกิน (Hyperthyroid)	5	2.7
โรคเบาหวาน	3	1.6
โรคหอบหืด	2	1.1
โรคไขมันในเลือดสูง	1	0.6

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=183) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี) (mean \pm SD)		9.43 \pm 7.94
≤ 5 ปี	75	41.0
6-10 ปี	46	25.1
11-15 ปี	19	10.4
> 15 ปี	43	23.5

ข. ประวัติทางสังคม

ประวัติทางสังคม ประกอบด้วย ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุราและประวัติการใช้สารเสพติด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 56.3) ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 49.2) และไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 63.4) ผู้ป่วยที่ยังใช้สารเสพติดพบว่าสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดเป็นอันดับ 1 คือ กระท่อม และสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดเป็นอันดับ 2 คือ กัญชา ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลประวัติทางสังคมของผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	73	39.9
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	7	3.8
สูบบุหรี่	103	56.3
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่ดื่มสุรา	90	49.2
เคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว	16	8.7
ดื่มสุรา	77	42.1
ประวัติการใช้สารเสพติด		
ไม่ใช้สารเสพติด	116	63.4
เคยใช้สารเสพติดแต่เลิกแล้ว	38	20.8
ใช้สารเสพติด	29	15.8

ค. ประวัติการใช้ยา

ประวัติการใช้ยา ประกอบด้วย ประวัติการแพ้ยา ประเภทของยารักษาโรคจิต ยาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับร่วมด้วย จำนวนขนานยาทั้งหมดต่อวัน ความถี่ในการบริหารยาต่อวันและการมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแพ้ยา (ร้อยละ 97.3) ประเภทของยาโรคจิตที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด คือ ยาโรคจิตกลุ่มเดิม (ร้อยละ 89.6) ยาโรคจิตกลุ่มเดิมที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดคือ ยา chlorpromazine (ร้อยละ 63.9) รองลงมาคือ ยา perphenazine (ร้อยละ 45.4) ส่วนยาโรคจิตกลุ่มใหม่ที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดคือ ยา clozapine (ร้อยละ 6.6) รองลงมาคือ ยา quetiapine (ร้อยละ 1.6) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังได้รับยากลุ่มอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น antianxiety drugs, mood stabilizers, anticholinergic drugs เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาทั้งหมด 3 ขนานต่อวัน (ร้อยละ 38.8) เฉลี่ยเท่ากับ 3.55 ± 1.06 ขนาน และมีความถี่ในการบริหารยาต่อวันเท่ากับ 3 ครั้ง (ร้อยละ 63.4) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 69.9) และมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา (ร้อยละ 30.1) โดยผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยคือ ครอบครัวหรือญาติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตกลุ่มเดิม ซึ่งแตกต่างจากแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทของสมาคมโรคจิตแห่งประเทศไทย ปี 2004 (American Psychiatric Association) ที่แนะนำให้ใช้ยาโรคจิตกลุ่มใหม่ยกเว้นยา clozapine เป็นทางเลือกแรกสำหรับการรักษาโรคจิตเภท ในปัจจุบันจึงมีการสั่งใช้ยาโรคจิตกลุ่มเดิมลดน้อยลงและแนะนำให้ใช้ยาโรคจิตกลุ่มเดิมสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาโรคจิตกลุ่มใหม่ ส่วนยา clozapine จะใช้เมื่อผู้ป่วยยังตอบสนองไม่เพียงพอต่อการรักษาด้วยยาโรคจิตกลุ่มใหม่ตัวอื่น ๆ หรือยาโรคจิตกลุ่มเดิม (7) การวิจัยนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนมากได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตกลุ่มเดิม เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลาอันยาวนานทำให้ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจำนวนมาก ดังนั้นยาโรคจิตกลุ่มเดิมเป็นยาที่มีราคาถูกลงและยังสามารถใช้รักษาโรคจิตเภทได้จึงนิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่ายาโรคจิตกลุ่มใหม่ เมื่อผู้ป่วยได้รับยาโรคจิตกลุ่มเดิมอาจทำให้เกิดอาการพึงประสงค์จากการใช้ยาต่อระบบต่าง ๆ ได้มากกว่ายาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น extrapyramidal symptoms, tardive dyskinesias เป็นต้น (1,7,9,10) ดังนั้นจึงทำให้พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกือบทุกรายจะได้รับ anticholinergic drugs ได้แก่ยา trihexyphenidyl ร่วมกับยาโรคจิตเพื่อป้องกันไม่ให้เกิด extrapyramidal symptoms ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาโรคจิตที่อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดว่ารับประทานยาแล้วมีอาการทางจิตกำเริบจึงเป็นเหตุผลทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาได้ ในผู้ป่วยบางรายจะได้รับ antianxiety drugs เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับหรือได้รับ mood stabilizers กรณีผู้ป่วยที่มีอารมณ์ไม่คงที่

ตารางที่ 5 ข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ประวัติการแพ้ยา		
ไม่มีประวัติแพ้ยา	(178)	(97.3)
มีประวัติแพ้ยา	(5)	(2.7)
ยา Penicillin	2	1.05
ยา Sulfadiazine	1	0.55
ยา Paracetamol	1	0.55
ยา Cotrimoxazole	1	0.55
ประเภทของยารักษาโรคจิต		
ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม	(164)	(89.6)
ยา chlorpromazine	117	63.9
ยา perphenazine	83	45.4
ยา haloperidol	43	23.5
ยา trifluoperazine	12	6.6
ยา thioridazine	4	2.2
ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่	(19)	(10.4)
ยา clozapine	12	6.6
ยา quetiapine	3	1.6
ยา olanzapine	2	1.1
ยา risperidone	1	0.55
ยา aripiprazole	1	0.55
Antianxiety drugs ได้แก่		
ยา diazepam	66	36.1
ยา clonazepam	15	8.2
ยา lorazepam	3	1.6
mood stabilizers ได้แก่		
ยา lithium carbonate	16	8.7
ยา sodium valproate	14	7.7
ยา carbamazepine	3	1.6
Anticholinergic drugs ได้แก่		
ยา trihexyphenidyl	169	92.4

ตารางที่ 5 ข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับเฉลี่ย (ขนาน) (mean \pm SD)	3.55 \pm 1.06	
2 ขนาน	26	14.2
3 ขนาน	71	38.8
4 ขนาน	56	30.6
5 ขนาน	21	11.5
6 ขนาน	7	3.8
7 ขนาน	2	1.1
ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน (ครั้ง)		
1 ครั้ง	25	13.7
2 ครั้ง	25	13.7
3 ครั้ง	116	63.4
4 ครั้ง	17	9.2
การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย		
ไม่มี	128	69.9
มี	55	30.1
ผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา คือ		
ครอบครัวหรือญาติ	53	29.0
เจ้าหน้าที่เรือนจำ	2	1.1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

2.1 ข้อมูลคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์ การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 104 ราย (ร้อยละ 56.8) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 77 ราย (ร้อยละ 42.1) และผู้ป่วยมีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยเท่ากับ 18.05 ± 7.49 คะแนน โดยรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้ป่วยเคยหยุดรับประทานยาเอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 ± 1.65 คะแนน รองลงมาคือ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่

ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 ± 1.69 คะแนน และผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกมือตามที่แพทย์สั่ง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 ± 1.63 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 6,7 ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามระดับคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 21 คะแนน)	104	56.8
ระดับปานกลาง (21 – 28 คะแนน)	77	42.1
ระดับสูง (มากกว่า 28 คะแนน)	2	1.1
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	18.05 \pm 7.49	

ตารางที่ 7 แสดงข้อมูลคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

รูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	คะแนนเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ผู้ป่วยเคยหยุดรับประทานยาเอง	3.40 \pm 1.65
2. ผู้ป่วยเคยลืมรับประทานยา	3.10 \pm 1.64
3. ผู้ป่วยเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	1.16 \pm 0.74
4. ผู้ป่วยเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	1.14 \pm 0.59
5. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง	2.84 \pm 1.67
6. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกมือตามที่แพทย์สั่ง	3.13 \pm 1.63
7. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง	3.35 \pm 1.69
คะแนนรวม (เต็ม 35 คะแนน)	18.05 \pm 7.49

จากรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาทั้ง 7 ข้อ พบว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติแตกต่างกันในแต่ละรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ดังแสดงในตารางที่ 8

1. ผู้ป่วยเคยหยุดรับประทานยาเอง

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยหยุดรับประทานยาเองเป็นประจำ (ร้อยละ 41.1) รองลงมาคือ ไม่เคยหยุดรับประทานยาเอง (ร้อยละ 26.2) และผู้ป่วยเคยหยุดรับประทานยาเองบ่อยครั้ง (ร้อยละ 14.8)

2. ผู้ป่วยเคยลืมรับประทานยา

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยลืมรับประทานยาเป็นประจำ (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือ ไม่เคยลืมรับประทานยา (ร้อยละ 26.7) และผู้ป่วยเคยลืมรับประทานยานาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 14.8)

3. ผู้ป่วยเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 95.1) รองลงมาคือ ผู้ป่วยเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งเป็นประจำ (ร้อยละ 3.3) และผู้ป่วยเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งบางครั้ง (ร้อยละ 1.1)

4. ผู้ป่วยเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 92.4) รองลงมาคือ ผู้ป่วยเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่งบ่อยครั้ง (ร้อยละ 4.4) และผู้ป่วยเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่งบางครั้งและเป็นประจำ (ร้อยละ 1.6)

5. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 36.6) รองลงมาคือ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งเป็นประจำ (ร้อยละ 27.9) และผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งบางครั้ง (ร้อยละ 13.1)

6. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่ง

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่งเป็นประจำ (ร้อยละ 35.0) รองลงมาคือ ผู้ป่วยรับประทานยาครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 25.1) และผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่งนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 16.4)

7. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่งเป็นประจำ (ร้อยละ 40.5) รองลงมาคือ ผู้ป่วยรับประทานยาครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 28.4) และผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่งบ่อยครั้ง (ร้อยละ 15.8)

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติของผู้ป่วยในแต่ละรูปแบบความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จะเห็นได้ว่า รูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ ผู้ป่วยเคยหยุดรับประทานยาเอง ผู้ป่วยเคยลืมรับประทานยา ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่ง และผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง โดยผู้ป่วยจะหยุดรับประทานยาเองและรับประทานยาไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่งเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทรู้สึกว่าคุณเองมีอาการทางจิตดีขึ้น ไม่มีอาการก้าวร้าวและสามารถทำงานได้ ส่วนผู้ป่วยที่ลืมรับประทานยาและผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่งเป็นประจำอาจเนื่องจากผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคจิตจะมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมึนงง ง่วงนอน จึงไม่สามารถจำได้ว่าต้องรับประทานยาหรือผู้ป่วยบางรายอาจนอนหลับนานจนไม่ได้รับประทานยา ส่วนรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติ คือ การเพิ่มหรือลดจำนวนเม็ดยานอกเหนือจากที่แพทย์สั่งและการรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยจะไม่เพิ่มหรือลดจำนวนเม็ดยาเองหากไม่ได้มาพบแพทย์

จากข้อความของแบบสัมภาษณ์การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย พบว่า ข้อที่ 1 ผู้ป่วยเคยหยุดรับประทานยาเองและข้อที่ 7 ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง ข้อคำถามทั้ง 2 ข้อดังกล่าวมีความหมายเหมือนกัน เมื่อพิจารณาผลการวิจัยที่ได้พบว่าผู้ป่วยจะตอบในทิศทางเดียวกันทั้ง 2 ข้อคือผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปฏิบัติเป็นประจำ เช่นเดียวกับคำถามข้อที่ 2 ผู้ป่วยเคยลืมรับประทานยาและข้อที่ 6 ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกมือตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้พบว่าผู้ป่วยจะตอบในทิศทางเดียวกันทั้ง 2 ข้อคือผู้ป่วยส่วนใหญ่จะลืมรับประทานยาและรับประทานยาไม่ครบทุกมือตามที่แพทย์สั่งเป็นประจำ

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามการปฏิบัติในแต่ละรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

รูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)				
	ไม่เคยปฏิบัติ ^a	ปฏิบัติ นานๆครั้ง ^b	ปฏิบัติ บางครั้ง ^c	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง ^d	ปฏิบัติเป็น ประจำ ^e
1. ผู้ป่วยเคยหยุดรับประทานยาเอง	48 (26.2)	8 (4.3)	25 (13.6)	27 (14.8)	75 (41.1)
2. ผู้ป่วยเคยลืมรับประทานยา	49 (26.7)	27 (14.8)	25 (13.7)	21 (11.5)	61 (33.3)
3. ผู้ป่วยเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	174 (95.1)	1 (0.5)	2 (1.1)	0 (0)	6 (3.3)
4. ผู้ป่วยเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	169 (92.4)	8 (4.4)	3 (1.6)	0 (0)	3 (1.6)
5. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง	67 (36.6)	19 (10.4)	24 (13.1)	22 (12.0)	51 (27.9)
6. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกมือตามที่แพทย์สั่ง	46 (25.1)	30 (16.4)	25 (13.7)	18 (9.8)	64 (35.0)
7. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง	52 (28.4)	9 (4.9)	19 (10.4)	29 (15.8)	74 (40.5)

^a ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

^d ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 4 คะแนน

^b ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน

^e ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 5 คะแนน

^c ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 3 คะแนน

2.2 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยและค้นหาสาเหตุต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในแต่ละข้อ ดังแสดงในตารางที่ 9 โดยรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาแต่ละข้อจะมีสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยานั้นแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเคยหยุดรับประทานยาเอง

จากผลการวิจัย พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเองมากที่สุด คือ ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้วและไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 38.35) รองลงมาคือ ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (ร้อยละ 35.44) และผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย (ร้อยละ 14.56) โดยอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่พบส่วนใหญ่ คือ อาการง่วงนอนมาก extrapyramidal symptoms และอาการปากแห้ง คอแห้ง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่หยุดรับประทานยาเองนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการใช้ยารักษาโรคจิต ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล จึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ระยะเวลาการรักษา การใช้ยารักษาโรคจิต อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการตัวแข็งเกร็ง มือสั่น เคลื่อนไหวเชื่องช้า พุดซ้า อาการง่วงนอน อาการปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก เป็นต้น และวิธีปฏิบัติหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้นและควรให้ผู้ป่วยแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรหากพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพื่อทำการปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสมต่อไป

2. ผู้ป่วยเคยลืมรับประทานยา

จากผลการวิจัย พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยามากที่สุด คือ เวลารับประทานยาไม่สะดวกต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 65.52) รองลงมาคือ ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้วและไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 12.64) และไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 11.49) โดยผู้ป่วยบางรายจะทำงานจนลืมรับประทานยาบางมื้อไป จึงควรแนะนำให้ครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยคอยดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาครบทุกมื้อ

3. ผู้ป่วยเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง

จากผลการวิจัย พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งมากที่สุด คือ ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (ร้อยละ 62.5) รองลงมาคือ ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้ว (ร้อยละ 37.5) โดยอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่พบบ่อยคือ อาการง่วงนอนมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องลดจำนวนเม็ดยาเอง ดังนั้นจึงแนะนำให้ผู้ป่วยรายงานแพทย์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เพื่อแพทย์จะได้ปรับเปลี่ยนยารักษาโรคจิตให้เหมาะสม เช่น เปลี่ยนเป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนน้อย เนื่องจากยารักษาโรคจิตบางชนิดจะมีผลทำให้ผู้ป่วยง่วงนอนมาก หรือปรับเปลี่ยนมียาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

แต่ละราย หากผู้ป่วยต้องทำงานตอนกลางวันอาจหลีกเลี่ยงการรับประทานยามื้อกลางวันที่มีผลทำให้ง่วงนอน โดยแจ้งแก่แพทย์เพื่อให้ปรับเปลี่ยนเป็นมือเย็นหรือก่อนนอนแทน

4. ผู้ป่วยเคยเพิ่มจำนวนเม็ดชามากกว่าที่แพทย์สั่ง

จากผลการวิจัย พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มจำนวนเม็ดชามากกว่าที่แพทย์สั่งมากที่สุดคือ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ (ร้อยละ 53.85) เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน เป็นต้น รองลงมาคือ ไม่มีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 30.77) และผู้ป่วยไม่ได้อ่านวิธีใช้ยาบนฉลากยาทำให้รับประทานยาผิด (ร้อยละ 15.38) เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบผู้ป่วยอาจรับประทานเพิ่มจำนวนเม็ดชามากกว่าที่แพทย์สั่ง ทำให้มีอาการทางจิตทุเลารวมทั้งผู้ป่วยจะรับประทานยาเองโดยไม่ได้อ่านวิธีใช้ยาบนฉลากยาทำให้รับประทานจำนวนเม็ดชามากกว่าที่แพทย์สั่งได้ จึงแนะนำให้ผู้ป่วยมาปรึกษาแพทย์เพื่อปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับอาการและการปรับเพิ่มขนาดยาเองอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาได้

5. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง

จากผลการวิจัย พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งมากที่สุดคือ เวลารับประทานยาไม่สะดวกต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 41.74) รองลงมาคือ ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้วและไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 32.17) และผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย (ร้อยละ 12.17)

6. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่ง

จากผลการวิจัย พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่งมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้วและไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 37.76) รองลงมาคือ ผู้ป่วยลืมรับประทานยา (ร้อยละ 18.88) และผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (ร้อยละ 14.69) อาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่พบได้ คือ อาการง่วงนอนมาก extrapyramidal symptoms และอาการปากแห้ง คอแห้ง

7. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง

จากผลการวิจัย พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่งมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้วและไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 46.41) รองลงมาคือ ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (ร้อยละ 28.76) และผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย (ร้อยละ 14.37)

ดังนั้นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีหลายสาเหตุด้วยกัน โดยสาเหตุส่วนใหญ่คือ ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้วและไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยโรคจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ระยะเวลาการรักษา การใช้ยารักษาโรคจิต อาการไม่พึงประสงค์จากรักษาโรคจิตรวมทั้งวิธีปฏิบัติหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตและไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการ

มารับยาที่โรงพยาบาลและการรับประทานยาของผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลายการวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาโรคจิต การลืมรับประทานยา ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการป่วยนั้นดีขึ้นจึงหยุดรับประทานยา ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิต การใช้สารเสพติด ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านยาและผู้ป่วยขาดการดูแลทางสังคม เป็นต้น (34,44-48)

ตารางที่ 9 แสดงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาซึ่งเกี่ยวข้องกับรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	จำนวนสาเหตุ	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยเคยหยุดรับประทานยาเอง เนื่องจาก		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้วและไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ▪ ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - somnolence - extrapyramidal symptoms - dry mouth - blurred vision - akathisia - weight gain ▪ ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ▪ ไม่มีผู้ดูแลเรื่องการมารับยาของผู้ป่วย ▪ มีผู้แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาสมุนไพรหรือยาแผนปัจจุบันอื่นๆ ▪ ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจฐานะ เช่น ไม่มีเงินค่ารถ ▪ ผู้ป่วยใช้สารเสพติด ▪ ยาหมดก่อนแพทย์นัด ▪ ผู้ป่วยกลัวว่ายาอาจทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม 	<p>79</p> <p>73</p> <p>40</p> <p>21</p> <p>7</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>30</p> <p>12</p> <p>5</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>38.35</p> <p>35.44</p> <p>19.42</p> <p>10.19</p> <p>3.39</p> <p>1.46</p> <p>0.49</p> <p>0.49</p> <p>14.56</p> <p>5.81</p> <p>2.43</p> <p>1.46</p> <p>0.97</p> <p>0.49</p> <p>0.49</p>
2. ผู้ป่วยเคยลืมรับประทานยา เนื่องจาก		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ เวลารับประทานยาไม่สะดวกต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ▪ ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้วและไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ▪ ไม่ทราบสาเหตุ ▪ วิธีรับประทานยายุ่งยาก เช่น รับประทานยาวันละหลายมือ ทำให้เกิดความสับสน ▪ ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ▪ ไม่มีผู้ดูแลเรื่องการมารับยาของผู้ป่วย ▪ ผู้ป่วยใช้สารเสพติด 	<p>57</p> <p>11</p> <p>10</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>65.52</p> <p>12.64</p> <p>11.49</p> <p>4.6</p> <p>3.45</p> <p>1.15</p> <p>1.15</p>

ตารางที่ 9 แสดงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาซึ่งเกี่ยวข้องกับรูปแบบของ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (ต่อ)

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	จำนวนสาเหตุ	ร้อยละ
3. ผู้ป่วยเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง เนื่องจาก		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - somnolence - ใจสั่น ▪ ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้ว 	<p>5</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>3</p>	<p>62.5</p> <p>50.0</p> <p>12.5</p> <p>37.5</p>
4. ผู้ป่วยเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง เนื่องจาก		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน เป็นต้น ▪ ไม่มีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย ▪ ผู้ป่วยไม่ได้อ่านวิธีใช้ยาบนฉลากยาทำให้รับประทานยาผิด 	<p>7</p> <p>4</p> <p>2</p>	<p>53.85</p> <p>30.77</p> <p>15.38</p>
5. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง เนื่องจาก		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ เวลารับประทานยาไม่สะดวกต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ▪ ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้วและไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ▪ ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ▪ ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ▪ ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - somnolence - extrapyramidal symptoms ▪ ไม่มีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย ▪ วิธีรับประทานยายุ่งยาก เช่น รับประทานยารวันละหลายมื้อ ทำให้เกิดความสับสน ▪ ไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบว่ารับประทานยา 	<p>48</p> <p>37</p> <p>14</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>1</p>	<p>41.74</p> <p>32.17</p> <p>12.17</p> <p>3.48</p> <p>3.48</p> <p>2.61</p> <p>0.87</p> <p>3.48</p> <p>2.61</p> <p>0.87</p>
6. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่ง เนื่องจาก		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้วและไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ▪ ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ▪ ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - somnolence - extrapyramidal symptoms - dry mouth ▪ ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ▪ ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ▪ ไม่มีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย 	<p>54</p> <p>27</p> <p>21</p> <p>15</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>17</p> <p>15</p> <p>4</p>	<p>37.76</p> <p>18.88</p> <p>14.69</p> <p>10.49</p> <p>2.80</p> <p>1.40</p> <p>11.89</p> <p>10.49</p> <p>2.79</p>

ตารางที่ 9 แสดงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาซึ่งเกี่ยวข้องกับรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (ต่อ)

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	จำนวนสาเหตุ	ร้อยละ
6. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่ง เนื่องจาก		
▪ วิธีรับประทานยายุ่งยาก เช่น รับประทานยาวันละหลายมื้อ ทำให้เกิดความสับสน	2	1.40
▪ ผู้ป่วยใช้สารเสพติด	2	1.40
▪ ไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบว่ารับประทานยา	1	0.70
7. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง เนื่องจาก		
▪ ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้วและไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	71	46.41
▪ ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่	44	28.76
- somnolence	33	21.57
- extrapyramidal symptoms	9	5.89
- dry mouth	1	0.65
- weight gain	1	0.65
▪ ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย	22	14.37
▪ ไม่มีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย	6	3.92
▪ มีคำแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาสมุนไพรหรือยาแผนปัจจุบันอื่นๆ	3	1.97
▪ ผู้ป่วยใช้สารเสพติด	2	1.31
▪ ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจฐานะ เช่น ไม่มีเงินค่ารถ	2	1.31
▪ ผู้ป่วยลืมรับประทานยา	1	0.65
▪ เวลารับประทานยาไม่สะดวกต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน	1	0.65
▪ ยาหมดก่อนแพทย์นัด	1	0.65

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

3.1 ข้อมูลคะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารวมเฉลี่ยเท่ากับ 24.09 ± 5.63 คะแนน หรือมีคะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแต่ละข้อเฉลี่ยเท่ากับ 1.61 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 10

ซึ่งแสดงว่าอาการไม่พึงประสงค์จากยาส่วนใหญ่เกิดนานๆครั้ง ในขณะที่อาการบางอย่างพบได้ บางครั้ง ได้แก่ อาการง่วงนอนมาก อาการปากแห้ง อย่างไรก็ตามอาการบางอย่างไม่พบว่าเกิดใน ผู้ป่วยที่ศึกษานี้ เช่น acute dystonia, tardive dyskinesia

ตารางที่ 10 แสดงข้อมูลคะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

รายละเอียดอาการไม่พึงประสงค์จากยา	คะแนนเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง	
1. akinesia, bradykinesia	1.92 \pm 1.45
2. tremor	1.78 \pm 1.40
3. akathisia	1.22 \pm 0.69
4. acute dystonia	1.00 \pm 0.00
5. tardive dyskinesia	1.00 \pm 0.00
6. somnolence	3.06 \pm 1.52
7. dry mouth	2.93 \pm 1.63
8. constipation	1.74 \pm 1.20
9. blurred vision	1.67 \pm 1.25
10. urinary retention	1.08 \pm 0.50
ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด	
11. orthostatic hypotension	2.10 \pm 1.28
ผลต่อต่อมไร้ท่อ	
12. galactorrhea	1.02 \pm 0.30
ผลต่อผิวหนัง	
13. photosensitivity skin	1.10 \pm 0.59
ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ	
14. urinary incontinence	1.06 \pm 0.42
อื่น ๆ	
15. sialorrhea	1.40 \pm 1.09
คะแนนรวม (เต็ม 75 คะแนน)	24.09 \pm 5.63
คะแนนรวม (เต็ม 5 คะแนน)	1.61

นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีความถี่ของเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแตกต่างกันโดยแบ่งตามผลต่อระบบต่าง ๆ ดังแสดงในตารางที่ 11

ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง

1. ภาวะเสียการเคลื่อนไหวและอาการเคลื่อนไหวช้า (akinesia, bradykinesia)

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะเสียการเคลื่อนไหวและอาการเคลื่อนไหวช้า (ร้อยละ 33.9) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดภาวะเสียการเคลื่อนไหวและอาการเคลื่อนไหวช้าเป็นประจำ (ร้อยละ 12.0) และผู้ป่วยเกิดภาวะเสียการเคลื่อนไหวและอาการเคลื่อนไหวช้าบางครั้ง (ร้อยละ 8.2) ภาวะเสียการเคลื่อนไหวและอาการเคลื่อนไหวช้าเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบได้บ่อยในยาโรคจิตกลุ่มเดิม เช่น ยา haloperidol, trifluoperazine, perphenazine เป็นต้น แต่การวิจัยนี้พบการเกิดภาวะเสียการเคลื่อนไหวและอาการเคลื่อนไหวช้าได้ต่ำ อาจเนื่องจากการวิจัยนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับ anticholinergic drugs เพื่อรักษา extrapyramidal symptoms เช่น ยา trihexyphenidyl มาก่อนจึงทำให้ไม่เกิดอาการดังกล่าวและอาการนี้มักเกิดหลังจากได้รับยาโรคจิตแล้วประมาณ 1-2 สัปดาห์ (1) แต่ผู้ป่วยที่ศึกษาได้รับยาโรคจิตมาแล้วอย่างน้อย 2 เดือนจึงอาจทำให้พบภาวะเสียการเคลื่อนไหวและอาการเคลื่อนไหวช้าได้ต่ำ

2. อาการสั่น (tremor)

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเกิดอาการสั่น (ร้อยละ 28.9) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการสั่นเป็นประจำ (ร้อยละ 12.6) และผู้ป่วยเกิดอาการสั่นนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 6.0) โดยอาการสั่นเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบได้บ่อยในยาโรคจิตกลุ่มเดิม เช่น ยา haloperidol, trifluoperazine, perphenazine เป็นต้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดอาการสั่น อาจเนื่องจากการวิจัยนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับ anticholinergic drugs เพื่อรักษา extrapyramidal symptoms เช่น ยา trihexyphenidyl มาก่อนจึงทำให้ไม่เกิดอาการดังกล่าว และอาการนี้มักเกิดหลังจากได้รับยาโรคจิตแล้วประมาณ 1-2 สัปดาห์ (1) แต่ผู้ป่วยที่ศึกษาได้รับยาโรคจิตมาแล้วอย่างน้อย 2 เดือนจึงทำให้พบอาการสั่นได้ต่ำ

3. อาการนั่งไม่ติดที่ (akathisia)

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเกิดอาการนั่งไม่ติดที่ (ร้อยละ 11.5) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการนั่งไม่ติดที่บางครั้ง (ร้อยละ 4.9) และผู้ป่วยเกิดอาการนั่งไม่ติดที่นาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 3.8) อาการนั่งไม่ติดที่จะเกิดได้ประมาณร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาโรคจิตกลุ่มเดิม เช่น ยา haloperidol, trifluoperazine เป็นต้น (1,9) ในการวิจัยนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาโรคจิตกลุ่มเดิมแต่พบว่าผู้ป่วยเกิดอาการนั่งไม่ติดที่จำนวนน้อย อาจเนื่องจากการวิจัยนี้ผู้ป่วยได้รับยาโรคจิตมาแล้วอย่างน้อย 2 เดือนซึ่งอาการนี้จะเกิดในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกของการรักษาจึงทำให้พบอาการนั่งไม่ติดที่ต่ำ โดยอาการนี้จะทำให้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกระวนกระวายในใจจนอยู่นิ่งไม่ได้ นั่งไม่ติด

ต้องขยับแขนขา เดินไปมาตลอดเวลา อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดว่าเป็นอาการกำเริบของโรคจิตและ
ไม่คิดว่าอาการนั่งไม่ติดที่เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยา (27)

4. acute dystonia

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดไม่เคยเกิดอาการนี้ (ร้อยละ 100) เนื่องจากอาการ acute
dystonia เป็นอาการกล้ามเนื้อหดเกร็งอย่างรุนแรง บางคนจะมีลิ้นแข็ง ขากรรไกรแข็ง พูดหรือกลืน
ลำบาก ตาเหลือก คอแข็งและมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ ระยะเวลาการเกิดอาการนี้ภายใน 24 ถึง
96 ชั่วโมงของการเริ่มใช้ยาหรือเพิ่มขนาดยาและเกิดได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคจิตกลุ่มเดิม แต่
สามารถป้องกันได้โดยการได้รับยา trihexyphenidyl (1,9) ซึ่งการวิจัยนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยา
trihexyphenidyl มาแล้วจึงอาจไม่เกิดอาการ acute dystonia และผู้ป่วยที่ศึกษาได้รับการรักษาโรคจิต
มาแล้วอย่างน้อย 2 เดือนจึงอาจไม่พบอาการดังกล่าว

5. tardive dyskinesia

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดไม่เคยเกิดอาการนี้ (ร้อยละ 100) เนื่องจากระยะเวลา
การเกิดอาการ tardive dyskinesia จะช้าภายหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิต โดยการรักษา
โรคจิตกลุ่มเดิมมีรายงานอุบัติการณ์ของ tardive dyskinesia ได้ร้อยละ 0.5-62 ต่อปี โดยช่วงแรกของการ
การรักษาโรคจิตเภทจะมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ส่วนการรักษาโรคจิตกลุ่มใหม่มีรายงาน
การเกิด tardive dyskinesia ได้ต่ำกว่า คือพบได้ประมาณร้อยละ 0.8 ต่อปีในผู้ใหญ่และร้อยละ 5.3
ต่อปีในผู้ใหญ่สูงอายุ และอาการ tardive dyskinesia จะพบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคจิตกลุ่มเดิม
ในขนาดสูงและได้รับเป็นระยะเวลานาน เช่น ยา haloperidol, perphenazine เป็นต้น (1,9,74)
ถึงแม้ว่าในการวิจัยนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับยาโรคจิตกลุ่มเดิมแต่เนื่องจากผู้ป่วยมีระยะเวลา
การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทน้อยกว่า 5 ปี จึงอาจไม่พบอาการ tardive dyskinesia ได้

6. ง่วงนอนมาก (somnia)

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการง่วงนอนมาก (ร้อยละ 76.0) ในผู้ป่วยที่เกิด
อาการง่วงนอนมากพบว่าส่วนใหญ่จะเกิดอาการง่วงนอนมากเป็นประจำมากที่สุด (ร้อยละ 24.6)
รองลงมาคือ ผู้ป่วยเกิดอาการง่วงนอนมากบ่อยครั้ง (ร้อยละ 19.7) เนื่องจากยารักษาโรคจิต เช่น ยา
chlorpromazine, thioridazine, clozapine, olanzapine และ quetiapine จะออกฤทธิ์ต้านฮิสตามีนและ
ทำให้เกิดอาการง่วงนอนได้ (1) ดังนั้นในการวิจัยนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิต
กลุ่มเดิมคือ ยา chlorpromazine ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่คือ ยา clozapine รวมทั้งได้รับ
antianxiety drugs จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการง่วงนอนมากได้

7. ปากแห้ง (dry mouth)

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการปากแห้ง (ร้อยละ 67.2) ในผู้ป่วยที่เกิดอาการปากแห้งพบว่าส่วนใหญ่จะเกิดอาการปากแห้งเป็นประจำมากที่สุด (ร้อยละ 25.7) รองลงมาคือ ผู้ป่วยเกิดอาการปากแห้งบ่อยครั้ง (ร้อยละ 18.6) เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม เช่น ยา chlorpromazine, thioridazine และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น ยา clozapine และ olanzapine รวมทั้งยา trihexyphenidyl ซึ่งเป็นยากลุ่ม anticholinergic drugs จะมีผลการต้านโคลิเนอร์จิกทำให้เกิดปากแห้ง คอแห้งได้ (1,9)

8. ท้องผูก (constipation)

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการท้องผูกบางครั้ง (ร้อยละ 11.5) รองลงมาคือ ผู้ป่วยเกิดอาการท้องผูกนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 10.4) จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเกิดอาการท้องผูกได้ต่ำ อาจเนื่องจากอาการท้องผูกจะดีขึ้นเองเมื่อใช้ยาเป็นเวลานาน 2-3 สัปดาห์และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับประทานผัก ผลไม้ ช่วยทำให้ไม่เกิดอาการท้องผูกได้ โดยอาการท้องผูกเกิดจากการได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม เช่น ยา chlorpromazine, thioridazine และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น ยา clozapine และ olanzapine รวมทั้งยา trihexyphenidyl ซึ่งเป็นยากลุ่ม anticholinergic drugs จะมีผลการต้านโคลิเนอร์จิกทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ (1,9,27)

9. ตาพร่ามัว (blurred vision)

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการตาพร่ามัวนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 10.4) รองลงมาคือ ผู้ป่วยเกิดอาการตาพร่ามัวบ่อยครั้ง (ร้อยละ 7.7) เนื่องจากอาการตาพร่ามัวจะดีขึ้นเองเมื่อใช้ยาเป็นเวลานาน 2-3 สัปดาห์ (27) ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตมาแล้ว 2 เดือน อาการตาพร่ามัวจึงอาจดีขึ้นแต่มีผู้ป่วยบางรายที่ตาพร่ามัวมากจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนยา

10. ปัสสาวะคั่ง (urinary retention)

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเกิดปัสสาวะคั่งเพียง 6 ราย (ร้อยละ 3.3) ซึ่งอาการปัสสาวะคั่งเกิดจากยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมที่มี potency ต่ำและยา clozapine (1,9) โดยผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโรคจิตกลุ่มเดิมที่มี potency ต่ำ เช่น ยา chlorpromazine, thioridazine แต่เกิดอาการปัสสาวะคั่งได้ต่ำอาจเนื่องจากคนไทยจะพบการเกิดอาการปัสสาวะคั่งจากการใช้ยารักษาโรคจิตได้ต่ำ

ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

11. ภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้น

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้น (ร้อยละ 51.4) ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้นพบว่าส่วนใหญ่เกิดภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้นบางครั้ง (ร้อยละ 19.1) รองลงมาคือ เกิดภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้นนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 15.3) ภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้นจะเกิดขึ้นสัมพันธ์กับยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมที่มี potency ต่ำ เช่น ยา chlorpromazine, thioridazine และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ที่ได้รับโดยวิธีฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อหรือนิดเข้าทางหลอดเลือดดำ (1) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมนั้นจึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้นได้ แต่ผู้ป่วยจะสามารถทนต่อภาวะนี้ได้ภายหลังจากรับประทานยารักษาโรคจิตเป็นเวลานาน 2-3 เดือน (1,9)

ผลต่อต่อมไร้ท่อ

12. นานนมไหล (galactorrhea)

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเกิดนานนมไหลเป็นประจำเพียง 1 ราย (ร้อยละ 0.05) ซึ่งการเกิดนานนมไหลพบได้มากในผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและยา risperidone โดยส่วนใหญ่จะเกิดในผู้หญิงแต่มีรายงานการเกิดนานนมไหลในผู้ชายได้ (1,9) แต่จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผู้ชายจึงทำให้พบการเกิดนานนมไหลได้ต่ำมาก

ผลต่อผิวหนัง

13. ผิวหนังเกิดปฏิกิริยาไวต่อแสง (photosensitivity skin)

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเกิดผิวหนังเกิดปฏิกิริยาไวต่อแสงเพียง 6 ราย (ร้อยละ 3.3) มีรายงานพบว่าทั้งยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มใหม่มีโอกาสทำให้ผิวหนังเกิดปฏิกิริยาไวต่อแสงได้โดยผิวหนังจะมีลักษณะไหม้และแดงหลังจากถูกแสงแดด (1,9) แต่จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาไวต่อแสงของผิวหนังได้ต่ำมาก อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทในภาคใต้มีสีผิวเข้มทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของผิวหนังเมื่อเกิดปฏิกิริยาไวต่อแสง

ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ

14. การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urinary incontinence)

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่ได้เพียง 4 ราย (ร้อยละ 2.2) โดยการกลั้นปัสสาวะไม่ได้นี้จะพบในผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ที่มีฤทธิ์ต้านอะดรีเนอร์จิกชนิด α โดยเฉพาะยา clozapine ที่มีรายงานอุบัติการณ์ของการกลั้นปัสสาวะ

ไม่ได้สูงถึงร้อยละ 44 (1) แต่จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา clozapine มีจำนวนน้อยจึงทำให้พบผู้ป่วยที่เกิดการกลืนปัสสาวะไม่ได้ต่ำ

ผลอื่น ๆ

15. ภาวะหลังน้ำลายมาก (sialorrhea)

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะหลังน้ำลายมาก (ร้อยละ 14.8) ส่วนใหญ่จะเกิดภาวะหลังน้ำลายมากเป็นประจำ (ร้อยละ 6.6) โดยภาวะหลังน้ำลายมากเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยา clozapine ที่พบได้ถึงร้อยละ 54 ของผู้ป่วยที่ใช้ยา clozapine (1) แต่จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา clozapine มีจำนวนน้อย (ร้อยละ 6.6) จึงทำให้พบผู้ป่วยที่เกิดภาวะหลังน้ำลายมากได้ต่ำ

ดังนั้นอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ อาการง่วงนอนมาก (ร้อยละ 76.0) รองลงมาคือ อาการปากแห้ง (ร้อยละ 67.2) และภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้น (ร้อยละ 51.4) เมื่อพิจารณาแบ่งผู้ป่วยตามความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นเป็นประจำคือ อาการปากแห้ง (ร้อยละ 25.4) อาการง่วงนอนมาก (ร้อยละ 24.6) และอาการสั่น (ร้อยละ 12.6) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งคือ อาการง่วงนอนมาก (ร้อยละ 19.7) อาการปากแห้ง (ร้อยละ 18.6) และภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้น (ร้อยละ 11.5) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นบางครั้งคือ ภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้น (ร้อยละ 19.1) อาการง่วงนอนมาก (ร้อยละ 16.9) และอาการปากแห้ง (ร้อยละ 12.0) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้งคือ ภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้น (ร้อยละ 15.3) อาการง่วงนอนมาก (ร้อยละ 14.8) และอาการปากแห้ง (ร้อยละ 10.9)

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

รายละเอียดอาการไม่พึงประสงค์ จากยา	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)				
	ไม่เคยเกิด ^a	เกิดนานๆ ครั้ง ^b	เกิดบางครั้ง ^c	เกิดบ่อยครั้ง ^d	เกิดขึ้น ประจำ ^e
ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง					
1. akinesia, bradykinesia	121 (66.1)	12 (6.6)	15 (8.2)	13 (7.1)	22 (12.0)
2. tremor	131 (71.1)	11 (6.0)	14 (7.7)	4 (2.2)	23 (12.6)
3. akathisia	162 (88.5)	7 (3.8)	9 (4.9)	4 (2.2)	1 (0.5)
4. acute dystonia	183 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
5. tardive dyskinesia	183 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
6. somnolence	44 (24.0)	27 (14.8)	31 (16.9)	36 (19.7)	45 (24.6)
7. dry mouth	60 (32.8)	20 (10.9)	22 (12.0)	34 (18.6)	47 (25.7)
8. constipation	121 (66.1)	19 (10.4)	21 (11.5)	13 (7.1)	9 (4.9)
9. blurred vision	131 (71.6)	19 (10.4)	9 (4.9)	14 (7.7)	10 (5.5)
10. urinary retention	177 (96.7)	2 (1.1)	1 (0.5)	1 (0.5)	2 (1.1)
ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด					
11. orthostatic hypotension	89 (48.6)	28 (15.3)	35 (19.1)	21 (11.5)	10 (5.5)
ผลต่อต่อมไร้ท่อ					
12. galactorrhea	182 (99.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.5)
ผลต่อผิวหนัง					
13. photosensitivity skin	177 (96.7)	0 (0)	2 (1.1)	1 (0.5)	3 (1.6)
ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ					
14. urinary incontinence	179 (97.8)	0 (0)	2 (1.1)	1 (0.5)	1 (0.5)
ผลอื่น ๆ					
15. sialorrhea	156 (85.2)	9 (4.9)	2 (1.1)	4 (2.2)	12 (6.6)

^a ไม่เคยเกิด ให้ 1 คะแนน

^d เกิดบ่อยครั้ง ให้ 4 คะแนน

^b เกิดนาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน

^e เกิดขึ้นประจำ ให้ 5 คะแนน

^c เกิดบางครั้ง ให้ 3 คะแนน

3.2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะมีคะแนนรวมของความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแต่ละอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการปากแห้งและภาวะหลังน้ำลายมาก ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$, $p = 0.003$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 12 โดยผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมมีคะแนนเฉลี่ยของอาการปากแห้งสูงกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ทั้งนี้อาจเนื่องจากอาการปากแห้งเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดจากฤทธิ์การต้านโคลิเนอร์จิกของยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม เช่น chlorpromazine, thioridazine เป็นต้น และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น ยา clozapine และ olanzapine (1,9) ซึ่งจากการวิจัยนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมจึงทำให้เกิดอาการปากแห้งได้สูง ถึงแม้ว่ายา clozapine จะพบรายงานทั้งอาการปากแห้งและภาวะหลังน้ำลายมากแต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดภาวะหลังน้ำลายมากได้สูง โดยภาวะหลังน้ำลายมากเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยา clozapine พบได้ถึงร้อยละ 54 ของผู้ป่วยที่ใช้ยา clozapine (1,9) ดังนั้นผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จึงมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะหลังน้ำลายมากสูงกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม ส่วนอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับยา trihexyphenidyl เพื่อป้องกัน extrapyramidal symptoms ที่เกิดขึ้นได้สูงจากการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม ได้แก่ ภาวะเสียการเคลื่อนไหว อาการเคลื่อนไหวช้า อาการสั่น อาการนั่งไม่ติดที่ acute dystonia และ tardive dyskinesia ส่วนอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ได้แก่ อาการง่วงนอนมาก ท้องผูก ตาพร่ามัว ปัสสาวะคั่ง ภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้น นานมไหล ผิวหนังเกิดปฏิกิริยาไวต่อแสงและการกลั่นปัสสาวะไม่ได้ สามารถพบได้ทั้งยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วย
ที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

รายละเอียดอาการไม่พึงประสงค์จากยา	คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (คะแนนเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
	กลุ่มที่ใช้ยารักษา โรคจิตกลุ่มเดิม N = 164	กลุ่มที่ใช้ยารักษา โรคจิตกลุ่มใหม่ N=19	p-value*
1. akinesia, bradykinesia	1.88 \pm 1.42	2.32 \pm 1.73	0.30
2. tremor	1.81 \pm 1.43	1.53 \pm 1.12	0.41
3. akathisia	1.22 \pm 0.67	1.26 \pm 0.81	0.79
4. acute dystonia	1.00 \pm 0.00 ^a	1.00 \pm 0.00 ^a	-
5. tardive dyskinesia	1.00 \pm 0.00 ^a	1.00 \pm 0.00 ^a	-
6. somnolence	3.00 \pm 1.53	3.58 \pm 1.35	0.12
7. dry mouth	3.04 \pm 1.61	2.00 \pm 1.45	0.008
8. constipation	1.70 \pm 1.16	2.11 \pm 1.52	0.28
9. blurred vision	1.70 \pm 1.28	1.42 \pm 1.02	0.36
10. urinary retention	1.09 \pm 0.53	1.00 \pm 0.00	0.45
11. orthostatic hypotension	2.09 \pm 1.27	2.16 \pm 1.34	0.83
12. galactorrhea	1.02 \pm 0.31	1.00 \pm 0.00	0.74
13. photosensitivity skin	1.09 \pm 0.54	1.21 \pm 0.92	0.41
14. urinary incontinence	1.07 \pm 0.44	1.00 \pm 0.00	0.51
15. sialorrhea	1.24 \pm 0.81	2.79 \pm 1.96	0.003
คะแนนรวม(เต็ม 75 คะแนน)	23.95 \pm 5.45	25.32 \pm 7.02	0.32

หมายเหตุ *วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent-Samples T test, significant at p<0.05.

^a ไม่สามารถวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent-Samples T test ได้เนื่องจากค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ของทั้ง 2 กลุ่มเป็น 0

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยแต่ละชนิด ได้แก่ อายุ คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ

เมื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยแต่ละชนิด ได้แก่ อายุ คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ โดยพิจารณาจากสหสัมพันธ์ (correlation) ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยและจำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ ($p < 0.05$) คือมีค่าสหสัมพันธ์เป็น 0.165 และ 0.163 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 13 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่สั้นกว่าจะสัมพันธ์กับคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่มากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Agarwal และคณะ (69) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่สั้นกว่าจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Rosa และคณะ (47) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่สั้นกว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือแสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับจำนวนขนานยาทั้งหมดน้อยลงจะสัมพันธ์กับคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่มากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นเนื่องจากถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับจำนวนขนานยาทั้งหมดน้อยลงแต่ถ้าผู้ป่วยยังคงขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้ยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องรวมทั้งผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตและมีอาการทางจิตกำเริบ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งการรักษาโรคจิตเภทส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับยารักษาโรคจิตมากกว่า 1 ขนานร่วมกับ antianxiety drugs, mood stabilizers, anticholinergic drugs เป็นต้น เพื่อควบคุมอาการทางจิตและอาการอื่น ๆ เช่น นอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวนไม่คงที่ extrapyramidal symptoms เป็นต้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้นและไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาจึงทำให้เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้ถึงแม้จะได้รับจำนวนยาหลายขนาน

ตารางที่ 13 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยา กับปัจจัยแต่ละชนิด ได้แก่ อายุ คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ

Pearson's Correlations

	Age N=183	DurI N=183	NumD N=183	FreA N=183	ADR N=183	NonADH N=183
Age	1					
DurI	0.636**	1				
NumD	0.059	0.063	1			
FreA	-0.032	-0.061	0.299**	1		
ADR	-0.022	-0.016	-0.009	-0.001	1	
NonADH	-0.127	-0.165*	-0.163*	0.144	0.126	1

หมายเหตุ

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Age = อายุ (ปี)

DurI = ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)

NumD = จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ (ขนาน)

FreA = ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน (ครั้ง)

ADR = คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

NonADH = คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่าง

5.1 กลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง

5.2 กลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาและกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา

5.3 กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและกลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติด

5.4 กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์

5.5 กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

5.6 กลุ่มผู้ป่วยที่เคยนอนโรงพยาบาลและกลุ่มที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

5.1 กลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง

เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มผู้ป่วย

เพศชายจะสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.022$) ดังแสดงในตารางที่ 14 แสดงว่าผู้ป่วยเพศชายจะมีความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเพศหญิง เนื่องจากส่วนใหญ่เพศชายจะดูแลด้านสุขภาพน้อยกว่าเพศหญิง ทำให้เพศชายจะปฏิบัติตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์น้อยกว่าเพศหญิง (77)

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง

	เพศชาย N = 130	เพศหญิง N = 53	p-value*
คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย	18.86	16.08	0.022

หมายเหตุ *วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent-Samples T test, significant at $p<0.05$.

5.2 กลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาและกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา

เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาและกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาจะสูงกว่ากลุ่มที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 15 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาจะมีความไม่ร่วมมือในการใช้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Coldham และคณะ (57) ที่พบว่าการมีครอบครัวดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาจะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรแนะนำให้ครอบครัวหรือญาติที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยคอยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและมารับยาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาและกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา

	กลุ่มที่มีผู้ดูแล เกี่ยวกับการใช้ยา N = 55	กลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแล เกี่ยวกับการใช้ยา N = 128	p-value*
คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย	14.84	19.44	<0.001

หมายเหตุ *วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent-Samples T test, significant at $p<0.05$.

5.3 กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและกลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติด

เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและกลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติด ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มที่ใช้สารเสพติดกับกลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 16 แสดงว่าผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติดจะมีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นอาจเนื่องจากการวิจัยนี้ยังพบการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนไม่มากเพียงร้อยละ 15.8 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดจึงทำให้ไม่พบความแตกต่างระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและกลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติด

	กลุ่มที่ใช้สารเสพติด N = 29	กลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติด N = 154	p-value*
คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย	20.24	17.64	0.087

หมายเหตุ *วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent-Samples T test, significant at $p<0.05$.

5.4 กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์

เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์จะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) ดังแสดงในตารางที่ 17 แสดงว่าผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์จะทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barbee และคณะ (78) และการศึกษาของ Drake และคณะ (79) ที่ศึกษาการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์จะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา มีพฤติกรรมที่ไม่เป็นมิตรและต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มักจะมีผลทำให้ขาดสติและดื่มการรับประทานยาได้

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์

	กลุ่มที่ใช้แอลกอฮอล์ N = 77	กลุ่มที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ N = 106	p-value*
คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย	19.56	16.96	0.02

หมายเหตุ *วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent-Samples T test, significant at $p < 0.05$.

5.5 กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมกับกลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่นั้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 18 แสดงว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มใหม่จะมีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hui และคณะ (56) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

	กลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม N = 164	กลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ N = 19	p-value*
คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย	18.18	16.95	0.50

หมายเหตุ *วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent-Samples T test, significant at $p < 0.05$.

5.6 กลุ่มผู้ป่วยที่เขยอนโรงพยาบาลและกลุ่มที่ไม่เขยอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เขยอนโรงพยาบาลและกลุ่มที่ไม่เขยอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เขยอนโรงพยาบาลจะสูงกว่า

กลุ่มที่เคยนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$) ดังแสดงในตารางที่ 19 แสดงว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลจะเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่เคยนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยนอนโรงพยาบาลมาก่อนจะได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดในหอผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการใช้ยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลมาก่อน

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เคยนอนโรงพยาบาลและกลุ่มที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

	กลุ่มที่เคยนอน โรงพยาบาล N = 68	กลุ่มที่ไม่เคยนอน โรงพยาบาล N = 115	p-value*
คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย	16.15	19.18	0.008

หมายเหตุ *วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent-Samples T test, significant at $p<0.05$.

ส่วนที่ 6 ข้อมูลแสดงปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภตกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด การใช้แอลกอฮอล์ การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา คะแนนความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับและประเภทของยารักษาโรคจิต เพื่อหาว่าตัวแปรอิสระตัวใดสามารถทำนายตัวแปรตามที่ต้องการศึกษาได้ (ตัวแปรตาม คือ คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยา) โดยนำตัวแปรต่าง ๆ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมาวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) เพื่อสร้างสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยวิธี stepwise

จากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบว่า การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา การใช้แอลกอฮอล์ จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับและความถี่ในการบริหารยาต่อวัน สามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ร้อยละ 16.5 ดังแสดงในตารางที่ 20 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 4 จึงเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดที่สามารถร่วมกันทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ได้ คือถ้าผู้ป่วยมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาจะทำให้คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดลง 4.168 คะแนน ถ้าผู้ป่วยใช้แอลกอฮอล์จะทำให้คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น 2.539 คะแนน ถ้าผู้ป่วยได้รับจำนวนขนานยาทั้งหมดเพิ่มขึ้น 1 ขนาน จะทำให้คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดลง 1.455 คะแนน และถ้าความถี่ในการบริหารยาต่อวันเพิ่มขึ้น 1 มื้อ จะทำให้คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น 1.868 คะแนน ดังนั้นสมการทำนายความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทกับปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ

$$\begin{aligned} \text{คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยา} = & 18.372 - 4.168 \text{ การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา} + 2.539 \text{ การใช้} \\ & \text{แอลกอฮอล์} - 1.455 \text{ จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ} \\ & + 1.868 \text{ ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน} \end{aligned}$$

ตารางที่ 20 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ*

Factors	B	Sig.
Constant	18.372	<0.001
การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา	-4.168	<0.001
การใช้แอลกอฮอล์	2.539	0.016
จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ	-1.455	0.004
ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน	1.868	0.005
R square	0.165	

* วิเคราะห์โดยใช้วิธี stepwise, R square = 0.165

การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา พบว่าการมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาสามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Coldham และคณะ (57) พบว่าการขาดครอบครัวดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Olfson และคณะ (40) พบว่าผู้ป่วยที่ครอบครัวปฏิบัติดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาจะสามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้

การใช้แอลกอฮอล์ พบว่าการใช้แอลกอฮอล์สามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.016$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamali และคณะ (61) ที่ศึกษา

ปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะเริ่มแรก ภายหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วยสามารถทำนายการเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Ascher-Svanum และคณะ (62) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตของผู้ป่วยโรคจิต พบว่าผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์จะสามารถทำนายการเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (73) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าการใช้แอลกอฮอล์เป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่าจำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับสามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) ผู้ป่วยที่ได้รับจำนวนขนานยาทั้งหมดลดลงจะเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาอื่นที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ขนาน จะทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาเพียงขนานเดียว (50,71) อาจเนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะได้รับจำนวนขนานยาหลายขนาน ได้แก่ ยารักษาโรคจิตมากกว่า 1 ขนาน antianxiety drugs, anticholinergic drugs เพื่อรักษา extrapyramidal symptoms, mood stabilizers เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการทางจิตและไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา จึงให้ความร่วมมือในการใช้ยาได้ถึงแม้ว่าจะได้รับจำนวนขนานยาหลายขนาน

ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน พบว่าความถี่ในการบริหารยาต่อวันสามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.005$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Razali และคณะ (70) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศมาเลเซีย พบว่าผู้ป่วยที่มีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการบริหารยามากกว่า 2 ครั้งต่อวัน การวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยมีความถี่ในการบริหารยาเฉลี่ย 3 ครั้งต่อวัน โดยผู้ป่วยที่ได้รับประทานยาวันละหลายครั้งจะทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาวันละครั้งเดียว (50,71)

จากผลการวิจัยพบว่ามียางปัจจัยที่ไม่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา อาจเนื่องจากผู้ป่วยในการศึกษานี้มีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนน้อย จึงทำให้บางปัจจัยไม่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ และจากผลการวิจัยพบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากยาเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Kampman และคณะ (58) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาจะมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์บางอย่างที่รุนแรงและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น tardive

dyskinesia, acute dystonia ไม่พบจากผู้ป่วยในการศึกษานี้จึงทำให้คะแนนรวมของความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้นั้นค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่สั้นจะมีความสัมพันธ์กับคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น แต่เมื่อทำการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา อาจเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนน้อยจึงทำให้ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยที่ได้ อาจไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นเนื่องจากความแตกต่างของวิธีการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยา วิธีดำเนินการวิจัย ช่วงเวลาในการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hui และคณะ (56) ที่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทไม่สามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ และการศึกษาของ Ascher-Svanum และคณะ (62) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตของผู้ป่วยโรคจิต พบว่า อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ระดับการศึกษา ไม่สามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ส่วนการศึกษาของ Compton และคณะ (66) พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา ไม่สามารถใช้ทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการวิจัยนี้จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนั้นประกอบด้วยปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วยคือ การใช้แอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมคือ การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา และปัจจัยด้านการรักษาคือ จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับและความถี่ในการบริหารยาต่อวัน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้โดยต้องอาศัยความร่วมมือของเภสัชกร ทีมบุคลากรทางการแพทย์ครอบครัวของผู้ป่วยรวมทั้งตัวผู้ป่วยเอง เพื่อหาแนวทางในการลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลงซึ่งจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยารวมทั้งทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาได้ อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ไม่ได้มีการศึกษาผลของปัจจัยอื่น ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า อาการทางจิตของผู้ป่วย ทักษะคิดต่อการใช้ยา ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งอาจมีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านการรักษาที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2549 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 183 ราย โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และดูจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ได้ผลดังนี้

1. ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.77 ± 10.58 ปี สถานภาพโสด ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา อยู่อาศัยกับครอบครัว มีระยะเวลาการเจ็บป่วย (ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจนถึงวันที่เก็บข้อมูล) เฉลี่ยเท่ากับ 9.43 ± 7.94 ปี สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้สารเสพติด ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (ร้อยละ 89.6) ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดคือ ยา chlorpromazine (ร้อยละ 63.93) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังได้รับยากลุ่มอื่นๆร่วมด้วย เช่น antianxiety drugs, anticholinergic drugs, mood stabilizers เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาทั้งหมด 3 ชนิดต่อวัน (ร้อยละ 38.8) ความถี่ในการบริหารยาต่อวันเท่ากับ 3 ครั้ง (ร้อยละ 63.4) และไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา (ร้อยละ 69.9)
2. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 56.8) และมีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยเท่ากับ 18.05 ± 7.49 คะแนน โดยรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ ผู้ป่วยเคยหยุดรับประทานยาเอง ผู้ป่วยเคยลืมรับประทานยา ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่งและผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเอง ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่งและผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่งมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้วและไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่วนสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยามากที่สุดคือ เวลารับประทานยาไม่สะดวกต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน
3. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา คือ อาการง่วงนอนมาก (ร้อยละ 76.0) รองลงมาคือ อาการปากแห้ง (ร้อยละ 67.2) และภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อยืนขึ้น (ร้อยละ 51.4) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นเป็นประจำ

คือ อาการปากแห้ง (ร้อยละ 25.4) อาการง่วงนอนมาก (ร้อยละ 24.6) และอาการสิ้น (ร้อยละ 12.6)

4. กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีคะแนนรวมของความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) แต่เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแต่ละอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมมีคะแนนเฉลี่ยของอาการปากแห้งสูงกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$) และผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะหลังน้ำลายมากสูงกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$)
5. ระยะเวลาการเจ็บป่วยและจำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แสดงว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่สั้นกว่าหรือผู้ป่วยที่ได้รับจำนวนขนานยาทั้งหมดน้อยลงจะสัมพันธ์กับคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่มากขึ้น
6. ผู้ป่วยเพศชายมีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.022$) ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยามีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์มีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) และผู้ป่วยที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่เคยนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$)
7. การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา การใช้แอลกอฮอล์ จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับและความถี่ในการบริหารยาต่อวันสามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ร้อยละ 16.5 ดังสมการทำนายคือ

$$\begin{aligned} \text{คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยา} = & 18.372 - 4.168 \text{ การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา} \\ & + 2.539 \text{ การใช้แอลกอฮอล์} - 1.455 \text{ จำนวนขนาน} \\ & \text{ยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ} + 1.868 \text{ ความถี่ในการ} \\ & \text{บริหารยาต่อวัน} \end{aligned}$$

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ก่อนการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยจะต้องทำการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อน ซึ่งใช้เวลาค่อนข้างนานจึงอาจทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญในการตอบแบบสัมภาษณ์ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดน้อยลง

นอกจากนี้ต้องอาศัยทักษะในการสัมภาษณ์เนื่องจากการพูดคุยกับผู้ป่วยแต่ละรายอาจใช้เวลาแตกต่างกัน และอาจมีกิจกรรมอื่น ๆ ครอบคลุมขณะสัมภาษณ์ เช่น ผู้ป่วยต้องเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่จัดขึ้นโดยพยาบาลในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องไปเพิ่มทักษะการทำงานที่ฝ่ายอาชีพบำบัด ผู้ป่วยต้องไปเข้าร่วมกิจกรรมบนเตียงบำบัด เป็นต้น

2. เนื่องจากการวิจัยนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงอาจส่งผลต่อการเก็บข้อมูลได้ เช่น ในการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยด้วยการสัมภาษณ์อาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากความถูกต้องของการประเมินจะขึ้นกับความซื่อสัตย์และระดับการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น การตอบแบบสัมภาษณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา บางอาการไม่พึงประสงค์ผู้ป่วยไม่สามารถสังเกตเองได้ เช่น อาการนั่งไม่คิดที่ ปัสสาวะคั่ง เป็นต้น
3. ผู้วิจัยจำเป็นต้องขอให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตดีขึ้นก่อนทำการสัมภาษณ์เพื่อให้ข้อมูลที่ได้น่าเชื่อถือ ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละรายที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลอาจใช้เวลาแตกต่างกันไปในการรักษาอาการทางจิตให้ดีขึ้นจึงอาจทำให้ผู้ป่วยลืมข้อมูลบางอย่างที่ผู้วิจัยต้องการสัมภาษณ์
4. การวิจัยนี้ไม่ได้ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น ภาวะซึมเศร้า อาการทางจิตของผู้ป่วย ทักษะคิดต่อการใช้ยา เนื่องจากการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ อาจต้องใช้ระยะเวลาการศึกษานานและต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก แต่การวิจัยนี้ใช้เวลาในการศึกษาระยะสั้นจึงอาจไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

1. ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) หากมีทีมสหวิชาชีพ เช่น พยาบาล เป็นผู้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยและทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอาการของโรคระดับเล็กน้อยไว้เพื่อเข้าร่วมการวิจัย จะทำให้ผู้วิจัยใช้เวลาน้อยลงในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย
2. ในการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยการสัมภาษณ์อาจมีข้อจำกัด เช่น ผู้ป่วยอาจลืมข้อมูลบางอย่าง ผู้ป่วยอาจตอบคำถามเพื่อเอาใจผู้สัมภาษณ์ เป็นต้น ดังนั้นการศึกษาต่อไปควรใช้วิธีอื่น ๆ ร่วมด้วยในการประเมิน เช่น การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ การมารับยาตามนัดของผู้ป่วย เป็นต้น
3. ข้อสังเกตจากการวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยยังมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา เช่น ไม่รู้ความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในการจ่ายยา เภสัชกรควรเน้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาครบทุก

มือและครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่งรวมทั้งไม่ควรหยุดรับประทานยาเองหรือลืมนับรับประทานยา

4. จากการวิจัยนี้พบว่า การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้นควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้ยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะครอบครัวของผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและมีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยแทนแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ ซึ่งจะมีส่วนสำคัญในระยะยาวสำหรับการรักษาโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความร่วมมือในการใช้ยา
5. ในกรณีของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไร้ญาติ ส่วนใหญ่จะอยู่ในการดูแลของสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง จึงควรให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้ยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องแก่เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์ซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น
6. จากการวิจัยพบว่าการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลเสียของการใช้แอลกอฮอล์
7. ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่ได้จากการศึกษานี้ เช่น จำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยได้รับ ความถี่ในการบริหารยาต่อวัน สามารถใช้เป็นแนวทางแก่เภสัชกรและทีมบุคลากรทางการแพทย์ในการพิจารณาปรับเปลี่ยนจำนวนขนานยาให้เหมาะสมและสามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ ส่วนความถี่ในการบริหารยาต่อวันอาจพิจารณาปรับให้ความถี่ในการบริหารยาลดลงเพื่อให้เกิดความสะดวกในการรับประทานยาและทำให้เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
8. ปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้ศึกษาในการวิจัยนี้อาจมีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า อาการทางจิตของผู้ป่วย ทักษะคิดต่อการใช้ยา ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งอาจมีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภทได้
9. ควรทำการศึกษาต่อไปเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคอารมณ์แปรปรวนแบบสองขั้ว (bipolar disorder) โรคซึมเศร้า เป็นต้น เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับจำนวนยาหลายขนานเช่นเดียวกันกับโรคจิตเภท

10. ควรทำการศึกษาต่อไปเกี่ยวกับขนาดของยารักษาโรคจิตที่มีผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น อาการง่วงนอน อาการปากแห้ง อาการสั่น เป็นต้น เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและติดตามการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมทั้งค้นหาวิธีป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาโรคจิตที่เหมาะสมได้
11. เนื่องจากเภสัชกรในโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอ ดังนั้นในขั้นตอนการส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยโดยเภสัชกรจึงควรเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้ยารักษาโรคจิต อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมทั้งวิธีปฏิบัติหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่สั้น และมีการใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดความเสี่ยงร่วมมือในการใช้ยา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- (1) Crismon, M.L and Buckley, P.F. Schizophrenia. In: Dipiro, J.T., et al. (Editors). Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach. 6 th ed. pp.1209-33. Stamford (CT): McGraw-Hill, 2005.
- (2) National Institute of Mental Health. Schizophrenia[online]. 2007. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizosph.cfm> [2007, February 23]
- (3) World Health Organization. Schizophrenia[online]. 2007. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/ [2007, February 21]
- (4) มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภท (Schizophrenia). ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี ยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2548.
- (5) สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานและผลการวิจัย[online]. 2549. Available from: <http://dmh.go.th/report/population/region.asp?field24=2548> [2550, กุมภาพันธ์ 21]
- (6) Thieda, P., Beard, S., Richter, A. and Kane, J. An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia. Psychiatric Services 54 (2003): 508-516.
- (7) Lehman, A.F., et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2 nd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association, 2004.
- (8) Wu, E.Q. et al. The Economic Burden of Schizophrenia in the United States in 2002. J Clin Psychiatry 66 (2005):1122-1129.
- (9) Lacro, J.P. Schizophrenia. In: Koda-Kimble, M.A., Young, L.Y., Kradjan, W.A., Guglielmo, B.J., Alldredge, B.K. and Corelli, B.L. (Editors). Applied Therapeutics: The clinical use of drugs. 8 th ed. Baltimore (MA): Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- (10) Freedman, R. Schizophrenia. New England Journal of Medicine 349 (2003): 1738-1749.
- (11) Hester, E.K. and Thrower, M.R. Current options in the management of olanzapine-associated weight gain. The Annals of Pharmacotherapy 39 (2005): 302-310.

- (12) Basson, B.R., et al. Factors influence acute weight change in patients with schizophrenia treated with olanzapine, haloperidol, or risperidone. J Clin Psychiatry 62 (2001): 231-238.
- (13) Gilmer, T.P., et al. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. Am J Psychiatry 161 (2004): 692-699.
- (14) Dolder, C.R., Lacro, J.P., Dunn, L.B. and Jeste, D.V. Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents?. Am J Psychiatry 159 (2002): 103-108.
- (15) Cramer, J.A. and Rosenheck, R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. Psychiatric Services 49 (1998): 196-201.
- (16) Donohoe, G., Owen, N. and O'Donnell, C. Predictors of compliance with neuroleptic medication among inpatients with schizophrenia: a discriminant function analysis. European Psychiatry 16 (2001): 293-298.
- (17) จิตี เจริญสรรพ. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. รายงานการวิจัย. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต, 2538. (อค์สำเนา)
- (18) Love, R.C. Strategies for increasing treatment compliance: the role of long-acting antipsychotics. American Journal of Health-System Pharmacy 59 (2002): S10-S15.
- (19) Lacro, J.P., Dunn, L.B., Dolder, C.R., Leckband, S.G. and Jeste, D.V. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. J Clin Psychiatry 63 (2002): 892-909.
- (20) Perkins, D.O. Adherence to Antipsychotic Medications. J Clin Psychiatry 60 (1999): 25-30.
- (21) Marder, S.R. Overview of Partial Compliance. J Clin Psychiatry 64 (2003): 3-9.
- (22) Sullivan, G., Wells, K.B., Morgenstern, H. and Leake, B. Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. Am J Psychiatry 152 (1995): 1749-1756.
- (23) Leucht, S. and Heres, S. Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. J Clin Psychiatry 67 (2006): 3-8.

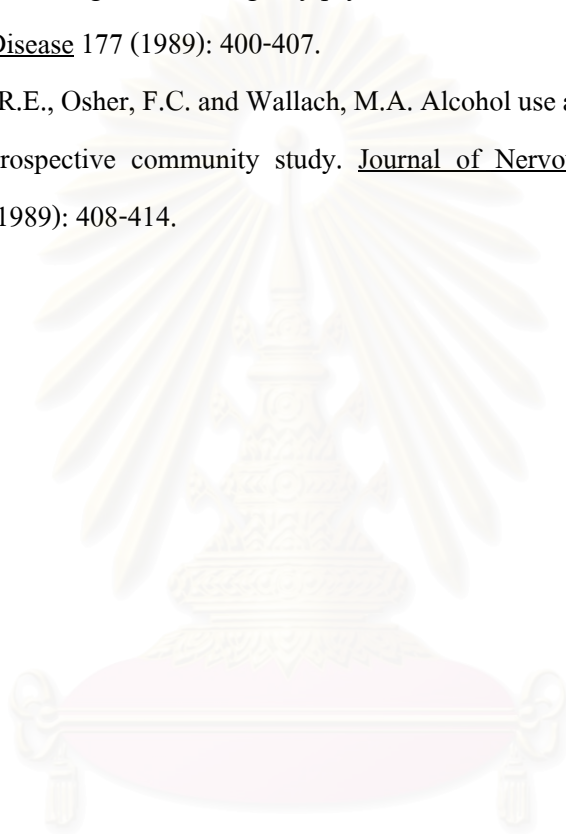
- (24) Yamada, K., et al. Prediction of medication noncompliance in outpatients with schizophrenia: 2-year follow-up study. Psychiatry Research 141 (2006): 61-69.
- (25) Hussar, D.A. Patient compliance. In: Beringer, P., et al. (Editors). Remington: The science and practice of Pharmacy. 21 th ed. St. Louis (MD): Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
- (26) ทีมนำทางคลินิก. แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. สุราษฎร์ธานี:โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต, 2548.
- (27) มาโนช หล่อตระกูล. การใช้ยาในโรคจิตเภท. ใน: มาโนช หล่อตระกูล บรรณาธิการ. คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2546.
- (28) Fun, L.W., et al. MIMS. 102 th ed. Bangkok. TIMS Thailand, 2006.
- (29) Fawcett, J. Compliance: Definitions and key issues. J Clin Psychiatry 56 (1995): 4-10.
- (30) Bachman, R.M. Better compliance and medicine use: making it happen. Pharmacy Times (April 1993): 77-83.
- (31) Cipolle, R.J., Strand, L.M. and Morley, P.C. Pharmaceutical care practice. St. Louis (MO): McGraw-Hill, 1998.
- (32) Jarboe, K.S. Treatment nonadherence causes and potential solutions. Journal of the American Psychiatric Nurses Association 8 (2002): S18-S25.
- (33) Felkey, B.G. Adherence screening and monitoring. American Pharmacy NS35 (July 1995): 42-51.
- (34) Berg, J.S., Dischler, J., Wagner, D.J., Raia, J.J. and Palmer-Shevlin, N. Medication Compliance: A Healthcare Problem. The Annals of Pharmacotherapy 27 (1993): S1-S19.
- (35) Evans, L. and Spelman, M. The problem of non-compliance with drug therapy. Drugs 25 (1983): 63-76.
- (36) Robinson, D., Woerner, M.G. and Alvir, J.M. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Archives of General Psychiatry 56 (1999): 241-247.
- (37) Caton, C.M., Koh, S.P. and Fleiss, J.L. Rehospitalization in chronic schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disease 173 (1985): 139-148.

- (38) Svarstad, B.L., Shireman, T. and Sweeney, J.K. Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. Psychiatric Services 52 (2001): 805-811.
- (39) Haywood, T.W., et al. Predicting the “Revolving Door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective and affective disorders. Am J psychiatry 152 (1995): 856-861.
- (40) Olfson, M., et al. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. Psychiatric Services 51 (2000): 216-222.
- (41) Valenstein, M., Copeland, L.A. and Blow, F.C. Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission. Medical Care 40 (2002): 630-639.
- (42) Rice, D.P. The economic impact of schizophrenia. J Clin Psychiatry 60 (1999): 4-6.
- (43) Knapp, M., King, D., Pugner, K. and Lapuerta, P. Non-adherence to antipsychotic medication regimens: associations with resource use and costs. Br J Psychiatry 184 (2004): 509-516.
- (44) Hudson, T.J., et al. A Pilot Study of Barriers to Medication Adherence in Schizophrenia. J Clin Psychiatry 65 (2004): 211-216.
- (45) Hoge, S.K., et al. A prospective, multicenter study of patients’ refusal of antipsychotic medication. Archives of General Psychiatry 47 (1990): 949-956.
- (46) Van Putten, T. Why do schizophrenia patients refuse to take their drugs?. Archives of General Psychiatry 31 (1974): 67-72.
- (47) Rosa, M.A., Marcolin, M.A. and Elkis, H. Evaluation of the factors interfering with drug treatment compliance among Brazillian patients with schizophrenia. Rev Bras Psiquiatr 27 (2005): 178-184.
- (48) Wilk, J., et al. Substance abuse and the management of medication nonadherence in schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disease 194 (June 2006): 454-457.
- (49) Farmer, K.C. Method for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trial and clinical practice. Clinical Therapeutics 21 (1999): 1074-1087.
- (50) Kyngas, H., Duffy, M.E. and Kroll, T. Conceptual analysis of compliance. Journal of Clinical Nursing 9 (2000): 5-12.

- (51) Osterberg, L. and Blaschke, T. Adherence to medication. New England Journal of Medicine 353 (2005): 487-497.
- (52) Bond, W.S. and Hussar, D.A. Detection methods and strategies for improving medication compliance. American Journal of Hospital Pharmacy 48 (1991): 1978-1988.
- (53) Nichols-English, G. and Poirier, S. Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. Journal of the American Pharmaceutical Association 40 (2000): 475-485.
- (54) Aronson, J.K., Hardman, M. Patient compliance. British Medical Journal 305 (1992): 1009-1011.
- (55) Kampman, O. and Lehtinen, K. Compliance in psychosis. Acta Psychiatrica Scandinavica 100 (1999): 167-175.
- (56) Hui, L.M., et al. Anti-psychotic adherence among out-patients with schizophrenia in HongKong. Kieo J med 55 (March 2006): 9-14.
- (57) Coldham, E.L., Addington, J. And Addington, D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. Acta Psychiatrica Scandinavica 106 (2002): 286-290.
- (58) Kampman, O., et al. Indicators of medication compliance in first-episode psychosis. Psychiatry Research 110 (2002): 39-48.
- (59) Kamali, M., et al. Insight and comorbid substance misuse and medication compliance among patients with schizophrenia. Psychiatric Services 52 (2001): 161-166.
- (60) Elbogen, E.B., Swanson, J.W., Swartz, M.S. and Dorn, R.V. Medication nonadherence and substance abuse in psychiatric disorders Impact of depressive symptoms and social stability. Journal of Nervous and Mental Disease 193 (2005): 673-679.
- (61) Kamali, M., et al. A prospective evaluation of adherence to medication in first episode schizophrenia. European Psychiatry 21 (2006): 29-33.
- (62) Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D., Lacro, J.P. and Dolder, C.R. A prospective study of risk factors for nonadherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. J Clin Psychiatry 67 (2006): 1114-1123.
- (63) Verdoux, H., et al. Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. Acta Psychiatrica Scandinavica 102 (2000): 203-210.

- (64) Amador, X. F., et al. Assessment of insight in psychosis. Am J Psychiatry 150 (1993): 873-879.
- (65) Dixon, L., et al. Assertive community treatment and medication compliance in the homeless mentally ill. Am J Psychiatry 154 (1997): 1302-1304.
- (66) Compton, M.T., Rudisch, B.E., Weiss, P.S., West, J.C. and Kaslow, N.J. Predictors of psychiatrist-reported treatment-compliance problems among patients in routine U.S. psychiatric care. Psychiatry Research 137 (2005): 29-36.
- (67) Perkins, D.O. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 63 (2002): 1121-1128.
- (68) Lambert, M., et al. Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. European Psychiatry 19 (2004): 415-422.
- (69) Agarwal, M.R., Sharma, V.K., Kishorekumar, K.V. and Lowe, D. Non-compliance with treatment in patients suffering from schizophrenia: a study to evaluate possible contributing factors. Int J Soc Psychiatry 44 (1998): 92-106.
- (70) Razali, M.S. and Yahya, H. Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing country. Acta Psychiatrica Scandinavica 91 (1995): 331-335.
- (71) Fleischacker, W.W., Oehl, M.A. and Hummer, M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients. J Clin Psychiatry 64 (2003): 10-13.
- (72) สาธุพร พุฒขาว. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
- (73) อุมภาพร กาญจนรักษ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- (74) จงรัตน์ ลีมพัฒน์ศิริ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
- (75) Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. and Black, W.C. Multivariate data analysis. 5th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1998.

- (76) Glazer, W.M., Morgenstern, H. and Doucette, J.T. Predicting the long-term risk of tardive dyskinesia (tics) in outpatients maintained on neuroleptic medications. J Clin Psychiatry 54 (1993): 133-139.
- (77) Oehl, M. and Fleischhacker, W.W. Compliance with antipsychotic treatment. Acta Psychiatrica Scandinavica 102 (2000): 83-86.
- (78) Barbee, J.G., et al. Alcohol and substance abuse among schizophrenic patients presenting to an emergency psychiatric service. Journal of Nervous and Mental Disease 177 (1989): 400-407.
- (79) Drake, R.E., Osher, F.C. and Wallach, M.A. Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. Journal of Nervous and Mental Disease 177 (1989): 408-414.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

เลขที่ HN

Date

แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

คำชี้แจง : ให้วงกลม ล้อมรอบระดับคะแนน ตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

ไม่มีอาการ	= 1 คะแนน	มีอาการค่อนข้างรุนแรง	= 5 คะแนน
มีอาการขั้นต่ำสุด	= 2 คะแนน	มีอาการรุนแรง	= 6 คะแนน
มีอาการเล็กน้อย	= 3 คะแนน	มีอาการรุนแรงมาก	= 7 คะแนน
มีอาการปานกลาง	= 4 คะแนน		

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	ระดับคะแนน						
1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)	1	2	3	4	5	6	7
2. อาการวิตกกังวล (Anxiety)	1	2	3	4	5	6	7
3. ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)	1	2	3	4	5	6	7
4. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity)	1	2	3	4	5	6	7
5. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood)	1	2	3	4	5	6	7
6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)	1	2	3	4	5	6	7
7. ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)	1	2	3	4	5	6	7
8. อาการประสาทหลอน (Hallucination)	1	2	3	4	5	6	7
9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)	1	2	3	4	5	6	7
10. อาการไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคล (Disorientation)	1	2	3	4	5	6	7
11. ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)	1	2	3	4	5	6	7
12. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)	1	2	3	4	5	6	7
13. ความตึงเครียด (Tension)	1	2	3	4	5	6	7
14. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)	1	2	3	4	5	6	7
15. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation)	1	2	3	4	5	6	7
16. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)	1	2	3	4	5	6	7
17. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)	1	2	3	4	5	6	7
18. อาการตื่นตื่นกระวนกระวาย (Excitement)	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยตอบ ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

คะแนนรวม คะแนน

ภาคผนวก ข

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern) หมายถึง การบ่นว่ามีอาการทางกายต่าง ๆ หรือเชื่อว่าตนเองมีความเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางกาย ซึ่งอาจเป็นไปได้ตั้งแต่ความรู้สึกละคลุมเครือไม่ชัดเจนว่าเจ็บป่วย จนถึงขั้นว่าอาการหลงผิดอย่างชัดเจนว่าตนมีโรคทางกายที่ร้ายแรง

ถาม : คุณคิดว่าหรือรู้สึกว่าคุณภาพเป็นอย่างไร ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ดีไหม ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายปกติดีไหม สิริษะหรือร่างกายมีรูปร่างหรือขนาดผิดปกติไปจากเดิมไหม

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	กังวลเกี่ยวกับสุขภาพหรือปัญหาทางกายอย่างชัดเจน แสดงออกโดยการถามหรือขอคำยืนยัน เพื่อสร้างความมั่นใจเป็นครั้งคราว
4 มีอาการปานกลาง	บ่นว่าสุขภาพไม่ดี หรือมีความผิดปกติในร่างกาย แต่ไม่ถึงขั้นมีความหลงผิดและสามารถลดความวิตกกังวลที่มีมากเกินไปได้เมื่ออธิบายและให้ความมั่นใจ
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยบ่นว่ามีอาการเจ็บป่วย หรือมีความผิดปกติทางกายในด้านต่างๆ หลายด้าน หรือบ่นอยู่บ่อย ๆ หรือมีอาการหลงผิดเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ อย่างชัดเจนหนึ่งหรือสองเรื่อง แต่ไม่หมกมุ่นกับความคิดดังกล่าว
6 มีอาการรุนแรง	ผู้ป่วยหมกมุ่นกับอาการหลงผิดที่ชัดเจนเรื่องหรือสองเรื่อง ว่าตนมีโรคหรือมีความผิดปกติทางกาย แต่ยังไม่ถึงกับทุ่มเทจิตใจไปในเรื่องนั้นทั้งหมด และผู้สัมภาษณ์ยังพอจะพยายามดึงความคิดของผู้ป่วยไปในทางอื่นได้บ้าง
7 มีอาการรุนแรงมาก	มีอาการหลงผิดทางกายหลายอย่าง ที่ผู้ป่วยพูดถึงบ่อย ๆ หรือมีอาการหลงผิดทางกายสองสามอย่างที่ผู้ป่วยคิดว่าเป็นเรื่องที่ร้ายแรงมากและมีผลครอบงำอารมณ์และความคิดของผู้ป่วยโดยสิ้นเชิง

2. อาการวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง การมีความรู้สึกวิตกกังวล เป็นห่วง หวั่นใจ หรือ กระสับกระส่ายอยู่ภายใน ซึ่งอาจมีได้ตั้งแต่มีความกังวลเกี่ยวกับปัจจุบันหรืออนาคตมากเกินไป จนถึงการมีความรู้สึกตื่นตระหนก

ถาม : คุณ รู้สึกวิตกกังวลบ้างไหม รู้สึกจิตใจสงบหรือผ่อนคลายไหม มีมือสั่นไหม กินได้หลับดีไหม

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์และอาการแสดงทางกายที่สัมพันธ์กัน

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรือมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	มีอาการวิตกกังวล หรือรู้สึกกระสับกระส่ายในใจอยู่บ้าง แต่ไม่มีผลทำให้เกิดอาการทางกายหรือผลทางพฤติกรรมอื่นๆ
4 มีอาการปานกลาง	ผู้ป่วยรายงานว่ามีอาการต่างๆของความวิตกกังวลอย่างชัดเจน และแสดงออกเป็นอาการทางกายต่างๆ เช่น มือสั่น เหงื่อออกมาก
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยรายงานว่ามีอาการวิตกกังวลอย่างรุนแรง ซึ่งมีผลทั้งต่ออาการทางกายและทางพฤติกรรม เช่น มีความรู้สึกตึงเครียดมาก สมาธิไม่ดี ใจสั่น หรือนอนไม่หลับ
6 มีอาการรุนแรง	มีอาการกลัวต่าง ๆ (phobias) ทำให้มีความรู้สึกกลัวอยู่ตลอดเวลา รู้สึกกระสับกระส่ายมาก หรือมีอาการแสดงทางกายหลายอย่าง
7 มีอาการรุนแรงมาก	ชีวิตของผู้ป่วยได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากอาการวิตกกังวล ซึ่งมีอยู่เกือบตลอดเวลา และในบางครั้งอาจมีความรุนแรงถึงขั้นเป็นอาการตื่นตระหนก (panic)

3. ความรู้สึกผิด (Guilt feeling) หมายถึง ความรู้สึกเสียใจหรือโทษตัวเองในเรื่องที่ผิดพลาดในอดีต ซึ่งอาจเป็นเรื่องจริงหรือเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยคิดไปเองก็ได้

ถาม: คุณ รู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้างไหม รู้สึกว่าคุณควรถูกลงโทษบ้างไหม คิดจะลงโทษตัวเองบ้างไหม

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกผิดในการสัมผัสและผลกระทบต่อความรู้สึกดังกล่าวต่อทัศนคติและความคิดของผู้ป่วย

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	จากการซักถาม พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกผิดหรือลงโทษตัวเองในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ <u>แต่ไม่ชัดเจนนัก</u> และเห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยไม่ได้กังวลเรื่องนี้มากนักจนเกินไป
4 มีอาการปานกลาง	ผู้ป่วยแสดงความกังวลเกี่ยวกับความรู้สึกที่รับผิดชอบต่อเหตุการณ์บางอย่างซึ่งเกิดขึ้นในชีวิตอย่างจริงจัง แต่ไม่ได้หมกมุ่นกับเรื่องนั้นและไม่มีผลกระทบต่อทัศนคติและพฤติกรรม
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยมีความรู้สึกผิดอย่างรุนแรง และจะรู้สึกว่าตนเองไม่ดีหรือสมควรได้รับการลงโทษ ความรู้สึกผิดนี้อาจมีพื้นฐานอยู่บนความหลงผิดหรืออาจเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเอง และอาจทำให้เกิดอาการหมกมุ่นและ/หรือเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ โดยที่ผู้สัมผัสไม่สามารถช่วยบรรเทาได้
6 มีอาการรุนแรง	มีความรู้สึกผิดอย่างรุนแรงถึงขั้นเป็นอาการหลงผิด จนทำให้รู้สึกสิ้นหวัง และไร้ค่า และเชื่อว่าตนเองสมควรได้รับการลงโทษอย่างหนักสำหรับสิ่งที่ทำไป รวมทั้งอาจมองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับชีวิตในปัจจุบันเป็นการลงโทษ
7 มีอาการรุนแรงมาก	ชีวิตของผู้ป่วยถูกครอบงำด้วยอาการหลงผิดอย่างจริงจังว่าตนมีความผิด ผู้ป่วยจะเชื่อว่าตนเองสมควรได้รับการลงโทษสถานหนัก เช่น จำคุกตลอดชีวิต ถูกทรมาน หรือถูกประหารชีวิต และอาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตายร่วมด้วยหรืออาจรู้สึกว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนอื่นเป็นผลจากการกระทำผิดของตน

4. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity) หมายถึง การมีความเชื่อมั่นในความคิดของตนเองมากเกินไป และมีความรู้สึกว่าคุณเหนือกว่าคนอื่นโดยไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง รวมทั้งการหลงผิดว่าคุณมีความสามารถพิเศษ ร่ำรวย มีความรู้ มีชื่อเสียง อำนาจ ตลอดจนคุณธรรมสูงส่งกว่าคนอื่น

ถาม: คุณ รู้สึกดีกว่า ดียกว่า หรือพอๆกับคนอื่น มีอะไรพิเศษกว่าคนอื่นหรือไม่ คิดว่าคุณฉลาดกว่ามีความสามารถมากกว่าคนอื่นหรือไม่ คิดว่าคุณมีพลังพิเศษ มีประสาทสัมผัสพิเศษ อ่านใจผู้อื่น มีชื่อเสียงใหม่ คิดว่าคุณเกี่ยวข้องกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ใหม่

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	เห็นได้ว่าคุณมีความมั่นใจในตนเองสูงกว่าปกติและคุยโอ้อวดบ้าง แต่ <u>ไม่มีความหลงผิด</u> ว่ามีความสามารถเกินจริงชัดเจน
4 มีอาการปานกลาง	มีความรู้สึกว่าคุณเหนือกว่าคนอื่นอย่างเด่นชัดมากเกินความเป็นจริง และอาจมีอาการหลงผิดที่ไม่ชัดเจนนักว่าคุณมีสถานะหรือความสามารถพิเศษ แต่ไม่แสดงออกหรือปฏิบัติตาม
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอาการหลงผิดอย่างชัดเจนว่าคุณมีความสามารถพิเศษ มีสถานะสูงส่งหรือมีอำนาจซึ่งผู้ป่วยแสดงออกและมีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วย แต่ยังไม่ส่งผลต่อพฤติกรรม
6 มีอาการรุนแรง	แสดงออกว่ามีอาการหลงผิดอย่างชัดเจนว่าคุณมีลักษณะพิเศษเหนือคนอื่นในเรื่องต่างๆมากกว่าหนึ่งเรื่อง (ความร่ำรวย ความรู้ ชื่อเสียง เป็นต้น) ซึ่งมีผลต่อปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นอย่างชัดเจนและผู้ป่วยอาจจะปฏิบัติตามนั้น
7 มีอาการรุนแรงมาก	ความคิด ปฏิสัมพันธ์ และพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วย ถูกครอบงำด้วยอาการหลงผิดต่างๆว่าคุณมีความสามารถพิเศษ มีฐานะร่ำรวย มีความรู้ ชื่อเสียง อำนาจ หรือมาตรฐานทางคุณธรรมสูงส่งกว่าคนอื่นและอาการหลงผิดนั้นอาจมีลักษณะแปลกประหลาด

5. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood) หมายถึง การมีความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดห่อใจ ช่วยตัวเองไม่ได้และมองโลกในแง่ร้าย

ถาม: คุณรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนใหญ่อะไร อารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่ เศร้าบ้างไหม มีความคิดทำร้ายตนเอง (ฆ่าตัวตาย) บ้างไหม

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : จากคำบอกเล่าเกี่ยวกับอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยในการสัมภาษณ์และผลของอารมณ์ซึมเศร้าที่มีต่อทัศนคติและพฤติกรรม ตามรายงานการสังเกตของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นและครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	แสดงความรู้สึกเศร้าหรือท้อแท้หดห่อใจบ้าง เมื่อได้รับการซักถาม แต่ไม่มีลักษณะอาการซึมเศร้าในทัศนคติและการแสดงออกโดยทั่วไป
4 มีอาการปานกลาง	มีความรู้สึกเศร้าและสิ้นหวังอย่างชัดเจน และอาจแสดงออกมาเอง แต่อารมณ์ซึมเศร้านี้ยังไม่ส่งผลต่อพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทางสังคมมากนักและมักจะสามารถปลุกปลอบให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นได้
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอารมณ์ซึมเศร้า <u>เด่นชัด</u> โดยมีความรู้สึกเศร้าเสียใจอย่างชัดเจนมองโลกในแง่ร้าย ไม่สนใจกิจกรรมทางสังคม มี psychomotor retardation และมีปัญหาเกี่ยวกับการกินและการนอนอยู่บ้าง และไม่สามารถปลุกปลอบให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ง่ายนัก
6 มีอาการรุนแรง	มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างรุนแรง มีความรู้สึกทุกข์ใจอยู่ตลอดเวลา มีการร้องไห้เป็นบางครั้ง รู้สึกสิ้นหวังและไร้ค่า นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกอยากกินหรือเบื่ออาหารและการนอน และการเคลื่อนไหวร่างกาย และการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างมาก รวมทั้งอาจมีลักษณะการละเลยตนเองได้ด้วย
7 มีอาการรุนแรงมาก	ความรู้สึกซึมเศร้ามีผลต่อการทำหน้าที่สำคัญๆเกือบทั้งหมดอย่างรุนแรง อาการแสดงอาจประกอบด้วย การร้องไห้บ่อย ๆ มีอาการทางกายต่างๆ สมาธิบกพร่อง มี psychomotor retardation ไม่สนใจกิจกรรมทางสังคม ละเลยตนเอง อาจมีความหลงผิดที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าต่างๆหรือหลงผิดคิดว่าตนเองตายไปแล้ว และ/หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือการพยายามฆ่าตัวตาย

6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การแสดงความโกรธ และความขุ่นเคืองใจ ออกมาทั้งทางคำพูดและสีหน้าท่าทาง ซึ่งอาจรวมถึงการพูดถากถางประชดประชัน การแสดงพฤติกรรมต่อต้านอย่างเงียบๆ (passive aggressive behavior) ใช้วาจาก้าวร้าวจนถึงการทำร้ายร่างกาย

สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : จากการสังเกตลักษณะพฤติกรรมและมนุษยสัมพันธ์ที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์ และจากรายงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	การแสดงความโกรธหรือไม่พอใจอย่างอ้อม ๆ หรือมีการหักห้ามไว้ เช่น การพูดถากถาง ขาดความเคารพ แสดงความรู้สึกไม่เป็นมิตร และแสดงอาการจุกใจเป็นบางครั้ง
4 มีอาการปานกลาง	แสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตรอย่างเปิดเผย แสดงความโกรธ อาการจุกใจ หรือข่มขู่คุกคามเป็นบางครั้ง
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยแสดงอาการจุกใจมาก และมีการใช้วาจาก้าวร้าว หรือข่มขู่คุกคามเป็นบางครั้ง
6 มีอาการรุนแรง	ไม่ร่วมมือและใช้วาจาก้าวร้าวหรือข่มขู่ในการสัมภาษณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีลักษณะก้าวร้าวรุนแรงและมุ่งร้าย แต่ไม่ถึงขั้นทำร้ายร่างกายคนอื่น
7 มีอาการรุนแรงมาก	ผู้ป่วยมีอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง ทำให้มีพฤติกรรมต่อต้านไม่ร่วมมือ ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์อื่นๆ ได้ หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงถึงขั้นทำร้ายร่างกายผู้อื่น

7. ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness) หมายถึง การมีความรู้สึกระแวงว่าจะมีคนมุ่งร้าย อย่างเกินกว่าเหตุและไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งแสดงออกโดยการระมัดระวังตัวมาก มีความรู้สึกไม่ไว้วางใจผู้อื่น มีการระแวงระวังเกินเหตุเนื่องจากระแวง หรือมีความหลงคิดว่ามีคนอื่นคิดจะทำร้าย

ถาม : คุณ ไว้วางใจคนส่วนใหญ่ไหม มีใครไม่น่าไว้วางใจไหม เข้ากับคนอื่นได้ดีไหม รู้สึกว่าคนอื่นไม่ชอบคุณหรือนินทาคุณไหม รู้สึกว่าคนอื่นสอดแนม แกล้ง ทำร้ายคุณไหม รู้สึกว่าตกอยู่ในอันตรายหรือจะถูกฆ่าตายไหม

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์ และ อิทธิพลของความคิดนั้นต่อพฤติกรรม ตามรายงานจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	มีท่าทีระมัดระวัง หรืออาจจะถึงกับแสดงความไม่ไว้วางใจออกมาโดยเปิดเผย แต่ความคิด การกระทำและพฤติกรรมต่างๆยังคงได้รับผลกระทบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น
4 มีอาการปานกลาง	เห็นได้ว่ามีความรู้สึกไม่ไว้วางใจอย่างชัดเจน โดยแสดงออกในการสัมภาษณ์และ/หรือพฤติกรรม แต่ไม่มีความหลงคิดว่ามีคนปองร้าย หรืออาจมีอาการหลงคิดว่ามีคนปองร้ายแต่ไม่ชัดเจนนัก และคู่มือไม่ค่อยมีผลต่อทัศนคติหรือความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยแสดงความไม่ไว้วางใจผู้อื่นอย่างชัดเจน ทำให้มีปัญหาในความสัมพันธ์กับคนอื่นอย่างมาก หรืออาจมีอาการหลงคิดว่ามีคนปองร้ายอย่างชัดเจน แต่ยังมีผลต่อทัศนคติหรือความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพียงบางระดับเท่านั้น
6 มีอาการรุนแรง	มีอาการหลงคิดว่ามีคนปองร้าย ที่มีอิทธิพลครอบงำความคิดของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีลักษณะเป็นระบบเป็นเรื่องเป็นราวชัดเจนและมีผลต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างมาก
7 มีอาการรุนแรงมาก	มีอาการหลงคิดว่าถูกปองร้ายที่โยงโยเป็นระบบเป็นเรื่องเป็นราวชัดเจนมาก จนมีผลครอบงำความคิด ความสัมพันธ์ทางสังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย

8. อาการประสาทหลอน (Hallucination) หมายถึง การทราบจากการที่ผู้ป่วยบอก หรือสังเกตได้จากพฤติกรรมว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่ได้เกิดจากสิ่งเร้าภายนอกที่มีอยู่จริง อาการประสาทหลอนเหล่านี้อาจเป็นการได้ยิน การเห็นภาพ การได้กลิ่น หรือความรู้สึกทางกายอื่นๆก็ได้

ถาม : คุณ ได้ยินหรือได้เห็นอะไรแปลก ๆ ใหม ได้ยินเสียงคนพูดโดยที่คนอื่นไม่ได้ยินไหม เห็นภาพอะไรที่คนอื่นไม่เห็นไหม ได้กลิ่นแปลกๆไหม

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : จากคำบอกเล่าและการแสดงออกของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์ และคำรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	มีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจนหนึ่งหรือสองอย่างนานๆครั้ง หรือมีการรับรู้ที่ผิดปกติซึ่งคลุมเครือไม่ชัดเจน และไม่ส่งผลให้มีความผิดปกติของความคิดหรือพฤติกรรม
4 มีอาการปานกลาง	มีอาการประสาทหลอนบ่อยๆ แต่ไม่ต่อเนื่องกันตลอดเวลาและมีผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอาการประสาทหลอนบ่อยๆ อาจมีอาการเกี่ยวกับการรับรู้ด้านต่าง ๆ มากกว่าหนึ่งด้าน และมักทำให้มีความคิดหรือพฤติกรรมผิดปกติ ผู้ป่วยมักจะตีความประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นด้วยอาการหลงผิดและแสดงการตอบสนองทางอารมณ์หรือในบางครั้งอาจพูดโต้ตอบ
6 มีอาการรุนแรง	มีอาการประสาทหลอนต่อเนื่องกันเกือบตลอดเวลา ทำให้มีความผิดปกติทางความคิดและพฤติกรรมค่อนข้างมาก ผู้ป่วยจะคิดว่าอาการประสาทหลอนนี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงๆทำให้การทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยถูกรบกวนจากการตอบสนองทั้งทางอารมณ์และคำพูดกับอาการที่เกิดขึ้นอยู่บ่อยๆ
7 มีอาการรุนแรงมาก	ผู้ป่วยจะหมกมุ่นกับอาการประสาทหลอนอยู่เกือบตลอดเวลา จนมีผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมทั้งหมดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะตีความหมายของอาการประสาทหลอนด้วยอาการหลงผิดต่าง ๆ และจะพูดและแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ โต้ตอบกับอาการประสาทหลอนรวมทั้งการปฏิบัติตามคำสั่งจากอาการประสาทหลอนด้วย

9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content) หมายถึง ความคิดที่มีลักษณะแปลกเพี้ยน หรือเป็นความคิดที่ประหลาดผิดปกติ ซึ่งมีได้ตั้งแต่ความคิดที่แปลกหรือแตกต่างออกไปจากคนอื่นบ้าง จนถึงความคิดที่ผิดปกติ ไม่สมเหตุสมผล เหลวไหล
- ถาม: คุณ มีเรื่องรำคาญใจใหม่ เชื่อเรื่องผีหรือเรื่องลึกลับใหม่ อ่านใจหรือความคิดคนอื่นได้ไหม รู้สึกว่ามีใครควบคุมความคิดของคุณไหม รู้สึกว่าเรื่องในโทรทัศน์หรือวิทยุเกี่ยวข้องกับคุณบ้างไหม ติดต่อกับเทวดาหรือผีได้ไหม
- พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน: จากเนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	เนื้อหาความคิดดูแปลก ๆ หรือมีลักษณะเฉพาะตัวอยู่บ้าง อาจนำเอาแนวความคิดธรรมดา ๆ ไปใส่ในเค้าโครงที่ผิดปกติ
4 มีอาการปานกลาง	แนวความคิดค่อนข้างบิดเบือนไปจากความจริง และบางครั้งอาจดูแปลกประหลาดบ้าง
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยมีความคิดแปลกๆและเพี้ยนหลายเรื่อง (เช่น เป็นลูกบุญธรรมของประธานาธิบดี เป็นนักโทษประหารที่หนีออกมาได้) หรือมีความคิดเหลวไหล (เช่น มีลูกหลายร้อยคน รับคลื่นวิทยุจากนอกโลกได้โดยผ่านสารที่อุดฟัน)
6 มีอาการรุนแรง	ผู้ป่วยมีความคิดที่เหลวไหลไม่เป็นเหตุผลมากมายหลายเรื่อง ซึ่งบางเรื่องอาจมีลักษณะแปลกประหลาด (เช่น มีสามหัว เป็นมนุษย์ต่างดาว)
7 มีอาการรุนแรงมาก	ความคิดเต็มไปด้วย ความคิดที่เหลวไหล แปลกประหลาด พิลึกพิลั่น

10. อาการ ไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคล (Disorientation) หมายถึง การขาดการรับรู้ถึงความสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัว คือ เวลา สถานที่ และบุคคล ซึ่งอาจเกิดจากอาการสับสนหรือจากอาการแยกตัวอย่างหนึ่งอย่างใดก็ได้

ถาม : ช่วยตอบคำถามต่อไปนี้ด้วย วันนี้วันอะไร วันที่เท่าไร เดือนอะไร ปีนี้ปีอะไร ตอนนี้คุณอยู่ที่ไหน โรงพยาบาลอะไร ตึกอะไร ผู้รักษาหลักที่คุณดูแลชื่ออะไร คุณกำลังคุยอยู่กับใคร นายกรัฐมนตรีคือใคร

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : การตอบคำถามเกี่ยวกับการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลในการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรือมีอาการข้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	การรับรู้เวลาสถานที่และบุคคลทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่มีปัญหาใน <u>ส่วนที่เฉพาะเจาะจง</u> มากขึ้น เช่น รู้ว่าอยู่ที่ไหนแต่บอกชื่อถนนไม่ได้ บอกชื่อบุคลากร ได้แต่ไม่รู้ว่ามีหน้าที่อะไร บอกเดือนถูก แต่บอกผิดว่าเป็นวันไหนของอาทิตย์ โดยสับสนกับวันที่อยู่ติด ๆ กัน บอกวันที่ผิดเกิน 2 วัน อาจมีความสนใจแคบลง ซึ่งเห็นได้จากการคุ้นเคยเฉพาะกับสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว แต่ไม่สนใจสิ่งที่ไกลตัวออกไป เช่น บอกชื่อเจ้าหน้าที่ได้แต่บอกชื่อ ผู้ว่า หรือนายกฯ ไม่ได้
4 มีอาการปานกลาง	บอกเวลาสถานที่และบุคคลได้ถูกต้องเพียงบางส่วน เช่น รู้ว่าอยู่โรงพยาบาลแต่บอกชื่อไม่ถูก รู้ว่าบ้านอยู่จังหวัดอะไร แต่บอกอำเภอหรือเขตไม่ได้ รู้จักชื่อผู้รักษาหลัก แต่ไม่รู้จักชื่อเจ้าหน้าที่คนอื่น ๆ ที่ร่วมดูแล บอกปีและฤดูได้ แต่ไม่แน่ใจว่าเป็นเดือนอะไร
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	<u>มีปัญหาค่อนข้างมาก</u> ในการบอกเวลาสถานที่และบุคคล ผู้ป่วยรู้เพียง <u>เดือน</u> ว่าจะตนอยู่ที่ไหน รู้สึกไม่คุ้นเคยกับคนรอบตัว ส่วนใหญ่อาจบอกปีได้ แต่บอกไม่ได้ว่าเป็นเดือนอะไร วันใดในสัปดาห์ หรือแม้แต่เป็นฤดูใด
6 มีอาการรุนแรง	มีปัญหาในการบอกเวลาสถานที่และบุคคลมาก เช่น <u>ไม่รู้ว่าอยู่ที่ไหน</u> บอกปีผิดเกิน 1 ปี บอกชื่อคนในชีวิตปัจจุบันได้เพียงหนึ่งหรือสองคน
7 มีอาการรุนแรงมาก	<u>ผู้ป่วยไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคลเลย</u> มีอาการสับสนอย่างชัดเจน <u>ไม่รู้</u> เลยว่าตนอยู่ที่ไหน เป็นปีอะไร และจำไม่ได้แม้แต่คนใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ สามีภรรยา หรือผู้รักษาหลัก

11. ความคิดสับสน (Conceptual disorganization) หมายถึง ความสับสนในกระบวนการของการใช้ความคิด ซึ่งทำให้มีปัญหาในการคิดอย่างต่อเนื่องและมีเป้าหมาย ทำให้มีอาการต่างๆ เช่น อาการคิดและพูดอ้อมค้อม (circumstantiality) การพูดออกนอกประเด็น (tangentiality) ความคิดไม่ปะติดปะต่อ (loose associations) ความคิดไม่ต่อเนื่องเป็นเหตุเป็นผล หรือมีการหยุดชะงักของความคิด

สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : ลักษณะการใช้คำพูดและความคิดระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	ความคิดอ้อมค้อม ไม่อยู่ในประเด็น หรือมีเหตุผลแปลก ๆ <u>มีปัญหา</u> บ้างในการควบคุมความคิดให้เป็นไปตามเป้าหมาย และอาจมีอาการความคิดไม่ปะติดปะต่อบ้างเมื่ออยู่ภายใต้ความกดดัน
4 มีอาการปานกลาง	ยังสามารถรวบรวมความคิดให้อยู่ในประเด็นได้ในการสื่อสารที่สั้นๆ และมีกรอบที่ชัดเจน แต่จะเริ่มมีความคิดไม่ปะติดปะต่อ และตอบไม่ตรงประเด็นเมื่อเผชิญกับการสื่อสารที่ซับซ้อนขึ้น หรือมีความกดดัน แม้เพียงเล็กน้อย
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	โดยทั่วไปจะ <u>มีปัญหา</u> ในการเรียบเรียงความคิด ซึ่งจะเห็นได้จากการมีการพูดไม่ตรงประเด็น ไม่ต่อเนื่อง หรือมีความคิดไม่ปะติดปะต่ออยู่บ่อยๆ แม้จะไม่มี ความกดดันอะไรเลยก็ตาม
6 มีอาการรุนแรง	ความคิดมีลักษณะสะเปะสะปะ และขาดความสอดคล้องกันภายในความคิดอย่างมาก ทำให้มีการพูดไม่ตรงประเด็นอย่างชัดเจนและมีลักษณะการขาดตอนของกระบวนการในการคิดอยู่ตลอดเวลา
7 มีอาการรุนแรงมาก	มีการขาดตอนของความคิดมากถึงขั้นที่ทำให้ผู้สัมภาษณ์ <u>ไม่สามารถ</u> เข้าใจความคิดและคำพูดของผู้ป่วยได้ มีอาการความคิดและคำพูดไม่ปะติดปะต่ออย่างมาก ทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น มีอาการไม่พูด (mutism)

12. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) หมายถึง การขาดความสนใจ และความรู้สึกเกี่ยวข้องรวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต

สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : รายงานเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว จากการสังเกตลักษณะพฤติกรรมและมนุษยสัมพันธ์ที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	มักจะขาดการริเริ่มในการทำสิ่งต่างๆและบางครั้งอาจมีลักษณะขาดความสนใจในเหตุการณ์รอบตัว
4 มีอาการปานกลาง	โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีความรู้สึกห่างเหินจากสิ่งแวดล้อม และการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม แต่ยังสามารถกระตุ้นให้เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆได้
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกห่างเหินจากผู้คนรอบข้างและเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัวอย่างชัดเจน และต่อต้านความพยายามที่จะกระตุ้นให้เข้าร่วมในสิ่งต่างๆ ผู้ป่วยมักจะดูห่างเหิน เงียบ และดูเลื่อนลอยไม่มีจุดหมาย แต่ยังสามารถมีส่วนร่วมในการสนทนาได้บ้างเป็นช่วงสั้นๆ และสามารถดูแลเรื่องส่วนตัวของตนเองได้ โดยอาจต้องการการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว
6 มีอาการรุนแรง	ขาดความสนใจและความผูกพันทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอย่างมาก ทำให้พูดคุยกับคนอื่นน้อยมาก และมักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้ต้องมีผู้คอยให้การดูแล
7 มีอาการรุนแรงมาก	ผู้ป่วยมีลักษณะแยกตัวและขาดการติดต่อสื่อสารกับสิ่งแวดล้อมโดยเกือบสิ้นเชิงและอาจไม่สนใจดูแลตนเองเลย เนื่องจากขาดความสนใจและความผูกพันทางอารมณ์อย่างรุนแรง

13. ความตึงเครียด (Tension) หมายถึง อาการแสดงทางกายของความกลัว ความวิตกกังวล และอาการกระวนกระวาย ซึ่งได้แก่ อาการกล้ามเนื้อตึง มือสั่น เหงื่อออกมาก และกระสับกระส่าย

ถาม : คุณ รู้สึกวิตกกังวลบ้างไหม รู้สึกจิตใจสงบหรือผ่อนคลายไหม มีมือสั่นไหม กินได้หลับดีไหม

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : จากคำบอกเล่าเกี่ยวกับอาการวิตกกังวลของผู้ป่วย และ ความรุนแรงของอาการแสดงทางกายของความตึงเครียดที่สังเกตได้ระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	ท่าทางและการเคลื่อนไหวแสดงถึงความกังวลอยู่บ้าง เช่น ดูเกร็ง ๆ กระสับกระส่ายเป็นบางครั้ง ขยับตัวไปมาบางครั้งหรือมีมือสั่นเล็กน้อย
4 มีอาการปานกลาง	มีท่าทางวิตกกังวลอย่างชัดเจน โดยมีอาการแสดงต่างๆคือ ขยับตัวไปมาบ่อย ๆ มือสั่นอย่างชัดเจน เหงื่อออกมากกว่าปกติ หรือมีท่าทางตื่นเต้นกระวนกระวาย
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอาการตึงเครียดอย่างมาก โดยเห็นได้จากอาการแสดงต่าง ๆ คือ ตัวสั่นด้วยความวิตกกังวล เหงื่อแตกและกระสับกระส่าย แต่พฤติกรรมต่างๆระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ถูกรบกวนมากนัก
6 มีอาการรุนแรง	มีอาการตึงเครียดอย่างมากถึงขั้นที่เป็นอุปสรรคต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น เช่น ผู้ป่วยอาจขยับตัวไปมาตลอดเวลา นั่งอยู่นาน ๆ ไม่ได้หรือมีอาการหายใจหอบ
7 มีอาการรุนแรงมาก	มีอาการตึงเครียดมากอย่างชัดเจน โดยมีอาการต่าง ๆ ของอาการตื่นตระหนกหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากและเร็วกว่าปกติอย่างชัดเจน เช่น เดินไปมาด้วยอาการกระสับกระส่ายอยู่เกือบตลอดเวลา ไม่สามารถนั่งอยู่กับที่ได้ นานเกินหนึ่งนาที จึงทำให้ไม่สามารถสนทนาอย่างต่อเนื่องได้

14. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing) หมายถึง มีท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ไม่เป็นธรรมชาติ คือ มีลักษณะกึ่งก้าง แข็ง ไม่ประสานกัน หรือดูแปลกประหลาด

สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : สังเกตจากท่าทางที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์และจากรายงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	การเคลื่อนไหวดูกึ่งก้างเล็กน้อย หรือท่าทางดูแข็ง ๆ อยู่บ้าง
4 มีอาการปานกลาง	การเคลื่อนไหวดูกึ่งก้างหรือไม่ค่อยต่อเนื่องสัมพันธ์กัน หรือมีการทำท่าทางแปลก ๆ ไม่เป็นธรรมชาติเป็นช่วงสั้น ๆ
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีการทำพิธีกรรมที่แปลกประหลาดหรือท่าท่าแปลกๆเป็นบางครั้ง หรือมีการค้างอยู่ในท่าที่ผิดปกติเป็นเวลานาน ๆ
6 มีอาการรุนแรง	มีการทำพิธีกรรมที่แปลกประหลาด มีท่าทางการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ อยู่บ่อย ๆ หรือทำท่าทางบิดเบี้ยวไม่เป็นธรรมชาติค้างอยู่นาน ๆ
7 มีอาการรุนแรงมาก	การปฏิบัติหน้าที่ต่างๆถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง จากการที่ผู้ป่วยใช้เวลาไปกับการเคลื่อนไหวที่คล้ายพิธีกรรม มีท่าทางการเคลื่อนไหวหรือท่าท่าแปลก ๆ ไม่เป็นธรรมชาติค้างอยู่เกือบตลอดเวลา

15. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation) หมายถึง การลดลงของ motor activity ทำให้มีการเคลื่อนไหวและพูดช้าหรือน้อยลง ตอบสนองต่อสิ่งเร้าน้อยลง และความตึงของกล้ามเนื้อในร่างกาย (body tone) ลดลง

สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : สังเกตจากท่าทางที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์และจากรายงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	มีการเคลื่อนไหวและพูดช้าลงเล็กน้อยแต่พอสังเกตได้ ผู้ป่วยอาจจะแสดงออกค่อนข้างน้อยทั้งในการพูดคุยและการแสดงท่าทาง
4 มีอาการปานกลาง	ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวช้าลงอย่างชัดเจน การพูดอาจจะลดลงและไม่ค่อยได้เนื้อหา ใช้เวลานานกว่าจะตอบคำถาม หยุดชะงักนาน ๆ หรือพูดช้า
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีการลดลงของ motor activity <u>อย่างมาก</u> ทำให้ทำการสื่อสารได้น้อยมากและจำกัดการทำหน้าที่ต่าง ๆ ทั้งทางสังคมและการงาน ผู้ป่วยมักจะนั่งอยู่เฉย ๆ หรือนอนเป็นส่วนใหญ่
6 มีอาการรุนแรง	การเคลื่อนไหวเชื่องช้ามาก ทำให้มีกิจกรรมต่างๆรวมทั้งการพูดน้อยมาก ผู้ป่วยจะใช้เวลาทั้งวันนั่งหรือนอนเฉย ๆ
7 มีอาการรุนแรงมาก	ผู้ป่วยเกือบจะ <u>ไม่มีการเคลื่อนไหว</u> และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกเลย

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

16. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness) หมายถึง การไม่ยอมทำตามความต้องการของคนอื่น ๆ ที่มีบทบาทในชีวิต รวมทั้งผู้สัมภาษณ์ บุคลากรในโรงพยาบาล และครอบครัว ซึ่งอาจเป็นเพราะความรู้สึกไม่ไว้วางใจ การปกป้องตนเอง ความเคืองแค้น การต่อต้าน การไม่ยอมรับอำนาจ ความรู้สึกเป็นปรปักษ์ หรือความรู้สึกอยากหาเรื่อง

สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : จากลักษณะพฤติกรรมเชิงมนุษยสัมพันธ์ที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์และจากรายงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	ยอมทำตามด้วยความรู้สึกขุ่นเคือง ขาดความอดทน หรือประชดประชัน อาจปฏิเสธการซักถามระหว่างการสัมภาษณ์ในเรื่องที่เป็นจุดสะเทือนใจโดยไม่แสดงลักษณะก้าวร้าว
4 มีอาการปานกลาง	ปฏิเสธที่จะทำตามกฎเกณฑ์ทั่วไปของสังคมโดยเปิดเผยเป็นบางครั้ง เช่น ไม่ยอมเก็บที่นอน ไม่ยอมเข้ากลุ่ม หรือทำตามตารางที่กำหนด ผู้ป่วยอาจแสดงลักษณะเป็นปฏิปักษ์และปกป้องตนเอง หรือมีท่าทีต่อต้าน แต่โดยทั่วไปยังสามารถมีปฏิสัมพันธ์ด้วยได้
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยมักจะ <u>ไม่ยอมทำตามกฎเกณฑ์</u> ของสังคมแวดล้อมและมักถูกมองว่าเป็นพวก “นอกคอก” หรือ “มีปัญหาด้านเจตคติอย่างรุนแรง” การไม่ร่วมมือจะแสดงออกโดยมีลักษณะปกป้องตัวเองอย่างเห็นได้ชัด หรือรู้สึกหงุดหงิดกับผู้สัมภาษณ์ และอาจไม่เต็มใจตอบคำถามหลายคำถาม
6 มีอาการรุนแรง	ผู้ป่วยมีลักษณะ <u>ไม่ร่วมมือ</u> และต่อต้านสูงมาก และอาจจะมีลักษณะชอบหาเรื่อง ปฏิเสธที่จะทำตามข้อเรียกร้องของสังคมและอาจจะไม่เต็มใจที่จะเริ่มต้นหรือร่วมมือจนจบการสัมภาษณ์
7 มีอาการรุนแรงมาก	แสดงการต่อต้านอย่างเปิดเผย ทำให้มีผลกระทบกับการทำหน้าที่สำคัญ ๆ ในด้านต่าง ๆ เกือบทั้งหมดอย่างรุนแรง ผู้ป่วยอาจปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ การดูแลสุขลักษณะของตนเอง การพูดคุยกับญาติหรือเจ้าหน้าที่และการร่วมมือในการสัมภาษณ์แม้เพียงช่วงสั้น ๆ

17. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) หมายถึง การแสดงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกโดยมีการแสดงสีหน้า การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และท่าทางในการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : จากการสังเกตลักษณะกิริยาท่าทาง พื้นอารมณ์และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	การเปลี่ยนแปลงสีหน้าและการแสดงกิริยาท่าทางในการสื่อสารดู <u>แข็งๆ หรือฝืนๆ</u> ไม่เป็นธรรมชาติหรือ <u>ไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลง</u>
4 มีอาการปานกลาง	แสดงสีหน้า และท่าทางในการสื่อสารน้อย ทำให้ดูแข็งทื่อ ไม่มีชีวิตชีวา
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	อารมณ์โดยทั่วไปจะเฉยเมย นานๆจึงจะมีการเปลี่ยนแปลงสีหน้าบ้าง และมีการแสดงท่าทางประกอบการพูดน้อยมาก
6 มีอาการรุนแรง	อารมณ์เฉยเมยมาก แทบไม่มีการแสดงอารมณ์เลย เกือบตลอดเวลา และอาจมีการแสดงอารมณ์รุนแรงต่าง ๆ โดยไม่ควบคุม เช่น อาการ ตื่นเต้น บันดาล โทสะ หรือหัวเราะอย่างควบคุมไม่ได้ ออกมาโดยไม่เหมาะสม เป็นพัก ๆ
7 มีอาการรุนแรงมาก	<u>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสีหน้า</u> หรือการแสดงกิริยาท่าทางประกอบการสื่อสารเลย

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

18. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement) หมายถึง อาการอยู่ไม่สุข ที่แสดงออกโดยการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าปกติ การไวต่อสิ่งเร้ามากกว่าปกติ มีอาการระแวงระวังมากกว่าปกติ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงง่ายกว่าปกติ

สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : จากพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งแสดงออกขณะสัมภาษณ์ และคำรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย จากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	มีอาการกระวนกระวาย <u>บ้างเล็กน้อย</u> คุระแวงระวังมากกว่าปกติ หรืออาจจะมีการตื่นตัวมากกว่าปกติตลอดเวลาที่สัมภาษณ์ แต่ไม่มีช่วงใดที่แสดงอาการตื่นเต้นกระวนกระวายหรือมีอาการแปรปรวนมากอย่างชัดเจน กระแสคำพูดอาจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย
4 มีอาการปานกลาง	แสดงอาการกระวนกระวายและตื่นตัวมากกว่าปกติให้เห็นได้อย่างชัดเจนตลอดการสัมภาษณ์ โดยแสดงออกในกระแสคำพูดและการเคลื่อนไหวทั่วไปหรือมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นเป็นพัก ๆ
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอาการอยู่ไม่สุขอย่างชัดเจน หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าปกติมาก เกิดขึ้นบ่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยนั่งอยู่นิ่งติดต่อกันหลายนาทีได้ยาก
6 มีอาการรุนแรง	มีอาการตื่นเต้นกระวนกระวายมาก เกือบตลอดการสัมภาษณ์ทำให้มีการเสียสมาธิ และมีผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆในชีวิตประจำวัน เช่น การกิน การนอน บ้างพอประมาณ
7 มีอาการรุนแรงมาก	มีอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย <u>อย่างรุนแรง</u> จนมีผลกระทบต่อกรกินและการนอนอย่างมากและทำให้เกือบจะไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้เลย กระแสการพูดและการเคลื่อนไหวร่างกายที่เร็วผิดปกติอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการพูดไม่รู้เรื่องและอาจทำให้ผู้ป่วยหมดแรงได้

ภาคผนวก ค

เลขที่

แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย (Patient profiles)

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว) HN.....

