



ผลของโปรแกรมฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเภสัชกร เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

รัตดากร นันทพานิช¹, ชวลิน อินทร์ทอง^{2,*}

¹ โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ศรีสะเกษ

² หน่วยนวัตกรรมการเพื่อผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา

*ติดต่อผู้พิมพ์: chawalin.in@gmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อความร่วมมือในการใช้ยาและความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ที่แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองจำนวน 14 คน ได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่องโดย อสม. ที่ผ่านโปรแกรมอบรมซึ่งพัฒนาขึ้นในงานวิจัย และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คนที่ได้รับการดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดำเนินการอยู่เดิม ประเมินผลความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีนับเม็ดยา ประเมินความเชื่อเฉพาะต่อการกินยา ด้านการรับรู้ความจำเป็นของการกินยาและความกังวลจากการกินยา ที่ระยะเริ่มต้น, 1 เดือนและ 3 เดือน วิเคราะห์ผลลัพธ์ด้วยสถิติ Independent t-test, Mann-Whitney U test และ Generalized Estimating Equation (GEE) ผลการศึกษาพบว่า ที่จุดเริ่มต้นการดูแลกลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ไม่แตกต่างกันทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยควบคุมอิทธิพลผลลัพธ์ที่จุดเริ่มต้นพบว่า ตลอดระยะเวลาการดูแลโดย อสม. กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.09 (95%CI: 5.00 – 13.18), การรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาเพิ่มขึ้น 1.52 คะแนน จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน (95%CI: 0.72 – 2.33) และความกังวลจากการกินยาลดลง 1.18 คะแนน จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน (95%CI: -1.97 - -0.39) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และเมื่อสิ้นสุดการอบรม อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านยาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) ดังนั้นโปรแกรมฝึกอบรม อสม. เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา เพิ่มการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา และลดความกังวลต่อการกินยา อีกทั้งยังเพิ่มศักยภาพ อสม. ในด้านความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

คำสำคัญ: จิตเภท, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ความร่วมมือในการใช้ยา, ความเชื่อต่อการกินยา

รับต้นฉบับ: 11 กรกฎาคม 2565; แก้ไข: 10 ตุลาคม 2565; ตอรับตีพิมพ์: 14 ตุลาคม 2565

THE EFFECT OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS TRAINING PROGRAM BY PHARMACISTS TO PROMOTE MEDICATION ADHERENCE AMONG SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN THE COMMUNITY

Rutdakorn Nuntapanich¹, Chawalin Inthong^{2,*}

¹ Benchalak Hospital, Sisaket

² TaWai for Health Unit, Prince of Songkla University, Songkhla

* Corresponding author: chawalin.in@gmail.com

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of a village health volunteer training program on promoting medication adherence and specific beliefs about medication. Participants were schizophrenia patients at Bencharak Hospital, Srisaket Province with a history of medication non-adherence. The researchers purposively assigned conditions to two groups. The experimental group (14 participants) received home health care from trained village health volunteers and the control group (15 participants) received usual care. Medication adherence outcome was evaluated by the pill count method. Specific beliefs about medication were evaluated by questionnaires regarding necessary beliefs and concerns about medication at the baseline, 1 and 3 months of care. Independent t-test, Mann-Whitney U test and Generalized Estimating Equation (GEE) were used for data analysis. The results showed that there was no significant difference between the two groups at the baseline. Over three months of care and after the baseline was adjusted, the mean of medication adherence (9.09%; 95%CI: 5.00 – 13.18) and necessity belief about medication scores (1.52 scores out of 25; 95%CI: 0.72 – 2.33) in the experimental group were significantly higher than in the control group, respectively. Moreover, the concerns about medication score was significantly lower, 1.18 out of 25, (95%CI: -1.97 – -0.39) than the control group. Furthermore, at the end of the program, village health volunteers had significantly higher knowledge of caring for schizophrenia patients than before training ($p=0.002$). Therefore, the village health volunteer training program to promote medication adherence among schizophrenia patients in the community improved medication adherence, necessary belief about medication, decreased concern about medication and improved village health volunteers' knowledge of caring for schizophrenia patients.

Keywords: schizophrenia, village health volunteers, medication adherence, beliefs about medication

Received: 11 July 2022; Revised: 10 October 2022; Accepted: 14 October 2022

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุหลักจากความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง แสดงผลออกทางความคิด การรับรู้ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันและมีแนวโน้มที่จะแสดงอาการต่อเนื่องในระยะยาว ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ครอบครัว การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม รวมทั้งอาจก่อให้เกิดปัญหาในชุมชน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งในปัจจุบันโรคจิตเภทนับเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางระบบสาธารณสุข จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท 24 ล้านคนทั่วโลกและมีผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 60 ที่ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม¹ ในขณะที่ข้อมูลรายงานจากสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทสูงถึง 423,000 ราย และยังมีผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 22.08 ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการและไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม²

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ 1) การรักษาด้วยยา 2) การรักษาด้วยการทำให้ชักรด้วยไฟฟ้า และ 3) การรักษาทางจิตสังคม ตามลักษณะอาการและระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นวิธีการหลักที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถช่วยควบคุมอาการและลดความรุนแรงของโรคในระยะยาวได้ โดยเป้าหมายที่สำคัญของการรักษาด้วยยาคือ รักษาอาการให้หายหรือบรรเทาความรุนแรงของอาการ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทมากถึง ร้อยละ 20-72^{3,4} ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (non-adherence: NA) ซึ่งนำไปสู่การรักษาที่ไม่ได้ผล เกิดการกลับเป็นซ้ำ และต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 50-65⁵ โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ครอบครัว³ ระยะเวลาการเจ็บป่วย⁶ ทศนคติต่อการ

เจ็บป่วย^{7,8} ความเชื่อในการใช้ยา^{7,8} การขาดความรู้เกี่ยวกับยาและภาวะการเจ็บป่วย^{8,9} และในหลายการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ทศนคติต่อการใช้ยา^{10,11} มีผลอย่างยิ่งต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

การขับเคลื่อนกลไกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผ่านการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยอาศัยการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายชุมชนของแต่ละพื้นที่เป็นแนวคิดสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการทำงานที่ยึดบริบทและความต้องการที่แท้จริงของพื้นที่ในการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน นำไปสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างครอบคลุมและช่วยลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำในระหว่างการรักษา มีการศึกษาพบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนผ่านกิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขร่วมกับเครือข่ายชุมชนและผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงกระบวนการรักษาด้วยยา ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น¹² นำไปสู่การรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹³

แม้ทิศทางของนโยบายในปัจจุบันจะให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนโดยสหวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น แต่ในทางปฏิบัติบุคลากรทางสาธารณสุขยังมีข้อจำกัดด้านเวลาทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่ากำลังคนด้านสาธารณสุขยังไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับภาระงานด้านการแพทย์ปฐมภูมิที่เพิ่มขึ้น¹⁴ ซึ่งอาจนำไปสู่การให้บริการที่ไม่ครอบคลุมและขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพแบบต่อเนื่องยังมีต้นทุนที่สูง ทำให้ไม่มีความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์¹⁵

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นเครือข่ายระดับชุมชนที่มีบทบาทสำคัญมากในการ

รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นอาสาสมัครที่มาจากสมาชิกในชุมชน ทำให้มีความเข้าใจบริบทของชุมชนและสามารถเข้าถึงผู้ป่วยและคนในครอบครัว อีกทั้งยังช่วยเสริมศักยภาพการปฏิบัติของบุคลากรทางสาธารณสุขได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บทบาทการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงการลงเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอของ อสม. ร่วมกับสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่มากขึ้น ลดอาการข้างเคียงจากยาและควบคุมอาการทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง^{16,17} ในขณะที่บทบาทของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แม้จะมีแนวทางสำหรับการปฏิบัติงานของของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แต่เป็นแนวทางการดำเนินงานในลักษณะของสหวิชาชีพร่วมกับ อสม. ซึ่งการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงรูปแบบการปฏิบัติ และประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านยาอย่างต่อเนื่องโดย อสม. มีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งพบเพียงการให้ อสม. เยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพโดยมีบทบาทในการเป็นผู้ประสานงานสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและควบคุมอาการกำเริบของผู้ป่วยได้มากขึ้นเท่านั้น¹⁸

ด้วยข้อจำกัดที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเฉพาะด้านการดูแลเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา เป็นความท้าทายของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จะต้องจัดการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพภายใต้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด ในขณะที่ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. ซึ่งมีศักยภาพในการเสริมพลังการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับชุมชนได้ยังมีอยู่อย่างจำกัด จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเภสัชกรเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนผ่านกระบวนการเยี่ยมบ้านโดย อสม. อีกทั้งมีการวัดความเชื่อเฉพาะเกี่ยวกับการกินยาของผู้ป่วย ซึ่งผลจากการศึกษาจะนำไปเป็นแนวทางของการวางแผนกระบวนการดูแลผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลติดตามที่บ้านโดย อสม. ที่ผ่านโปรแกรมการฝึกอบรมซึ่งพัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ โดยจะติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน และกลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาตามระบบปกติ ระยะเวลาการวิจัยตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม - 30 ธันวาคม 2562 การศึกษานี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารรับรองเลขที่ SPPH 2019-022

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา: เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท (รหัสโรค ICD-10: F 20) ที่เข้ารับการรักษาน ณ โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอบุณฑลพิษ จังหวัดศรีสะเกษ ที่สามารถควบคุมอาการได้และมีการส่งต่อออกไปรับยาต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ในการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้ 1. มีประวัติการลงเยี่ยมบ้านมากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากขาดนัดติดตามอาการและรับยาที่ รพ.สต. หรือมีประวัติผู้ดูแลแจ้งเจ้าหน้าที่ว่าผู้ป่วยไม่รับประทานยา หรือมีประวัติการกลับเป็นซ้ำจนต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา 2. ผู้ป่วยมีความเข้าใจสามารถสื่อสารด้วยการพูดถามตอบได้ 3. ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษา และมีเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 2. ผู้ป่วยที่ต้องการออกจากการศึกษา

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.): เป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบุณฑลพิษ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่

เป็นกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ช่วยกลุ่มควบคุม 1 ราย ต่อ อสม. 3-4 รายในการติดตามเยี่ยมบ้าน)

การคำนวณขนาดตัวอย่างผู้ป่วย ใช้โปรแกรม G*Power เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ 2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดค่า type I error ที่ 0.05 ค่า type II error ที่ 0.2 กำหนดค่าเฉลี่ย ($\pm$ SD) ของความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงและกลุ่มควบคุมที่ 81.87($\pm$ 6.99) และ 72.11($\pm$ 6.27) โดยอ้างอิงผลการศึกษาของพิชญากานต์ ยะพงศ์และคณะ¹⁹ พบว่าต้องใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 14 คนโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความยินยอมในการรับการดูแลโดย อสม. จะถูกกำหนดเป็นกลุ่มศึกษาซึ่งมีจำนวน 14 คน และที่เหลือเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งมีจำนวน 15 คน

โปรแกรมฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและการแทรกแซงในกลุ่มทดลอง

เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับ อสม. ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการกินยา การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา และการสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งการดำเนินการประกอบด้วย 2 กระบวนการดังนี้

กระบวนการที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมและฝึกอบรม อสม. มีขั้นตอนดังนี้

1. การศึกษาและทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยประยุกต์จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรปฐมภูมิ²⁰ คู่มือความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิต²¹ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ²² ข้อมูลการดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านในอดีตของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการประชุมกลุ่มย่อยระหว่างเภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ตัวแทน อสม. เพื่อออกแบบกิจกรรมการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้จริง

2. การทดสอบความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเภท ยา ความสำคัญของการใช้ยา การดูแลผู้ป่วยและอาการข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยจิตเภทแก่ อสม. ก่อนรับการฝึกอบรม

3. ฝึกอบรม อสม. ผ่านกิจกรรมที่ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท แนวทางการใช้ยาจิตเภทเบื้องต้น การสังเกตผลข้างเคียงจากยาและการให้คำแนะนำผู้ป่วยในเบื้องต้น ทักษะในการเยี่ยมบ้านและการให้กำลังใจผู้ป่วย และฝึกอบรมวิธีการตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบื้องต้นด้วยวิธีการนับเม็ดยา การลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการกินยา ซึ่งใช้ระยะเวลาในการอบรมทั้งสิ้น 16 ชั่วโมง

กระบวนการที่ 2 การดูแลติดตามผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองโดย อสม. แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะเริ่มต้นการดูแล: อสม. ที่ผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในกลุ่มทดลองร่วมกับเภสัชกรตามพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อทดลองปฏิบัติงานจริงร่วมกับเภสัชกรในครั้งแรกและสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้ป่วย อสม. และเภสัชกร โดยร่วมกันให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้ยา แนวทางปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา และวัดความร่วมมือในการใช้ยา และความเชื่อเฉพาะของกินยาของผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองเพื่อใช้เป็นค่าเริ่มต้นของการดูแล

ระยะเดือนที่ 1 ของการดูแล: อสม. ลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือประมาณทุก 2-3 วัน ซึ่งความถี่ของการเยี่ยมบ้านเป็นการตกลงกันระหว่างผู้ป่วยญาติผู้ป่วยและ อสม. โดยแต่ละครั้งของการลงเยี่ยม อสม. จะปฏิบัติหน้าที่ในการแจ้งเตือนการกินยา สอบถามภาวะโรค ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และให้คำแนะนำเบื้องต้นหากผู้ป่วยเกิดปัญหาในการใช้ยา เมื่อครบระยะเวลา 1 เดือนของการดูแล เภสัชกรจะเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. เพื่อวัดความร่วมมือในการใช้ยาและความเชื่อเฉพาะของการกินยาของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง

ระยะเดือนที่ 2-3 ของการดูแล: อสม. จะปฏิบัติหน้าที่ลักษณะเดิมแต่ลดความถี่การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็น

สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อลดความวิตกกังวลแก่ญาติหรือผู้ดูแล และเป็นการเสริมพลังเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวและความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เมื่อครบระยะเวลา 3 เดือนของการดูแล เกสซ์กรจะเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. อีกครั้งเพื่อวัดความร่วมมือในการใช้ยาและความเชื่อเฉพาะของการกินยาในกลุ่มทดลอง และประเมินความรู้ของ อสม. หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มควบคุม

ได้รับการดูแลตามปกติ โดยผู้ป่วยจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและรับยากับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เกสซ์กร และพยาบาลจิตเวช ที่ออกให้บริการผู้ป่วยที่ รพ.สต. ในเขตอำเภอเบญจลักษ์ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาอาจเข้าสู่ระบบการเยี่ยมบ้านที่รับผิดชอบโดยทีมสหวิชาชีพนั้น ในการติดตามผลการวิจัย เกสซ์กรจะเข้าร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ การวัดความร่วมมือในการกินยา วัดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาที่ระยะเริ่มต้น เดือนที่ 1 และ 3 ของการดูแล เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ตามรูปที่ 1

การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้งานวิจัย

การประเมินที่ระยะเริ่มต้น, 1 เดือน และ 3 เดือนของการดูแลโดย อสม. ด้วยเครื่องมือเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

1. แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
2. การวัดความร่วมมือในการใช้ยา วัดโดยวิธีนับเม็ดยาที่เหลือ (pill-count) เฉพาะยาทางจิตเวช หากผู้ป่วยมีการใช้ยามากกว่า 1 ตัว จะนำยาทุกตัวมาคำนวณรวมกัน ทั้งนี้ ไม่รวมยาที่กินเมื่อมีอาการ (prn) และยาฉีดที่ออกฤทธิ์นาน (LAI) โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\frac{(\text{จำนวนยาที่เหลือ} - \text{จำนวนยาที่เหลืออยู่}) \times 100}{(\text{จำนวนยาที่ผู้ป่วยควรได้รับต่อวัน} \times \text{จำนวนวันที่ให้ยา})}$$

3. การวัดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ประยุกต์จากแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาฉบับภาษาไทยของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ²³ ซึ่งให้ค่า Cronbach's alpha ของแบบทดสอบทั้งฉบับ 0.82 โดย

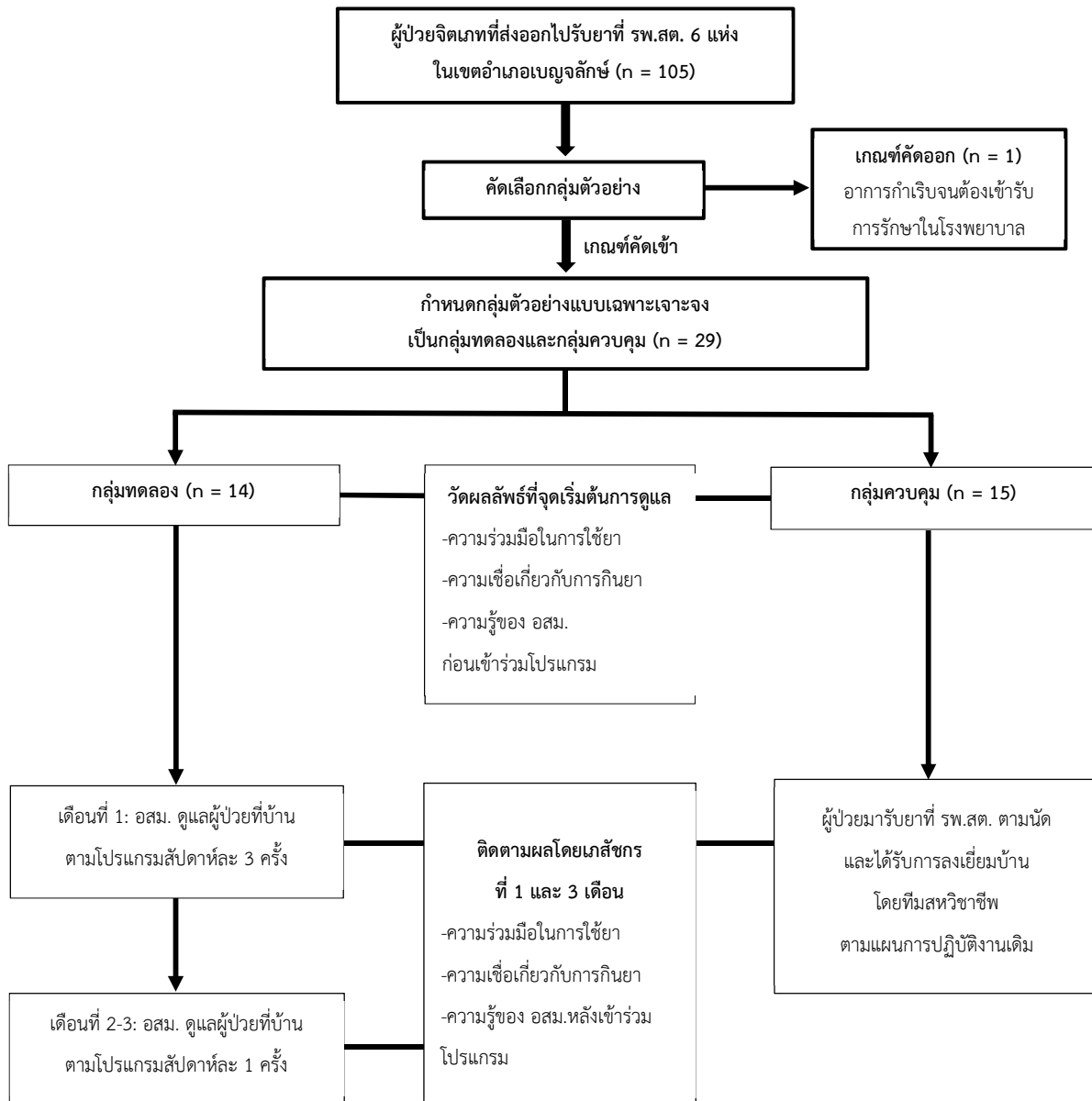
เลือกข้อความเฉพาะการวัดความเชื่อเฉพาะ (specific beliefs) ซึ่งวัดใน 2 มิติ คือ 1) การรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา และ 2) ความกังวลจากการกินยา แต่ละมิติประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ สามารถตอบคำถามด้วยตัวเลือกคะแนน 5 ระดับคือ 1 คะแนนหมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2 คะแนนหมายถึง ไม่เห็นด้วย, 3 คะแนนหมายถึง ไม่แน่ใจ, 4 คะแนนหมายถึง เห็นด้วย และ 5 คะแนนหมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งพิสัยของคะแนนรวมแต่ละมิติคือ 5-25 คะแนน

4. การวัดความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านยาของ อสม. ใช้แบบวัดที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ ประกอบด้วยการทดสอบ 3 ส่วนคือ 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเวช 2) ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและวิธีการเก็บรักษา และ 3) อาการไม่พึงประสงค์จากยา เป็นลักษณะการเลือกตอบ ถูกหรือผิด มีพิสัยของคะแนน 0-30 ซึ่งแบบทดสอบนี้ได้รับการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและนำไปทดสอบเบื้องต้นกับ อสม. ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 30 ท่าน ได้ค่า Cronbach's alpha 0.77

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา ในรูปแบบความถี่ ร้อยละเพื่อแสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา และใช้ Independent t-test หรือ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2) สถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยา ความเชื่อเฉพาะของการกินยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการดูแลโดย อสม. และใช้ Mann-Whitney U test กรณีข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของ อสม. ก่อนและสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม และใช้ Wilcoxon Signed Rank Test กรณีข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ



รูปที่ 1 แผนภาพการดำเนินการวิจัย

3) สถิติ Generalized Estimating Equation (GEE) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ความร่วมมือในการใช้ยาและความเชื่อของการกินยาแบบเฉพาะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีการวัดกลุ่มตัวอย่างซ้ำ (0, 1 และ 3 เดือน) โดยกำหนด working correlation structure แบบ autoregressive และควบคุมอิทธิพลของค่าผลลัพธ์นั้นที่จุดเริ่มต้นการดูแล (baseline adjustment)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 29 ราย มีอายุเฉลี่ย 42.38 ปี (SD 11.98) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.9) มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 62.1) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาผู้พิการ (ร้อยละ 44.8) และมีระยะเวลาของการป่วยเฉลี่ย 7.17 ปี (SD 3.41) คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

อสม. ที่เข้าร่วมโครงการให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีจำนวนทั้งหมด 44 ราย มีอายุเฉลี่ย

45.93 ปี (SD 7.72) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.4) และไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก่อน (ร้อยละ 70.4) มีประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ อสม. เฉลี่ย 11.07 ปี (SD 6.28) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

คุณลักษณะ	ตัวอย่างทั้งหมด		กลุ่มทดลอง (n = 14)		กลุ่มควบคุม (n = 15)		p-value ^a
อายุ (ปี) (ค่าเฉลี่ย±SD)	42.38±11.98		44.93±14.71		40.00±8.58		0.276
เพศ							
ชาย	22	(75.9)	11	(78.6)	11	(73.3)	1.000
หญิง	7	(24.1)	3	(21.4)	4	(26.7)	
สถานภาพ							
โสด	24	(82.8)	11	(78.6)	13	(86.7)	0.651
สมรส	5	(17.2)	3	(21.4)	2	(13.3)	
อาชีพ							
เกษตรกร	20	(69.0)	8	(57.1)	12	(80.0)	0.069
ค้าขาย	4	(13.8)	4	(28.6)	0	(0.0)	
รับจ้าง	1	(3.4)	1	(7.1)	0	(0.0)	
อื่น ๆ	4	(13.8)	1	(7.1)	3	(20.0)	
รายได้เฉลี่ย/เดือน							
ต่ำกว่า 2,000 บาท	18	(62.1)	9	(64.3)	9	(60.0)	0.479
2,000-4,000 บาท	9	(31.0)	3	(21.4)	6	(40.0)	
4,000-6,000 บาท	1	(3.4)	1	(7.1)	0	(0.0)	
6,000-8,000 บาท	1	(3.4)	1	(7.1)	0	(0.0)	
สิทธิการรักษา							
ผู้พิการ	13	(44.8)	6	(42.9)	7	(46.7)	0.650
บัตรทอง 30 บาท	10	(34.5)	4	(28.6)	6	(40.0)	
ผู้มีรายได้น้อย	4	(13.8)	2	(14.3)	2	(13.3)	
ผู้สูงอายุ	2	(6.9)	2	(14.3)	0	(0.0)	
ระยะเวลาของการป่วย (ปี) (ค่าเฉลี่ย±SD)	7.17±3.41		6.79±3.14		7.53±3.72		0.565

a: p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยใช้ independent t-test และ Fisher's exact test

ตารางที่ 2 คุณลักษณะทั่วไปของ อสม. ที่เข้าร่วมอบรม

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี) (ค่าเฉลี่ย±SD)	45.93±7.72	
เพศ		
ชาย	13	(29.6)
หญิง	31	(70.4)
สถานภาพ		
โสด	1	(2.3)
สมรส	41	(93.2)
หม้าย	2	(4.5)
อาชีพ		
เกษตรกร	41	(93.2)
ค้าขาย	0	(0.0)
รับจ้าง	3	(6.8)
อื่น ๆ	0	(0.0)
รายได้เฉลี่ย/เดือน		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	11	(25.0)
2,000-4,000 บาท	21	(47.7)
4,000-6,000 บาท	8	(18.2)
6,000-8,000 บาท	2	(4.5)
มากกว่า 8,000 บาท	2	(4.5)
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท		
เคย	13	(29.5)
ไม่เคย	31	(70.4)
ประสบการณ์การเป็น อสม. (ปี) (ค่าเฉลี่ย±SD)	11.07±6.28	

ความร่วมมือในการใช้ยาและความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของผู้ป่วยจิตเภทที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการดูแลโดย อสม.

ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งวัดด้วยวิธีนับเม็ดยาที่เริ่มต้นการดูแลโดย อสม. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.257$) ที่สิ้นสุดการดูแลโดย อสม. (ระยะ 3 เดือนของการดูแล) พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดย

มีค่าเฉลี่ย 92.74 (SD 4.07) และ 81.31 (SD 5.83) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

คะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาที่เริ่มต้นการดูแลโดย อสม. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.056$) ที่สิ้นสุดการดูแลโดย อสม. พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาไม่แตกต่างกัน

ทางสถิติ ($p=0.602$) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.29 คะแนน (SD 2.13) และ 18.20 คะแนน (SD 1.61) ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ส่วนด้านความกังวลจากการกินยาที่เริ่มต้นการดูแล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.062$) ที่สิ้นสุดการดูแลโดย อสม. พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนความกังวลจากการกินยาไม่มีแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.761$) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.50 คะแนน (SD 1.99) และ 12.87 คะแนน (SD 1.51) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ความร่วมมือในการใช้ยาและความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Generalized Estimating Equation (GEE)

การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ความร่วมมือในการใช้ยาตลอดระยะเวลาได้รับการดูแลโดย อสม. ที่ผ่านการอบรมเมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าผลลัพธ์ที่จุดเริ่มต้นการดูแลพบว่า กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 9.09 (95%CI: 5.00 ถึง 13.18, $p<0.001$) ทั้งนี้ยังได้รับอิทธิพลของเวลา

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพด้านความร่วมมือและทัศนคติในการใช้ยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=14)	กลุ่มควบคุม (n=15)	p-value ^a
	ค่าเฉลี่ย±SD	ค่าเฉลี่ย±SD	
ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (ร้อยละ)			
วัดด้วยวิธีนับเม็ดยา			
เริ่มต้น (baseline)	64.95±23.06	74.28±8.69	0.257
1 เดือน	88.55±13.37	78.14±7.29	<0.001*
3 เดือน	92.74±4.07	81.31±5.83	<0.001*
เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่สิ้นสุดการดูแล ^b	p-value <0.001*		
ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ			
ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (คะแนนเต็ม 25)			
เริ่มต้น (baseline)	16.93±4.36	14.40±2.20	0.056
1 เดือน	19.57±3.30	15.47±1.64	<0.001*
3 เดือน	21.29±2.13	18.20±1.61	<0.001*
เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่สิ้นสุดการดูแล ^b	p-value = 0.602		
ด้านความกังวลจากการกินยา (คะแนนเต็ม 25)			
เริ่มต้น (baseline)	13.43±3.57	15.53±2.13	0.062
1 เดือน	11.00±2.54	14.20±2.01	<0.001*
3 เดือน	10.50±1.99	12.87±1.51	0.001*
เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่สิ้นสุดการดูแล ^b	p-value = 0.761		

a: วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Independent Sample t-test และ Mann-Whitney U test, b: เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดการดูแลด้วย Independent Sample t-test และ Mann-Whitney U test, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%CI

ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยเช่นเดียวกัน ($p < 0.001$) (ตารางที่ 4)

การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการได้รับการดูแลโดย อสม. ที่ผ่านการอบรมเมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าผลลัพธ์ที่จุดเริ่มต้นการดูแลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม 1.52 คะแนน (95%CI: 0.72 ถึง 2.33, $p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านความกังวลจากการกินยาลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 1.18 คะแนน (95%CI: -1.97 ถึง -0.38, $p < 0.001$) ทั้งนี้การวัดทั้ง 2 มิติ ได้รับอิทธิพลของเวลาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยเช่นเดียวกัน ($p < 0.001$) (ตารางที่ 4)

ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านยาของ อสม. ที่ผ่านการเข้าร่วมโปรแกรม

การทดสอบความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านยาของ อสม. พบว่าที่ระยะก่อนการเข้าร่วมอบรม อสม. มีคะแนนเฉลี่ย 19.83 (SD 2.26) ที่สิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 24.34 (SD 1.79) ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) (ตารางที่ 5)

อภิปรายผลการศึกษา

โปรแกรมฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ถูกพัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้เพื่อเพิ่มศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผ่าน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบประสิทธิผลต่อความร่วมมือและทัศนคติในการใช้ยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Generalized Estimating Equation (GEE)

ตัวแปร	B	SE(B)	p-value ^b	95%CI
ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย				
วัดด้วยวิธีนับเม็ดยา				
กลุ่มทดลอง ^a	9.09	2.09	<0.001	(5.00 – 13.18)
เวลา	5.19	0.85	<0.001	(3.52 – 6.86)
Constant	33.23	4.84	<0.001	(23.74 – 42.72)
ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ				
ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา				
กลุ่มทดลอง ^a	1.52	0.41	<0.001	(0.72 – 2.33)
เวลา	1.31	0.13	<0.001	(1.06 – 1.56)
Constant	4.94	0.90	<0.001	(3.19 – 6.70)
ด้านความกังวลจากการกินยา				
กลุ่มทดลอง ^a	-1.18	0.40	<0.001	(-1.97 – -0.39)
เวลา	-0.85	0.13	<0.001	(-1.10 – -0.59)
Constant	5.54	1.09	<0.001	(3.40 – 7.68)

B = Regression coefficient, SE(B) = Standard error of regression coefficient, a: กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มอ้างอิง, b: ควบคุมอิทธิพลด้วยคะแนนผลลัพธ์ก่อนการดูแลโดย อสม. (Baseline)

ตารางที่ 5 ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ อสม. ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การทดสอบ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=44)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=44)	p-value ^a
	ค่าเฉลี่ย±SD	ค่าเฉลี่ย±SD	
คะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยจิต	19.83±2.26	24.34±1.79	t=13.877
เภตด้านยา			p=0.002*

a: เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้วยสถิติ Paired t-test, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%CI

การอบรมให้ความรู้ด้านยาโดยเภสัชกร และกระบวนการเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประสิทธิผลของโปรแกรมเป็นดังต่อไปนี้

ด้านความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท วัดความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีการนับเม็ดยา (pill count) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ระหว่าง 2 กลุ่มเมื่อสิ้นสุดการดูแล พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์แบบวัดซ้ำโดยควบคุมอิทธิพลของค่าผลลัพธ์ที่จุดเริ่มต้นการดูแล พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการการศึกษาของอารียา ตังมโนกุล และสุรศักดิ์ ไชยสงค์¹⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทได้รับการเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ ซึ่งมีเภสัชกรเป็นผู้ให้คำปรึกษาและสร้างแรงจูงใจและมี อสม. ร่วมอยู่ในทีมเยี่ยมบ้าน ทำให้ความร่วมมือในการกินยา การพบแพทย์ตามนัดเพิ่มขึ้น และอาการกำเริบลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น การศึกษาของรุ่งฤดี อ่อนทาและคณะ¹⁶ ที่พัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านที่มีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับ อสม. ให้มีความรู้ในการเยี่ยมบ้านที่ถูกต้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ซึ่งพบว่าทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ การศึกษาของชนานุช มานะดี¹⁷ พบว่าการดูแลด้านยาและสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการเยี่ยมบ้านของสหวิชาชีพ

และ อสม. ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิตดีขึ้น การกลับนอนซ้ำในโรงพยาบาลลดลง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยในอดีต เนื่องจากเป็นการลงเยี่ยมบ้านโดย อสม. ที่ผ่านโปรแกรมฝึกอบรมเป็นผู้ทำหน้าที่หลัก มีการลงเยี่ยมบ้านต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยมีเภสัชกรให้คำปรึกษาและร่วมเยี่ยมบ้านตามเวลาที่ต้องเข้าประเมินผลลัพธ์ ซึ่งพบว่าได้ผลที่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นว่าการที่ อสม. ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งมีความรู้ด้านยาที่ได้รับจากการอบรมโดยเภสัชกรสามารถปฏิบัติงานเพื่อช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ รวมทั้งการดำเนินงานของ อสม. ในลักษณะดังกล่าวยังเป็นการช่วยเสริมศักยภาพบุคลากรทาง การแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและกำลังคน เพิ่มโอกาสในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น เข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยในด้านการใช้ยามากขึ้นและสามารถให้คำแนะนำได้ตรงกับปัญหาที่ผู้ป่วยพบ

ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ในการศึกษาครั้งนี้การวัด 2 มิติ คือ การรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาและความกังวลจากการกินยา เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ที่สิ้นสุดการดูแลระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่าการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาและความกังวลจากการกินยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่เมื่อวิเคราะห์แบบวัดซ้ำโดยควบคุมอิทธิพลของค่าผลลัพธ์ที่

จุดเริ่มต้นการดูแล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาเพิ่มขึ้น และคะแนนความกังวลต่อการกินยาลดลงแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณี ธนบดีธรรมจารีและบุญเยี่ยม เต็มราษี⁹ ที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้และความเชื่อในการใช้ยาทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาในทิศทางที่ถูกต้องมากขึ้น และเป็นการสนับสนุนกรอบแนวคิดการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา-ความกังวลจากการกินยา (Necessity-concern framework) ของ Home R²⁴ ที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับความร่วมมือในการใช้ยา การศึกษาของจรัสศักดิ์ ห้วยทราย¹⁰ ที่พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาและทัศนคติในการใช้ยาส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ผ่านโปรแกรมในการศึกษานี้บ่งชี้ว่าการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง โดย อสม. ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้เกิดการติดตาม ดูแล ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มความรับรู้เกี่ยวกับความจำเป็นในการกินยาและลดความกังวลของผู้ป่วยในการกินยา และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาที่มากขึ้นได้

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการวิเคราะห์แบบวัดซ้ำโดยควบคุมอิทธิพลของค่าผลลัพธ์ที่จุดเริ่มต้นการดูแล ของความร่วมมือในการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาและความกังวลจากการกินยา พบว่าเมื่อเวลาผ่านไปผลลัพธ์ในกลุ่มควบคุมก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วยเช่นเดียวกันแต่ยังคงน้อยกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของพิชญากานต์ ยะพงศ์และคณะ¹⁹ ที่พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มควบคุมไม่ได้เพิ่มขึ้นตามเวลาของการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้มีการเยี่ยมบ้านเพื่อวัดผลลัพธ์โดยเภสัชกรที่เริ่มต้น 1 และ 3 เดือนของการดูแล ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการกินยาในกลุ่มควบคุมด้วยเช่นเดียวกัน อีกทั้งมีการใช้แบบวัดเพื่อประเมินการรับรู้

ความจำเป็นและความกังวลจากการกินยา อาจเกิด pretest effect ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเอนเอียงในการตอบคำถามแม้จะไม่ได้รับการดูแลโดย อสม. ที่ผ่านการอบรมก็ตาม

ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านยาของ อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรม เมื่อสิ้นสุดการดูแลพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของพรประไพ แวกเต่าและคณะ²⁶ ที่พัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของ อสม. ซึ่งพบว่าภายหลังการเข้าร่วม อสม. มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม การศึกษาของจักรพงษ์ พระสุรัตน์และคณะ²⁷ ที่พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเครือข่ายมีความรู้ และระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน นอกเหนือจากเกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยแล้ว ยังทำให้ความรู้หรือทักษะของเครือข่ายผู้ดูแลได้รับการพัฒนาไปด้วยเช่นเดียวกัน

โดยภาพรวมของการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมเสริมศักยภาพของ อสม. ให้มีความสามารถในการดูแลด้านการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องซึ่งพบว่าสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา เพิ่มการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาและลดความกังวลจากการกินยาได้ ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Barkhof และคณะ⁷ พบว่าการแทรกแซงเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยามีรูปแบบที่หลากหลาย สามารถแทรกแซงในระดับบุคคล ระดับครอบครัว หรือชุมชน และควรเป็นการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการกินยาและผลลัพธ์ที่ดี สำหรับประเทศไทย อสม. ถือเป็นเครือข่ายระดับชุมชนที่มีความเข้มแข็งและสามารถเสริมศักยภาพภารกิจด้านต่าง ๆ ในระบบ

สาธารณสุขได้ การศึกษานี้มีจุดเด่นตรงที่เป็นการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยเสริมศักยภาพและบทบาท อสม. ให้กว้างขวางยิ่งขึ้นโดยเฉพาะความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านโรคและการใช้ยา และเพิ่มบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อเนื่อง ทั้งนี้เป็นการสนับสนุนว่า อสม. สามารถปฏิบัติงานด้านจิตเวชชุมชน²⁵ อีกทั้งยังเสริมศักยภาพของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยด้านยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถนำไปขยายผลเพื่อพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติในระดับสูงขึ้นไป

ข้อจำกัดของการศึกษานี้มีหลายประการดังนี้

1) การใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เป็นการพยายามลดข้อจำกัดที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่เดียวกันซึ่งอาจทำให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอาจได้รับการแทรกแซงจาก อสม. โดยบังเอิญ จึงใช้การเลือกอย่างจำเพาะเจาะ แต่วิธีการดังกล่าวอาจทำให้เกิดความไม่เสมอเหมือนของคุณลักษณะเบื้องต้นของผู้ป่วยระหว่างกลุ่ม จึงต้องใช้ความระมัดระวังในการสรุปผลและการนำผลการวิจัยไปขยายผล

2) งานวิจัยนี้ไม่ได้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกซึ่งเป็นผลลัพธ์โดยตรง แต่ใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีการนับเม็ดยา (pill count) เพียงวิธีการเดียว ซึ่งอาจทำให้ผลลัพธ์คลาดเคลื่อน เนื่องจากข้อมูลเชิงวิชาการ²⁹ พบว่าการวัดความร่วมมือในการใช้ยาวิธีเดียวอาจไม่เพียงพอและมีการประเมินผลที่มากหรือน้อยกว่าความเป็นจริงได้ จึงควรใช้วิธีวัดความร่วมมือร่วมกันหลายวิธี

3) งานวิจัยมุ่งเน้นออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมและมีการวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้วยการแสดงหลักฐานในทางสถิติ ซึ่งยังขาดการคำนึงถึงความมีนัยสำคัญในทางคลินิก อีกทั้งระยะเวลาในการติดตามผลลัพธ์สั้น ซึ่งอาจทำให้ไม่เห็นผลที่เกิดกับผู้ป่วยในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต ควรออกแบบการทดลองที่เป็น randomized controlled trials (RCT) เพื่อให้การสรุปผลการวิจัยมีความถูกต้องและสามารถนำไปสู่การขยายผลต่อไปได้ โดยต้องคำนึงถึง

ปัจจัยแทรกที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน และในการประเมินประสิทธิผลควรใช้หลายวิธีการร่วมกัน ทั้งการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และวัดความร่วมมือในการใช้ยาหลายวิธีการร่วมกัน นอกจากนี้ อาจมีการประเมินความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การตัดสินใจในเชิงนโยบายต่อไป

สรุปผลการศึกษา

โปรแกรมฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มความเชื่อแบบเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา และลดความกังวลต่อการกินยาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาต่อยอดจากโครงการฝึกอบรมหลักสูตรเภสัชกรรมปฐมภูมิ: เภสัชกรรมครอบครัวและชุมชน โดยสภาเภสัชกรรม ขอขอบพระคุณการสนับสนุนจากโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา คุณคณินญา อัครภูมิ พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวชผู้ใหญ่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.และ อสม. ทุกท่าน รศ.ดร.พงศ์เดช สารการ ที่ได้มีส่วนขับเคลื่อนการวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. Geneva: World Health Organization ;2022[updated 2022 Jan 10; cited 2022 Jul 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Department of Mental Health MoPH. Annual Report Department of Mental Health 2018. Bangkok; 2018. (in Thai)
3. Haddad PM, Brain C, Scott J. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. Patient Relat Outcome Meas. 2014;5:43-62.
4. Ljungdahl PM. Non-adherence to pharmacological treatment in schizophrenia and schizophrenia spectrum

- disorders – An updated systematic literature review. *Eur J Psychiatr*. 2017;31(4):172-86.
5. Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, Garcia P, et al. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004;161(4):692–9.
6. Sendt K, Tracy D, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorder. *Psychiatry Res*. 2015;225(1-2):14-30.
7. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH, de Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia-A review of past decade. *Eur Psychiatry*. 2012;27(1):9-18.
8. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2013;3(4):200–18.
9. Thanabodee-tummajaree P, Themrasi B. The development of the program to promote illness awareness and belief in taking medications on medication adherence in patients with schizophrenia. *JPNMH*. 2018;32(3):133-53. (in Thai)
10. Huaisai J, Suriyakri S. Factor associated with medication adherence in schizophrenic patients at Dong Luang Hospital. *Srinagarind Med J*. 2019(2):150-4. (in Thai)
11. Jaroenphol P, Sangon S, Nintachan P. Selected factors related to medication adherence in persons with schizophrenia. *JPNMH*. 2017;33(2):29-46. (in Thai)
12. Sangpak C, P T, Kitsumban V. Effect of the adherence therapy on medication adherence among persons with schizophrenia in community. *Nurs J*. 2020;44(1):137-48. (in Thai)
13. Puedkuntod P. Development of schizophrenia patients care model in the health services network of Lahansai District Buriram Province. *J Med & Public Health, UBU*. 2019;2(2):95-107. (in Thai)
14. Pagaiya N, Khaonuan B, Phanthunane P, Bamrung A, Jirawattanapisal T. Human Resources for Health Projections for Primary Health Care Services in Thailand 2026. *JHSR*. 2018;12(2):189-204 (in Thai)
15. Tangmanokun A, Surasak Chaayasong S. Cost-Effectiveness of Home Health Care vs Usual Care in Patients with Schizophrenia by Multidisciplinary Team of Donmoddaeng District Health Service Network in Ubonratchathani. *Thai J Pharm Prac*. 2022;14(3):523-540. (in Thai)
16. Ontha R, Moolsart S, Pitchayapinyo P. The development of a home visit model based on participation between professional nurses and village health volunteers for Type II Diabetes. *J Nurs Health Care*. 2016;4:19-27. (in Thai)
17. Manadee C, Ploylearmsang C, Sookaneknun P. Effects of elderly care with chronic diseases on quality use of medicine at home in area of sub-district health promoting hospitals Somdet District Kalasin Province. *Isan J Pharm Sci*. 2014;10(3):354-71. (in Thai)
18. Tangmanokun A, Chaayasong S. Outcomes of home health care in patients with schizophrenia by multidisciplinary team of Donmoddaeng district health service network in Ubonratchathani. *JHSR*. 2021;15(4):436-55. (in Thai)
19. Yaping 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 J Pharm Prac*. 2561;10(2):591-606. (in Thai)
20. Service project for chronic psychiatric patients in the community NHSF. Community care guide in chronic psychiatric patients for primary care Nonthaburi: National Health Security Office; 2016. (in Thai)
21. Worasuwat N. Manual for village health volunteers specializing in mental health. Khonkhan: Mental Health Center 7, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2015. (in Thai)
22. Department of Mental Health MoPH. Schizophrenia Care Manual for hospitals in Public Health Regions. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
23. Leungsomnapa Y, Promproh S, Leungsomnapa S, Sourthao Y. Influence of beliefs about medication on high group of medication adherence in hypertensive patients. *JPMC*. 2013;30(2):146-57. (in Thai)
24. Horne R, Chapman SC, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding Patients’ Adherence- Related Beliefs about Medicines Prescribed for Long- Term

- Conditions: A Meta- Analytic Review of the Necessity- Concerns Framework. PLOS ONE. 2013;8(12):1-24.
25. Chankham W. The development of psychiatric and mental healthcare system in the community: roles of psychiatric nurses. JPNMH. 2016;30(3):1-9. (in Thai)
 26. Khaektao P, Wongpanom S, Tippinij J, Noppamit H. The effect of skills development program for healthcare volunteers on providing care for psychiatric patients and their families. JPNMH. 2011;25(2):130-42. (in Thai)
 27. Prasurat J, Pansila W, Promasatayaprot V. Community participation model for preventing recurrent symptoms of schizophrenic patients in Nongkhu community Senangkhanikhom District, Amnat Charoen Province. AJCPH. 2020;6(4):184-98. (in Thai)
 28. Tejavivaddhan P, Kitreerawutiwong N. Effectiveness of a training program for the village health volunteers in providing community care for patients with cerebrovascular disease using the Context-Based Learning (CBL) approach. J Nurs Health Care. 2557;32(1):87-96. (in Thai)
 29. Xu DR, Gong W, Gloyd S, Caine ED, Simoni J, Hughes JP, et al . Measuring adherence to antipsychotic medications for schizophrenia : Concordance and validity among a community sample in rural China. Schizophr Res. 2018;201:307–14.