

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# ความร่วมมือในการใช้ยาและการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท หลังถูกส่งตัวรักษาต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน

ธัญญา สองเมือง ภ.ม. (เภสัชกรรมคลินิก)

อนัญญา สองเมือง ภ.ม. (เภสัชกรรมคลินิก)

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วันรับ:	19 ม.ค. 2563
วันแก้ไข:	22 พ.ย. 2564
วันตอบรับ:	2 ธ.ค. 2564

**บทคัดย่อ** ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและการมาโรงพยาบาลตามนัดเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงและเพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวจึงมีการส่งตัวผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง ร่วมกับการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา และอุบัติการณ์การกำเริบของภาวะจิตเภท ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับจัดกล่องยารักษาโรคจิตเวชออกหน่วย รพ.สต. ลูกข่ายโรงพยาบาลวารินชำราบ โดยศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการ ณ คลินิกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวารินชำราบ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2555 และถูกส่งตัวไปรักษาต่อเนื่องที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2561 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ McNemar's test ผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษานี้ทั้งหมด 152 ราย หลังการจัดกล่องยารักษาโรคจิตเวชออกหน่วย รพ.สต. ด้านปัญหาจากการใช้ยา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการติดตามความปลอดภัยในการใช้ยา และผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนการปรึกษาแพทย์/พยาบาล เพื่อเลี่ยงการสั่งใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสั่งใช้ยาที่ควรได้รับ เพื่อปรับยาในขนาดต่ำกว่าที่เหมาะสมในการรักษา และเพื่อเลือกยาที่เหมาะสมในขณะนั้น เภสัชกรมีส่วนร่วมร่วมกับทีมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผลการให้ข้อมูลเพื่อปรึกษาแพทย์ พยาบาลประจำคลินิก และการให้คำแนะนำผู้ป่วย โดยเภสัชกรได้รับการยอมรับ ร้อยละ 96.6 อุบัติการณ์การกำเริบของภาวะจิตเภท โดยมาที่ห้องฉุกเฉิน และนอนโรงพยาบาล ลดลงจาก 22 เหลือ 1 เหตุการณ์ และ 11 เหลือ 4 เหตุการณ์ ตามลำดับ ( $p < 0.05$ ) การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการจัดกล่องยารักษาโรคจิตเวชออกหน่วย รพ.สต. เพื่อให้บริการผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกส่งตัวรักษาต่อเนื่องใกล้บ้านช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และลดอุบัติการณ์การกำเริบของภาวะจิตเภทจนนำมาสู่การรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงควรคงรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยในลักษณะนี้ต่อไป และพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบเวชระเบียนออนไลน์ระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. ลูกข่าย เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการในอนาคต

**คำสำคัญ:** การบริบาลทางเภสัชกรรม; จิตเภท; รพ.สต.

## บทนำ

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทยพบผู้ป่วยจิตเภท 15.2 ต่อประชากร 1,000<sup>(1)</sup> โดยอัตราผู้ป่วยในภาพรวมของภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราผู้ป่วยในภาพรวมสูงที่สุดในประเทศ ขณะที่ภาคใต้มีอัตราผู้ป่วยน้อยที่สุด<sup>(2)</sup> ผู้ป่วยจิตเภทในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลวารินชำราบ มีจำนวนผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้นจาก 347 ราย ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 434 รายในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

เมื่อทบทวนปัญหาจากการใช้ยาของโรงพยาบาลวารินชำราบและเครือข่าย ปัญหาที่พบมากที่สุดในกลุ่มนี้คือ ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้ระบุว่าผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดมีปัญหาขาดยา เนื่องจาก ปัญหาเรื่องการรับรู้ข้อมูลการรักษา ประสิทธิภาพของยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา และอิทธิพลจากสังคม<sup>(3)</sup> และการศึกษาอื่นๆ ระบุว่าผู้ป่วยร้อยละ 29.1<sup>(4)</sup> และร้อยละ 26.9<sup>(5)</sup> ที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ในผู้ป่วยที่ขาดยามักพบว่ามีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ไม่ได้ผล โดยมีอาการกลับเป็นซ้ำบ่อยที่รุนแรงขึ้น มีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงกับตนเองและคนรอบข้าง รวมถึงเพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาล<sup>(6)</sup> ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อลดปัญหาดังกล่าว อีกทั้งมีรายงานพบว่า ปัญหาอาชญากรรมที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 80.0<sup>(7)</sup>

จากการสำรวจทรัพยากรด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยปี พ.ศ. 2550 โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าอัตราส่วนของบุคลากรด้านสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปัจจุบัน แต่ถือว่ายังอยู่ในระดับต่ำมาก เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรที่ต้องรับผิดชอบ<sup>(2)</sup> รวมถึงโรงพยาบาลวารินชำราบมีผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น ในขณะที่จำนวนบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเท่าเดิม ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนอย่างมากในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา และการใช้ยา เพื่อลดผลกระทบ

ต่าง ๆ ดังกล่าวไปแล้วในผู้ป่วยที่ขาดนัดขาดยา ทางโรงพยาบาลวารินชำราบจึงมีแนวคิดเพื่อพยายามแก้ปัญหาดังกล่าว โดยการส่งผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้วออกมารับบริการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ใกล้บ้าน แต่ติดปัญหาที่ยารักษาจิตเภทเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท รพ.สต. ซึ่งไม่มีเภสัชกรอยู่ประจำจึงไม่สามารถสำรองยาดังกล่าวที่ รพ.สต. เพื่อจ่ายยาได้<sup>(7)</sup> อย่างไรก็ตาม แพทย์ เภสัชกร และทีมสหวิชาชีพได้จัดอัตรากำลังออกหน่วย รพ.สต. ลูกข่ายของโรงพยาบาลวารินชำราบทุกวันทำการอยู่แล้ว ดังนั้นหากมีเภสัชกรออกหน่วย รพ.สต. การจ่ายยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทภายใต้คำสั่งใช้ของแพทย์ก็น่าจะทำได้คล่องตัวขึ้น หลังจากประชุมหารือในทีมนำทางคลินิก (patient care team: PCT) สาขาจิตเวช จึงมีมติให้เภสัชกรร่วมออกให้บริการผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดคลังยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทสำหรับผู้ป่วยจิตเวชออกหน่วย รพ.สต. ด้วยทุกครั้ง เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเริ่มในปีงบประมาณ 2559 ที่ผ่านมา โดยมุ่งหวังเพื่อแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา และอุบัติการณ์การกำเริบของภาวะจิตเภท ก่อนและหลังการจัดคลังยารักษาโรคจิตเวชออกหน่วย รพ.สต. ลูกข่ายของโรงพยาบาลวารินชำราบในช่วงที่ทำการศึกษา พร้อมเภสัชกร

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study)

### ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 ถึงกันยายน 2561

## ประชากร

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการส่งตัวจาก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลวารินชำราบ ไปรักษาต่อที่ รพ.สต. ไกล่บ้าน ในเครือข่าย จำนวน 22 แห่ง

เกณฑ์การคัดเลือก: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เป็นจิตเภท รหัสโรค ICD-10: F20 อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี มีประวัติมารับบริการคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลวารินชำราบ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 กันยายน 2561 และถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่ รพ.สต. ไกล่บ้าน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2561 ได้รับการบริการและบริหารทางเภสัชกรรม ร่วมกับมีการบันทึกข้อมูลปัญหาจากการใช้ยาโดยเภสัชกร

เกณฑ์การคัดออก: ผู้ป่วยย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยออกนอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลวารินชำราบ

## เครื่องมือในการวิจัย

ฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล โปรแกรม Microsoft Access, Microsoft Excel และโปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ

## ขั้นตอนการดำเนินงาน

ระบบบริการก่อนส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาต่อที่ รพ.สต. ไกล่บ้าน: ผู้ป่วยถูกส่งต่อจาก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และมาตามนัดเพื่อรับการรักษาต่อที่ โรงพยาบาลวารินชำราบ พยาบาลและนักจิตวิทยาคลินิก คัดกรองผู้ป่วยก่อนส่งเข้าพบแพทย์ประจำคลินิกเพื่อติดตามประเมินอาการและสั่งใช้ยา จากนั้นส่งพบเภสัชกรเพื่อประเมินการใช้ยา คัดกรองปัญหาจากการใช้ยา และรับยากลับบ้าน โดยผู้ป่วยต้องกลับไปติดตามต่อที่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ปีละ 1 ครั้ง

เงื่อนไขการส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาต่อที่ รพ.สต. ไกล่บ้าน: ผู้ป่วยที่แพทย์ลงความเห็นแล้วว่าสามารถควบคุมอาการได้คงที่ ประกอบกับสมัครใจไปรักษาต่อที่ รพ.สต. ไกล่บ้าน

ระบบบริการหลังส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาต่อที่ รพ.สต. ไกล่บ้าน: ผู้ป่วยถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลวารินชำราบ และมาตามนัดเพื่อรับการรักษาต่อที่

รพ.สต. ไกล่บ้าน พยาบาลประจำ รพ.สต. คัดกรองผู้ป่วยก่อนส่งเข้าพบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (family physician) เพื่อติดตามประเมินอาการและสั่งใช้ยา จากนั้นส่งพบเภสัชกรเพื่อประเมินการใช้ยา คัดกรองปัญหาจากการใช้ยา และรับยากลับบ้าน โดยผู้ป่วยต้องกลับไปติดตามต่อที่ รพ.วารินชำราบ ปีละ 1 ครั้ง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงผลในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ผลการคัดกรองปัญหาจากการใช้ยา และอุบัติการณ์การกำเริบของภาวะจิตเภท ก่อนและหลังส่งต่อผู้ป่วยรับบริการ รพ.สต. ไกล่บ้าน ด้วยสถิติ McNemar's test ที่ระดับนัยสำคัญ  $p < 0.05$

## ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลวารินชำราบ เลขที่ 03 ลำดับที่ 4/2562

## ผลการศึกษา

จาก รพ.สต. ลูกข่าย 22 แห่ง มี 21 แห่งที่โรงพยาบาลวารินชำราบ ส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่ รพ.สต. ไกล่บ้าน ผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาทั้งหมด 152 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.8 อายุเฉลี่ย  $46.4 \pm 12.0$  ปี ระยะเวลาการเป็นโรคจิตเภท  $10.2 \pm 6.2$  ปี ระยะเวลานัดต่อครั้งเมื่อได้รับการรักษา ณ รพ.สต.  $44.8 \pm 6.8$  วัน ผู้ป่วยจำนวน 63 ราย มีโรคร่วม โดยโรคร่วม 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ตามลำดับ ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 96.7 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 55.3 และมีประวัติการดื่มสุรา/สูบบุหรี่/ใช้สารเสพติด ร้อยละ 45.4 ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับยาในกลุ่ม First-Generation Antipsychotics ทั้งก่อนและหลังส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่ รพ.สต. ไกล่บ้าน โดยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อออกฤทธิ์ก่อนส่งตัวมีจำนวนรวม

ความร่วมมือในการใช้ยาและการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทหลังถูกส่งตัวรักษาต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา (n=152)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวนราย	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	94	61.8
	หญิง	58	38.2
2. อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย±SD (Min, Max)		46.4±12.0	(18.9, 84.8)
3. ระยะเวลาของการเป็นโรคจิตเภท (ปี) ค่าเฉลี่ย±SD (Min, Max)		10.2±6.2	(2.2, 23.5)
4. ระยะเวลาต่อการนัด 1 ครั้ง (วัน) ค่าเฉลี่ย±SD (Min, Max)		44.8±6.8	(21.1, 61.3)
5. โรคร่วม			
	ไม่มีโรคร่วม	89	58.6
	มีโรคร่วม (นำเสนอ 3 ลำดับแรก)	63	41.4
	- โรคความดันโลหิตสูง	27	
	- โรคไขมันในเลือดสูง	21	
	- โรคเบาหวาน	15	
6. สิทธิการรักษา			
	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	147	96.7
	ประกันสังคม	2	1.3
	ชำระเงิน	2	1.3
	เบิกได้/จ่ายตรง	1	0.7
7. รพ.สต. ในทะเบียนเครือข่าย โรงพยาบาลวารินชำราบ 5 ลำดับแรก			
	ทุ่งบอน	21	13.8
	โคกเขบุรี	13	8.6
	โนนน้อย	12	7.9
	ห้วยชะยุง	11	7.2
	ก่อ	11	7.2
	อื่นๆ	84	55.3
8. ผู้ดูแล (caregiver)			
	ไม่มี**	84	55.3
	มี	68	44.7
9. การดื่มสุรา/สูบบุหรี่/ใช้สารเสพติด			
	ไม่มีประวัติการดื่มสุรา/สูบบุหรี่/ใช้สารเสพติด	83	54.6
	มีประวัติการดื่มสุรา/สูบบุหรี่/ใช้สารเสพติด***	69	45.4
	- ดื่มสุรา	74	
	- สูบบุหรี่	41	
	- ยาบ้า	10	
	- ใช้สารระเหย	3	

หมายเหตุ \* ผู้ป่วย 1 ราย อาจมีมากกว่า 1 โรคร่วม

\*\* ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 1 ราย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ดูแลเรื่องยา และการไปพบแพทย์ตามนัด

\*\*\* ผู้ป่วย 1 ราย อาจมีประวัติการดื่มสุรา/สูบบุหรี่/ใช้สารเสพติด ร่วมกันมากกว่า 1 อย่าง

40 ราย และหลังส่งตัวรับการรักษา รพ.สต. ใกล้บ้าน มีจำนวนรวมเพิ่มขึ้นเป็น 49 ราย ดังแสดงในตารางที่ 2 กลุ่มรายการยาที่ 5 first-generation antipsychotics รูปแบบยาฉีด

ด้านปัญหาจากการใช้ยา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการติดตามความปลอดภัยในการใช้ยา และผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ส่วนการปรึกษาแพทย์/พยาบาล เพื่อเลี่ยงการสั่งใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสั่งใช้ยาที่ควรได้รับ เพื่อปรับยาในขนาดต่ำกว่าที่

เหมาะสมในการรักษา และเพื่อเลือกยาที่เหมาะสมในขณะนั้น เกสซ์กรมีส่วนร่วมกับทีมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ , และ  $p = 0.040$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3 ผลการให้ข้อมูลเพื่อปรึกษาแพทย์พยาบาลประจำคลินิก และการให้คำแนะนำผู้ป่วยโดยเกสซ์กรหลังส่งผู้ป่วยรับการรักษา รพ.สต. ได้รับการยอมรับ ร้อยละ 96.6 ดังแสดงในตารางที่ 4 อุบัติการณ์การกำเริบของภาวะจิตเภท โดยมาที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาล ลดลง จาก 22 เหลือ 1 เหตุการณ์ และ 11 เหลือ 4 เหตุการณ์ ตามลำดับ ( $p < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 2 ข้อมูลรายการยาจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับ

รายการยา	จำนวน (ราย)*		รายการยา	จำนวน (ราย)*	
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง
1. Serotonin Antagonist			5. First-Generation Antipsychotics		
Trazodone	1	4	Chlorpromazine	38	50
2. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors			Haloperidol	48	46
Fluoxetine	13	20	Haloperidol**	1	5
Sertraline	2	4	Flupentixol**	1	2
3. Tricyclic antidepressants			Fluphenazine**	38	42
Amitriptyline	17	26	Perphenazine	30	36
Nortriptyline	1	3	Thioridazine	3	3
4. Benzodiazepines			Trifluoperazine	2	2
Clonazepam	1	17	6. Second-generation antipsychotics		
Clorazepate	1	1	Clozapine	4	6
Diazepam	34	26	Risperidone	19	52
Lorazepam	34	46	7. Mood stabilizers		
			Lithium	1	1
			Sodium Valproate	3	7
			8. Antiparkinson agent		
			Trihexyphenidyl	95	123

หมายเหตุ \* ผู้ป่วย 1 ราย อาจได้รับยารักษาโรคจิตเภทมากกว่า 1 ชนิด

\*\* ยารูปแบบยาฉีด (Injection)

ความร่วมมือในการใช้ยาและการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทหลังถูกส่งตัวรักษาต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน

ตารางที่ 3 ผลการคัดกรองปัญหาจากการใช้ยา

ปัญหาจากการใช้ยา*	ก่อน		หลัง		p-value**
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ทั้งหมด (เหตุการณ์)	374		175		<0.001
1. ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา	202	54.0	48	27.4	<0.001
1.1 การขาดนัด/ขาดยา	188		33		
1.2 ใช้ยาไม่ถูกต้องตามขนาดที่แพทย์สั่ง	9		10		
1.3 ขาดความรู้แก้ไข/ป้องกันอาการข้างเคียงจากยา	5		5		
2. ต้องได้รับการติดตามความปลอดภัยในการใช้ยา	76	20.3	48	27.4	<0.001
3. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	65	17.4	26	14.9	<0.001
3.1 Extrapyrimal symptoms [EPS]					
- Parkinsonian like syndrome	29		3		
- Tardive dyskinesia	20		11		
- Akathisia	9		1		
- Acute dystonic reactions	5		2		
3.2 ปากแห้งคอแห้งตาพร่ามัว	2		5		
3.3 ความดันต่ำ/วูบ	0		4		
4. ปรึกษาแพทย์/พยาบาลเพื่อเลี่ยงการสั่งใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน	16	4.3	21	12.0	<0.001
5. ปรึกษาแพทย์/พยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสั่งใช้ยาที่ควรได้รับ	4	1.1	12	6.9	<0.001
6. ปรึกษาแพทย์/พยาบาลเพื่อปรับยาในขนาดต่ำกว่าที่เหมาะสมในการรักษา	3	0.8	10	5.7	<0.001
7. ปรึกษาแพทย์/พยาบาลเพื่อเลือกยาที่เหมาะสมในขณะนั้น	4	1.1	8	4.6	0.040
8. ปรึกษาแพทย์/พยาบาลเพื่อปรับยาในขนาดสูงกว่าที่เหมาะสมในการรักษา	4	1.1	2	1.1	0.060

หมายเหตุ \* ผู้ป่วย 1 ราย อาจเกิดปัญหาจากการใช้ยามากกว่า 1 เหตุการณ์

\*\* สถิติ McNemar's Test ที่ระดับนัยสำคัญ p-value < 0.05

ตารางที่ 4 ผลการให้ข้อมูลเพื่อนำเสนอ/ปรึกษาแพทย์ พยาบาล และการให้คำแนะนำผู้ป่วยโดยเภสัชกร

Intervention	ก่อน		หลัง			
	จำนวนเหตุการณ์	ผลการ Intervention*		จำนวนเหตุการณ์	ผลการ Intervention*	
		จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
ทั้งหมด	374	339	90.6	175	169	96.6
แพทย์	208	206	99.0	74	74	100.0
พยาบาล	39	38	97.4	38	38	100.0
ผู้ป่วย/และญาติ	129	95	73.6	63	57	90.5

หมายเหตุ \* การ Intervention แพทย์และพยาบาลโดยเภสัชกร ทราบผลในครั้งนั้น ๆ ส่วนการ Intervention ผู้ป่วย/และญาติ ทราบผลในครั้งถัดไปที่ผู้ป่วย/และญาติมารับบริการ

ตารางที่ 5 อุบัติการณ์การกำเริบของภาวะจิตเภท ก่อนและหลังการส่งต่อผู้ป่วยรับบริการ รพ.สต.

อุบัติการณ์การกำเริบของภาวะจิตเภท*	จำนวน (เหตุการณ์)		p-value**
	ก่อน (ปีงบประมาณ 2556 – 2558)	หลัง (ปีงบประมาณ 2559 – 2561)	
ทั้งหมด	33	5	<0.001
มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน	22	1	<0.001
นอนโรงพยาบาล	11	4	<0.001

หมายเหตุ \* กำเริบ = มีประวัติมาโรงพยาบาลวารินชำราบด้วย หูแว่วประสาทหลอน (hallucination) และ/หรืออาการผุดลุกผุดนั่ง (agitation) ร่วมกับได้รับยา haloperidol 5 mg IM stat

\*\* สถิติ McNemar's Test ที่ระดับนัยสำคัญ p-value < 0.05

### วิจารณ์

การศึกษานี้เกสรศึกษามีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยด้านยา และมีส่วนช่วยทีมในการบริหารจัดการยาออกนอกพื้นที่บริการของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้ง่ายขึ้นที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน ซึ่งช่วยเพิ่มความมือในการรักษาและการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Krzystanek M และคณะ ในปี ค.ศ. 2017 ที่ประเทศโปแลนด์ ในผู้ป่วยจิตเภทแบบหวาดระแวง (paranoid Schizophrenia) 199 ราย พบว่า การรักษาทางไกล (telemedicine) ในผู้ป่วยที่ไม่สะดวกมาสถานพยาบาล เป็นหนึ่งในวิธีแก้ปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การรักษาระยะไกลสามารถแก้ปัญหาได้ในระยะสั้นเท่านั้น เนื่องจากเมื่อติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 เดือน กลับพบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง<sup>(8)</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาของ Killikelly และคณะ ในปี ค.ศ. 2017 ซึ่งทำการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาในฐานะข้อมูลทางการศึกษาวิจัยทั่วโลก พบว่า การศึกษาที่ใช้ระยะเวลาในการศึกษาสั้น ๆ มักสัมพันธ์กับอัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่สูงขึ้น<sup>(9)</sup> ในขณะที่การศึกษานี้ทำการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาจากผลของการนำเอาทีมบุคลากรทางการแพทย์ออกให้บริการร่วมกับบุคลากรของ รพ.สต. ใกล้บ้าน ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำในการบำบัดรักษาอย่างใกล้ชิด และสามารถปรึกษาทีม

บุคลากรที่ รพ.สต. ดังกล่าวได้โดยตรงหากเกิดปัญหาหรือข้อสงสัยในการรักษาหรือการใช้ยา ซึ่งทีมที่ รพ.สต. สามารถปรึกษาข้อมูลต่าง ๆ จากทีมที่ รพ.วารินชำราบได้โดยตรงเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย แนวทางนี้เป็นแนวทางที่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนทั้งระบบ โดยการศึกษาติดตามผลต่อเนื่องถึง 36 เดือน (3 ปี) ทำให้ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยกับทีมรักษา อีกทั้งได้รับการดูแลเหมือนมารักษาที่ รพ.วารินชำราบ แต่อยู่ใกล้บ้าน ช่วยลดปัญหาการขาดนัดขาดยาจาก 188 เหตุการณ์ เหลือ 33 เหตุการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ye และคณะ ในปี ค.ศ. 2017 ที่ประเทศจีน ในผู้ป่วยจิตเภท 180 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกับบุคลากรทางการแพทย์หลังจากออกจากโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 6 เดือน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 71.1 มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ร่วมกิจกรรม ซึ่งมีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงร้อยละ 45.6 ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาร้อยละ 96.7 มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ร่วมกิจกรรม ซึ่งมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาเพียงร้อยละ 46.7 และผู้ป่วยมีอัตราการกลับเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 8.9 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้ร่วมกิจกรรมมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 26.7<sup>(10)</sup>

เมื่อพิจารณาปัจจัยร่วมที่น่าจะมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท จากข้อมูลทั่วไปในตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษานี้ไม่มีผู้ดูแล

ร้อยละ 55.3 มีผู้ดูแล ร้อยละ 44.7 ต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมจึงจะทราบว่าการมีผู้ดูแลมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ อย่างไรก็ตาม การศึกษาก่อนหน้านี้ของ Wang และคณะ ในปี ค.ศ. 2017 ที่ประเทศจีน ในผู้ป่วยจิตเภท 64 ราย พบว่า ผู้ดูแล (care giver) ใกล้ชิดต่อผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนสำคัญมากต่อความร่วมมือในการใช้ยาและอาการกำเริบของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาล<sup>(1)</sup> อีกทั้งการศึกษาของ Bitter และคณะ ในปี ค.ศ. 2015 ที่ประเทศฮังการี ในผู้ป่วยจิตเภท 262 ราย พบว่า ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา อาการกำเริบที่รุนแรง และเพิ่มการมานอนโรงพยาบาล แต่ไม่สัมพันธ์กับ อายุ เพศ และประวัติการศึกษาของผู้ป่วย<sup>(4)</sup> นอกจากนี้การศึกษาของ Kikkert และคณะ ในปี ค.ศ. 2017 ยังพบว่า อาการไม่พึงประสงค์จากยา และประสิทธิภาพในการรักษา มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท<sup>(3)</sup> ซึ่งต้องทำการศึกษาเพิ่มเติม

แม้การศึกษานี้ไม่ได้ทำการศึกษาด้านมูลค่าและความคุ้มค่าในการรักษา แต่การศึกษาก่อนหน้านี้ของ Joe และคณะ ในปี ค.ศ. 2016 ที่ประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธ์กับต้นทุนอรรถประโยชน์ (Cost Utility) และมูลค่าการใช้ยา (Medical Cost) ที่สูงขึ้น<sup>(12)</sup> เกสัชกรมีส่วนสำคัญอย่างมากในด้านการบริหารจัดการยาจิตเวช ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ต่อจิตและประสาท ให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และคุ้มค่าในการรักษา อีกทั้งยังมีส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่ยาเปลี่ยนรูปแบบ เปลี่ยนสี เปลี่ยนเครื่องหมายการค้า ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษาคลาดเคลื่อน จนนำมาสู่การขาดยา โดยการศึกษาที่เกี่ยวข้องก่อนหน้านี้ของ Lertxundi และคณะ ในปี ค.ศ. 2018 ที่ประเทศสเปน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทขาดยา สัมพันธ์กับรูปแบบยาและยี่ห้อของยาที่เปลี่ยนแปลงไป<sup>(5)</sup>

รูปแบบระบบการให้บริการในลักษณะนี้สามารถดำเนินการได้ในโรงพยาบาลทุกระดับ และการศึกษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในการศึกษานี้ก็ควรทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาผลระยะยาว โดยนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงระบบการบริการในผู้ป่วยจิตเภทต่อไป และหากสามารถเชื่อมโยงข้อมูลเวชระเบียนระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. ลูกข่าย ได้ ก็จะเป็นประโยชน์มากขึ้นทั้งต่อบุคลากรและผู้ป่วยจิตเภท

### สรุปและข้อเสนอแนะ

การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการจัดกล่องยารักษาโรคจิตเวชออกหน่วย รพ.สต. เพื่อให้บริการผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกส่งตัวรักษาต่อเนื่องใกล้บ้าน ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และลดอุบัติการณ์การกำเริบของภาวะจิตเภทจนนำมาสู่การรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงควรคงรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยในลักษณะนี้ต่อไป และพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบเวชระเบียนออนไลน์ระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. ลูกข่าย เพื่อเพิ่มคุณภาพในการบริการในอนาคต

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ภญ.นันทิกร จำปาสา หัวหน้างาน-เภสัชกรรมปฐมภูมิในช่วงที่ทำการศึกษา ภญ.สมปอง พัดทาบ เภสัชกรทีมปฐมภูมิ แพทย์ประจำคลินิกสุขภาพจิตในช่วงที่ทำการศึกษาทุกท่าน คุณสุภีราพร สังข์สกุล พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกสุขภาพจิต และคุณนุจรินทร์ จันทรสอน นักจิตวิทยาคลินิก ประจำคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลวารินชำราบ

### เอกสารอ้างอิง

1. Suttajit S, Srisurapanont M. Schizophrenia: epidemiology and treatment. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2009;54(Supplement 1):S21-7.
2. อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัญญา ชูเลิศ. สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย: ภาพสะท้อนสังคม. กรุงเทพมหานคร: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2553.
3. Kikkert M, Dekker J. Medication adherence decisions in



- patients with schizophrenia. *Prim Care Companion CNS Disord* 2017;19(6):17n02182.
4. Bitter I, Feher L, Tenyi T, Czobor P. Treatment adherence and insight in schizophrenia. *Psychiatr Hung* 2015; 30(1):18–26.
  5. Lertxundi U, Hernandez R, Corcostegui B, Ibarra O, Mentxaka G, Medrano J. Influence of an inconsistent appearance of antipsychotics on drug adherence in patients with schizophrenia. *Medicine* 2018;97(44):e12990.
  6. Rezansoff SN, Moniruzzaman A, Fazel S, McCandless L, Somers JM. Adherence to antipsychotic medication and criminal recidivism in a Canadian provincial offender population. *Schizophrenia Bulletin* 2017;43(5):1002–10.
  7. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 และพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อเมื่อ: 2 ม.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/fdajournal/article/view/140291>
  8. Krzystanek M, Krysta K, Skalacka K. Treatment compliance in the long-term paranoid schizophrenia telemedicine study. *J Technol Behav Sci* 2017;2(2):84–7.
  9. Killikelly C, He Z, Reeder C, Wykes T. Improving adherence to web-based and mobile technologies for people with psychosis: systematic review of new potential predictors of adherence. *JMIR Mhealth Uhealth* 2017; 5(7):e94.
  10. Ye M, Guo J, Song C, Zheng F. Effects of out-of-hospital continuing nursing on schizophrenia patients' rehabilitation and quality of life. *Open Med* 2017;12:501–5.
  11. Wang X, Chen Q, Yang M. Effect of caregivers' expressed emotion on the care burden and re-hospitalization rate of schizophrenia. *Patient Preference and Adherence* 2017; 11:1505–11.
  12. Jeo S, Lee JS. Association between non-compliance with psychiatric treatment and non-psychiatric service utilization and costs in patients with schizophrenia and related disorders. *BMC Psychiatry* 2016;16:444.

**Abstract: Adherence to Antipsychotic Medication and Relapse Rates in Patients with Schizophrenia after Referred to Primary Care Units**

**Thanatcha Songmuang, M.Pharm.; Ananya Songmuang, M.Pharm.**

*Department of Pharmacy, Warinchamrab Hospital, Ubon Ratchathani Province, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(1):70-9.*

Adherence to medication and follow-up in the hospital as an out-patient visit are the main problems in patients with schizophrenia. These problems increase severe relapse rates and hospitalization. Refer patients to primary care unit (PCU) with pharmaceutical care might solve the problems. The objectives of this study were to determine (1) drug related problems (DRPs), (2) adherence to antipsychotic medication, and (3) relapse rates before and after referred patients to PCU with pharmaceutical care and psychiatric medication box. Data were retrospectively collected from electronic medical record from October 2012 to September 2018. The samples were patients with schizophrenia who visited the psychiatry clinic, Warinchamrab hospital and referred to PCU during the study period. McNemar's test was used to compare DPRs and relapse rates. There were 152 patients in the study. it was found that after referred to PCU with pharmaceutical care and psychiatric medication box, the number of patients with non-adherence, medication safety follow-up, and adverse drug reaction were significantly decreased ( $p < 0.05$ ). Interaction of pharmacist with physician/nurse to avoid drug interaction, to add the medication of choice for treatment, to adjust too low dosage of treatment, and to select the most appropriate medication for treatment was significantly increased ( $p < 0.05$ ). The incidence of emergency visits and admissions were significantly decreased from 22 to 1 event and 11 to 4 events, respectively ( $p < 0.05$ ). Thus, pharmaceutical care with psychiatric medication box to PCU for patients with schizophrenia increased medication adherence and decrease hospitalization due to relapse rates. This service should be continued and be improved by developing online data to link between PCU and the hospital for the better service in the future.

**Keywords:** pharmaceutical care; schizophrenia; primary care unit