หอผู้ป่วย วัน/เดือน/ปีที่ admit วัน/เดือน/ปีที่เก็บข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. เพศ [] 1. ชาย [] 2. หญิง
2. อายุ ปี
3. จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ครั้ง
4. การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน
- [] 1. โรคจิตเภท [] 2. โรคจิตเภทที่มีอารมณ์แปรปรวนร่วมด้วย
5. ระดับการศึกษา
- 5.1 ระดับการศึกษาสูงสุด
- [] 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ [] 5. อนุปริญญา/ปวส.
- [] 2. ประถมศึกษา [] 6. ปริญญาตรี
- [] 3. มัธยมศึกษาตอนต้น [] 7. สูงกว่าปริญญาตรี
- [] 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
6. อาชีพปัจจุบัน
- [] 1. ไม่ได้ทำงาน [] 4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว [] 7. อื่นๆ.....
- [] 2. รัฐวิสาหกิจ [] 5. รับจ้างทั่วไป
- [] 3. รับราชการ [] 6. ทำสวน
7. สถานภาพสมรส
- [] 1. โสด [] 2. สมรส [] 3. หม้าย [] 4. หย่า/แยกกันอยู่
8. รายได้ต่อเดือน
- [] 1. ไม่มีรายได้ [] 3. 5,000-10,000 บาท
- [] 2. ต่ำกว่า 5,000 บาท [] 4. มากกว่า 10,000 บาท
9. สิทธิในการรักษาพยาบาล
- [] 1. ชำระเอง (เบิกไม่ได้) [] 3. ประกันสังคม
- [] 2. เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัท [] 4. บัตรทอง 30 บาท
10. ประวัติการอยู่อาศัยกับครอบครัว
- [] 1. อยู่คนเดียว [] 3. อยู่กับเพื่อน
- [] 2. อยู่กับครอบครัว, ญาติพี่น้อง [] 4. อื่นๆ

11. ประวัติโรคประจำตัว
- [] 1. ไม่มี [] 2. มี(ระบุโรค)
12. ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจนถึงวันที่เริ่มเก็บข้อมูล) ปี เดือน

ส่วนที่ 2 ประวัติทางสังคม

1. ประวัติการสูบบุหรี่
- [] 1. ไม่เคยสูบบุหรี่
- [] 2. เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว
- [] 3. สูบบุหรี่จำนวน มวน/วัน
2. ประวัติการดื่มสุรา
- [] 1. ไม่ดื่มสุรา
- [] 2. เคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว
- [] 3. ดื่มสุรา ปริมาณ..... ต่อครั้ง ความถี่
3. ประวัติการใช้สารเสพติด
- [] 1. ไม่เคยใช้สารเสพติด
- [] 2. เคยใช้สารเสพติดแต่เลิกแล้ว สารเสพติดที่ใช้คือ
- [] 3. ยังใช้สารเสพติด
4. กรณียังใช้สารเสพติด สารเสพติดที่ใช้คือ
- [] 1. สารประกอบแอมเฟตามีน เช่น ยาบ้า [] 4. ไบโครท่อม
- [] 2. เฮโรอีน [] 5. คมกาว
- [] 3. กัญชา [] 6. อื่นๆ
- สารเสพติดที่ใช้มากที่สุดเป็นอันดับ 1 คือ
- สารเสพติดที่ใช้มากที่สุดเป็นอันดับ 2 คือ

ส่วนที่ 3 ประวัติการใช้ยา

1. ประวัติการแพทย์
- [] 1. NKDA
- [] 2. ยาที่แพ้คือ อาการ คือ
2. รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วง 2 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนศราญมย์ครั้งนี้
- [] 1. ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม คือ.....
-

[] 2. ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ คือ

[] 3. ยาอื่นๆ คือ

3. จำนวนขนานยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับเท่ากับขนาน

4. ความถี่ในการบริหารยาในแต่ละวัน ครั้ง

5. การมีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย

[] 1. มี [] 2. ไม่มี

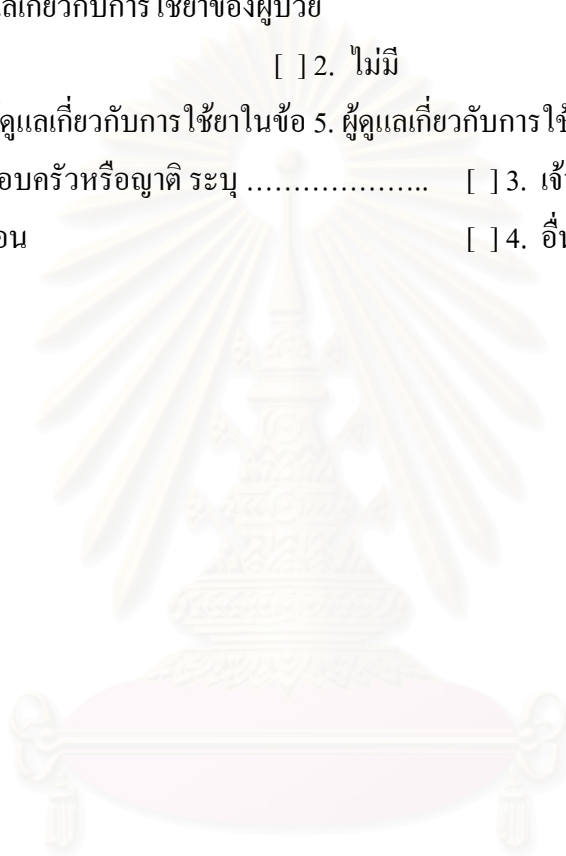
6. กรณีที่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาในข้อ 5. ผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา คือ

[] 1. ครอบครัวหรือญาติ ระบุ

[] 3. เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์

[] 2. เพื่อน

[] 4. อื่นๆ.....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

เลขที่ HN

Date

แบบสัมภาษณ์

การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

เลือกคำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติของผู้ป่วยมากที่สุด

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านทุกวัน

ให้ 5 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเกือบทุกวัน

(> 4 ครั้ง/สัปดาห์) ให้ 4 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเกือบทุกสัปดาห์

(> 2 ครั้ง/เดือน) ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่าน 1-2 ครั้ง/เดือน

ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนี้ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน

ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยปฏิบัติในข้อคำถามนี้ อย่างไร	ระดับคะแนน				
1. ท่านเคยหยุดรับประทานยาเอง	5	4	3	2	1
2. ท่านเคยลืมรับประทานยา	5	4	3	2	1
3. ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	5	4	3	2	1
4. ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	5	4	3	2	1
5. ท่านรับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง (+)	5	4	3	2	1
6. ท่านรับประทานยาครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่ง (+)	5	4	3	2	1
7. ท่านรับประทานยาครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง (+)	5	4	3	2	1
คะแนนรวม					

รายละเอียดของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

1. ท่านเคยหยุดรับประทานยาเอง เช่น ผู้ป่วยหยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่งให้หยุดและไม่มีการใช้
อีก
2. ท่านเคยลืมรับประทานยา เช่น ผู้ป่วยลืมรับประทานยาบางมื้อไป
3. ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง เช่น สั่งให้รับประทานยานี้จำนวน 2 เม็ด แต่
ผู้ป่วยลดจำนวนเม็ดยาเองเป็น 1 เม็ด เป็นต้น
4. ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง เช่น สั่งให้รับประทานยานี้จำนวน 1 เม็ด แต่
ผู้ป่วยเพิ่มจำนวนเม็ดยาเองเป็น 2 เม็ด เป็นต้น
5. ท่านรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง เช่น สั่งให้รับประทานมือเย็นแต่ผู้ป่วย
รับประทานมือก่อนนอนหรือสั่งให้รับประทานก่อนอาหารแต่รับประทานเป็นหลังอาหาร
 เป็นต้น
6. ท่านรับประทานยาไม่ครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่ง เช่น สั่งให้รับประทานยวันละ 3 มื้อ แต่
ผู้ป่วยรับประทานยวันละ 2 มื้อ เป็นต้น
7. ท่านรับประทานยาไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง เช่น สั่งให้รับประทานยา 3 ชนิด แต่
ผู้ป่วยรับประทานยวันละ 2 ชนิด เป็นต้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

1. ท่านเคยหยุดรับประทานยาเอง
เนื่องจากสาเหตุ ข้อ
2. ท่านเคยลืมรับประทานยา (ผู้ป่วยลืมรับประทานยา)
เนื่องจากสาเหตุ ข้อ
3. ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง
เนื่องจากสาเหตุ ข้อ
4. ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง
เนื่องจากสาเหตุ ข้อ
5. ท่านเคยรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง
เนื่องจากสาเหตุ ข้อ
6. ท่านเคยรับประทานยาไม่ครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่ง
เนื่องจากสาเหตุ ข้อ
7. ท่านเคยรับประทานยาไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง
เนื่องจากสาเหตุ ข้อ

รายละเอียดของสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

1. ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย
2. ผู้ป่วยลืมรับประทานยา
3. ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ.....
4. ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้วและไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
5. วิธีรับประทานยายุ่งยาก เช่น รับประทานยาวันละหลายมื้อ ทำให้เกิดความสับสน
6. เวลารับประทานยาไม่สะดวกต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน
7. ต้องรับประทานยาหลายชนิดจึงทำให้เกิดความสับสนในการรับประทานยา
8. จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานแต่ละครั้งมีจำนวนมาก
9. ไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบว่ารับประทานยา
10. ผู้ป่วยต้องการหยุดรับประทานยา
11. ขาดความรู้ก่อนแพทย์นัด
12. ผู้ป่วยใช้สารเสพติด
13. ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจฐานะ เช่น ไม่มีเงินค่ารถ ไม่มีเงินค่ารักษา
14. มีผู้แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาสมุนไพรหรือยาแผนปัจจุบันอื่นๆ
15. อื่นๆ

ภาคผนวก จ

เลขที่ HN

Date

แบบสัมภาษณ์

การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท

เลือกคำตอบที่ตรงกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยมากที่สุด

เกิดขึ้นประจำ หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านทุกวัน

ให้ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน

(> 4 ครั้ง/สัปดาห์) ให้ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกสัปดาห์

(> 2 ครั้ง/เดือน) ให้ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้เกิดขึ้นกับท่านนานๆครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)

ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยเกิด หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากยานี้ไม่เคยเกิดขึ้นกับท่านเลย

ให้ 1 คะแนน

ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านเกิดอาการต่อไปนี้อย่างไร	ระดับคะแนน				
ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง					
1. ตัวแข็งเกร็ง เคลื่อนไหวเชื่องช้า เดินไม่แกว่งแขน พุดน้อยไม่อยากพุด สีหน้าไร้อารมณ์	5	4	3	2	1
2. อาการสั่นของมือหรือแขนขาเวลาอยู่เฉยๆ นิ้วมือเคลื่อนไหวคล้ายปั่นลูกกลอน	5	4	3	2	1
3. มีความรู้สึกกระวนกระวายใจจนอยู่หนึ่งไม่ได้ มีความรู้สึกเหมือนต้องเร่งรีบ ตลอดเวลา พุดลูกพุดนั่น ต้องขยับแขนขาเดินไปเดินมาตลอดเวลา	5	4	3	2	1
4. ศีรษะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ศีรษะ คอและลำตัวแอ่น จนผิดปกติ คอแข็ง ลิ้นแข็ง ขากรรไกรแข็ง พุดหรือกลืนลำบาก ตาเหลือกขึ้น ข้างบน กรณียรุนแรงอาจเกิดการหดเกร็งที่กล้ามเนื้อและคอหอย ทำให้เกิดการ หายใจได้	5	4	3	2	1
5. อาการคูดหรือขมูขมิบปาก มีลิ้นม้วนไปมาในปากหรืออาจแลบลิ้นออกมาเอง มีการเคลื่อนไหวของขากรรไกร ใบหน้าบูดบึ้ง มือและเท้าเคลื่อนไหวเหมือน เดินร่าเร็วๆ ไม่มีจังหวะและสลับๆ	5	4	3	2	1
6. ง่วงนอนมาก	5	4	3	2	1

ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านเกิดอาการต่อไปนี้อย่างไร	ระดับคะแนน				
ผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ					
7. ปากแห้ง คอแห้ง ระบายน้ำ	5	4	3	2	1
8. ท้องผูก	5	4	3	2	1
9. ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด	5	4	3	2	1
10. ปวดปัสสาวะแต่ปัสสาวะไม่ออก	5	4	3	2	1
ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด					
11. หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทางเร็วๆ เช่น จากท่านอนเป็นทำขึ้น	5	4	3	2	1
ผลต่อต่อมไร้ท่อ					
12. น้่านมไหล	5	4	3	2	1
ผลต่อผิวหนัง					
13. ผิวหนังมีลักษณะใหม่และแดงเมื่อถูกแสงแดด	5	4	3	2	1
ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ					
14. กลั้นปัสสาวะไม่ได้	5	4	3	2	1
อื่นๆ					
15. น้ำลายไหลมาก	5	4	3	2	1
คะแนนรวม					

ภาคผนวก จ

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Patient or Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการศึกษาวิจัยเรื่อง	ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
ผู้ทำวิจัย	นางสาวนพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทรศัพท์	089-470-3757
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์นารัต เกษตรทัต

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ ท่านจำเป็นต้องเข้าใจความเสี่ยงและประโยชน์ต่างๆรวมทั้งสิ่งที่คาดหวังจากท่านในฐานะที่เป็นผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย ขั้นตอนนี้เป็น “กระบวนการให้คำยินยอม” ผู้วิจัยขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัย

ในครั้งนีกรุณาอ่านข้อมูลต่อไปนี้ด้วยความรอบคอบและสอบถามถึงข้อสงสัยต่าง ๆ โดยไม่ลังเล

1. บทนำ

ในประเทศไทยพบว่ามีความชุกของการเกิดโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.7-0.9 โดยมักเกิดในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น ถึงแม้ว่าความชุกของการเกิดโรคจิตเภทในผู้ชายจะเท่ากับในผู้หญิง แต่ระยะเวลาการเกิดในผู้ชายจะเร็วกว่าโดยผู้ชายจะเกิดโรคจิตเภทมากที่สุดในช่วงอายุ 20 ปีตอนต้น ในขณะที่ผู้หญิงจะเกิดโรคนี้นี้ในระหว่างอายุ 20 ปีตอนปลายถึงอายุ 30 ปีตอนต้น ยารักษาโรคจิตมีความสำคัญอย่างมากต่อการรักษาโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบได้แก่ อาการตัวแข็งเกร็ง มือสั่น ง่วงนอน ภาวะความดันโลหิตต่ำลงเมื่อยืนขึ้น น้ำหนักเพิ่ม เป็นต้น ในการรักษาอาการของโรคจิตเภทของผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยารักษาโรคจิต ถึงแม้ว่ายาเหล่านี้จะทำให้อาการทางจิตดีขึ้น ลดการกลับเป็นซ้ำและทำให้ความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยดีขึ้น แต่เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานานอีกทั้งยังเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจึงทำให้พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ มีรายงานพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาประมาณร้อยละ 20-89 ดังนั้นปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากใน

การรักษาพยาบาล จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านการรักษา ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท

3. วิธีการศึกษาวิจัย

มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. คัดเลือกผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทหรือโรคจิตเภทที่มีอารมณ์แปรปรวนร่วมด้วยและเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2549 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550 ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตในรูปแบบรับประทานมาแล้วอย่างน้อย 2 เดือน และมีอาการของโรคระดับเล็กน้อยในช่วงที่ดำเนินการวิจัย
2. ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยามากกว่า 1 ขนาน
3. อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกจากกรวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในด้านความจำหรือมีปัญหาในเรื่องการได้ยิน โดยดูจากบันทึกในเวชระเบียน
2. บันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ประวัติทางสังคม ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์และดูจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ลงในแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย
3. สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในช่วง 2 เดือนก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยา
4. สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาในช่วง 2 เดือนก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

4. ความเสี่ยง ความไม่สบายและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

ท่านจะต้องให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประวัติการใช้ยาและอาการข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาโรคจิตที่ท่านได้รับก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยผู้ทำวิจัยได้จัดเตรียมแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยและแบบสัมภาษณ์การประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการสัมภาษณ์ข้อมูลต่าง ๆ

5. ผลประโยชน์ที่อาจจะได้รับจากการวิจัยนี้

ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการวิจัยนี้โดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์แก่เภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทและเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ยารักษาโรคจิตเภทต่อไป

6. ค่าใช้จ่ายและค่าชดเชย

ท่านจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนของคุณค่ายาและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเหมือนปกติตามสิทธิการรักษาของท่าน

7. สิทธิในการถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัย

ท่านมีสิทธิที่จะขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาเมื่อต้องการ โดยยังมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลจากแพทย์ได้ตามปกติ

8. การรักษาความลับของบันทึกทางการแพทย์และข้อมูลการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของบันทึกทางการแพทย์และข้อมูลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับตัวท่านเป็นความลับ

9. การเปิดเผยข้อมูลการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเปิดเผยข้อมูลการศึกษาวิจัยเฉพาะที่เป็นสรุปผลการวิจัยหรือในกรณีที่จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

10. การสอบถามข้อสงสัย

ท่านสามารถสอบถามข้อสงสัยและติดต่อกับผู้วิจัย คือ ภญ. นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ ได้ที่ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ หรือโทร. 089-470-3757

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เขียนที่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

จ. สุราษฎร์ธานี

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ยินยอม
เข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้
รับทราบเกี่ยวกับเหตุผลและที่มาของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่จะ
ได้รับจากผู้ทำการวิจัยเป็นอย่างดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะ
ข้อมูลที่เป็นสรุปผลการวิจัย และผู้วิจัยจะปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจ
ตลอดการวิจัยครั้งนี้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการและยินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้
ตลอดเวลาเมื่อต้องการ โดยยังมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลจากแพทย์ได้ตามปกติ ในกรณีที่มีปัญหา
หรือข้อสงสัยที่ต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ ภญ. นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์
ได้ที่กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ หรือ โทร. 089-470-3757

ลงชื่อ ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้วิจัย
(นางสาวนพวรรณ เอกสุวีรพงษ์)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ เกิดเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2521 จังหวัดสุราษฎร์ธานี จบการศึกษาปริญญาตรีเกศาสตรบัณฑิต คณะเกษตรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2544 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเกษตรศาสตรมหาบัณฑิต คณะเกษตรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2548 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง เกษษกร 5 กลุ่มงานเกษตรกรรม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย