

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมโดยที่ความรู้สึกตัวและสติปัญญาปกติ (World Health Organization [WHO], 1999) และทั่วโลกพบประชากรเป็นโรคนี้ถึงร้อยละ 1.3 (Boyd, 2005) เช่นเดียวกับในประเทศไทย โดยในปี 2552 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 389,377 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.37 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5.71 (กรมสุขภาพจิต, 2552) จากสถิติจังหวัดสุโขทัยพบผู้ป่วย โรคจิตจำนวน 2,393 ราย หรือ 395.34 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2550) และในปี 2552 พบผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 9,402 ราย หรือ 1557.09 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2552)

โรคจิตเภทจัดเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่ง เพราะเป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง ค่อยเป็นค่อยไปไม่หายขาด ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการกำเริบอีกได้เป็นช่วงๆ (Linstrom & Bingeors, 2000) เมื่อมีการกำเริบ ส่งผลกระทบต่อหลายด้านโดยเริ่มตั้งแต่คุณภาพชีวิตของบุคคลก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพได้มากที่สุด (Kaplan & Sadock, 2000) ส่งผลกระทบต่อครอบครัวคือสมาชิกในครอบครัวต้องคอยดูแล ส่งผลถึงทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากค่ารักษาและค่าเดินทาง (Laidlaw et al., 2002) ผลกระทบต่อสังคมเนื่องจากพฤติกรรมแสดงออกจะบิดเบือนไปจากปกติ มีลักษณะแปลกประหลาด วุ่นวาย หรืออาจจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้าย และ คำว่าผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ทำให้ผู้ที่อยู่ในชุมชนมีความหวาดกลัว และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยทางจิตเวช (สุพัฒนา สุขสว่าง และ ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2548) จากผลกระทบในด้านต่างๆ ดังกล่าว ที่เกิดจากการกำเริบ การรักษาด้วยยาเป็นวิธีบำบัดเพื่อลดความรุนแรงของอาการทางจิต นอกเหนือจากการรักษาทางจิตสังคม และการรักษาด้วยไฟฟ้า ที่ในทุกระดับโรงพยาบาลสามารถกระทำได้ และเนื่องจากการดำเนินของโรคที่มีอาการเป็นๆ หายๆ การรักษาให้หายขาดเป็นไปได้ยาก (Sadock & Sadock, 2000) ถึงแม้ว่าการทางจิตสงบ แต่ส่วนใหญ่จะยังมีอาการทางจิตบางอย่างหลงเหลืออยู่ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการรับประทาน

ยาอย่างต่อเนื่องต่อไปอีกระยะหนึ่ง ดังนั้นการรักษาด้วยยาจึงเป็นหัวใจ สำคัญของการรักษาเพื่อควบคุมอาการและลดอาการกำเริบซ้ำของโรค (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) นอกจากนี้ ยังพบว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาแต่ก็ยังพบว่ามีอาการกำเริบของโรคได้อีกหลังการรักษาภายใน 1 ปี (Robert & Heinz, 2000) และมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 2-6 เดือน ถึงร้อยละ 50 และภายใน 2 ปี ร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งสาเหตุเกิดจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Gray, Wykes & Gournay, 2002)

จากการศึกษาปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหยุดรับประทานยาในระหว่างปีแรกของการรักษาร้อยละ 26 และมีอาการกลับเป็นซ้ำระหว่างที่หยุดรับประทานยา ร้อยละ 30 และปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบและกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล (Gillmer et al., 2005)

นอกจากนี้จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่ามีหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง จากการศึกษาของ อำไพพนิชฐ์ สมานวงศ์ไทย (2544) พบว่า ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา อย่างสม่ำเสมอ และการศึกษาของสาธุพร พุฒขาว (2541) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยากับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับต่ำมาก และทัศนคติต่อการใช้ยากับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับต่ำมากด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสายรุ้ง จันทร์เส็ง (2548) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือดีในการรักษาด้วยยา มีทัศนคติต่อการใช้ยาดีกว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือไม่ดีในการรักษาด้วยยา ส่วนปัจจัยด้านความผิดปกติและการแสดงของโรคนั้น พบว่าจากความผิดปกติและการแสดงออกของโรคทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ร่วมมือในการรักษาเกิดจากอาการของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิดไม่สามารถจำได้ว่าตนเองต้องรับประทานยาประจำวันอย่างไร (Leonard, 2003) และการลืมวันมาตรวจตามนัด เพื่อหน่วยการรับประทานยา (วราภรณ์ พัฒนเวศน์, 2551)

2) ปัจจัย ด้านการรักษา เช่น ผลข้างเคียงของยาที่เกิดจากการได้รับยาเป็นเวลานาน (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ความไม่สุขสบายจากการใช้ยา ได้แก่ อาการพาร์กินสัน อาการมือและแขนขาสั่น การทำหน้าที่ทางเพศผิดปกติ อาการง่วงนอน และน้ำหนักเพิ่ม (Mortimer, 2005) จำนวนยาที่รับประทานแต่ละครั้งหลายเม็ด และแต่ละวันหลายครั้ง จะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาที่แตกต่างกัน (Kaplan & Sadock, 2000) ดังเช่นการศึกษาของวิสและคณะ (Weiss et al., 2002) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะให้ความร่วมมือดีในการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลาสั้นเฉลี่ย 13.3 เดือน และจะเริ่มให้ความร่วมมือในการรักษาลดลงในระยะเวลาเฉลี่ย 5.6 เดือนของการรักษา 3) ปัจจัยด้าน

การสนับสนุนทางสังคม เช่น จากครอบครัวและชุมชน การที่มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวโดยพบว่ามีความวิตกกังวล เครียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย หดห่อใจ รู้สึกเป็นดราม่า (Greenberg et al., 1993) ส่งผลต่อการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) และ 4) ปัจจัยด้านทรมานสุขภาพ ในด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษาถ้าผู้รักษาและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ไม่ดี จะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา (Schultz & Videbeck, 1994) บุคลากรในทีมสุขภาพที่เป็นผู้ดูแลควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545) ซึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพ ต้องมีความรู้ ทักษะ และวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้องมีความต่อเนื่องและครอบคลุม ต้องคำนึงถึงพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วย อันจะส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพและจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง (Dolder et al., 2003)

โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 305 เตียง ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยจิตเวชไว้รักษาในโรงพยาบาล มีเฉพาะการตรวจรักษาในคลินิกที่กลุ่มงานจิตเวช ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะได้รับการรักษาด้วยยาเป็นหลัก มีการส่งจดหมายติดตามผู้ป่วยขาดนัดเป็นจำนวน 2 ครั้ง หรือพิจารณาเป็นรายกรณี หากเลยระยะเวลาที่กำหนดในการติดตามจะส่งต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลติดตามแต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมากลุ่มงานจิตเวทยังคงพบปัญหาทางคลินิกที่สำคัญได้แก่ 1) ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา 2) อาการกำเริบซ้ำจากการขาดยา 3) ผู้ป่วยถูกส่งรักษาต่อในโรงพยาบาลจิตเวชด้วยอาการกำเริบและ 4) เจ้าหน้าที่ไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ชัดเจนและต่อเนื่อง โดยจากสถิติผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย พบว่ามีผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มารับบริการในปี 2551, 2552, 2553 จำนวน 278 ราย 330 ราย และ 450 ราย ตามลำดับ ขาดนัดร้อยละ 10.38, 18.57, 20.02 และผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชเนื่องจากมีอาการที่รุนแรงขึ้นร้อยละ 7.27, 10.79, 15.10 ตามลำดับ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติพบปัญหาในความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การขาดยาที่สืบเนื่องมาจากการขาดนัด ในปี 2552 พบผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งราย ที่มีอาการกำเริบเนื่องจากการขาดยาและใช้สารร่วมกับก่อเหตุทำร้ายร่างกายภรรยาจนเสียชีวิต ปัจจุบันผู้ป่วย ถูกดำเนินคดีและถูกจับกุมอยู่ในเรือนจำ และได้รับการรักษาอาการทางจิตด้วยยาอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันและอีกหนึ่งรายทำร้ายร่างกายมารดา นอกจากนี้ยังพบผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อีกสามรายที่ก่อเหตุทำร้ายบุคคลอื่นจนได้รับบาดเจ็บสาหัสและหนึ่งรายทำร้ายตนเอง

จนเสียชีวิต (โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย, 2552) และในปี 2553 ยังคงพบผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีอาการกำเริบเนื่องจากการขาดยาห้ารายก่อเหตุทะเลาะวิวาทและทำร้ายร่างกายบุคคลอื่นทำให้ทั้งบุคคลอื่นและตนเองได้รับบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล (โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย, 2553)

จากปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยอาการกำเริบจนถึงขั้นทำร้ายผู้อื่นและตนเองจนเสียชีวิต จากการขาดยาที่สืบเนื่องมาจากการขาดนัด ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาทำให้เป็นอุปสรรคต่อการรักษาด้วยยาและนำไปสู่ภาระในการรักษาและเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา ดังนั้น การจัดการเรื่องยาจึงเป็นทางเลือกในการรักษาโรคจิตเภท (Dolder, Lacro, Leckband & Jeste, 2003) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีการที่สำคัญที่จะสามารถติดตาม ดูแล ผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัด เพื่อลดอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำจากการขาดยาที่สืบเนื่องมาจากการขาดนัด การส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง มีหลายวิธี เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา การบำบัดรายบุคคลหรือรายกลุ่ม การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา ซึ่งวิธีการเหล่านี้มีผลลัพธ์ที่ดีโดยตรงต่อผู้ป่วย แต่ยังมีอีกวิธีการหนึ่งที่นอกจากจะให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลถึงคุณภาพของการปฏิบัติที่ดีของทีมผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งก็คือแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines [CPGs]) เนื่องจากเป็นคู่มือที่สร้างขึ้นจากประสบการณ์การทำงานของผู้ปฏิบัติที่เชี่ยวชาญที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบและชัดเจน ผ่านการวิเคราะห์ประโยชน์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า คุ่มทุน (NZGG, 2001) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกจึงทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลหรือทำงานเป็นไปในแนวเดียวกัน โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (NHMRC, 2000) ผลที่เกิดจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ส่งผลดีต่อทั้งผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เพิ่มความสามารถในการทำงานเป็นทีม และดูแลผู้รับบริการ รวมทั้งอำนวยความสะดวกต่อการวางแผนในดูแลผู้รับบริการอีกด้วย (Ring, Malcom, Coull, Murphy-Black, & Watterson, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ของสุตกรัก พิละกันทา (2550) แผนงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตเวชโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทปี 2550 ซึ่งได้มาจากการสืบค้นหลักฐาน และการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำมาใช้โดยทีมสหวิชาชีพ และได้แบ่งตามข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพขององค์กรสุขภาพ (Joint Commission on Accreditation [JACHO], 2001) ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

ด้วยยา 4) การให้ความรู้และการจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา 5) การดูแลต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และ 6) การติดตามและพัฒนาคุณภาพ พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงานได้

จากการศึกษาของอำภาศรี ศรียศ (2551) ในเรื่องประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพัฒนามาจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทของสุครัก พิละกันทา (2550) โดยใช้แนวคิดการใช้และการประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) เพื่อผลลัพธ์ 1) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท 2) อาการกำเริบจาก การขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 4) การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท 5) ความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภท 6) ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติในเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติ 4 ราย และผู้ป่วยโรคจิตเภท 51 ราย พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยพบว่าอัตราการมาตรวจรักษาซ้ำ อัตราอาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ลดลง ระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา อัตราการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น อีกทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทและเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้มีความสนใจแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทของ อำภาศรี ศรียศ (2551) ที่พัฒนามาจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทของสุครัก พิละกันทา (2550) แผนกงานการพยาบาล ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตเวชโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อผลลัพธ์ในเรื่อง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกของกลุ่มงานจิตเวชในเรื่องความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา อาการกำเริบซ้ำจากการขาดยา ผู้ป่วยถูกส่งรักษาต่อในโรงพยาบาลจิตเวชด้วยอาการกำเริบ และจากการประเมินโดยใช้แบบประเมินผลคุณภาพของ แนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation)[AGREE] The AGREE Collaboration, 2001) พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทของอำภาศรี ศรียศ (2551) เป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพและผลการศึกษพบว่า ระดับความร่วมมือ

ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ขึ้น อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทลดลง ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาล และการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น และผู้รับบริการมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติในด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในระดับดีมาก ซึ่งสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และเนื่องด้วยโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยมีคลินิกจิตเวชให้บริการแบบผู้ป่วยนอก สัปดาห์ละ 1 วัน และไม่มีตึกเฉพาะสำหรับรับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งบริบทคล้ายกับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ทำให้มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และนอกจากนี้เจ้าหน้าที่ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกนำแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้มาใช้ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ภายใต้กรอบแนวคิดของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งมีขั้นตอนในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนเตรียมการ ได้แก่ การทบทวนปัญหาในหน่วยงาน นำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาประเมินคุณภาพ 2) ขั้นตอนดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกและการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และ 3) ขั้นตอนประเมินผลลัพธ์ โดยประเมินจากอัตราของการมาตรวจตามนัด อัตราความร่วมมือในการรักษาด้วยยา อัตราอาการกำเริบและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ความพึงพอใจทั้งของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลโดยการใช้แนวปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติ

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาอัตราการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
3. เพื่อศึกษาอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

4. เพื่อศึกษาอัตราการมาตรวจตามนัดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
5. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
6. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

คำถามการศึกษา

1. ระดับของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาล ศรีสังวรสุโขทัย เป็นอย่างไร
2. อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เป็นอย่างไร
3. การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เป็นอย่างไร
4. การมาตรวจตามนัดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เป็นอย่างไร
5. ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เป็นอย่างไร
6. ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิภาพผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ข้อกำหนดที่ปรับปรุงจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ของอำภาศรี ศรียศ (2551) ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมทั้ง 6 เรื่อง คือ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินการรักษาด้วยยา 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) การให้ความรู้ และการจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา 5) การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และ 6) การติดตาม

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ผลที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทตาม โดยอิงกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภานิติบัญญัติสุขภาพ และการแพทย์แห่งชาติออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ได้แก่ 1) ขั้นตอนเตรียมการ 2) ขั้นตอนดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 3) ขั้นตอนประเมินผลลัพธ์ โดยประเมินจากความร่วมมือในการรักษาด้วยยา อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การกลับเข้ามารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยมีรายละเอียดของผลลัพธ์แต่ละตัวดังนี้

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง พฤติกรรมในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ในเรื่องการรับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)

อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง อาการที่แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และ การเคลื่อนไหวมากกว่าปกติซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ของโรงพยาบาลสวนปรุง (พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, 2546) โดยมีคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน

การกลับเข้ามารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจากการขาดยาโดยไม่ได้นัดภายใน 28 วัน ประเมินโดยแบบบันทึกข้อมูลสถิติการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มาตรวจรับยาตรงกับวันที่แพทย์นัด ประเมินโดยแบบบันทึกข้อมูลสถิติการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

ความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ความรู้สึกของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และที่เกิดจากการได้รับการดูแลตามนโยบายปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินโดย แบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก ของสุพรรณณี เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2546)

ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ความรู้สึกของแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรจากการปฏิบัติตามนโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินโดยแบบวัดความพึงพอใจของสุพรรณณี เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2546)

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีอาการผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ระบบการบันทึกเลขรหัสตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (The International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision [ICD-10]) (WHO, 1994) และได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาต้านโรคจิต ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย