

การพัฒนาโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวม ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน

Development of PHARMACEUTICAL CARE Program on CLINICAL and HOLISTIC OUTCOMES among SCHIZOPHRENIC PATIENTS in Community Phang Khon Hospital.

(Received: March 21,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

อรอนงค์ หอมกระจาย¹
Onanong Homkrajai¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์โปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน ขั้นตอนดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลพังโคน จำนวน 70 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่โปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่พัฒนาขึ้น แบบวัดความรู้แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาจิตเภท และแบบประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิก ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 15 เดือน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) การบริหารทาง เภสัชกรรมที่ดำเนินการในโรงพยาบาล 2) การบริหารทางเภสัชกรรมที่ดำเนินการในชุมชน ผลลัพธ์ด้าน องค์รวม พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภท สูงกว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาจิตเภท สูงกว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นกัน ส่วนผลลัพธ์ด้านคลินิก พบว่า ระดับการเปลี่ยนแปลงอาการไม่พึงประสงค์ โดยรวมลดลงคือ ระดับการเปลี่ยนแปลงอาการไม่พึงประสงค์ พบเพียงการเปลี่ยนแปลง 2 ระดับ และระดับ 1 ร้อยละ 10.00 และ ร้อยละ 4.29 ตามลำดับ

คำสำคัญ: โปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ผลลัพธ์ทางคลินิกและด้านองค์รวม

Abstract

This study was an action research aimed at the Development of a pharmaceutical care program on clinical and holistic outcomes among schizophrenic patients in community PhangKhon Hospital. The research was conducted in three phases: Preparation, Implementation, and evaluation. The samples included 70 schizophrenic patients. The research instruments were: Pharmaceutical care program on clinical outcomes and holistic outcomes in community patients with schizophrenia that has been developed, a knowledge questionnaire, a behavior, and clinical outcomes assessment form. Both quantitative and qualitative data were collected and analyzed by descriptive statistics and inferential statistics.

The results showed that the pharmaceutical care program on clinical and holistic outcomes among schizophrenic patients in community included two main categories: 1) Process of a pharmaceutical care in hospital, 2) Process of a pharmaceutical care in community. The holistic outcomes after receiving the program that; the sample group had knowledge and behavior was significantly higher than before using the program ($p < .001$) off all, and clinical outcomes that overall adverse drug reactions decreased that 2 level and 1 level change 10.00% and 4.29% respectively.

Keywords: A pharmaceutical care program Schizophrenic patients clinical and holistic outcomes

¹ เภสัชกร โรงพยาบาลพังโคน

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ทั่วโลกพบความชุกของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประมาณ 1.13 ล้านคน¹ ประเทศไทย พบความชุก ร้อยละ 0.7 ของประชากรทั้งหมด² ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งจะมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรง ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้ ผลการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน เช่นการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ตอบสนองต่อผลการรักษาที่ดีเพียงร้อยละ 20 ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งจำเป็นต้องมีบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต³ การรักษาหลักในผู้ป่วยจิตเภทคือการบำบัดรักษาด้วยยาต้านโรคจิต⁴ เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจึงมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยนี้สามารถดำเนินชีวิต อยู่ร่วมกับครอบครัว และสังคมได้⁵ ปัญหาส่วนใหญ่คือ การป่วยซ้ำของโรคที่พบบ่อยครั้ง ซึ่งมีสาเหตุหลักจากปัญหาในการใช้ยา เช่น ความไม่ร่วมมือใช้ยาตามแพทย์สั่ง การขาดตระหนักรู้ ต่อการเจ็บป่วย การขาดความรู้ ความเข้าใจที่มีต่อโรคและยา การใช้สารเสพติด ระหว่างการบำบัดรักษา และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์⁶ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในยาต้านโรคจิต คือ อาการง่วงระหว่างวัน ภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (extrapyramidal symptoms;EPS) และประจำเดือนมาผิดปกติ ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากยาต้านโรคจิต คือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากยาต้านโรคจิต เป็นปัญหาจากการใช้ยา (drug-related problems; DRPs) ที่สำคัญ ในผู้ป่วยจิตเภทที่ควรได้รับการติดตามป้องกัน เนื่องจากทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง ต้องนอนรักษา ในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง การสูญเสียชีวิตและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน จึงควรได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อติดตามเฝ้าระวัง และแก้ไขอาการ ไม่พึงประสงค์มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มอื่น

โรงพยาบาลพังโคนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง จากข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในปี 2565-2567 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 64, 72 และ 84 คนตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากผลการดำเนินงานในปี 2567 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยา ไม่รับยาต่อเนื่อง ไม่มาตามนัด ร้อยละ 19.74 และพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท ร้อยละ 23.17⁷ เมื่อเกิดอุบัติการณ์ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา งานเภสัชกรรมจะประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่คลินิกจิตเวช Home ward และหรือกรณี ที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบที่รุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากอาการไม่พึงประสงค์นี้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล งานเภสัชกรรมจะประเมินและหาสาเหตุจากการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ให้ข้อมูลการแพทย์และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดการแพ้ยาซ้ำ หลังจากนั้นจะรายงานการแพ้ยาแบบออนไลน์ไปยังระบบการรักษาดูแลไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ ซึ่งระบบการบริหารทางเภสัชกรรมนี้เป็นระบบการบริหารทางเภสัชกรรมแบบเชิงรับ ยังขาดระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแบบ real time ต่อเนื่องถึงชุมชน จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนหนึ่งที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์แบบองค์รวมที่ไม่ดี

โปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการติดตาม กำกับ ผลลัพธ์ทั้งด้านคลินิกและด้านองค์รวมในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากสาเหตุการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภทมีสัดส่วนแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ และการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการบริหาร ทางเภสัชในชุมชน ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรม

ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วย มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100⁹ และการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาทางไปรษณีย์ พบว่าหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 68.80¹⁰ ส่วนการศึกษาโปรแกรมการบริหารทางเภสัชในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาเทียม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับดี และสามารถดักจับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเทียมร่วมกับยา Enalapril ได้อย่างทันท่วงที¹¹ ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมตามสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวชในแต่ละกลุ่มอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วย มีความรู้ในการใช้ยา ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และสามารถดักจับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ได้อย่างรวดเร็ว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนฯ ตามแนวคิดของของเคมมิสและแมกแทกการท¹² คือ 1) Planning โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาโปรแกรมการบริหารทางเภสัชในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนการจัดทำแผน และเอกสารคู่มือ แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเวชต้องปฏิบัติ 2) Acting โดยการประชุม เชิงปฏิบัติการในการอบรมให้ความรู้และการสื่อสารแนวปฏิบัติผลข้างเคียงจากการใช้ยาสำหรับบุคลากร ที่เกี่ยวข้อง และให้ความรู้ในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมเป็นระยะ 3) Observing โดยการติดตามเฝ้าระวังเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จิตเภทและกำเริบยาในการใช้ยา และการรับยาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ และ 4) Reflecting ในวาระการประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยให้บุคลากร ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนว

ทางการการดำเนินงานในประเด็นที่ยังมีข้อจำกัดในการใช้ยา โดยโปรแกรมนี้ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการใช้ยาจิตเภท การติดตามเยี่ยมที่บ้าน โดยใช้ แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาและการมารับยาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาฯ
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาพัฒนาโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ระยะการดำเนินการวิจัยเดือนธันวาคม 2567 – 19 กุมภาพันธ์ 2569 ผู้วิจัยดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเตรียมการใช้ขั้นตอน P (Planning) ในการพัฒนาโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมโดยศึกษาสถานการณ์การบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกจิตเวช ผลลัพธ์ทางคลินิก นำข้อมูลที่ได้ไปจัดทำแผนดำเนินการ 2) ระยะดำเนินการ โดยนำขั้นตอน A (Acting) ขั้นตอน O (Observing) และ ขั้นตอน R (Reflecting) ติดตามครั้งที่ 1 โดยประเมินผลจากนั้นปรับปรุงโปรแกรมฯ ออกแบบ วางแผน (Re-planning) และติดตามครั้งที่ 2 ในขั้นตอน A (Acting), O (Observing) และ R (Reflecting) ซ้ำอีกครั้ง และ 3) ระยะประเมินผล โดยการรวบรวมข้อมูลในการติดตามครั้งที่ 1 และการติดตามครั้งที่

