

ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารทางเภสัชกรรม ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

IMPACT OF PHARMACEUTICAL CARE ON CLINICAL AND HOLISTIC OUTCOMES AMONG
SCHIZOPHRENIC PATIENTS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Pharmacy in Pharmaceutical Care

Department of Pharmacy Practice

FACULTY OF PHARMACEUTICAL SCIENCES

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และ ผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท
โดย	น.ส.วาสนันท์ พลไพรินทร์
สาขาวิชา	การบริหารทางเภสัชกรรม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.ทัตตา ศรีบุญเรือง
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.สิริพรรณ พัฒนาฤดี แพทย์หญิง ดร.อรวรรณ ศิลปกิจ

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะเภสัชศาสตร์
(ศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.พรอนงค์ อร่ามวิทย์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.สุวิมล ยี่ภู่)	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
.....	
(อาจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.ทัตตา ศรีบุญเรือง)	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
.....	
(รองศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.สิริพรรณ พัฒนาฤดี)	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
.....	
(แพทย์หญิง ดร.อรวรรณ ศิลปกิจ)	กรรมการ
.....	
(ศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง)	กรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์ เกสัชกร ดร.วันชัย ตริยะประเสริฐ)	

วาสนันท์ พลไพรินทร์ : ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท. (IMPACT OF PHARMACEUTICAL CARE ON CLINICAL AND HOLISTIC OUTCOMES AMONG SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : อ. ภญ. ดร.ทัตตา ศรีบุญเรือง, อ.ที่ปรึกษาร่วม : รศ. ภญ. ดร.สิริพรรณ พัฒนาฤติ, พญ. ดร.อรพรรณ ศิลปกิจ

วัตถุประสงค์: ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการวิจัย: การวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมชนิดปกปิดฝ่ายเดียว ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน 2564 จำนวน 130 ราย สุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามมาตรฐาน และกลุ่มศึกษาได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน ติดตามผลลัพธ์ตั้งแต่การรักษาเป็นผู้ป่วยใน จนกระทั่งเปลี่ยนสถานะเป็นผู้ป่วยนอก ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกจากสัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น ประเมินผลลัพธ์แบบองค์รวมด้านพฤติกรรมกรการใช้ยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาด้วยเครื่องมือ MTB-Thai และ PROMPT ฉบับย่อ ตามลำดับ

ผลการวิจัย: เมื่อสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มศึกษามีผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์แบบองค์รวมที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยพบสัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (89.30% และ 39.10 %; $p < 0.001$) ส่วนผลลัพธ์แบบองค์รวม กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (22.81 ± 1.61 และ 16.85 ± 3.00 ; $p < 0.001$) และกลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ได้แก่ มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลโรคและยา ($p = 0.015$) มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา ($p = 0.003$) มิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้ยา ($p = 0.023$) และมิติที่ 7 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา ($p = 0.041$)

สรุปผล: ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยาต้านโรคจิต และมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรการใช้ยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ดีขึ้น

สาขาวิชา	การบริหารทางเภสัชกรรม	ลายมือชื่อนิสิต
ปีการศึกษา	2564	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
		ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม
		ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

6270041833 : MAJOR PHARMACEUTICAL CARE

KEYWORD: Schizophrenic patients, Medication Adherence, Quality of Life

Wasanan Phonphairin : IMPACT OF PHARMACEUTICAL CARE ON CLINICAL AND HOLISTIC OUTCOMES AMONG SCHIZOPHRENIC PATIENTS. Advisor: TATTA SRIBOONRUANG, Ph.D. Co-advisor: Assoc. Prof. SIRIPAN PHATTANARUDEE, Ph.D., Orawan Silpakit, M.D., Ph.D.

Objectives: To study the impact of pharmaceutical care on clinical and holistic outcomes in schizophrenic patients.

Methods: This study was a single-blinded, randomized controlled trial. Hundreds and thirty schizophrenic patients who were admitted at Srithanya hospital from January to June 2021 were enrolled into the study. The subjects were randomly assigned into two groups as the following: the control group (received standard care) and the study group (received pharmaceutical care add on standard care). The outcomes had been monitored and collected from the subjects since they were hospitalized (inpatients) until discharged (outpatients). The clinical outcome was assessed by using the proportions of the improved adverse drug reactions. The holistic outcomes including medication-taking behavior and pharmaceutical therapy-related quality of life assessed by using MTB-Thai and PROMPT, respectively.

Results: At the end of the study, the clinical outcome focusing on the proportions of the improved adverse drug reactions was found significantly higher in the study group when compared with the control group (89.30% and 39.10%; $p < 0.001$). For the holistic outcomes, the mean score of MTB-Thai in the study group was significantly higher than the mean score in the control group (22.81 ± 1.61 and 16.85 ± 3.00 ; $p < 0.001$). Moreover, the mean scores of PROMPT in the 4 domains were significantly higher in the study group compared with the control group including domain 1: medication and disease information ($p = 0.015$), domain 3: impact of medicine and side effects ($p = 0.003$), domain 5: convenience ($p = 0.023$) and domain 7 therapeutic relationships with healthcare providers ($p = 0.041$).

Conclusions: By providing the pharmaceutical care in schizophrenic patients, this can increase the safety use of antipsychotic drugs in the patients. Also, there is a tendency of a change in medication-taking behavior and increasing pharmaceutical therapy-related quality of life.

Field of Study: Pharmaceutical Care

Student's Signature

Academic Year: 2021

Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับ “ทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย แผนงานพัฒนาบัณฑิตศึกษา” จากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2564

การศึกษาวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาผู้เป็นที่รักและเคารพยิ่งของข้าพเจ้า อาจารย์ ภาณุ. ดร.ทัตตา ศรีบุญเรือง และ รศ. ภาณุ. ดร.สิริพรรณ พัฒนาฤดี ที่สละเวลาอันมีค่าให้คำแนะนำทางวิชาการ เนื้อหาการเขียน การตรวจแก้ไขงานอย่างละเอียด อบรมสั่งสอนและให้กำลังใจโดยเสมอมา และ พญ. ดร.อรวรรณ ศิลปกิจ ที่ให้ความเมตตารับเป็นที่ปรึกษาให้แก่ข้าพเจ้า

ขอขอบพระคุณ ศ. ภาณุ. ดร.พรณทิพา ศักดิ์ทอง ผู้พัฒนาและเจ้าของลิขสิทธิ์เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณครอบครัว คุณพ่อ คุณแม่ น้องชาย เพื่อน ๆ เพื่อนร่วมชั้นปีทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจให้อย่างดีโดยเสมอมา

ขอขอบพระคุณสถานที่ทำงานและทำการวิจัยในครั้งนี้ของข้าพเจ้าโรงพยาบาลศรีธัญญา พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เภสัชกร เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรมทุกท่าน และพี่ชายสุภกิจ ดำรงพิวัฒน์ ที่คอยสนับสนุนแนะนำให้กำลังใจ

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ผู้เป็นบุคคลสำคัญของงานวิจัยนี้ที่ทำให้วิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ และเป็นแรงบันดาลใจสำคัญในการทำงานดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวชต่อไป



วาสนันท์ พลไพรินทร์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ช	ช
สารบัญภาพ.....ญ	ญ
บทที่ 1 แนวเหตุผล ทฤษฎีที่สำคัญ หรือสมมติฐาน..... 1	1
1.1 ความสำคัญของปัญหา..... 1	1
1.2 คำถามการวิจัย 3	3
1.3 สมมติฐานการวิจัย 3	3
1.4 กรอบแนวคิดงานวิจัย 4	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะของงานวิจัย 4	4
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 10	10
2.1 ลักษณะผู้ป่วยโรคจิตเภท 10	10
2.2 การออกฤทธิ์ต้านโรคจิต 14	14
2.3 ยาต้านโรคจิต..... 15	15
2.4 การรักษาโรคด้วยยาต้านโรคจิต..... 15	15
2.5 ปัญหาจากการใช้ยาผู้ป่วยโรคจิตเภท 17	17
2.6 อาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านโรคจิต 21	21
2.7 พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท 24	24
2.8 คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาผู้ป่วยโรคจิตเภท..... 26	26
2.9 การประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตกับการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท..... 28	28
2.10 การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภท..... 30	30
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษาวิจัย..... 40	40
3.1 รูปแบบการศึกษาวิจัย..... 40	40

3.2	ขอบเขตการศึกษาวิจัย.....	40
3.3	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
3.4	การดำเนินการศึกษาวิจัย.....	44
3.5	วิเคราะห์ผลการศึกษาวิจัย.....	53
3.6	เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย.....	55
3.7	ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม.....	56
บทที่ 4	ผลการวิจัย.....	59
4.1	ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเภท.....	59
4.2	อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	66
4.3	พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	75
4.4	คุณภาพชีวิตในด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	80
บทที่ 5	อภิปรายและสรุปผลการวิจัย.....	86
5.1	อาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	86
5.2	พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	88
5.3	คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	91
5.4	ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในงานวิจัย.....	96
5.5	สรุปผลการศึกษาวิจัย.....	96
บรรณานุกรม	98
ภาคผนวก	109
ประวัติผู้เขียน	166

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ ⁽³⁵⁾	6
ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์	6
ตารางที่ 3 ความคลาดเคลื่อนทางยา ⁽³⁶⁾	7
ตารางที่ 4 แนวทางการรักษาด้วยยาของ Texas medication algorithm project (TMAP) ⁽⁹⁾	14
ตารางที่ 5 ประเภทยาจากการใช้ยา.....	18
ตารางที่ 6 การศึกษาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท	19
ตารางที่ 7 การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท	25
ตารางที่ 8 มิติการได้รับยาและข้อคำถามแบบประเมิน PROMPT (พร้อมท์) ฉบับย่อ	29
ตารางที่ 9 การศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในต่างประเทศ	33
ตารางที่ 10 การศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย	35
ตารางที่ 11 การสุ่มแบบบล็อก.....	42
ตารางที่ 12 ขนาดอิทธิพล ⁽¹⁰²⁾	43
ตารางที่ 13 ขั้นตอนการบริหารทางเภสัชกรรมและการรักษาตามมาตรฐานขณะรับการรักษาแบบ ผู้ป่วยใน	46
ตารางที่ 14 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท.....	61
ตารางที่ 15 ข้อมูลด้านโรคและยาของผู้ป่วยจิตเภท	62
ตารางที่ 16 ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท	64
ตารางที่ 17 ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	65
ตารางที่ 18 ลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่พบในผู้ป่วยจิตเภท.....	67
ตารางที่ 19 อาการไม่พึงประสงค์จำแนกตามระดับความรุนแรงกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของ ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม.....	69
ตารางที่ 20 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท.....	73

ตารางที่ 21	ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	73
ตารางที่ 22	การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน	75
ตารางที่ 23	พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทประเมินโดยผู้ดูแล	77
ตารางที่ 24	พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทประเมินโดยผู้ป่วย	78
ตารางที่ 25	ความสัมพันธ์ของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาระหว่างการประเมินโดยผู้ดูแลและผู้ป่วย.....	79
ตารางที่ 26	คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทประเมินโดยผู้ดูแล	82
ตารางที่ 27	คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทประเมินโดยผู้ป่วย.....	83
ตารางที่ 28	คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างการประเมินโดยผู้ดูแลและผู้ป่วย	84
ตารางที่ 29	ความสัมพันธ์ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างการประเมินโดยผู้ดูแลและผู้ป่วย	85



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย	4
ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการประเมินผลการศึกษาวิจัย	54
ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการคัดผู้ป่วยเข้าการศึกษาวิจัย	58
ภาพที่ 4 การเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น ระหว่างกลุ่ม ศึกษาและกลุ่มควบคุม	74



บทที่ 1

แนวเหตุผล ทฤษฎีที่สำคัญ หรือสมมติฐาน

1.1 ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ก่อให้เกิดต้นทุนทางการรักษาสูงสุด ความชุกของผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกประมาณ 1.13 ล้านคน⁽¹⁾ จากข้อมูลสำรวจระบาดวิทยาในประเทศไทย พบความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 0.7 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾ ลักษณะสำคัญของโรคจิตเภทจะมีอาการแสดงต่าง ๆ แบบเฉียบพลัน เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน แยกตัวออกจากสังคม บางครั้งอาจมีอาการและพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น การตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทนั้นไม่สามารถคาดการณ์ได้ พบผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20⁽³⁾ ที่ตอบสนองต่อการรักษาดี ผู้ป่วยจิตเภทอีกจำนวนหนึ่งตอบสนองต่อการรักษาเพียงบางส่วน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทอาจจำเป็นต้องมีบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต^(3, 4) การรักษาหลักในผู้ป่วยจิตเภทคือการบำบัดรักษาด้วยยาต้านโรคจิต^(3, 5-9) เป้าหมายเพื่อลดความรุนแรงและบรรเทาอาการทางจิต รวมถึงให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษาของตนเอง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้⁽⁴⁾ แนวทางการรักษาด้วยยา เริ่มต้นด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่เพียงชนิดเดียว หากไม่ตอบสนองต่อการรักษาพิจารณาเพิ่มยาต้านโรคจิตอีกหนึ่งชนิดหรือเลือกใช้ clozapine แทน และหากไม่ตอบสนองต่อการรักษา ให้พิจารณาใช้ยาต้านโรคจิตร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy; ECT)^(4, 9) ผลกระทบจากการเจ็บป่วยจากโรคจิตเภทเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพด้านอารมณ์ ด้านการรับรู้^(3, 4, 10) และความบกพร่องหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองลดลง นอกจากนี้การดำเนินโรคที่รุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการป่วยซ้ำของโรคบ่อยครั้ง ซึ่งมีสาเหตุหลักจากปัญหาในการใช้ยา เช่น ความไม่ร่วมมือใช้ยาตามแพทย์สั่ง การขาดตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย การขาดความรู้ความเข้าใจที่มีต่อโรคและยา การใช้สารเสพติดระหว่างการบำบัดรักษา⁽¹¹⁾ และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์⁽¹²⁻¹⁹⁾ ดังในการศึกษาต่าง ๆ ที่พบปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยา (safety)⁽¹²⁻¹⁹⁾ เช่น การได้รับยาต้านโรคจิตร่วมกันหลายชนิด (polypharmacy)⁽¹⁸⁾ การได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดเทียบเท่า chlorpromazine สูงมากกว่า 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)⁽¹²⁾ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในยาต้านโรคจิต คือ อาการง่วงระหว่างวัน ภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (extrapyramidal symptoms; EPS) และประจำเดือนมาผิดปกติ ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากยาต้านโรคจิต คือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ⁽¹⁸⁾ ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านโรคจิต เป็นปัญหาจากการใช้ยา (drug-related problems; DRPs) ที่สำคัญในผู้ป่วยจิตเภทที่ควรได้รับการติดตามป้องกัน เนื่องจากทำให้

เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง อาจนำไปสู่การตัดสินใจยุติการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท⁽¹⁹⁾ ส่งผลให้อาการกำเริบต้องรับรักษาแบบผู้ป่วยใน^(10, 12) โดยการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา กระทบต่อการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น การสูญเสียชีวิตและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง⁽²⁰⁾ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรักษาแบบผู้ป่วยใน จึงควรได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อติดตามเฝ้าระวัง และแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มอื่น

การทบทวนวรรณกรรม การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา^(21, 22) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา^(21, 23, 24) การประสานกับแพทย์เพื่อปรับลดขนาดยาต้านโรคจิต การปรับลดขนาดยา trihexyphenidyl ในรายที่ไม่มีอาการ EPS ต่อเนื่องอย่างน้อย 4 สัปดาห์ การแนะนำให้เพิ่มยาต้านเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า⁽²²⁾ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจต่อการรักษา⁽²⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยนอก มีปัญหาจากการใช้ยาลดลง ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น⁽²¹⁻²³⁾ ความรุนแรงของโรคลดลง⁽²³⁾ อัตราการรักษาซ้ำลดลง^(23, 25) ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้มีความรู้เกี่ยวกับโรคและยาเพิ่มขึ้น^(21, 24) ซึ่งจากกระบวนการบริหารดังกล่าว ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตในเชิงบวกในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล^(23, 26) สำหรับการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยใน พบเพียงการประสานแพทย์เพื่อปรับลดขนาดยาต้านโรคจิตในขนาดเทียบเท่า chlorpromazine สูงกว่า 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน การปรับลดจำนวนยาต้านโรคจิตที่ได้รับร่วมกันหลายชนิด (polypharmacy) และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาต้านโรคจิตขนาดเฉลี่ยลดลง และได้รับจำนวนยาที่มีฤทธิ์ใกล้เคียงกันลดลงอย่างมีนัยสำคัญ^(27, 28) ทั้งนี้ยังไม่พบการบริหารทางเภสัชกรรม ด้วยการติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับยาต้านโรคจิต ซึ่งอาจช่วยป้องกันหรือลดความรุนแรงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ อันเป็นสาเหตุหนึ่งของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การยุติการรักษา การรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมข้างต้น ยังไม่พบบทบาทของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบผู้ป่วยใน ด้วยการติดตามเฝ้าระวังและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ ประกอบกับผลการศึกษาย้อนหลังของผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มได้รับยาต้านโรคจิตหลายชนิดร่วมกัน (ร้อยละ 11) ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์ เภสัชกรผู้ประกอบวิชาชีพด้านเภสัชกรรม มีหน้าที่ในการระบุปัญหาและแก้ไขปัญหาคำปรึกษาด้วยยา⁽²⁹⁾ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายในการรักษา มีความปลอดภัยจากการใช้ยาและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁽³⁰⁾ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงปัญหาความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่รับรักษาแบบผู้ป่วยใน และเนื่องด้วยปัจจุบันโรงพยาบาลศรีธัญญา บทบาทของเภสัชกรมีการให้บริการตามมาตรฐานการรักษาแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การประสานรายการยา การประเมินและระบุอาการไม่พึงประสงค์ เมื่อได้รับการรายงานจากพยาบาลซึ่งเป็นกิจกรรมเชิงรับ ถ้าไม่มีการรายงานเภสัชกรจะไม่

ทราบข้อมูลปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยคาดการณ์ว่าการให้บริการเชิงรุกของเภสัชกร ติดตามความปลอดภัยต่อการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน และติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก ด้วยการวางแผนดูแลการใช้ยา การติดตามค้นหาและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การประสานงานร่วมกับแพทย์เมื่อพบปัญหาจากการใช้ยา และการให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล อาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น ความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท โดยผลลัพธ์ทางคลินิก ประเมินจากสัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น ตั้งแต่รับไว้รักษาถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และผลลัพธ์แบบองค์รวมประเมินจากระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา และระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลที่ติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก

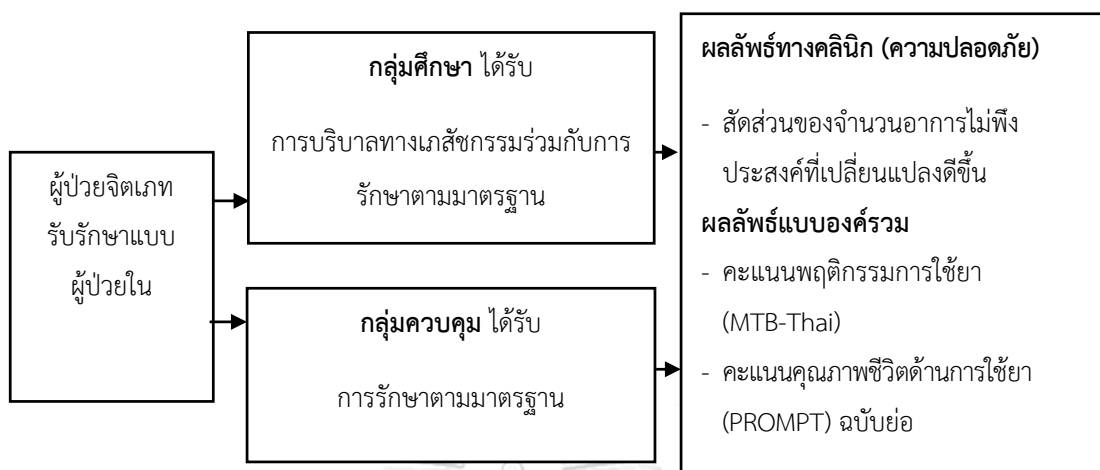
1.2 คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน จะมีสัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานหรือไม่
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน จะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยา มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานหรือไม่
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน จะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานหรือไม่

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน จะมีสัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน จะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยา มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน จะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน

1.4 กรอบแนวคิดงานวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะของงานวิจัย

1. **ผู้ป่วยโรคจิตเภท** หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค DSM-5⁽³¹⁾ และเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเวช ICD10 (F 20.0 – F 20.9)⁽³²⁾ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบด้วยสาเหตุใด ๆ ที่มีการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุด หรือมีอาการทางจิตกำเริบที่มีการกลับมารักษาซ้ำมากกว่าเท่ากับ 3 ครั้งต่อปีและหรืออาจมีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ร่วมด้วยกับมีผู้ดูแลผู้ป่วย และเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญาแบบผู้ป่วยใน

2. **ปัญหาจากการใช้ยา (drug related problems; DRPs)** หมายถึง ปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรือผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการ สำหรับการศึกษานี้ได้แบ่งประเภทของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาออกเป็น 7 ข้อตามนิยามของ Cipolle และ Strand ดังนี้⁽²⁹⁾

- 2.1 การไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ
- 2.2 การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วยจากโรค หรือ การได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้
- 2.3 การได้รับยาขนาดน้อยเกินไป อันจะส่งผลกระทบต่อการรักษาโรคไม่ได้
- 2.4 การได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิผลในการบำบัดรักษา
- 2.5 การได้รับยาขนาดมากเกินไป จนทำให้ได้รับอันตรายหรือพิษจากยาได้

2.6 การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในขนาดปกติ (adverse drug reaction; ADR) หรือจากอันตรกิริยาจากการใช้ยาร่วมกัน (drug interaction; DI) หรือขาดการติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์หลังการใช้ยา (monitoring)

2.7 ความไม่ร่วมมือใช้ยาตามแพทย์สั่ง (compliance) อาจมีสาเหตุจากผู้ป่วย ไม่เข้าใจวิธีใช้ยาที่ตนเองได้รับ หรือไม่ใช้ยาด้วยเหตุผลส่วนตัว

3. การรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล หมายถึง กระบวนการดูแลทางเภสัชกรรม เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้เป็นไปตามเป้าหมาย⁽³⁰⁾ ซึ่งเกี่ยวข้องกับยาตามมาตรฐานของโรงพยาบาลระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ผลลัพธ์ที่ต้องการคือ หายจากโรคหรือลดอาการของโรค

4. การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน หมายถึง กระบวนการดูแล กำกับติดตามค้นหาปัญหาจากการใช้ยา⁽²⁹⁾ ที่ผู้วิจัยมีกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์จากการใช้ยาเป็นไปตามเป้าหมาย⁽³⁰⁾

5. อาการทางจิตสงบ หมายถึงผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตสงบ สามารถเข้ารับการบริการทางเภสัชกรรมได้ ประเมินผลด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) โดยต้องมีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน⁽³³⁾ ซึ่งในการศึกษานี้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินอาการทางจิต

6. อาการไม่พึงประสงค์ หมายถึง เหตุการณ์การตอบสนองใด ๆ ต่อยาที่ไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้นในขนาดการใช้ปกติ เพื่อป้องกันบำบัดวินิจฉัยโรค หรือเพื่อปรับเปลี่ยนการทำงานของร่างกาย⁽³⁴⁾ โดยในการศึกษานี้จะมีการเก็บการรายงานที่เกี่ยวข้องกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยา ดังนี้ 1) แบบประเมินความสัมพันธ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Naranjo's algorithm) 2) แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ (scoring rubrics) และ 3) แบบสอบถามอาการไม่พึงประสงค์ และ 4) การรายงานระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเคลื่อนไหวทางยาของโรงพยาบาล

7. ความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากยา หมายถึง ความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยา โดยพิจารณาจากผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยในการศึกษานี้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาออกเป็น 4 ระดับ⁽³⁵⁾ ดังนี้

ตารางที่ 1 ระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์⁽³⁵⁾

ระดับความรุนแรงอาการไม่พึงประสงค์		หมายถึง
ระดับที่ 1 (Grade 1)	ระดับเล็กน้อย (mild)	อาการที่เกิดขึ้นรบกวนหรือกระทบต่อการใช้ชีวิตเล็กน้อย หรือน้อยกว่า 48 ชั่วโมง
ระดับที่ 2 (Grade 2)	ระดับปานกลาง (moderate)	อาการที่เกิดขึ้นรบกวนหรือกระทบต่อการใช้ชีวิตเล็กน้อย ถึงปานกลาง อาจต้องการได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นเล็กน้อย
ระดับที่ 3 (Grade 3)	ระดับรุนแรง (severe)	อาการที่เกิดขึ้นส่งผลให้ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ ต้องได้รับความช่วยเหลือด้วยการหยุดใช้ยา และให้การรักษาอื่นเพิ่มเติม
ระดับที่ 4 (Grade 4)	ระดับร้ายแรงหรือรุนแรงมาก (serious)	อาการที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวรหรือต้องรับรักษาในโรงพยาบาล หรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

8. ผลลัพธ์ทางคลินิก การศึกษานี้ประเมินผลจากสัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้นดังนี้

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์

อาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น	หมายถึง
อาการไม่พึงประสงค์เปลี่ยนแปลงดีขึ้น 1 ระดับ	<ul style="list-style-type: none"> - มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับที่ 4 เป็นระดับที่ 3 - มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับที่ 3 เป็นระดับที่ 2 - มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับที่ 2 เป็นระดับที่ 1 - มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับที่ 1 เป็นหายจากอาการไม่พึงประสงค์นั้นหรือไม่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันอีก
อาการไม่พึงประสงค์เปลี่ยนแปลงดีขึ้น 2 ระดับ	<ul style="list-style-type: none"> - มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับที่ 4 เหลือระดับที่ 2 - มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับที่ 3 เหลือระดับที่ 1 - มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับที่ 2 เป็นหายจากอาการไม่พึงประสงค์นั้นหรือไม่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันอีก
อาการไม่พึงประสงค์เปลี่ยนแปลงดีขึ้น 3 ระดับ	<ul style="list-style-type: none"> - มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับที่ 4 เหลือระดับที่ 1 - มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับที่ 3 เหลือระดับที่ เป็นหายจากอาการไม่พึงประสงค์นั้นหรือไม่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันอีก
อาการไม่พึงประสงค์เปลี่ยนแปลงดีขึ้น 4 ระดับ	<ul style="list-style-type: none"> - มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับที่ 4 เหลือระดับที่ เป็นหายจากอาการไม่พึงประสงค์นั้นหรือไม่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันอีก

ดังนั้น

$$\frac{\text{สัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น}}{\text{จำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้นทั้งหมด}} = \frac{\text{จำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้นทุกระดับ}}{\text{จำนวนอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด}} \times 100$$

9. ความรุนแรงของเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง ความรุนแรงของเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีการรายงานในโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นการรายงานตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไปอันเกิดจากการใช้ยาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งแบ่งความคลาดเคลื่อนทางยาได้ดังนี้⁽³⁶⁾

ตารางที่ 3 ความคลาดเคลื่อนทางยา⁽³⁶⁾

ความคลาดเคลื่อนทางยา	หมายถึง
ระดับน้อย (minor) D	เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ที่ไม่เป็นอันตรายแต่ต้องมีการเฝ้าระวังติดตามอาการไม่พึงประสงค์เพิ่มเติม
ระดับปานกลาง (moderate) E-F	(E) เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ที่เป็นอันตรายช่วงระยะเวลาหนึ่ง อันนำมาซึ่งการรักษาเพิ่มเติมด้วยยาอื่น หรือแก้ไข (F) เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ที่เป็นอันตรายช่วงระยะเวลาหนึ่ง ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น
ระดับรุนแรง (severe) G-H	(G) เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย นำมาซึ่งความพิการ จำเป็นต้องได้รับการรักษา (H) เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย จำเป็นต้องได้รับการช่วยชีวิต
ระดับอันตรายต่อชีวิต (extreme) I	(I) เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย

10. ผลลัพธ์แบบองค์รวม หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาโรค ให้ความสำคัญต่อการใช้ยา รู้และเข้าใจ สามารถจัดการแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์เบื้องต้นจากยา เพื่อปรับปรุงสภาพการเจ็บป่วยของตน หรือป้องกันไม่ให้อาการแย่ลง สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้⁽³⁷⁾ ในการศึกษาวิจัยนี้ประเมินจากพฤติกรรมการใช้ยา และคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา (MTB-Thai) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT) พร้อมทั้ง ฉบบย่อ ที่ทำการประเมินโดยผู้ดูแลและผู้ป่วย การประเมินจากผู้ดูแลร่วมด้วยเนื่องจากในช่วงแรกของการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยไม่สามารถทำการประเมินตนเองได้ในช่วงมีการกำเริบของโรค การศึกษาวิจัยนี้จึงพิจารณาให้ผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยทำการประเมินแทน เพื่อให้ได้ข้อมูลถึงความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทขณะรับรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการมารับรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี รวมถึงการให้ผู้ดูแลและผู้ป่วย

ทำการประเมินในช่วงการติดตามผลการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลความสอดคล้องของระหว่างผู้ประเมิน

11. พฤติกรรมการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จัดเกณฑ์ตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งงานวิจัยนี้ประเมินจาก 2 วิธี ดังนี้ คือ

1) การนับเม็ดยาด้านโรคจิต โดยจัดผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยา คือผู้ป่วยที่มีผลคำนวณมากกว่าร้อยละ 80 จากสูตรคำนวณหาร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย⁽³⁸⁾ ดังนี้

$$\% \text{ ความร่วมมือในการใช้ยา} = \frac{\text{จำนวนยาที่ให้ไปในครั้งก่อนหน้า} - \text{จำนวนยาที่เหลือครั้งนี้}}{\text{จำนวนยาเม็ดที่กินต่อวัน} \times \text{จำนวนวันนัด}} \times 100$$

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา (medication taking behavior questionnaire MTB-Thai)⁽³⁹⁾ มีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha เท่ากับ 0.709⁽⁴⁰⁾ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 2 มิติได้แก่ มิติการลืมใช้ยา (จำนวน 2 ข้อ) และมิติการหยุดใช้ยาหรือปรับยาเอง (จำนวน 4 ข้อ) ลักษณะคำถาม เป็นการประเมินลักษณะพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน ประเมินจากความสม่ำเสมอของพฤติกรรมการใช้ยา เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อพิจารณาจากความถี่ในการลืมใช้ยา (มิติการลืมใช้ยา) หรือความถี่ในการหยุดยาหรือปรับยาเอง (มิติการหยุดยาหรือปรับใช้ยาเอง) มีดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป; 2 คะแนน หมายถึง 3 - 4 ครั้ง; 3 คะแนน หมายถึง 1 - 2 ครั้ง; 4 คะแนน หมายถึง ไม่ลืมเลย การประเมินผลความร่วมมือการใช้ยา ทำโดยการรวมคะแนนทั้ง 6 ข้อ และแปลผลความร่วมมือในการใช้ยาแบ่งได้ 3 ระดับดังนี้ 1) ระดับต่ำ คือ คะแนนรวม ≤ 21 คะแนน 2) ระดับปานกลาง คือคะแนนรวมเท่ากับ 22 - 23 คะแนน 3) ระดับสูง คือ คะแนนรวมเท่ากับ 24 คะแนน

12. คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา หมายถึงผลลัพธ์อันเกิดจากผู้ป่วยที่ได้รับยา และเกิดกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่เป็นตามคาดหวัง ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา เป็นกระบวนการประเมินผลลัพธ์จากการใช้ยาอย่างหนึ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^(41, 42) โดยการศึกษาวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT (พร้อมท์) ฉบับย่อ⁽⁴³⁾ เป็นการประเมินจากทัศนคติและประสบการณ์การใช้ยาเพื่อบำบัดรักษาโรคของผู้ป่วย มีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha เท่ากับ 0.785⁽⁴⁰⁾ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 16 ข้อคำถามแบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากหมอ เภสัชกร หรือพยาบาล (จำนวน 5 ข้อ) มิติที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา (จำนวน 2 ข้อ) มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา (จำนวน 1 ข้อ) มิติที่ 4 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา (จำนวน 4 ข้อ) มิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้ยา (จำนวน 1 ข้อ) มิติที่ 6 การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา (จำนวน 1 ข้อ) มิติที่ 7 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา

(จำนวน 1 ข้อ) มิติที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวม (จำนวน 1 ข้อ) โดยเกณฑ์การให้คะแนนของแบบสอบถามนี้ จะเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ โดยในมิติที่ 1, มิติที่ 2, มิติที่ 5, มิติที่ 7 และมิติที่ 8 ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เลย; 2 คะแนน หมายถึง เล็กน้อย; 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง; 4 คะแนน หมายถึง มาก; 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด; สำหรับมิติที่ 3 มิติที่ 4 และในมิติที่ 6 ระดับคะแนน จะบ่งบอกถึงการมีปัญหาในมิตินั้น ๆ ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง มากที่สุด; 2 คะแนน หมายถึง มาก; 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง; 4 คะแนน หมายถึง เล็กน้อย; 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีปัญหาเลย การประเมินผลคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่าย ในแต่ละมิติมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน ทำโดยการคิดคะแนนแต่ละมิติ ดังนี้ $100 \times (\text{คะแนนที่ประเมินได้} - \text{คะแนนต่ำสุดของแต่ละมิติ}) / (\text{คะแนนสูงสุดแต่ละมิติ} - \text{คะแนนต่ำสุดแต่ละมิติ})$ การประเมินผลคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่าย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับต่ำ เท่ากับ 0 - 25 คะแนน 2) ระดับพอใช้ถึงปานกลาง เท่ากับ 26 - 50 คะแนน 3) ระดับเกือบดีถึงดี เท่ากับ 51 - 75 คะแนน 4) ระดับดีมากถึงดีเยี่ยม เท่ากับ 76 - 100 คะแนน โดยแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการใช้จ่าย (MTB-Thai) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่าย (PROMPT) พร้อมท์ ฉบับย่อ⁽⁴³⁾ ได้รับอนุญาตใช้จากผู้พัฒนาและเจ้าของลิขสิทธิ์แบบสอบถาม ศ.ภญ. ดร.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง

13. ผู้ดูแลผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด⁽⁴⁴⁾ ในการศึกษาที่ผู้ดูแลเป็นหนึ่งในสมาชิกของครอบครัวที่ดูแลการใช้จ่ายของผู้ป่วย มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไปโดยไม่รับค่าตอบแทน ซึ่งมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลใช้ชีวิตประจำวันเท่าที่จำเป็น หรือบุคคลที่ดูแลการใช้จ่ายของผู้ป่วย สามารถให้ประวัติการใช้จ่ายของผู้ป่วยได้จนสิ้นสุดการศึกษาวิจัย

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ลักษณะผู้ป่วยโรคจิตเภท

ในอดีตคำว่า จิตเภท ถูกนิยามคือ “ความผิดปกติของสมอง”⁽⁴⁵⁾ ปัจจุบันมีการศึกษาค้นคว้ามากขึ้น มีการให้คำจำกัดความของลักษณะผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีอาการแสดงในด้านการแยกตัว ออกจากสังคม เฉยเมิน และอาการที่ผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม^(3, 10) ซึ่งในแต่ละบุคคลมีการแสดงออกของอาการและความรุนแรงที่แตกต่างกัน ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภท มีแนวโน้มการกำเริบของโรคได้บ่อย ส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลง⁽²⁰⁾ การรับรู้หรือสังเกตความผิดปกติของอาการ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นอย่างมีประสิทธิภาพ อาจช่วยป้องกันอาการก่อนโรคกำเริบ⁽³⁾ สัญญาณเตือนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาพหลอน การนอนที่เปลี่ยนแปลงไป ความวิตกกังวล ความบกพร่องทางการรับรู้ อาการกระสับกระส่าย อาการหลงผิด ความผิดปกติของความคิด พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และภาวะซึมเศร้า ซึ่งสัญญาณเตือน สามารถระบุได้โดยบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล⁽³⁾

2.1.1 การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

การกลับมารักษาซ้ำ (relapse) Olivares และคณะ⁽⁴⁶⁾ ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “การแสดงอาการทางคลินิกของสภาวะทางจิต ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล” ช่วงแรก 5 ปีแรกของการเจ็บป่วยทางจิต เป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญต่อการพยากรณ์โรคในทิศทางที่ดีขึ้นหรือลดลง⁽¹¹⁾ การติดตามผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 28 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสามปีแรกของการรักษาถึงร้อยละ 54⁽⁴⁷⁾ สำหรับในประเทศไทยผู้ป่วยจิตเภทพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ในช่วงห้าปีแรกของการรักษาร้อยละ 81.9⁽²⁾ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแนวโน้มหยุดการรักษา

2.1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำ

แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ๆ ดังนี้

1) ปัจจัยทางด้านยา

การรักษาหลักที่เป็นมาตรฐานในผู้ป่วยจิตเภท คือ การใช้ยาต้านโรคจิตเพื่อลดความรุนแรงควบคุมและป้องกันการกำเริบของอาการทางจิต^(3, 5-9) ปัจจุบันพบว่ายาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการกำเริบของโรคที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ เนื่องด้วยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการหยุดรักษาหลังได้รับยาต้านโรคจิต (discontinued therapy) หรือการปรับลดขนาดยาต้านโรคจิตด้วยตนเอง ซึ่งเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค 0.55 คน ต่อปี (95% CI 0.46–0.65)⁽⁴⁸⁾ สาเหตุหลักจากการหยุดใช้ยา คือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์⁽¹²⁻¹⁹⁾ การได้รับยาต้านโรคจิตร่วมกัน⁽¹⁸⁾ ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับมารักษา 2.09 เท่า⁽⁴⁹⁾

การได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดสูงมากกว่า 1,000 มก./วัน ที่ขนาดเทียบเท่า CPZ⁽¹²⁾ ถึงแม้มีการรายงานแสดงถึงประสิทธิภาพของการได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดสูง ช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ลดความถี่ของอาการกำเริบในช่วงปีแรกของการรักษา อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงขึ้น และอาจเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวของโรค⁽⁴⁹⁾ รูปแบบยาต้านโรคจิตที่ได้รับ พบว่ารูปแบบรับประทานเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคได้มากกว่า เมื่อเทียบกับการให้ยาต้านโรคจิตรูปแบบฉีดชนิดออกฤทธิ์นาน (long-antipsychotic injection) ที่ช่วยลดความเสี่ยงการกำเริบของโรค และป้องกันการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล^(50, 51) ชนิดของยาต้านโรคจิต จากการศึกษาของ Swartz และคณะ⁽⁵²⁾ เปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า (first generation antipsychotic; FGA) และยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (second generation antipsychotics; SGAs) ทั้งหมด 5 ชนิด ได้แก่ olanzapine, risperidone, quetiapine, ziprasidone และ perphenazine ในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1,493 ราย มีอัตราการปฏิเสธการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตในอัตราที่สูง พบเพียง olanzapine ที่มีกรหยุดการรักษาเนื่องจากสาเหตุใด ๆ ซ้ำกว่ายาชนิดอื่น ถึงแม้พบการรายงานหยุดรักษาเนื่องจากภาวะน้ำหนักเพิ่ม (weight gain) หรือภาวะอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) ในการศึกษาของ Guo และคณะ⁽⁵³⁾ เปรียบเทียบประสิทธิภาพยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่ทั้งหมด 7 ชนิด ดังนี้ chlorpromazine, sulpiride, clozapine, risperidone, olanzapine, quetiapine และ aripiprazole ยาแต่ละชนิดไม่มีผลต่ออัตราการกำเริบของโรค และในการศึกษาของ Gómez-Revuelta และคณะ⁽¹⁹⁾ ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตเป็นระยะเวลา 3 ปี ได้แก่ haloperidol, olanzapine, risperidone, aripiprazole, ziprasidone และ quetiapine พบว่า ชนิดของยาที่มีผลต่อการหยุดรักษา quetiapine มีอัตราการหยุดยาสูงกว่ายาชนิดอื่นด้วยสาเหตุขาดประสิทธิภาพ และ haloperidol มีอัตราการหยุดรักษาสูงสุดด้วยสาเหตุการเกิดอาการไม่พึงประสงค์

2) ปัจจัยทางจิตบำบัด

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท มักพบภาวะแทรกซ้อน ความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งปัจจุบัน พบว่าการสนับสนุนด้วยจิตบำบัดต่าง ๆ ร่วมกับการรักษาด้วยยา ช่วยเพิ่มทักษะของผู้ป่วย มีพัฒนาการทางจิตใจดีขึ้นกว่าการบำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียว ที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคมักกว่า^(3, 6) ตัวอย่างจิตบำบัดที่ใช้ควบคู่กับการรักษาด้วยยา มีดังนี้

- การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy; CBT) มีหลักฐานชัดเจนและเห็นถึงประโยชน์ สำหรับการลดอาการทางจิตในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตหลงเหลือ การบำบัดด้วย CBT มีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงการยอมรับการรักษา และเพื่อลดทัศนคติเชิงลบต่ออาการทางจิต โดยการให้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ป้องกันการกำเริบของโรคได้ เมื่อเทียบกับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว⁽⁵⁴⁾

- การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย (psycho-education therapy) เป็นการบำบัดทางจิตวิทยาอีกแขนงหนึ่ง que เพิ่มความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วย เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาโรค คาดว่าความรู้ความเข้าใจต่อโรค ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคและรับมือได้มากขึ้น วิธีการดังกล่าว มีจุดมุ่งหมายเพื่อฝึกทักษะให้ผู้ผู้ป่วยเตรียมพร้อมกับการเผชิญความเครียดและอาการของผู้ป่วย ซึ่งจะ ช่วยลดความเสี่ยงการกำเริบของโรค⁽⁵⁵⁾

- การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลหรือครอบครัวผู้ป่วย (psycho-education therapy) พบว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดประการหนึ่ง ประโยชน์ของแนวทางนี้ยังได้รับการยอมรับ เนื่องจากช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทั่วไปของผู้ป่วย และลดอัตราการกำเริบของโรค⁽⁵⁴⁾

- การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial) มีจุดมุ่งหมายเพื่อสอนทักษะต่าง ๆ ที่หลากหลายให้กับผู้ป่วยจิตเภท โดยรวมแล้วความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และการบำบัดทางจิตสังคม พบว่าได้ผลดีกว่าการบำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียว ช่วยชะลอหรือป้องกันการกำเริบของโรคและลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังการศึกษาของ Guo และคณะ⁽⁵³⁾ พบว่า การบำบัดทางจิตสังคม ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตช่วยลดอัตราการกำเริบของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ

3) ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าอายุและเพศเป็นปัจจัยที่สำคัญการกำเริบของโรค โดยเฉพาะ ในเพศชาย และผู้ป่วยอายุน้อยมีความเสี่ยงสูงต่อการกำเริบของโรค รวมถึงการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล บ่อยครั้งจากการกำเริบของอาการทางจิต ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต ความรุนแรงของอาการทางจิต⁽⁴⁹⁾ ความร่วมมือในการใช้ยา ในการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก (first episode psychosis) พบว่าผู้ป่วยที่มีการกลับมารักษาซ้ำจากอาการทางจิตกำเริบร้อยละ 70 เป็นผู้ที่ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เมื่อเทียบกับผู้ที่ร่วมมือการใช้ยาต่อเนื่องมีการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการทางจิตกำเริบร้อยละ 25⁽⁵⁶⁾ การศึกษาของ Lee และคณะ⁽⁴⁹⁾ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าร้อยละ 50 มีผลต่ออาการกำเริบ 1.59 เท่า และยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่กระทบต่อการกลับมารักษาซ้ำ เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ติดแอลกอฮอล์ ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว ขาดความตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วย ขาดการยอมรับต่อโรคของผู้ป่วยและผู้ดูแล และการขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา^(57, 58)

โดยสรุปผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มีแนวโน้มของการกลับมารักษาซ้ำจากการหยุดรักษา เนื่องด้วยปัจจัยทางยา พบว่ามีความสัมพันธ์กับความถี่สูงสุดมากกว่าปัจจัยอื่นในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต นอกจากนี้การบำบัดทางจิตด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) สำหรับทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แสดงให้เห็นถึง ประสิทธิภาพที่ดีในการลดอัตราการกำเริบของโรค สำหรับปัจจัยเสี่ยงทั่วไปบางอย่างอาจแก้ไขได้ เช่น

ระยะเวลาของโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา หรือการใช้สารเสพติด ความร่วมมือในการใช้ยา ขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น เพศ ดังนั้นการประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ระบุต่อการกลับมารักษาซ้ำ ควรดำเนินการปฏิบัติทางคลินิกทุกวันเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ตรงตามเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกำเริบของโรค

2.1.3 การรักษาโรคจิตเภทด้วยยาต้านโรคจิต

แนวทางหลักที่เป็นมาตรฐาน ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที คือ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต^(3, 5-11) การเลือกใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (SGAs) โดยเฉพาะ risperidone olanzapine และ quetiapine มีประสิทธิภาพเหนือกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า (FGAs) ในแง่ของการหยุดรักษา⁽⁵⁾ การศึกษาประเทศออสเตรเลียของ McMillan และคณะ⁽⁵⁹⁾ พบว่า risperidone ในรูปแบบรับประทาน มีการสั่งใช้บ่อย (ร้อยละ 31) จากจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด แนวทางการรักษาอื่น ๆ ^(3, 5-8) ส่วนใหญ่ไม่ได้การระบุถึงกลุ่มยาต้านโรคจิตให้เลือกใช้เป็นอันดับแรก ทั้งนี้ให้พิจารณาตามความเหมาะสมถึงประโยชน์ การใช้ยาอื่นร่วมกัน และผลข้างเคียงในผู้ป่วยเฉพาะราย โดยให้เริ่มต้นด้วยแบบขนานเดี่ยวก่อน (monotherapy)

สำหรับแนวทางการรักษาด้วยยาโรคจิตเภทของ Texas medication algorithm project (TMAP)⁽⁹⁾ แนะนำให้ใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่เป็นตัวแรกในการรักษาโรค เนื่องจากเกิดอาการ extrapyramidal น้อยลง ยกเว้น clozapine ยังไม่แนะนำให้ใช้เป็นตัวแรก เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิด agranulocytosis อย่างไรก็ตามยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ มีแนวโน้มที่จะมีอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงได้ในระยะยาว เช่น ภาวะน้ำหนักตัวเพิ่ม (weight gain) ไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) และโรคเบาหวาน (diabetes) ผลการจากใช้ยาเหล่านี้ อาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดในผู้ป่วยจิตเภท โดยแนวทางการรักษาด้วยยาของ Texas medication algorithm project (TMAP) ได้เสนอแนวทางการเลือกใช้เภสัชบำบัดทั้งหมดหกขั้นตอนสำหรับการรักษาโรคจิตเภท เมื่อพิจารณาตามการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต⁽⁹⁾ ดังตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 4 แนวทางการรักษาด้วยยาของ Texas medication algorithm project (TMAP)⁽⁹⁾

การตอบสนองต่อยา	แนวทางการรักษาด้วยยา
ขั้นที่ 1	เริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (SGAs) เพียงชนิดเดียว หากผู้ป่วยแสดงอาการตอบสนองเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีการตอบสนองต่อการรักษาให้พิจารณาเข้าสู่การรักษาลำดับถัดไป
ขั้นที่ 2	เริ่มด้วยการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่หนึ่งชนิด (SGAs) ร่วมกับ ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ตัวอื่น (SGAs) หรือยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า (FGAs) หากผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองหรือตอบสนองบางส่วน พิจารณาลำดับถัดไป
ขั้นที่ 3	ทดลองใช้การรักษาด้วย clozapine เพียงชนิดเดียว พร้อมกับการติดตามจำนวนเม็ดเลือดขาว(white blood cell; WBC) หากเกิดภาวะ agranulocytosis ขึ้นควรหยุดการใช้ clozapine ในระยะนี้ถ้ายังพบการตอบสนองต่อการรักษาบางส่วน พิจารณาการรักษาในขั้นถัดไป
ขั้นที่ 4	ให้การรักษาด้วย clozapine ร่วมกับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ตัว หรือยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า หรือ การบำบัดด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy; ECT) หากผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองต่อการรักษาระยะต่อไป
ขั้นที่ 5	ให้เริ่มการรักษาด้วย clozapine ร่วมกับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่หนึ่งชนิด หรือยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่าหนึ่งชนิด ที่ยังไม่ได้ทดลองรักษา
ขั้นที่ 6	ให้การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ การบำบัดด้วยไฟฟ้าและ / หรือยาปรับอารมณ์ (mood stabilizers) ซึ่งแนะนำให้ใช้การรักษาด้วยยามากกว่า 1 ชนิด ในระยะท้าย ๆ ตามแนวทางการรักษาด้วยยาเท่านั้น ไม่แนะนำให้รักษาด้วยยาต้านโรคจิตตั้งแต่สองตัวขึ้นไปในขั้นแรก เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงต่ออันตรกิริยาระหว่างยา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์ที่เพิ่มขึ้นได้

2.2 การออกฤทธิ์ยาต้านโรคจิต

กลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ การจับกับตัวรับของโดปามีนแบบยับยั้ง (dopamine receptor antagonist; DRA) เป้าหมายการออกฤทธิ์ของยาต้านโรคจิตเพื่อรักษาอาการทางจิต ประสิทธิภาพการรักษาของยาต้านโรคจิต สัมพันธ์กับการจับกับตัวรับโดปามีน (affinity) ที่อย่างน้อยร้อยละ 60-65 ในขณะที่ยาต้านโรคจิตที่มีการจับกับตัวรับโดปามีนเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 77)⁽⁶⁰⁾ สัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะอาการ extrapyramidal (EPS) สำหรับประสิทธิภาพของยาต้านโรคจิตต่อ

การรักษาอาการทางลบ เกิดจากกลไกของยาต้านโรคจิตที่ยับยั้งเซโรโทนิน (5-HT_{2A}) ร่วมกับการยับยั้งโดปามีน (dopamine; D₂) ส่งผลให้มีการหลั่งสารโดปามีนเข้าไปในสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ทำให้อาการทางลบดีขึ้น ปัจจุบันยังไม่มีกรรายงานการรักษาด้วยยาที่ได้รับการอนุมัติ โดยเฉพาะสำหรับอาการทางด้านลบ⁽¹¹⁾

2.3 ยาต้านโรคจิต

2.3.1 แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ (mechanism of action)

แบ่งเป็นออกเป็น 3 กลไกหลักตามการยับยั้งโดปามีน ได้แก่

- 1) ยาต้านโรคจิตยับยั้งโดปามีนได้สูง (dopamine; D₂) เช่น fluphenazine, haloperidol, risperidone
- 2) ยาต้านโรคจิตยับยั้งโดปามีนได้ระดับปานกลางถึงสูง (dopamine; D₂) เช่น perphenazine
- 3) ยาต้านโรคจิตยับยั้งโดปามีนได้ต่ำ (dopamine; D₂) เช่น chlorpromazine, thioridazine

2.3.2 แบ่งตามกลุ่มยา เป็น 2 กลุ่มหลัก

- 1) ยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า (first generation antipsychotic; FGAs) เช่น fluphenazine, haloperidol
- 2) ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (second generation antipsychotic; SGAs) เช่น risperidone⁽³⁾

2.4 การรักษาโรคด้วยยาต้านโรคจิต

การเริ่มการรักษาอาการทางจิตด้วยยาอย่างรวดเร็ว ในช่วงห้าปีแรกของการเจ็บป่วยจากภาวะทางจิต มีผลต่อการดำเนินโรคทิศทางบวก การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (prognosis factors) ได้แก่ การใช้สารเสพติดต่าง ๆ ที่มีผลกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยาบ้า กัญชา บุหรี่ และการดื่มสุรา เป็นต้น⁽¹¹⁾ การรักษาด้วยยาแบ่งตามระยะของโรค ได้ดังนี้

2.4.1 ระยะเฉียบพลัน (acute phase)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ระยะนี้มีแนวโน้มอาการทางจิตประสาท เช่น ภาพลวงตา หรือภาพหลอน การคิดที่ไม่เป็นระเบียบ และความผิดปกติทางพฤติกรรมที่รุนแรง อาจเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองหรือบุคคลอื่น นอกจากนี้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอาจประสบปัญหาต้านในการรับมือกับอาการทางจิตเฉียบพลันของผู้ป่วย เป้าหมายการรักษาช่วงแรกเพื่อลดอาการทางจิต และพยายามทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตต่าง ๆ ได้ตามปกติ เช่น การนอน การรับประทานอาหาร เป็นต้น^(3, 11) ขนาดยาต้านโรคจิต

เริ่มต้น สัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น ความรุนแรงของอาการทางจิต การได้รับยาต้านโรคจิตมาก่อนหน้า ยกเว้น clozapine ไม่แนะนำให้ใช้การรักษาอาการทางจิตครั้งแรก^(3, 5-11) ขนาดยาต้านโรคจิตที่เคยได้รับ และความร่วมมือในการใช้ยา สำหรับผู้ป่วยบางรายที่เคยได้รับยาต้านโรคจิตมาก่อนหน้าร่วมกับมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง อาจพิจารณาใช้ยาต้านโรคจิตรูปแบบฉีดชนิดออกฤทธิ์นาน (long acting injection; LAI) โดยพิจารณาปรับขนาดยาอย่างช้า ๆ เพื่อลดผลข้างเคียงเฉียบพลันของยา⁽³⁾ และอาจช่วยเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาต่อไป

ช่วงสัปดาห์ที่ 2-4 ผู้ป่วยเริ่มมีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามากขึ้น^(3, 11) ในระยะนี้ควรมีการติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยาร่วมด้วย ในช่วงต้นของการรักษาผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ง่วงซึม ความดันโลหิตต่ำ และผลข้างเคียงของ anticholinergic เช่น ปากแห้ง ท้องผูก และปัสสาวะลำบาก^(3, 5-7)

ในสัปดาห์ที่ 4-6 ควรประเมินผลต่อการรักษาด้วยยา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแนวโน้มตอบสนองต่อการรักษาต่ำ^(3, 10) อาจพิจารณาเริ่มต้นการรักษาด้วย clozapine โดยปรับขนาดยาอย่างช้า ๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่ออาการชัก (seizures) ความดันเลือดต่ำ (hypotension) และการกดระบบประสาท ปริมาณยาที่ปรับเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอาจส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiovascular collapse) และเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่รับประทานยากลุ่ม benzodiazepines ร่วมด้วย ขนาดยาเริ่มต้น clozapine ควรเริ่มต้นที่ 12.5 มก./วัน วันละครั้งหรือวันละสองครั้ง ค่อยปรับขนาดเพิ่มขึ้นจนถึงขนาดเป้าหมาย 300 – 450 มก./วัน^(3, 61)

สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่ตอบสนองการรักษาที่เพียงพอด้วย clozapine พิจารณาเพิ่มยาต้านโรคจิตกลุ่มอื่นอีกหนึ่งชนิด ร่วมกับการรักษาเสริมด้วยไฟฟ้า (ECT) และหรือยาปรับอารมณ์ (mood stabilizers) หากวิธีการรักษาเสริมไม่ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นควรหยุดใช้ เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตร่วมกัน อาจเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงมากขึ้นได้⁽⁵⁻⁹⁾

2.4.2 ระยะคงสภาพ (continuation phase /stabilization phase)

ระยะนี้อาการเฉียบพลันและความรุนแรงของผู้ป่วยลดลง มีอาการดีขึ้นตามตามอัตรภาพของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยยาในระยะนี้ คือเพื่อบรรเทาอาการทางจิตและป้องกันการกำเริบของโรค ระยะนี้ควรใช้ยาในขนาดเดิมอย่างต่อเนื่อง 6-12 สัปดาห์⁽¹¹⁾ เป้าหมายที่สำคัญในระยะนี้ ภายหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล คือการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การติดตามการตอบสนองต่อยาและอาการไม่พึงประสงค์ การรักษาความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยา การให้การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ร่วมกับการดำเนินการเพิ่มเติมด้านจิตสังคม เพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว⁽³⁾

2.4.3 ระยะต่อเนื่อง (maintenance phase)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association; APA) แนะนำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการดีขึ้นด้วยยาต้านโรคจิต ยังคงต้องได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่องอย่างน้อย 12 เดือน หลังอาการทุเลา เพื่อเพิ่มพัฒนาการทักษะต่าง ๆ ทางสังคม ปรับปรุงการเจ็บป่วยทางจิตใจและอารมณ์ การรักษาในระยะนี้เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อช่วยป้องกันการกำเริบของโรค⁽³⁾ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ แนะนำให้ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 5 ปี และในผู้ป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องใช้เภสัชบำบัดอย่างต่อเนื่องหรือตลอดชีวิตเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค⁽¹¹⁾ สำหรับขนาดยาต้านโรคจิตที่ผู้ป่วยได้รับต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยขนาดยาต้องมีความเหมาะสมระหว่างขนาดยาที่ใช้ในการป้องกันการกำเริบของโรค และอาการไม่พึงประสงค์จากยาในระดับต่ำ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบ สามารถพิจารณาขนาดยาต้านโรคจิต ร้อยละ 20 ทุก ๆ 6 เดือน จนถึงขนาดยาที่ต่ำสุดที่ควบคุมอาการได้⁽⁸⁾ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาในระยะนี้ พบอุบัติการณ์การกำเริบของอาการทางจิตร้อยละ 18-32 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง พบอุบัติการณ์การกำเริบของโรคสูงร้อยละ 60-80⁽¹¹⁾ สิ่งที่สำคัญในระยะนี้นอกจากการใช้ยา คือการคงไว้ซึ่งการความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านโรคจิต ซึ่งอาจเป็นเรื่องยากเนื่องด้วยอุปสรรคต่าง ๆ เช่น แรงจูงใจต่อการรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่ให้การสนับสนุน สามารถถ่วงเป็นองค์ประกอบความต่อเนื่องในการใช้ยาของผู้ป่วย⁽³⁾

โดยสรุปการรักษาหลักในโรคจิตเภท คือการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ซึ่งแบ่งได้ตามการยับยั้งโดปามีน เพื่อลดอาการทางจิตและอาการทางด้านลบ การเลือกใช้ยาพิจารณาตามการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ความทนต่อยาของผู้ป่วย และผลกระทบจากอาการไม่พึงประสงค์ ดังนั้นก่อนที่จะเริ่มใช้ยาต้านโรคจิตชนิดใหม่ ควรได้รับการซักถามหรือทบทวนประวัติการใช้ยาที่ครบถ้วนของผู้ป่วย เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตก่อนหน้านี้ จะช่วยเป็นแนวทางในการเลือกยาต้านโรคจิตชนิดใหม่ได้อย่างเหมาะสม

2.5 ปัญหาจากการใช้ยาผู้ป่วยโรคจิตเภท

หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา ที่กระทบต่อผลลัพธ์ทางการรักษาของผู้ป่วย อันนำมาสู่การเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น และหรือการสูญเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ Cipolite และคณะ⁽²⁹⁾ ได้นำเสนอและอธิบายการจำแนกประเภทปัญหาจากการใช้ยา เพื่อประเมินตามข้อบ่งชี้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัยและความร่วมมือในการใช้ยา โดยปัญหาจากการใช้ยาแบ่งออกเป็น 7 ประเภท ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ประเภทปัญหาจากการใช้ยา

ผลลัพธ์การใช้ยา	ประเภทปัญหาจากการรักษาด้วยยา
ข้อบ่งชี้	1. การไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ: ผู้ป่วยมีอาการป่วยแต่ไม่ได้รับยาที่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้
	2. การได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้: ผู้ป่วยกำลังรับประทานยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ถูกต้อง
ประสิทธิผล	3. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม: ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้การใช้ยาที่เหมาะสม แต่รับประทานยาไม่ถูกต้อง
	4. การได้รับยาต่ำกว่าระดับการรักษา: สำหรับโรคที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องในขนาดน้อยเกินไป
ความปลอดภัย	5. การใช้ยาเกินขนาด: ในปัญหาทางการแพทย์ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องในปริมาณมากเกินไปจากคำแนะนำไป
	6. อาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction; ADR): ผลกระทบที่ไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้นจากการใช้ยาในขนาดปกติของผู้ป่วย
ความร่วมมือในการใช้ยา	7. ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

การรายงานปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น การได้รับยาด้านโรคจิตกลุ่มเก่า พบการรายงานอาการไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 97.7 การได้รับยาด้านโรคจิตในขนาดสูง จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมจาก trihexyphenidyl ร้อยละ 54.3⁽¹⁴⁾ สำหรับการได้รับยาด้านโรคจิตในขนาดสูงกับประโยชน์ในผู้ป่วยจิตเภท ยังเป็นหัวข้อของการถกเถียงกันอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่เริ่มมีการใช้ยาด้านโรคจิตครั้งแรกในปี ค.ศ. 1950⁽⁶²⁾ ที่รายงานก่อนหน้านี้สนับสนุนการใช้ยาด้านโรคจิตขนาดสูงในผู้ป่วยจิตเภท^(63, 64) ขณะที่การศึกษาในภายหลังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณกับประโยชน์ลดลงเมื่อได้รับขนาดสูงขึ้น⁽⁶⁵⁾ และเสนอให้ใช้ยาขนาดต่ำสุดที่สามารถควบคุมอาการได้ร่วมกับการติดตามความปลอดภัย และประสิทธิภาพทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ ในแนวทางการรักษาของ PORT แนะนำว่าขนาดยาที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท ควรอยู่ในช่วง 300–1,000 มก./วัน⁽⁶⁶⁾ ที่ขนาดเทียบเท่า (chlorpromazine; CPZ) ปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นในด้านความปลอดภัยเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยถึง 1.96 เท่า ส่งผลกระทบท่อระดับอาการทางจิตที่รุนแรงมากขึ้น และอาการทางด้านลบอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹²⁾ ตัวอย่างการศึกษาที่รายงานปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การศึกษาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ศึกษา/ ปี/ รูปแบบการศึกษา	ผู้เข้าร่วมศึกษา	ผลการศึกษา
<ul style="list-style-type: none"> - Sim et al. ⁽¹²⁾ - ค.ศ. 2008 - Retrospective study 	<ul style="list-style-type: none"> - ใบสั่งยาผู้ป่วยในปี ค.ศ. 2004 (2,136 ใบสั่งยา) กับปี ค.ศ. 2001 (2,399 ใบสั่งยา) 	<ul style="list-style-type: none"> - DRPs ที่พบคือ การได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดสูง (ขนาด > 1,000 มก./ วัน ที่ขนาดเทียบเท่า chlorpromazine; CPZ) - การได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดสูง เพิ่มความเสี่ยงรักษาซ้ำ ในโรงพยาบาล 1.96 เท่า และอาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น เช่น อาการหลงผิด ภาพหลอน และอาการทางด้านลบ
<ul style="list-style-type: none"> - Munoli K, Patil SB. ⁽¹³⁾ ค.ศ. 2016 - longitudinal observational study 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยนอก - จำนวน 778 คน - อายุ > 12 ปี - ได้รับยาต้านโรคจิต หรือยาปรับอารมณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - DRPs ที่พบคือ อาการไม่พึงประสงค์ (ADRs) (ร้อยละ 5.2) จำนวน 45 ADRs จาก ผู้ป่วย 41 คน - ADRs พบบ่อยสุด คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) อาการ extrapyramidal 2) ผลจากการใช้ anticholinergic คือ อาการปากแห้ง ท้องผูก 3) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น - ยาที่พบ ADRs คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) risperidone จำนวน 22 คน (ร้อยละ 5.91) 2) chlorpromazine 9 คน (ร้อยละ 3.96) 3) olanzapine 7 คน (ร้อยละ 12.72)
<ul style="list-style-type: none"> - Wubeshet et al. ⁽¹⁴⁾ - ค.ศ. 2019 - cross sectional study 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยนอก - จำนวน 356 คน - อายุ 18 – 67 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> - DRPs ที่พบ คืออาการไม่พึงประสงค์ (ADRs) จำนวน 293 คน (ร้อยละ 97.7) จากยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า ต้องได้รับยาเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขอาการ จำนวน 163 คน (ร้อยละ 54.3) จากผู้ป่วย 300 คน - ADRs ที่พบคือ <ol style="list-style-type: none"> 1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด 169 คน (ร้อยละ 56.3) 2) ระบบประสาทส่วนกลาง 149 คน (ร้อยละ 49.6) 3) อาการ extrapyramidal 114 คน (ร้อยละ 38.0)
<ul style="list-style-type: none"> - Aburamadan et al. ⁽¹⁵⁾ - ค.ศ. 2019 - observational, prospective study 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยใน - จำนวน 170 คน - ได้รับยาต้านโรคจิต อย่างน้อย 1 ชนิด 	<ul style="list-style-type: none"> - DRPs ที่พบ คือ อาการไม่พึงประสงค์ (ADRs) จำนวน 38 คน (ร้อยละ 22.3) จากผู้ป่วย 170 คน - ADRs ที่พบคือ <ol style="list-style-type: none"> 1) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 15 คน (ร้อยละ 29.4) จาก olanzapine 2) pseudo-parkinsonism 11 คน (ร้อยละ 21.6) จากยาฉีด haloperidol

ตารางที่ 6 การศึกษาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ ปี/ รูปแบบการศึกษา	ผู้เข้าร่วมศึกษา	ผลการศึกษา
<ul style="list-style-type: none"> - Sangaokar D.G. et al.⁽¹⁶⁾ - ค.ศ. 2019 - prospective study 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน - ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ - จำนวน 60 คน - อายุ 18 – 65 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> - DRPs ที่พบ คือ อาการไม่พึงประสงค์ (ADRs) จำนวน ADR ทั้งหมดที่พบ 32 ADR จากผู้ป่วย 25 ราย - ADRs ที่พบคือ 1) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 28.13) 2) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 18.75)
<ul style="list-style-type: none"> - Shweta et al.⁽¹⁷⁾ - ค.ศ. 2019 - prospective observational study 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยนอก - จำนวน 143 คน - อายุ 20-50 ปี - ต้องได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ olanzapine, risperidone, amisulpride, quetiapine, aripiprazole และ clozapine 	<ul style="list-style-type: none"> - DRP ที่พบคือ อาการไม่พึงประสงค์ (ADRs) จำนวน ADRs ทั้งหมดที่พบ 143 ADR จากผู้ป่วย 102 คน - ยาที่พบการรายงาน ADRs คือ 1) olanzapine 61 คน (ร้อยละ 42.6) 2) risperidone 40 คน (ร้อยละ 27.9) 3) amisulpride 28 คน (ร้อยละ 19.5) - ADRs ที่พบคือ 1) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2) มือสั่น 3) ง่วงซึม - ADRs ที่ต้องได้รับการปรับลดขนาดยา เพื่อแก้ไขอาการ extrapyramidal คือ ยา olanzapine และ risperidone
<ul style="list-style-type: none"> - Friedrich et al.⁽¹⁸⁾ - ค.ศ. 2019 - observational study 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยใน - จำนวน 404,009 คน - ได้รับยาต้านร่วมจิตร่วมกัน หรือเดี่ยว 	<ul style="list-style-type: none"> - DRPs ที่พบ คือ อาการไม่พึงประสงค์ (ADRs) จำนวน 393 ราย - อาการเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรง - การได้รับยาต้านโรคจิตร่วมกัน ทำให้เกิด ADR ที่รุนแรงต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ 264 ราย (ร้อยละ 70.2) - ยาที่พบการรายงาน ADRs คือ 1) ziprasidone (ร้อยละ 0.35) 2) clozapine (ร้อยละ 0.23) - ADRs พบบ่อย คือความดันโลหิตต่ำจนทรงตัวไม่ได้ (orthostatic collapse), กล้ามเนื้ออ่อนแรง (severe hypotonia), หัวใจเต้นเร็ว (sinus tachycardia), QTc prolongation, กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) - ร้อยละ 30 ของ ADRs นี้เกิดจาก clozapine

ตารางที่ 6 การศึกษาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ ปี/ รูปแบบการศึกษา	ผู้เข้าร่วมศึกษา	ผลการศึกษา
<ul style="list-style-type: none"> - Gómez-Revuelta et al.⁽¹⁹⁾ - ค.ศ. 2020 - randomized, - flexible-dose - open-label study 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยใน 376 คน - อายุ 15 -60 ปี - ได้รับยาต้านโรคจิต olanzapine risperidone haloperidol aripiprazole ziprasidone และ quetiapine 	<ul style="list-style-type: none"> - DRPs ที่เป็นสาเหตุของการหยุดใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.001) 1) เกิด ADRs 87 คน (ร้อยละ 23.14) 2) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา 83 คน (ร้อยละ 22.07) 3) ยาขาดประสิทธิภาพ 82 คน (ร้อยละ 21.81) - ADRs ที่พบ คือ ง่วงนอนระหว่างวัน น้ำหนักเพิ่มขึ้น อาการ extrapyramidal ประจำเดือนไม่มา

โดยสรุป การรายงานปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่เกิดปัญหาด้านความปลอดภัย โดยเฉพาะอาการไม่พึงประสงค์ซึ่งเป็นสาเหตุของการหยุดการรักษา ทำให้ต้องกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย คือการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (extrapyramidal) ภาวะน้ำหนักเพิ่มขึ้น อาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ การมีระบบเส้นประสาทหรือป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ อาจทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยามากขึ้น

2.6 อาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านโรคจิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ให้คำจำกัดความของอาการไม่พึงประสงค์ไว้ว่า “การตอบสนองใด ๆ ต่อยาที่ไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้นในขนาดการใช้ปกติ เพื่อป้องกันบำบัดวินิจฉัยโรค หรือเพื่อปรับเปลี่ยนการทำงานทางสรีรวิทยา”⁽³⁴⁾ โดยทั่วไปยาต้านโรคจิตมีคุณสมบัติในการบรรเทาอาการของโรค และยังสามารถก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้เช่นกัน ด้วยกลไกการออกฤทธิ์ผ่านตัวรับหลายชนิด⁽⁶⁷⁾ จำเป็นต้องมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์บางอย่างอาจสร้างความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย เช่น อาการ extrapyramidal อาการไม่พึงประสงค์ต่อหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular) ความผิดปกติทางเพศ (sexual dysfunction) ภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (weight gain) และอาการไม่พึงประสงค์ต่อหัวใจและหลอดเลือดอาจนำไปเป็นสู่อันตรายถึงชีวิต

2.6.1 อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยจากยาต้านโรคจิต

1) การเคลื่อนไหวผิดปกติ (extrapyramidal symptoms; EPS) เป็นกลุ่มอาการที่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ จากการได้รับยาต้านโรคจิตที่ยับยั้งโดปามีน (D₂) บริเวณ nigrostriatal pathway ก่อให้เกิดอาการรุนแรงแตกต่างกันตามการออกฤทธิ์ และระยะเวลาการได้รับยาต้านโรคจิต โดยอาการ EPS ประกอบด้วยกลุ่มอาการทั้งหมด 4 ชนิดดังนี้^(67, 68)

- dystonia เป็นภาวะที่มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อที่ผิดปกติอย่างฉับพลันที่บริเวณกระบอกตา (oculogyric) บริเวณศีรษะ (torticollis) บริเวณลำตัว (opisthotonos) และการหดเกร็งของหลอดลม (laryngospasm) บางรายมีอาการรุนแรงมากเสี่ยงต่อการขาดอากาศหายใจ และเสียชีวิต (acute dystonia) อาการดังกล่าวพบได้ ช่วงแรกของการได้รับยาต้านโรคจิต^(5, 67)

- akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยไม่สามารถนั่งอยู่นิ่งได้ มีอาการกระสับกระส่าย (Restlessness) กระวนกระวายใจ ผุดลุกผุดนั่ง ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของตนเอง ได้สังเกตอาการต่าง ๆ เหล่านี้ได้ชัดเจนมากขึ้นหลังได้รับยา 1-2 สัปดาห์⁽⁶⁹⁾

- parkinsonism ประกอบด้วยอาการสำคัญดังนี้ อาการสั่น (tremor) กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (muscle rigidity) การเคลื่อนไหวล่าช้าหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) การดำเนินอาการ parkinsonism จะดำเนินไปอย่างช้า ๆ เมื่อหยุดยาที่เป็นสาเหตุอาการกลับเป็นปกติได้ กรณีไม่ได้รับการแก้ไขอาการ parkinsonism การดำเนินของอาการในระยะยาวส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด การตัดสินใจช้าลง⁽⁷⁰⁾

- tardive dyskinesia ประกอบด้วยอาการสำคัญดังนี้ คือ การดูดปาก การทำเสียงจากริมฝีปาก และการเคลื่อนไหวของลิ้นด้านข้างที่ยื่นออกมาริมฝีปาก (bucco-lingo-masticatory triad) อาการสามารถคงอยู่ได้ตลอดทั้งวัน รวมถึงขณะนอนหลับ อาการ tardive dyskinesia ไม่สามารถกลับมามีอาการเป็นปกติดังเดิมได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการใช้ยาของผู้ป่วยในระยะยาว⁽⁷¹⁾

2) ภาวะโปรแลคตินสูง (hyperprolactinemia) การเพิ่มขึ้นของระดับโปรแลคตินส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในไม่กี่สัปดาห์ หลังจากเริ่มการรักษาหรือเพิ่มปริมาณยา และหลังใช้ยาในระยะยาว พบอุบัติการณ์ภาวะโปรแลคตินสูงจากยาต้านโรคจิต ร้อยละ 63.5⁽⁷²⁾ โดยเฉพาะ risperidone ที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 70 - 100⁽⁷³⁾ การเพิ่มขึ้นของระดับ prolactin เกิดจากการยับยั้ง dopamine ใน tuberoinfundibular pathway ส่งผลให้เกิดอาการแสดงทางคลินิกได้ เช่น น้ำนมไหล (galactorrhea) เต้านมโต (gynecomastia) ประจำเดือนมาผิดปกติ⁽⁷⁴⁾

3) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular) ยาต้านโรคจิตทั้งหมดอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ช่วง QTc ที่มากกว่า 500 มิลลิวินาที (milliseconds) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือที่เรียกว่า "torsade de pointes" ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดปกติ และหัวใจอาจหยุดเต้น⁽¹¹⁾ พบมากโดยเฉพาะผู้ป่วย

ที่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า เช่น thioridazine, pimozide และการบริหาร haloperidol ทางหลอดเลือดดำในขนาดสูง⁽⁸⁾ สำหรับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ที่พบรายงานการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมากที่สุด คือ ziprasidone^(8, 11)

4) เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (sexual dysfunction) เสื่อมสมรรถภาพทางเพศหรือความผิดปกติทางเพศ หมายถึงความต้องการทางเพศลดลง หรือความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง⁽⁷⁵⁾ การรายงานปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางเพศ พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่าและยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่น่าวิตกกังวล เป็นภัยเงียบที่สามารถนำไปสู่การรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ นำไปสู่การหยุดรักษา อุบัติการณ์การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในเพศชายพบได้ถึงร้อยละ 36 และเพศหญิงร้อยละ 20⁽⁷⁶⁾

5) ภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (weight gain) ภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น หมายถึงน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น > ร้อยละ 7 ของน้ำหนักตัวพื้นฐานผู้ป่วย อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยของยาต้านโรคจิต คือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และควบคุมได้ยาก โดยภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นไม่สัมพันธ์กับขนาดยาที่ได้รับ ยาที่พบรายงานภาวะน้ำหนักเพิ่มขึ้น คือ olanzapine และ clozapine นอกจากนี้ภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นยังสามารถกระตุ้นให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ⁽⁷⁷⁾

6) ภาวะ neuroleptic malignant syndrome; NMS เป็นอาการที่คุกคามต่อชีวิตจากการใช้ยาต้านโรคจิตแต่พบการเกิดได้น้อย อาการ NMS สามารถพบได้ภายในสัปดาห์แรกของการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และสามารถเกิดได้ตลอดเวลาการรักษาได้ด้วยยาต้านโรคจิต อาการที่สำคัญของ NMS คือ มีลักษณะกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น การทำงานผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (หายใจเหนื่อยหอบ ความดันโลหิตไม่คงที่ หัวใจเต้นเร็ว) อาการที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การเสียชีวิต⁽⁶⁰⁾

7) anticholinergic effects กลุ่มอาการท้องผูก ปากแห้ง ปัสสาวะคั่ง ตาพร่ามัว อาการผลกระทบเหล่านี้พบได้บ่อย ยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า และ clozapine⁽⁶¹⁾

8) ง่วงซึม (sedation) ยาต้านโรคจิตโดยปกติจะมีฤทธิ์ง่วง อาการง่วงซึมจะสัมพันธ์กับขนาดที่ได้รับ และการยับยั้งตัวรับฮิสตามีน (histamine receptor; H₁) ยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า (FGAs) มีฤทธิ์ง่วงซึมได้มากกว่า เมื่อเทียบกับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (SGAs) วิธีการจัดการเบื้องต้น แก้ไขโดยปรับวิธีการรับประทานช่วงกลางคืนแทน^(67, 68)

โดยสรุปอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านโรคจิต สามารถพบได้บ่อยจากการใช้ยาในขนาดปกติ และสัมพันธ์กับขนาดที่เพิ่มมากขึ้น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ กระทบต่อการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีแนวโน้มหยุดใช้ยา ทำให้อาการทางจิตกำเริบต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ควรมีการติดตามและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น หรือกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยน้อยที่สุด

2.7 พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท

หมายถึง การคิดตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการใช้ยา หรือการปรับเปลี่ยนวิถีการใช้ชีวิตให้สอดคล้องกับการใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ให้เป็นไปตามคำแนะนำทางการแพทย์^(38, 78) การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่มีวิธีที่เป็นมาตรฐานในการศึกษานี้ใช้ประเมินจากอัตราส่วนการครอบครองยา (medication possession ratios; MPR) คือร้อยละของการใช้ยาตั้งแต่วันที่ได้รับใบสั่งยาต้านโรคจิต พฤติกรรมการใช้ยาที่ดีคือ ต้องมีพฤติกรรมการใช้ยามากกว่าร้อยละ 80 หรือ 0.8 ต่อปี⁽³⁸⁾ ร่วมกับประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจากแบบประเมิน (Medication Taking Behavior; MTB-Thai) ของ Sakthong P. และคณะ⁽³⁹⁾ ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม ที่ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาใน 2 สัปดาห์ก่อนหน้า

พฤติกรรมการใช้ยาเป็นปัญหาสำคัญในการรักษาโรคจิตเภท⁽⁷⁸⁾ พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบได้ประมาณร้อยละ 50 พฤติกรรมที่ใช้ยาไม่ต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การพยากรณ์โรคที่แย่ลง พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น การสูญเสียอาชีพ การเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงมากขึ้น ค่าใช้จ่ายการรักษาที่เพิ่มขึ้น^(38, 78, 79) ความเสี่ยงการกำเริบของโรคในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ต่อเนื่องเพิ่มขึ้นเกือบ 5 เท่าหลังจากการรักษา 5 ปี หรือประมาณร้อยละ 81.9⁽⁸⁰⁾

2.7.1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น ดังนี้

1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

ทัศนคติหรือแนวคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองโดยผู้ป่วยจะประเมินจากประสบการณ์ก่อนหน้านี้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และผลลัพธ์การใช้ยาของตนเองที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาและความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การขาดความเข้าใจในสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง⁽⁷⁹⁾ จากข้อมูลของ National alliance on mental illness เชื่อว่าการขาดความเข้าใจอย่างถ่องแท้เป็นสาเหตุสำคัญของต่อพฤติกรรมการใช้ยาไม่ต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากสมองบางส่วนในผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความเสียหายประมาณร้อยละ 50⁽⁸¹⁾ ทัศนคติต่อยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทหลายชนิดเป็นเวลาหลายปี ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียง ทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อยาบางชนิดอาจได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีต ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องการหลีกเลี่ยงการใช้ยา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล⁽⁷⁹⁾ ผู้ป่วยจำนวนมากต้องพึ่งพาคำแนะนำแรงใจ และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนคนรู้จักได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยบทบาทของเภสัชกรมีส่วนสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนส่งเสริมการความเข้าใจเรื่องยาได้อย่างถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล เนื่องด้วยความบกพร่องทางสติปัญญา กระบวนการคิดการตัดสินใจที่ลดลงของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยจากโรคเป็นระยะเวลานาน ทำให้การรับรู้ การเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ลดลง เมื่อพยายามให้ความรู้หรือให้เหตุผลกับผู้ป่วย ข้อจำกัดของสภาพร่างกายผู้ป่วยบางรายต้องรับมือกับโรคร่วมที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตหลายด้านผู้ป่วย

ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือด และความผิดปกติอื่น ๆ รวมทั้งผู้ที่มีความพิการทางร่างกาย เช่น อัมพาต ทำให้เกิดความเปราะบางต่อการรักษา

2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ยาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาหมายถึง ชนิดของยาที่ได้รับ การได้รับยาต้านโรคจิตร่วมกัน การได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดสูง รูปแบบการบริหารยาซับซ้อน หรือยุ่งยาก พบว่าสัมพันธ์กับอัตราการรับประทานยาลดลง เมื่อจำนวนยาเพิ่มขึ้น รวมถึงความถี่ในการรับประทานต่อวันมากขึ้น อาการไม่พึงประสงค์จากยา ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดลงอยู่ที่ประมาณร้อยละ 50⁽³⁸⁾

3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการด้านระบบสุขภาพ

การรายงานขององค์การอนามัยโลก (world health organization; WHO) ระบุถึงรอยต่อในการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิต รวมทั้งภาวะเรื้อรังอื่น ๆ ที่เข้าถึงการรักษาได้ยาก⁽³⁸⁾ สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับผู้ให้บริการที่ดี เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องได้อย่างดี ในผู้ป่วยโรคจิตเภท⁽⁷²⁾ ตัวอย่างการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อ/ปี/รูปแบบการศึกษา	วัตถุประสงค์	ผลการศึกษา
- Lang et al. ⁽⁸²⁾ - ค.ศ. 2010 - retrospective cohort study	- เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยา ปัจจัยเสี่ยง และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตชนิดฉีดและรับประทาน - ผู้ป่วยใน:ผู้ป่วยนอก (1:2) ที่ได้รับยาต้านโรคจิต - ผู้ป่วยจำนวน 12,032 คน	- มีพฤติกรรมการใช้ยา เท่ากับ 0.79 ± 0.23 - ร้อยละ 37 เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสาเหตุใด ๆ - ร้อยละ 32 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน - ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมใช้ยาไม่ต่อเนื่อง คือ อายุสั้น, การใช้สารเสพติด, การได้รับยาปรับอารมณ์, ยาแก้ไอ, การได้รับยา anticholinergic, การได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่าที่ออกฤทธิ์ยาว, ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่, ออกฤทธิ์นาน, ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่าและใหม่ร่วมกัน
- Eticha et al. ⁽⁸³⁾ - ค.ศ. 2015 - cross-sectional, study	- เพื่อหาปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาต้านโรคจิต - ผู้ป่วยจำนวน 393 คน	- ร้อยละ 26.5 มีพฤติกรรมใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.1 - ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง การไม่รู้หนังสือ และกลุ่มอายุที่มีอายุมาก - ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี ได้แก่ ทัศนคติในการรักษาเชิงบวก, อาการไม่พึงประสงค์จากยาน้อยลง, การรับรู้ถึงความเจ็บป่วย, การจัดการ ADR เบื้องต้น

ตารางที่ 7 การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อ/ปี/รูปแบบการศึกษา	วัตถุประสงค์	ผลการศึกษา
- Tareke et al. ⁽⁸⁴⁾ - ค.ศ. 2018 - cross-sectional study	- เพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง - ผู้ป่วยจำนวน 412 คน	- ความชุกของพฤติกรรมการใช้ยาไม่ต่อเนื่องเท่ากับร้อยละ 41.0 - ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ การอาศัยในชุมชน, การใช้สารเสพติด, ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน, การใช้ยาด้านโรคจิตหลายชนิดร่วมกัน (polypharmacy)

โดยสรุปพฤติกรรมการใช้ยาด้านโรคจิตเภทอยู่ในระดับต่ำ จัดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในการจัดการโรคจิตเภท ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง คือ ปัจจัยทางด้านยา ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่แย่ลง เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคต้องกลับมารักษาซ้ำ รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยปรับปรุงพฤติกรรมการใช้ยาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องคำนึงอุปสรรคต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญอันจะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการใช้ยา และพยายามลดอุปสรรคดังกล่าวให้น้อยที่สุด

2.8 คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.8.1 คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of Life; QoL) สามารถตีความหมายได้หลากหลายตามทัศนะของผู้เขียนที่เปลี่ยนแปลงได้ตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง ดังนั้นจึงมีผู้ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิต พ.ศ. 2545 ได้นิยามคุณภาพชีวิตไว้ ดังนี้ คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยสองคำประกอบกัน คือ “คุณภาพ” เท่ากับ ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลหรือสิ่งของ และ “ชีวิต” เท่ากับความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิต จึงหมายถึงลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของแต่ละบุคคล⁽⁸⁵⁾

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) กำหนดคุณภาพชีวิตว่าเป็น "การรับรู้ของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับจุดยืนของตนเองในชีวิต ตามบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมอย่างมีความคาดหวังตามมาตรฐานตนเอง"⁽⁸⁶⁾

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง “ความพึงพอใจในการใช้ชีวิต และขอบเขตชีวิตของแต่ละบุคคล กล่าวคือมีความพึงพอใจในการทำงาน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว สังคม การเงิน สถานที่อยู่อาศัย และบทบาทการทำหน้าที่ทางสังคมของตนเอง”⁽⁸⁷⁾

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health Related Quality of Life; HRQoL) หมายถึง “ผลกระทบของโรคและการรักษาต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย”⁽⁸⁸⁾

คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา หมายถึง “ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ยา ที่กระทบต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่เป็นไปตามคาดหวัง”⁽⁴²⁾

โดยสรุปคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาผู้ป่วยจิตเภท อาจกล่าวได้ว่า คือ ความพึงพอใจในการใช้ยา และการรับรู้ต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับยา ตามขอบเขตแต่ละบุคคล

2.8.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน⁽⁸⁹⁾ ดังนี้

1) **ด้านร่างกาย (physical domain)** การตระหนักในการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของตน เช่น การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความสามารถในการใช้ชีวิต การเคลื่อนไหว การประกอบอาชีพ การทำงาน การเรียนของตนเอง และการพึ่งพิงบุคคลอื่น หรือ การรับรู้ต่อการรักษาโรค เป็นต้น

2) **ด้านจิตใจ (psychological domain)** การตระหนักในการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ถึงภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความภาคภูมิใจ ความมั่นใจ ความจำ ความคิด การตัดสินใจ การจัดการกับอารมณ์เศร้าหมอง ความวิตกกังวล ความเชื่อต่าง ๆ ของตนเอง ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เป็นต้น

3) **ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships domain)** การตระหนักในสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่น การมอบให้และการรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รวมทั้งเรื่อง การแสดงออกในด้านต่าง ๆ เช่น อารมณ์ทางเพศ

4) **ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain)** การตระหนักในสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต เช่น การรับรู้ การมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ตามปรารถนาในที่ปลอดภัยและมั่นคง การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล การใช้บริการด้านการเงิน และด้านสุขภาพ การรับรู้และเข้าถึงโอกาสในการฝึกฝนทักษะต่าง ๆ เป็นต้น

2.8.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

ในปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดหรือข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิดคุณภาพชีวิต จึงทำให้ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินยากที่จะสรุป ถึงเครื่องมือใช้ชี้วัดคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นมาตรฐานสากล การประเมินคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1) การประเมินด้านคุณลักษณะมองเห็นได้และวัดได้

ยังสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม⁽⁹⁰⁾

1.1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบที่มุ่งหวังประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วยจากโรค หรือการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพร่างกาย Health-Related Quality of Life (HRQoL) ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังสามารถได้อีก 2 กลุ่มย่อยคือ⁽⁹¹⁾

- แบบจำเพาะเจาะจงต่อโรคนั้น ทำให้เห็นผลของการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน แต่อาจไม่ครอบคลุมในองค์ประกอบอื่น

- แบบทั่วไปที่มุ่งศึกษาผลกระทบจากโรคโดยรวม⁽⁹²⁾ จึงเป็นที่นิยมใช้อย่างมาก เช่น medical outcomes study short form 36;SF-36⁽⁹³⁾ เป็นต้น

1.2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (Holistic quality of life) เป็นการประเมินแบบครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีพทั้งหมด ไม่ได้สนใจต่อการเจ็บป่วยหรือโรค^(90, 91) ตัวอย่างแบบประเมิน เช่น Health Organization Quality of Life Questionnaire-100; WHOQOL-100⁽⁹⁴⁾

2) การประเมินด้านเชิงจิตวิสัย

โดยอาศัยข้อมูลทางจิตวิทยา ประเมินโดยการสอบถามตามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ในอดีต อารมณ์ จิตใจ และความรู้สึก ต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น ๆ

2.9 การประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตกับการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

คุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยจิตเภท เป็นผลลัพธ์อันสูงสุดของการบริหารทางเภสัชกรรม เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยา และได้รับผลกระทบจากการไม่พึงประสงค์ ผู้วิจัยมีแนวทางการเลือกใช้เครื่องมือดังนี้ในการประเมินคุณภาพชีวิตครั้งนี้ Murawski และคณะ⁽⁹⁵⁾ ได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นมา คือ Pharmaceutical Therapy-Related Quality of Life; PTRQoL) ที่กล่าวว่า “ช่องว่างระหว่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่ควรได้รับสูงสุดตามทฤษฎีภายหลังได้รับการรักษาด้วยยา” กลับพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพภายหลังได้รับยา มีผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นอาจทำให้ไม่สามารถวัดผลคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาได้อย่างครบถ้วน ต่อมา Sakthong และคณะ⁽⁴¹⁾ ได้มีการพัฒนาแนวคิดการบริหารด้านยาที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยประเมินผลจากทัศนะของผู้ป่วย คือ Patient-Reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy for Quality of Life (PROMPT-QoL) กล่าวคือ “ความต้องการด้านยาของผู้ป่วย และผลกระทบจากการรักษาด้วยยา” ที่มีข้อความทั้งหมด 43 ข้อ ประกอบด้วย 9 มิติ ดังตัวอย่างการศึกษาของ Sangthonganotai T. และ Sakthong P. ⁽⁹⁶⁾ มีการศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา

(PROMPT-QoL) ในผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่า การบริหารทางเภสัชกรรม ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ของผู้ป่วยดีขึ้นบางมิติอย่างมีนัยสำคัญ อาจสรุปได้ว่า PROMPT-QoL เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีมาตรฐาน สามารถวัดผลการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาได้ และต่อมามีการปรับปรุงรูปแบบเครื่องมือประเมิน คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาให้สั้นลง คือ PROMPT (พร้อมท์) ฉบับย่อ⁽⁴³⁾ ที่มีข้อคำถาม 16 ข้อ ประกอบด้วย 8 มิติ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 มิติการได้รับยาและข้อคำถามแบบประเมิน PROMPT (พร้อมท์) ฉบับย่อ

มิติที่ 1	ได้รับข้อมูลยาและโรค	1) ข้อบ่งใช้ 2) วิธีการใช้ยา 3) อาการข้างเคียงและการแก้ไข 4) ทำอย่างไรเมื่อลืมใช้ยา 5) อาการ ความรุนแรง และการรักษา
มิติที่ 2	ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา	6) ลดอาการของโรค 7) หายจากโรค
มิติที่ 3	ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา	8) การทำงานหาเลี้ยงชีพ และการทำงานอดิเรก
มิติที่ 4	ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา	9) อาการข้างเคียงจากยา 10) ใช้ยาเคร่งครัดสม่ำเสมอ 11) ใช้ยาตลอดชีวิต 12) ยาดีเกิน
มิติที่ 5	ความสะดวกในการใช้ยา	13) วิธีใช้ยา
มิติที่ 6	การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา	14) ค่าใช้จ่ายด้านยา
มิติที่ 7	ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา	15) ท่าที่เป็นมิตรบุคลากรทางการแพทย์
มิติที่ 8	คุณภาพชีวิตโดยรวม	16) การดำเนินชีวิต

สำหรับการประเมินผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยจะประเมินผลนั้น มีวิธีการที่แตกต่างจากการประเมินผลกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เนื่องด้วยลักษณะทางกายภาพของโรค ดังนั้นอาจต้องใช้ควบคู่กับการประเมินผลของผู้ดูแลร่วมด้วย ดังการศึกษาของ Van W. และคณะ⁽⁹⁷⁾ พบว่าการเจ็บป่วยจากโรคจิตเภท ส่วนใหญ่จะสร้างภาระหนักให้กับผู้ดูแลมากกว่าโรคจิตเวชอื่น ๆ และเนื่องจากผลกระทบจากโรคที่ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของสมรรถภาพส่วนบุคคล ด้านความคิด การรับรู้ และทักษะทางสังคมของผู้ป่วย รวมถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภท ยัง

สามารถสะท้อนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gupta และคณะ⁽⁹⁸⁾ พบว่าผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำ กว่าผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคโรคอัลไซเมอร์ โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีแนวโน้มในทิศทางเดียวกัน

ดังนั้นในการศึกษานี้ที่ผู้วิจัยเริ่มต้นศึกษาช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ และต้องการวัดผลกระทบการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีประเมินผลคุณภาพชีวิตด้วยการสอบถามจากทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้ที่มีประสบการณ์ดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย หลังอาการทางจิตสงบ ผู้วิจัยมีการประเมินผลคุณภาพชีวิตจากผู้ป่วยและติดตามประเมินผลแบบผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือ PROMPT (พร้อมท์)⁽⁴³⁾ ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล เพื่อประเมินความต้องการด้านยาและผลกระทบจากการรักษาด้วยยา ที่มีความจำเพาะต่อการใช้ยาโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเที่ยง ความตรง และไวต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งตรงกับวัตถุประสงค์การศึกษามากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบการบริหารทางเภสัชกรรมที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ซึ่งพบปัญหาจากการใช้ยา อันนำไปสู่การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการทางจิตกำเริบ

2.10 การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.10.1 การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care)

หมายถึง การให้การดูแลรักษาด้านยาอย่างมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาอันมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมายและเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้คือ การรักษาโรค บรรเทาอาการของผู้ป่วย หรือการชะลอการดำเนินของโรค และการป้องกันโรคหรืออาการ โดยบทบาทการดูแลด้านยา เภสัชกรรมมีการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ และผู้ป่วย⁽³⁰⁾ ในการออกแบบดำเนินการและติดตามขั้นตอนการรักษา ที่จะให้ผลลัพธ์การรักษาเป็นไปตามเป้าหมายที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย การระบุปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และเกี่ยวข้องกับยา แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา และการป้องกันปัญหาเกี่ยวกับยา⁽²⁹⁾

2.10.2 องค์ประกอบกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วย

แบ่งเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

1) การรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์เบื้องต้นกับผู้ป่วยเพื่อเข้าถึงข้อมูลการใช้ยา ในบางสถานการณ์การดูแลขั้นวิกฤต อุปสรรคด้านภาษาอาจไม่มีโอกาสสัมภาษณ์โดยตรงจากผู้ป่วย ภายใต้สถานการณ์เหล่านี้เภสัชกรควรทำงานโดยตรงกับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย การสัมภาษณ์มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย และสถานะกิจกรรมประวัติทางการแพทย์ที่ผ่านมา ประวัติการใช้ยา ประวัติทางสังคม (รวมถึงสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ) ประวัติครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน การบันทึกควรมีข้อมูลเกี่ยวกับความคิดหรือความรู้สึกของผู้ป่วย และการรับรู้สภาพการเจ็บป่วย หรือโรคของผู้ป่วย มีการประเมินสุขภาพร่างกาย (การติดตามความดันโลหิต ฯลฯ) อย่างเหมาะสมเพื่อให้ได้รับข้อมูลตรงวัตถุประสงค์ มีการใช้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิอื่นอ้างอิง เพื่อเสริมข้อมูลที่ได้รับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบื้องต้นและการประเมินสุขภาพ / ร่างกาย แหล่งที่มาของข้อมูลอาจรวมถึงประวัติการรักษาของผู้ป่วย หรือรายงานทางการแพทย์ และผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ ก่อนเริ่มต้นบันทึกข้อมูลการใช้ยา

2) การประเมินข้อมูล

การประเมินข้อมูลที่รวบรวมจากผู้ป่วย และแหล่งข้อมูลอื่น ๆ พร้อมจัดทำบันทึกข้อมูลรายการยาสำหรับผู้ป่วย ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลที่รวบรวมอย่างถูกต้อง ดำเนินการวางแผนการใช้ยาให้เป็นปัจจุบัน ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในปัจจุบันและสิ่งที่คาดหวังในการรักษา

3) การกำหนดแผน

การกำหนดการดำเนินงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เพื่อปรับปรุงการรักษาอาการเจ็บป่วยในผู้ป่วยเฉพาะราย และลดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพในปัจจุบัน หรืออนาคตที่อาจเกิดขึ้น พร้อมกำหนดแผนเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ แผนอาจรวมถึงการทำงานร่วมกับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เพื่อพัฒนาการดูแลรักษาด้วยยา มีกลไกดำเนินการติดตาม แก้ไขปัญหาการรักษาด้วยยา

4) การดำเนินการตามแผน

การดำเนินการตามขั้นตอน ตามแผนการดำเนินการ มีการกำกับติดตามการรักษาด้วยยา เช่น ผลการประเมินทางห้องปฏิบัติการ อาการไม่พึงประสงค์ในช่วงเวลาที่เหมาะสม การให้ได้คำแนะนำอย่างเหมาะสมต่อการใช้ยาในผู้ป่วยและผู้ดูแล

5) การติดตามผล

การตรวจสอบผลลัพธ์ที่ต้องการตามที่ระบุไว้ในแผนการรักษาด้วยยา มีการพิจารณาการตอบสนองต่อการรักษา ปรับแผนการดูแลรักษา หรือคงแผนการรักษาเดิม และเพื่อความก้าวหน้า

ไปสู่ผลสำเร็จ ควรให้การเสริมแรงในเชิงบวก รวมทั้งมีการกำหนดกลไกในการติดตามผู้ป่วยอย่างเหมาะสม^(99, 100)

โดยสรุปการบริหารทางเภสัชกรรมเป็นกระบวนการดูแลทางด้านยาที่มีความสำคัญ ซึ่งสามารถช่วยให้การใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทมีความปลอดภัย เนื่องด้วยโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ต้องมีการใช้ยาเป็นระยะเวลานานหรือตลอดชีวิต ซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลด้านยาอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁾ เป็นความท้าทายที่ผู้ให้บริการดูแลด้านจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ความหลากหลายของการรักษาด้วยยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยา และความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ ดังนั้นเภสัชกรมีบทบาทที่สำคัญช่วยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้บรรลุเป้าหมายในการใช้ยา เป้าหมายการรักษาโดยรวม⁽¹⁰¹⁾ อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี



ตารางที่ 9 การศึกษาการบริบาลทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในต่างประเทศ

ชื่อ/ปี/รูปแบบการศึกษา	อาสาสมัคร	วัตถุประสงค์	การแทรกแซง	ผลการศึกษา
<ul style="list-style-type: none"> - Hashimoto and Tensho⁽²⁷⁾ - ค.ศ. 2016 - two-stage (pre-/post-intervention) study - ประเทศญี่ปุ่น 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยใน - จำนวน 52 คน - มีอาการทางจิตคงที่ ≥ 3 เดือน - รับประทานยานคงที่ ≥ 3 เดือน - รับประทานต้านโรคจิต ≥ 1 ชนิด 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผลการแทรกแซงของเภสัชกรต่อความเหมาะสมการสั่งจ่าย - เปรียบเทียบก่อน หลังและภาวะแทรกแซง 	<ul style="list-style-type: none"> - บริรักษากับจิตแพทย์ การสั่งจ่ายยาหลายชนิด และ/ หรือปริมาณยาต้านโรคจิตที่มากเกินไป มากกว่า 1,000 มก. / วัน ที่ขนาดเทียบเท่า chlorpromazine - ติดตามการหยุดยกรักษาโรคจิต แนะนำให้ลดขนาดลงทีละน้อย - แนะนำให้เพิ่มหรือเลิกใช้ยาที่มีฤทธิ์เดียวกัน - แนะนำให้ติดตามการรักษาเพื่อติดตามอาการไม่พึงประสงค์ 	<ul style="list-style-type: none"> - หลังการแทรกแซงโดยเภสัชกร มีความแตกต่างจากก่อนแทรกแซงอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้ - ขนาดการสั่งจ่ายต้านโรคจิตก่อนหลังลดลง ขนาด 982.6 มก. กับ ขนาด 857.6 มก.; $p < 0.001$ - จำนวนยกรักษาโรคจิต ก่อนเทียบกับหลังที่ 1 ปี; $p < 0.05$ - ค่าใช้จ่ายสำหรับยาทั้งหมด ก่อนเทียบกับหลัง; $p < 0.05$
<ul style="list-style-type: none"> - Hashimoto and Tensho⁽²⁸⁾ - ค.ศ. 2016 - cohort study - ประเทศญี่ปุ่น 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อประเมินผล - การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ข้อความเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ ที่อาจเกิดขึ้นโดยใช้ "รายการตรวจสอบ" พร้อมกับคำอธิบาย - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ 	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มที่ได้รับการแทรกแซง มีความสุขของการรับรู้เกี่ยวกับการไม่พึงประสงค์จากยาเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 96.6) ในผู้ป่วยจิตเภท หลังจากเภสัชกรให้ความรู้ และแสดงรายการการเกี่ยวข้องกับอาการไม่พึงประสงค์ 	

ตารางที่ 9 การศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในต่างประเทศ (ต่อ)

ชื่อ/รูปแบบการศึกษา	อาสาสมัคร	วัตถุประสงค์	การแทรกแซง	ผลการศึกษา
<ul style="list-style-type: none"> - Mishra et al.⁽²⁶⁾ - ค.ศ. 2017 - prospective randomized controlled study - ประเทศอินเดีย 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยนอก - จำนวน 26 คน - ผู้ป่วยถูกสุ่มเป็นสองกลุ่ม ดังนี้ - ผู้ป่วยที่ได้รับการแทรกแซง - ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการแทรกแซง 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผลของการให้ความรู้ต่อการให้ความรู้ต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้ผู้ป่วยโดยใช้แผ่นพับข้อมูล (Patient Information Leaflet; PILs) ที่พัฒนาขึ้นเพื่อการศึกษา ควบคู่ไปกับการให้คำปรึกษาหลังให้ความรู้ 	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มที่ได้รับการแทรกแซง มีความสม่ำเสมอในการรับประทาน คะแนแนเฉลี่ยคือ 1.75 ± 0.2 และคะแนนคุณภาพชีวิตคือ 24.17 ± 0.3 เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการแทรกแซงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) มีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทาน คะแนแนเฉลี่ย คือ 0.7 ± 0.67 คะแนนคุณภาพชีวิตคือ 16.12 ± 1.98

ตารางที่ 10 การศึกษาการบริบาลทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย

ชื่อ /ปี/ รูปแบบการศึกษา	อาสาสมัคร	วัตถุประสงค์	การแทรกแซง	ผลการศึกษา
- จิตรา เกณฑ์กระโทก (13) - พ.ศ. 2554 - experimental, randomized study	- ผู้ป่วยนอก - จำนวน 60 คน - แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม ด้วยการสุ่มแบบง่าย	- เพื่อประเมินผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและการให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ดูแล	- การค้นหา แก๊ง และการป้องกัน ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านโรคจิต และการดูแลปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล	- กลุ่มที่ได้รับการแทรกแซง มีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการแทรกแซง ดังนี้ - คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา - (ร้อยละ 91.0 ± 14.2 และ ร้อยละ 78.4 ± 17.9; p < .01) - ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) (15 ปัญหา และ 31 ปัญหา; p= .02) - คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคจิตและการดูแลปฏิบัติตัวของผู้ป่วย (10.7 ± 1.4 และ 9.4 ± 1.7) และผู้ดูแล (11.1 ± 1.2 และ 9.6 ± 1.6; p< .01) และสามารถประหยัลดต้นทุนการรักษา
- Wiriyasakul T. - ค.ศ. 2016 ⁽²⁴⁾ - prospective, randomized, controlled study	- ผู้ป่วยนอก - จำนวน 69 คน - แบ่งออกเป็นสองกลุ่มได้ 1. กลุ่มที่ได้รับการแทรกแซง (32 คน) 2. กลุ่มที่ไม่ได้รับการแทรกแซง (37 คน)	- เพื่อประเมินผลการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้เรื่องโรค และปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (DRPs)	- ได้รับความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาต้านโรคจิต ร่วมกัน - ได้รับความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ร่วมกันไป - การติดตามทางโทรศัพท์ และให้คำแนะนำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 4 สัปดาห์	- กลุ่มที่ได้รับการแทรกแซง มีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการแทรกแซง ดังนี้ - คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและยา ภายหลังได้รับการแทรกแซง มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001) แต่ไม่พบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยา (p=0.109) - อากรณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 2 กลุ่ม หลังสิ้นสุดการศึกษา (p<0.001 และ p=0.002 ตามลำดับ)

ตารางที่ 10 การศึกษาการปรับบทบาทเภสัชกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย (ต่อ)

ชื่อ/ปี/ รูปแบบการศึกษา	อาสาสมัคร	วัตถุประสงค์	การแทรกแซง	ผลการศึกษา
- Kaeokumbong C. (23) - ค.ศ. 2015 - experimental, randomized study	- ผู้ป่วยนอก - จำนวน 100 คน - แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม ด้วยการสุ่มแบบเป็น ระบบ 1) กลุ่มที่ได้รับการ แทรกแซง (50 คน) 2) กลุ่มที่ไม่ได้รับการ แทรกแซง (50 คน)	- เพื่อประเมินผลการ ปรับบทบาทเภสัชกรรมตาม แนวทาง mhGAP ในผู้ป่วยจิตเภท ต่อความ ร่วมมือในการใช้ยา อัตรา การกลับมาเป็นซ้ำ และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ติดตามทุกเดือน เป็น ระยะเวลา 6 เดือน	- ดำเนินการตามแนวทาง mhGAP ดังนี้ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับ โรค แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) การให้ความรู้เรื่องยา อาการ ข้างเคียง การแก้ไขเบื้องต้น 3) แนะนำการป้องกัน การกำเริบ สาเหตุที่ทำให้โรคกำเริบ	กลุ่มที่ได้รับการแทรกแซง มีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างจาก กลุ่มที่ไม่ได้รับการแทรกแซงอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้ - ความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 80.95 และร้อยละ 38.23; $p < 0.001$) - คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงทางจิตตามแบบประเมิน (BPRS) (24.00 ± 10.25 และ 28.00 ± 11.00 ; $p = 0.012$) - อัตราการกลับมาเป็นซ้ำของการทางจิต (4.36% และ 13.62%; $p < 0.001$) - คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตตามแบบประเมิน WHOQOL- BREF-THAI 26 (74.50 ± 13.53 และ 65.29 ± 11.53 ; $p = 0.002$) - จำนวนปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) ลดลงร้อยละ 27.97 และกลุ่มที่ไม่ได้รับการแทรกแซง เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.08

ตารางที่ 10 การศึกษาการบริโภคทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย (ต่อ)

ชื่อ /ปี/ รูปแบบการศึกษา	อาสาสมัคร	วัตถุประสงค์	การแทรกแซง	ผลการศึกษา
<p>- Sathienluckana T.⁽²²⁾</p> <p>- ค.ศ 2017</p> <p>- prospective, open-label, randomized, controlled study</p>	<p>- ผู้ป่วยนอก</p> <p>- จำนวน 41 คน</p> <p>- อาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย ถึงปานกลาง (BPRS) ระหว่าง 32 – 54</p> <p>- รับประทานยา ≥ 2 เดือน</p> <p>- แบ่งเป็นสองกลุ่มด้วยวิธีการสุ่ม</p> <p>1) กลุ่มที่ได้รับการแทรกแซง (18 คน)</p> <p>2) กลุ่มที่ไม่ได้รับการแทรกแซง (23 คน)</p>	<p>- ประเมินผลการแทรกแซงของเภสัชกรต่อต้านฤทธิ์ปัญญา (cognitive function) โดยมุ่งเน้นไปที่การหยุดยา anticholinergic เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์</p>	<p>- หลีกเลี่ยงหรือหยุดยาในกลุ่ม anticholinergic ซึ่งมีผลต่อบทบาทการทำงานด้านพุทธิปัญญา โดยเน้นผู้ป่วยรายที่ไม่มีการใช้การ extrapyramidal (EPS) จากยาต้านโรคจิตเป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์และไม่มีประวัติ EPS ที่รุนแรงโดยลดขนาดของ trihexyphenidyl 2–5 มก. ทุก ๆ 6 สัปดาห์</p> <p>- แนะนำให้เพิ่มยาด้านเศร้า หรือทดแทนด้วยยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (SGAs) ในผู้ป่วยที่ยังคงแสดงอาการทางลบที่เด่นอยู่</p> <p>- พิจารณาการทดแทน ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (SGAs) แทนยาด้านโรคจิตกลุ่มเก่า (FGAs) ในรายที่ระบุว่ามีความบกพร่องด้านพุทธิปัญญา และมีอาการทางจิตที่คงที่</p> <p>- การลดขนาดยาด้านโรคจิตในผู้ป่วยที่มี EPS แต่มีอาการทางจิตอื่น ๆ คงที่</p>	<p>กลุ่มที่ได้รับการแทรกแซง มีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการแทรกแซงดังนี้</p> <p>- ความบกพร่อง ความจำ และภาวะพุทธิปัญญา จากการใช้แบบประเมิน The Wisconsin Card Sort Test (WCST) ภายหลังได้รับการแทรกแซงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากค่าระดับพื้นฐาน (p = 0.003)</p> <p>- ปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) ลดลงในสัปดาห์ที่ 12 เท่ากับ 85.19% และกลุ่มที่ไม่ได้รับการแทรกแซงลดลงเท่ากับ 9.76%</p> <p>- การแทรกแซงที่พบบ่อยที่สุดคือคือการหยุดยา anticholinergics ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการจาก extrapyramidal</p>

ตารางที่ 10 การศึกษาการบริบาลทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย (ต่อ)

ชื่อ /ปี/ รูปแบบการศึกษา	อาสาสมัคร	วัตถุประสงค์	การแทรกแซง	ผลการศึกษา
<ul style="list-style-type: none"> - Chakkrit H. (25) - ค.ศ. 2019 <p>two case studies</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน หรือที่มี ความเสี่ยงต่อ ความรุนแรงในชุมชน จำนวน 2 คน โดยผ่านการ ประเมิน จาก จิตแพทย์แล้ว 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรม เฉพาะสาขาจิตเวชเชิงระบบ (integrated hospital medication management system for psychiatric pharmaceutical care, IHoMe-PCC) โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (shared decision making) 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาเครื่องมือการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับการวิเคราะห์หา gap analysis มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเข้าสู่ศูนย์ติดตาม ต่อเนื่องไปยังชุมชน - เพิ่มกระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม โดยกลัศ 3 ขั้นตอน <ol style="list-style-type: none"> 1) choice talk 2) option talk 3) decision talk 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลการบริบาลทางเภสัชกรรม เฉพาะสาขาจิตเวช ด้วยระบบ IHoMe-PCC ในผู้ป่วยสามารถเพิ่มความร่วมมือ ในการใช้ยาของผู้ป่วย และลดความเสี่ยงในการเกิดอาการกำเริบได้

โดยสรุปบทบาทของเภสัชกรมีความสำคัญในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการแทรกแซงต่าง ๆ เช่น การประสานแพทย์ เพื่อปรับลดขนาดยาต้านโรคจิตที่สูงมากกว่า 1,000 มิลลิกรัม การปรับลดจำนวนยาต้านโรคจิตที่ร่วมกันหลายชนิด^(22, 27) การให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล^(21, 23, 24, 26, 28) การลดขนาดยา trihexyphenidyl ในรายที่ไม่มีอาการ EPS ต่อเนื่องอย่างน้อย 4 สัปดาห์ การเพิ่มยาต้านเศร้าในรายที่มีอาการทางลบ⁽²²⁾ และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา⁽²⁵⁾ ผลลัพธ์จากการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทนั้น สามารถลดค่าใช้จ่ายสำหรับยา ขนาดการใช้ยาต้านโรคจิตเฉลี่ยลดลง จำนวนต้านยาโรคจิตเฉลี่ยลดลง (4) ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น^(21, 23) อัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง⁽²²⁻²⁵⁾ คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น^(23, 26) แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบผลการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในประเทศไทย ด้วยการติดตามและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งพบเป็นสาเหตุหลักของปัญหาจากการใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทหยุดการรักษา และต้องมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ดังนั้นการบริหารทางเภสัชกรรมด้วยการติดตามเฝ้าระวังและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ ตั้งแต่รับรักษาในโรงพยาบาลจนออกจากโรงพยาบาล อาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษาวิจัย

3.1 รูปแบบการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม ชนิดปกปิดฝ่ายเดียว (single-blinded randomized controlled study)

3.2 ขอบเขตการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญาแบบผู้ป่วยใน โดยดำเนินการศึกษาหลังได้รับการรับรองจริยธรรม การศึกษานี้เป็นการศึกษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน(กลุ่มศึกษา) และกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน (กลุ่มควบคุม) ที่ติดตามตั้งแต่ช่วงรับรักษาแบบผู้ป่วยในและติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก เพื่อศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัย (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ;DSM-5)⁽³¹⁾ และเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวช (international classification of disease; ICD -10) (F20.0 – F20.9)⁽³²⁾ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปทั้งชายและหญิงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 และผ่านเกณฑ์คัดเข้าการศึกษาวิจัย (inclusion criteria) และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3.3.1 เกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษาวิจัยของผู้ป่วย

- 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิต สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน
- 2) มีกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุด หรือมีการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อปี
- 3) อายุระหว่าง 18-60 ปี

4) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ให้บริการของ รพ. (เขตบริการสุขภาพจิตเขต 4 คือ สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา และปทุมธานี)

3.3.2 เกณฑ์คัดออกจากการศึกษาของผู้ป่วย

- 1) ผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนให้การรักษาด้วย (electroconvulsive therapy; ECT) ร่วมด้วย หรืออดีตเคยได้รับการรักษาด้วย ECT
- 2) ผู้ป่วยจิตเภทรายเดิมที่มีการจำหน่ายออกทุก 28 วัน และทำการรับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลใหม่ (เนื่องจากไม่มีช่วงเวลาที่ย่อยร่วมอยู่กับครอบครัว หรือผู้ดูแล)
- 3) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญา (mental retardation)

3.3.3 เกณฑ์ยุติการศึกษาของผู้ป่วย

- 1) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางกาย ต้องได้รับการรักษาไปยังโรงพยาบาลอื่น
- 2) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบ ขณะให้การสัมภาษณ์ที่ก่อให้เกิดความรุนแรง

3.3.4 เกณฑ์คัดเข้าการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วย

- 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป
- 2) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน การดูแลรับประทานยา หรือบุคคลที่ดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย สามารถให้ข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยได้ จนสิ้นสุดการศึกษาวิจัย
- 3) ไม่เจ็บป่วยทางจิต
- 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

3.3.5 การสุ่มและแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ผู้วิจัยรวบรวมจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละวันที่รับไว้รักษาแผนกผู้ป่วยใน และใช้วิธีแบ่งชั้นภูมิตามระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้
 - 1.1) ป่วยทางจิต 1 - 3 ปี
 - 1.2) ป่วยทางจิต 3 - 5 ปี
 - 1.3) ป่วยทางจิต 5 - 7 ปี
 - 1.4) ป่วยทางจิตมากกว่า 7 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบบล็อก (block of 4 randomization) แต่ละบล็อก แบ่งเป็นกลุ่มย่อยละ 4 คน มีอัตราส่วนการจัดกลุ่ม 1:1 โดยกำหนดให้กลุ่มศึกษา คือ (A) คือ กลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน กลุ่มควบคุมคือ (B) คือกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ผู้วิจัยสุ่มโดยใช้ตัวเลข ตัวสุดท้ายของเลขประจำตัวผู้ป่วย (AN) ของผู้ป่วยรายแรกใน

วันนั้น เพื่อเข้าในแต่ละกลุ่มย่อยจนครบ จึงเริ่มทำการสุ่มซ้ำใหม่ โดยมีวิธีการจัดเรียงตามกลุ่มย่อยในแต่ละบล็อกทั้งหมด 6 วิธีดังนี้ 1) AABB 2) ABBA 3) ABAB 4) BABA 5) BBAA 6) BAAB

ตารางที่ 11 การสุ่มแบบบล็อก

1	9	7	5	8	9	2	6	3	1	4	0
-	AABB	-	BBAA	-	AABB	ABBA	-	ABAB	-	BABA	BAAB

3.3.6 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ เพื่อประมาณค่าพารามิเตอร์ของประชากรและทดสอบสมมติฐาน ซึ่งยังไม่พบผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาแบบผู้ป่วยใน ด้วยการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ ผู้วิจัยจึงได้อ้างอิงการศึกษาโดย Gomez- Revueta และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างของผู้วิจัยมากที่สุด ซึ่งในการศึกษาของ Gomez- Revueta และคณะ⁽²⁴⁾ ที่ได้ทำการติดตามการใช้ยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท พบสัดส่วนกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาแบบผู้ป่วยในเกิดปัญหาจากการใช้ยาด้วยสาเหตุเกิดอาการไม่พึงประสงค์และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดปัญหาจากการใช้ยาด้วยทุกสาเหตุที่ 0.231 และ 0.792 ตามลำดับ สูตรที่ใช้คำนวณสัดส่วนประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยอ้างอิงจากรายของ Cohen ในตารางที่ 12⁽¹⁰²⁾ คำนวณขนาดตัวอย่าง ดังสูตรต่อไปนี้

$$n = \frac{[Z_{\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

เมื่อ n คือ จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยต่อกลุ่ม

P คือ $(P_1 + P_2) / 2 = 0.511$

P_1 คือ ค่าสัดส่วนที่ 1 = 0.972

P_2 คือ ค่าสัดส่วนที่ 2 = 0.231

$Z_{\alpha/2}$ คือ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีค่า $Z = 1.96$

Z_{β} คือ ระดับความสามารถการทดสอบความแตกต่าง

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{[1.96 \sqrt{2(0.511)(1-0.511)} + 0.84 \sqrt{0.792(1-0.792) + 0.231(1-0.231)}]^2}{(0.792-0.231)^2}$$

$$n = 15 \text{ คนต่อกลุ่ม}$$

สำหรับผลการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยใน ด้านค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการใช้ยา และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ยังไม่พบการศึกษา ดังนั้นในการศึกษานี้ คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยอ้างอิงจากตารางของ Cohen ในตารางที่ 12⁽¹⁰²⁾ ผู้วิจัยมีการกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 การทดสอบสองทาง (two-tailed test) ค่าอำนาจทดสอบ (power) ร้อยละ 80 และขนาดอิทธิพล (effect size, d) ปานกลาง เท่ากับ 0.5 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 63 ราย

$$N/\text{group} = \frac{2(Z_{1\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{d^2} = \frac{2(1.96 + 0.84)^2}{(0.50)^2} = 64 \text{ รายต่อกลุ่ม}$$

ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยพิจารณาขนาดตัวอย่างที่มากที่สุดตามวัตถุประสงค์ ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้จะมีจำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 64 ราย รวมทั้งสิ้น 128 ราย และทางผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อกรณีผู้ป่วยถอนตัวจากการศึกษา ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้ในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 70 ราย ใช้ตัวอย่างรวมทั้งหมด 140 ราย

ตารางที่ 12 ขนาดอิทธิพล⁽¹⁰²⁾

ประเภทสถิติ	ขนาดอิทธิพล		
	น้อย (small)	ปานกลาง (medium)	มาก (large)
T-test	$d = 0.20$	$d = 0.50$	$d = 0.80$
ANOVA	$f = 0.10$	$f = 0.25$	$f = 0.40$
Chi-square	$w = 0.10$	$w = 0.30$	$w = 0.50$
Correlation	$r = 0.10$	$r = 0.30$	$r = 0.50$
Regression	$f^2 = 0.02$	$f^2 = 0.15$	$f^2 = 0.36$

3.3.7 ตัวแปรที่ต้องการวัดในงานวิจัย

- 1) ตัวแปรต้น: การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน
- 2) ตัวแปรตาม
 - 2.1) สัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น
 - 2.2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ด้วยแบบสอบถาม (MTB-Thai)⁽³⁹⁾
 - 2.3) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่เปลี่ยนแปลงไป (ติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก - การรักษาแบบผู้ป่วยใน) ด้วยแบบสอบถาม PROMPT (พร้อมท์) ฉบับย่อ⁽⁴³⁾

3.3.8 การควบคุมคุณภาพของการศึกษาวิจัย

ตัวแปรกวน (confounder) ที่อาจส่งผลกระทบต่อสิ่งที่จะวัดผลและผลลัพธ์ โดยมีวิธีการควบคุม ดังนี้

1) ปัจจัยด้านบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะพื้นฐานของประชากรตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ค่า BMI โรคร่วม อาจมีความสัมพันธ์กับการวิจัย วิธีการควบคุมผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยเป็นชั้นภูมิตามระยะเวลาเจ็บป่วยทางจิต และทำการสุ่มแบบบล็อก เพื่อเข้ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ทำให้เชื่อมั่นได้ว่า กลุ่มตัวตัวอย่างที่ได้มาเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างที่ดี มีโอกาสได้รับการเข้าร่วมการศึกษาเท่าเทียมกัน

2) พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ประเมินระดับอาการทางจิต (BPRS) ของผู้ป่วย ก่อนได้รับความรู้จากพยาบาล และก่อนที่จะได้รับการประเมินผลจากผู้วิจัย และการบริหารทางเภสัชกรรมจากผู้วิจัย ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม โดยผู้ป่วยจะไม่ทราบว่ากลุ่มใด คือกลุ่มศึกษาหรือกลุ่มควบคุม

3) การวัดผลลัพธ์ทางคลินิก (สัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการประเมินเองทั้งสองกลุ่ม โดยกำหนดให้มีการใช้แบบสอบถามเชิงโครงสร้าง (structured interview) เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการดำเนินงาน ด้วยวิธีเดียวกันทั้งสองกลุ่มก่อนที่จะประเมินระดับความรุนแรงของการไม่พึงประสงค์ ทำให้เชื่อมั่นได้ว่าจะไม่มีการแทรกแซงของผู้วิจัยในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก สำหรับวิธีการแทรกแซงในการบริหารทางเภสัชกรรม ได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหา (content validity) กิจกรรมจากเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญสาขาจิตเวช รวมถึงชุดความรู้ที่ผู้วิจัยรวบรวมขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และได้มีการนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล

3.4 การดำเนินการศึกษาวิจัย

3.4.1 ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนดำเนินงานวิจัย

1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยชุดข้อมูลที่ผู้วิจัยจะให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งได้รับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลศรีธัญญาเลขที่รหัสโครงการ STY.COAO08/2564 และได้รับอนุญาตการใช้เครื่องมือเรียบร้อยแล้วนั้น กิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน ได้ผ่านการตรวจสอบโดยเภสัชกรที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวช ก่อนนำมาใช้จริง สำหรับความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา (MTB-Thai) ได้ผ่านการทดลองใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยฉบับของผู้ป่วยมีค่า Cronbach's alpha = 0.91 และของผู้ดูแลมีค่า Cronbach's alpha = 0.90 สำหรับความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา PROMPT (พร้อมท์) ฉบับย่อ ฉบับของผู้ป่วยจิตเภทมีค่า Cronbach's alpha = 0.92 ส่วนของผู้ดูแลมีค่า Cronbach's alpha = 0.91

2) ผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย และประสานงานขอความอนุเคราะห์โรงพยาบาลในการเก็บข้อมูลประจำหอผู้ป่วย เพื่อประเมินระดับอาการทางจิต (BPRS)

3.4.2 ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินงานวิจัย

1) ผู้วิจัยมีการแบ่งขั้นตอนการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน โดยแบ่งการศึกษาวิจัยเป็น 2 ช่วง ดังนี้

1.1) ช่วงการรับรักษาแบบผู้ป่วยใน

ผู้วิจัยดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการกำเริบของโรคหรือเฉียบพลัน (acute phase) ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อครั้งนาน 22 – 28 วัน ตามการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตที่ใช้ระยะเวลาในการออกฤทธิ์นาน^(3,11) ดังนั้นศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานในผู้ป่วยจิตเภทขณะรับรักษาแบบผู้ป่วยใน แสดงในตารางที่ 13 มีการแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.1.1) ระยะต้น (มีอาการทางจิต)

1.1.2) ระยะกลาง (อาการทางจิตสงบ)

1.1.3) ระยะเตรียมพร้อมจำหน่าย (อาการทางจิตคงที่)

1.2) ช่วงการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยเป็นการติดตามผลการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากออกโรงพยาบาล ซึ่งระยะเวลาการติดตามผลแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 2 – 4 สัปดาห์ ตามสิทธิ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย

ตารางที่ 13 ขั้นตอนการบริหารบาททางเภสัชกรรมและการรักษาตามมาตรฐานของแผนรับการรักษาผู้ป่วยใน

ขั้นตอนการดำเนินงาน	การดูแล	การติดตาม	กลุ่มควบคุม	การรักษาตามมาตรฐาน	กลุ่มศึกษา
ระยะที่ 1	ระยะต้น (มีเอกสารทางจิต)	วันที่ 1 - 2	1. เภสัชกรทำการประสานรายการยาและค้นหาปัญหาจากการสั่งใช้ยาระหว่างรายการยาและค้นหาปัญหาจากการสั่งใช้ยาระหว่างรายการยา ติดตามแก้ปัญหาจากรายการยา (DRPs) ที่พบ	1. เภสัชกรทำการประสานรายการยาและค้นหาปัญหาจากการสั่งใช้ยาจากรายการยา (DRPs) ที่พบ	การรับบาททางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน
		สัปดาห์ที่ 1 - 2	1. ผู้วิจัยดำเนินการติดตามระบุและประเมินผลอาการไม่พึงประสงค์สัมพันธ์กับยาที่ได้รับและประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ เมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์	1. ผู้วิจัยทำการใช้ยาเฉพาะรายสำหรับผู้ป่วย (patient medication monitoring) เพื่อวางแผนดูแลรักษาด้วย 2. ผู้วิจัยติดตามประวัติการใช้ยาทุกวัน (chart review) ด้วยระบบคอมพิวเตอร์เพื่อค้นหาปัญหาจากรายการยา (doctor's order sheet) ผู้วิจัยประสานพยาบาลเพื่อแจ้งแพทย์ทราบ ร่วมกับบันทึกลงในเวชระเบียน 3. ผู้วิจัยดำเนินการติดตามระบุและประเมินผลอาการไม่พึงประสงค์สัมพันธ์กับยาที่ได้รับ และประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ เมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์	1. ผู้วิจัยทำการใช้ยาเฉพาะรายสำหรับผู้ป่วย (patient medication monitoring) เพื่อวางแผนดูแลรักษาด้วย 2. ผู้วิจัยติดตามประวัติการใช้ยาทุกวัน (chart review) ด้วยระบบคอมพิวเตอร์เพื่อค้นหาปัญหาจากรายการยา (doctor's order sheet) ผู้วิจัยประสานพยาบาลเพื่อแจ้งแพทย์ทราบ ร่วมกับบันทึกลงในเวชระเบียน 3. ผู้วิจัยดำเนินการติดตามระบุและประเมินผลอาการไม่พึงประสงค์สัมพันธ์กับยาที่ได้รับ และประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ เมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์

ตารางที่ 13 ขั้นตอนการบริหารบาททางเภสัชกรรมและการรักษาตามมาตรฐานของแผนรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน	การดูแล	การติดตาม	กลุ่มควบคุม	กลุ่มศึกษา
<p>ระยะที่ 1 สัปดาห์ที่ 1-2</p>	<p>ระยะต้น (มีอาการทางจิต)</p>	<p>สัปดาห์ที่ 1 - 2</p>	<p>การรักษาตามมาตรฐาน</p>	<p>การบริหารบาททางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน</p> <p>4. ผู้วิจัยมีการติดตามความปลอดภัยจากการใช้ยา เพื่อเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และค้นหาอาการไม่พึงประสงค์ในเชิงรุก (intensive monitoring ADR) โดยมีการดำเนินงานย่อย 2 กิจกรรม ดังนี้</p> <p>1) ผู้วิจัยกำหนดติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตขนาดเทียบเท่า chlorpromazine มิลลิกรัมต่อวัน ที่สูงกว่า 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมกับพบปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปัจจัยจากทั้งหมด 8 ปัจจัย ดังนี้ ประวัติเป็นโรคหัวใจและหรือมีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ โรคตับ โรคไต รับประทานยามีอันตรกิริยาระหว่างกัน เคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาขนาดสูงมีประวัติสูบบุหรี่จัด (มากกว่า 20 มวน), อ้วน (BMI>23) และโรคเบาหวาน ผู้วิจัยใช้เพื่อเครื่องมือค้นหาอาการไม่พึงประสงค์โดยติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการทางคลินิกและสัญญาณชีพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ, อุณหภูมิร่างกาย เป็นต้น เมื่อผู้วิจัยพบปัญหาหรือความผิดปกติ ประสานพยาบาล เพื่อแจ้งแพทย์ทราบด้วยแบบแจ้งเตือนปัญหา (notify alerting DRPs) ร่วมกับบันทึกลงในเวชระเบียนเพื่อให้ผู้รับทราบ</p>

ตารางที่ 13 ขั้นตอนการบริการทางการแพทย์และการศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน	การดูแล	การติดตาม	กลุ่มควบคุม	กลุ่มศึกษา
ระยะที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 - 2	ระยะต้น (มีอาการทางจิต)	ช่วงระหว่าง (วันที่ 1 - 14)	การรักษาตามมาตรฐาน	<p>การบริการทางการแพทย์ร่วมกับการศึกษาตามมาตรฐาน</p> <p>2) ผู้วิจัยกำหนดตัวติดตาม (trigger tools) เพื่อใช้เป็นตัวกรองคัดกรองการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาคันโธจิต เมื่อพบการได้รับยา (antidote) อย่างน้อย 1 รายการ จากทั้งหมด 6 รายการ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - trihexyphenidyl ขนาดมากกว่า 15 มก./วัน สงสัยอาการ extrapyramidal และเสี่ยงต่อ anticholinergic side effects เพิ่มขึ้น - diphenhydramine ขนาดมากกว่า 200 มก./วัน สงสัยอาการ extrapyramidal และเสี่ยงต่อ anticholinergic side effects เพิ่มขึ้น - benzotropine injection สงสัยอาการ extrapyramidal แบบ dystonia - diazepam injection สงสัยอาการ extrapyramidal แบบ dystonia - propranolol สงสัยอาการหัวใจเต้นเร็วหรืออาการ extrapyramidal แบบ akathisia - bromocriptine สงสัยอาการแสดงภาวะโพรแลคตินสูง (hyperprolactinemia) หรือภาวะ neuroleptic malignant syndrome <p>ผู้วิจัยค้นหาสาเหตุการได้รับยา พร้อมประเมินไม่พึงประสงค์ และระดับความรุนแรงร่วมกับบันทึกข้อมูลลงในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ และติดสติ๊กเกอร์ลงในเวชระเบียน เพื่อป้องกันการเกิดอาการดังกล่าวซ้ำ</p>

ตารางที่ 13 ขั้นตอนการบริการทางเภสัชกรรมและการศึกษาตามมาตรฐานและกระบวนการรับบริการรักษาแบบผู้ป่วยใน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน	การดูแล	การติดตาม	กลุ่มควบคุม	กลุ่มศึกษา
ระยะที่ 2 สัปดาห์ที่ 3	ระยะกลาง (มีอาการทางจิตสงบ)	ช่วงระหว่าง (วันที่ 15 - 21)	<p>การรักษามาตรฐาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลประเมินอาการทางจิต (BPPS) ก่อนการให้ความรู้กับผู้ป่วย และก่อนที่จะได้รับการประเมินผลจากผู้วิจัย 2. พยาบาลให้ความรู้แนะนำเกี่ยวกับเรื่องโรคและยา รายการ (10-15 คน) (SLA program) ระยะเวลา 45 - 60 นาที 3. ผู้วิจัยดำเนินการติดตามระบุและประเมินผลอาการไม่พึงประสงค์สัมพัทธ์กับยาที่ได้รับ และประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ เมื่อพยาบาลมีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยา (spontaneous monitoring ADR) 	<p>การบริการทางเภสัชกรรมร่วมกับบริการรักษามาตรฐาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลประเมินอาการทางจิต (BPPS) ก่อนการให้ความรู้กับผู้ป่วย และก่อนที่จะได้รับการประเมินผล และการบริการปรึกษาทางเภสัชกรรมจากผู้วิจัย 2. พยาบาลให้ความรู้แนะนำเกี่ยวกับเรื่องโรคและยา รายการ (10-15 คน) (SLA program) ระยะเวลา 45 - 60 นาที 3. ผู้วิจัยดำเนินการติดตามระบุและประเมินผลอาการไม่พึงประสงค์สัมพัทธ์กับยาที่ได้รับ เมื่อพยาบาลมีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยา (spontaneous monitoring ADR) 4. ผู้วิจัยลงตรวจเยี่ยมผู้ป่วย แนะนำตัวซักถามข้อสงสัย หรือปัญหาการใช้ยา ก่อนให้ความรู้และให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย หัวข้อที่ผู้ป่วยสนใจ เช่น เรื่องโรคและยา การกินยาร่วมกับแอลกอฮอล์ เป็นต้น ด้วยชุดความรู้ที่ผู้วิจัยรวบรวมขึ้น เอกสารอ้างอิงหมายเลข 15 (ระยะเวลาไม่เกิน 45 - 60 นาที) 5. ผู้วิจัยมีการติดตามค้นหา และแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ด้วยการสอบถามอาการจากผู้ป่วย เมื่อพบปัญหาผู้วิจัยดำเนินการแก้ไขเพิ่มเติม กรณีต้องรายงานแพทย์ผู้วิจัยประสานพยาบาล ผ่านแบบแจ้งเตือนผู้วิจัยกรณีสืบเนื่องจากการใช้ยาร่วมกับบันทึกลงในเวชระเบียนเพื่อให้ผู้อื่นรับทราบ

ตารางที่ 13 ขั้นตอนการบริหารบาททางเภสัชกรรมและการรักษาตามมาตรฐานของแผนรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน	การดูแล	การติดตาม	กลุ่มควบคุม	กลุ่มศึกษา
ระยะที่ 3 สัปดาห์ที่ 4	ระยะ เตรียมพร้อม จำหน่าย (อาการทางจิต คงที่)	ช่วงระหว่าง (วันที่ 22 - 28) ผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม การรักษาตามมาตรฐาน 1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับยากลับบ้านเพื่อ ผู้ป่วย	กลุ่มศึกษา การบริหารบาททางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน 1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับยากลับบ้านที่หอบผู้ป่วย 2. ผู้วิจัยให้คำแนะนำรายการยากลับบ้าน และให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องโรคและยาด้วยชุดความรู้เดิมที่ผู้วิจัยรวบรวมขึ้นก่อนกลับไปบ้านอีกครั้ง

3.4.3 ขั้นตอนที่ 3 การเก็บและการรวบรวมข้อมูล

1) ช่วงการรักษาแบบผู้ป่วยใน

1.1) วันที่ 1 - 2 วัน แรกการรักษาแบบผู้ป่วยใน (ประเมินโดยผู้ดูแล)

ขณะแรกรับผู้ป่วยมีการกำเริบของโรค ดังนั้นการเก็บข้อมูลของผู้ป่วย ใช้วิธีการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย อ้างอิงกับข้อมูลเวชระเบียน โดยใช้แบบสอบถามดังต่อไปนี้

1.1.1) แบบสอบถามพฤติกรรมกรการใช้ยา (MTB-Thai)

1.1.2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT) ฉบับย่อ

1.2) วันที่ 1 - 27/สัปดาห์ที่ 1 - 3 ของการรักษาแบบผู้ป่วยใน (รายงานโดยผู้ป่วย)

ผู้วิจัยประเมินความสัมพันธ์ของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบและระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ เมื่อพยาบาลมีการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเข้าร่วมศึกษาวิจัยจากผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยพร้อม คือ มีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนนจากแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS ผู้วิจัยติดตามสอบถามอาการไม่พึงประสงค์จากผู้ป่วย พร้อมบันทึกผลและระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ (ครั้งที่ 1)

1.3) วันที่ 22 - 28 /สัปดาห์ที่ 4 ของการรักษาแบบผู้ป่วยใน (รายงานโดยผู้ป่วย)

ผู้วิจัยติดตามสอบถามอาการไม่พึงประสงค์จากผู้ป่วย พร้อมบันทึกผลและระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ (ครั้งที่ 2) และก่อนออกจากโรงพยาบาล ดำเนินการสอบถามด้วย ดังนี้

1.3.1) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT) ฉบับย่อ

สำหรับกรณีผู้วิจัยพบการประเมินผลคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยมีแนวโน้มอยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยมีการบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนร่วมด้วย เพื่อให้วิชาชีพอื่น ๆ รับทราบ

2) ช่วงติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก

2.1) ติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก 14 - 30 วัน (ประเมินโดยผู้ดูแลและผู้ป่วย)

ผู้วิจัยดำเนินการติดตามผลในครั้งสุดท้ายของการศึกษาก่อนเข้าพบแพทย์ โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย ทำการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วย ด้วยแบบสอบถามดังต่อไปนี้

2.1.1) แบบสอบถามพฤติกรรมกรการใช้ยา (MTB-Thai)

2.1.2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT) ฉบับย่อ

2.1.3) ประเมินร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา ด้วยวิธีการนับเม็ดยา

สำหรับกรณีที่แพทย์ไม่ได้นัดรักษาต่อที่โรงพยาบาลเดิมหรือไปรักษาใกล้บ้าน ผู้วิจัยมีการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย ก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน ในการเดินทางมาประเมินผลในครั้งสุดท้ายของการศึกษา กรณีไม่สะดวกผู้วิจัยใช้วิธีการโทรศัพท์สอบถามเพื่อประเมินผล ส่วนภายหลังเสร็จสิ้น

การประเมินผลในครั้งสุดท้าย ผู้วิจัยพบว่าผลคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา มีคะแนนน้อยกว่า 21 คะแนน หรืออยู่ในระดับต่ำ รวมถึงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละมิติน้อยกว่า 25 คะแนน ผู้วิจัยมีการบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนร่วมด้วย เพื่อให้วิชาชีพอื่น ๆ รับทราบ

การเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัย

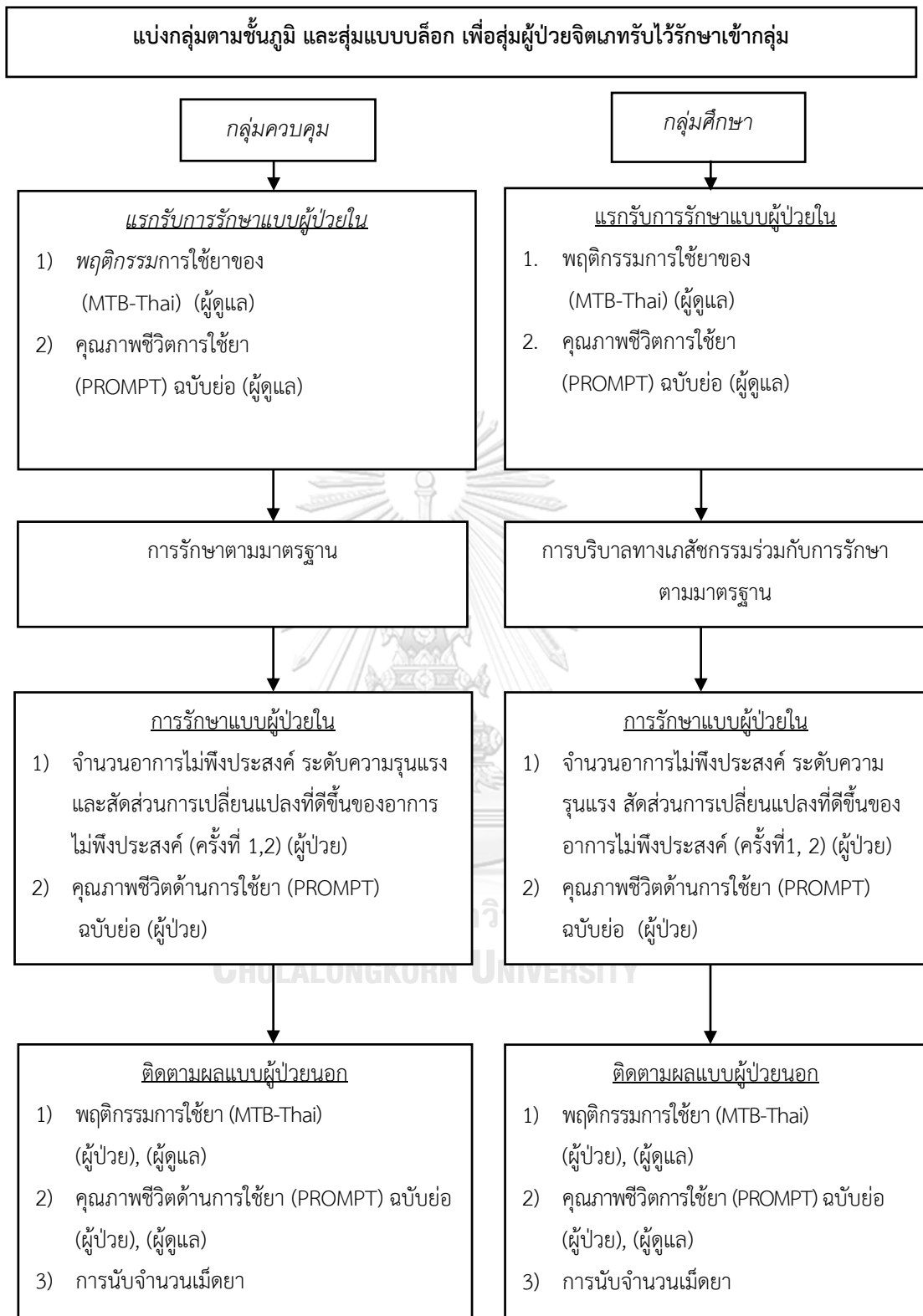
ระยะเวลา การติดตาม	การบริหารทางเภสัชกรรม	เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์	ประเมิน โดย	รายงาน โดย
การรักษาแบบผู้ป่วยใน				
(วันที่ 1 - 2)	1. รายการใช้ยาเฉพาะราย 2. ติดตามการสั่งใช้ยาทุกวัน 3. ติดตาม ADRs เชิงรุก - high dose APs - trigger tools	1. แบบสอบถาม พฤติกรรมการใช้ยา (MTB-Thai) 2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการ ใช้ยา PROMPT ฉบับย่อ	ผู้ดูแล	
(วันที่ 1 - 27) หรือสัปดาห์ที่ 1 - 3	1. การติดตาม ADRs เชิงรุก - high dose APs - trigger tools 2. ให้ความรู้เฉพาะรายแก่ ผู้ป่วยด้วยชุดความรู้ที่จัดทำ	1. รายงานอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนทางยาของ รพ. 2. แบบประเมินความสัมพันธ์อาการไม่ พึงประสงค์จากการใช้ยา (Naranjo's algorithm) 3. แบบสอบถามอาการไม่พึงประสงค์ 4. แบบประเมินระดับความรุนแรงของ อาการไม่พึงประสงค์		ผู้ป่วย
(วันที่ 22 -28) หรือสัปดาห์ที่ 4	1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลด้วยชุดความรู้ใหม่ที่จัดทำ พร้อมส่งมอบยกก่อนกลับบ้าน	1. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการ ใช้ยา (PROMPT) (พร้อมท์) ฉบับย่อ 2. แบบประเมินความสัมพันธ์ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Naranjo's algorithm) 3. แบบสอบถามอาการไม่พึงประสงค์ 4. แบบประเมินระดับความ รุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์		ผู้ป่วย
ติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก				
หลังจำหน่าย (14 -30 วัน) ตามสิทธิ์ รักษา		1. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ ยา (MTB-Thai) 2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้าน การใช้ยา (PROMPT) ฉบับย่อ	ผู้ป่วย และ ผู้ดูแล	
		ร้อยละความร่วมมือด้วยการนับเม็ดยา	เภสัชกร	

3.5 วิเคราะห์ผลการศึกษาวิจัย

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 22 ภายใต้ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มตามสมมติฐานใช้สถิติที่เหมาะสม

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐาน	ตัวแปรต้น	ตัวแปรตาม	สถิติที่ใช้
1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการ บริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการ รักษาตามมาตรฐาน จะมีสัดส่วน ของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่ เปลี่ยนแปลงดีขึ้น <u>มากกว่า</u> กลุ่มที่ ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน	การบริหารทาง เภสัชกรรมร่วมกับการ รักษาตามมาตรฐาน	- สัดส่วนของจำนวน อาการไม่พึงประสงค์ที่ เปลี่ยนแปลงดีขึ้น (ตัวแปรกลุ่ม)	- Chi-square test / Fisher's exact test
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการ บริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการ รักษาตามมาตรฐาน จะมีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยา <u>มากกว่า</u> กลุ่มที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน	การบริหารทาง เภสัชกรรมร่วมกับการ รักษาตามมาตรฐาน	- ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการใช้ยา (ตัวแปรต่อเนื่อง)	- Independent t- test/ Mann-Whitney U test
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการ บริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการ รักษาตามมาตรฐาน จะมีคะแนน เฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา <u>มากกว่า</u> กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ตามมาตรฐาน	การบริหารทาง เภสัชกรรมร่วมกับการ รักษาตามมาตรฐาน	ผลต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนคุณภาพชีวิต ด้านการใช้ยาที่ เปลี่ยนแปลงไป (ติดตามผลแบบผู้ป่วย นอก – การรักษาแบบ ผู้ป่วยใน) (ตัวแปร ต่อเนื่อง)	- Independent t- test/ Mann-Whitney U test กรณีเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนระหว่างกลุ่ม ควบคุมและศึกษา มี ความแตกต่างกัน - ANCOVA



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการประเมินผลการศึกษาวิจัย

3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและข้อมูลการใช้ยาเฉพาะราย (เอกสารหมายเลข 5) ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้ อายุ เพศ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) โรคร่วมทางกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การดื่มเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน การออกกำลังกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต ชื่อยา รายการยาที่ได้รับ ขนาดยาที่ได้รับต่อวัน วันที่เริ่มใช้ยา วันที่หยุดใช้ยา จำนวนยาที่ได้รับต่อวัน

2. แบบแจ้งเตือนเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยา (notify alerting DRPs) ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้ ทั้งหมดสามส่วนดังนี้ (เอกสารหมายเลข 6)

ส่วนที่ 1 ปัญหาจากการใช้ยา (DRPs)

ส่วนที่ 2 การจัดการปัญหาจากการใช้ยาโดยผู้วิจัย

ส่วนที่ 3 แนวทางการแก้ปัญหาเฉพาะราย การติดตามหลังจัดการปัญหาจากการใช้ยา

ส่วนที่ 4 การจัดการปัญหาจากการใช้ยาของแพทย์

3. แบบติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงอาการไม่พึงประสงค์ การใช้ยาด้านโรคจิตในขนาดสูง การใช้ยาด้านโรคจิตร่วมกัน ประกอบด้วยรายละเอียดสองส่วน ดังนี้ (เอกสารหมายเลข 7)

ส่วนที่ 1 ปัญหาจากการใช้ยาด้านโรคจิตในขนาดสูง หรือใช้ร่วมกัน ขนาดเกิน 1,000 มก./วัน ที่ขนาดเทียบเท่า chlorpromazine

ส่วนที่ 2 ชนิดยาที่พบการสั่งใช้ยา (antidote) ใน 6 รายการ ร่วมกับวันที่สั่งใช้

4. แบบบันทึกอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ เป็นแบบ checklist ที่ผู้ป่วยรายงาน ประกอบด้วยอาการที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่พบได้บ่อยในยาด้านโรคจิต และแบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ (เอกสารหมายเลข 8)

5. แบบประเมินความสัมพันธ์ของอาการไม่พึงประสงค์กับยาที่ได้รับ (Naranjo's algorithm) (เอกสารหมายเลข 9)

6. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) มีทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งตามระดับความรุนแรงของอาการ 0 - 7 คะแนนในแต่ละข้อคำถาม คะแนนรวมทั้งหมด 18 - 126 คะแนน (เอกสารหมายเลข 10)

การแปลผล

คะแนนรวมทั้งหมด 18 - 126 คะแนน

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนนมีอาการระดับน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนนมีอาการระดับมาก

7. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยา (medication taking behavior questionnaire; MTB-Thai) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Sakthong P. และคณะ⁽³⁹⁾ แบบสอบถามนี้ มีค่าความเที่ยง Cronbach's

alpha เท่ากับ 0.709⁽⁴⁰⁾ แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ข้อคำถามแต่ละข้อคำถาม มีคะแนน ตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน ระดับความร่วมมือการใช้จ่าย แบ่งเป็น 3 ระดับ (เอกสารหมายเลข 11)

การแปลผล

ระดับต่ำ น้อยกว่าเท่ากับ 21 คะแนน

ระดับปานกลาง 22 - 23 คะแนน

ระดับสูง 24 คะแนน

8. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่าย (PROMPT) (พร้อมท์) ฉบับย่อ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Sakthong P. และคณะ⁽⁴³⁾ แบบสอบถามนี้มีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha เท่ากับ 0.785⁽⁴⁰⁾ ข้อคำถามประกอบด้วยทั้งหมด 16 ข้อ มีทั้งหมด 8 มิติ (เอกสารหมายเลข 12)

การคิดคะแนนในแต่ละมิติ คะแนนจะอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน

การแปลผล

0 - 25 คะแนน

26 - 50 คะแนน

51 - 75 คะแนน

76 - 100 คะแนน

ระดับต่ำ

ระดับพอใช้ถึงถึงปานกลาง

ระดับเกือบดีถึงดี

ระดับดีมากถึงดีเยี่ยม

คำนวณได้ตามดังนี้

$$\frac{100 \times (\text{คะแนนที่ประเมินได้} - \text{คะแนนต่ำสุดของแต่ละมิติ})}{(\text{คะแนนสูงสุดแต่ละมิติ} - \text{คะแนนต่ำสุดแต่ละมิติ})}$$

9. แบบเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (ผู้ดูแล) (เอกสารหมายเลข 13)

10. เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ผู้ดูแล) หรือ (ผู้ป่วย) (เอกสารหมายเลข 14)

11. ชุดข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยาต้านโรคจิต (เอกสารหมายเลข 15)

12. สติกเกอร์เฝ้าระวังความเสี่ยงการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ซ้ำ (สีเหลือง) (เอกสารหมายเลข 16)

13. เอกสารการรับรองจริยธรรมภายในคน (เอกสารหมายเลข 17)

14. การตรวจสอบความสอดคล้องของเครื่องมือระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล (เอกสารหมายเลข 18)

3.7 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยได้รับพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลศรีธัญญา รหัสโครงการ STY.CO008/2564 งานวิจัยนี้สามารถวิเคราะห์ข้อพิจารณาทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person)

เนื่องด้วยการศึกษาวิจัยนี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล อาจทำให้เกิดการได้มาของข้อมูลอาจทำได้ยากและลำบากจากสภาวะโรคที่กำลังกำเริบ ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมจากผู้ดูแลแทนผู้เข้าร่วมวิจัยในขณะที่มีอาการทางจิตกำเริบ และภายหลังอาการทางจิตสงบผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมด้วย ผู้วิจัยมีการชี้แจงรายละเอียดก่อนเข้าร่วมวิจัย ให้ผู้ดูแลที่เข้าร่วมวิจัยมีการตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยมีการบันทึกข้อมูลอย่างมิดชิด ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย อาการไม่พึงประสงค์ที่พบจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ จะมีเพียงแพทย์ผู้ทำการรักษา พยาบาล ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้ดูแลเท่านั้นที่ทราบถึงรายละเอียด จะไม่มีบุคคลอื่นใดสามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยตั้งแต่ระหว่างการวิจัย จนถึงการนำเสนอผลงานวิชาการ

หลักแห่งผลประโยชน์ (Beneficence)

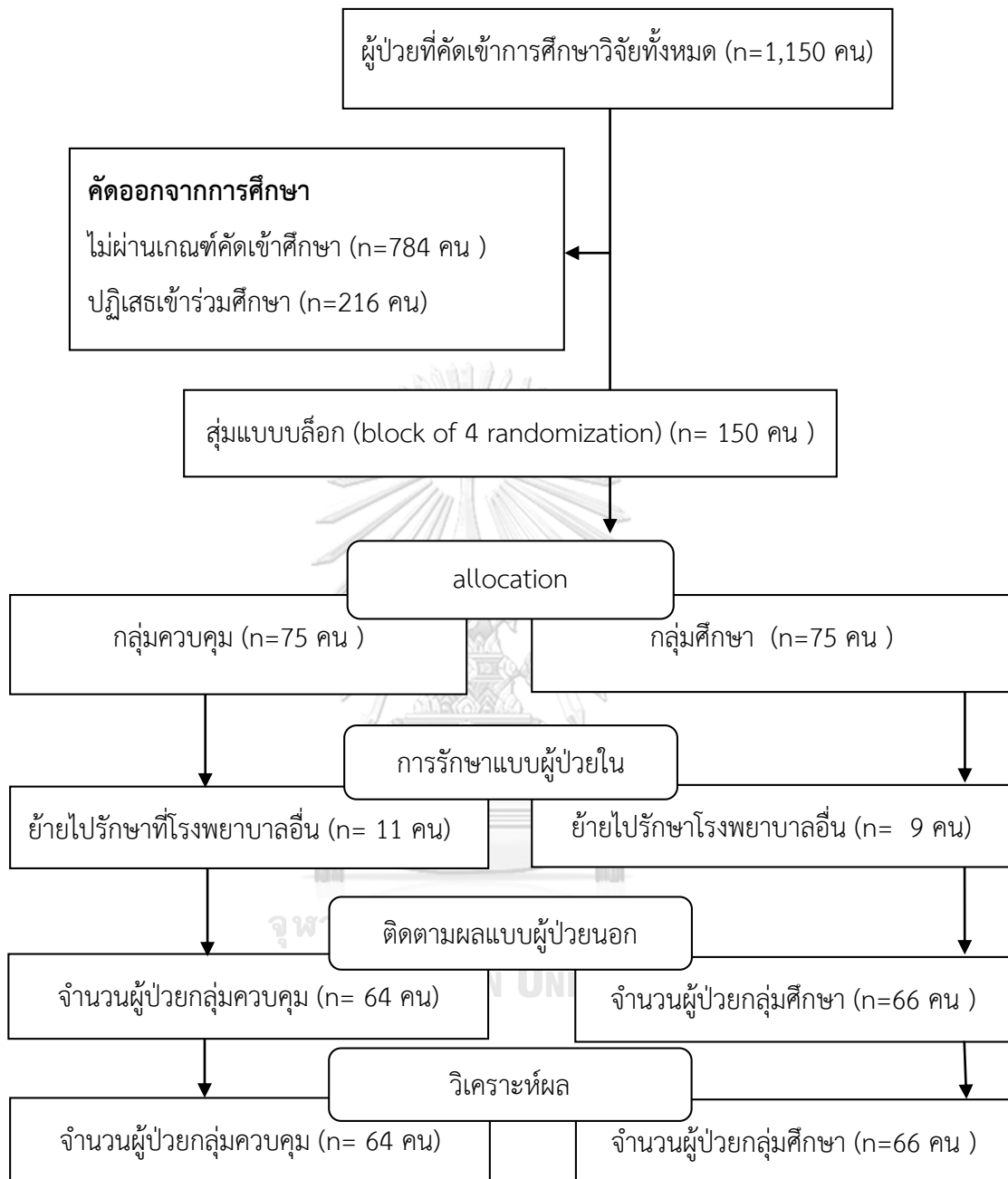
งานวิจัยมุ่งเน้นการศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวม ระหว่างรับรักษาในโรงพยาบาล ผู้เข้าร่วมวิจัย หมายถึง ผู้ป่วยขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จะได้รับประโยชน์ จากการค้นหาปัญหาจากการใช้ยา การเฝ้าระวังติดตามอาการไม่พึงประสงค์ เฝ้าระวังการใช้ยาด้านโรคจิตในขนาดสูง นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ดูแล จะได้รับประโยชน์จากคำแนะนำเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การจัดการเบื้องต้น การแนะนำรายการยา การให้ความรู้เรื่องยาก่อนกลับบ้าน ระหว่างการศึกษานี้ มีการสัมภาษณ์ซึ่งอาจเกิดความความเครียดเล็กน้อย อาจมีคำถามที่ไม่อยากตอบ สามารถออกจากการศึกษาวิจัยนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับการรักษา

หลักแห่งความยุติธรรม (Justice)

งานวิจัยนี้มีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา เกณฑ์การคัดออก ตรงตามวัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดกับผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายมีโอกาสจะได้รับการคัดเลือกอย่างเท่าเทียมกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงข้อมูลผลการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่อเทียบกับการรักษาตามมาตรฐาน โดยพิจารณาจากสัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา และคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา
2. ได้ข้อมูลผลการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา และอาจนำไปพัฒนาแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน



ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการคัดผู้ป่วยเข้าการศึกษาวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ในผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่าง มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษาวิจัย จำนวน 150 ราย จากนั้นสร้างบัญชีรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านเกณฑ์ เพื่อแบ่งผู้ป่วยเป็นชั้นภูมิตามระยะเวลาการป่วยทางจิต แล้วสุ่มเข้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษากลุ่มละ 75 คน โดยกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วย 11 คน ถูกย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น สำหรับกลุ่มศึกษามีผู้ป่วยจำนวน 9 คน ถูกย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ดังนั้นเหลือผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาวิจัยทั้งหมดจำนวน 130 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 64 คน และกลุ่มศึกษาจำนวน 66 คน

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. อาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยจิตเภท
3. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท
4. คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

4.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเภท

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทแสดงในตารางที่ 14 ผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาแบบผู้ป่วยใน สามารถพบได้ทั้งเพศหญิงและชาย ในกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 39.52 ± 10.21 ปี และกลุ่มศึกษา 38.11 ± 9.99 ปี ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกิน ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 23.10 ± 4.93 กก./ม² และกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ย 23.58 ± 5.00 กก./ม² โดยผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตโดยเฉลี่ย 6.41 ± 3.82 ปี (ค่าต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 17 ปี) และในกลุ่มศึกษา 5.73 ± 3.39 ปี (ค่าต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 11 ปี) ระดับการศึกษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา สำหรับสถานภาพปัจจุบันของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่โสดร้อยละ 67.20 เช่นเดียวกับ กลุ่มศึกษาที่พบร้อยละ 66.70 สำหรับเรื่องอาชีพนั้น ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 85.90 และในกลุ่มศึกษาร้อยละ 75.80 และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ เช่นเดียวกัน ร้อยละ 84.40 และร้อยละ 77.30 ตามลำดับ

4.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยาของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยาแสดงในตารางที่ 15 ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมร้อยละ 84.40 และกลุ่มศึกษาร้อยละ 78.80 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกาย พบโรคร่วมทางกายสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ตามลำดับ โดยจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับโดยเฉลี่ยต่อวัน ในกลุ่มควบคุม 4.34 ± 1.82 รายการ/วัน (ค่าต่ำสุด 1 รายการ และสูงสุด 11 รายการ) และกลุ่มศึกษา 4.45 ± 1.48 รายการ/วัน (ค่าต่ำสุด 3 รายการ และสูงสุด 9 รายการ) สำหรับยาต้านโรคจิตที่พบว่ามีการใช้สูงสุดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาคือ risperidone ร้อยละ 60.9 และร้อยละ 65.20 โดยยาต้านโรคจิตที่ได้รับในขนาดเทียบเท่า chlorpromazine มิลลิกรัมต่อวัน ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคือ 733.20 ± 651.60 มิลลิกรัมต่อวัน และในกลุ่มศึกษา 625.39 ± 488.03 มิลลิกรัมต่อวัน

4.1.3 พฤติกรรมทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยแสดงในตารางที่ 16 พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม และกลุ่มศึกษา ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ดื่มกาแฟ ชา น้ำอัดลมและเครื่องดื่มชูกำลัง โดยมีจำนวนผู้ป่วยดื่มกาแฟในกลุ่มควบคุมร้อยละ 70.30 และกลุ่มศึกษาร้อยละ 71.20 และมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย ในกลุ่มควบคุมร้อยละ 34.4 กลุ่มศึกษาร้อยละ 37.90 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ออกกกำลังกาย เช่นเดียวกัน กลุ่มควบคุม ร้อยละ 98.40 และกลุ่มศึกษาร้อยละ 89.40 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามเมื่อนำข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยา และข้อมูลพฤติกรรมด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มศึกษามาเปรียบเทียบกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

4.1.4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.30 มีอายุเฉลี่ย 49.60 ± 12.94 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 76.90 สถานภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมีคู่สมสร้อยละ 88.50 และหย่าร้างร้อยละ 11.50 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 98.50 และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 89.20) ซึ่งมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 5.24 ± 3.38 ปี ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดาหรือมารดาร้อยละ 60.80 คู่สมสร้อยละ 33.10 และบุตรร้อยละ 6.20 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 14 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)	
เพศ ^b			0.726
ชาย	31 (48.40)	34 (51.50)	
หญิง	33 (51.60)	32 (48.50)	
อายุ ^a (ปี)	39.52 \pm 10.21	38.11 \pm 9.99	0.428
ดัชนีมวลกาย ^a	23.10 \pm 4.93	23.58 \pm 5.00	0.580
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	14.64 - 37.11	14.69 - 41.67	
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการป่วยจิต ^a (ปี)	6.41 \pm 3.829	5.73 \pm 3.39	0.738
ช่วงระยะเวลาการป่วยจิต ^b (ปี)			0.566
1-3 ปี	19 (29.70)	25 (37.90)	
3-5 ปี	14 (21.90)	10 (15.20)	
5-7 ปี	5 (7.80)	3 (4.50)	
>7 ปีขึ้นไป	26 (40.60)	28 (42.40)	
ระดับการศึกษาสูงสุด ^b			0.367
ประถมศึกษา	9 (14.10)	12 (18.20)	
มัธยมศึกษา	41 (64.10)	34 (51.50)	
ปริญญาตรี	13 (20.3)	16 (24.20)	
ปริญญาโท	1 (1.60)	4 (6.10)	
สถานภาพ ^b			0.977
โสด	43 (67.20)	44 (66.70)	
สมรส	14 (21.90)	14 (21.20)	
หย่าร้าง	7 (10.90)	8 (12.10)	
อาชีพ ^b			0.193
ว่างงาน	55 (85.90)	50 (75.80)	
รับจ้าง	9 (14.10)	14 (21.20)	
รับราชการ	0 (0.00)	2 (3.00)	

^a Independent T-Test, ^b Pearson Chi Square Test

ตารางที่ 14 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)	
รายได้ ^b			0.436
ไม่มีรายได้	54 (84.40)	51 (77.30)	
< 10,000 บาท	5 (7.80)	7 (10.60)	
10,000 – 15,000 บาท	4 (6.30)	8 (12.10)	
> 15,000 บาท	1 (1.60)	0 (0.00)	

^a Independent T-Test, ^b Pearson Chi Square Test

ตารางที่ 15 ข้อมูลด้านโรคและยาของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)	
จำนวนผู้ป่วยที่มีโรคทางกายอื่น ^b			0.412
ไม่มีโรคร่วมอื่น	54 (84.40)	52 (78.80)	
มีโรคร่วมอื่น	10 (15.60)	14 (21.20)	
กลุ่มโรคทางกาย ^c			
โรคความดันโลหิตสูง	3 (4.70)	7 (10.60)	0.325
โรคไขมันในเลือดสูง	5 (7.80)	5 (7.60)	1.000
โรคเบาหวาน	3 (4.70)	5 (7.60)	0.718
โรคลมชัก	0 (0.00)	4 (6.10)	0.119
โรคตับ	1 (1.60)	1 (1.50)	1.000
โรคหอบหืด	0 (0.00)	1 (1.50)	1.000
โรคไทรอยด์	1 (1.60)	0 (0.00)	0.492
โรคไต	0 (0.00)	1 (0.80)	1.000
ค่าเฉลี่ยจำนวนโรคทางกายอื่นที่พบใน ผู้ป่วย ^a	1.30 \pm 0.94	1.60 \pm 0.91	0.300

^a Independent T-Test, ^b Pearson Chi Square Test, ^c Fisher's Exact Test

ตารางที่ 15 ข้อมูลด้านโรคและยาของผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)	
ค่าเฉลี่ยจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ในแต่ละวัน ^a	4.34 \pm 1.82	4.45 \pm 1.48	0.704
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	1 - 11	3 - 9	
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่ม เก่าชนิดต่าง ๆ ^b			0.351
haloperidol	16 (25.0)	9 (13.60)	
perphenazine	16 (25.0)	15 (22.7)	
chlorpromazine	15 (23.40)	11 (16.70)	
flupentixol	0 (0.00)	4 (6.10)	
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่ม ใหม่ชนิดต่าง ๆ ^b			0.310
risperidone	39 (60.9)	43 (65.20)	
clozapine	15 (23.40)	8 (12.10)	
quetiapine	3 (4.70)	6 (9.10)	
aripiprazole	0 (0.00)	1 (1.50)	
olanzapine	0 (0.00)	1 (1.50)	
ขนาดยาต้านโรคจิตเฉลี่ยต่อวัน (ขนาดเทียบ เท่า chlorpromazine มิลลิกรัมต่อวัน) ^a	733.20 \pm 651.60	625.39 \pm 488.03	0.287

^a Independent T-Test, ^b Pearson Chi -Square Test, ^c Fisher's Exact Test

ตารางที่ 16 ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)	
การสูบบุหรี่ ^b			0.376
ไม่สูบบุหรี่	28 (43.80)	34 (51.50)	
สูบบุหรี่	36 (56.30)	32 (48.50)	
การดื่มสุรา ^b			0.388
ไม่ดื่ม	33 (51.60)	39 (59.10)	
ดื่ม	31 (48.40)	27 (40.90)	
กาแฟ ^b			0.910
ไม่ดื่ม	19 (29.70)	19 (28.80)	
ดื่ม	45 (70.30)	47 (71.20)	
น้ำอัดลม ^b			0.273
ไม่ดื่ม	20 (31.30)	15 (22.70)	
ดื่ม	44 (68.80)	51 (77.30)	
เครื่องดื่มชูกำลัง ^b			0.610
ไม่ดื่ม	33 (51.6)	31(47.00)	
ดื่ม	31 (48.4)	35 (53.00)	
การใช้สารเสพติดชนิดอื่น ^b			0.678
ไม่ใช้	42 (65.6)	41 (62.10)	
ใช้	22 (34.40)	25 (37.90)	
ออกกำลังกาย ^c			0.062
ไม่ออกกำลังกาย	63 (98.40)	59 (89.40)	
ออกกำลังกาย	1 (1.60)	7 (10.60)	

^a Independent T-Test, ^b Pearson Chi-Square Test, ^c Fisher's Exact Test

ตารางที่ 17 ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลทั่วไปผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ) หรือค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)
เพศ		
ชาย	32 (50.00)	30 (45.50)
หญิง	32 (50.00)	36 (54.50)
อายุเฉลี่ย (ปี)	47.70 \pm 14.32	51.44 \pm 11.24
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	7 (10.90)	14 (21.20)
มัธยมศึกษา	50 (78.10)	50 (75.80)
ปริญญาตรี	5 (7.80)	2 (3.00)
ปริญญาโท	2 (3.10)	0 (0.00)
สถานภาพ		
โสด	0 (0.00)	0 (0.00)
สมรส	57 (89.10)	58 (87.90)
หย่าร้าง	8 (10.90)	7 (12.10)
อาชีพ		
ว่างงาน	0 (0.00)	0 (0.00)
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	63 (98.40)	65 (98.50)
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1 (1.60)	1 (1.50)
รายได้		
<10,000 บาท	58 (90.60)	58 (87.90)
10,000 – 15,000 บาท	5 (7.80)	7 (10.60)
>15,000 บาท	1 (1.60)	1 (1.50)
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย (ปี)	4.75 \pm 3.06	5.71 \pm 3.63
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล		
บิดา / มารดา	37 (57.80)	42 (63.60)
คู่สมรส	19 (29.70)	24 (36.40)
บุตร	8 (12.50)	0 (0.00)

4.2 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

ในช่วงการรักษาแบบผู้ป่วยใน การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท (ครั้งที่ 1) ผลการศึกษา พบลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยจากการใช้ยาต้านโรคจิต ในผู้ป่วยจิตเภท ดังในตารางที่ 18 แบ่งออกเป็น 8 กลุ่ม ดังนี้ 1) extrapyramidal symptoms 2) anticholinergic side-effects 3) NMS 4) ระบบหัวใจและหลอดเลือด 5) ระบบทางเดินปัสสาวะ 6) ระบบเลือด 7) ระบบสืบพันธุ์ และ 8) ระบบอื่น ๆ โดยพบกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านโรคจิตสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. กลุ่มอาการในระบบอื่น ๆ เช่น อาการง่วงระหว่างวัน 2. กลุ่ม anticholinergics side-effects เช่น ท้องผูก 3. ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนอิริยาบถ และเมื่อพิจารณาอาการไม่พึงประสงค์ตามระดับความรุนแรงที่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา มีอาการไม่พึงประสงค์ที่มีระดับความรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอาการ ตัวอย่างเช่น ในกลุ่มควบคุม พบผู้ป่วยที่มีระดับเอนไซม์ ครีเอทีนไคเนส (creatin phosphokinase; CPK) สูง เช่นเดียวกับกลุ่มศึกษา โดยอาการไม่พึงประสงค์ของกลุ่มควบคุมจัดอยู่ในระดับร้ายแรงทั้งหมด ในขณะที่กลุ่มศึกษาพบความรุนแรงในระดับเล็กน้อย เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 19 สำหรับจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมดในการติดตามครั้งที่ 1 พบ 560 อาการไม่พึงประสงค์ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 307 อาการไม่พึงประสงค์ และกลุ่มศึกษา 253 อาการไม่พึงประสงค์ ดังแสดงในตารางที่ 21

ส่วนผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ในครั้งที่ 2 พบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวนลดลงเหลือ 416 อาการไม่พึงประสงค์ โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 259 อาการและกลุ่มศึกษา 157 อาการ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบสูงสุด 3 อันดับแรกของกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ 1. อาการง่วงระหว่างวัน กลุ่มควบคุม (ร้อยละ 78.10) และกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 51.10) 2. ท้องผูก กลุ่มควบคุม (ร้อยละ 60.60) และกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 36.40) 3. ภาวะความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนอิริยาบถ กลุ่มควบคุม (ร้อยละ 30.10) และกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 22.70) ดังแสดงในตารางที่ 18 และเมื่อพิจารณาอาการไม่พึงประสงค์จากระดับความรุนแรงที่กระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อย ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะพบความรุนแรงในระดับปานกลาง และเล็กน้อย ในตารางที่ 19

สำหรับการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่ากลุ่มศึกษาร้อยละ 94.90 มีจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่พบอยู่ในระดับเล็กน้อย ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ ได้ทั้งระดับเล็กน้อยร้อยละ 49.40 และระดับปานกลางร้อยละ 49.80 ที่ใกล้เคียงกัน และเมื่อพิจารณาจากระดับความรุนแรงของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงทั้งหมด พบว่าหลังการติดตามในครั้งที่ 2 กลุ่มศึกษามีสัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 89.30 และ ร้อยละ 39.10; $p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 20 และ แผนภาพที่ 3

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มศึกษามีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 57.60 และ ร้อยละ 79.70; $p < 0.007$) สอดคล้องกับจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่มศึกษา ที่พบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 37.70 และ ร้อยละ 62.30; $p < 0.001$) โดยในกลุ่มศึกษาพบค่าเฉลี่ยจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน (ค่าเฉลี่ย 1.55 ± 0.20 และ ค่าเฉลี่ย 2.41 ± 2.12 ; $p = 0.004$) ดังแสดงในตารางที่ 21 จากข้อมูลผลการศึกษาทั้งหมดข้างต้น นี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มศึกษามีสัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบข้อมูลสนับสนุนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จำนวนอาการไม่พึงประสงค์ และค่าเฉลี่ยของอาการไม่พึงประสงค์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 18 ลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่พบในผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ	จำนวนอาการไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ)			
	การติดตาม (ครั้งที่ 1) การรักษาแบบผู้ป่วยใน		การติดตาม (ครั้งที่ 2) การรักษาแบบผู้ป่วยใน	
	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)
1. extrapyramidal symptoms				
1) parkinsonism	10 (15.60)	11 (16.70)	4 (6.30)	0 (0.00)
2) tremor	7 (10.90)	3 (4.50)	6 (9.40)	0 (0.00)
3) akathisia	6 (9.40)	6 (9.10)	2 (3.10)	0 (0.00)
4) dystonia	3 (4.70)	1 (1.50)	0 (0.00)	0 (0.00)
2. anticholinergic side-effects				
1) ท้องผูก	47 (73.40)	40 (60.60)	45 (70.30)	24 (36.40)
2) ปากแห้ง	41 (64.10)	37 (56.10)	39 (60.90)	31 (47.00)
3) ระบายน้ำ	40 (62.50)	36 (54.50)	40 (62.50)	32 (48.50)
4) ตาพร่ามัว	4 (6.30)	5 (7.60)	4 (6.30)	3 (4.50)
3. NMS				
1) ค่าเอมไซม์ตับผิดปกติ	7 (10.90)	3 (4.50)	6 (9.40)	2 (3.00)
2) ครีเอทีนไคเนสสูงขึ้น	4 (6.30)	3 (4.50)	2 (3.10)	1 (1.50)
3) ไข้	3 (4.70)	3 (4.50)	0 (0.00)	0 (0.00)

ตารางที่ 18 ลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่พบในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ	จำนวนอาการไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ)			
	การติดตาม (ครั้งที่ 1) การรักษาแบบผู้ป่วยใน		การติดตาม (ครั้งที่ 2) การรักษาแบบผู้ป่วยใน	
	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)
4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด				
1) ความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนอิริยาบถ	18 (28.10)	20 (30.10)	16 (25.00)	15 (22.70)
2) หัวใจเต้นเร็ว	13 (20.30)	5 (7.60)	1 (1.60)	1 (1.50)
3) หัวใจเต้นช้า	4 (6.30)	4 (6.10)	1 (1.60)	0 (0.00)
5. ระบบทางเดินปัสสาวะ				
1) กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	12 (18.80)	2 (3.00)	12 (18.80)	0 (0.00)
6. ระบบเลือด				
1) เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น	2 (3.10)	2 (3.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
7. ระบบสืบพันธุ์				
1) ประจำเดือนมาผิดปกติ	0 (0.00)	4 (6.10)	0 (0.00)	2 (3.00)
8. ระบบอื่น ๆ				
1) ง่วงระหว่างวัน	54 (84.40)	48 (72.70)	50 (78.10)	34 (51.10)
2) sialorrhea	18 (28.10)	16 (24.20)	17 (26.60)	14 (21.20)
3) โซเดียมในเลือดต่ำ	8 (12.50)	1 (1.50)	0 (0.00)	0 (0.00)
4) โพแทสเซียมในเลือดต่ำ	3 (4.70)	4 (6.10)	0 (0.00)	0 (0.00)
5) ครีเอตินีนสูง	3 (4.70)	0 (0.00)	1 (1.60)	0 (0.00)

ตารางที่ 19 อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยตามระดับความรุนแรงกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม

ข้อมูล การเกิดอาการไม่พึงประสงค์	จำนวนอาการไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ)														
	การติดตาม (ครั้งที่ 1) การรักษาแบบผู้ป่วยใน กลุ่มควบคุม (n=64)							การติดตาม (ครั้งที่ 2) การรักษาแบบผู้ป่วยใน กลุ่มควบคุม (n=64)							
	ระดับ เล็กน้อย	ระดับ ปานกลาง	ระดับ รุนแรง	ระดับ ร้ายแรง	รวม	ระดับ เล็กน้อย	ระดับ ปานกลาง	ระดับ รุนแรง	ระดับ ร้ายแรง	รวม	ระดับ เล็กน้อย	ระดับ ปานกลาง	ระดับ รุนแรง	ระดับ ร้ายแรง	รวม
1. extrapyramidal															
1) parkinsonism			10 (3.25)		10										
2) tremor	5 (1.62)	2 (0.65)	6 (1.95)		7										
3) akathisia			3 (1.00)		6										
4) dystonia					3										
2. anticholinergic															
1) ท้องผูก	4 (1.30)	41 (13.35)	2 (0.65)		47										
2) ปากแห้ง	9 (2.90)	28 (11.05)	3 (1.00)		40										
3) กระหายน้ำ	11 (3.60)	26 (8.46)	4 (1.30)		41										
4) ตาพร่ามัว	1 (0.30)	1 (0.30)	2 (0.65)		4										
3. กลุ่มอาการ NMS															
1) เอมไซม์ตับผิดปกติ	4 (1.30)	2 (0.65)			7										
2) ครีเอทีนไคเนสสูงขึ้น	1 (0.30)				4										
3) ไข้	3 (1.00)				3										

ตารางที่ 19 อาการไม่พึงประสงค์ที่ตามมาตามระดับความรุนแรงกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูล อาการไม่พึงประสงค์	จำนวนอาการไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ)														
	การติดตาม (ครั้งที่ 1) การรักษาแบบผู้ป่วยใน							การติดตาม (ครั้งที่ 2) การรักษาแบบผู้ป่วยใน							
	ระดับ เล็กน้อย	ระดับ ปานกลาง	ระดับ รุนแรง	ระดับ ร้ายแรง	รวม	ระดับ เล็กน้อย	ระดับ ปานกลาง	ระดับ รุนแรง	ระดับ ร้ายแรง	รวม	ระดับ เล็กน้อย	ระดับ ปานกลาง	ระดับ รุนแรง	ระดับ ร้ายแรง	รวม
4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด															
1) ความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนอิริยาบถ	11 (3.60)	4 (1.30)	3 (1.00)		18	12 (4.60)	4 (1.55)			16					
2) หัวใจเต้นเร็ว	10 (3.25)	3 (1.00)			13	10 (3.90)	3 (1.15)			13					
3) หัวใจเต้นช้า	3 (1.00)	3 (1.00)	1 (0.30)		4		1 (0.40)			1					
5. ระบบทางเดินปัสสาวะ															
1) กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	5 (1.62)	7 (2.30)			12	5 (1.90)	7 (2.70)			12					
6. ระบบเลือด															
1) เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น	2 (0.65)				2										
7. ระบบสืบพันธุ์															
1) ประจำเดือนมาผิดปกติ	0 (0.00)				0										
8. ระบบอื่น ๆ															
1) ง่วงระหว่างวัน	13 (4.20)	25 (8.15)	15 (4.90)	1 (0.30)	54	23 (8.90)	27 (10.40)			50					
2) sialorrhea	14 (4.55)	3 (1.00)	1 (0.30)		18	14 (5.40)	3 (1.15)			17					
3) โทเดียมในเลือดต่ำ	7 (2.30)	1 (0.30)			8	2 (0.80)				0					
4) ครีเอตินีนสูง	3 (1.00)				3					2					
5) โปแทสเซียมในเลือดต่ำ	3 (1.00)				3					0					
รวม	109	143	50	5	307	128	129	2	0	259					

ตารางที่ 19 อาการไม่พึงประสงค์จากเนื้องอกตามระดับความรุนแรงกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มศึกษา (ต่อ)

ข้อมูล การเกิดอาการไม่พึงประสงค์	จำนวนอาการไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ)														
	การติดตาม (ครั้งที่ 1) การรักษาแบบผู้ป่วยใน กลุ่มศึกษา (n=66)							การติดตาม (ครั้งที่ 2) การรักษาแบบผู้ป่วยใน กลุ่มศึกษา (n=66)							
	ระดับ เล็กน้อย	ระดับ ปานกลาง	ระดับ รุนแรง	ระดับ ร้ายแรง	รวม	ระดับ เล็กน้อย	ระดับ ปานกลาง	ระดับ รุนแรง	ระดับ ร้ายแรง	รวม	ระดับ เล็กน้อย	ระดับ ปานกลาง	ระดับ รุนแรง	ระดับ ร้ายแรง	รวม
1. extrapyramidal															
1) parkinsonism			11 (4.35)		11										0
2) akathisia			6 (2.40)		6										0
3) tremor	2 (0.80)		1 (0.40)		3										0
4) dystonia			1 (0.40)		1										0
2. anticholinergic															
1) ท้องผูก	1 (0.40)	37 (14.60)	2 (0.80)		40						24 (15.30)				24
2) ปากแห้ง	4 (1.60)	32 (12.65)			36						31 (19.75)	1 (0.60)			32
3) กระหายน้ำ	7 (2.80)	30 (11.85)			37						29 (18.50)	2 (1.27)			31
4) ตาพร่ามัว	2 (0.80)	3 (1.20)			5						3 (1.90)				3
3. NMS															
1) ค่าเอนไซม์ตับผิดปกติ	2 (0.80)	1 (0.40)			3						2 (1.27)				2
2) ครีเอทีนไคเนสสูงขึ้น	3 (1.20)				3										0
3) ไข้	1 (0.40)	1 (0.40)			2										0

ตารางที่ 19 อากาการไม่พึงประสงค์จาแนกตามระดับความรุนแรงกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มศึกษา (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนอาการไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ)													
	การติดตาม (ครั้งที่ 1) การรักษาแบบผู้ป่วยใน						การติดตาม (ครั้งที่ 2) การรักษาแบบผู้ป่วยใน							
	ระดับเล็กน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับรุนแรง	ระดับร้ายแรง	รวม	ร้อยละเล็กน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับรุนแรง	ระดับร้ายแรง	รวม	ร้อยละเล็กน้อย	ร้อยละรุนแรง	ร้อยละร้ายแรง	รวม
4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด														
1) ความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนอิริยาบถ	6 (2.40)	14 (5.50)			20	15 (9.55)								15
2) หัวใจเต้นเร็ว	2 (0.80)	2 (0.80)	1 (0.40)		5									0
3) หัวใจเต้นช้า	4 (1.60)				4									0
5. ระบบทางเดินปัสสาวะ														
1) กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	1 (0.40)	1 (0.40)			2									0
6. ระบบเลือด														
1) เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น	2 (0.80)				2									0
7. ระบบสืบพันธุ์														
1) ประจำเดือนมาผิดปกติ		1 (0.40)	3 (1.20)		4				1 (0.60)	1 (0.60)				2
8. ระบบอื่น ๆ														
1) ง่วงระหว่างวัน	9 (3.50)	34 (13.50)	3 (1.20)	2 (0.80)	48	32 (20.40)	2 (1.27)							34
2) sialorrhea	6 (2.40)	9 (3.55)	1 (0.40)		16	13 (8.30)	1 (0.60)							14
3) ครีเอตินีนสูง					0									0
4) โฟสเฟตเซียมในเลือดต่ำ	2 (0.80)				4									0
5) โซเดียมในเลือดต่ำ	1 (0.40)				1									0
รวม	57	165	29	2	253	149	7	1	0	157	0	0	0	157

ตารางที่ 20 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท

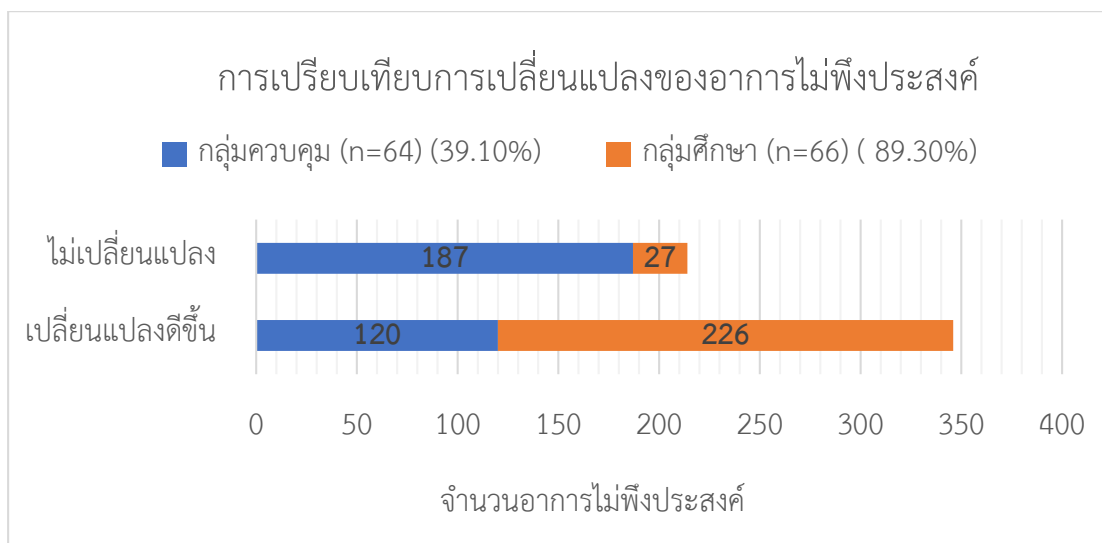
ข้อมูล อาการไม่พึงประสงค์	จำนวนอาการไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ)					
	การติดตาม (ครั้งที่ 1) การรักษาแบบผู้ป่วยใน			การติดตาม (ครั้งที่ 2) การรักษาแบบผู้ป่วยใน		
	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n =66)	p- value	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n =66)	p- value
ระดับความรุนแรง ^b			0.001*			0.001*
เล็กน้อย	109(35.50)	57 (22.50)		128 (49.40)	149 (94.90)	
ปานกลาง	143(46.60)	165 (65.20)		129 (49.80)	7 (4.50)	
รุนแรง	50 (16.30)	29 (11.50)		2 (0.80)	1 (0.60)	
ร้ายแรง	5 (0.70)	2 (2.0)		0 (0.00)	0 (0.00)	
รวม	307	253		259	157	
การเปลี่ยนแปลงของ อาการไม่พึง ประสงค์ ^b						0.001*
ไม่เปลี่ยนแปลง				187 (60.90)	27 (10.70)	
เปลี่ยนแปลงดีขึ้น				120 (39.10)	226 (89.30)	

^b Pearson Chi-Square Test, significant*

ตารางที่ 21 ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลทั่วไป ของอาการไม่พึง ประสงค์	จำนวน (ร้อยละ) หรือค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน					
	การติดตาม (ครั้งที่ 1) การรักษาแบบผู้ป่วยใน			การติดตาม (ครั้งที่ 2) การรักษาแบบผู้ป่วยใน		
	กลุ่ม ควบคุม (n=64)	กลุ่ม ศึกษา (n=66)	p- value	กลุ่ม ควบคุม (n=64)	กลุ่ม ศึกษา (n=66)	p- value
อาการไม่พึงประสงค์ ^b						
ไม่เกิด	4 (6.30)	8 (12.10)	0.365 ^c	13 (20.30)	28 (42.40)	0.007*
เกิด	60 (93.80)	58 (87.90)		51 (79.70)	38 (57.60)	
จำนวนอาการไม่พึง ประสงค์ ^b	307(54.80)	253 (45.20)	0.001*	259(62.30)	157(37.70)	0.001*
ค่าเฉลี่ยจำนวน อาการไม่พึงประสงค์ ^a	3.83 \pm 2.85	4.80 \pm 2.58	0.050	2.41 \pm 2.12	1.55 \pm 0.20	0.004*

^a Independent T-Test, ^b Pearson Chi-Square Test, ^c Fisher's Exact Test, significant*



ภาพที่ 4 การเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

เมื่อวิเคราะห์ถึงกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานที่มีผลต่อสัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้นหลังการรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่าในกลุ่มศึกษา มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 86.40 และ ร้อยละ 18.80; $p < 0.001$) และเมื่อพิจารณาถึงผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขด้วยการปรับลดขนาดยาจากการได้รับยาต้านโรคจิตมากกว่า 1,000 มิลลิกรัม ในขนาดเทียบ chlorpromazine มิลลิกรัมต่อวัน ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ร่วมด้วยอย่างน้อย 1 ใน 8 ปัจจัย ดังนี้ มีประวัติเป็นโรคหัวใจหรือมีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ โรคตับ โรคไต การได้รับยาที่มีอันตรกิริยาระหว่างกัน เคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาขนาดสูง มีประวัติสูบบุหรี่จัด (มากกว่า 20 มวนต่อวัน) อ้วน ($BMI > 23$ กิโลกรัมต่อตารางเมตร) และโรคเบาหวาน ผลพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาได้รับขนาดยาต้านโรคจิตเฉลี่ย น้อยลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ขนาดยาเฉลี่ย $1,053.93 \pm 528.3$ มิลลิกรัมต่อวัน และ ขนาดยาเฉลี่ย $1,377.22 \pm 894.9$ มิลลิกรัมต่อวัน; $p = 0.013$) สอดคล้องกับการพบจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาที่เกิดอาการ akathisia และต้องได้รับยาเพื่อแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ที่พบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 7.60 และ ร้อยละ 20.30; $p = 0.044$) สำหรับการบริหารทางเภสัชกรรมอื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 22

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผลจากการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน สามารถช่วยแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาของผู้ป่วย และช่วยให้ผลผู้ป่วยนั้นมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น หลังการรักษาแบบผู้ป่วยใน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 22 การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน

วิธีการแทรกแซงในการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน	การรักษาแบบผู้ป่วยใน (ครั้งที่ 2)		p-value
	จำนวนคน (ร้อยละ) หรือค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)	
1) การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา			
จำนวนปัญหาจากการใช้ยาก่อนการบริหาร ^c	59 (92.20)	59 (89.40)	0.764
จำนวนปัญหาจากการใช้ยาหลังการบริหาร ^a	41 (64.10)	38 (57.60)	0.671
จำนวนการจัดการแก้ไขโดยเภสัชกร ^b	12 (18.80)	57 (86.40)	0.001*
จำนวนการจัดการแก้ไขโดยแพทย์ ^b	44 (68.80)	44 (66.70)	0.800
2) การติดตามอาการไม่พึงประสงค์เชิงรุก			
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิต ขนาดมากกว่า 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน ^b (เทียบเท่า chlorpromazine มิลลิกรัมต่อวัน)	32 (50.00)	24 (36.40)	0.116
ค่าเฉลี่ยขนาดยาต้านโรคจิต (ขนาดเทียบเท่า chlorpromazine มิลลิกรัมต่อวัน) ^a	1,377.22 \pm 894.9	1,053.93 \pm 528.3	0.013*
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา antidote เพื่อแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ ^b	15 (23.40)	7 (10.60)	0.051
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา anticholinergics ในขนาดสูง ^c	3 (4.70)	0 (0.00)	0.116
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาเพื่อแก้ไขอาการ dystonia ^c	4 (6.30)	3 (4.50)	0.716
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา เพื่อแก้ไขอาการ akathisia ^c	13 (20.30)	5 (7.60)	0.044*
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา เพื่อแก้ไขภาวะโพรแลคตินสูง หรือ neuroleptic malignant syndrome (NMS) ^c	1 (1.60)	0 (0.00)	0.492
จำนวนยาทั้งหมดที่ได้รับต่อวันเฉลี่ย ^a	3.53 \pm 1.96	4.17 \pm 1.70	0.051
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (วัน) ^a	27.9 \pm 2 3.10	26.89 \pm 2.92	0.054
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	22 - 38	22 - 35	

^a Independent T-Test, ^b Pearson Chi-Square Test, ^c Fisher's Exact Test, significant*

4.3 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

ในช่วงแรกรับรักษาแบบผู้ป่วยใน ผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาหรือความร่วมมือในการใช้ยาด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai ซึ่งประเมินโดยผู้ดูแล จากตารางที่ 25 พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนเฉลี่ย 8.42 \pm 3.78 และ คะแนนเฉลี่ย 9.65 \pm 5.43; p=0.136) โดยกลุ่มควบคุมและ

กลุ่มศึกษา ส่วนใหญ่มีจำนวนผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 98.40 และร้อยละ 90.90 ตามลำดับ ส่วนช่วงการติดตามผลแบบผู้ป่วยนอกประเมินโดยผู้ดูแล พบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนเฉลี่ย 22.74 ± 1.65 คะแนน และ คะแนนเฉลี่ย 16.92 ± 2.98 คะแนน; $p < 0.001$) และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่าง โดยการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มศึกษามีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 23

สำหรับผลการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในช่วงการติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งประเมินโดยผู้ป่วย พบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนเฉลี่ย 22.81 ± 1.61 คะแนน และ คะแนนเฉลี่ย 16.85 ± 3.00 คะแนน; $p < 0.001$) ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับการตรวจสอบร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาด้วยการนับเม็ดยากองเหลือที่ผู้ป่วยนำมาพบแพทย์ตามนัด พบว่ากลุ่มศึกษามีร้อยละความร่วมมือใช้ยา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 81.12 ± 1.22 และ ร้อยละ 58.11 ± 0.11 ; $p < 0.001$) โดยในกลุ่มศึกษาพบจำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง (\geq ร้อยละ 0.80) มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน (ร้อยละ 57.60 และ ร้อยละ 1.60; $p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 24

สำหรับด้านความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินโดยผู้ดูแลและผู้ป่วย (การติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก) ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai จากตารางที่ 25 โดยการนำคะแนนเฉลี่ยจากแบบสอบถาม มาทดสอบด้วยสถิติ Pearson's correlation ผลจากการวิเคราะห์ทางสถิติ พบการมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในระดับสูงระหว่างการประเมินโดยผู้ดูแลและผู้ดูแลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.970$ และ $r = 0.987$; $p < 0.001$)

จากผลการศึกษาทั้งหมดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท นี้แสดงให้เห็นว่า การประเมินโดยผู้ดูแลและผู้ป่วยด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai มีความสัมพันธ์กันและสอดคล้องกันดี ภายหลังจากสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาด้วยการนับเม็ดยากองเหลือ และจำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 23 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทประเมินโดยผู้ดูแล

แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai	แรกรับรักษาแบบผู้ป่วยใน ค่าเฉลี่ยคะแนน \pm ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน			การติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก ค่าเฉลี่ยคะแนน \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนที่ เปลี่ยนแปลงไประหว่าง (ติดตามแบบผู้ป่วยนอก-แรกรับรักษา) ค่าเฉลี่ยคะแนน \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)	p-value	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)	p-value	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)	p-value
ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการ ใช้ยา ^a	8.42 \pm 3.78	9.65 \pm 5.43	0.136	16.92 \pm 2.98	22.74 \pm 1.65	0.001*	8.50 \pm 3.84	13.09 \pm 0.36	0.001*
ระดับคะแนนความร่วมมือในการ ใช้ยา ^b			0.146			0.001*			
- ระดับต่ำ (\leq 21 คะแนน)	63 (98.40)	60 (90.90)		60 (93.80)	7 (10.60)				
- ระดับปานกลาง (22-23 คะแนน)	1 (1.60)	4 (6.10)		3 (4.70)	32 (48.50)				
- ระดับสูง (24 คะแนน)	0 (0.00)	2 (3.00)		1 (1.60)	27 (40.90)				

^a Independent T-Test และ ^b Pearson Chi -Square Test, significant*

ตารางที่ 24 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทประะเมินโดยผู้ป่วย

ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยา	การติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก		p-value
	ค่าเฉลี่ยคะแนน±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	กลุ่มศึกษา (=66)	
ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai ^a	16.85 ± 3.00	22.81 ± 1.61	0.001*
ระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai ^b			
- ระดับต่ำ (≤ 21 คะแนน)	60 (93.80)	7 (10.60)	0.001*
- ระดับปานกลาง (22-23 คะแนน)	3 (4.70)	32 (48.50)	
- ระดับสูง (24 คะแนน)	1 (1.60)	27 (40.90)	
ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา (pill count) ^a	58.11 ± 0.11	81.11 ± 1.22	0.001*
การนับเม็ดยา (pill count) ^c			
- ร่วมมือในการใช้ยาต่ำ (< ร้อยละ 0.80)	63 (98.40)	28 (42.40)	0.001*
- ร่วมมือในการใช้ยาสูง (≥ ร้อยละ 0.80)	1 (1.60)	38 (57.60)	

^a Independent T-Test, ^b Pearson Chi -Square Test, ^c Fisher's Exact Test, significant*

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ระหว่างการประเมินโดยผู้ดูแลและผู้ป่วย

ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยา ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai	การติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก			
	จำนวนคน (ร้อยละ) หรือค่าเฉลี่ยคะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		กลุ่มศึกษา (=66)	
	ผู้ดูแล	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	ผู้ป่วย
ระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา				
- ระดับต่ำ (≤ 21 คะแนน)	60 (93.80)	60 (93.80)	7 (10.60)	7 (10.60)
- ระดับปานกลาง (22-23 คะแนน)	3 (4.70)	3 (4.70)	32 (48.50)	32 (48.50)
- ระดับสูง (24 คะแนน)	1 (1.60)	1 (1.60)	27 (40.90)	27 (40.90)
ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา	16.92 \pm 2.98	16.85 \pm 3.00	22.74 \pm 1.65	22.81 \pm 1.61
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประเมิน ^a	0.970**		0.987**	

^a Pearson's correlation coefficient (r), ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยที่ ** แสดงถึงสหสัมพันธ์ที่สูง, $r \geq 0.5$ มีสหสัมพันธ์กันสูง (102)

4.4 คุณภาพชีวิตในด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

ช่วงแรกการรักษาแบบผู้ป่วยในประเมิณโดยผู้ดูแล ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท จากตารางที่ 26 พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 23 – 62 คะแนน และเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยในแต่ละมิติ มาเปรียบเทียบกับกันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาบางมิติแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มิติ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา; มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา; และมิติที่ 7 ความสัมพันธ์ทางการรักษา ส่วนในช่วงการติดตามผลแบบผู้ป่วยนอกประเมิณโดยผู้ดูแล คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการควบคุมตัวแปรที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาช่วงแรกการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาแต่ละมิติในช่วงการติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนเฉลี่ย 67 – 85 คะแนน และ คะแนนเฉลี่ย 31 – 60 คะแนน; $p < 0.001$) และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไป (การติดตามแบบผู้ป่วยนอก - แรกการรักษาแบบผู้ป่วยใน) พบว่ากลุ่มศึกษามีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมิติที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบทั้งหมด 5 มิติ ได้แก่ มิติที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา ($p < 0.001$); มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา ($p < 0.004$); มิติที่ 4 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา ($p < 0.030$); มิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้ยา ($p < 0.004$) และมิติที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวม ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 26

สำหรับการศึกษาคูณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทประเมิณโดยผู้ป่วย ช่วงการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ในแต่ละมิติมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนเฉลี่ย 63 – 82 คะแนน และ คะแนนเฉลี่ย 28 – 62 คะแนน; $p < 0.001$) ส่วนในช่วงการติดตามผลแบบผู้ป่วยนอกประเมิณโดยผู้ป่วย เมื่อมีการควบคุมตัวแปรที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในช่วงการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ช่วงการติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก (คะแนนเฉลี่ย 69 – 88 คะแนน) ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม (คะแนนเฉลี่ย 32 – 63 คะแนน) โดยมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา ($p = 0.035$); และมิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้ยา ($p = 0.006$) และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่าง

ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไป (การติดตามแบบผู้ป่วยนอก - การรักษาแบบผู้ป่วยใน) พบว่ากลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมิติที่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด 4 มิติได้แก่ มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรค ($p=0.015$); มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา ($p=0.003$); มิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้ยา ($p=0.023$); และมิติที่ 7 ความสัมพันธ์ทางการรักษา ($p=0.041$) ดังแสดงในตารางที่ 27

สำหรับด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา PROMPT (พร้อมท์) ฉบับย่อ (การติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก) เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาจากคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามระหว่างผู้ประเมิน ในตารางที่ 28 พบว่า การประเมินของกลุ่มศึกษาระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในระดับเดียวกัน ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาอยู่ในระดับเกือบดีถึงดี ซึ่งพบทั้งหมด 6 มิติ ได้แก่ มิติที่ 2 (ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา), มิติที่ 3 (ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา), มิติที่ 4 (ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา), มิติที่ 5 (ความสะดวกในการใช้ยา), มิติที่ 6 (การมียาให้ใช้และเข้าถึงการใช้ยา) และมิติที่ 8 (คุณภาพชีวิตโดยรวม) และมิติที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลของกลุ่มศึกษาประเมินอยู่ในระดับดีมากถึงดีเยี่ยม ได้แก่ มิติที่ 1 (การได้รับข้อมูลยาและโรค) และมิติที่ 7 (ความสัมพันธ์ทางการรักษา)

ส่วนผลการประเมินระดับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของกลุ่มควบคุมระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาอยู่ในระดับเดียวกัน ส่วนใหญ่ประเมินอยู่ในระดับพอใช้ถึงปานกลางซึ่งพบทั้งหมด 7 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 (การได้รับข้อมูลยาและโรค), มิติที่ 2 (ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา), มิติที่ 3 (ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา), มิติที่ 4 (ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา), มิติที่ 5 (ความสะดวกในการใช้ยา), มิติที่ 7 (ความสัมพันธ์ทางการรักษา), และ มิติที่ 8 (คุณภาพชีวิตโดยรวม) และอีกหนึ่งมิติที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลของกลุ่มควบคุมประเมินในระดับเกือบดีถึงดี คือ มิติที่ 6 (การมียาให้ใช้และเข้าถึงการใช้ยา)

นอกจากนี้ได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประเมินที่พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลประเมิน (การติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก) จากในตารางที่ 29 โดยนำมาทดสอบความสัมพันธ์กันด้วยสถิติ Pearson's correlation ผลจากการวิเคราะห์ทางสถิติ พบการมีความสัมพันธ์กันสูงในเชิงบวกระหว่างผู้ประเมินทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 26 คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วยจิตเภทประเมินโดยผู้ดูแล

มิติคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่าย PROMPT	การรับรักษาแบบผู้ป่วยใน			ติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก			ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไป (ติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก - การรับรักษาแบบผู้ป่วยใน) ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าเฉลี่ยคะแนน ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	กลุ่มศึกษา (n=66)	p-value ^a	ค่าเฉลี่ยคะแนน ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	กลุ่มศึกษา (n=66)	p-value ^b	
มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรค	23.12±12.29	27.04±17.69	0.144	31.01±17.99	84.92±13.79	0.001*	32.81±30.34
มิติที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา	23.43±17.74	35.98±22.52	0.001*	31.83±20.28	70.64±20.39	0.003*	12.89±21.12
มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา	22.65±29.11	36.74±30.13	0.008*	32.03±31.95	70.83±21.74	0.023*	28.71±25.75
มิติที่ 4 ผลทางด้านจิตใจของการใช้จ่าย	31.73±22.83	36.55±22.12	0.224	35.93±21.56	71.11±19.48	0.001*	15.03±19.50
มิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้จ่าย	44.14±20.76	47.72±24.30	0.368	46.48±19.34	67.04±18.68	0.001*	1.17±12.14
มิติที่ 6 การมีค่าใช้จ่ายและเข้าถึงการรักษา	62.10±30.85	62.87±28.50	0.657	60.15±25.08	73.86±22.96	0.027*	-7.42±26.97
มิติที่ 7 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา	34.76±18.15	46.96±21.71	0.001*	42.96±16.94	85.60±17.57	0.002*	31.64±30.93
มิติที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวม	23.82±16.32	25.00±17.54	0.694	38.28±16.64	73.10±17.15	0.001*	25.00±22.27

^a Independent T-Test, ^b ANCOVA, * (p<0.05) significant

ตารางที่ 27 คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วยจิตเภทประเมินโดยผู้ป่วย

มิติคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่าย PROMPT	การรับรักษาแบบผู้ป่วยใน			ติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก			ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไป (ติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก - การรับรักษาแบบผู้ป่วยใน) ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
	ค่าเฉลี่ยคะแนน ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value ^a	ค่าเฉลี่ยคะแนน ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value ^b	ค่าเฉลี่ยคะแนน ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value ^b	ค่าเฉลี่ยคะแนน ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value ^b	
	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)	กลุ่มควบคุม (n=64)	กลุ่มศึกษา (n=66)	
มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรค	33.04±18.80	82.42±14.57	0.001*	35.62±17.85	88.33±12.95	0.291	2.57±10.54	6.36±12.75	0.015*
มิติที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา	37.30±18.83	66.85±20.62	0.001*	37.69±19.09	71.78±20.60	0.378	1.56±6.09	3.78±11.17	0.160
มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา	28.14±25.76	65.90±23.87	0.001*	32.03±26.89	72.72±20.90	0.035*	1.56±7.55	9.07±18.36	0.003*
มิติที่ 4 ผลทางด้านจิตใจของการใช้จ่าย	36.13±21.77	68.27±20.69	0.001*	36.62±21.78	72.91±19.92	0.361	0.97±6.41	4.16±13.70	0.091
มิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้จ่าย	46.87±21.12	63.25±22.02	0.001*	46.09±20.51	69.69±18.86	0.006*	-0.78±9.92	6.43±23.33	0.023*
มิติที่ 6 การมีญาติและเข้าถึงบริการใช้จ่าย	62.89±29.54	73.86±24.19	0.022*	63.28±26.71	74.62±21.25	0.194	1.17±12.93	0.00±18.08	0.672
มิติที่ 7 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา	44.53±20.63	82.19±18.99	0.001*	45.70±19.69	86.36±17.08	0.711	-0.39±9.44	3.78±13.33	0.041*
มิติที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวม	39.84±18.75	69.31±17.42	0.001*	42.18±18.83	73.86±17.77	0.716	5.07±11.93	1.89±15.38	0.191

^a independent T-Test, ^b ANCOVA, * (p<0.05) significant

ตารางที่ 28 คุณภาพชีวิตด้านการช่วยของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างการประเมินโดยผู้ดูแลและผู้ป่วย

มิตคุณภาพชีวิตด้านการช่วย PROMPT	ติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก			ติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก			ติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก		
	ค่าเฉลี่ยคะแนน±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			ค่าเฉลี่ยคะแนน±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			ค่าเฉลี่ยคะแนน±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
	กลุ่มควบคุม (n=64)			กลุ่มศึกษา (n=66)			การแปลผลระดับคุณภาพชีวิต		
	ค่าเฉลี่ยคะแนน± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ค่าเฉลี่ยคะแนน± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ค่าเฉลี่ยคะแนน± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		การแปลผลระดับคุณภาพชีวิต		
	ผู้ดูแล	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	ผู้ป่วย	
มิตที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรค	31.01±17.99	35.62±17.85	31.01±17.99	35.62±17.85	84.92±13.79	88.33±12.95	84.92±13.79	88.33±12.95	ดีมากถึงดีเยี่ยม
มิตที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา	31.83±20.28	37.69±19.09	31.83±20.28	37.69±19.09	70.64±20.39	71.78±20.60	70.64±20.39	71.78±20.60	เกือบดีถึงดี
มิตที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา	32.03±31.95	32.03±26.89	32.03±31.95	32.03±26.89	70.83±21.74	72.72±20.90	70.83±21.74	72.72±20.90	เกือบดีถึงดี
มิตที่ 4 ผลทางด้านจิตใจของการช่วย	35.93±21.56	36.62±21.78	35.93±21.56	36.62±21.78	71.11±19.48	72.91±19.92	71.11±19.48	72.91±19.92	เกือบดีถึงดี
มิตที่ 5 ความสะดวกในการช่วย	46.48±19.34	46.09±20.51	46.48±19.34	46.09±20.51	67.04±18.68	69.69±18.86	67.04±18.68	69.69±18.86	เกือบดีถึงดี
มิตที่ 6 การมีค่าใช้จ่ายและเข้าถึงการช่วย	60.15±25.08	63.28±26.71	60.15±25.08	63.28±26.71	73.86±22.96	74.62±21.25	73.86±22.96	74.62±21.25	เกือบดีถึงดี
มิตที่ 7 ความสัมพันธ์ทางการรักษา	42.96±16.94	45.70±19.69	42.96±16.94	45.70±19.69	85.60±17.57	86.36±17.08	85.60±17.57	86.36±17.08	ดีมากถึงดีเยี่ยม
มิตที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวม	38.28±16.64	42.18±18.83	38.28±16.64	42.18±18.83	73.10±17.15	73.86±17.77	73.10±17.15	73.86±17.77	เกือบดีถึงดี

ตารางที่ 29 ความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างการประเมินโดยผู้ดูแลและผู้ป่วย

มิติคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่าย PROMPT	ติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก				ติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก			
	ค่าเฉลี่ยคะแนน \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		ค่าเฉลี่ยคะแนน \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	
	ผู้ดูแล	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	ผู้ป่วย
มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรค	31.01 \pm 17.99	35.62 \pm 17.85	0.802*	84.92 \pm 13.79	88.33 \pm 12.95	0.851*		
มิติที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา	31.83 \pm 20.28	37.69 \pm 19.09	0.675*	70.64 \pm 20.39	71.78 \pm 20.60	0.933*		
มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา	32.03 \pm 31.95	32.03 \pm 26.89	0.784*	70.83 \pm 21.74	72.72 \pm 20.90	0.888*		
มิติที่ 4 ผลทางด้านจิตใจของการใช้จ่าย	35.93 \pm 21.56	36.62 \pm 21.78	0.902*	71.11 \pm 19.48	72.91 \pm 19.92	0.936*		
มิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้จ่าย	46.48 \pm 19.34	46.09 \pm 20.51	0.814*	67.04 \pm 18.68	69.69 \pm 18.86	0.833*		
มิติที่ 6 การมีค่าใช้จ่ายและเข้าถึงการใช้จ่าย	60.15 \pm 25.08	63.28 \pm 26.71	0.802*	73.86 \pm 22.96	74.62 \pm 21.25	0.945*		
มิติที่ 7 ความสัมพันธ์ทางการรักษา	42.96 \pm 16.94	45.70 \pm 19.69	0.711*	85.60 \pm 17.57	86.36 \pm 17.08	0.873*		
มิติที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวม	38.28 \pm 16.64	42.18 \pm 18.83	0.842*	73.10 \pm 17.15	73.86 \pm 17.77	0.844*		

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient; r)

ค่าที่แสดงเป็น * แสดงถึงมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$), $r = 0.1$ มีสหสัมพันธ์กันต่ำ, $r = 0.3$ มีสหสัมพันธ์กันปานกลาง, $r \geq 0.5$ มีสหสัมพันธ์กันสูง

บทที่ 5

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล (กลุ่มศึกษา) และกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล (กลุ่มควบคุม) โดยผลลัพธ์ทางคลินิก คือการเปรียบเทียบในเรื่องของสัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น และผลลัพธ์แบบองค์รวม คือการเปรียบเทียบในด้านคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา และคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา หลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม โดยแบ่งการอภิปรายผลเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. อาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยจิตเภท
2. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท
3. คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

5.1 อาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยจิตเภท

อาการไม่พึงประสงค์จากยา เป็นหนึ่งในปัญหาจากการใช้ยา (drug-related problem) ของผู้ป่วยจิตเภทสามารถพบได้บ่อย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีหลายปัจจัยเสี่ยง ที่สามารถทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ เช่น การได้รับยาต้านโรคจิตขนาดสูง การได้รับยาต้านโรคจิตจำนวนหลายขนาน⁽¹²⁻¹⁹⁾ ความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี การใช้สารเสพติดร่วมด้วย⁽¹¹⁾ เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ ปัญหาจากการใช้ยาที่พบได้สูงสุด คือการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 90.8 ที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ และมีจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด 560 อาการไม่พึงประสงค์ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบรายงานเป็นจำนวนมาก อาจเนื่องจากสถานะของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง จึงมีความจำเป็นต้องได้รับยาต้านโรคจิตขนาดสูง หรือใช้หลายขนานร่วมกัน เพื่อให้อาการทางจิตสงบลง ซึ่งพบว่าการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของการศึกษานี้ สูงกว่าในการศึกษาของ Gomez-Revuelta และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาในประเทศสเปน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรักษาแบบผู้ป่วยใน เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาร้อยละ 23.14 เนื่องจากการศึกษาดังกล่าว ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทเป็นครั้งแรก ซึ่งยังไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมาก่อนหน้า และได้รับยาต้านโรคจิตขนาดเดียว ขณะที่การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้ป่วยต้องมีประวัติการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในมาก่อน และผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.5) มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตมากกว่า 7 ปี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ต่ำกว่าในการศึกษาของ

Wubetshet และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยร้อยละ 97.70 เนื่องจากเกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าวนั้น คัดเลือกผู้ป่วยนอกที่มารับยาตามแพทย์นัด และได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่าอย่างน้อยสามเดือน ซึ่งการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สำหรับระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ในการศึกษานี้ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55 ซึ่งมีความรุนแรงกว่าการศึกษาของ Wubetshet และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่มีความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 55 เนื่องจากการศึกษาดังกล่าว ได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดเทียบเท่า chlorpromazine ที่ต่ำกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน ขณะที่ผลการวิจัยนี้ มีการได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดเทียบเท่า chlorpromazine ที่ผู้ป่วยได้รับมีค่าเฉลี่ยคือ $1,213.09 \pm 747.10$ มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งการได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดสูง เป็นหนึ่งในปัญหาจากการใช้ยา นำไปสู่อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรงมากขึ้น โดยการศึกษาครั้งนี้ มีอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านโรคจิตที่พบบ่อย คือ อาการง่วงระหว่างวัน (ร้อยละ 78.50) อาการท้องผูก (ร้อยละ 66.90) และภาวะความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนอิริยาบถ (ร้อยละ 29.20) ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์ที่พบในผลการวิจัยนี้ ต่างจากการศึกษาของ Friedrich และคณะ⁽¹⁸⁾ ซึ่งได้ทำการติดตามความปลอดภัยในการใช้ยาต้านโรคจิต ในประเทศออสเตรเลีย เยอรมัน และสวิสเซอร์แลนด์ พบความชุกของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือดในระดับรุนแรง ที่พบมากถึงร้อยละ 70.2 เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวนั้นมีการได้รับยาต้านโรคจิต หรือยาที่มีการออกฤทธิ์ใกล้เคียงกันร่วมกัน และการมีผู้ป่วยในการศึกษาที่อายุมากกว่า 64 ปี จำนวนร้อยละ 37.8 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรงมากขึ้น ตัวอย่างอาการไม่พึงประสงค์ที่พบในการศึกษาดังกล่าว เช่น ภาวะความดันโลหิตตก (orthostatic collapse) ภาวะหัวใจเต้นเร็ว (sinus tachycardia) และภาวะ QT prolongation

สำหรับการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มศึกษาจะได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน โดยเน้นถึงความต้องการด้านยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นศูนย์กลาง ด้วยการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแล แพทย์และพยาบาล ด้วยการค้นหาปัญหาจากการใช้ยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ในเชิงรุก และการให้ความรู้เรื่องโรคและยา สำหรับกรณีที่พบผู้ป่วยได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดเทียบเท่า chlorpromazine สูงกว่า 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน และพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อย่างน้อย 1 ปัจจัย ได้แก่ การมีประวัติเป็นโรคหัวใจหรือมีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ โรคตับ โรคไต การได้รับยาที่มีอันตรกิริยาระหว่างกัน เคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาขนาดสูง มีประวัติสูบบุหรี่จัด (มากกว่า 20 มวนต่อวัน) อ้วน (BMI>23) และโรคเบาหวาน จะได้รับการจัดการแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมดูแลรักษา ซึ่งพบว่า

ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาได้รับยาต้านโรคจิตเฉลี่ย $1,053.93 \pm 528.3$ มิลลิกรัมต่อวัน ในขนาดเทียบเท่า chlorpromazine มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งมีขนาดยาเฉลี่ยต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมคือ $1,377.22 \pm 894.9$ มิลลิกรัมต่อวัน และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.013$) สอดคล้องกับการมีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการ akathisia จากการได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดสูง และต้องได้รับยาเพื่อแก้ไขอาการ akathisia ในกลุ่มศึกษาที่พบร้อยละ 7.60 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 20.30) อย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.044$) คาดว่าวิธีการบริบาลดังกล่าว ส่งผลให้กลุ่มศึกษานั้น มีสัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้นร้อยละ 89.30 ซึ่งมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่พบร้อยละ 39.10 สอดคล้องกับการศึกษาของ Hashimoto และ Tensho⁽²⁷⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับรักษาแบบผู้ป่วย ในประเทศญี่ปุ่น พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม มีการทำงานร่วมกันระหว่างเภสัชกรกับแพทย์ผู้ดูแล ด้วยการติดตามอาการไม่พึงประสงค์อย่างใกล้ชิด เพื่อปรับลดยาต้านโรคจิตในขนาดเทียบเท่า chlorpromazine ที่สูงมากกว่า 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน และให้คำแนะนำการหยุดใช้ยาต้านโรคจิตที่ออกฤทธิ์เดียวกัน ภายหลังจากบริบาลร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาต้านโรคจิตที่มีขนาดยาเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Hashimoto และ Tensho⁽²⁷⁾ ไม่พบการรายงานถึงอาการไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม เนื่องจากการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่ และไม่เคยมีประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์มาก่อน ในขณะที่การศึกษาของ Wiriyasakul และคณะ⁽²⁴⁾ พบว่าหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากการศึกษาในผู้ป่วยนอก ซึ่งมีการติดตามผู้ป่วยทุกสัปดาห์เป็นระยะเวลา 1 เดือนร่วมกับผู้ป่วยอาจได้รับการแก้ไขก่อนหน้าจากแพทย์ผู้ดูแลก่อนถึงเภสัชกร

ผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาโดย Hashimoto และ Tensho⁽²⁷⁾ และ Wiriyasakul และคณะ⁽²⁴⁾ ดังที่กล่าวมาแล้วนั้นทำให้เห็นถึงแนวโน้มของเภสัชกรในการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน ด้วยการติดตามหรือเฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อย่างใกล้ชิดช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

5.2 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

ความร่วมมือในการใช้ยาหรือพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท มีการประเมินช่วงแรกการรักษาแบบผู้ป่วยที่ประเมินโดยผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประเมินตนเอง ณ ช่วงที่มีการกำเริบ และเพื่อให้ทราบข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุการมาโรงพยาบาลครั้งนี้ การศึกษานี้จึงพิจารณา

ใช้ผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิดเป็นผู้ประเมิน โดยเครื่องมือที่ใช้ศึกษาผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินทั้งฉบับอยู่ในเกณฑ์ดีมาก มีค่า ICC > 0.99 ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI 0.985 - 0.993 และแต่ละข้อคำถามมีความสัมพันธ์กันสูงระหว่างผู้ประเมิน โดยผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ย < 21 คะแนน ซึ่งจัดว่ามีความร่วมมือในการใช้ยาที่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 51.50 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศสเปน โดย Vega และคณะ⁽¹⁰³⁾ ที่ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทรักษาแบบผู้ป่วยใน มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 58.20 เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาในประเทศอังกฤษ โดย Colizzi M. และคณะ⁽¹⁰⁴⁾ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 43.9 ซึ่งจากสองการศึกษาข้างต้นนี้ สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่พบในการศึกษาวิจัยนี้ พบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทได้สูง ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เสี่ยงต่อการตอบสนองยาที่ไม่ดี เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา การใช้สารเสพติด⁽⁴⁾ โดยสาเหตุของปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้ พบว่าเกิดจากผู้ดูแลและผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลเรื่องโรคและยาหรือได้รับข้อมูลเพียงเล็กน้อย ไม่เข้าใจวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือเกิดความกังวลว่าจะได้รับอาการไม่พึงประสงค์จากยา มีความเข้าใจที่คิดว่าตนเองหายจากโรค หรือไม่แน่ใจว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเกิดจากสาเหตุใด หรือมีความกังวลหรือความกลัวการรายงานแก่แพทย์ผู้ดูแล ซึ่งปัญหาจากความร่วมมือในการใช้ยาดังกล่าว มักไม่ได้รับการแก้ไข ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่สม่ำเสมอ นำมาสู่การรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้

สำหรับการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาช่วงการรักษาแบบผู้ป่วยใน ไม่สามารถประเมินผลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai ได้ เนื่องจากการรักษาแบบผู้ป่วยใน พยาบาลเป็นผู้ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยผลการศึกษาในครั้งนี้ช่วงการติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก พบว่ากลุ่มศึกษาหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน ตั้งแต่ช่วงการรักษาแบบผู้ป่วยใน ด้วยการค้นหาปัญหาจากการใช้ยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์เชิงรุกแล้ว การให้ความรู้เรื่องโรคและยาแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายและผู้ดูแลจากชุดความรู้ที่รวบรวมขึ้น จนถึงการติดตามผลแบบผู้ป่วยนอกนั้น ทำให้กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตรา เกณฑ์กระโทก⁽²¹⁾ พบว่าภายหลังการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการค้นหาปัญหาจากการใช้ยา การให้ความรู้เกี่ยวกับยา การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาโดย Kaeokumbong⁽²³⁾ ที่พบว่าหลังการ

บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเรื่องโรค การให้ความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียงของยาแก่ผู้ป่วย วิธีการป้องกันการกำเริบของโรค ช่วยให้กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งจากการศึกษาของจิตรา เกณฑ์กระทอก⁽²¹⁾ และ Kaeokumbong⁽²³⁾ ที่กล่าวมานั้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อย่างยิ่ง แสดงให้เห็นว่าการบริหารทางเภสัชกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เรื่องโรคและยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีแนวโน้มช่วยปรับปรุงให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น

สำหรับการประเมินร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีการนับเม็ดยาคงเหลือที่ผู้ป่วยนำมาพบแพทย์ตามนัดครั้งล่าสุด การติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก พบว่ากลุ่มศึกษามีร้อยละความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาของ Yapong P. และคณะ⁽¹⁰⁵⁾ ที่ทำการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยจิตเภทด้วยวิธีการนับเม็ดยาเช่นกัน พบว่าเมื่อสิ้นสุดหลังการบริหารทางเภสัชกรรมด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา การเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มศึกษา มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.60 ± 6.49 ซึ่งมีร้อยละความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 70.33 ± 6.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาของ Yapong P. และคณะ⁽¹⁰⁵⁾ และผลของการศึกษาในครั้งนี้อย่างยิ่ง แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา สามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทได้ จากทั้งการประเมินผลในรูปแบบของคะแนนด้วยแบบสอบถาม และการนับเม็ดยาคงเหลือที่ผู้ป่วยนำมา

สำหรับด้านความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างผู้ประเมินในการศึกษานี้ พบการมีความสัมพันธ์กันสูงในเชิงบวกของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างผู้ประเมิน ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาโดย Kretchy I.⁽¹⁰⁶⁾ ที่ทำการศึกษาร่วมกันต่อความเชื่อต่อการใช้ยาต้านโรคจิต อาการข้างเคียงจากการใช้ยา และความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างการประเมินโดยผู้ดูแลและผู้ป่วย ที่พบการมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกระหว่างคะแนนของผู้ดูแลและผู้ป่วย กล่าวคือผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความกังวลต่อการใช้ยาน้อยลง ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าการศึกษาของ Kretchy I.⁽¹⁰⁶⁾ และผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อย่างยิ่งให้ผลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือมีความสัมพันธ์กันในส่วนของคุณลักษณะระหว่างผู้ประเมิน การนับเม็ดยาคงเหลือ และอาจสรุปได้ว่าการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล อาจช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นได้

5.3 คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการประเมินผลคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา PROMPT (พร้อมท์) ฉบับย่อ เป็นครั้งแรก ช่วงแรกรักษาแบบผู้ป่วยในที่ประเมินโดยผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประเมินตนเอง ณ ช่วงที่มีการกำเริบ เพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วย การศึกษานี้จึงพิจารณาใช้ผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิดเป็นผู้ประเมิน โดยเครื่องมือที่ใช้ศึกษาผ่านการตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินอยู่ในเกณฑ์ดี แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา PROMPT ฉบับย่อ ทั้งฉบับมีค่า ICC เท่ากับ 0.89 ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% 0.846-0.927 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 23 – 62 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยมิติส่วนใหญ่ของผู้ป่วยในทั้งสองกลุ่ม จะมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Koopman B. และคณะ⁽¹⁰⁷⁾ ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (severe mental illness) ด้วย WHODAS 2.0 และ EQ-5D รายงานโดยผู้ดูแล ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อาจเนื่องด้วยลักษณะของโรคและคุณลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้⁽⁴⁾ จึงไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามความต้องการของตนเอง⁽⁸⁷⁾ การเจ็บป่วยจากโรคเป็นระยะเวลานาน⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังมีหลายการศึกษา⁽¹⁰⁸⁻¹¹⁰⁾ ที่ทำการประเมินคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพด้วยแบบสอบถามอื่น ๆ เช่น WHOQOL - BREF⁽¹⁰⁸⁻¹¹⁰⁾ และแบบสอบถาม EQ-5D⁽¹¹¹⁾ ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี โดยพบสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงในการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลครั้งนี้

การศึกษาค้นคว้าคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งทำการประเมินในระยะอาการคงที่ (เตรียมพร้อมกลับบ้าน) โดยมีอาการทางจิตคงที่ (ระดับอาการทางจิต < 36 คะแนนจากแบบประเมิน BPRS) ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในแต่ละมิติ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบ 2 มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดของทั้งแบบสอบถาม ได้แก่ มิติที่ 1 (การได้รับข้อมูลยาและโรค) และมิติที่ 7 (ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา) ซึ่งทั้งสองมิตินี้จัดอยู่ในระดับดีมากถึงดีเยี่ยมนั้น เนื่องจากวิธีในการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ร่วมกับการค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ในเชิงรุก การให้ความรู้เรื่องโรคและยาแก่ผู้ป่วย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่สูงขึ้นได้ในทุกมิติ มากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับในหลายการศึกษา ที่แสดงให้เห็นว่าการบริหารทางเภสัชกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ เช่น การศึกษาของ Mishra และคณะ⁽²⁶⁾

พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มศึกษา หลังได้รับคำแนะนำปรึกษาปัญหาเรื่องยา ควบคู่กับการให้ความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร มีคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาโดย Kaeokumbong⁽²³⁾ พบว่าหลังการบริหารทางเภสัชกรรม ด้วยการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเรื่องโรค การให้ความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียงของยาแก่ผู้ป่วยจิตเภท วิธีการป้องกันการกำเริบของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนคุณภาพชีวิต มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) แต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาของ Sangthonganotai T. และ Sakthong P.⁽⁹⁶⁾ ทำการศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังประเมินผลด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา PROMPT-QoL (จำนวน 43 ข้อ; 9 มิติ) พบว่าหลังการบริหารทางเภสัชกรรม ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาเพิ่มขึ้นมี 4 มิติจากทั้งหมด 8 มิติ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ มิติที่ 2 การได้รับข้อมูลเรื่องยาและโรค ($p < 0.001$); มิติที่ 3 ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา ($p = 0.005$); มิติที่ 5 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา ($p < 0.001$); และมิติที่ 9 คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา ($p < 0.001$) เนื่องจากวิธีการให้บริหารทางเภสัชกรรม ระยะเวลาการบริหารที่สั้น การศึกษาในโรคเรื้อรังที่ไม่จำเพาะต่อกลุ่มโรค ถึงแม้ว่าจะใช้เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์เดียวกันอาจได้ผลที่ต่างกัน

แต่อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าการศึกษาต่าง ๆ ในช่วงต้นทั้งหมด การบริหารทางเภสัชกรรมด้วยวิธีการแทรกแซงต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังในการศึกษาของ Kaeokumbong⁽²³⁾ ติดตามการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับบริหารทางเภสัชกรรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน ผลพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบริหารมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ที่ทำการติดตามการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการบริหารแบบผู้ป่วยใน จนเปลี่ยนสถานะเป็นผู้ป่วยนอกระยะเวลาเฉลี่ย 1 เดือน ผลการศึกษา โดยมีการควบคุมตัวแปรร่วมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คือ คะแนนเฉลี่ยในช่วงรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในแต่ละมิติ มากกว่ากลุ่มควบคุม โดยพบ 2 มิติที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา และมิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้ยา ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยในแต่ละมิติน้อยในการติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้ป่วยในทั้งสองกลุ่มได้รับการแทรกแซงก่อนการประเมินผลการรักษาแบบผู้ป่วยใน และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (การติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก-การรักษาแบบผู้ป่วยใน) พบว่ากลุ่มศึกษามีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมิติที่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบ 4 มิติจากทั้งหมด 8 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรค ($p < 0.015$); มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา ($p < 0.003$); มิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้ยา ($p < 0.023$); และมิติที่ 7

ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา ($p < 0.041$) ซึ่งจากข้อมูลข้างต้นทั้งหมด แสดงให้เห็นว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่ายที่มากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากวิธีการบริหารในการศึกษาวิจัยนี้ช่วยให้ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่าย ที่แตกต่างมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพิจารณาได้จากการเปลี่ยนแปลงในรายมิติของคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรค ในกลุ่มศึกษาภายหลังการบริหารมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไป กลุ่มศึกษามีผลต่างของค่าเฉลี่ย มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.015$) อาจเกิดจากการใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรการใช้ยา MTB-Thai และแบบสอบถาม PROMPT (พร้อมท์) ฉบับย่อ ที่นำมาใช้ในการประเมิน ช่วงแรกรับรักษาแบบผู้ป่วยใน สามารถช่วยค้นหาความต้องการทางด้านยา และผลกระทบหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ซึ่งพบว่าปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วย คือการได้รับข้อมูลเรื่องโรคและยาเพียงเล็กน้อย หรือไม่ได้รับข้อมูลเลย โดยเฉพาะข้อมูลการปฏิบัติตนระหว่างการใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียง และวิธีการแก้ไขเบื้องต้น รวมถึงข้อมูลเรื่องโรค สาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค วิธีการสังเกตตนเอง ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้มีความจำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมด้วย นอกจากนี้และผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูงขึ้นในมิตินี้ อาจเกิดจากการให้ความรู้เฉพาะรายแก่ผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 45 - 60 นาทีต่อคน ระหว่างการรักษาแบบผู้ป่วยใน จากชุดข้อมูลเรื่องโรคและยาที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น และการให้ความรู้เรื่องโรคและยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมให้คำแนะนำและส่งมอบยาก่อนออกจากโรงพยาบาล จึงคาดว่าการรับรู้ถึงความต้องการหรือปัญหา และได้รับการแก้ไขด้วยการให้ข้อมูลที่มากขึ้น จึงพบการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนในมิตินี้สูงขึ้นและสูงกว่าในมิตินี้

มิติที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา ในกลุ่มศึกษาหลังการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีค่าเฉลี่ยของคะแนน มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งการที่คะแนนในมิตินี้เพิ่มขึ้น อาจแสดงให้เห็นถึงมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อการใช้จ่ายเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการรักษาโรคทางจิตเวช ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ของยาเพื่อควบคุมโรค ต้องใช้เวลานานกว่าโรคอื่น ๆ และต้องใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ สะท้อนได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มศึกษานี้มีความเข้าใจต่อการใช้จ่าย เพื่อหวังผลของยาในการควบคุมโรคที่ดี และเมื่อเปรียบเทียบกับผลต่างของค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น ไม่พบความแตกต่างเนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา อาจได้รับการแก้ไขปัญหาในมิตินี้ตั้งแต่การรักษาแบบผู้ป่วยใน จึงไม่พบคะแนนในมิตินี้เพิ่มขึ้น

มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา กลุ่มศึกษาหลังการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนในมิตินี้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบกับผลต่างของค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่ากลุ่มศึกษามีผลต่างของค่าเฉลี่ย มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.013$) ซึ่งคะแนนที่เพิ่มขึ้นในมิตินี้แสดงให้เห็นถึงปัญหาจากการใช้ยา หรือ ผลกระทบจากการใช้ยานั้นได้รับการแก้ไข ด้วยวิธีการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ในเชิงรุก มีการเฝ้าระวังการได้รับยาในขนาดสูง การให้คำแนะนำวิธีการสังเกตและจัดการอาการไม่พึงประสงค์เบื้องต้น ซึ่งช่วยป้องกันไม่ให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงแก่ผู้ป่วยได้ ตัวอย่างอาการไม่ประสงค์ที่พบบ่อยจากยาด้านโรคจิต คือ อาการง่วงระหว่างวัน ท้องผูก และความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนอิริยาบถ ถึงแม้ว่าอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านโรคจิตยังคงอยู่ แต่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย หรืออาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยยอมรับ และเข้าใจต่ออาการที่พบว่าเกิดจากสาเหตุใด สามารถปรับปรุงตนเองแก้ไขตนตามคำแนะนำ จึงอาจส่งผลต่อคะแนนที่เพิ่มขึ้นได้เช่นกัน

มิตินี้ 4 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา กลุ่มศึกษาหลังการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนในมิตินี้ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อคำถามนี้แสดงให้เห็นถึงความกังวลต่อการใช้ยาของผู้ป่วยชัดเจนมากขึ้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตอบว่าตนเองไม่ได้เป็นอะไร ไม่อยากใช้ยา กลัวบุคคลอื่นด้อยค่าในการเจ็บป่วยทางจิต โดยจะสะท้อนออกมาในรูปแบบพฤติกรรมของการใช้ยาที่ไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วย จะใช้ต่อเมื่อตนเองนอนไม่หลับ หรือเวลาที่ตนเองมีอาการเท่านั้น โดยความวิตกกังวลต่าง ๆ เหล่านี้ของผู้ป่วย เป็นปัญหาความกังวลที่ไม่ได้รับการบอกกล่าวแก่ทีมผู้ดูแล ภายหลังการบริหารทางเภสัชกรรม ทำให้ปัญหานี้ของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ตั้งแต่รับรักษาแบบผู้ป่วยใน จึงไม่พบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไปในมิตินี้

มิตินี้ 5 ความสะดวกในการใช้ยา กลุ่มศึกษาหลังการรักษาแบบผู้ป่วยใน กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนในมิตินี้ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบด้วยผลต่างของค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่ากลุ่มศึกษามีผลต่างของค่าเฉลี่ย มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.023$) อาจเนื่องจากข้อคำถามของแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา PROMPT (พร้อมท์) ฉบับย่อ ทำให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยที่มีต่อความต้องการใช้ยามากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะให้เหตุผล ในข้อคำถามนี้ใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่มคือ ไม่อยากใช้ยาหลายมื้อต่อวัน วิธีการใช้ยาแตกต่างกันในละมื้อ และมีจำนวนหลายเม็ดต่อมื้อ ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการใช้ยา ซึ่งสะท้อนมาในรูปแบบพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งภายหลังการบริหารทางเภสัชกรรมได้รับทราบถึงปัญหานี้ และในกลุ่มศึกษาได้รับการแก้ไขจากผู้วิจัย อาจมีผลต่อคะแนนในมิตินี้ที่สูงขึ้น

มิตินี้ 6 การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา ในกลุ่มศึกษาหลังการรักษาแบบผู้ป่วยใน ค่าเฉลี่ยของคะแนนในมิตินี้ของทั้งสองกลุ่มน้อยกว่าในมิตินี้อื่น ๆ ทั้งหมด แต่ในกลุ่มศึกษา ก็ยังพบว่าต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างกัน เนื่องจากข้อคำถามนี้สะท้อน

ถึงความสามารถในการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล รวมถึงสถานะทางการเงินของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีต่อการใช้จ่ายเพื่อบำบัดรักษาโรค โดยสาเหตุที่คะแนนเฉลี่ยในมิตินี้ที่เพิ่มขึ้นน้อยนั้น อาจเกิดจากเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษาวิจัย ที่มีการระบุผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ให้บริการของ โรงพยาบาล เพื่อความสะดวกในการติดตามและประเมินผล ซึ่งการอยู่ในพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาล จะสามารถใช้สิทธิการรักษาขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยมี โดยไม่ต้องมีการชำระเงินเพิ่ม

มิตินี้ 7 ความสัมพันธ์ทางการรักษา กลุ่มศึกษาหลังการรักษาแบบผู้ป่วยใน กลุ่มศึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนในมิตินี้ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบกับผลต่างของค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่ากลุ่มศึกษามีผลต่างของค่าเฉลี่ยในมิตินี้ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.041$) โดยคะแนนเฉลี่ยนั้นจัดอยู่ในระดับดีถึงดีเยี่ยม กล่าวคือคะแนนอยู่ในช่วงคะแนน 75 - 100 คะแนน อาจเนื่องมาจากวิธีการบริหารทางเภสัชกรรมนี้ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้แลมีส่วนร่วมในการรักษาของตนเอง โดยบอกเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ยา ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการใช้ยาและแก้ไขปัญหานี้ร่วมกัน มีการซักถามด้านยาในหัวข้อที่สงสัย และการให้ความรู้ด้านยาเฉพาะรายที่ร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานนั้น ซึ่งทำคะแนนเฉลี่ยในมิตินี้มีคะแนนที่เพิ่มสูงขึ้น

มิตินี้ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวม ในกลุ่มศึกษาหลังการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนในมิตินี้ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนในทุกมิตินี้ดังกล่าว อาจส่งผลต่อคะแนนในมิตินี้และช่วยสนับสนุนว่าการบริหารทางเภสัชกรรม ด้วยวิธีการบริหารทางเภสัชกรรมที่ผู้วิจัยศึกษานั้น สามารถช่วยแก้ไขปัญหายา ช่วยปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วย มีการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามต้องการ โดยสะท้อนออกมาในรูปแบบของพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ มาพบแพทย์ตามแพทย์นัด ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยที่สูงขึ้นในมิตินี้ แต่เมื่อพิจารณาผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไป ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันซึ่งอาจเกิดจากการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยในแต่ละมิตินี้ย่อย หรือเนื่องจากการได้รับการแก้ไขตั้งแต่รับรักษาแบบผู้ป่วยใน จึงอาจส่งผลต่อคะแนนในมิตินี้

สำหรับการประเมินความสัมพันธ์ของคะแนน ระหว่างการประเมินจากผู้ดูแลและผู้ป่วยประเมินตนเอง ด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา PROMPT (พร้อมท์) ฉบับย่อ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงในเชิงบวกทุกมิติของทั้งแบบสอบถาม ซึ่งแสดงถึงการประเมินโดยผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์และความสอดคล้องกัน

สำหรับการประยุกต์ใช้ในทางคลินิก ควรมีเภสัชกรเป็นหนึ่งในทีมให้การดูแลกำกับติดตามช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาที่จะเกิดจากการใช้ยา ในระหว่างการรับรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยา มีความร่วมมือในการใช้ยา และคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น

5.4 ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในงานวิจัย

1. การศึกษาวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาความสอดคล้องและความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินโดยผู้ดูแลและผู้ป่วยร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่รุนแรง ไม่สามารถให้ข้อมูลของตนเองได้ ในช่วงแรก จึงพิจารณาเลือกผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นผู้ให้รายละเอียดของผู้ป่วย โดยผลการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดาหรือมารดา คู่สมรส และบุตร สามารถให้รายละเอียดที่สอดคล้องใกล้เคียงกับผู้ป่วย
2. การวิเคราะห์ความแตกต่างการรายงานโดยผู้ป่วย โดยการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่เปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่ม ไม่สามารถประเมินผลได้ในการศึกษานี้ เนื่องจากช่วงการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งมีพยาบาลเป็นผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย การศึกษาอาจมีการติดตามพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลร่วมกับติดตามผลการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยที่ระยะเวลาานานมากขึ้น
3. ในช่วงแรกรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยบางรายมีการเข้ารับรักษาในช่วงกลางดึก อาจทำให้การเก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงต้องใช้วิธีการโทรศัพท์เพื่อติดต่อผู้ดูแล เพื่อนัดหมายในการเก็บข้อมูลในช่วง 1 – 2 วันแรกของการรักษา โดยวิธีการเก็บข้อมูลของการศึกษานี้ใช้สองวิธีร่วมกัน คือ วิธีการสัมภาษณ์โดยตรง และวิธีการการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์
4. ในช่วงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายมีการจำหน่ายในช่วงวันหยุดซึ่งเป็นช่วงนอกเวลาราชการ ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงมีการโทรศัพท์ติดตามเพื่อให้คำแนะนำเรื่องโรคและยาแก่ผู้ดูแลในระยะเวลาไม่เกิน 1 วัน หลังจำหน่าย ในการศึกษานี้จึงมีวิธีการให้ความรู้ทั้งหมดสองวิธีแก่ผู้ดูแล คือ การให้ความรู้โดยตรง และการให้ความรู้ทางโทรศัพท์
5. ในระหว่างผู้ป่วยรับรักษาแบบผู้ป่วยใน มีการกระจายของผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมที่อยู่ในหอผู้ป่วยเดียวกัน ซึ่งอาจเกิดการสนทนาพูดคุย หรือแลกเปลี่ยนกันข้อมูลกันของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ ซึ่งการแลกเปลี่ยนระหว่างข้อมูลระหว่างกลุ่มนั้น เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้
6. ในการศึกษานี้มีการศึกษาถึงผลลัพธ์ทางด้านคลินิกและผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาหน้าควรมีการศึกษาถึงผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่ประเมินผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์เพิ่มเติม

5.5 สรุปผลการศึกษาวิจัย

ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีผลลัพธ์ทางคลินิก คือ สัดส่วนของจำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น และผลลัพธ์แบบองค์รวม คือ พฤติกรรมการใช้ยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรสนับสนุนให้มีการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรักษาตัวซ้ำใน

โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในบ่อยครั้ง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยา ซึ่งมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ดีขึ้น



บรรณานุกรม

1. He H, Liu Q, Li N, Guo L, Gao F, Bai L, et al. Trends in the incidence and dalys of schizophrenia at the global, regional and national levels: results from the global burden of disease study 2017. *Epidermiology and Psychiatric Sciences*. 2020;29:e91.
2. Patanon K, Manit S. The parameters for calculating the burden of schizophrenia in thailand. *The Journal of Mental Health of Thailand*. 2018;26(1):50-62.
3. American Psychiatric Association. The american psychiatric association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2020 [cited April 9] Available from: <https://doi.org/10.5555/appi.books.9780890424841.Schizophrenia00pre>.
4. Crismon ML, Kattura R, Buckley P. Schizophrenia. In: pharmacotherapy: a pathophysiologic approach [Internet]. New York: McGraw Hill; 2021 [cited 2020 Jan 9]. Available from: <https://accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3012§ionid=253437005#1178898541>.
5. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, et al. World federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia - a short version for primary care. *International Journal of Psychiatry in clinical practice*. 2017;21(2):82-90.
6. Remington G, Addington D, Honer W, Ismail Z, Raedler T, Teehan M. Guidelines for the pharmacotherapy of schizophrenia in adults. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2017;62(9):604-616.
7. Barnes TR, Drake R, Paton C, Cooper SJ, Deakin B, Ferrier IN, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the british association for psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 2020;34(1):3-78.
8. Grover S, Chakrabarti S, Kulhara P, Avasthi A. Clinical practice guidelines for management of schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*. 2017;59(1):19-33.
9. Troy A. Moore, Robert W. Buchanan, Peter F. Buckley, John A. Chiles, Robert R. Conley, M. Lynn , et al. The texas medication algorithm project antipsychotic algorithm

for schizophrenia: 2006 update. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(11): 1751-1762.

10. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(2):1-56.

11. Crismon ML, Kattura RS, Buckley PF. Schizophrenia. In: *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach* [Internet]. New York: McGraw-Hill Education; 2017 [cited 2020 Sep 1]. Available from:

accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?aid=1149925821.

12. Sim K, Su HC, Fujii S, Yang S-y, Chong M-Y, Ungvari G, et al. High-dose antipsychotic use in schizophrenia: a comparison between the 2001 and 2004 research on east asia psychotropic prescription (REAP) studies. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2009;67(1):110-117.

13. Munoli S, Patil SB. Adverse drug reaction monitoring of antipsychotic drugs and mood stabilizers in a teaching hospital. *International Journal of Pharmacology and Clinical Sciences*. 2016;5(4):118-121.

14. Wubeshet YS, Mohammed OS, Desse TA. Prevalence and management practice of first generation antipsychotics induced side effects among schizophrenic patients at amanuel mental specialized hospital, central ethiopia: cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):32.

15. Aburamadan H, Sridhar SB, Tadross TM. Intensive monitoring of adverse drug reactions to antipsychotic medications in the inpatient psychiatry department of a secondary care hospital of UAE. *International Journal of Pharmaceutical Investigation*. 2019;8(3):151-156.

16. Sangaokar DG, Kamble NA, Ahamad T, Salimath GS, Tekkalaki BV. Impact of clinical pharmacist driven adverse drug reaction profile in schizophrenia patients on atypical antipsychotics at a tertiary care setting. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*. 2019;11(4):94-100.

17. Shweta O, Elango P, Alwar MC, Susan S. Adverse drug reactions affiliated with atypical antipsychotics in patients with schizophrenia. *Journal of Young Pharmacists*. 2019;11(3):315-319.

18. Friedrich ME, Winkler D, Konstantinidis A, Huf W, Engel R, Toto S, et al.

Cardiovascular adverse reactions during antipsychotic treatment: results of asmp, a drug surveillance program between 1993 and 2013. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2020;23(2):67-75.

19. Gómez-Revuelta M, Pelayo-Terán JM, Juncal-Ruiz M, Vázquez-Bourgon J, Suárez-Pinilla P, Romero-Jiménez R, et al. Antipsychotic treatment effectiveness in first episode of psychosis: pafip 3-year follow-up randomized clinical trials comparing haloperidol, olanzapine, risperidone, aripiprazole, quetiapine, and ziprasidone. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2020;23(4):217-229.

20. Richardson TE, O'Reilly CL, Chen TF. Drug-related problems and the clinical role of pharmacists in inpatient mental health: an insight into practice in australia. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2014;36(5):1077-1086.

21. จิตรา เกณฑ์กระโทก. การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและการให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ดูแล ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชคนครินทร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.

22. Sathienluckana T, Unaharassamee W, Suthisisang C, Suanchang O, Suansanae T. Anticholinergic discontinuation and cognitive functions in patients with schizophrenia: a pharmacist-physician collaboration in the outpatient department. *Integrated pharmacy Research and Practice*. 2018;7:161-171.

23. Kaeokumbong C, Chaiyakum A. Effectiveness of pharmaceutical care at schizophrenia clinic in psychiatric hospital. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2015;11(11):159-167.

24. Wiryasirasikul T, Isarachaikul T, Kanchanasilp C, Suthikarake S, Kwansanit P. Outcomes of pharmaceutical care in outpatients with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2016;8(2):377-387.

25. Charkkrit H, Juthamane D, Nusaraporn K. IHoMe-PCC: pharmaceutical care from a systems perspective in case study of schizophrenia patients. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2019;15 (3):84-94.

26. Mishra A, Sai Krishna G, Sravani A, Kurian TD, Kurian J, Ramesh M, et al. Impact of pharmacist-led collaborative patient education on medication adherence and quality of life of schizophrenia patients in a tertiary care setting. *Bulletin of Faculty of Pharmacy, Cairo University*. 2017;55(2):345-349.

27. Hashimoto Y, Tensho M. Effect of pharmacist intervention on physician prescribing in patients with chronic schizophrenia: a descriptive pre/post study. *BMC Health Services Research*. 2016;16(1):150.
28. Hashimoto Y, Tensho M. The need for educating patients with schizophrenia about the adverse effects of medications. *Australas Psychiatry*. 2016;24(4):352-355.
29. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to medication management*. New York: McGraw Hill 2012.
30. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*. 1990;47(3):533-543.
31. Tandon R. Schizophrenia and other psychotic disorders in diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)-5 : clinical implications of revisions from DSM-IV. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2014;36(3):223-225.
32. Weiser M, Kanyas K, Malaspina D, Harvey PD, Glick I, Goetz D, et al. Sensitivity of ICD-10 diagnosis of psychotic disorders in the israeli national hospitalization registry compared with rdc diagnoses based on sads-l. *Comprehensive Psychiatry*. 2005;46(1):38-42.
33. Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel R. Clinical implications of brief psychiatric rating scale scores. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*. 2005;187:366-371.
34. World Health Organization. *International drug monitoring: the role of national centres. report of a who meeting*. World Health Organization Technical Report Series. 1972;498:1-25.
35. Pumpaisanchai W. Guidance for adverse drug event grading scale. *Lanna Public Health Journal*. 2010;6 228-234.
36. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2561.*
37. Naughton CA. Patient-centered communication. *Pharmacy (Basel)*. 2018;6(1):18.
38. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. *World Journal Psychiatry*. 2012;2(5):74-82.
39. Sakthong P, Sonsa-Ardjit N, Sukarnjanaset P, Munpan W, Suksanga P. Development and psychometric testing of the medication taking behavior tool in thai

patients. *The International Journal of Clinical Pharmacy*. 2016;38(2):438-445.

40. Ralukruedej R. Assessment of pharmacotherapy-associated quality of life and medication taking behavior in psychiatric outpatients [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019.

41. Sakthong P, Suksanga P, Sakulbumrungsil R, Winit-Watjana W. Development of patient-reported outcomes measure of pharmaceutical therapy for quality of life (PROMPT-QoL): a novel instrument for medication management. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2015;11(3):315-338.

42. พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. การพัฒนาเครื่องมือการบริหารบาลด้านยา คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

43. Sakthong P, Sonsa-Ardjit N, Sukarnjanaset P, Munpan W, Sangthonganotai T. Development and psychometrics of a short-form pharmaceutical care-specific measure for quality of life. *Journal of Clinical Pharmacy*. 2018;40(3):642-649.

44. Albert R J, Mark S, William J W. Preferences of patients In: James S, Cindy Y, editors. *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 8th ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2015. p. 1.

45. Ey H. *Traite des hallucinations: I-II*. [Treatise on hallucinations: I-II]. Oxford, England: Masson Et Cie; 1973.

46. Olivares JM, Sermon J, Hemels M, Schreiner A. Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. *Annals of General Psychiatry*. 2013;12(1):32.

47. Neuroscience Research Australia. Factsheet: schizophrenia [Internet]. Sydney: Neuroscience Research Australia Foundation; 2020 [cited 2021 Jan 9]. Available from: https://library.neura.edu.au/wp-content/uploads/sites/3/2013/05/FactSheet_psychotic-relapse-4.pdf.

48. Bogers JPAM, Hambarian G, Michiels M, Vermeulen J, de Haan L. Risk factors for psychotic relapse after dose reduction or discontinuation of antipsychotics in patients with chronic schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin Open*. 2020;1(1).

49. Lee S-U, Soh M, Ryu V, Kim C-E, Park S, Roh S, et al. Analysis of the health insurance review and assessment service data from 2011 to 2015. *Journal of Mental*

Health Systems. 2018;12:9.

50. Kishimoto T, Nitta M, Borenstein M, Kane JM, Correll CU. Long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of mirror-image studies. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2013;74(10):957-965.
51. Kishimoto T, Robenzadeh A, Leucht C, Leucht S, Watanabe K, Mimura M, et al. Long-acting injectable vs oral antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: a meta-analysis of randomized trials. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40(1):192-213.
52. Swartz MS, Stroup TS, McEvoy JP, Davis SM, Rosenheck RA, Keefe RSE, et al. What catie found: results from the schizophrenia trial [Internet]. 2008. [cited 2020 Jan 9]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18451005>.
53. Guo X, Zhai J, Liu Z, Fang M, Wang B, Wang C, et al. Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: a randomized, 1-year study. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67(9):895-904.
54. Wiedemann G, Hahlweg K, Müller U, Feinstein E, Hank G, Dose M. Effectiveness of targeted intervention and maintenance pharmacotherapy in conjunction with family intervention in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2001;251(2):72-84.
55. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2011;37(1):21-22.
56. Üçok A, Polat A, Çakır S, Genç A. One year outcome in first episode schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2006;256(1):37-43.
57. Beck EM, Cavelti M, Kvrjic S, Kleim B, Vauth R. Are we addressing the 'right stuff' to enhance adherence in schizophrenia? understanding the role of insight and attitudes towards medication. *Schizophrenia Research*. 2011;132(1):42-49.
58. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2013;13(1):50.
59. McMillan SS, Jacobs S, Wilson L, Theodoros T, Robinson G, Anderson C, et al. Antipsychotic prescribing for vulnerable populations: a clinical audit at an acute Australian mental health unit at two-time points. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):139.

60. Miyamoto S, Miyake N, Jarskog LF, Fleischhacker WW, Lieberman JA. Pharmacological treatment of schizophrenia: a critical review of the pharmacology and clinical effects of current and future therapeutic agents. *Molecular Psychiatry*. 2012;17(12):1206-1227.
61. Warnez S, Alessi-Severini S. Clozapine: a review of clinical practice guidelines and prescribing trends. *BMC Psychiatry*. 2014;14:102.
62. Ayd FJ, Jr. Large doses of chlorpromazine in the treatment of psychiatric patients. *Diseases of The Nervous System*. 1955;16(5):146-149.
63. Prien RF, Cole JO. High dose chlorpromazine therapy in chronic schizophrenia: report of national institute of mental health-psychopharmacology research branch collaborative study group. *Archives of General Psychiatry*. 1968;18(4):482-495.
64. McClelland HA, Farquharson RG, Leyburn P, Furness JA, Schiff AA. Very high dose fluphenazine decanoate: a controlled trial in chronic schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 1976;33(12):1435-1439.
65. Baldessarini RJ, Cohen BM, Teicher MH. Significance of neuroleptic dose and plasma level in the pharmacological treatment of psychoses. *Archives of General Psychiatry* 1988;45(1):79-91.
66. Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophrenia Bulletin*. 2010;36(1):94-103.
67. Chokhawala K, Stevens L. Antipsychotic medications statpearls [Internet]: StatPearls Publishing; 2020 [cited 2020 Jan 18]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519503/>.
68. Pooja S. A review on adrs due to antipsychotic drugs. *Research in Pharmacy and Health Sciences*. 2019; 5(3):182-187.
69. Pringsheim T, Gardner D, Addington D, Martino D, Morgante F, Ricciardi L, et al. The assessment and treatment of antipsychotic-induced akathisia. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2018;63(11):719-729.
70. Savica R, Grossardt BR, Bower JH, Ahlskog JE, Mielke MM, Rocca WA. Incidence and time trends of drug-induced parkinsonism: a 30-year population-based study. *Journal of the Movement Disorders Society*. 2017;32(2):227-234.

71. Tarsy D, Baldessarini RJ. Epidemiology of tardive dyskinesia: is risk declining with modern antipsychotics. *Journal of the Movement Disorders Society*. 2006;21(5):589-598.
72. Villar Taibo R, Sifontes Dubon M, Morón I.B, Casanueva F.F. Prolactin excess and deficiency: epidemiology, causes excluding prolactin-secreting pituitary tumors. In: Tritos N, Klibanski A, editors. *Prolactin Disorders Contemporary Endocrinology*. Humana: Cham; 2019.
73. Tewksbury A, Olander A. Management of antipsychotic-induced hyperprolactinemia. *The Mental Health Clinician*. 2016;6(4):185-190.
74. Capozzi A, Scambia G, Pontecorvi A, Lello S. Hyperprolactinemia: pathophysiology and therapeutic approach. *Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*. 2015;31(7):506-510.
75. World Health Organization. *Defining sexual health : report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*, Geneva. Geneva: World Health Organization; 2006.
76. Basson R, Rees P, Wang R, Montejo AL, Incrocci L. Sexual function in chronic illness. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010;7(1):374-388.
77. Raben AT, Marshe VS, Chintoh A, Gorbovskaya I, Müller DJ, Hahn MK. The complex relationship between antipsychotic-induced weight gain and therapeutic benefits: a systematic review and implications for treatment. *Frontiers in Neuroscience*. 2018;11:741.
78. Fraser S. Concordance, compliance, preference or adherence. *Patient Preference Adherence*. 2010;4:95-96.
79. American Pharmacists Association. Improving medication adherence in patients with severe mental illness. *Pharmacy Today*. 2013:69-80.
80. Haddad Peter M, Cecilia Brain, Jan Scott. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Related Outcome Measures*. 2014;5:43-62
81. National Alliance on Mental Illness (NAMI). Anosognosia [Internet] 2013; [cited 2020 Sep 1] [Available from: <https://www.nami.org/NAMI/media/NAMI-Media/Images/FactSheets/Anosognosia-FS.pdf>].
82. Lang K, Meyers JL, Korn JR, Lee S, Sikirica M, Crivera C, et al. Medication

adherence and hospitalization among patients with schizophrenia treated with antipsychotics. *Psychiatrics Services*. 2010;61(12):1239-1247.

83. Eticha T, Teklu A, Ali D, Solomon G, Alemayehu A. Factors associated with medication adherence among patients with schizophrenia in mekelle,northern ethiopia. *PLoS One*. 2015;10(3):e0120560-e.

84. Tareke M, Tesfaye S, Amare D, Belete T, Abate A. Antipsychotic medication non-adherence among schizophrenia patients in central ethiopia. *South African Journal of Psychiatry* 2018;24:1124.

85. สำนักงานราชบัณฑิตยสภา พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๔ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://dictionary.orst.go.th/>

86. World Health Organization. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*. 1995;41(10):1403-1409.

87. Narvaez JM, Twamle EW, McKibbin CL, Heaton RK. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2008;98(1-3):201-208.

88. Bungay KM, Boyer JG, Steinwald AB. Health-related quality of life: an overview. In: Bottman JL TR, McGhan WF. , editor. *principle of pharmacoeconomics*. Cincinnati: Harvey Whitney Books Company; 1996.

89. World Health Organization. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*. 1994;23(3):24-56.

90. Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43(7):891-901.

91. Liddle J, McKenna K. Quality of life: an overview of issues for use in occupational therapy outcome measurement. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2000;47(2):77-85.

92. Romney DM, Brown RI, Fry PS. Improving the quality of life: prescriptions for change. *Social Indicators Research*. 1994;165-171(45):165-171.

93. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The mos 36-item short-form health survey (SF-36). conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992;30(6):4734-83.

94. Power M, Harper A, Bullinger M. The world health organization WHOQOL-100: tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*. 1999;18(5):495-505.
95. Murawski M, Bentley J. Pharmaceutical therapy-related quality of life: conceptual development. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*. 2001;18:2-14.
96. Sangthongnotai T, Sakthong P. Effect of pharmaceutical care on drug therapy-related quality of life in outpatients. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2017;9(1):158-170.
97. Van Wijngaarden B, Schene AH, Koeter M, Vázquez-Barquero JL, Knudsen HC, Lasalvia A, et al. Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the involvement evaluation questionnaire – european version: epsilon study 4. *British Journal of Psychiatry*. 2000;177(S39):21-27.
98. Gupta S, Isherwood G, Jones K, Van Impe K. Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):162.
99. Moltó-Puigmartí C, Vonk R, van Ommeren G, Hegger I. A logic model for pharmaceutical care. *Journal of Health Services Research and Policy*. 2018;23(3):148-157.
100. Cooley J, Lee J. Implementing the pharmacists' patient care process at a public pharmacy school. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2018;82(2):6301.
101. Rubio-Valera M, Chen TF, O'Reilly CL. New roles for pharmacists in community mental health care: a narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014;11(10):10967-10990.
102. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1988.
103. Vega D, Acosta FJ, Saavedra P. Nonadherence after hospital discharge in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a six-month naturalistic follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*. 2021;108:152240.
104. Colizzi M, Carra E, Fraietta S, Lally J, Quattrone D, Bonaccorso S, et al. Substance use, medication adherence and outcome one year following a first episode of psychosis. *Schizophrenia research*. 2016;170(2-3):311-317.

105. Yapong P, Lerkiatbundit S, Saengcharoen W. Effects of Interventions by pharmacists in caregivers to improve medication adherence and clinical outcomes in patients with schizophrenia by “patient-tailoring strategies”. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2018;2:591-606.
106. Kretchy IA, Appiah B, Agyabeng K, Kwarteng EM, Ganyaglo E, Aboagye GO. Psychotropic medicine beliefs, side effects and adherence in schizophrenia: a patient–caregiver dyad perspective. *The International Journal of Clinical Pharmacy*. 2021.
107. Koopmans AB, Van Hoeken D, Clarke DE, Vinkers DJ, Van Harten PN, Hoek HW. Proxy who disability assessment schedule 2 .0 is clinically useful for assessing psychosocial functioning in severe mental illness. *Frontier in Psychiatry*. 2020;11(303).
108. Desalegn D, Girma S, Abdeta T. Quality of life and its association with current substance use, medication non-adherence and clinical factors of people with schizophrenia in southwest ethiopia: a hospital-based cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2020;18(1):82.
109. Hjorth P, Medici CR, Juel A, Madsen NJ, Vandborg K, Munk-Jørgensen P. Improving quality of life and physical health in patients with schizophrenia: a 30-month program carried out in a real-life setting. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017;63(4):287-296.
110. Tan XW, Shahwan S, Satghare P, Chua BY, Verma S, Tang C, et al. Trends in subjective quality of life among patients with first episode psychosis-a 1 year longitudinal study. *Frontier in Psychiatry*. 2019;10:53.
111. Deenik J, Tenback DE, Tak ECPM, Hendriksen IJM, van Harten PN. Improved psychosocial functioning and quality of life in inpatients with severe mental illness receiving a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment. the multi study II. *Mental Health and Physical Activity*. 2018;15:145-152.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

-เอกสารหมายเลข 1-

ยาต้านโรคจิต (antipsychotic drugs) ที่เปลี่ยนแปลงตามที่มีใช้ในโรงพยาบาลศรีธัญญา⁽³⁾

กลุ่มยา/ชื่อยา	ขนาดยาเทียบเท่า (chlorpromazine dose equivalent) มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)	ขนาดเริ่มต้น มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)	ขนาดแนะนำ มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)	ขนาดสูงสุด มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)
ยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า (first generation antipsychotics; FGAs)				
low potency	chlorpromazine	100	25-100	200-800
	Thioridazine	100	150-300	300-800
moderate potency	Perphenazine	8	8-16	8-32
	trifluoperazine	2-5	4-10	15-20
High potency	Fluphenazine	2	2.5-10	6-20
	Haloperidol	2	1-15	5-20
	Pimozide	2	0.5-2	2-4
				oral: 40 IM: 10
				100
				10

-เอกสารหมายเลข 2-

ยาต้านโรคจิต (antipsychotic drugs) ที่แปลงตามที่มีใช้ในโรงพยาบาลศรีธัญญา⁽³⁾

กลุ่มยา/ชื่อยา	ขนาดยาเทียบเท่า (chlorpromazine dose equivalent) มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)	ขนาดยาเริ่มต้น มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)	ขนาดแนะนำ มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)	ขนาดสูงสุด มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)
ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (second generation antipsychotics; SGAs)				
clozapine	100	12.5-25	300-450	900
quetiapine	75	immediate released: 50 extended released:300	400-800	800
ziprasidone	60	40	80-160	320
lurasidone	16	40	40-120	160
aripiprazole	7.5	10-15	10-15	30
olanzapine	5	5-10	10-20	20
paliperidone	2	6	3-12	12
risperidone	1	2	2-8	8

-เอกสารหมายเลข 3-

ยาต้านโรคจิตชนิดฉีดรูปแบบออกฤทธิ์นาน (antipsychotic long acting injection) ดังแสดงตามที่มีใช้ในโรงพยาบาลศรีธัญญา⁽³⁾

ชื่อยา	ขนาดยาเทียบเท่า มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)	ขนาดยาเริ่มต้น มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)	ขนาดและแนวนำ มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)	ขนาดสูงสุด มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)	ความถี่ที่ควร ได้รับ/สัปดาห์
fluphenazine decanoate	ทุก ๆ 10 มก./วัน (เม็ด) เท่ากับ 12.5 มก. (ฉีด)	6.25-25 ทุก 2 สัปดาห์	6.25-25 ทุก 2-4 สัปดาห์	100	2-4 สัปดาห์
haloperidol decanoate	ทุก ๆ 5 มก./วัน (เม็ด) เท่ากับ 50-75 มก. (ฉีด)	50	50-200	450	4 สัปดาห์
aripiprazole (Abilify maintena)	-	300 400	400	400	4 สัปดาห์*
paliperidone (Invega sustenna)	พิจารณาจาก paliperidone รูปแบบเม็ดที่เคยได้รับ - paliperidone ขนาด 3 มก./วัน (เม็ด) เท่ากับ 39-78 มก. (ฉีด)	เริ่มต้นด้วย 234 มก. สัปดาห์ ถัดเริ่มที่ 156 มก.	78-234	234	4 สัปดาห์

-เอกสารหมายเลข 2-

ยาด้านโรคจิตรูปแบบออกฤทธิ์นาน (antipsychotic long acting injection) (ต่อ) ดัดแปลงตามที่มีใช้ในโรงพยาบาลศรีธัญญา⁽³⁾

กลุ่มยา/ชื่อยา	ขนาดยาเทียบเท่ารูปแบบยาเม็ด มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)	ขนาดยาเริ่มต้น มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)	ขนาดแนะนำ มิลลิกรัมต่อวัน (มก./ วัน)	ขนาดสูงสุด มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน)	ความถี่ที่ควร ได้รับ/ สัปดาห์
	ขนาดยาเทียบเท่ารูปแบบยาเม็ด มิลลิกรัมต่อวัน (มก./วัน) - paliperidone ขนาด 6 (เม็ด) เท่ากับ 117 มก. (ดีด) - paliperidone ขนาด 9 มก./วัน (เม็ด) เท่ากับ 156 มก. (ดีด) - paliperidone ขนาด 12 มก./วัน (เม็ด) เท่ากับ 234 มก. (ดีด)				
paliperidone (Invega trinza)	พิจารณาจากขนาดยา paliperidone (Invega sustenna) เคยได้รับ - 78 มก. เท่ากับ 273 มก. - 117 มก. เท่ากับ 410 มก. - 156 มก.เท่ากับ 546 มก. - 234 มก.เท่ากับ 819 มก.	พิจารณาจากขนาด ยา paliperidone รูปแบบฉีดครั้ง สุดท้ายที่ได้รับก่อน หน้า	273-819	819	12 สัปดาห์

-เอกสารหมายเลข 4-

แนวทางการประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์
 ความผิดปกติของระบบหัวใจ (cardiac dysfunction) ที่เปลี่ยนแปลงตามอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในยาต้านโรคริดิจิต⁽³⁵⁾

อาการไม่พึงประสงค์ ที่พบ	ระดับเล็กน้อย (mild)	ระดับปานกลาง (moderate)	ระดับรุนแรง (severe)	ระดับร้ายแรง (serious)
	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
หัวใจเต้นเร็ว (ครั้ง/นาที)	101-115	116-130	>130	เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน หรือนอนโรงพยาบาล เพื่อรักษา
หัวใจเต้นช้า (ครั้ง/นาที)	50-54	45-49	<45	อาการหัวใจเต้นไม่เป็นที่กังวล
ความดันโลหิตต่ำ (ค่าบวม) (mm Hg)	85-89	80-84	<80	เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน หรือนอนโรงพยาบาล เพื่อรักษา ภาวะช็อคจากความดันโลหิตต่ำ
ความดันโลหิตสูง (ค่าบวม) (mm Hg)	141-150	151-155	>155	เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน หรือนอนโรงพยาบาล เพื่อรักษา อาการหัวใจเต้นไม่เป็นที่กังวล
ความดันโลหิตสูง (ค่าล่าง) (mm Hg)	91-95	96-100	>100	เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน หรือนอนโรงพยาบาล เพื่อรักษา ความดันโลหิตสูง
อัตราหายใจ (ครั้ง/นาที)	17-20	21-25	>25	ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ
ไข้ (องศาเซลเซียส)	38.0-38.4	38.5-38.9	39.0-40	>40

-เอกสารหมายเลข 4-

แนวทางการประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์

ความผิดปกติของระบบประสาท ตั้งแต่แปลงตามอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในยาต้านโรคมะเร็ง⁽³⁵⁾

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ	ระดับเล็กน้อย (mild)	ระดับปานกลาง (moderate)	ระดับรุนแรง (severe)	ระดับร้ายแรง (serious)
	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
การเคลื่อนไหว	การเคลื่อนไหวผิดปกติเล็กน้อย ไม่มีผลต่อกิจวัตรประจำวัน	การเคลื่อนไหวช้าลง ร่วมกับมีอาการอ่อนเพลีย รบกวนต่อกิจวัตรประจำวันปานกลาง อาจต้องการยารักษาเล็กน้อย	การเคลื่อนไหวเป็นไปไม่ได้ลำบาก ร่วมกับมีอาการเดินเซ ส่งผลต่อกิจวัตรประจำวัน ต้องได้รับการรักษาด้วยยา	เคลื่อนไหวไม่ได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ได้รับการรักษาด้วยยาคิด ร่วมกับมีอาการหยุดยาหรือลดลงขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยา ได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉิน หรือในโรงพยาบาล
ซັก (มีประวัติเดิม)	-	เกิดการซັกแบบฉับพลัน 1 ครั้ง หรือความถี่ในการซັกเพิ่มขึ้น	เกิดการซັกแบบฉับพลัน 2-4 ครั้ง หรือเปลี่ยนรูปแบบการซັก	ซັกนานขึ้นมากขึ้น, เกิดขึ้นซ้ำ ๆ และหรือควบคุมอาการซັกได้ยากขึ้น
การควบคุมระบบประสาท	อาการกระสับกระส่าย การควบคุมเล็กน้อย แต่ไม่มีผลรบกวนกิจวัตร	อาการกระสับกระส่าย การควบคุมปานกลาง, รบกวนสมรรถภาพ มีผลรบกวนกิจวัตรประจำวัน	อาการกระสับกระส่าย การควบคุมอย่างมาก มีผลรบกวนกิจวัตรประจำวัน ต้องใช้ยารักษาอาการประจำวัน	-

-เอกสารหมายเลข 4-

แนวทางการประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์

ความผิดปกติของผิวหนัง ดัดแปลงตามอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในยาต้านโรคมะเร็ง⁽³⁵⁾

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ	ระดับเล็กน้อย (mild)	ระดับปานกลาง (moderate)	ระดับรุนแรง (severe)	ระดับร้ายแรง (serious)
	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
เยื่อผิวหนัง (mucocutaneous)	ผื่นแดง (erythema) และคัน	ผื่นตุ่มขึ้นแดง (maculopapular rash) กระจายส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย	ผื่นตุ่มน้ำพอง ลักษณะเป็นเม็ดใส ๆ (vesiculation)	ผิวหนังอักเสบ มีการหลุดลอกของเยื่อผิวหนัง (erythema multiforme) หรือสังสัย (Steven-Johnson's syndrome; SJS) หรือ (Toxic epiderma necrosis; TEN)
การแพ้ (allergic reaction)	มีเฉพาะอาการคัน ไม่มีผื่นแดง	มีผื่นแบบลมพิษ เฉพาะจุด	มีผื่นแบบลมพิษ ทั่วร่างกาย ร่วมกับมีอาการบวมของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (angioedema)	อาการผื่นแพ้แบบเฉียบพลัน (anaphylactic shock)
คัน (pruritus)	มีอาการคันเล็กน้อยบริเวณที่ฉีด	มีอาการคันปานกลาง	มีอาการคันทั่วร่างกาย	-
บวม (edema)	<15 มิลลิเมตร	15-30 มิลลิเมตร	>30 มิลลิเมตร	-

-เอกสารหมายเลข 4-

แนวทางการประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์

ความผิดปกติของผิวหนังบริเวณที่มีการฉีดยา ตัดแปลงตามอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในยาต้านไวรัสชนิด(35)

อาการไม่พึงประสงค์ ที่พบ	ระดับเล็กน้อย (mild)	ระดับปานกลาง (moderate)	ระดับรุนแรง (severe)	ระดับร้ายแรง (serious)
	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
คัน (pruritus)	มีอาการคันเล็กน้อยบริเวณที่ ฉีด	มีอาการคันปานกลาง	มีอาการคันทั่วร่างกาย	-
บวม (edema)	2.5-5 เซนติเมตร โดยอาการ บวมไม่รบกวนกิจกรรม ประจำวัน	5.1-10 เซนติเมตร หรืออาการ รบกวนกิจกรรมประจำวัน	>10 เซนติเมตร หรือทำ กิจกรรมประจำวันไม่ได้	เกิดเนื้อตาย (gangrene)
ปวด	ไม่รบกวนกิจกรรมประจำวัน	รบกวนกิจกรรมประจำวัน หรือ ต้องบรรเทาอาการปวดด้วยยา	ทำกิจกรรมประจำวันไม่ได้ หรือต้องบรรเทาอาการปวด แบบแรง (narcotic)	ต้องได้รับการรักษาบรรเทา อาการปวดในห้องฉุกเฉิน หรือ ในโรงพยาบาล
ไวต่อการสัมผัส หรือ การกด	เจ็บเล็กน้อยเมื่อสัมผัส	ปวดเมื่อมีการขยับร่างกายส่วน นั้น	ปวดในขณะพัก	ต้องได้รับการรักษาในห้อง ฉุกเฉิน หรือในโรงพยาบาล
ความเจ็บป่วยอื่น ๆ ทางคลินิก	ไม่รบกวนกิจกรรมประจำวัน	รบกวนกิจกรรมประจำวันบ้าง แต่ไม่ต้องการรักษาด้วย ยา	รบกวนกิจกรรมประจำวัน ส่งผล ทำให้ทำงานไม่ได้ ต้องได้รับ การรักษา	ต้องได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉิน หรือในโรงพยาบาล

-เอกสารหมายเลข 4-

แนวทางการประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์

ความผิดปกติอื่น ๆ ด้ดแปลงตามอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในยาต้านโรคลิดิต⁽³⁵⁾

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ	ระดับเล็กน้อย (mild) Grade 1	ระดับปานกลาง (moderate) Grade 2	ระดับรุนแรง (severe) Grade 3	ระดับร้ายแรง (serious) Grade 4
ง่วงนอนระหว่างวัน	ง่วงเล็กน้อย ไม่รบกวนกิจวัตรประจำวัน	ง่วงนอนบ้าง รบกวนกิจวัตรประจำวัน	ง่วงนอนมาก ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ อาจต้องมีการปรับการรักษา	ไม่สามารถลุกมาทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องรับการรักษาในห้องฉุกเฉิน หรือในโรงพยาบาล
ปวดศีรษะ	ปวดเล็กน้อย ไม่ต้องใช้ยาในการบรรเทาปวด	ปวดปานกลาง รบกวนการทำงานบ้าง อาจต้องใช้ยาบรรเทาอาการปวด	ปวดมาก ต้องใช้ยาแก้ปวดชนิดแรง (narcotic) เพื่อบรรเทาอาการปวดถึงได้ผล	ปวดมาก ต้องใช้ยาแก้ปวดชนิดแรง (narcotic) ซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อบรรเทาอาการปวด
อ่อนเพลีย	ไม่มีผลรบกวนกิจวัตรประจำวัน หรือลดกิจวัตรประจำวันลงไม่เกิน 48 ชั่วโมง	การดำเนินกิจวัตรประจำวันตามปกติลดลงร้อยละ 25-50% นานกว่า 48 ชั่วโมง	การดำเนินกิจวัตรประจำวันตามปกติลดลงร้อยละ 50% หรือ ทำงานตามปกติไม่ได้	ต้องรับการรักษาในห้องฉุกเฉิน หรือในโรงพยาบาล
น้ำหนักตัว	-	เปลี่ยนแปลง 5-9% (เทียบกับน้ำหนักก่อนหน้า)	เปลี่ยนแปลง 10-19%	เปลี่ยนแปลง >20%

-เอกสารหมายเลข 4-

แนวทางการประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์

ความผิดปกติของผลทางห้องปฏิบัติการ วัตถุประสงค์ตามอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในยาต้านไวรัสคิดิซ(35)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ระดับเล็กน้อย				ระดับปานกลาง				ระดับรุนแรง				ระดับร้ายแรง			
	Grade 1				Grade 2				Grade 3				Grade 4			
- AST, ALT, Alkaline phosphatase	1.25-2.5 เท่า				2.6-5				5.1-10				>10			
- Cholesterol	201-210				211-225				>226				-			
ระบบเลือด																
- Hemoglobin (g/dl)	9.5-10.5				8.0-9.4				6.5-7.9				<6.5			
- Absolute neutrophils count (cell/mm ³)	1,000-1,500				750-999				500-749				<500			
- WBC ลดลง (cell/mm ³)	2,500-3,500				1,500-2,499				1,000-1,499				<1,000			
- WBC เพิ่มขึ้น (cell/mm ³)	10,800-15,000				15,001-20,000				20,001-25,000				>25,000			
- Lymphocytes ลดลง (cell/mm ³)	750-1,000				500-749				250-499				<250			
- Neutrophils ลดลง (cell/mm ³)	1,500-2,000				1,000-1,499				500-999				<500			
- Eosinophils (cell/mm ³)	650-1,500				1,501-5,000				>5,000				hyper eosinophilic			
- Platelets ลดลง (cell/mm ³)	125,00-140,000				100,000-124,000				25,000-99,000				<25,000			

- เอกสารหมายเลข 4-

แนวทางการประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์

ความผิดปกติของผลทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ) ตัดแปลงตามอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในยาต้านโรคริตซ์⁽³⁵⁾

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ระดับเล็กน้อย (mild)	ระดับปานกลาง (moderate)	ระดับรุนแรง (severe)	ระดับร้ายแรง (serious)	
Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4		
Hyponatremia (mEq/L)	123-129	116-122	<116	เสี่ยงต่อการชัก	
Hypernatremia (mEq/L)	151-157	158-165	>165	เสี่ยงต่อการชัก	
Hypokalemia (mEq/L)	3.0-3.4	2.5-2.9	2.0-2.4	<2.0	เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจาก arrhythmia
Hyperkalemia (mEq/L)	5.6-6.0	6.1-6.5	6.6-7.0	> 7.0	เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจาก arrhythmia
Hypoglycemia (mg/dl)	55-64	40-54	30-39	<30	เสี่ยงต่อการโคม่า
Hyperglycemia (mg/dl)	116-160	161-250	251-500	>500	หรือเกิดภาวะ ketoacidosis หรือต้องรักษาด้วย insulin
Hypocalcemia (mg/dl)	8.4-7.8	7.7-7.0	6.9-6.1	<6.1	เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจาก arrhythmia/ชัก
hypercalcemia (mg/dl)	10.6-11.5	11.6-12.5	12.6-13.5	>13.5	เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจาก arrhythmia
Blood urea nitrogen (mg/dl)	23-26	27-31	>31		ต้องทำ dialysis
Serum creatinine (mg/dl)	1.1-1.5	1.6-2.0	2.1-2.5	>2.5	หรือต้องทำ dialysis
CPK (mg/dl)	>1.25-1.5 เท่า	1.6-3.0 เท่า	3.1-10 เท่า	>10 เท่า	

-เอกสารหมายเลข 5-

แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและข้อมูลการใช้ยาเฉพาะราย

ตึก _____	วันadmit _____	No.ทดลอง _____		No. ควบคุม _____	
เพศ <input type="checkbox"/> 0: หญิง <input type="checkbox"/> 1: ชาย	ว/ด/ป เกิด _____ อายุ _____ ปี	น้ำหนัก _____	ส่วนสูง _____	BMI _____	Dx. _____
การรักษาพยาบาลโรคจิต		โรคร่วม _____		รหัส _____	
ระยะเวลาเจ็บป่วยจิต _____ ปี					
สถานภาพ	อาชีพ	รายได้		ระดับการศึกษา	
<input type="checkbox"/> 1: โสด	<input type="checkbox"/> 1:ว่างงาน	<input type="checkbox"/> 1: ไม่มีรายได้		<input type="checkbox"/> 1: ประถมศึกษา	
		<input type="checkbox"/> 2: น้อยกว่า 10,000 บาท		<input type="checkbox"/> 2: มัธยมศึกษา	
<input type="checkbox"/> 2: สมรส	<input type="checkbox"/> 2: รับจ้าง	<input type="checkbox"/> 3: มากกว่า 10,000 - 15,000 บาท		<input type="checkbox"/> 3: ปริญญาตรี	
<input type="checkbox"/> 3: หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> 3: ราชการ	<input type="checkbox"/> 4: มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป		<input type="checkbox"/> 4: ปริญญาโท	
ประวัติการมีรอบเดือน		การใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ			
<input type="checkbox"/> 0: ไม่ปกติ	<input type="checkbox"/> 1: ปกติ	<input type="checkbox"/> 0: ไม่ใช่		<input type="checkbox"/> 1: ใช่	
การสูบบุหรี่					
<input type="checkbox"/> 0: ไม่สูบบุหรี่			<input type="checkbox"/> 1: สูบบุหรี่		
การดื่มแอลกอฮอล์					
<input type="checkbox"/> 0: ไม่ดื่ม			<input type="checkbox"/> 1: ดื่ม		
การดื่มคาเฟอีน		ชนิดคาเฟอีน			
<input type="checkbox"/> 0: ไม่ดื่ม	<input type="checkbox"/> 1: ดื่มคาเฟอีน	<input type="checkbox"/> 1: กาแฟ/ชา		<input type="checkbox"/> 3: เครื่องดื่มชูกำลัง	
		<input type="checkbox"/> 2: น้ำอัดลม			
การออกกำลังกาย		ความถี่ในการออกกำลังกาย			
<input type="checkbox"/> 0: ไม่ออก	<input type="checkbox"/> 1: ออก	<input type="checkbox"/> 1: ทุกวัน		<input type="checkbox"/> 2: > 3 ครั้ง/ สัปดาห์	
		<input type="checkbox"/> 3: 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์			
ประวัติแพ้ยา					
<input type="checkbox"/> 0: ไม่แพ้			<input type="checkbox"/> 1: แพ้ ระบุ _____		

-เอกสารหมายเลข 6-

แบบแจ้งเตือนเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยา (notify alerting DRPs)

ปัญหาจากการใช้ยาที่พบ	วันadmit _____		ตึก _____	Code _____
	ครั้งที่ 1 วันที่ _____	ครั้งที่ 2 วันที่ _____	ครั้งที่ 3 วันที่ _____	ครั้งที่ 4 วันที่ _____
ส่วนที่ 1: รายละเอียด DRPs				
<input type="checkbox"/> 1: Unnecessary drug therapy				
รายละเอียด				
<input type="checkbox"/> 2: Need for additional drug treatment				
รายละเอียด				
<input type="checkbox"/> 3: Ineffective drug				
รายละเอียด				
<input type="checkbox"/> 4: Dosage to low				
รายละเอียด				
<input type="checkbox"/> 5: Adverse drug reaction				
รายละเอียด				
<input type="checkbox"/> 6: Dosage to high				
รายละเอียด				
<input type="checkbox"/> 7: Adherence				
รายละเอียด				

-เอกสารหมายเลข 6-

แบบแจ้งเตือนเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยา (notify alerting DRPs) (ต่อ)

การจัดการปัญหา จากการใช้ยา	วัน admit _____	ตีก _____	Code _____	
	ครั้งที่ 1 วันที่ _____	ครั้งที่ 2 วันที่ _____	ครั้งที่ 3 วันที่ _____	ครั้งที่ 4 วันที่ _____
ส่วนที่ 2 : การจัดการแก้ไขโดยผู้วิจัย				
<input type="checkbox"/> เภสัชกร ดำเนินการจัดการ แก้ไขด้วย ตนเอง				
ส่วนที่ 3: การจัดการปัญหาของแพทย์				
<input type="checkbox"/> ลดขนาดยา ด้านโรคจิต				
<input type="checkbox"/> เพิ่มยา				
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนยา				
<input type="checkbox"/> Hold ยา				
<input type="checkbox"/> หยุดยา				
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ				
ส่วนที่ 4: ผลหลังจากได้รับการจัดการของแพทย์				
อาการที่พบ				
ระยะเวลาหาย เป็นปกติ (สัปดาห์)				

-เอกสารหมายเลข 7-

แบบติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านโรคจิตขนาดสูง

ตึก _____	วันadmit _____	No.ทดลอง _____		No. ควบคุม _____	
<input type="checkbox"/> 0: หญิง	ว/ด/ปีเกิด _____	น้ำหนัก _____	ส่วนสูง _____	BMI _____	Dx. _____
<input type="checkbox"/> 1: ชาย	อายุ _____ ปี	_____	_____	_____	_____
ระยะเวลาเจ็บป่วยจิต _____ ปี		โรคร่วม _____		รหัส _____	
ส่วนที่ 1: การใช้ยาต้านโรคจิตขนาดสูง <input type="checkbox"/> 0:ไม่พบ <input type="checkbox"/> 1:พบ					
วันที่ _____		No.ทดลอง _____		No. ควบคุม _____	
ยาต้านโรคจิตที่ได้รับ (oral)		ขนาดยาเทียบเท่า CPZ			
ยาต้านโรคจิตที่ได้รับ (PRN)					
ยาต้านโรคจิตที่ได้รับ (depot)					
ขนาดยาต้านโรคจิตโดยรวมที่ได้รับทั้งหมดเทียบเท่า CPZ =					
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์				<input type="checkbox"/> 0:ไม่พบ <input type="checkbox"/> 1:พบ	
cardiac history	<input type="checkbox"/> ใช่		<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
family history of heart disease	<input type="checkbox"/> ใช่		<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
hepatic or renal tolerance	<input type="checkbox"/> ใช่		<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
taking any drug interact	<input type="checkbox"/> ใช่		<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
previous history of ADR high dose antipsychotic	<input type="checkbox"/> ใช่		<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
Heavy smoker	<input type="checkbox"/> ใช่		<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
Obesity	<input type="checkbox"/> ใช่		<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
Diabetes	<input type="checkbox"/> ใช่		<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		

-เอกสารหมายเลข 7-

แบบติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านโรคจิตขนาดสูง (ต่อ)

ตึก _____	วันadmit _____	No.ทดลอง _____	No. ควบคุม _____
เพศ <input type="checkbox"/> 0: หญิง <input type="checkbox"/> 1: ชาย	ว/ด/ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี	น้ำหนัก _____	ส่วนสูง _____
		BMI _____	Dx. _____
ระยะเวลาเจ็บป่วยจิต _____ ปี	โรคร่วม _____	รหัส _____	
ส่วนที่ 2: พบการสั่งใช้ tracer agents (trigger tool) <input type="checkbox"/> 0:ไม่พบ <input type="checkbox"/> 1:พบ			
วันที่ _____	No.ทดลอง _____	No. ควบคุม _____	
เสี่ยงต่อ anticholinergic side effect เพิ่มขึ้น			
สั่งใช้ trihexyphenidyl >15 มก./วัน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
สั่งใช้ diphenhydramine >200 มก./วัน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
สงสัยอาการ extrapyramidal			
สั่งใช้ benztropine injection (IV)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
สั่งใช้ diazepam injection (IV)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
สงสัยต่อหัวใจเต้นผิดจังหวะ			
สั่งใช้ propranolol	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
สงสัยอาการแสดงภาวะโพรแลคตินสูงหรือภาวะ neuroleptic malignant syndrome			
สั่งใช้ bromocriptine	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ยาที่สงสัย			
อาการที่พบ			
การจัดการป้องกันการเกิดซ้ำ	<input type="checkbox"/> ติดสติ๊กเกอร์เฝ้าระวังความเสี่ยงเกิดซ้ำ		
	<input type="checkbox"/> บันทึกลงในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ HosXP		

-เอกสารหมายเลข 8-
แบบบันทึกอาการไม่พึงประสงค์

ตึก _____	วันที่ admit _____	เพศ <input type="checkbox"/> 0: หญิง <input type="checkbox"/> 1: ชาย	No.ทดลอง _____ No.ควบคุม _____
อาการ extrapyramidal		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
		Date _____	Date _____
Dystonia (กลืนอาหารลำบาก ตัวแข็งเกร็ง เคลื่อนไหวไม่ได้)		<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี Severity _____ แก้ไข _____	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี Severity _____ แก้ไข _____
Akathisia (อาการกระสับกระส่าย กระวนกระวายใจ นั่งไม่ติดที่)		<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี Severity _____ แก้ไข _____	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี Severity _____ แก้ไข _____
Parkinsonism (เคลื่อนไหวช้าลง มือสั่น)		<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี Severity _____ แก้ไข _____	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี Severity _____ แก้ไข _____
tardive dyskinesia (มีการควบคุมกล้ามเนื้อ ยากมากขึ้น โดยเฉพาะริมฝีปาก)		<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี Severity _____ แก้ไข _____	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี Severity _____ แก้ไข _____
(สอบถามผู้ป่วย) เพศหญิงอาการแสดงเกี่ยวกับ โพรแลคติน		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
		Date _____	Date _____
มีการเปลี่ยนแปลงของประจำเดือน		<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี Severity _____ แก้ไข _____	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี Severity _____ แก้ไข _____
1) นานน้อยกว่าช่วงเวลาปกติ		<input type="checkbox"/> 1: Severity _____ แก้ไข _____	<input type="checkbox"/> 1: Severity _____ แก้ไข _____
2) มามากกว่าช่วงเวลาปกติ		<input type="checkbox"/> 2: Severity _____ แก้ไข _____	<input type="checkbox"/> 2: Severity _____ แก้ไข _____
3) ไม่มานานมากกว่า 2 เดือน		<input type="checkbox"/> 4: Severity _____ แก้ไข _____	<input type="checkbox"/> 4: Severity _____ แก้ไข _____

-เอกสารหมายเลข 8-
แบบบันทึกอาการไม่พึงประสงค์ (ต่อ)

อาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ที่พบ รายงาน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
	Date _____	Date _____
เพศหญิงและเพศชายที่มีรายงานผิดปกติเกี่ยวกับโปรแลคติน		
มีอาการผิดปกติบริเวณหน้าอก	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี
1) น้ำนมไหลเมื่อบีบเค้น	Severity _____ แก้ไข _____	Severity _____ แก้ไข _____
2) น้ำนมไหลบริเวณหน้าอก	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี
	Severity _____ แก้ไข _____	Severity _____ แก้ไข _____
อาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ		
ง่วงนอนระหว่างวัน	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี
	Severity _____ การแก้ไข _____	Severity _____ แก้ไข _____
ท้องผูก	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี
	Severity _____ แก้ไข _____	Severity _____ แก้ไข _____
น้ำลายไหล	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี
	Severity _____ แก้ไข _____	Severity _____ แก้ไข _____
มือสั่น	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี
	Severity _____ แก้ไข _____	Severity _____ แก้ไข _____
ความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยน อิริยาบถ	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี
	Severity _____ แก้ไข _____	Severity _____ แก้ไข _____
ปากแห้ง คอแห้ง	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี	<input type="checkbox"/> 0: ไม่มี <input type="checkbox"/> 1: มี
	Severity _____ แก้ไข _____	Severity _____ แก้ไข _____

-เอกสารหมายเลข 8-

บทสัมภาษณ์ติดตามค้นหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านโรคจิต

ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย ในการติดตามค้นหาอาการไม่พึงประสงค์ หลังได้รับยาต้านโรคจิต ภายหลังจากอาการทางจิตสงบ จากการประเมินด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) โดยการสอบถามอาการไม่พึงประสงค์ ผู้วิจัยจะดำเนินการซักถามผู้ป่วยโดยตรง ตามรายละเอียดในแบบบันทึกสำหรับบันทึกอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นตามผู้ป่วยรายงาน โดยมีการใช้บทสัมภาษณ์เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการสอบถามเดียวกันในผู้ป่วยทุกราย ดังนี้

สวัสดีค่ะ ดิฉัน ชื่อ..... ผู้ทำวิจัยเรื่อง ผลของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัย: ผู้ป่วย (หญิง) หลังได้รับยาต้านโรคจิต ท่านมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับประจำเดือนเกิดขึ้นหรือไม่

ผู้ป่วย:

ผู้วิจัย: ผู้ป่วย (หญิงและชาย) หลังได้รับยาต้านโรคจิต ท่านมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับหน้าอกเกิดขึ้นหรือไม่

หรือไม่ผู้ป่วย:

ผู้วิจัย: ผู้ป่วย หลังได้รับยาต้านโรคจิต ท่านมีอาการง่วงนอนในระหว่างเกิดขึ้นหรือไม่คะ

ผู้ป่วย:

ผู้วิจัย: ผู้ป่วย หลังได้รับยาต้านโรคจิต ท่านมีอาการท้องผูกเกิดขึ้นหรือไม่คะ

ผู้ป่วย:

ผู้วิจัย: ผู้ป่วย หลังได้รับยาต้านโรคจิต ท่านมีอาการน้ำลายไหลเกิดขึ้นหรือไม่คะ

ผู้ป่วย:

ผู้วิจัย: ผู้ป่วย หลังได้รับยาต้านโรคจิต ท่านมีอาการมือสั่นเกิดขึ้นหรือไม่คะ

ผู้ป่วย:

ผู้วิจัย: ผู้ป่วย หลังได้รับยาต้านโรคจิต ท่านมีอาการหน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าหรือไม่คะ

ผู้ป่วย:

ผู้วิจัย: ผู้ป่วย หลังได้รับยาต้านโรคจิต ท่านมีน้ำหนักเพิ่มหรือไม่คะ

ผู้ป่วย:

ผู้วิจัย: ผู้ป่วย หลังได้รับยาต้านโรคจิต ท่านมีอาการอยากอาหารมากขึ้นหรือไม่คะ

ผู้ป่วย:

ผู้วิจัย: ผู้ป่วย หลังได้รับยาต้านโรคจิต ท่านมีอาการอื่น ๆ อีกหรือไม่คะ ที่รบกวนการดำเนินชีวิตในประจำวันที่ทำให้รู้สึกไม่สบายทนาย

ผู้ป่วย:

เมื่อดำเนินการสอบถามครบ ผู้วิจัยกล่าวสรุปแล้วนำข้อมูลจาก พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทั้ง สองกลุ่ม เพื่อดำเนินการจัดการแก้ไขตามระบบ สำหรับกลุ่มศึกษา ผู้วิจัยจะบันทึกปัญหาจากการใช้ยา ผู้ป่วยลงในแบบบันทึกปัญหาจากการใช้ยา เพื่อดำเนินการจัดการแก้ไขเพิ่มเติมต่อไป



-เอกสารหมายเลข 9-

แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์ Naranjo's algorithm

ยาที่สงสัย _____

อาการแสดง _____

วันที่เริ่มใช้ _____ วันที่หยุดใช้ _____ ยาที่ใช้ร่วม _____

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	คะแนน
1. เคยมีสรุปหรือรายงานปฏิกิริยานี้มาแล้วหรือไม่	+1	0	0	
2. อาการหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นภายหลังจากได้รับยา ที่คิดว่าเป็นสาเหตุหรือไม่	+2	-1	0	
3. อาการหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นี้ดีขึ้นเมื่อหยุดยาดังกล่าว หรือให้ยาต้านที่จำเพาะเจาะจง	+1	0	0	
4. อาการหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อเริ่มให้ยาใหม่หรือไม่	+2	-1	0	
5. ปฏิกิริยานี้สามารถเกิดขึ้นได้จากสาเหตุอื่นหรือไม่ (นอกเหนือจากยา)	-1	+2	0	
6. ปฏิกิริยาดังกล่าวเกิดขึ้นอีก เมื่อให้ยาหลอกหรือไม่	-1	+1	0	
7. สามารถตรวจวัดปริมาณยาในเลือด ในปริมาณความเข้มข้นที่เป็นพิษหรือไม่	+1	0	0	
8. ปฏิกิริยารุนแรงเกิดขึ้นเมื่อเพิ่มขนาด หรือลดความรุนแรงลงเมื่อลดขนาดยาหรือไม่	+1	0	0	
9. ผู้ป่วยเคยมีปฏิกิริยาเหมือนหรือคล้ายคลึงกันนี้ มาก่อนในการได้รับยาครั้ง ๆ ก่อน หรือไม่	+1	0	0	
10. อาการหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นี้ได้รับการยืนยันโดยหลักฐานที่เป็นรูปธรรมหรือไม่	+1	0	0	
รวมคะแนน				
≥ 9 ใช่แน่	definitely			
5 – 8 ใช่	probable			
1 – 4 อาจจะใช่	possible			
0 น่าสงสัย	doubtful			

-เอกสารหมายเลข 10-

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS)

no: ทดลองno ควบคุม ตึก.....

