

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมถึงหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 ลักษณะอาการของโรคจิตเภท
- 1.3 ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท
- 1.4 การดำเนินโรคและการรักษา
- 1.5 ผลกระทบของโรคจิตเภท

2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

- 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 2.3 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

- 3.1 ความหมาย
- 3.2 แนวคิดการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์
- 3.3 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ

ผู้ป่วยจิตเภท

- 3.4 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ

ผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

4. การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

- 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
- 4.2 รูปแบบการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล
- 4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้
- 4.4 กลยุทธ์ในการส่งเสริมให้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้
- 4.5 การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล

5. สถานการณ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

โรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีลักษณะอาการเฉพาะ คือ มีความผิดปกติด้านความคิด ภาษา การสื่อสาร การกำหนดรู้ อารมณ์และพฤติกรรม การดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง และทำให้เกิดการบกพร่องหน้าที่ในหลายๆด้าน เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การทำหน้าที่ทางสังคม (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2546) โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด และจะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2548)

ความหมายของโรคจิตเภท

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1994) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ ส่งผลให้มีการรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยสภาพความรู้สึกตัวและเชาวน์ปัญญายังปกติอยู่

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (American Psychiatric Association: APA, 2000) ได้กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นลักษณะอาการความผิดปกติทางด้านความคิด เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน อาการรบกวนทางด้านอารมณ์ และความพร่องของการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

โรคจิตเภท ตามความหมายของ ICD-10 เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ด้านการรับรู้ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (blunted) สติสัมปชัญญะและเชาวน์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (cognitive)

ดังนั้นสรุปได้ว่า โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ ส่งผลให้การแสดงออกทางพฤติกรรมผิดปกติ มีความคิดที่ผิดปกติและการรับรู้ไม่ตรงกับความจริง จนคนใกล้ชิดสังเกตเห็นพฤติกรรมที่ผิดปกตินี้ได้

ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

ลักษณะที่สำคัญของโรคจิตเภทตามระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual Disorder Fourth Edition Text Revision [DSM-IV-TR], 2000) ได้ให้ความหมาย แบ่งอาการตามลักษณะอาการของการเจ็บป่วย ระยะเวลาการเกิดโรค และจิตแพทย์ไทยส่วนใหญ่ใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค ส่วนแคปแลนและซาดอค (Kaplan & Sadock, 2000) ได้กล่าวถึงการแบ่งอาการ และอาการแสดงของโรคจิตเภทเป็น 2 กลุ่ม พอสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกทางด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และการแสดงพฤติกรรม มีอาการประสาทหลอน หลงผิด ความคิดผิดปกติและแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว

2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นอาการที่แสดงออกทางสีหน้าและอารมณ์ ได้แก่ สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ใด ไม่พูด แยกตัวเอง ขาดความสนใจและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ไม่ยินดียินร้ายกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว มีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ ดังต่อไปนี้ (ICD 10, 1992)

1. กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1) psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

2) disorganization dimension ผู้ป่วยมีอาการเด่น คือ พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) และการพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech)

อาการหลงผิด (delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ หลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (persecutory delusion) หลงผิดคิดว่าพฤติกรรมของคนอื่นในโทรทัศน์หรือวิทยุเพื่อสื่อความหมายถึงตนเอง (delusion of reference) ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบบ้าง เช่น หลงผิดว่าบางส่วนของร่างกายผิดรูปร่าง น่าเกลียด (somatic delusion) หลงผิดว่าตนเองมีความสามารถเหนือผู้อื่น หยิ่งรู้พิเศษ (grandiose delusion) เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีผลต่อการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก ชนิดที่เป็นไปไม่ได้เลย

อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น หูแว่ว (auditory hallucination) อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย คำวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม และยังอาจพบเสียง



อื่นๆ ที่ไม่มีความหมายได้อีก อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้างเช่น การเจ็บป่วยทางกาย (somatic hallucination) อาการประสาทหลอนที่มีผลต่อการวินิจฉัย ได้แก่ หูแว่ว (auditory hallucination)

การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกให้เห็นโดยผ่านทาง การพูด สับสน อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการ เช่น มีพฤติกรรมเรื่อยเปื่อย วุ่นวาย เป็นต้น

พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนงู ๆ ក្រីក្រ ตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไป ควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย

Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

Asociality เก็บตัว เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

ดังนั้นสรุปได้ว่า โรคจิตเภทมีลักษณะอาการ 2 ลักษณะ ได้แก่ อาการด้านบวก ซึ่งมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ เป็นต้น และอาการด้านลบ ซึ่งเป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึก ความต้องการต่าง ๆ เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ได้วินิจฉัยโรคจิตเภทตาม DSM-IV-TR และบันทึกเลขรหัสตามเกณฑ์ของ ICD-10

ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท มีดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเป็น brain disorder โดยมีการพบหลักฐานทางชีวภาพในด้านต่างๆ มากขึ้นเรื่อยๆ ดังนี้

1.1 พันธุกรรม พบว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป และยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)





1.2 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) สมมติฐานที่เชื่อว่าสารโดปามีน (dopamine) ที่ทำงานเพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิต ซึ่งมีการสนับสนุนสมมติฐานนี้ว่า ยาต้านโรคจิตเป็นตัวระงับการทำงานของโดปามีน (dopamine blocker) สามารถทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น ยังมีข้อสังเกตเพิ่มเติม คือ

1.2.1 การค้นพบยาที่ต่อต้านการออกฤทธิ์ของโดปามีนที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวช และการค้นพบสารสื่อประสาทบางชนิด เช่น ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) กาบา (gamma-aminobutyric acid: GABA) และกลูตาเมต (glutamate) ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงของสารเหล่านี้มีส่วนในการเกิดอาการของโรคจิตเภทได้เช่นกัน ดังนั้นการเพิ่มของโดปามีนเพียงอย่างเดียวไม่ใช่เป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภท (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

1.2.2 การรักษาด้วยยาในขนาดเท่าเดิมติดต่อกัน 6 เดือน (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

1.3 กายวิภาคของสมอง โดยการตรวจพิเศษทางเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่าช่องสมองด้านข้าง (lateral ventricles) มีขนาดโตกว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) โดยสมองส่วนหน้าจะเกี่ยวข้องกับการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การพูด การคิด การตัดสินใจ ภาวะการหยั่งรู้ (insight) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจและภาวะการหยั่งรู้ อาการแสดงทางลบจะมีความผิดปกติของสมองส่วนหน้า (frontal lobe) และอาการแสดงทางบวกจะมีความผิดปกติของสมองส่วนด้านข้าง (temporal lobe) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการได้ยิน อันจะนำไปสู่อาการประสาทหลอนทางหูได้ (Toro, Blanco, Gonzalez & Salva, 2001)

1.4 ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าในสมอง พบความผิดปกติเมื่อมีการกระตุ้นได้แก่ การเพิ่มความไวเมื่อมีตัวกระตุ้น และอาจมีคลื่นสมองที่ผิดปกติแบบผู้ป่วยโรคลมชัก

2. ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

2.1 เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท การศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ สภาพครอบครัวที่มีผลต่อการกำเริบ ได้แก่ ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion; EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement) (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

2.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมักพบมากในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ ซึ่งจากการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบอยู่เรื่อยๆ ทำให้การเงินไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift

hypothesis) หรือสภาพสังคมที่บีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

ปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้ว่าสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทเกิดจากสาเหตุใด แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา หรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

การวินิจฉัยแยกโรค

ตามเกณฑ์การจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) พิจารณาตามเกณฑ์อาการและอาการของโรคจิตเภทดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2541; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; อรพรรณ บุญลือรัชชัย, 2549)

1. ลักษณะอาการจำเพาะ: มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการขึ้นไปและมีอาการเด่นชัดมาเป็นเวลา 1 เดือน โดยมีอาการดังนี้

1.1 อาการหลงผิด (delusion) มีอาการหลงผิด โดยที่ไม่เป็นจริง เช่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ หรือมีอำนาจเหนือธรรมชาติ

1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) มีอาการประสาทหลอนโดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น หูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาเรียก เป็นต้น

1.3 ความผิดปกติด้านการพูด (disorganized speech) พูดคนเดียว เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน ไม่เป็นเรื่องราวต่อเนื่อง สร้างคำขึ้นเองโดยที่คนอื่นไม่เข้าใจ

1.4 ปฏิเสธ อารมณ์เฉยเมย รบเรียบ ไม่พูด

1.5 อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น (avolition)

2. มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมด้านต่างๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากเดิมก่อนป่วยอย่างชัดเจน อย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง โดยมีปัญหานี้อยู่นานพอสมควร (หรือหากเริ่มป่วยตั้งแต่วัยเด็กหรือวัยรุ่น ผู้ป่วยมีพัฒนาการไม่ถึงเป้าหมายตามวัยในด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเรียน หรือการงาน)

3. ระยะเวลาที่มีอาการ มีอาการ ของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งภายใน 6 เดือนนี้ต้องมี ระยะอาการกำเริบนานอย่างน้อย 1 เดือน และอาจรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้น (prodromal symptoms) หรืออาการหลงเหลือ (residual symptoms) ด้วย

4. อาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความผิดปกติทางอารมณ์
5. อาการที่เกิดขึ้นไม่รวมถึงภาวะจากการได้รับสารเคมีหรือโรคทางกายและมีได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร เช่น สารเสพติด ยา หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย
6. อาการมีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการในวัยเด็ก เช่น มีประวัติออทิสติก (Autistic Disorder)

การดำเนินโรคและการรักษา

ลักษณะการดำเนินโรคแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

1. ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ จนญาติหรือคนใกล้ชิดสังเกตเห็นได้ว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มจากเก็บตัวมากขึ้นไม่ไปไหน ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย มีความคิด คำพูด หรือมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ ออกจะระแวงนิดๆแต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน

ในช่วงนี้มีระยะเวลาที่ไม่แน่นอน ไม่สามารถบอกได้ว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดี หากระยะนี้เป็นอยู่นาน และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแย่งเรื่องๆ

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากขึ้นเรื่อยๆ โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการทางบวก เมื่ออาการทางจิตเฉียบพลันของผู้ป่วยสงบลงแล้วลดขนาดยาต้านโรคจิตที่ใช้ทีละน้อยแล้วต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยทุกวัน ในช่วงที่กำลังลดยาถ้ามีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น หรือกลับมาอีก จำเป็นต้องเพิ่มขนาดยาทีละน้อย จนสามารถควบคุมอาการได้ ยังมีการรักษาทางด้านจิตสังคม การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม ในระยะนี้ผู้ดูแลมักพาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการที่กำเริบให้ได้เร็วที่สุด

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่ไม่มีอาการหรือบางรายอาจมีอาการแต่ไม่รุนแรง อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่ก็ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือการคงสภาพอาการทางจิตโดยใช้ยาต้านโรคจิตขนาดที่เหมาะสม ถ้าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาที่ดี จึงเป็นเรื่องยากลำบากที่จะทำให้ผู้ป่วยคงสภาพการรักษาไว้ได้ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณเองไม่จำเป็นจะต้องใช้ยาอีกต่อไปในเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว

ระยะเวลาของระยะนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปีอย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ยาติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน บางรายอาจใช้ระยะเวลานานถึง 5 ปีหรือตลอดไป

การรักษาด้วยไฟฟ้าในกรณีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือในรายที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการเคลื่อนไหวแบบซึกเกร็ง หรือให้ยาขนาดสูงแล้วผู้ป่วยก็ยังมีอาการไม่ดีขึ้น และในผู้ป่วยที่มีอาการวุ่นวายมากหรืออยู่นิ่งเฉย ไม่กินข้าวกินน้ำ เป็นต้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหาย หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่จะพบได้น้อย ส่วนใหญ่จะยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้น อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดลง อาการที่พบมากในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548)

ดังนั้นสรุปได้ว่า โรคจิตเภทมีการดำเนินโรคแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเริ่มอาการ ระยะอาการกำเริบ และระยะอาการหลงเหลือ ลักษณะการดำเนินโรคมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบ และการเกิดโรคในระยะแรกไม่ค่อยบอกถึงผลลัพธ์ในระยะยาว แต่การมีอาการด้านลบหรือมีภาวะความพร่องในการคิดของสมอง (cognitive impairment) โดยเฉพาะความจำ ซึ่งจะบ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การรักษาประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคมขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ระยะเวลาในการรักษา ประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปี บางรายอาจใช้เวลานานถึง 5 ปี หรือตลอดไป โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และลดความรุนแรงของโรค

การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาด้วยยาด้านโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท นอกจากควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548)

การรักษาแบ่งได้เป็น 3 ช่วง

1. ระยะควบคุมอาการ (acute phase) การรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็วที่สุด อาการวุ่นวายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ตึงตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นผลมาจากฤทธิ์

ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ยาที่ใช้ได้แก่ ยาฮาโลเพอริโดล (haloperidol) 6-10 มก./วัน หรือยาอื่นที่มีขนาดเทียบเท่ากัน หากผู้ป่วยมีอาการวุ่นวายมากอาจให้กลุ่มเบนโซไดอาซีปีน (benzodiazepine) ขนาดสูง เช่น ยาไดอาซีแพม (diazepam) 5-10 มก. กินวันละ 3-4 เวลา รวมไปถึงด้วย หลังจาก 2 สัปดาห์แล้วหากอาการโรคจิตยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดยาโดยทั่วไปจะไม่ให้ ยาฮาโลเพอริโดล (haloperidol) ขนาดเกิน 20 มก./วัน

2. ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป และควรใช้ยาในขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

3. ระยะอาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ขนาดของยาที่ให้จะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก เมื่อไม่มีอาการทางบวกแล้ว จะค่อยๆลดขนาดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยาฮาโลเพอริโดล (haloperidol) ที่ใช้ในระยะนี้โดยเฉลี่ยอยู่ประมาณ 2-4 มก./วัน ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกินยาอาจใช้ยาชนิดประเภท long acting

สรุปได้ว่า การรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกจะเน้นการทำให้อาการสงบ และในด้านการรักษาต้องใช้ระยะเวลาเป็นสัปดาห์ และเมื่ออาการคงที่แล้วยังต้องให้ยาในขนาดเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน และการพิจารณาหยุดการรักษาได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเลยอย่างน้อย 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไปนานอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต

ชนิดของยา

ยาต้านโรคจิตแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์เป็น 2 ชนิด คือ (มาโนซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1. ยากลุ่มโดปามีน แอนตาโกนิส (dopamine antagonist)

2. ยากลุ่มซีโรโทนิน โดปามีน แอนตาโกนิส (serotonin-dopamine antagonist)

โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ยากลุ่มโดปามีน แอนตาโกนิสต์ (dopamine antagonist)

ยากลุ่มนี้ เป็นยากลุ่มเดิม (typical antipsychotics) มี 2 กลุ่ม คือ ฟีนโทไทอะซีน (Phenothiazine) และบิวโทโรฟีโนน (Butyrophenone) ได้แก่ฮาโลเพอริโดล (Haloperidol) คลอโพรมาซีน (Chlorpromazine) ฟลูเฟนาซีน (Fluphenazine) เป็นต้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

กลไกการออกฤทธิ์

ยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิมมีกลไกการออกฤทธิ์ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

1. กลไกหลักในการออกฤทธิ์รักษาอาการโรคจิต คือ ฤทธิ์ต้านโดปามีน 2 รีเซพเตอร์ (dopamine-2 receptor) ในระบบมีโซลิมบิก (mesolimbic system) ยากลุ่มนี้ยังออกฤทธิ์กับโดปามีนรีเซพเตอร์ (dopamine receptor) ในส่วนอื่นๆ ของสมอง

2. ฤทธิ์ต้านฮิสตามีน (histamine) มีผลให้ผู้ไข้ช่วงซึมและเจริญอาหารน้ำหนักตัวเพิ่ม

3. ฤทธิ์ต้านแอลฟา 1 อะดรีเนอร์จิก (alpha-1-adrenergic) ทำให้เส้นเลือดขยาย ลุกขึ้นหน้ามืด (orthostatic hypotension)

4. ฤทธิ์ต้านมัสคารินิก คอเลเนอร์จิก (muscarinic cholinergic) เกิดอาการน้ำลายน้อย คอแห้ง ตาพร่าจากม่านตาขยาย ท้องผูกและปัสสาวะลำบาก

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

มีผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่

1. ผลต่อสมอง

1.1 ทำให้เกิดอาการง่วงนอนซึ่งพบได้ร้อยละ 75 ของผู้ป่วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.2 ทำให้เกิดอาการเอกซ์ตราไพรามิดอล (extrapyramidal) โดยมีอาการดังต่อไปนี้

1.2.1 อะไคเนเซีย (akinesia) มีอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของแขน และขา การเคลื่อนไหวเชื่องช้าและเชื่องซึม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.2.2 ดิสโทเนีย (dystonia) มีการเกร็งของกล้ามเนื้อโดยตรวจพบว่าคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิด ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.2.3 อะคาทีเซีย (akathisia) คือความรู้สึกกระวนกระวายทั้งในใจและไม่สบายตามกล้ามเนื้อตัว โดยเฉพาะขา ทำให้ผู้ป่วยนั่งนิ่งไม่ได้ ต้องเดินไปเดินมาหรือโยกตัวเขย่าขาจนอาจคล้ายกับว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตเลวลง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.2.4 อาการคล้ายพาร์กินสัน (parkinson-like symptoms) เช่นหน้าตาย (poker face) มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง เดินไม่แกว่งแขนเหมือนหุ่นยนต์ ก้าวขาได้ลำบาก กลืนน้ำลายไม่ลงทำให้เห็นน้ำลายเต็มปาก (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

2. ผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีคอแห้ง ตาพร่า อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ตาลาย คัดจมูก ปัสสาวะลำบาก อาจทำให้ถ้าได้ไม่ทำงาน มักพบในผู้สูงอายุ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

3. นิวโรเลปติก มาลิกแนน ซินโดรม (neuroleptic malignant syndrome) คืออาการกล้ามเนื้อทั้งตัวเกร็งแข็งอย่างรุนแรงร่วมกับระดับความรู้สึกตัวที่เลวลง ระบบประสาทอัตโนมัติล้มเหลว ทำให้การควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 10-20 แม้จะเกิดไม่บ่อยครั้งคือร้อยละ 0.02-0.04 ของผู้ที่ได้รับยาทั้งหมด ควรระวังในผู้ป่วยที่เริ่มได้รับยาในระยะแรกๆ หรือมีสภาพร่างกายขาดน้ำหรือเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

4. ทาร์ดีฟ ดิสไคเนียเซีย (tardive dyskinesia) เป็นผลจากการได้รับยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณปาก คอ ลิ้น ขยับหมุนไปมาตลอดเวลาโดยผู้ป่วยไม่รู้ตัว ผู้ป่วยแรกๆ มีอาการมาก (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

5. ผลต่อระบบหมุนเวียนของเลือด ที่พบมากที่สุดคือ การเกิดความดันโลหิตต่ำเวลาเปลี่ยนท่าทาง ผู้ป่วยจะมีอาการวิงเวียน เหงื่อออก ใจสั่น เป็นลม (จุฑามณี สุทธิสีสังข์, 2538)

6. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ที่พบบ่อยคือ ปากแห้ง กลืนลำบาก (dysphagia) เสียคบบริเวณลิ้นปี่ ท้องผูก (จุฑามณี สุทธิสีสังข์, 2538)

7. ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ที่พบบ่อยคือปัสสาวะลำบากโดยเฉพาะผู้สูงอายุ (จุฑามณี สุทธิสีสังข์, 2538)

8. อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์กดขีดจำกัด (threshold) ของการชัก แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยา

2. ยากลุ่มซีโรโทนิน โดปามีน แอนตาโกนิส (serotonin-dopamine antagonist)

ยากลุ่มนี้ เป็นยากลุ่มใหม่ ผลดีของยาในกลุ่มนี้ คือมีประสิทธิภาพสูง ผลข้างเคียงน้อย และรักษาอาการทางจิตได้ผลดีได้แก่ ยาคโลซาปีน (Clozapine) รีสปิริโดน (Risperidone) โอแลนซาปีน (Olanzapine) เซอติโดล (Sertindole) ควีเทียปีน (Quetiapine) และไซพราลีโดน (Ziprasidone) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

กลไกการออกฤทธิ์ ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะออกฤทธิ์ปิดกั้นทั้งซีโรโทนินชนิดที่ 2 (5-HT₂) และโดปามีนชนิดที่ 2 (D₂) receptor (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ยากกลุ่มใหม่พบผลข้างเคียงในการรักษาน้อย อาการที่พบบ่อยได้แก่ (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1. น้ำหนักตัวเพิ่ม มีไขมันในเลือดสูงขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานสูง
2. จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติควรระวังในการใช้ไซพราซิโดน (Ziprasidone)
3. น้ำลายมากพบบ่อยในคลอซาปีน (Clozapine)
4. กดไขกระดูกโดยเฉพาะอะแกรนูโลไซโตสิส (agranulocytosis) จากคลอซาปีน (Clozapine)

5. เพิ่มความเสี่ยงต่อการชัก โดยเฉพาะคลอซาปีน (Clozapine) ในขนาดสูง

ดังนั้นเมื่อรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจากการที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น และสามารถประกอบอาชีพได้ ยากจะเป็นตัวปรับให้สารสื่อประสาทกลับคืนสู่ภาวะปกติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้นเมื่อรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และยังสามารถป้องกันการกำเริบของโรคได้อีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2541)

สรุปได้ว่านอกจากการรักษาด้วยยาจะเป็นประโยชน์ต่ออาการของผู้ป่วยจิตเภทไปในทางที่ดีขึ้นแล้ว แต่ผลข้างเคียงของยาก็มีผลต่อร่างกายเป็นอย่างมาก เช่น ทำให้ง่วงซึม ลิ้นคับปาก น้ำลายออกมาก เป็นต้น ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และอาการบางอย่างยังเป็นอุปสรรคต่อการทำงานด้วย เช่น การง่วงซึม จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทานยาและไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้

รูปแบบการให้ยา

ผู้ป่วยแต่ละคนตอบสนองต่อยาแตกต่างกัน ดังนั้นรูปแบบการให้ยาจึงมีได้หลายวิธี (กรมสุขภาพจิต, 2541) ดังนี้

ยาเม็ดสำหรับรับประทาน: รับประทานทุกวัน วันละ 1-4 ครั้ง แล้วแต่ชนิดของยา

ยาฉีดระยะสั้น: มักใช้ในโรงพยาบาล ออกฤทธิ์สั้นประมาณ 2-4 ชั่วโมง

ยาฉีดระยะปานกลาง: ผู้ป่วยที่ได้รับยาจะสงบเร็ว ออกฤทธิ์ประมาณ 3 วัน

ยาฉีดระยะยาว: จะต้องฉีดทุก 2-4 อาทิตย์เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

สรุปได้ว่าการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ สามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ การรักษาด้วยยายังช่วยลดการอยู่ในโรงพยาบาลและป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ด้วย ซึ่งยารักษาโรคจิตมีหลายตัว อาจทำให้มีผลข้างเคียงแตกต่างกันออกไป ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้สามารถป้องกันและรักษาได้

ผลกระทบของโรคจิตเภท

ผลกระทบของโรคจิตเภทในหลายๆ ด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ได้แก่ ด้านอาหาร คือ ไม่สนใจรับประทานอาหาร ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทมีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว ไม่ยอมอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่ยอมทำอะไร (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; สถิตย์ วงศ์สุรประภิต, 2542) บกพร่องด้านความปลอดภัยของตนเอง เช่น การติดสิ่งเสพติด มีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลให้เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคเอดส์ หรือตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการ (จินตนา ลีละไกรวรรณ, 2542) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ครอบครัวไม่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อกัน (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534) และมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการทำงาน คือหลังการเจ็บป่วยทางจิตบางรายช่วยทำงานที่บ้านได้บ้าง บางรายไม่ทำงานอะไร ส่วนผู้ที่เรียนหนังสือก็ไม่กลับไปเรียนต่อ (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ และผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดได้ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ บางรายต้องหยุดงาน ผู้ดูแลต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด และบางครอบครัวต้องไปยืมเงินเพื่อนบ้านเป็นค่าเดินทางและค่ารักษา (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา และขาดกำลังสำคัญจากผู้ป่วยจิตเภทในการที่จะช่วยหารายได้เข้าสู่ครอบครัว ทำให้เป็นภาระทางเศรษฐกิจ รongลงมา คือการพักผ่อน และผลเสียต่อสุขภาพตามลำดับ (รัชนิกร อุปเสน, 2541) หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวเข้ากับการดูแลผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ รู้สึกเหน็ดเหนื่อย เบื่อหน่าย ท้อแท้ เกิดความคับข้องใจ เกิดความรู้สึกไม่ดีกับผู้ป่วย รู้สึกเป็นภาระ รังเกียจตำหนิต่อว่าผู้ป่วย ทำให้มีปฏิกิริยาตอบโต้จากผู้ป่วยผู้ดูแลปฏิบัติต่อไม่เหมาะสม มีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและนำไปสู่ความเดือดร้อนแก่ผู้ดูแล (อัญชลี เตมียะประดิษฐ์, 2537; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; อัจฉราวรรณ ศรีวง, 2547)

3. ผลกระทบต่อสังคม พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายกลับไปชุมชน เมื่อมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อน เช่น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบ จะควบคุมตัวเองไม่ได้

จึงอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคมได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง คือ การทำร้ายผู้อื่น (Dickerson, Pratt and Ringel, 2000) หรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม มีโอกาสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ เช่น โรคเอดส์ และมีความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดมากกว่าคนปกติ ดังการศึกษาของ มาเลท (Mallakh, 1998) พบว่าร้อยละ 51 ของผู้ป่วยจิตเภทมักติดสุรา หรือสารเสพติด

สรุปได้ว่า ผลกระทบของโรคจิตเภทมี 3 ด้าน ได้แก่ ตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ได้แก่ การดูแลตนเอง ด้านการสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจวัตรประจำวัน การยอมรับจากสังคม รวมทั้งมีอาการของโรคหลงเหลืออยู่ทำให้เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลกระทบให้ประเทศชาติขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก พบว่าในแต่ละปีจะต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2541) ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพจิตที่จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความร่วมมือ (adherence) เดิมใช้คำว่า “compliance” มีความหมายในทางการแพทย์ว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลเลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา หรือพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยซึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องรับประทานยาเป็นเวลานานหลายเดือน หรือหลายปี และเป็นตัวแปรในการทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ คือผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ดังนั้นความร่วมมือในการรักษามีความสำคัญต่อการรักษามาก

ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ได้มีผู้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไว้หลายท่าน ดังนี้

บอนด์ และฮัสซาร์ (Bond & Hussar, 1991) ได้ให้ความหมาย การให้ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมทางบวกของผู้ป่วยที่ได้รับการจูงใจให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย เนื่องจากได้รับรู้ถึงผลดีที่เกิดขึ้นต่อตนเอง



วิเวียน (Vivian, 1996) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ความร่วมมือ” หมายถึง การแบ่งความรับผิดชอบระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของการรักษาที่วางไว้

เดรน (Draine, 1997) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การรับประทานยา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

กลาสเบอร์เกน (Glasbergen, 1998) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาสุขภาพ

แคปแลน และ ซาดอค (Kaplan & Sadock, 2000) ได้ให้ความหมาย ของความร่วมมือไว้ว่าความร่วมมือในการรักษา เป็นความเหนียวแน่นในพฤติกรรมของบุคคลต่อการใช้ยาหรือแม้แต่เปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องไปกับการรักษา หรือคำแนะนำด้านสุขภาพ

โฮล์มส์ (Holmes, 2003) ได้กล่าวไว้ว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง ระดับของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ความร่วมมือที่ดีของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้องตามขนาดและเวลาในแต่ละวัน ใส่ใจในอาการของตนเองและติดตามกระบวนการรักษาอย่างระมัดระวัง

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ได้กล่าวถึงความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไว้ว่า เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา โดยแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาต่อเนื่อง ไม่หยุดการใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

สรุปได้ว่าความร่วมมือในการรักษา หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผน การรักษาของแพทย์ในเรื่องการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เป็นการประเมินค่าของผู้ป่วยถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา ในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาตามขนาด และเวลา รวมไปถึงความถูกต้อง และความต่อเนื่องตามแผนการรักษา และรวมถึงการสังเกตผลข้างเคียงของยาด้วย

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องที่บ้านด้วยยา เพื่อควบคุมอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ต้องประเมินความร่วมมือในการรักษาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และความสามารถในการสังเกต และจัดการอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิต การให้ความร่วมมือในการรักษามีอยู่หลายวิธี แต่วิธีการที่เป็นที่นิยม และช่วยให้ได้

ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนช่วยเหลือ คือ การสัมภาษณ์จากผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ศึกษาจึงเชื่อว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ศึกษาได้ข้อมูลที่เป็นความจริง และเป็นประโยชน์ต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากที่สุด

ลักษณะของผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษา

แมทธิวส์ และ ฮิงสัน (Matthews & Hingson อ้างใน สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536) ได้สรุปลักษณะของผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรักษา ดังนี้

1. มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความรุนแรงของโรคหรืออันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย
2. มีการปฏิบัติตามข้อกำหนด เกิดจากความเข้าใจและยินยอมที่จะมีความร่วมมือในการรักษา ข้อกำหนดนี้ ผู้ให้บริการจะต้องกำหนดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่จะสามารถปฏิบัติได้
3. ความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ โดยทั่วไปสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยที่เกิดขึ้นด้วยดีนั้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา

สรุปได้ว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นการประเมินผู้ป่วยถึงการปฏิบัติที่มีต่อแผนการรักษาในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาตามขนาด และเวลา รวมไปถึงความถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ และความต่อเนื่องของการรักษา

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นั้น เฟลชเชกเกอร์ และคณะ (Fleishchacker et al., 1994) ได้แบ่งเป็น 4 ประการใหญ่ๆ คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ลักษณะประชากร ลักษณะการเจ็บป่วย พยาธิสภาพของโรค ปัจจัยที่สอง เป็นปัจจัยด้านผู้รักษา เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ปัจจัยที่สามเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางการรักษา และปัจจัยที่สี่เป็นปัจจัยด้านแผนการรักษา เช่น วิธีการที่เข้าสู่ร่างกาย ผลของยาในการรักษา ที่จะส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ 3 ประการใหญ่ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น จากการศึกษาของ ได แมทธิโอ และ ได นอโคลา (Di Matteo & Di Nicola, 1982)

พบว่าสถานภาพทางสังคม และอายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของเฟลชเชกเกอร์ และคณะ (Fleishchacker et al., 1994) ที่พบว่าผู้ป่วยที่อายุมากจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา เนื่องจาก พยาธิสภาพของโรค และความหลงลืมที่เกิดขึ้นตามวัย และเพศหญิงให้ความร่วมมือดีกว่าเพศชาย สถานภาพสมรสคู่ให้ความร่วมมือดีกว่าสถานภาพหย่าหรือแยกกันอยู่ (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536) และในประเทศสหรัฐอเมริกาการศึกษาถึงปัจจัยของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวกับการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ การรับรู้ไม่ดี การใช้สารเสพติด ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ เพศ วัฒนธรรม สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ความบกพร่องทางความคิด ความรุนแรงของการเกิดโรค ความรุนแรงของผลข้างเคียงของยา และทางที่ให้ยา (Lacro, Dunn, Dolder, Leuk & Jeste, 2002) พบว่าความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และผลข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแตกต่างกัน (Horne & Weinman, 1999) บุคคลที่ดูแลตนเองได้น้อยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก็น้อยตามไปด้วย (Osterberg & Baschke, 2005) นอกจากนี้การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาด้วยยา และการไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี (Lacro, Dunn, Dolder, Leuk & Jeste, 2002; Mutsatsa, Joyce, Hutton, Gibbins, Paul & Barnes, 2003) จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลอุดรดิตต์ พบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความผิดปกติและการแสดงออกของโรค ด้านระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาไม่มีความแตกต่างกัน โดยจำนวนครั้งของกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมมือดีในการรักษาในโรงพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมมือไม่ดีในการรักษาด้วยยามีความแตกต่างกัน พบว่ากลุ่มที่ให้ความร่วมมือดีในการรักษาด้วยยามีทัศนคติต่อการใช้ยาในระดับดี มากกว่ากลุ่มที่ร่วมมือไม่ดี ในการรักษาด้วยยา (สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548) จากการศึกษาเรื่องแรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าแรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี แต่พบว่าแรงจูงใจในการรักษาไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้เรื่องโรคและการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา เช่น การศึกษาของ ชาน (Chan, 1984) ที่ได้ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศจีน พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องโรคและยา วัตถุประสงค์ และผลข้างเคียงของยา จะให้ความร่วมมือใน

การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้ หรือจากการศึกษาของ เซลเซอร์, รอนคารี, และการฟินเกล (Seltrzer, Roncari, & Garfinkel, 1980) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับความรู้เรื่องโรคและการรักษาจะให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าความรู้มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการให้ความรู้กับผู้ป่วยเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่จะต้องให้กับผู้ป่วย (Wilson & Kneisl, 1996) เพราะการที่พยาบาลจะให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อการรับประทานยาด้วยตนเองนั้นนอกจากจะต้องให้ความรู้และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ได้รับแล้ว ผู้ป่วยควรได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยในเรื่องการรักษาด้วยยา และการปฏิบัติตัวขณะที่ได้รับยา เพื่อผู้ป่วยจะได้ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2536)

จากการศึกษาของเดียนน่า (Deanna, 2003) พบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาจะไม่ร่วมมือในการรักษา และจากการศึกษาของ มัทซัทซา และคณะ (Mutsatsa et al., 2003) พบว่าทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาและการรับรู้มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่าผลข้างเคียงของยา เนื่องจากทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตามมา (Schwartz, 1975) ทัศนคติของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อการใช้ยา เป็นทัศนคติที่เกิดจากการได้รับรู้ด้วยตนเองทั้งผลในการรักษาของยา เช่น การควบคุมอาการของโรค หรือการป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ และผลในด้านลบของยา เช่น อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Deanna, 1997) ฉะนั้นการที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้มีประสบการณ์ต่อยาด้วยตนเองอาจทำให้เกิดทัศนคติต่อการใช้ยาแตกต่างกันไป ผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาจึงน่าจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี หรือผู้ป่วยที่มีทัศนคติทางลบต่อยาก็น่าจะมีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เนื่องจากทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งใดก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในบุคคล ที่พร้อมจะกระตุ้น นำทางให้พฤติกรรมดำเนินไปตามเป้าหมายและเป็นตัวกำหนดให้เกิดพฤติกรรมที่จะทำหรือเว้นการกระทำต่างๆ บุคคลที่มีทัศนคติไปในแนวทางใดก็จะมีแรงจูงใจไปในแนวทางนั้น และมีการแสดงออกของพฤติกรรมไปในแนวทางเดียวกัน หากทัศนคติของบุคคลนั้นเปลี่ยนไปในแนวทางอื่น ก็จะทำให้พฤติกรรมถูกเปลี่ยนไปด้วยตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อความตั้งใจจะกระทำคือทัศนคติต่อพฤติกรรมนั้นๆ (ไพบูลย์ เทวรักษ์, 2540)

จากการศึกษาในต่างประเทศเพิ่มเติม พบว่า ความร่วมมือในการรักษาไม่เกี่ยวกับทัศนคติต่อการรักษา (McIntosh, Conlon, Lawrie & Stanfield, 2007) คล้ายกับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค ทัศนคติต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาล มีการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความรู้เรื่องโรค และการรักษาด้วยยา ทัศนคติต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาล

เกี่ยวกับการใช้ยาไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ (สารุพร พงษ์ขาว, 2541) ดังนั้นทัศนคติต่อการใช้ยา จึงยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่า มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและควรมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้เพิ่มเติม มีการศึกษาเกี่ยวกับ เพศ อายุ และ สถานภาพสมรสของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่าเพศชาย ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมักมีปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และผู้ป่วยจิตเภทที่มีสถานภาพคู่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีสถานภาพหย่า หรือ แยกกันอยู่ (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536)

2. ปัจจัยด้านครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมารับยาต่อเนื่องตามกำหนดนัดของแพทย์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น สมาชิกในครอบครัว สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว และความรู้ความเข้าใจของญาติ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (สุชีรา สุนทรระกูล และมาลี แจ่มพงษ์, 2532) การได้รับการดูแลและสิ่งแวดล้อมหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Lacro, Dunn , Dolder, Leuk & Jeste, 2002)

3. ปัจจัยด้านแผนการรักษาและสัมพันธภาพ

จากการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาพบว่าปัญหาที่พบในการให้ความร่วมมือในการรักษาได้แก่ บุคลากรไม่ได้อธิบายถึงประโยชน์และผลข้างเคียงของการใช้ยา ไม่ได้ใส่ใจเรื่องวิถีชีวิตของผู้ป่วย หรือค่ายาและสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย (Golin et al., 2002) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาพบว่า สัมพันธภาพในการรักษาระหว่างบุคลากร และผู้ป่วยไม่ดีมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Lacro, Dunn , Dolder, Leuk & Jeste, 2002; Pyne, McSweeney, Kane, Harvey, Bragg & Fischer, 2006) สำหรับตัวแปรเกี่ยวกับ แบบจำลองการรักษาด้วยยาจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา (ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, 2544) พบว่าแบบจำลองการให้ความร่วมมือในการรักษา แบบจำลองการรับประทานยาและแบบจำลองการมารับยาต่อเนื่อง ตามกำหนดนัดของแพทย์ไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประกอบด้วยปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เกี่ยวกับการรับรู้ที่ไม่ดี การมีทัศนคติที่ไม่ดี ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านครอบครัว เกี่ยวกับการได้รับการดูแล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และปัจจัย

ด้านการรักษา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการทำให้อาการทางจิตสงบ ลดอาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องตามแผนการรักษา สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถตรวจสอบความร่วมมือในการรักษาได้หลายวิธีซึ่งจะดีกว่าวิธีเดียว ต้องวัดอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมในเรื่อง กฎเกณฑ์ข้อบังคับ หรือข้อเสนอแนะที่ให้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลดีในการรักษาโดยต้องสอดคล้องกับแผนการรักษา นอกจากนี้การที่จะเลือกวิธีวัดแบบใดควรคำนึงถึงราคาและความตระหนักของผู้วัดต่อวิธีการนั้น ในปัจจุบันวิธีวัดความร่วมมือในการรักษาแบ่งออกเป็น 2 วิธี (Bond & Hussar, 1991) คือ

1. การประเมินโดยตรง (direct method) เป็นการวัดโดยอาศัยหลักทางชีววิทยาในช่วงเวลาที่กำหนด ได้แก่

1.1 การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การวัดระดับสารที่ถูกขับออกทางปัสสาวะหรือสารที่เกิดจากการเมตาโบไลต์ (metabolite) ของยา วิธีนี้แม้จะบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยา แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานได้ว่าครบตามแผนการรักษาหรือไม่ และไม่สามารถบอกได้ในรายที่ผู้ป่วยมีการดูดซึมของยาไม่ดี ยังเสี่ยงต่อการใช้อุปกรณ์ และวิธีการที่ยุ่งยาก และต้องวิเคราะห์เป็นระยะภายหลังรับประทานยา

1.2 การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง (observation) ใช้การติดตามเยี่ยมบ้านและสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือว่าเป็นอย่างไร พฤติกรรมที่แสดงออกต่อการปฏิบัติเป็นข้อบ่งชี้ของความร่วมมือในการรักษา

2. การประเมินทางอ้อม (indirect method) อาศัยเครื่องมือในการประเมินความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยแต่ละคนสร้างขึ้น

2.1 การประเมินโดยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เป็นวิธีที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด อาจจะสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือจากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย หรืออาจใช้การสัมภาษณ์อย่างเดียวก็ได้ ข้อดีของการสอบถามและการสัมภาษณ์คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียด ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ ผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงความเที่ยงตรงของคำถาม ใช้คำถามที่ชัดเจน

2.2 การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ทำได้ง่าย สามารถบอกได้ถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไปทั้งหมด แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดและอาจได้ผลไม่ตรงกับความเป็นจริงถ้าหากผู้ป่วยทำเม็ดยาหายไป หรือแอบทิ้งยาโดยไม่รับประทาน หรือให้ผู้อื่นใช้ยาร่วมด้วย

2.3 การพิจารณาความสม่ำเสมอของการรับประทานตามนัด ให้ถือว่าผู้ที่มารับยาตามนัดอย่างสม่ำเสมอให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี ประเมินผลของการรักษาว่าได้ผลดีหรือไม่เพียงไร ให้พิจารณาว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่

2.4 การลงความเห็นของผู้รักษาจากการตรวจอาการทางคลินิกของผู้ป่วย (clinical outcome) มีวิธีหลากหลาย ได้แก่

2.4.1 เช็ขนาด และเวลาถูกต้อง ตามแผนการรักษา (Wong, 2003)

2.4.2 นับเม็ดยา ดูพฤติกรรมการบันทึกการรับประทานยา และการตรวจตามนัด (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536)

2.4.3 การสัมภาษณ์ การตรวจปัสสาวะ และการตรวจปัสสาวะร่วมกับการนับเม็ดยา (Cramer & Rosenheck, 1998)

2.4.4 การรับประทานยาตามแผนการรักษาและการมารับการรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (สาธุพร พุฒขาว, 2541)

2.4.5 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545)

2.4.6 การประเมินที่ผู้ป่วยโดยตรง การนับเม็ดยา และการตรวจร่างกาย (Misdrabi et al., 2002)

จากที่กล่าวมาข้างต้น การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ซึ่งประเมินได้จากการวัดระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยถึงการปฏิบัติที่มีต่อแผนการรักษาในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยา ตามขนาด เวลา ความถูกต้อง และต่อเนื่องตามแผนการรักษา (treatment persistence) ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคนว่าปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่

ผลลัพธ์ของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ผลลัพธ์ที่ได้จากความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ผลที่ได้จากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

การศึกษาครั้งนี้มีผลลัพธ์ 6 เรื่อง คือ

1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง พฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ในเรื่องการรับประทานยา และการปฏิบัติ

ตัวตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชื้อวโสธร (2545)

2. อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง อาการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแสดง ออกเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และการเคลื่อนไหว มากกว่าปกติซึ่งประเมิน โดยการใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)) ของโรงพยาบาลสวนปรุง (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2546)

3. การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการ รักษาซ้ำในโรงพยาบาลทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจากการขาดยาโดยไม่ได้นัดภายใน 28 วัน ประเมินจากร้อยละของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการขาดยาโดยไม่ได้นัดภายใน 28 วัน

4. การมาตรวจตามนัดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มาตรวจรับ ยาตรงกับวันที่แพทย์นัด ประเมินจากทะเบียนนัดผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล บ้านด่านลานหอย

5. ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการ ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ความรู้สึกของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และที่เกิดจากการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการ รักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประเมินโดยแบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล โดยการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของ อำภาศรี ศรียศ (2551)

6. ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความ ร่วมมือในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ความรู้สึกของแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรจาก การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท ประเมินโดย แบบวัดความพึงพอใจของ อำภาศรี ศรียศ (2551)



แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความหมาย

แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นแนวทางที่สร้างขึ้น เพื่อหาคำตอบในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย โดยมีแนวทางการดูแลรักษาที่เป็นระบบ มีแนวทางที่ชัดเจน และมีความน่าเชื่อถือ มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

จิตร สิทธิอมร (2543) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นข้อความที่จัดทำอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ป่วยในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

วิทยา ศรีคำมา (2544) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นแนวทางที่สร้างขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อประกอบการตัดสินใจ หรือใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม เฉพาะเรื่อง

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2547) ได้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้ว่า เป็นแผนที่จัดทำอย่างละเอียดที่จะทำให้มีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้เกี่ยวข้องทุกคน กล่าวถึง กิจกรรม วิธีปฏิบัติ ตลอดจนผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมโดยมีการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติที่เหมาะสม

สถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ได้ให้ความหมายแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้ว่า เป็นข้อกำหนดที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากความรู้เชี่ยวชาญทางคลินิก เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

กลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติประเทศนิวซีแลนด์ (New Zealand Guideline Group [NZGG], 2001) ได้กล่าวว่า แนวปฏิบัติทางคลินิก คือ แนวทางที่ครอบคลุมในการตัดสินใจระหว่างทีมสุขภาพกับผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

กราแฮม และ แฮริสัน (Graham & Harrison, 2005) ได้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติว่าเป็นข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ที่เหมาะสมสำหรับภาวะใด ภาวะหนึ่ง

สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นข้อกำหนดที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมเฉพาะเรื่อง สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ

แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความน่าเชื่อถือที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับหลักฐานที่นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และขั้นตอนการพัฒนา โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. แนวปฏิบัติที่ได้จากผลการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาอย่างเป็นระบบ พัฒนาจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ หรือผู้รับบริการมีการตัดสินใจว่ามีความเหมาะสมกับการดูแลสุขภาพ และภาวะความเจ็บป่วยในหน่วยงาน (NZGG, 2001)

2. แนวปฏิบัติที่อยู่ในรูปแบบของคู่มือ (protocol) เป็นแนวปฏิบัติที่ยกร่างขึ้นมาใช้ โดยเฉพาะในบางหน่วยงานเพื่อลดความแตกต่างในการปฏิบัติ วิธีการในการปฏิบัติ เป็นข้อตกลงของการปฏิบัติ เช่น แนวปฏิบัติในการจัดการกับอาการทางจิต (NZGG, 2001) ข้อดี คือ เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานที่ง่ายต่อการใช้ ข้อเสีย คือวิธีการปฏิบัติอาจมีความจำเพาะที่จะใช้สำหรับบางหน่วยงานและไม่มีแนวทางในการช่วยตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน

3. แนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากการประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น (consensus based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่ได้มาจากการประชุมแสดงความคิดเห็น และเป็นข้อตกลงร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ (NZGG, 2001) ข้อดี คือ ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ แต่มีข้อเสีย คือ กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้แนวปฏิบัติ ไม่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ทำให้เกิดการไม่ยอมรับและไม่ปฏิบัติตามได้

4. แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (evidence based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากการทบทวนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ มีขั้นตอนการสืบค้นและประเมินหลักฐานอย่างเป็นระบบ (NZGG, 2001) ข้อดีของแนวปฏิบัติที่ได้ คือ ทำให้มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการจากผู้ปฏิบัติงานจริง และเกิดการพัฒนามาตรฐานและเพิ่มคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย (จิตร สิทธิอมร, 2543)

5. แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์อย่างชัดเจน (explicit evidence based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาด้วยวิธีการทบทวนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ เช่นเดียวกับข้อ 4 แต่ผ่านการวิเคราะห์ถึงประโยชน์ ความเสี่ยง และความคุ้มค่า (NZGG, 2001) มีข้อดี คือ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้ และผู้รับบริการ แต่มีข้อเสียคือ กระบวนการพัฒนามีขั้นตอนที่ซับซ้อนใช้เวลาในการพัฒนานาน (จิตร สิทธิอมร, 2543)

ประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ ทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพการดูแล ผลของการดูแลจะดีขึ้นได้นั้นจะต้องมาจากความเหมาะสมของหลักฐาน และที่สำคัญต้องถูกนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ พบว่าก่อให้เกิดประโยชน์มากมายทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติ โรงพยาบาล และองค์กรวิชาชีพ มีดังนี้ (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2543)

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นระบบและมีการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าพร้อมกันจากทีม
2. ผู้ประกอบวิชาชีพได้มีโอกาสร่วมปรึกษารื้อ และทบทวนความรู้ซึ่งกันและกัน
3. องค์กรวิชาชีพ ทำให้เกิดความมั่นใจว่าการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่กำหนด
4. สังคมได้รับรู้แผนการดูแลรักษาที่มีต่อผู้ป่วย และมีความเชื่อมั่นในมาตรฐานการรักษา
5. โรงพยาบาล และผู้บริหาร มีความมั่นใจว่ามีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

นอกจากประโยชน์ที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ประโยชน์ของการมีแนวปฏิบัติทางคลินิกยังมีผู้ที่กล่าวถึงไว้อีกมากมาย ดังนี้

1. การมีแนวปฏิบัติทางคลินิก ทำให้รูปแบบการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย (variation) เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิก ช่วยในการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติใช้วิจารณญาณร่วมกับความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548)
2. เป็นการส่งเสริมการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มีการลดกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548)
3. ช่วยในการตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgement) ให้ง่ายขึ้น และมีหลักฐานประกอบมากขึ้น (จิตร สิทธิอมร, 2543)
4. ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีความคุ้มค่ามากขึ้น (cost-effective) การเลือกการวินิจฉัยและรักษาที่มีค่าใช้จ่ายปานกลาง และได้ผลการรักษาที่ดีเทียบเท่าการรักษาที่แพงกว่ามาก (วิทยา ศรีดามา, 2546) ลดค่าใช้จ่ายทำให้การใช้ทรัพยากรในการบริการมีความคุ้มค่า คุ้มทุนมากขึ้น (จิตร สิทธิอมร, 2543) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด ค่าใช้จ่ายต่ำ (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548)
5. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือของการประเมินจากภายนอกเพื่อเพิ่มคุณภาพของบริการ (จิตร สิทธิอมร, 2543)

แนวปฏิบัติทางคลินิกมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท เชื่อว่าการมีแนวปฏิบัติทางคลินิกจะทำให้มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพการบริการจากผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานเดียวกัน ให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และยังได้แนวปฏิบัติที่เป็นตัวชี้วัดในการประเมินจากภายนอกเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการตามนโยบายพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

แนวคิดการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

การแก้ปัญหาตามแนวทางของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ต้องมีการค้นหาหลักฐานที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย และใช้หลักการประเมินหลักฐาน มีการแนะนำให้ดำเนินการกับผู้ป่วยอย่างไร และสิ่งแนะนำสามารถปฏิบัติได้จริงหรือไม่ ทักษะที่สำคัญในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ทักษะการประเมินความน่าเชื่อถือของวิธีการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค การรักษา ความคุ้มค่าต่างๆและการประเมินบทความที่พบทวนอย่างเป็นระบบ (จิตร สิทธีอมร, 2543)

เกณฑ์การจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์การจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) โดยสถาบันด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1995) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 1 เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ งานวิจัยมีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ระดับ 2 เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มอย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับ 3 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

3.1 เป็นหลักฐานที่ได้จากการออกแบบงานวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

3.2 เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า หรือการศึกษาย้อนหลัง

3.3 เป็นการศึกษาติดตามระยะยาวโดยไม่มีการทดลอง

ระดับ 4 เป็นหลักฐานที่ได้จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทางคลินิก การศึกษาเชิงพรรณนาหรือรายงานของคณะผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การประเมินคุณค่าของข้อเสนอแนะ

เกณฑ์การประเมินคุณค่าของข้อเสนอแนะ (criteria for grading recommendations) ของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute, 2008) ไว้ 5 ระดับ คือ

ระดับ A ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้วสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที เป็นที่ยอมรับได้ทางจริยธรรม มีเหตุผลสนับสนุนที่ดีมากในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและประสิทธิผลเป็นที่ประจักษ์ดีเลิศ

ระดับ B ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้วสามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่ต้องมีการเตรียมบุคลากรและจัดอุปกรณ์เพิ่มเติมบ้างเล็กน้อย การยอมรับทางจริยธรรมไม่ค่อยชัดเจน มีเหตุผลสนับสนุนที่ดีปานกลางในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และประสิทธิผลเป็นที่ประจักษ์ชัดเจนพอควรในการประยุกต์ใช้

ระดับ C ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้วสามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่ต้องมีการเตรียมบุคลากรและจัดเตรียมอุปกรณ์เพิ่มเติมปานกลาง การยอมรับทางจริยธรรมอาจมีข้อโต้แย้งบ้าง มีข้อจำกัดของเหตุผลสนับสนุนในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และประสิทธิผลควรมีการพิจารณาอย่างรอบคอบในการนำไปประยุกต์ใช้

ระดับ D ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้วสามารถนำไปปฏิบัติได้แต่ต้องมีการเตรียมบุคลากรและจัดเตรียมอุปกรณ์เพิ่มเติมมาก การยอมรับทางจริยธรรมมีข้อโต้แย้งบ้าง มีเหตุผลสนับสนุนในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเล็กน้อย และประสิทธิผลเป็นที่ประจักษ์ยังมีข้อจำกัด

ระดับ E ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้วไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ไม่เป็นที่ยอมรับทางจริยธรรม ไม่มีเหตุผลสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงและไม่ปรากฏประสิทธิผล

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้แบบประเมินผลคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก [AGREE] (The AGREE Collaboration, 2001) ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 6 หมวดดังนี้ คือ

1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์
 - 1.1 แนวปฏิบัติมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง
 - 1.2 คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก
 - 1.3 ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้
2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
 - 2.1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาชีพ
 - 2.2 ผู้ให้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น
 - 2.3 มีการระบุกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติชัดเจน
 - 2.4 แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย
3. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ
 - 3.1 มีการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ
 - 3.2 ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยชัดเจน
 - 3.3 ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน
 - 3.4 มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบและความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ
 - 3.5 ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน
 - 3.6 แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิในองค์กรก่อนนำมาใช้
 - 3.7 ระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย
4. ความชัดเจนและการนำเสนอ
 - 4.1 ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปแบบ เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุในหลักฐาน
 - 4.2 ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์
 - 4.3 ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย
 - 4.4 มีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ เช่น อาจเป็นในรูปแบบของแผนผังสรุปแนวทางที่ต้องทำ
5. การประยุกต์ใช้
 - 5.1 ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้
 - 5.2 มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ
 - 5.3 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ
6. ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ
 - 6.1 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากผู้จัดทำ

6.2 มีการบันทึกข้อคิดเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ การประเมินกำหนดให้มีผู้ที่มีความรู้เรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 4 คนหรืออย่างน้อย 2 คน โดยการคิดคะแนนของแต่ละหมวด ในแต่ละข้อแบ่งการให้คะแนน 1-4 (ไม่เห็นด้วย = 1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4) ใช้สูตรดังต่อไปนี้

คะแนนที่ได้ในแต่ละหมวด - คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด X 100

คะแนนรวมสูงสุดในแต่ละหมวด - คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด

คะแนนที่ยอมรับได้ของการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก

(The AGREE Collaboration, 2001) ดังนี้

คะแนน 60% ขึ้นไป หมายความว่า ระดับดีมาก (Strongly recommend)

คะแนน 30-60% หมายความว่า ระดับปานกลาง (Recommend)

คะแนน ต่ำกว่า 30% หมายความว่า ไม่แนะนำให้ใช้ (Would not recommend)

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา การทำครอบครัวบำบัด การให้รางวัลในการเสริมแรงมีผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น (Zygmunt, Olsson, Boyer & Mechanic, 2002) รวมถึงการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยกรณีขาดนัด และการให้การช่วยเหลือแก่ญาติเป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอีกทางหนึ่ง (Nose, Barbai, Gray & Tansilla, 2003) พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาและความรู้เรื่องโรคตลอดจนการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการให้ความรู้ (JBI, 2006) ด้านเจ้าหน้าที่พบว่าเจ้าหน้าที่ที่ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้ยา ผลข้างเคียงและการจัดการเบื้องต้น การสร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยในการรักษาด้วยยา การรับฟังและเข้าใจผู้ป่วยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ดีขึ้น (Kikkert et.al; 2006) นอกจากนี้การให้การช่วยเหลือแบบจิตสังคมบำบัดแก่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ ลดการนอนในโรงพยาบาลและเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยได้ (Pharoah, Mari, Rathbone & Wong, 2008)

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ของ อภิภาศรี ศรียศ (2551) ที่



ปรับปรุงขึ้นประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) การให้ความรู้และการจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา 5) การดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและ 6) การติดตามและพัฒนาคูณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม

1.1 ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการสอบถามถึงความยินยอมพร้อมใจในการรักษาด้วยยา (Srinivasan & Thara, 2002) (level 4A)

1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาด้วยยาของตนเองในรายที่มีการรู้คิดดี (Srinivasan & Thara, 2002) (level 4B)

2. การประเมินการรักษาด้วยยา ควรครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

2.1 ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

2.1.1 ติดตามความสม่ำเสมอของการมาตรวจตามนัด (Nose et al., 2003) (level 1A)

2.1.2 ใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (สารุพร พุฒขาว, 2541) (level 4A)

2.2 ประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale) (Pharoah et al., 2003) (level 1A)

2.3 การประเมินอาการข้างเคียงและปัญหาที่เกิดการรักษาดูด้วยยา (Maneesakorn, 2006) (level 2A)

2.4 ประเมินประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดการรักษาดูด้วยยา (Maneesakorn, 2006) (level 2A)

2.5 ประเมินการให้ความสำคัญและความมั่นใจต่อการรักษาดูด้วยยา (Maneesakorn, 2006) (level 2A)

3. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3.1 การสร้างกลยุทธ์เพื่อกระตุ้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3.1.1 ปรับขนาดยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (McDonald et al., 2002; Haynes et al., 2006) (level 1A)

3.1.2 กำหนดเวลาในการรับประทานยา (Maneesakorn, 2006) (level 2A)

3.1.3 ใช้กล่องบรรจุยา สำหรับยาที่รับประทานในแต่ละวัน (Mc Donald et al; 2002; Heneghan et al; 2006) (level 1A) ในรายที่สามารถจัดหาได้

3.1.4 บันทึกการรับประทานยาด้วยตนเองหรือให้ญาติช่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง (McDonald et al., 2002; Heneghan et al., 2006) (level 1A)

3.1.5 สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง (Leo et al., 2005) (level 4A)

3.2 รูปแบบการบริการ

3.2.1 นัดผู้ป่วยมาพบกับจิตแพทย์เป็นระยะเพื่อติดตามผลการตรวจรักษาและลดความวิตกกังวลจากการรักษาด้วยยา (Haynes et al., 2005) (level 1A)

3.2.2 ให้คำแนะนำหลังจากตรวจเสร็จ (Nose et al., 2003) (level 1A)

3.2.3 ให้ความมั่นใจต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาและวิธีการแก้ไข (Leo et al., 2005) (level 4A)

3.2.4 มารับบริการการตรวจรักษาก่อนถึงวันนัดเมื่อเกิดความวิตกกังวลและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา (Leo et al., 2005) (level 4A)

3.2.5 เตือนล่วงหน้าทางโทรศัพท์หรือทางจดหมายก่อนถึงวันนัดในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา (Reda & Makhoul, 2001; McDonald et al., 2002; Nose et al., 2003; Haynes et al., 2005) (level 1A)

3.2.6 ให้แรงเสริมโดยการลดความถี่ของการมาตรวจในรายที่มีอาการสงบ (McDonald et al., 2002) (level 1A)

4. การให้ความรู้และการจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา

4.1 สำหรับผู้ป่วย

4.1.1 ให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษา (McDonald et al., 2002) (level 1A)

4.1.2 ใช้โปรแกรมการสอนด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยแบบเป็นกลุ่มระยะสั้น (Pekkala & Merinder, 2002; McDonald et al., 2002; Nose et al., 2003) (level 1A)

4.1.3 จัดให้มีการให้การปรึกษาในกรณีดังต่อไปนี้ (McDonald et al., 2002; Haynes et al., 2005) (level 1A)

4.1.3.1 การจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยา (Maneesakorn, 2006) (level 2A)

4.1.3.2 การจัดการกับความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (Maneesakorn, 2006) (level 2A)

4.1.3.3 อภิปรายร่วมกันถึงความเชื่อและความสนใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา (Maneesakorn, 2006) (level 2A)

4.2 สำหรับญาติ

4.2.1 ให้คำแนะนำและความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษา (Narthan & Gordon, 1998) (level 1A)

4.2.2 ให้การปรึกษาแก่ญาติเมื่อมีภาวะเครียดเกิดขึ้น (McDonald et al., 2002; Haynes et al., 2005) (level 1A)

4.2.3 ทำครอบครัวบำบัดแก่ญาติเมื่อเกิดความรู้สึกเป็นภาระต่อภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (McDonald et al., 2002; Haynes et al., 2005) (level 1A)

4.3 สำหรับบุคลากร

4.3.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้ (Byrne et al., 2004) (level 4A)

4.3.1.1 ความสำคัญของการรักษาด้วยยา

4.3.1.2 กลยุทธ์การสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

4.3.1.3 ทักษะในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

4.3.1.4 จริยธรรมในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5. การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5.1 ติดตามผลการรักษาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์แรกของการรักษาในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา โดยมีเป้าหมายดังนี้ (Salzer et al., 2004) (level 4A)

5.1.1 ให้แรงเสริมทางบวกในพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา

5.1.2 ให้ความจริงใจเกี่ยวกับการรักษา

5.1.3 ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5.1.4 ส่งเสริมการดูแลตนเองและให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่พบ

5.2 สร้างเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน (McDonald et al., 2002) (level 1A)

6. การติดตามและพัฒนาคุณภาพ

6.1 ติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทุก 6 เดือน (level 4A)

6.2 ติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทุก 1 เดือน (Nose et al., 2003) (level 1A)

6.3 ติดตามผลลัพธ์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดังนี้ (Heneghan et al., 2006) (level 1A)

6.3.1 อัตราความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Heneghan et al., 2006) (level 1A)

6.3.2 อัตราการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Heneghan et al., 2006) (level 1A)

6.3.3 อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Heneghan et al., 2006) (level 1A)

6.3.4 อัตราการมาตรวจตามนัด (Nose et al., 2003) (level 1A)

6.3.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ (Heneghan et al., 2006)(level 1A)

6.4 การพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกจะทบทวนเพื่อปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างน้อยทุก 3 ปี หรือ ปรับปรุงแก้ไขเมื่อมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมใหม่

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ อัมภาศรี ศรียศ (2551) ปรับปรุงมาจาก สุตรัก พิละกันทา (2550) ภายใต้กรอบแนวคิดของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ (NHMRC, 1998) ซึ่งบุคลากรผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ได้นำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบท และศึกษาถึงประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ได้ปรับแนวปฏิบัติ 2 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 2 การประเมินการรักษาด้วยยา โดยเปลี่ยนมาใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) แทนการใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ สาธุพร พุฒขาว (2541)

หมวดที่ 3 การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทางบุคลากรผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ใช้ซองยามาจัดยาแต่ละมื้อให้แก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการทานยาไม่ถูกต้องแทนการใช้กล่องยาสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการทานยาไม่ถูกต้อง

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ที่บุคลากรผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ปรับให้เหมาะสมกับบริบท ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) การให้

ความรู้และการจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา 5) การดูแลต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและ 6) การติดตามและพัฒนาคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม

1.1 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภททุกรายควรได้รับการสอบถามถึงความยินยอมพร้อมใจในการรักษาด้วยยา (level 4A)

1.2 กระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาด้วยยาของตนเองในรายที่มีการรู้คิดดี (level 4B)

2. การประเมินการรักษาด้วยยา ควรครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

2.1 ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

2.1.1 ติดตามความสม่ำเสมอของการมาตรวจตามนัด (level 1A)

2.1.2 ใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (level 4A)

2.2 ประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale) (level 1A)

2.3 การประเมินอาการข้างเคียงและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา (Mancesakorn, 2006) (level 2A)

2.4 ประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดการรักษาดูแลด้วยยา (level 2A)

2.5 ประเมินการให้ความสำคัญและความมั่นใจต่อการรักษาด้วยยา (level 2A)

3. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3.1 การสร้างกลยุทธ์เพื่อกระตุ้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3.1.1 ปรับขนาดยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละราย (level 1A)

3.1.2 กำหนดเวลาในการรับประทานยา (level 2A)

3.1.3 ใช้ซองยามาจัดยาแต่ละมื้อให้แก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการทานยาไม่ถูกต้องสำหรับยาที่รับประทานในแต่ละวัน (Level 1A)

3.1.4 บันทึกการรับประทานยาด้วยตนเองหรือให้ญาติช่วยในกรณีที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (level 1A)

3.1.5 สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือในการรับประทานยาสำหรับ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (level 4A)

3.2 รูปแบบการบริการ

3.2.1 นักผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมาพบกับแพทย์เป็นระยะเพื่อติดตามผลการตรวจรักษาและลดความวิตกกังวลจากการรักษาด้วยยา (level 1A)

3.2.2 ให้คำแนะนำหลังจากตรวจเสร็จ (level 1A)

3.2.2.1 ให้ความมั่นใจต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาและวิธีการแก้ไข (level 4A)

3.2.2.2 มารับบริการตรวจรักษาก่อนถึงวันนัดเมื่อเกิดความวิตกกังวลและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา (level 4A)

3.2.3 เตือนล่วงหน้าทางโทรศัพท์หรือทางจดหมายก่อนถึงวันนัดในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา (level 1A)

3.2.4 ให้แรงเสริมโดยการลดความถี่ของการมาตรวจในรายที่มีอาการสงบ (level 1A)

4. การให้ความรู้และการจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา

4.1 สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

4.1.1 ให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษา (level 1A)

4.1.2 ใช้โปรแกรมการสอนด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแบบเป็นกลุ่มระยะสั้น (level 1A)

4.1.3 จัดให้มีการให้การปรึกษาในกรณีดังต่อไปนี้ (level 1A)

4.1.3.1 การจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยา (level 2A)

4.1.3.2 การจัดการกับความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (level 2A)

4.1.3.3 อภิปรายร่วมกันถึงความเชื่อและความสนใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา (Maneesakorn, 2006) (level 2A)

4.2 สำหรับญาติ

4.2.1 ให้คำแนะนำและความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษา (level 1A)

4.2.1.1 ให้การปรึกษาแก่ญาติเมื่อมีภาวะเครียดเกิดขึ้น (level 1A)

4.2.1.2 ให้การปรึกษาแก่ญาติเมื่อเกิดความรู้สึกเป็นภาระต่อภาวะความเจ็บป่วย ของผู้ป่วย (level 1A)

4.3 สำหรับบุคลากร

4.3.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้ (level 4A)

4.3.1.1 ความสำคัญของการรักษาด้วยยา

4.3.1.2 กลยุทธ์การสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

4.3.1.3 ทักษะในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

4.3.1.4 จริยธรรมในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5. การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5.1 ติดตามผลการรักษาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์แรกของการรักษาในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา โดยมีเป้าหมายดังนี้ (level 4A)

5.1.1 ให้แรงเสริมทางบวกในพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา

5.1.2 ให้ความจริงใจเกี่ยวกับการรักษา

5.1.3 ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5.1.4 ส่งเสริมการดูแลตนเองและให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่พบ

5.2 สร้างเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน (level 1A) ในการให้การปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและญาติกรณีฉุกเฉินและติดตามผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกรณีขาดยา

6. การติดตามและพัฒนาคูณภาพ

6.1 ติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทุก 6 เดือน (level 4A)

6.2 ติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทุก 1 เดือน (level 1A)

6.3 ติดตามผลลัพธ์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดังนี้ (level 1A)

6.3.1 อัตราความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (level 1A)

6.3.2 อัตราการกลับเป็นซ้ำจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (level 1A)

6.3.3 อัตราการกลับเข้มารักษซ้ำในโรงพยาบาลจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (level 1A)

6.3.4 อัตราการมาตรวจตามนัด (level 1A)

6.3.5 ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (level 1A)

6.4 การพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกจะทบทวนเพื่อปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างน้อยทุก 2 ปี หรือ ปรับปรุงแก้ไขเมื่อมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมใหม่



การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวคิดเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การทบทวนวรรณกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นเรื่องที่สำคัญ และมีความจำเป็นอย่างมาก การศึกษาและทบทวนผลลัพธ์หลังการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ อย่างไรก็ตามในการเริ่มต้นการเผยแพร่ และนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ย่อมมี ปัญหาอุปสรรค และการคัดค้านการใช้แนวปฏิบัติเกิดขึ้นได้ อาจมีข้อจำกัดทางด้านสารสนเทศ และ ปัญหาจากผู้คนรอบข้าง (Pearson, Field & Jordan as cited in Hutchinson and Baker, 2007)

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในการวัดผลลัพธ์การดูแลสุขภาพ พบปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาและการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการขาดความร่วมมือจากแพทย์ ดังนั้นการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ควรมีการชักชวนให้แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมใน ทีมและมีการปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับการนำมาใช้ในหน่วยงาน (Pearson, Field & Jordan, 2007)

แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดความแตกต่างในแนวทางการรักษา ของแพทย์ อาจทำให้ค่าใช้จ่ายและผลการรักษาดีขึ้น ประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ป้องกันผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษาและทำให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดี (จิตร สิทธิอมร, 2543)

รูปแบบการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล

แนวทางการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกตามแนวคิดของสถาบันวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) มีขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ได้แก่

1.1 การสร้างความตระหนักในทีมผู้ให้บริการในปัญหาที่เกิดขึ้น และประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งในรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการที่มีความเหมาะสม

1.2 การทำความเข้าใจร่วมกันในทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยให้ผู้ปฏิบัติได้ตระหนักถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งจะสามารถแก้ไขได้โดยการใช้แนวปฏิบัติ สอนทักษะที่จำเป็น รวมทั้งให้ คู่แข่งกับเอกสารและอุปกรณ์ต่างๆ ที่จะใช้ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ช่วยให้เกิดแรงจูงใจ

การใช้แนวปฏิบัติ และเป็นที่ปรึกษาในกรณีมีปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติ และตอบคำถามต่างๆ จนหน่วยงานมีความพร้อมในการใช้แนวปฏิบัติร่วมกัน

1.3 จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย แฟ้มแนวปฏิบัติ ข้อสรุปจากแนวปฏิบัติ จัดทำสื่อ ฯลฯ วิธีการใช้เครื่องมือแบบผสมผสานหลายชนิดทำให้เกิดผลกระทบเชิงผลลัพธ์ ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ใช้แนวปฏิบัติ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของผู้ป่วย

2. ขั้นตอนการ

2.1 การกำกับติดตามการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้ทีมผู้ปฏิบัติทราบข้อบกพร่องจากการใช้แนวปฏิบัติ และช่วยให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติให้มีความถูกต้องเหมาะสม และประชุมกลุ่มร่วมกัน ในการปรับปรุงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ การวางแผนดูแลแก้ไขปัญหาร่วมกันบนพื้นฐานหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์

2.2 ติดตามผลจากการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กันและการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ทำให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เป็นการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ในการนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์

2.3 ย้ำเตือนการปฏิบัติเป็นประจำ ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความตระหนัก ดันตัวและกระตือรือร้นในการปฏิบัติเป็นประจำ เป็นการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2.4 ปรับปรุงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เป็นการประกันและปรับปรุงคุณภาพ โดยอาศัยงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างเป็นรูปแบบการดูแลอย่างมีมาตรฐาน ทำให้กิจกรรมการปฏิบัติมีความชัดเจน ไม่สับสนเปลืองค่าใช้จ่าย มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการดูแลกิจกรรมดังกล่าวจำเป็นต้องมีการประกันคุณภาพแนวปฏิบัติจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในกิจกรรมการประกันคุณภาพ ถือได้ว่ากิจกรรมการประกันคุณภาพและแนวปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน อีกทั้งการนำแนวปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถใช้แนวปฏิบัติสอดคล้องกับการดูแล นอกจากนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการปฏิบัติได้ เป็นประโยชน์ทั้งบุคลากรและผู้ป่วยทำให้ทราบข้อมูลภาวะทางสุขภาพ รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

3. ชั้นประเมินผล

หลักการประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรมีการกำหนดชัดเจน และควรมีความครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านกระบวนการ ด้านการปฏิบัติ และด้านผลลัพธ์ (NHMRC, 1998) ดังนี้

1. การประเมินผลการเผยแพร่แนวปฏิบัติ ในลักษณะการใช้สื่อ เช่น จดหมาย การตีพิมพ์ในวารสาร पोสเตอร์ เป็นต้น ผู้อ่านจะเข้าใจแนวปฏิบัติมากน้อยเพียงใด สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงกลยุทธ์การเผยแพร่บรรลุเป้าหมายหรือไม่ และเป็นการบ่งชี้การยอมรับแนวปฏิบัติ

2. การประเมินความต่อเนื่องของการใช้แนวปฏิบัติ โดยติดตามและรวบรวมข้อมูลสำหรับประเมินผล ภายหลังจากการเผยแพร่แนวปฏิบัติและลงมือปฏิบัติ เพื่อทำการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3. การประเมินการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยอาจศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติอย่างจริงจังกับกลุ่มผู้ปฏิบัติที่ไม่จริงจัง

4. การประเมินผลจำนวนการใช้แนวปฏิบัติ แสดงให้เห็นถึงการยอมรับแนวปฏิบัติ พิจารณาจากการประเมินแนวปฏิบัติ มีความชัดเจน ข้อมูลน่าเชื่อถือ แสดงให้เห็นความแตกต่างของการใช้แนวปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ

5. การประเมินผลค่าใช้จ่าย สามารถประเมินจากขั้นตอนการพัฒนา การเผยแพร่และการปฏิบัติ หรือเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

6. การประเมินผลการรายงาน นำเสนอข้อจำกัด ข้อเสนอแนะ ประโยชน์ที่ได้รับและการนำไปใช้ สมาคมพยาบาล ออนตาริโอ (RNAO, 2002) ได้เสนอแนวทางการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ ด้านโครงสร้างหรือปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ แต่ละด้านควรคำนึงถึง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์กร ผู้ปฏิบัติ ผู้ใช้บริการ และงบประมาณ

6.1 การประเมินผลด้านโครงสร้างหรือปัจจัยนำเข้า (structure or input evaluation) เป็นการประเมินเพื่อการตัดสินใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ นโยบายขององค์กร ระบบบริการ สถานที่ ความเพียงพอและความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ วิธีปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล คุณสมบัติของบุคลากร อัตรากำลังบุคลากร ความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และทำงานเป็นทีม ความรู้และทักษะของบุคลากรในการปฏิบัติงาน การคำนึงถึงแรงจูงใจ และการตัดสินใจ ตลอดจนความเสี่ยงและผลกระทบของผู้ใช้บริการ การมีส่วนร่วมของผู้ใช้และผู้รับบริการ

ค่าใช้จ่าย เป็นต้น ซึ่งควรมีการประเมินความพร้อมของโครงสร้างในระหว่างการเตรียมการก่อนการนำโครงการสู่การปฏิบัติด้วย

6.2 การประเมินผลด้านกระบวนการ (process evaluation) เป็นการติดตามการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้แก่ การปรับเปลี่ยนนโยบายให้เหมาะสม ความตระหนัก การยอมรับแนวปฏิบัติ ทศนคติต่อแนวปฏิบัติของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ การฝึกอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร การให้ความรู้และการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ให้บริการ ความยากง่ายในการปฏิบัติ ความสะดวก ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ เป็นต้น

6.3 การประเมินผลด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากกระบวนการการดูแล ซึ่งเป็นผลจากการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ การปฏิบัติได้ผลลัพธ์ที่บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรหรือหน่วยงาน ความสม่ำเสมอของบุคลากรในการใช้แนวปฏิบัติบุคลากรสามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สมรรถนะของบุคลากรผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้ใช้บริการ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดูแลรักษา ความพิการหรืออันตรายถึงชีวิต ผลกระทบของผู้ให้และผู้รับบริการ ระยะเวลาการรักษาภายในโรงพยาบาลการกลับมารับบริการของผู้ใช้บริการ การกลับมารับการดูแลรักษาซ้ำ ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ เป็นต้น

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่าขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) มีกระบวนการที่ชัดเจนนำมาใช้ได้ง่าย ประกอบด้วย การสร้างความมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การสนับสนุนและการกำกับติดตามการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและการประชุมกลุ่มร่วมกันระหว่างทีมดูแลผู้ป่วย และมีการวัดผลลัพธ์ดังนี้ 1) ระดับของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 2) อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการขาดความร่วมมือในการรักษา 4) การมาตรวจตามนัด 5) ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและ 6) ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย (Ring et al., 2005) ได้แก่

1. ปัจจัยด้านบุคคล (individual factor) ประกอบด้วย

1.1 ความรู้สึกของความเป็นเจ้าของ (ownership) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

1.2 ภาวะผู้นำที่น่าเชื่อถือ (credible leadership) ปัจจัยนี้ถึงยังไม่ได้ยืนยันถึงการประสบความสำเร็จของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เพราะยังขึ้นอยู่กับอำนาจบังคับบัญชาของแต่ละบุคคล ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร และความสามารถในการชักชวนผู้อื่น

1.3 ผู้นำที่มีทักษะ (opinion leaders) ร่วมกับภาวะผู้นำทางคลินิก (clinical leadership) ผู้นำที่มีทักษะ (opinion leaders) หมายถึง การเป็นผู้นำที่มีมุมมองในการพัฒนางาน ส่วนภาวะผู้นำทางคลินิก (clinical leadership) หมายถึง การที่บุคคลมีพลังอำนาจในตนเองที่จะริเริ่มเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในองค์กร ทั้งสองสิ่งนี้จำเป็นต้องมีและผสมผสานกันอันจะช่วยให้เกิดการยอมรับและการยอมรับของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในทั้งในช่วงการพัฒนาแนวปฏิบัติและการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพราะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนสำคัญต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ส่วนพยาบาลที่ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนนั้น มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการคงอยู่ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

2. ปัจจัยด้านทีม (team factor)

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้องเป็นไปโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ต้องการผู้นำทางคลินิกที่ได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งควรเป็นสมาชิกในทีม ที่มีบทบาทการเป็นผู้นำในการส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ มากกว่าบุคคลภายนอก

3. ปัจจัยด้านองค์กร (organizational factor)

องค์กรเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ในด้านทรัพยากรต่างๆ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เช่น ด้านการเงิน ด้านเวลา ซึ่งต้องอาศัยการสนับสนุนด้านนโยบายจากผู้นำในองค์กรด้วยเช่นกัน

กลยุทธ์ในการส่งเสริมให้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

สภาวิจัยทางสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ได้กล่าวถึงกลยุทธ์ในการส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ไว้ ดังต่อไปนี้

1. การให้ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นการให้ความรู้แก่บุคลากรแบบตัวต่อตัวจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อยกระดับความสามารถให้แก่บุคลากรนั้น ๆ

2. การสร้างระบบสนับสนุนการตัดสินใจและระบบช่วยเตือน เพื่อให้เกิดความสะดวกในการทำงานและง่ายต่อการนำไปใช้อีก ทั้งราคาไม่แพง เช่น การติดสติ๊กเกอร์บนแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเตือนความจำ เป็นต้น

3. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการด้านความรู้ เป็นการประชุมของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงคุณภาพงาน และมีการสร้างมาตรฐานไว้สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ และผู้อื่นสามารถนำไปใช้ได้ต่อไป

4. การรณรงค์โดยใช้สื่อสารมวลชน เป็นการรณรงค์ผ่านสื่อสารมวลชนสู่กลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้รับบริการ บุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น ผ่านทางสื่อ โดยสื่อดังกล่าวอาจเป็นระดับชาติ หรือเป็นภายในท้องถิ่นก็ได้

5. การจัดกิจกรรมให้ความรู้ที่มีความหลากหลาย เพราะส่งผลดีกว่าการใช้เพียงกิจกรรมเพียงอย่างเดียว โดยผสมผสานกันระหว่างการตรวจสอบ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเตือนความจำ กระบวนการฉันทามติภายในหน่วยงาน เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงาน

6. การตรวจสอบและการให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน เพื่อสะท้อนข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติงาน

7. การใช้ความคิดเห็นของผู้นำในหน่วยงาน ผู้นำต้องเป็นคนที่เพื่อนร่วมงานให้การยอมรับ ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้สร้างนวัตกรรม แต่เป็นผู้ที่มักให้คำปรึกษาทางคลินิกแก่ผู้อื่น มีทักษะในการฟังที่ดี เป็นผู้ที่มีสมรรถนะในทางคลินิกที่ดีในการดูแลผู้รับบริการ

8. การหาฉันทามติในหน่วยงาน เป็นกระบวนการที่สร้างเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเฉพาะในหน่วยงานนั้น ๆ ซึ่งผลที่ได้อาจไม่เป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานอื่นก็ได้

9. การจัดกิจกรรมรับข้อคิดเห็นจากผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ เพื่อมุ่งหวังในการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรทางสุขภาพผ่านทางผู้รับบริการ

10. การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ต่าง ๆ ซึ่งหมายรวมถึง การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เช่น เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิก เอกสารคู่มือในการปฏิบัติงาน เอกสารประกอบการให้ความรู้ อาจเป็นรูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบวีดิทัศน์ รูปแบบฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ หรือมีการผสมผสานให้หลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของหน่วยงาน

11. การจัดกิจกรรมให้ความรู้ การให้ความรู้สามารถทำได้ในรูปแบบการเรียนการสอน เป็นรายบุคคล หรือการประชุมเชิงปฏิบัติการก็ได้

12. การกำหนดมาตรการด้านการเสริมแรงจิตใจและการลงโทษ เป็นกลยุทธ์ที่เกิดขึ้นภายในขององค์กร ได้แก่ แรงจูงใจทางบวกด้านการเงิน เช่น การได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม เป็นต้น แรงจูงใจทางบวกที่ไม่ใช่ด้านการเงิน เช่น บุคคลมีความพึงพอใจที่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ส่วนแรงจูงใจในทางลบพบได้ทั้งในส่วนของกลุ่มบุคลากรและผู้รับบริการ ในส่วนของกลุ่มบุคลากร เช่น ภาระงานที่หนักมากขึ้น เป็นต้น ในส่วนของผู้รับบริการ เช่น ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นเมื่อมารับบริการ เป็นต้น

13. การกำหนดมาตรการด้านการบริหาร เป็นการกำหนดมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนจากฝ่ายบริหารงาน ให้บุคลากรทางสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติ

ดังนั้นการนำกลยุทธ์ที่กล่าวมาข้างต้นไปใช้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการประยุกต์และปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงานและกลุ่มเป้าหมาย โดยการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายผสมผสานกัน

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ หมายถึง การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีการดำเนินงานตามกระบวนการ และขั้นตอนตามกรอบแนวคิดการใช้และการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภานิติบัญญัติด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

1. การจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก มีกลยุทธ์ ดังนี้

1.1 การทำให้แนวปฏิบัติเป็นสิ่งที่เข้าถึงง่าย โดยการจัดทำรูปแบบให้เข้าใจได้ง่าย เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งข้อเสนอแนะ และหลักฐานที่สนับสนุนข้อเสนอแนะ

1.2 การพิมพ์เผยแพร่แนวปฏิบัติ รวมถึงแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติด้วย

1.3 การให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมาย เป็นการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ใช้กลุ่มเป้าหมาย ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งกลยุทธ์ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติ เช่น การใช้สื่อต่างในการเผยแพร่ การจัดพิมพ์ การจัดประชุมหรือสัมมนา เป็นต้น

2. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งจะสำเร็จไม่ได้หากไม่มีความร่วมมือของผู้ใช้ กลุ่มเป้าหมายและทีมพัฒนา ในตลอดช่วงเวลาของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งมีขั้นตอน และกลยุทธ์ในการส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (NHMRC, 1998) ดังนี้

2.1 การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ อันจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการใช้แนวปฏิบัติ

2.2 การกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินการด้านต่างๆ เช่น ผู้ติดตามการใช้แนวปฏิบัติ ผู้ติดตามประเมินผล ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยคุณสมบัติของผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีดังนี้

2.2.1 ภาวะผู้นำ ผู้ที่มีภาวะผู้นำ เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลอาวุโสในหอผู้ป่วย ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ สามารถชักชวน เหนี่ยวนำ หรือสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติไปในทางที่ดี เป็นผู้ที่มียศกภาพในการจัดการกับปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดความเข้าใจในหลักการและช่วยติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติเป็นผู้สนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติที่ดี ซึ่งบางครั้งข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นของผู้นำ ยังมีส่วนในการบวกรพัฒนาแนวปฏิบัติ และผู้นำยังสามารถช่วยประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติด้วย

2.2.2 มีความเชี่ยวชาญทางด้านคลินิก ทำให้สามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ และมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องการปฏิบัติทางคลินิกเป็นอย่างดี ซึ่งควรมีอยู่ในทีมอย่างน้อย 1 คน

2.2.3 มีความสามารถในการติดตามการใช้แนวปฏิบัติประจำวัน มีความกระตือรือร้น และมีความสามารถในการกระตุ้นให้ผู้ใช้ มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

2.3 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการค้นหาความแตกต่างของสถานการณ์การปฏิบัติ หรือผลลัพธ์ของการปฏิบัติในปัจจุบัน กับมาตรฐานที่ควรจะเป็น และหลักฐานงานวิจัย หรือแนวปฏิบัติที่สามารถแก้ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์สถานการณ์นี้ ทำให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีการตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และหาหนทางแก้ไข หรือนำแนวปฏิบัติมาใช้ เพื่อแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา

2.4 การวิเคราะห์ผู้เกี่ยวข้องที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีขั้นตอนดังนี้

2.4.1 การค้นหาผู้เกี่ยวข้องที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ คือ ผู้ที่สามารถทำให้เกิดความร่วมมือหรือการยินยอมทำตามแนวปฏิบัติของคนกลุ่มใหญ่ ซึ่งจะมีผลต่อความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ

2.4.2 การแยกกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ กลุ่มบุคคลมีความแตกต่างกัน ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ในแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน เพื่อเป็นการนำศักยภาพของแต่ละบุคคลออกมาใช้ได้อย่างเต็มความสามารถ

2.4.3 การจัดตั้งคณะกรรมการ โดยมีหน้าที่ในการรับผิดชอบและสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ตั้งแต่เริ่มต้น จนถึงขั้นตอนของการนำแนวปฏิบัติไปใช้

2.5 การกำหนดเป้าหมายของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อให้สามารถวัดผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติได้

2.6 การค้นหาอุปสรรค ที่มีผลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ 1) อุปสรรคจากระบบ 2) อุปสรรคจากวิชาชีพ และ 3) อุปสรรคจากลักษณะบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะ เป็นต้น ซึ่งการค้นหาอุปสรรคสามารถทำได้โดย การสัมภาษณ์ การสังเกต และการประชุม กลุ่ม

2.7 การทบทวนขั้นตอนทั้ง 6 ขั้นตอนดังกล่าว โดยคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

2.8 การใช้กลยุทธ์ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ มีดังนี้

2.8.1 การให้ความรู้แก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติ เช่น การสอนหรือฝึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติแบบตัวต่อตัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถใช้แนวปฏิบัติได้ถูกต้อง

2.8.2 การมีระบบให้มีผู้ร่วมในการตัดสินใจและย้าเตือนถึงการใช้แนวปฏิบัติ เช่น มีการกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบติดตามการใช้แนวปฏิบัติ ผู้ติดตามผลห้องปฏิบัติการ มีแบบบันทึกหรือคอมพิวเตอร์ในการช่วยย้าเตือนความจำ เป็นต้น เพื่อให้เกิดความง่ายต่อการใช้แนวปฏิบัติ

2.8.3 การเรียนรู้ร่วมกัน โดยการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดอภิปรายกลุ่มย่อย เมื่อเกิดปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติ เป็นต้น

2.8.4 การใช้หลายวิธีร่วมกัน จะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติมากกว่าการใช้วิธีการอย่างเดียว เช่น มีการตรวจสอบและให้ข้อมูลย้อนกลับ การย้าเตือน การแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นต้น

2.8.5 การประชาสัมพันธ์ ทำให้มีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น ช่วยให้มีการเผยแพร่แนวปฏิบัติได้กว้างขวางขึ้น ซึ่งสามารถทำได้ทั้งรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการ เช่น การใช้รูป การโฆษณา การใช้วารสารทางวิชาการ เป็นต้น

2.8.6 การตรวจสอบและการให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นกระบวนการในช่วงเวลาสรุปข้อมูลและมีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีนั้น ผู้ปฏิบัติต้องยอมรับการให้ข้อมูลย้อนกลับนั้นๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และกระตือรือร้นในการตอบสนองต่อข้อมูลย้อนกลับ

2.8.7 การใช้ความคิดเห็นของผู้นำ ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำทางคลินิกที่ดีที่จะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ความคิดเห็นของผู้นำ จะเกี่ยวข้องกับความรู้ทางการแพทย์ และเทคโนโลยีในบริบทที่เฉพาะ ในระดับหน่วยงาน องค์กร และระดับประเทศ ความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติจะทำได้โดยผ่านรูปแบบของพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งความคิดเห็น

ของผู้นำเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย และสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้แนวปฏิบัติ และการแสดงออกที่เหมาะสม

2.8.8 การตกลงร่วมกัน เป็นสิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จนไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ ซึ่งต้องตระหนักถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการใช้แนวปฏิบัติด้วย

2.8.9 การปฏิบัติโดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยมีวัตถุประสงค์ให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ใช้แนวปฏิบัติด้วย นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดีขึ้น

2.8.10 การใช้สื่อให้ความรู้ รวมถึงข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติ สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์วารสารทางวิชาการ อันจะส่งผลต่อการปฏิบัติของผู้ใช้แนวปฏิบัติและผลลัพธ์ของผู้รับบริการที่ดีขึ้น

2.8.11 การจัดการอบรม หากเป็นการจัดอบรมโดยทั่วไป เช่น การให้ความรู้ โดยการบรรยาย การตรวจเยี่ยม หรือการกิจกรรมกลุ่มย่อย อาจจะไม่ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม การจัดอบรมนี้ อาจเป็นการช่วยเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้ปฏิบัติ และมีความง่าย สะดวกต่อการจัดขึ้นภายในหน่วยงาน

2.8.12 การให้รางวัลและการลงโทษ สำหรับการให้รางวัลที่มีอิทธิพลต่อผู้ปฏิบัติ นั้น เช่น คำชมเชย รางวัล ค่าตอบแทน การสนับสนุนทางการเงินหรือการศึกษาต่อ เป็นต้น ผู้ปฏิบัติจะมีการตอบสนองต่อรางวัลนั้น ๆ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้น แต่หากการใช้แนวปฏิบัตินั้น ทำให้ผู้ปฏิบัติมีการเพิ่มภาระงาน ใช้เวลาเพิ่มขึ้น ต้องใช้อุปกรณ์หรือทักษะเพิ่มเติม จึงจำเป็นต้องมีการให้รางวัลที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นแก่ผู้ปฏิบัติด้วย

2.8.13 การบริหารจัดการการปฏิบัติ เป็นวิธีที่ใช้โดยทั่วไป ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่ดีของผู้ใช้แนวปฏิบัติ เช่น การแก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะใช้แนวปฏิบัติ การให้รางวัล ค่าตอบแทน เป็นต้น

3. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญที่จะทำให้อุตสาหกรรมแตกต่างของผลลัพธ์ทางสุขภาพเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย การประเมิน 2 ด้าน (NHMRC, 1998) คือ

3.1 การประเมินผลด้านกระบวนการ เพื่อตรวจสอบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ใช้แนวปฏิบัติหรือไม่ มีปัจจัยอะไรที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกได้ ในการประเมินผล การประเมินกระบวนการ สามารถประเมินได้จากการสังเกต การตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ในแต่ละหมวดของแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งผลจากการประเมินกระบวนการนี้อาจจะมีผลในการพัฒนากลยุทธ์ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2 การประเมินผลด้านผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งการประเมินผลลัพธ์นี้ จะประเมินได้ตามวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ตั้งไว้ อาจเป็นผลลัพธ์ระยะสั้นหรือระยะยาว ซึ่งต้องมีการประเมินผลลัพธ์เป็นระยะ เพื่อบ่งบอกถึงความเหมาะสมของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำไปใช้ เนื่องจากเป็นผลจากการปฏิบัติ การดูแล และเป็นเครื่องมือในการวัดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น หลักการประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ต้องประเมิน 6 องค์ประกอบดังนี้

3.2.1 การประเมินผลการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก ในลักษณะของการใช้สื่อต่างๆ ว่าผู้อ่านและผู้ใช้นโยบายทางคลินิกมีความเข้าใจมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นการบ่งชี้ถึงการยอมรับแนวปฏิบัติทางคลินิก

3.2.2 การประเมินผลความต่อเนื่องของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยการติดตามและรวบรวมข้อมูลหลังจากที่มีการเผยแพร่และใช้แนวปฏิบัติ เพื่อทำการวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

3.2.3 การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ โดยอาจทำการศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติทางคลินิกและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ใช้และไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

3.2.4 การประเมินความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยประเมินถึงความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงการยอมรับแนวปฏิบัติทางคลินิก ตรวจสอบการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีความชัดเจน ข้อมูลน่าเชื่อถือ แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางคลินิก

3.2.5 การประเมินผลด้านค่าใช้จ่าย สามารถประเมินได้ในขั้นตอนของการพัฒนา การเผยแพร่ และการปฏิบัติ หรืออาจเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายก่อนและหลังการใช้นโยบายทางคลินิก เพื่อให้ทราบถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายที่ลดลง

3.2.6 การรายงานผลการประเมินการใช้นโยบายทางคลินิกโดยนำเสนอข้อจำกัด ประโยชน์ที่ได้รับ ข้อเสนอแนะ และการติดตามสำหรับการศึกษารุ่นนี้ได้กำหนดผลลัพธ์จากการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการประเมินผล ดังนี้ ระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยลดลง การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการที่รุนแรงลดลง ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ผู้ใช้นโยบายและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้นโยบายปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก



**สถานการณ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย**

โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงได้เปิดให้บริการผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในรูปแบบคลินิกจิตเวชสัปดาห์ละ 1 วัน ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยา พบปัญหาเรื่องการขาดนัด การไม่มาตรงตามนัด การรับการรักษาไม่ต่อเนื่องจากสถิติผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย ในปี 2551, 2552 และ 2553 จำนวน 122, 151 และ 127 รายตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 49.80, 47.34 และ 76.5 ตามลำดับของผู้ป่วยด้วยโรคจิตทั้งหมด และพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากมีอาการที่รุนแรงขึ้น (ตามความเห็นแพทย์) ในปี 2551, 2552 และ 2553 ร้อยละ 4.92, 11.92 และ 11.64 ตามลำดับ และมีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดนัดในปี 2552 และ 2553 ร้อยละ 13 และ 22 ตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย, 2553) จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาในบุคลากรผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้มีแนวทางในการติดตามผู้ป่วยโดยการโทรศัพท์ติดตามให้มารับยาตามนัดแต่ไม่มีระยะเวลาในการตามให้มารับยาที่แน่นอน มีการประสานงานกับเครือข่ายในการติดตามผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้มาตามนัด แต่เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่มาตามนัดก็ไม่ได้มีการติดตามต่อเนื่อง ก่อให้เกิดปัญหาจากการขาดนัด การไม่มาตรงตามนัด การรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง และเกิดผลกระทบที่พบได้ในโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอยหลายประการ ได้แก่ 1) เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดยา หรือทานยาไม่ต่อเนื่อง ควบคุมอาการผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควบคุมตนเองไม่ได้ เกิดทำร้ายญาติที่อยู่ด้วยกัน และรวมถึงทำร้ายคนในชุมชน 2) คนในชุมชนเกิดการหวาดกลัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และทำให้เกิดการรังเกียจผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 3) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายตนเอง เสี่ยงต่อการเกิดการฆ่าตัวตาย 4) เป็นภาระของครอบครัว และชุมชน เพราะผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถทำงานได้ตามปกติจึงเป็นภาระของครอบครัวและสังคม 5) ครอบครัวไม่มีความสุข เพราะหวาดระแวงผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทำร้าย 6) เกิดความแตกแยกในครอบครัวได้ระหว่างสามีภรรยา (แฟ้มประวัติผู้ป่วย และการสัมภาษณ์รายบุคคลในญาติ, 2553) และทางโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอยไม่มีแนวทางในการติดตามผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไปในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นจึงสนใจนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ บุคลากรผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้มีแนวทางในการปฏิบัติไปในทางเดียวกัน มีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ และผู้ศึกษาคาดหวังว่า จะสามารถทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น การขาดนัดลดลง และลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย มักพบปัญหาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในเรื่องการขาดนัด การไม่มาตรงตามนัด การรับการรักษาไม่ต่อเนื่องของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีผลทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อให้เกิดผลเสียมากมายต่อตัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ครอบคลุม ในการที่ต้องเริ่มต้นในการรักษาใหม่ ทำให้เสียเวลาสิ้นเปลือง และเจ้าหน้าที่ยังไม่มีแนวทางในการติดตามผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเมื่อมีการขาดนัดที่ชัดเจน การปฏิบัติไม่เป็นมาตรฐานและไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้เลือกใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ของอำภาสรี ศรียศ (2551) โดยใช้กรอบแนวคิดของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสถาบันวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) มีขั้นตอนในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ ได้แก่ การพบพบปัญหาในหน่วยงาน นำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาประเมินคุณภาพและปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล 2) ขั้นตอนในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก และการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และ 3) ขั้นประเมินผลลัพธ์ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและเจ้าหน้าที่ มีการวัดผลลัพธ์ดังนี้ 1) ระดับของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 2) อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การกลับเข้ามารักษซ้ำใน โรงพยาบาลจากการขาดความร่วมมือในการรักษา 4) การมาตรงตามนัด 5) ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และ 6) ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เชื่อว่าหากบุคลากรมีแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามาใช้แล้ว ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น ไม่พบอาการกำเริบจากการขาดยา อาการกลับเป็นซ้ำลดลง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมาตรวจตามนัด และความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก พึงพอใจระดับมาก