2 นำมาวิเคราะห์ และประเมินผลลัพธ์การพัฒนาโปรแกรมฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวช ของโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร ในระหว่างเดือนธันวาคม 2568 – กุมภาพันธ์ 2569 จำนวน 84 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาจิตเภทในชุมชน ของโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร ในระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 – กุมภาพันธ์ 2569 จำนวน 70 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ สูตรกำหนดขนาดตัวอย่างของ ยามาเน่¹³ ที่กำหนดค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 จากจำนวนประชากร 84 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คนโดยมีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาคือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพังโคน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีอาการสงบและควบคุมอาการได้ 2) เป็นผู้มีความพร้อมในการให้ข้อมูลและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นการวิจัย 3) เป็นผู้ที่พูดอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่มีแอปพลิเคชันไลน์ได้ และ 5) ยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน

1. โปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย รหัสประจำตัวผู้ป่วยใน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ที่อยู่ ผู้ดูแล จำนวนครั้งที่ขาดยา จำนวนครั้งที่ไม่มารับยาตามนัด จำนวน 8 ข้อ

2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภท ผลข้างเคียงของยา ประโยชน์จากการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 18 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย เป็นความรู้ด้านบวกและด้านลบ เป็นข้อคำถามแบบเลือก ตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูกและผิด การให้คะแนน ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา จากคะแนนเต็ม 18 คะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม 15-18 คะแนน สูง

ร้อยละ 60-80 ของคะแนนเต็ม 11-14 คะแนน ปานกลาง

ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม ต่ำกว่า 11 คะแนน ต่ำ

3) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ ได้แก่ ความสม่ำเสมอการใช้ยา การมาตรวจตามนัด การใช้ยาร่วมกับการรับประทานอาหารและยาชนิดอื่น ๆ รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 14 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย เป็นการปฏิบัติด้านบวกและการปฏิบัติด้านเป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมด้านบวก คือ 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ และด้านลบระดับคะแนน 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ การแปลผลระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ จากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ

4) แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท การกลับเข้ารับการรักษาจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) และค่าความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ค่าดัชนีความตรง ตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) พบมีค่าดัชนีวัดความสอดคล้องรายข้อ ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปทุกหัวข้อ หลังจากนั้นนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. สถิติเชิงคุณภาพ ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แนวทางการพัฒนาโปรแกรมฯ ขั้นตอนการวิจัย

2. สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ ละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลขาดยา ขาดนัด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาจิตเภท และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท

3. สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรที่ศึกษา โดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025 - 055 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน ทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

ขั้นตอนที่ 1 P (Planning) ผลการศึกษาแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังนี้ 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องฉบับภาษาไทย จำนวน 8 เรื่อง ฉบับภาษาอังกฤษ จำนวน 22 เรื่อง รวมทั้งสิ้น 30 เรื่อง 2) จัดทำแผน

ดำเนินงาน 3) จัดเอกสารคู่มือการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 4) แผ่นพับการใช้ยาจิตเภทและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา วางแผนครั้งที่ 2 (Re-planning) แผนการให้ความรู้และการปฏิบัติซ้ำอีกครั้งในแต่ละประเด็น

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1) ขั้นตอนที่ 2 (Acting) ครั้งที่ 1 นำแผนสู่การปฏิบัติ ดำเนินการในโรงพยาบาลพังโคน โดยจัดกลุ่มละ 16-18 คน จำนวน 4 กลุ่มในการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภท การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท ช่องทางติดต่อกับเภสัชกร และทีมสหสาขาวิชาชีพ (Acting) ครั้งที่ 2 คลินิกจิตเวชให้โทรเตือนผู้ป่วย 1 วันก่อนถึงวันนัด และเภสัชกรนับเม็ดยาก่อนจ่ายยา ให้ความรู้และการปฏิบัติกรณีที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท แบบ Focus groups ซ้ำ

2) ขั้นตอนที่ 3 (Observing) ครั้งที่ 1 ดำเนินการในชุมชนในการติดตามพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาจิตเภท ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน และการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Observing) ครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมทางออนไลน์ เป็น 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และภาคีเครือข่าย อสม. และหรือผู้นำหมู่บ้านในการติดตามผู้ป่วยมาตามนัด

3) ขั้นตอนที่ 4 (Reflecting) ครั้งที่ 1 ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวม และนำเสนอข้อมูลในการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพคือข้อมูลผู้ป่วยขาดยา ขาดนัด อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท โดยทีมได้เสนอแนะ คลินิกจิตเวชให้โทรเตือนผู้ป่วย 1 วันก่อนถึง วันนัด ใช้ภาคีเครือข่าย อสม. ผู้นำหมู่บ้านในการติดตามผู้ป่วยมาตามนัด เพิ่มการนับเม็ดยา หลังจากนั้นวางแผน (Re-planning) ดำเนินการในการติดตามครั้งที่ 2 ส่วนการ (Reflecting) ครั้งที่ 2 ประชุม เชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ นำเสนอข้อมูลจากการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

และผลลัพธ์แบบองค์รวม และขอความร่วมมือจาก ทีมฯ ในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 35.71) รองลงมาคือช่วงอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 30.00) โดยมีอายุเฉลี่ย 49.34 ปี และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.63 ปี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ถึงวัยสูงอายุ ด้านระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 41.43) รองลงมาคือระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ร้อยละ 30.00) และระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 25.71) ขณะที่ระดับปริญญาตรีมีสัดส่วนน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.86) ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 44.28) รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 21.43) และ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 14.29) ส่วนอาชีพอื่น ๆ ได้แก่ อาชีพอิสระ ค้าขาย และข้าราชการ มีสัดส่วนค่อนข้างน้อย

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส (ร้อยละ 41.43) รองลงมาคือ หม้ายหรือหย่าร้าง (ร้อยละ 32.86) และโสด (ร้อยละ 25.71) ด้านโรคร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 78.57) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 11.43) และโรคเบาหวานร่วมกับ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 5.71) ส่วนโรคไตวาย (ร้อยละ 2.86) และโรคหอบหืด (ร้อยละ 1.43) พบในสัดส่วนที่น้อย ด้านผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือคู่สมรส (ร้อยละ 38.57) รองลงมาคือบุตร (ร้อยละ 35.71) และบิดาหรือมารดา (ร้อยละ 14.29) ขณะที่ญาติเป็นผู้ดูแลหลักในสัดส่วนร้อยละ 11.43 และสำหรับภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา โดยพบ อาการง่วงนอนมากที่สุด (ร้อยละ 55.71) รองลงคือ ปากแห้ง-คอแห้ง (ร้อยละ 52.86) และน้อยที่สุดคือ คลื่นไส้ อาเจียน (ร้อยละ 27.14)

3. ผลลัพธ์แบบองค์รวมจากการได้รับโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน

3.1 ความรู้ก่อนการพัฒนาโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภทอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =15.04, SD=1.07) โดยมีคะแนนความรู้ ร้อยละของการตอบถูกในแต่ละข้ออยู่ระหว่างร้อยละ 82.86-100.00 ข้อที่มีร้อยละการตอบถูกต่ำกว่าข้ออื่น ได้แก่ เรื่องผลข้างเคียงอาการง่วงซึมจากยา (ร้อยละ 82.86) และการเกี่ยวข้องกับการจัดการเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา (ร้อยละ 88.57) ภายหลังจากพัฒนาโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภท อยู่ในระดับสูง (\bar{X} =17.74, SD=0.56) เช่นกัน ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเกือบทุกข้อ โดยร้อยละของการตอบถูกอยู่ระหว่างร้อยละ 92.86-100.00 และหลายข้อมีร้อยละการตอบถูกครบทุกคน (ร้อยละ 100.00)

สำหรับผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภทของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรม พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 15.04 คะแนน (SD = 1.07) อยู่ในระดับสูง และภายหลังจากใช้โปรแกรม มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.74 คะแนน (SD = 0.56) อยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันเท่ากับ 2.70 คะแนน

เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่า คะแนนความรู้หลังการพัฒนาโปรแกรม สูงกว่า ก่อนการพัฒนาโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.06, p < .001$)

3.2 พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภท ก่อนการพัฒนาโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมการใช้ยาจิตเภทอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} =4.53, SD=1.83) โดยมีพฤติกรรมการใช้ยา ของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน โดย

นำเสนอข้อมูลในรูปของร้อยละ จำแนกตามระดับการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง และบางครั้ง ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ในหลายรายการ อย่างไรก็ตามยังพบพฤติกรรมบางข้อที่มีการปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลังร่วมกับยา ซึ่งมีการปฏิบัติในระดับทุกครั้ง เพียงร้อยละ 51.4

ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการใช้ยาจิตเภท อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.96$, $SD=0.65$) เช่นกัน โดยพฤติกรรมรายข้อพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยพฤติกรรมหลายรายการมีการปฏิบัติในระดับทุกครั้ง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ได้แก่ การรับประทานยาตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอ การแจ้งบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีอาการแทรกซ้อน การรีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง การมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปากแห้งหรือคอแห้ง การนับเม็ดยาก่อนรับประทานยา การบันทึกการรับประทานยา และการนับเม็ดยาที่เหลือก่อนมาพบแพทย์ในวันนัด ส่วนพฤติกรรมด้านการไม่หยุดรับประทานยาเองเมื่ออาการดีขึ้น การไม่ปรับยาเองตามความเหมาะสม การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับประทานยา มีสัดส่วนของผู้ที่ปฏิบัติในระดับ ทุกครั้ง เพิ่มขึ้นภายหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ไม่ดื่มน้ำชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลังร่วมกับยา ซึ่งมีการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 51.4 เป็นร้อยละ 82.9 สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภท

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ พบว่า ก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ

4.53 คะแนน ($SD = 1.85$) อยู่ในระดับมากที่สุด และภายหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.96 คะแนน ($SD = 0.65$) อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 0.43 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.10$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 ผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของความร่วมมือในการใช้ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ พบว่า ก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากที่สุดคือ ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ร้อยละ 15.71 รองลงมาคือ ขาดนัด ร้อยละ 12.86 ต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ร้อยละ 7.14 ส่วนหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ อาการไม่พึงประสงค์ของความร่วมมือในการใช้ยา พบเพียงการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ร้อยละ 4.28

4. ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการได้รับโปรแกรมการบริหารทางเภสัชในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโรงพยาบาลพะโค

4.1 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ในการติดตามครั้งที่ 1 ผลการศึกษา พบลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ ได้บ่งชี้จากการใช้ยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) extrapyramidal symptoms ได้แก่ parkinsonism ร้อยละ 5.71 tremor ร้อยละ 4.29 akathisia ร้อยละ 4.29 dystonia ร้อยละ 2.86 2) anticholinergic side-effects พบกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านโรคจิตสูงสุด 3 อันดับแรก มากที่สุดคือ อาการง่วงนอน ร้อยละ 21.43 ปากแห้งและกระหายน้ำ ร้อยละ 14.29 เท่ากัน และ คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 12.86 ส่วนการติดตามครั้งที่ 2 พบลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ กลุ่ม extrapyramidal

symptoms พบ tremor ร้อยละ 1.43 กลุ่ม anticholinergic side-effects พบ กลุ่มอาการไม่ประสงค์จากการใช้ยาต้านโรคจิตสูงสุด 3 อันดับแรก มากที่สุดคือ อาการง่วงนอน ร้อยละ 4.28 ปากแห้งและกระหายน้ำ ร้อยละ 2.86 เท่ากัน และ คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 1.43

4.2 ระดับการเปลี่ยนแปลงอาการไม่พึงประสงค์ที่พบในผู้ป่วยจิตเภท การติดตามระดับการเปลี่ยนแปลงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ในการติดตามครั้งที่ 1 ผลการศึกษา พบระดับการเปลี่ยนแปลงอาการไม่พึงประสงค์ โดยรวม ดังนี้ 1) การติดตามครั้งที่ 1 พบระดับการเปลี่ยนแปลงอาการไม่พึงประสงค์ ระดับมากที่สุดคือ การเปลี่ยนแปลง 2 ระดับ ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ การเปลี่ยนแปลง 1 ระดับ ร้อยละ 32.86 และการเปลี่ยนแปลง 3 ระดับ ร้อยละ 22.86 1) การติดตามครั้งที่ 2 พบระดับการเปลี่ยนแปลงอาการไม่พึงประสงค์ พบเพียงการเปลี่ยนแปลง 2 ระดับ และระดับ 1 ร้อยละ 10.00 และ ร้อยละ 4.29 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์ของการพัฒนาโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการพัฒนาโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน ผู้วิจัยนำเสนออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยใช้แนวคิดของเคมมิสและแมกแทรกการท ที่ได้จากการทบทวนแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทและวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30 เรื่อง เพื่อที่จะให้ได้มาซึ่งโปรแกรมที่ดี มีมาตรฐานกับการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observine) และการสะท้อนกลับ (reflectine) ซึ่งในการพัฒนาโปรแกรมฯ นั้น เมื่อครบวงจรในการพัฒนาในการติดตาม ครั้งที่ 1

จากนั้นได้พิจารณาปรับปรุงแผน (Re-planning) และดำเนินการในการติดตาม ครั้งที่ 2¹² ต่อไป และภายหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ พบว่า ในการจัดทำแผนที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กระทรวง แผนโรงพยาบาลพังโคนและปรับเปลี่ยนแผนตามบริบทของประเด็นปัญหาที่พบ เพื่อการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่นการปรับเปลี่ยนการบริหารทางเภสัชกรรม ที่เพิ่มการนัดเยี่ยมยาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และการให้ความรู้และ การปฏิบัติซ้ำอีกครั้งในแต่ละประเด็น นอกจากนี้ยังได้เพิ่มการมีส่วนร่วมของ อ.ส.ม และผู้นำชุมชนในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด ทำให้ หลังการพัฒนาโปรแกรมฯ ในการติดตามครั้งที่ 2 ไม่พบผู้ป่วยจิตเภทต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่ขาดนัด พบเพียงการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ร้อยละ 4.28

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก โดยพบว่า ปัญหาจากการใช้ยาที่พบได้สูงสุด คือการเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากยา โดยพบว่า ในการติดตามครั้งที่ 1 ผลการศึกษา พบลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ ได้บ่งบอกจากการใช้ยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) extrapyramidal symptoms ได้แก่ parkinsonism ร้อยละ 5.71 tremor ร้อยละ 4.29 akathisia ร้อยละ 4.29 dystonia ร้อยละ 2.86 2) anticholinergic side-effects พบกลุ่มอาการไม่ประสงค์จากการใช้ยาต้านโรคจิตสูงสุด 3 อันดับแรก มากที่สุดคือ อาการง่วงนอน ร้อยละ 21.43 ปากแห้งและกระหายน้ำ ร้อยละ 14.29 เท่ากัน และ คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 12.86 ส่วนการติดตามครั้งที่ 2 พบลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ กลุ่ม extrapyramidal symptoms พบ tremor ร้อยละ 1.43 กลุ่ม anticholinergic side-effects พบกลุ่มอาการไม่ประสงค์ จากการใช้ยาต้านโรคจิตสูงสุด 3 อันดับแรก มากที่สุดคือ อาการง่วงนอน ร้อยละ 4.28 ปากแห้งและ กระหายน้ำ ร้อยละ 2.86 เท่ากัน และ คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 1.43 อาจเนื่องจาก

ในการพัฒนาโปรแกรมฯ นั้น ได้กำหนดแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ นำผลลัพธ์และประเด็นปัญหาที่พบมาดำเนินการในขั้นตอนการปรับปรุงโปรแกรม นั้นได้ออกแบบ วางแผน (Re-planning) โดยได้เพิ่มการนับเม็ดยาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และเพิ่มการมีส่วนร่วมของ อสม. และผู้นำชุมชนในการติดตามผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกในกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดนัด ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเภทได้เพิ่ม การให้ความรู้และการปฏิบัติกรณีก่เกิดผลข้างเคียง ในแต่ละชนิดของยาแบบ Focus groups ซ้ำอีก ครั้งในแต่ละประเด็น นอกจากนี้ยังเพิ่มการติดตามเยี่ยมทางออนไลน์ เป็น 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนันท์ ผลไพรินทร์⁸ ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการบริหารทาง เภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ช่วยจิตเภท โดยการการค้นหาคำปัญหาการใช้ยา จัดทำรายการยาผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล ติดตามประวัติการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ควบคุม กำกับการจ่ายยา เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท ร่วมกับทีมดูแลรักษา หลังดำเนินการพบว่ากลุ่มศึกษา ที่ได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใหม่ในการติดตามครั้งที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร้อยละ 87.90 ส่วนการติดตามครั้งที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 57.60

3. ผลลัพธ์ด้านองค์รวม

3.1 ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าหลังผู้ป่วยจิตเภทได้รับโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้จากการสอนเป็นกลุ่มเล็ก 16 - 18 คน ที่ได้รับยากลุ่มประเภทเดียวกัน รวมทั้งผู้วิจัยให้ความรู้ซ้ำเป็นรายบุคคล เน้นย้ำถึงผลข้างเคียงของยารักษา จิตเภทของแต่ละ

ชนิด พร้อมกับอธิบายเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแนวทางแก้ไข และช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรณีที่ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจ การแจกแผ่นพับเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภท การติดตามเยี่ยมทางออนไลน์ และการติดตามต่อเนื่องจนถึงชุมชน จึงส่งผลให้กลุ่มผู้จิตเภทนี้มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภท หลังได้รับความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพร ศุภโรจนอุดม, บัวรุณ ศรีชัยกุล และสงัด เชื้อลิ้นฟ้า⁹ ที่พัฒนาโปรแกรมการบริหารทางเภสัชในชุมชน ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100 และการศึกษาของณภัคอร ช่วงสกุล¹¹ ที่พัฒนาโปรแกรมการบริหาร ทางเภสัชในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาลิเทียม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มีความร่วมมือ ในการใช้ยาอยู่ในระดับดี และสามารถดักจับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาลิเทียมร่วม กับยา Enalapril ได้อย่างทันท่วงที

3.2 ผลการศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าหลังผู้ป่วยจิตเภทได้รับโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ที่สูง จากการสอนเป็นกลุ่มเล็ก การให้ความรู้ซ้ำ การติดตามเยี่ยมทางออนไลน์ และการติดตามต่อเนื่องจนถึงชุมชน โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยารักษาจิตเภทของแต่ละชนิด แนวทางแก้ไขกรณีเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมถึงการรับทราบช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทคลายความวิตกกังวลในการใช้ยาจิตเภท จึงส่งผลให้กลุ่มผู้จิตเภทนี้มีคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภท หลังได้รับความรู้สูงกว่าก่อน

ได้รับโปรแกรมฯ และการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง การขาดนัดลดลงในการติดตามครั้งที่ 2 รวมถึงไม่พบผู้ป่วยจิตเภทต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้อง กับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนันท์ ผลไพรินทร์⁸ เช่นกันที่มีการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภทตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับรักษา เพื่อให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อหาทางแก้ไข ร่วมกับการให้ญาติมีส่วนช่วยดูแลการรับประทานยา ของผู้ป่วย การติดตามอาการไม่พึงประสงค์เชิงรุกแล้ว การให้ความรู้เรื่องโรคและยาแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย และผู้ดูแลจากชุดความรู้ที่รวบรวมขึ้น จนถึงการติดตามผลแบบผู้ป่วยนอกนั้น ทำให้กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ย ความร่วมมือในการใช้ยา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรกำหนดเป็นนโยบายในการใช้โปรแกรมการบริหารผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ควรมีการติดตามและประเมินอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

2) ควรนำผลลัพธ์จากการพัฒนาโปรแกรมฯ นี้ ร่วมกับการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและ ผลลัพธ์ด้านองค์รวม เป็นต้นแบบในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อเนื่องในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาการบริหารผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีการเปรียบเทียบกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม

2) ควรศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ที่พัฒนานี้ กับทีมสหสาขาวิชาชีพ และหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้มีความครอบคลุมของโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้น

3) ควรศึกษาความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้

เอกสารอ้างอิง

1. He, H., Liu, Q., Li, N., Guo, L., Gao, F., Bai, et.al. (2020). Trends in the incidence and dalys of schizophrenia at the global, regional and national levels: Results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e91.
2. Patanon K, Manit S. The parameters for calculating the burden of schizophrenia in Thailand. (2018) *J Ment Health Thai*. 26: 50-62
3. American Psychiatric Association. (2020). The american psychiatric association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Washington, DC: American Psychiatric Association. Retrieved from <https://doi.org/10.5555/appi.books.9780890424841.Schizophrenia00pre>
4. Crismon, M. L., Kattura, R. S., & Buckley, P. F. (2017). Schizophrenia. In *Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach*. New York: McGraw-Hill Education. Retrieved from <https://accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?aid=1149925821>
5. Hasan, A., Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, et.al (2017). 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*, 21(2), 82-90.
6. Barnes, T. R., Drake, R., Paton, C., Cooper, S. J., Deakin, B., Ferrier, I. N., et.al. (2020). Evidence based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the british association for psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 34(1), 3-78.
7. โรงพยาบาลพังโคน. (2567). เวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลพังโคน.
8. วาสนันท์ พลไพรินทร์. (2564). ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบ องค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

9. สุรพร ศุภโรจนอุดม, บัवरุณ ศรีชัยกุล, และ สงัด เชื้อลิ้นฟ้า. (2560) การพัฒนารูปแบบการบริหารทาง เกสซ์ที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ในเขตตำบลหนองแสง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 18(3), 96-106. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/106848>
10. ปรียา ยุคันตวนิชชัย. (2564) ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาทางไปรษณีย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(10), 99-114.
11. ณภัคอร ช่างสกุล. (2564) ผลการบริหารทางเกสซ์ในผู้ป่วยที่ไข้ยาลิเทียม คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(3), 556-562.
12. Kemmis, S., & McTaggart, R. (Eds.). (1988). The action research planner (3rd ed.). Geelong, Victoria: Deakin University Press.
13. Taro Yamane. (1973). Statistics: on introductory analysis. New York: New York: Harper & Row.