คำชี้แจง: ให้วงกลมรอบระดับคะแนน ตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

ไม่มีอาการ = 1 คะแนน

มีอาการปานกลาง = 4 คะแนน

มีอาการขั้นต่ำสุด = 2 คะแนน

มีอาการค่อนข้างรุนแรง = 5 คะแนน

มีอาการเล็กน้อย = 3 คะแนน

มีอาการรุนแรงมาก = 7 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. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความจริง (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. อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)	1	2	3	4	5	6	7
11. ความคิดสับสน (Conceptual disorientation)	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. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยบอก

ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

คะแนนรวม.....คะแนน

มีคะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการระดับมาก



-เอกสารหมายเลข 11-

แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยา

(medication taking behavior questionnaire; MTB-Thai)

แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย X ทับตัวเลขในช่องคำตอบ ข้อคำถามมีเนื้อหาเกี่ยวกับ **พฤติกรรมการใช้ยาในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ของคุณ ให้เลือกตัวเลขที่เหมาะสม เป็นจริงและตรงกับตัวคุณมากที่สุด คำตอบของคุณไม่มีถูกหรือผิด และไม่ส่งผลต่อการรักษาตามปกติของคุณ

คำถาม	คำตอบให้เลือก			
	(1)	(2)	(3)	(4)
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคย “ลืม” ใช้ยาหรือไม่ อย่างไร	เคยลืม ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป	เคยลืม 3-4 ครั้ง	เคยลืม 1-2 ครั้ง	ไม่เคย ลืมเลย
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคยใช้ ยา “ไม่ตรงเวลา หรือไม่ตรงมือ” ตามที่หมอสั่งหรือไม่ อย่างไร	เคย ใช้ยา ไม่ตรงเวลา /ไม่ตรงมือ ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป	เคย ใช้ยา ไม่ตรงเวลา /ไม่ตรงมือ 3-4 ครั้ง	เคย ใช้ยา ไม่ตรงเวลา /ไม่ตรงมือ 1-2 ครั้ง	ใช้ยา ตรงเวลา /ตรงมือ ทุกครั้ง
3. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคย “หยุดใช้ยาเอง” โดยที่ไม่ได้ปรึกษาหมอ เนื่องจากได้รับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา หรือกังวล/กลัวว่าจะได้รับอาการข้างเคียงจากยา หรือแพ้ยา หรือไม่อย่างไร	เคย หยุดยา ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป	เคย หยุดยา 3-4 ครั้ง	เคย หยุดยา 1-2 ครั้ง	ไม่เคย หยุดยาเลย

คำถาม	คำตอบให้เลือก			
4. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคย “หยุดใช้ยาเอง” โดยที่ไม่ได้ปรึกษาหมอ เพราะคิดว่าตนเองหายจากโรคที่เป็นแล้ว หรือไม่มีอาการแล้ว หรือไม่ อย่างไร	เคย หยุดยา ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป (1)	เคย หยุดยา 3-4 ครั้ง (2)	เคย หยุดยา 1-2 ครั้ง (3)	ไม่เคย หยุดยาเลย (4)
5. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคย “หยุดใช้ยาเอง” โดยที่ไม่ได้ปรึกษาหมอ ด้วยเหตุผลอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากข้อ 3 และ 4 หรือไม่ อย่างไร	เคย หยุดยา ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป (1)	เคย หยุดยา 3-4 ครั้ง (2)	เคย หยุดยา 1-2 ครั้ง (3)	ไม่เคย หยุดยาเลย (4)
6. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคย “เพิ่มหรือลด” จำนวนยาหรือปริมาณยา หรือความถี่ในการใช้ยาโดยที่ไม่ได้ปรึกษาหมอ หรือไม่ อย่างไร	เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยาหรือ ความถี่ในการ ใช้ยา ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป (1)	เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยา หรือความถี่ ในการใช้ยา 3-4 ครั้ง (2)	เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยา หรือความถี่ ในการใช้ยา 1-2 ครั้ง (3)	ไม่เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยา หรือความถี่ ในการใช้ยา เลย (4)

-เอกสารหมายเลข 12-

แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT) (พร้อมท์) ฉบับย่อ
คำแนะนำก่อนการตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT (พร้อมท์) ฉบับย่อ

ข้อความหรือคำถามดังต่อไปนี้ จะถามคุณเกี่ยวกับทัศนคติและประสบการณ์การใช้ยาเพื่อรักษาโรคของคุณ กรณีที่คุณมียาที่ใช้เป็นประจำมากกว่า 1 รายการ ให้คุณตอบโดยนึกถึงยาหรือกลุ่มยาที่มีผลกระทบต่อคุณอย่างมากที่สุดในแต่ละข้อคำถาม ขอให้คุณเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของคุณ ณ ปัจจุบัน มากที่สุด คำตอบของคุณไม่มีถูกหรือผิด

โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่องคำตอบที่คุณต้องการเลือกเพียงคำตอบเดียว

คำถาม	คำตอบให้เลือก				
1. หมอ เกสัชกร หรือพยาบาลได้อธิบายว่ายาที่คุณใช้อยู่ “ใช้เพื่อรักษาโรคอะไร หรือบรรเทาอาการใด” หรือไม่	ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
2. หมอ เกสัชกร หรือพยาบาลได้อธิบาย “วิธีการใช้ยา” หรือไม่ เช่น จำนวนหรือปริมาณยาที่ใช้ต่อครั้ง ความถี่ในการใช้ยา ก่อนหรือหลังอาหาร ระยะเวลาที่ต้องใช้ยา รวมถึงวิธีการเก็บรักษา	ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
3. หมอ เกสัชกร หรือพยาบาลได้อธิบาย หรือไม่ว่า “คุณจะต้องทำอย่างไรเมื่อคุณลืมใช้ยา” เช่น ใช้ทันทีที่นึกได้ หรือ ข้ามมือนั้นไป	ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
4. หมอ เกสัชกร หรือพยาบาลได้อธิบาย “อาการข้างเคียง หรืออาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากยาที่คุณใช้อยู่ รวมถึงสิ่งที่คุณต้องทำเมื่อได้รับอาการข้างเคียงดังกล่าว” หรือไม่	ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)

คำถาม	คำตอบให้เลือก				
5. หมอ เกษัชกร หรือพยาบาลได้อธิบาย “สาเหตุ อาการ ความรุนแรง การป้องกัน และวิธีการรักษาโรค” หรือไม่	ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
6. คุณมีความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยาที่มีต่อการ “ลดอาการของโรค” ที่คุณเป็นมากน้อยแค่ไหน	ไม่พอใจเลย (1)	พอใจเล็กน้อย (2)	พอใจปานกลาง (3)	พอใจมาก (4)	พอใจมากที่สุด (5)
7. คุณมีความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยาที่ทำให้คุณ “หายจากโรค” ที่คุณเป็นมากน้อยแค่ไหน (หมายถึง ไม่ต้องใช้ยาอีกต่อไป)	ไม่พอใจเลย (1)	พอใจเล็กน้อย (2)	พอใจปานกลาง (3)	พอใจมาก (4)	พอใจมากที่สุด (5)
8. คุณกำลังได้รับผลกระทบจากการใช้ยาหรืออาการข้างเคียงของยา ซึ่งมีผลต่อ “การทำงานหาเลี้ยงชีพ การเรียน การทำงานบ้าน การทำงานอดิเรก การพบปะเพื่อนฝูง หรือญาติ” หรือไม่	ได้รับผลกระทบมากที่สุด (1)	ได้รับผลกระทบมาก (2)	ได้รับผลกระทบปานกลาง (3)	ได้รับผลกระทบเล็กน้อย (4)	ไม่ได้รับผลกระทบ (5)
9. คุณรู้สึกกังวลหรือกลัว “อาการข้างเคียงของยา” ที่ใช้อยู่ เช่น การแพ้ยา การทำลายตับ ไต หรืออวัยวะอื่น ๆ หรือไม่	รู้สึกมากที่สุด (1)	รู้สึกมาก (2)	รู้สึกปานกลาง (3)	รู้สึกเล็กน้อย (4)	ไม่รู้สึกเลย (5)
10. คุณรู้สึกเบื่อหรืออึดอัดที่ต้อง “ใช้ยาทุกวันอย่างเคร่งครัดสม่ำเสมอ” หรือไม่	รู้สึกมากที่สุด (1)	รู้สึกมาก (2)	รู้สึกปานกลาง (3)	รู้สึกเล็กน้อย (4)	ไม่รู้สึกเลย (5)
11. คุณรู้สึกกังวลหรือกลัวว่าจะต้อง “ใช้ยาเป็นระยะเวลานานหรือตลอดชีวิต” หรือไม่	รู้สึกมากที่สุด (1)	รู้สึกมาก (2)	รู้สึกปานกลาง (3)	รู้สึกเล็กน้อย (4)	ไม่รู้สึกเลย (5)

คำถาม	คำตอบให้เลือก				
	รู้สึกมากที่สุด	รู้สึกมาก	รู้สึกปานกลาง	รู้สึกเล็กน้อย	ไม่รู้สึกเลย
12. คุณรู้สึกกังวลหรือกลัวว่ายาที่คุณใช้อยู่จะ “มีปัญหาหายากัน” หรือไม่ (หายากัน หมายถึง การใช้ยาพร้อมกันมากกว่า 1 ตัว อาจเสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์กัน)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. ยาที่คุณใช้อยู่มี “วิธีการใช้ที่สะดวก” หรือไม่ เช่น วิธีการใช้ยุ่งยาก ต้องใช้ยาก่อนอาหาร 30 นาที วิธีการใช้ยาแตกต่างกันในแต่ละมื้อ หรือไม่เข้ากับการดำเนินชีวิตของคุณ	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. คุณมีปัญหาเกี่ยวกับ “ค่ายา หรือค่าเดินทาง” หรือไม่	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. หมอ เภสัชกร หรือพยาบาล “มีหน้าที่ที่เป็นมิตร ยิ้มแย้ม และเปิดโอกาสให้คุณได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับยาที่คุณใช้” หรือไม่	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. โดยรวมแล้ว “ยาที่คุณใช้อยู่ทำให้การดำเนินชีวิต หรือการใช้ชีวิตของคุณ” เป็นอย่างไร	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ขอบคุณที่คุณเสียสละเวลาในการทำแบบสอบถาม

ลิขสิทธิ์แบบสอบถาม: รองศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิง ดร.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

-เอกสารหมายเลข 13-

เอกสารอธิบายการเข้าร่วมวิจัยสำหรับอาสาสมัคร
(Participant Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวม ในผู้ป่วยจิตเภท
ชื่อผู้วิจัยหลัก	เภสัชกรหญิงวาสนันท์ พลไพรินทร์
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลศรีธัญญา 47 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
เบอร์โทรศัพท์	061-7725391

เรียน ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านและผู้เข้าร่วมวิจัยที่ท่านดูแลนั้นมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ก่อนที่ท่านพิจารณาเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยนี้ ท่านสามารถใช้เวลาอ่านเอกสารอย่างถี่ถ้วนและท่านมีเวลาตัดสินใจได้ตามต้องการ หากท่านมีข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้ให้รายละเอียดแก่ท่าน ถ้าท่านพิจารณาแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

การบำบัดรักษาด้วยยาจะประสบผลสำเร็จในการรักษาโรคหรือผลลัพธ์ที่ดีนั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องมีความร่วมมือในการใช้ยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล คือปัญหาจากการใช้ยา เช่น อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา เป็นหนึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยหยุดการใช้ยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อความการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น หรือผลลัพธ์การรักษาแย่ง และผลกระทบในระยะยาวถ้าไม่ได้รับการจัดการ ทั้งนี้อาจไม่กล้าที่จากสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ดูแลถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากยา

ดังนั้นการศึกษานี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการเฝ้าระวังติดตามค้นหาและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ และผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการให้ความรู้เรื่องยาเฉพาะราย การแนะนำรายการยากลับบ้าน พร้อมส่งมอบยาให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้การศึกษานี้ คาดการณ์ว่าการบริหารทางเภสัชกรรม จะช่วยทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความปลอดภัยในการใช้ยา มีความร่วมมือในการใช้ยา และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักในการศึกษาครั้งนี้คือ เพื่อประเมินผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยคัดกรองว่าผู้เข้าร่วมวิจัยที่ท่านดูแลมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย คือ ได้รับการรักษาด้วยยาแบบผู้ป่วยใน จากภาวะอาการทางจิตกำเริบ โดยมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจากออกโรงพยาบาลครั้งล่าสุด หรือมีการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่าเท่ากับ 3 ครั้ง ต่อปี หากท่านผู้เข้าร่วมวิจัยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับเชิญเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยมีการประเมินผลลัพธ์ทั้งสิ้นจำนวน 3 ช่วงดังนี้

การประเมินผล	วันที่	เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานและการประเมินผลลัพธ์	การประเมินโดย
แรกรับรักษาแบบผู้ป่วยใน	(วันที่ 1 - 2)	1. แบบสอบถามพฤติกรรมกรการใช้ยา (MTB-Thai) 2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา PROMPT (พร้อมท์) ฉบับย่อ	ผู้ดูแล
การรักษาแบบผู้ป่วยใน	ช่วงระหว่าง (วันที่ 1 - 27)	3. รายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของ รพ. 4. แบบประเมินความสัมพันธ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Naranjo's algorithm) 5. แบบสอบถามอาการไม่พึงประสงค์ 6. แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ (scoring rubrics)	ผู้ป่วย
การรักษาแบบผู้ป่วยใน	ช่วงระหว่าง (วันที่ 22 - 28)	1. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT) (พร้อมท์) ฉบับย่อ 2. แบบประเมินความสัมพันธ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Naranjo's algorithm) 3. แบบสอบถามอาการไม่พึงประสงค์ 4. แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ (scoring rubrics)	ผู้ป่วย
ติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก	หลังจำหน่าย (14 -30 วัน) ตามสิทธิ์รักษา	1. แบบสอบถามพฤติกรรมกรการใช้ยา (MTB-Thai) 2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT) (พร้อมท์) ฉบับย่อ	ผู้ป่วย และ ผู้ดูแล
		3. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ด้วยการนับเม็ดยา	เภสัชกร

โดยระหว่างรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการติดตามความปลอดภัยในการใช้ยาจากผู้วิจัย ดังนี้ เฝ้าระวังติดตามค้นหาและแก้ไขการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในเชิงรุก ร่วมกับการให้ความรู้ คำแนะนำด้านยาและอาการไม่พึงประสงค์ พร้อมส่งมอบยาให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดระยะเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะอยู่ในโครงการวิจัยจนสิ้นสุดการศึกษา เป็นระยะเวลา 45-60 วัน จำนวนอาสาสมัครที่ต้องการจำนวนทั้งหมด 140 ราย

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านมีโอกาที่จะเกิดความเสี่ยงเล็กน้อย จากการสัมภาษณ์ หรือตอบคำถามที่ท่านไม่ยอมตอบ ท่านสามารถขอออกจากการศึกษาได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับการรักษา

ประโยชน์ที่ได้รับ

ท่านจะได้รับประโยชน์ ความรู้ด้านยาที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยการใช้ยาต้านโรคริตมากขึ้น เมื่อพบปัญหาท่านจะได้แก้ไขจัดการได้อย่างเหมาะสมต่อไป และเพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคริตเภทต่อไป

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมวิจัย

ท่านผู้เข้าร่วมวิจัย ระหว่างการศึกษาวิจัยจนสิ้นสุดโครงการ ท่านจะเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด ตามสิทธิการรักษา และไม่มีกรเก็บค่าใช้จ่ายอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยจากผู้วิจัย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ดูแลท่านจะได้รับได้ถูกผ้าเพื่อใส่ยากกลับบ้าน 1 ใบ เพื่อนำยาที่รับประทานเหลือกลับมาตามนัดหมาย นอกจากนี้ท่านจะได้รับเงินค่าเดินทางและเงินชดเชยการสูญเสียรายได้ เสียเวลา หรือความไม่สะดวก ไม่สบายในการมาพบแพทย์และผู้วิจัย 1 ครั้ง เป็นจำนวน 200 บาท หลังติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก

สิทธิในการถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัย

ท่านมีสิทธิในการถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น โดยท่านสามารถติดต่อ ไปยังผู้วิจัยได้โดยตรง ตามรายละเอียดในหน้าแรก

การรักษาความลับของข้อมูลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวตนท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชนในกรณีที่ผลการวิจัยได้ตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน และผู้ที่มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลการวิจัย คือคณะผู้วิจัยเท่านั้น เพื่อการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การสอบถามข้อสงสัย

ชื่อผู้วิจัยที่สามารถติดต่อได้ คือ เกษัชกรหญิงवासันท์ พลไพรินทร์ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีธัญญา เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 061-7725391 และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ชี้แจงในเอกสารข้อมูลอธิบาย ท่านสามารถร้องเรียนมาได้ที่ โรงพยาบาลศรีธัญญา 47 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-528-7800 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้



-เอกสารหมายเลข 14-

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวม
ในผู้ป่วยจิตเภท

วันที่คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ได้รับทราบถึงรายละเอียดของที่มาและวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้
อย่างละเอียด โดยได้รับทราบรายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติ หรือที่จะได้รับการปฏิบัติอัน
จะเกิดความเสี่ยงได้เล็กน้อยระหว่างการศึกษา รวมถึงประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ ที่เกิดขึ้นจากการ
ศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ โดยท่านได้อ่านรายละเอียดเอกสารชี้แจงรายละเอียดผู้เข้าร่วมการวิจัย และ
ได้รับคำอธิบายวิธีการศึกษาจากผู้วิจัยอย่างละเอียด จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ จากข้อมูลตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดย**ข้าพเจ้ายินยอมให้ความร่วมมือ** ทั้งนี้หากข้าพเจ้า มีข้อสงสัยเกี่ยวกับขั้นตอน
การวิจัย สามารถติดต่อกับ **เภสัชกรหญิง วาสนันท์ พลไพรินทร์** ตามรายละเอียดในเบื้องต้น

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ของท่าน โดยไม่
ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกของท่านผู้เข้าร่วมวิจัยจากการศึกษาวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษา

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้
ผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยการนำเสนอ
ข้อมูลจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใด ๆ ที่จะนำไปสู่การระบุตัว
ข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ได้ระบุไว้ ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ โรงพยาบาลศรี
ธัญญา 47 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-
528-7800

ข้าพเจ้า ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ

(.....)

ผู้วิจัย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ให้คำยินยอม (ผู้ดูแล)

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ให้คำยินยอม (ผู้เข้าร่วมวิจัย)

-เอกสารหมายเลข 15-
ชุดข้อมูลความรู้เรื่องยาต้านโรคจิต



ความรู้เบื้องต้น
ยารักษาโรคจิตเภท



- ยารักษาโรคจิตเภทคืออะไร ?
- ยารักษาโรคจิตเภท รักษาอาการให้หายได้หรือไม่ ?
- อาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาโรคจิตเภทคืออะไร ?
- อาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาโรคจิตเภท มีอะไรบ้าง ?
- การสังเกตอาการไม่พึงประสงค์เบื้องต้น?
- การแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์เบื้องต้น?
- ต้องรับประทานยารักษาโรคจิตเภทนานเท่าไร ?
- ยารักษาโรคจิตเภท รับประทานกับเหล้า เบียร์ ได้หรือไม่ ?

สามารถหาคำตอบได้ที่นี้

1. ยารักษาโรคจิตเภทคืออะไร?

ยารักษาโรคจิตเภท เป็นยารักษาโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง



: การทำหน้าที่ของยารักษาโรคจิต คือ

- 1) ช่วยปรับสารสื่อประสาทโดปามีนในสมอง ให้มีการหลั่งเป็นปกติ
- 2) ช่วยลดและบรรเทาอาการต่าง ๆ เช่น หูแว่ว ภาพหลอน รวมถึงอาการเฉื่อยชา แยกตัวไม่ยอมกับเข้าสังคม



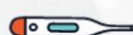
โรคจิตเภท



โรคอารมณ์สองขั้ว



ภาวะซึมเศร้า



ยารักษาโรคจิตเภท บางชนิดอาจใช้ในการรักษาอื่น ๆ เช่น



ภาวะวิตกกังวล



อาการสะอึก



ภาวะสมองเสื่อม

3

2. ยารักษาโรคจิตเภท

ช่วยบรรเทาความรุนแรงของโรค และอาการทางจิตได้

เมื่อรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ



โดยอาการเหล่านี้จะค่อย ๆ ลดลง

ข้อดีของยารักษาโรคจิตเภท

:ยาช่วยให้อาการที่เป็นนั้น เปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างช้า ๆ เมื่อใช้อย่างต่อเนื่องประมาณ 2 - 6 สัปดาห์ขึ้นไป และเมื่อท่านใช้ยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะช่วยให้ท่านรู้สึกมั่นใจมากขึ้น และช่วยให้ท่านดำเนินชีวิตประจำวันในแบบที่ต้องการได้



4

3. รูปแบบยารักษาโรคจิต

ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

ท่านจะได้รับแตกต่างกันในแต่ละคน



1. ความรุนแรงของอาการทางจิต เช่น มีการกลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง



2. ประสบการณ์การใช้ยาในอดีตเช่น เกิดอาการข้างเคียงจากยา หรือ การรักษาด้วยรูปแบบนั้นไม่ได้ผล หรือ ใช้ยาไม่สม่ำเสมอ



3. โรคร่วม หรือการเจ็บป่วยด้วยสภาวะอื่น ๆ หรือมีข้อห้ามใช้ในยาบางชนิด หรือมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย



5

4. ยารักษาโรคจิตเภท

แบ่งตามวิธีการใช้ยาได้ 2 แบบ ดังนี้



ปัจจัยสำคัญหนึ่งที่มีผลต่อการได้รับยา รูปแบบต่าง ๆ เพื่อลดและบรรเทาอาการทางจิตคือ “ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของท่าน ”

1. แบบรับประทาน

: แบบเม็ด ระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 2-3 ชั่วโมง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับยาแบบเม็ด

: แบบน้ำ ระยะเวลาการออกฤทธิ์เร็วกว่ารูปแบบเม็ด

มักใช้ผู้ที่มีปัญหาการกลืนยา หรือรับประทานยาก

2. แบบฉีด

: แบบฉีดเข้าหลอดเลือด ออกฤทธิ์ได้อย่างรวดเร็วภายในหนึ่งชั่วโมง มักใช้เพื่อลดอาการทางจิตที่รุนแรง

: แบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ออกฤทธิ์ช้าและคงที่ในช่วงสองถึงหกสัปดาห์ มักใช้ในกรณีที่ได้รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

เพื่อควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ



6

5.อาการไม่พึงประสงค์จากยา

หมายถึง

“อาการที่ไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้น ภายหลังจากการใช้ยาในขนาดปกติ ซึ่งอาการดังกล่าวนั้นรบกวนและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน”
เช่น หลังรับประทานยามื้อเช้า แล้วมีอาการง่วงนอนมาก จนไม่สามารถกิจกรรมอื่นได้ เป็นต้น



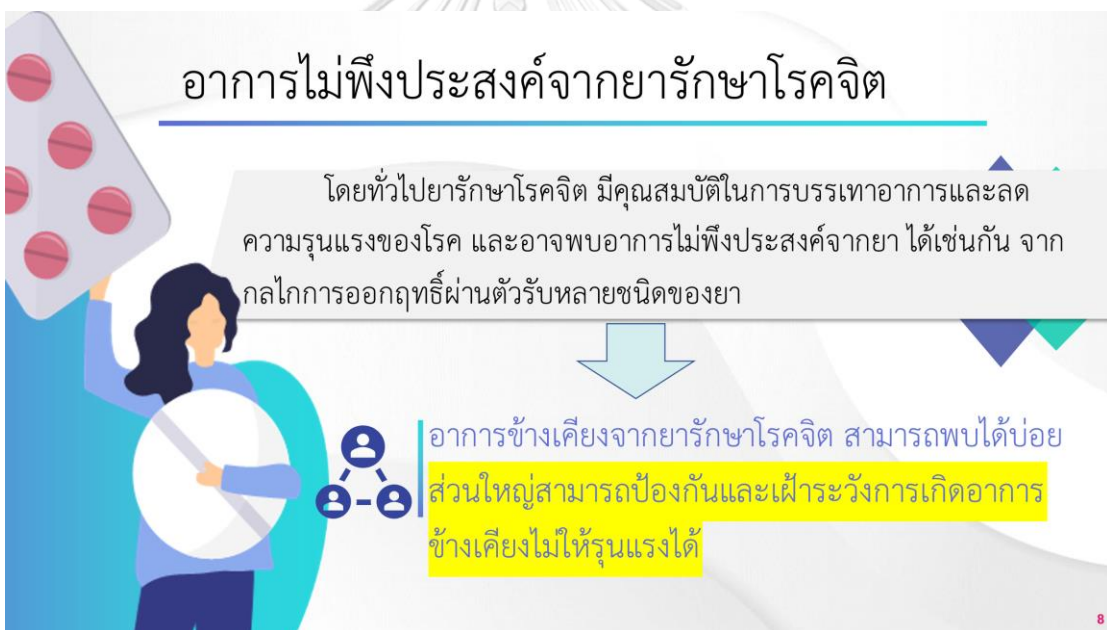
7

อาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาโรคจิต

โดยทั่วไปยารักษาโรคจิต มีคุณสมบัติในการบรรเทาอาการและลดความรุนแรงของโรค และอาจพบอาการไม่พึงประสงค์จากยา ได้เช่นกัน จากกลไกการออกฤทธิ์ผ่านตัวรับหลายชนิดของยา



อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต สามารถพบได้บ่อย ส่วนใหญ่สามารถป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงไม่ให้รุนแรงได้



8

อาการไม่พึงประสงค์จากรักษาโรคจิตเภทที่อาจพบและแก้ไขได้



🔗 กลุ่มอาการพาร์กินโซนิเมียม

อาการแสดงที่ อาจพบได้ในบางรายคือ:

- การแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ
- การเคลื่อนไหวช้าลงหรือยากลำบากมากขึ้น
- เกิดอาการสั่นอย่างช้า ๆ
- อาจมีน้ำลายไหล

อาการที่พบสาเหตุเกิดจาก การลดลงของสารสื่อประสาทชนิดโดพามีน

การแก้ไขอาการ

: เมื่อท่านมีอาการข้างต้น ให้แจ้งแพทย์เภสัชกรหรือพยาบาล

เพื่อดำเนินการแก้ไขอาการให้แก่ท่าน โดยท่านจะได้รับจะยา เพื่อช่วยลดอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกตินี้



อาการไม่พึงประสงค์จากรักษาโรคจิตเภทที่อาจพบและแก้ไขได้



🔗 อาการง่วงซึม

:อาการง่วงซึมอาจเกิดขึ้นได้ตลอด ทั้งช่วงเวลากลางวัน และช่วงกลางคืน หากท่านมีปัญหา นี้ และพบว่าการตื่นนอนในตอนเช้าเป็นเรื่องยากมากขึ้น หรือกระตุ้นตัวเองให้กระตือรือร้นในระหว่างวันได้ยาก.....



การแก้ไข

:ให้แจ้งแพทย์ หรือเภสัชกร หรือพยาบาลทราบเบื้องต้น อาจได้รับคำแนะนำเพื่อปรับช่วงเวลา

รับประทานยา แต่ถ้าอาการง่วงซึมยังไม่ดีขึ้น แพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนยาเพื่อแก้ไขอาการดังกล่าว

ไม่ควรปรับหรือเปลี่ยนยา หรือหยุดยารักษาอาการเอง

หลีกเลี่ยงการรับประทานเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เนื่องจากยาบางชนิดอาจเกิดการตีกับยา

อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้ในการรักษาโรคจิตเภท

ภาวะน้ำหนักตัวเพิ่ม




ภาวะน้ำหนักตัวเพิ่ม คือ ภาวะที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 7 ของน้ำหนักเริ่มหลังได้รับยาต้านโรคจิต โดยภาวะน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นนี้อาจสัมพันธ์กับการได้รับยารักษาโรคจิตบางชนิดเป็นเวลานาน โดยยาอาจทำให้การเผาผลาญพลังงานลดลง หรือเพิ่มความอยากอาหาร




การแก้ไข

- : ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร
- : การควบคุมอาหาร , ลดจำนวนแคลอรีจากการรับประทานอาหาร
- : การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์

11

อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้ในการรักษาโรคจิตเภท

ปัญหาทางฮอร์โมนเพศ

ยารักษาโรคจิตอาจทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของระดับโปรแลคติน หากสังเกตพบอาการเหล่านี้

- : เพศหญิง อาจพบรอบเดือนมาผิดปกติ หรือไม่มามากกว่า 3 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้มีภาวะตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร
- : เพศชาย อาจพบอาการเจ็บคัดเต้านมหรือมีน้ำนมไหล

การแก้ไข

- : เมื่อท่านพบอาการดังกล่าว ให้ท่านแจ้งแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาลทราบ เพื่อแก้ไขอาการนี้ให้แก่ท่าน โดยอาการนั้นสามารถแก้ไขให้กลับมาเป็นปกติได้
- : ท่านไม่ควรปรับยาเปลี่ยนยา หรือหยุดยารักษาอาการเอง

12

อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้ในยารักษาโรคจิตเภท



ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด

ภาวะหัวใจเต้นเร็ว

หมายถึง

ภาวะที่มีอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที หลังได้รับยาต้านโรคจิตทั้งนี้ต้องไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจ หรือภาวะไทรอยด์เป็นพิษ โดยภาวะหัวใจเต้นเร็ว สัมพันธ์กับขนาดยาที่ได้รับ โดยเฉพาะยาคลอซาปีน

อาการที่พบ

หากท่านมีอาการใจสั่น เหนื่อยง่ายมากกว่าปกติหลังได้รับยา ให้ท่านแจ้งแพทย์ หรือพยาบาล หรือ เภสัชกรทราบ

การแก้ไข

แพทย์ทำการตรวจการเต้นของหัวใจ เมื่อพบว่าท่านมีอาการ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น 20 – 25 ครั้ง ต่อนาทีจากค่าเริ่มต้น ร่วมกับมีอาการใจสั่น ท่านจะได้รับการปรับหรือเปลี่ยนยา เพื่อแก้ไขอาการให้เป็นปกติ

การป้องกัน

✓ แพทย์จะมี การปรับขนาดยาอย่างช้า ๆ ให้แก่ท่านและ เริ่มใช้ยาในขนาดต่ำเพื่อช่วยให้ท่านทนต่ออาการได้ดีขึ้น

13

อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้ในยารักษาโรคจิตเภท

ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด

ภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า

หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต (ค่าบน) ลดลงมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท และหรือ (ค่าล่าง) ลดลงมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท เมื่อมีการเปลี่ยนท่า ภายใน 3 นาที

อาการแสดงที่พบคือ อาการหน้ามืด วิงเวียน ปวดศีรษะ อ่อนแรง หรือตาพร่า อาการนี้ไม่รุนแรงมักทนได้เมื่อท่าน รับประทานยาสม่ำเสมอ 2-3 เดือน อาการดังกล่าวจะดีขึ้น

การแก้ไขและป้องกัน



เมื่อมีการเคลื่อนไหวให้ ปรับเปลี่ยนท่าจากนอน เป็นนั่ง หรือ ยืน อย่างช้า ๆ



การดื่มน้ำเพื่อเพิ่มปริมาณน้ำ ในร่างกาย เมื่อมีอาการ

14

อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้ในการรักษาโรคจิตเภท

ปัญหาเกี่ยวกับระบบเลือด



ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ: หมายถึง ร่างกายมีปริมาณเม็ดเลือดขาว ชนิด neutrophils (ANC) มีระดับน้อยกว่า 500 ลูกบาศก์เซนติเมตร



อาการแสดง : มีไข้ (ไม่ทราบสาเหตุ) อ่อนเพลีย มีแผลในปาก หรือเยื่อบุอ่อน



การแก้ไขอาการ

: เมื่อท่านสังเกตพบมีอาการข้างต้น ให้แจ้งแพทย์ที่รักษาหรือเภสัชกร หรือพยาบาล ทราบเพื่อดำเนินการแก้ไขอาการให้แก่ท่าน

อาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ที่อาจพบได้ในการรักษาโรคจิตเภท



- ปากแห้ง คอแห้ง กระจายน้ำอาจทำให้ฟันผุในระยะยาว

การแก้ไข: จิบน้ำที่ละน้อย แต่บ่อยครั้ง หรือ อมน้ำแข็ง

- ท้องผูก

การแก้ไข: ทานผักผลไม้ที่มีกากใยสูง เช่น มะละกอ

- คลื่นไส้ (รู้สึกไม่สบาย)

การแก้ไข: ทานยาหลังมื้ออาหารทันที จิบน้ำตามเยอะ ๆ

การแก้ไขอาการ

: เมื่อท่านปรับเปลี่ยนตามคำแนะนำ ยังคงมีอาการข้างต้น ให้แจ้งแพทย์ที่รักษา หรือเภสัชกร หรือพยาบาลทราบ เพื่อดำเนินการแก้ไขอาการให้แก่ท่าน

7. ยารักษาโรคจิตเภทต้องรับประทานต่อเนื่องนานเท่าไร?



ระยะเวลาการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาอาจสั้นลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การตอบสนองของยา และการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตัวของท่านตามคำแนะนำ ดังนี้



8. การรับประทานยาเป็นเวลานาน เป็นอันตรายหรือไม่ ?

ก่อนท่านจะได้รับยา ท่านจะได้รับประเมินความปลอดภัย ดังนี้



กรณีที่ท่านมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือมีโรคทางกายอื่นร่วม
แพทย์ จะมีการติดตามความปลอดภัยเนื่องจาก



ยามีนวโน้มที่จะทำให้ความดันโลหิตลดลง



อายุที่เพิ่มขึ้นขึ้น หรือโรคร่วม อาจทำให้เกิด
การเปลี่ยนแปลงยาลดลง หรือเพิ่มขึ้น
อาจเสี่ยงต่อความปลอดภัยได้


กรณีตั้งครรภ์/วางแผนตั้งครรภ์



ยารักษาโรคจิตทุกชนิด
มีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์

การใช้ยาด้านโรคจิตบางชนิดในระหว่างตั้งครรภ์ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์
รวมถึงการหยุดใช้ยาด้านโรคจิตในระหว่างตั้งครรภ์
อาจเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการกำเริบของโรค

ดังนั้น การตัดสินใจด้วยตัวท่านเองว่าอะไรดีที่สุดสำหรับท่าน และครอบครัว



ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ระหว่างการใช้ยาต้านโรคมดคือ

- เพิ่มความเสี่ยงต่อทารกที่กำลังพัฒนาในช่วงไตรมาสแรก (3 เดือนแรก)
- ยาทุกชนิด มีความเสี่ยงสูงขึ้นในช่วงสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นช่วงที่ทารกมีการเจริญเติบโตของอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ
- ยารักษาโรคมดบางชนิด มีความเสี่ยงมากกว่ายาอื่น ๆ ในช่วงเวลานี้ ดังนั้นท่านควรปรึกษาแพทย์ผู้ดูแล ก่อนวางแผนที่จะมีบุตร

21



การให้นมบุตร 

ยาอาจส่งผ่านไปยังทารกผ่านทางน้ำนมแม่ และทารกอาจได้รับอาการไม่พึงประสงค์จากยา

- หากคุณต้องการให้นมบุตร ในขณะที่รับประทานยาให้ปรึกษาแพทย์ เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

22

กรณีที่ท่านมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายอื่นร่วม เช่น

โรคหัวใจและหลอดเลือด
(หัวใจและการไหลเวียน)
หรือประวัติครอบครัว

โรคเบาหวาน
หรือประวัติครอบครัว

โรคพาร์กินสัน

โรคลมชัก

โรคตับ หรือโรคไต

โรคต่อมลูกหมากโต

ต้อหิน

การตรวจติดตามความผิดปกติ จะได้รับความระมัดระวังเพิ่มขึ้น หากท่านมีโรคทางกายอื่นร่วม ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ

23

9. การพิจารณาด้านความปลอดภัยก่อนรักษาด้วยยารักษาโรคจิต

ก่อนเริ่มใช้ยาจะมีการตรวจติดตาม ดังต่อไปนี้

การตรวจเลือดเพื่อวัด

- ระดับน้ำตาลในเลือด
- ฮีโมโกลบิน (เม็ดเลือดแดง)
- ระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอล)
- ระดับโปรแลคติน (เฉพาะกรณี)

การตรวจร่างกาย(รวมถึงการถามคำถามเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมอื่น ๆ) เพื่อบันทึก

ECG (การคลื่นไฟฟ้าหัวใจ) แต่เฉพาะในกรณีที่พบความเสี่ยง

การตรวจร่างกาย

- น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว
- ความดันโลหิตและสัญญาณชีพ
- พฤติกรรมการทานอาหารและการออกกำลังกาย
- การเคลื่อนไหว

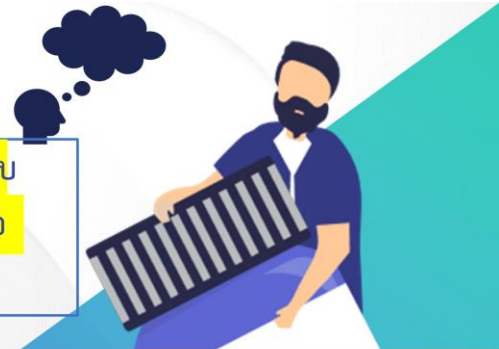
การตรวจร่างกาย

- มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือมีอาการอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับหัวใจ
- ครอบครัวมีประวัติเกี่ยวกับโรคหัวใจ
- ร่วมกับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

24

10. หลังจากที่ท่านเริ่มใช้ยารักษาโรคจิต

บุคลากรทางการแพทย์ มีการติดตามตรวจสอบ
สุขภาพร่างกายด้านบนทั้งหมด อย่างสม่ำเสมอ
รวมทั้งตรวจสอบและบันทึกผลอื่น ๆ ดังนี้



การรับประทานยา



การตอบสนองต่อยา



อาการไม่พึงประสงค์จากยา

25

11. ยารักษาโรคจิตสามารถรับประทานร่วมกับยาอื่น ๆ ได้หรือไม่



ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพรต่าง ๆ รวมถึงยาอื่น ๆ
ควรปรึกษาเภสัชกร เพื่อรับคำแนะนำ ก่อนรับประทานร่วมกับ
ยารักษาโรคจิต เพื่อให้ทราบถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้
ร่วมกัน เช่น ลดผลการรักษาของยารักษาโรคจิต หรือเพิ่มฤทธิ์
ของยาจนเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง



26

12. การเติมแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดกับยารักษาโรคจิต

แอลกอฮอล์และสารเสพติด

- การเติมแอลกอฮอล์
สามารถเพิ่มฤทธิ์กดประสาทของยารักษาโรคจิตได้ อาจทำให้ง่วงซึมมากขึ้น
- การใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง
สามารถลดฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต อาจทำให้การรักษาโรคไม่ได้ผล

ดังนั้น เมื่อต้องการให้ผลการรักษาโรคดีขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับยารักษาโรคจิต

27

13. การสูบบุหรี่กับการใช้ยารักษาโรคจิต


ผลของการสูบบุหรี่ร่วมกับการรักษาด้วยยา


-  ลดฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิต
-  การตอบสนองต่อยาลดลง
ต้องใช้ยาในขนาดสูงขึ้นเพื่อควบคุมอาการ
-  เพิ่มความเสี่ยงอาการไม่พึงประสงค์จากยา

ดังนั้น เมื่อต้องการให้ผลการรักษาโรคดีขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อท่านได้รับยารักษาโรคจิต



28



14. อาการดีขึ้นสามารถหยุดรับประทานยาได้หรือไม่
หากตัดสินใจที่จะหยุดใช้ยา 

- ให้ท่านปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลก่อน เพื่อให้แพทย์ประเมินอาการทางจิต ว่าท่านสามารถหยุดยา ลดยาหรือปรับยาได้หรือไม่
- การหยุดยาเอง หรือปรับยาเปลี่ยนวิธีการใช้ยาเอง เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำของอาการทางจิตที่รุนแรงและรักษายากขึ้น




THANK YOU
ANTIPSYCHOTIC DRUGS

-เอกสารหมายเลข 16-

สติ๊กเกอร์เฝ้าระวังความเสี่ยงการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ซ้ำ (สีเหลือง)

 <p>ระวังการใช้</p> <p>ระวังการใช้.....</p> <p>เนื่องจาก.....</p>	 <p>ระวังการใช้</p> <p>ระวังการใช้.....</p> <p>เนื่องจาก.....</p>	 <p>ระวังการใช้</p> <p>ระวังการใช้.....</p> <p>เนื่องจาก.....</p>
 <p>ระวังการใช้</p> <p>ระวังการใช้.....</p> <p>เนื่องจาก.....</p>	 <p>ระวังการใช้</p> <p>ระวังการใช้.....</p> <p>เนื่องจาก.....</p>	 <p>ระวังการใช้</p> <p>ระวังการใช้.....</p> <p>เนื่องจาก.....</p>




จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

-เอกสารหมายเลข 17-

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

ที่ สธ ๐๘๐๗.๒๘/พิเศษ



โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
เอกสารรับรองโครงการวิจัย (แบบเต็มชุด)

เลขที่ใบรับรอง : STY.COA008/2564

ชื่อโครงการ : ผลของการบริการทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท
(Impact of pharmaceutical care on clinical and holistic outcomes among schizophrenic patients)

รหัสโครงการ : STY.IRB007/2564_ful

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาววาสนันท์ พลไพรินทร์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลศรีธัญญา

เอกสารที่รับรอง :

๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน (ฉบับวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๓)
๒. โครงการวิจัย (ฉบับครั้งที่ ๓ วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๔)
๓. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (ฉบับครั้งที่ ๓ วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๔)
๔. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ฉบับครั้งที่ ๓ วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๔)
๕. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล (ฉบับครั้งที่ ๓ วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๔)
๖. ประวัติผู้วิจัย (ฉบับวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๓)

วันที่รับรอง : ๖ มกราคม ๒๕๖๔

วันหมดอายุ : ๕ มกราคม ๒๕๖๕

(กำหนดวันส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัยอย่างน้อย ๓๐ วัน ก่อนวันหมดอายุ คือ ภายในวันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๖๔)

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH – GCP)

ลงนาม วันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๔
(นายสันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น)

รองประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลศรีธัญญา
(ประธานการประชุมพิจารณา)

ลงนาม วันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๔
(นายศิริศักดิ์ ธิติติลกรวัฒน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

-เอกสารหมายเลข 18-

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือระหว่างการประเมินโดยผู้ป่วยและผู้ดูแล

ความเที่ยงภายในผู้ประเมินของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา (MTB-Thai)

ผลการทดลองใช้แบบสอบถาม MTB-Thai ในผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าทั้งฉบับมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.90 การทดสอบในผู้ป่วยจิตเภทมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.91 ความเที่ยงภายในผู้ประเมินอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา PROMPT (พร้อมท์) ฉบับย่อ

ผลการทดสอบใช้แบบสอบถาม PROMPT ฉบับย่อ ในผู้ดูแลผู้ป่วย พบ Cronbach's alpha ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.91 และการประเมินโดยผู้ป่วย มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.92 มีค่าความเที่ยงภายในผู้ประเมินอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

ความสอดคล้องระหว่างการประเมินโดยผู้ป่วยและผู้ดูแล

ในการทดสอบความสอดคล้องระหว่างการประเมินโดยผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งในการศึกษานี้เป็นข้อมูลชนิดต่อเนื่อง ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intra class correlation: ICC) โดยใช้แบบจำลอง two-way random effect เนื่องจากอ้างอิงในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ซึ่งมีการเปรียบเทียบระหว่างผู้ประเมินมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คนด้วยวิธีการวัดเดียว โดยเลือกนิยามรูปแบบความสอดคล้องแบบ absolute agreement ร่วมกับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างผู้ประเมินด้วยแผนภาพ Bland-Altman method ค่า ICC ที่น้อยกว่า 0.5, 0.5-0.75, 0.75-0.9 และมากกว่า 0.90 หมายถึงมีความสอดคล้องไม่ดี ปานกลาง ดี และดีมาก

1. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา (MTB-Thai)

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

**ความสอดคล้องของความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทซึ่ง
รายงานโดยผู้ป่วยและผู้ดูแล**

ความร่วมมือในการใช้ยา	ค่าเฉลี่ย \pm SD		ICC ¹	95% CI ²
	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล		
มิติการลืมใช้ยา	6.43 \pm 1.33	6.43 \pm 1.37	0.97	0.960-0.982
มิติการลืมใช้ยา	13.43 \pm 2.68	13.43 \pm 2.61	0.98	0.981-0.991
คะแนนรวมทั้งสองมิติ	20.72 \pm 3.67	20.67 \pm 3.67	0.99	0.985-0.993

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

2: one-sample test (P> 0.50)

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา PROMPT (พร้อมท์) ฉบับย่อ

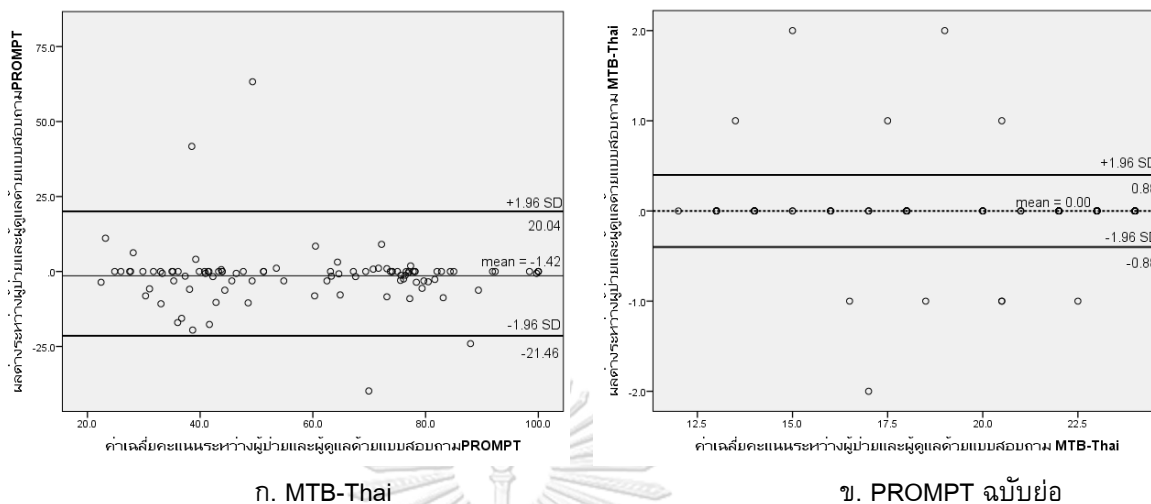
คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่รายงานโดยผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 50 - 70 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับเกือบดีถึงดี ค่า ICC ระหว่างผู้ประเมินในแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0.85 - 0.95 จัดว่ามีความสอดคล้องกันในระดับดีถึงดีมาก ผลต่างของคะแนนระหว่างผู้ประเมินทั้งสองกลุ่มเท่ากับ -1.42 คะแนน ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P >0.50) ในรูปที่ 1x ความแตกต่างระหว่างผู้ประเมินมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ -21.46 และสูงสุดคือ 20.04

**ความสอดคล้องของความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทซึ่ง
รายงานโดยผู้ป่วยและผู้ดูแล**

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

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

2: one-sample test (P> 0.50)



รูปที่ 1. กราฟ Bland-Altman แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างการรายงานโดยผู้ป่วยและผู้ดูแล

การประเมินความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยการนำแบบสอบถาม MTB-Thai และ PROMPT ฉบับย่อ มาใช้ประเมินในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเป็นครั้งแรก พบว่าการรายงานโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิดกันกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส และบุตรมีความสอดคล้องกัน แบบสอบถาม MTB-Thai ทั้งฉบับมีค่า ICC > 0.99 (95% CI: 0.985 - 0.993) ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องกันดีมาก ส่วน PROMPT ฉบับย่อ ทั้งฉบับมีค่า ICC เท่ากับ 0.89 (95% CI: 0.846-0.927) ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องกันระดับดี การทดสอบนี้แสดงให้เห็นว่า ผลการประเมินด้วยเครื่องมือทั้งสองชนิดนี้โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลในโรคจิตเภทที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดาหรือมารดา คู่สมรสและบุตรมีความสอดคล้องกัน จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในการศึกษาทางคลินิกของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	วาสนันท์ พลไพรินทร์
วัน เดือน ปี เกิด	12 สิงหาคม 2529
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรีเภสัชศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต
ที่อยู่ปัจจุบัน	70 ถนนรัตนวิเบศร์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY