

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมถึงหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 ลักษณะอาการของโรคจิตเภท
 - 1.3 ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.4 การดำเนินของโรคจิตเภท
 - 1.5 การรักษาโรคจิตเภท
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.3 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 แนวคิดการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์
 - 3.3 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
4. การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.2 ขั้นตอนในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.3 ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ
 - 4.4 ประโยชน์ของแนวปฏิบัติ
5. สถานการณ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

โรคจิตเภท

ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งทางด้านกระบวนการความคิด (cognition) อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม (Sadock & Sadock, 2007)

สมภพ เรืองตระกูล (2548) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภทมีลักษณะที่สำคัญคือผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

องค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases [ICD-10]) ได้ให้ความหมายว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (WHO, 2006)

สรุปแล้วโรคจิตเภท หมายถึง ลักษณะของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านกระบวนการความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติอย่างน้อย 6 เดือนโดยที่อาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้น ไม่ได้เป็นผลจากสารเสพติดหรือพิษจากยา โรคทางกาย หรือโรคทางสมอง

ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

ลักษณะอาการแสดงของโรค แบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการหลัก (Kaplan & Sadock, 2000) คือ กลุ่มอาการทางบวก (positive dimension) และกลุ่มอาการด้านลบ (negative dimension) โดยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มอาการทางด้านบวก (positive symptoms) ได้แก่ อาการหลงผิด (delusion) และอาการประสาทหลอน (hallucination)
2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่แสดงถึงการขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ ได้แก่ พุดน้อย การแสดงออกทางด้านอารมณ์ ลดลงมาก

ดังนั้น สรุปได้ว่าลักษณะอาการของโรคจิตเภท มี 2 กลุ่มอาการหลัก คือลักษณะอาการแสดงทางด้านบวกและทางด้านลบ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของความคิดและการรับรู้ ความจริง อารมณ์ พฤติกรรม สัมพันธภาพทางสังคมที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงไป

ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท

พบว่าสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรค ได้แก่

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1.1 พันธุกรรม ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีการถ่ายทอดพันธุกรรม ญาติสนิทของผู้ป่วย (บิดามารดา พี่น้องและบุตร) มีโอกาสเป็นโรคด้วยสูงกว่าประชากรทั่วไป 10-16 (Wilson and Kneisl อ้างใน อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้เกิดจากการทำงานของสารโดปามีนที่มากเกินไป (dopamine hyperactivity) โดยเฉพาะในบริเวณ มีโสลิบิก (mesolimbic) และมีโสคอร์ติคอลแทรก (mesocortical tract) (Kaplan & Sadock, 2000)

1.3 กายวิภาคของสมองผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของ สมองเช่น มีเวนติเคิล (ventricle) โตกว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่าการไหลเวียนของเลือดในสมอง (cerebral blood flow) และการเผาผลาญน้ำตาล (glucose metabolism) ลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (frontal lobe) เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้านความคิดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ผิดปกติของพรีฟรอนทอลโลบ (prefrontal lobe dysfunction) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

2. ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

จากการศึกษาพบว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมมีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทคือ ประชากรที่มีฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี นอกจากนี้ สภาพครอบครัวยังมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อย ๆ พบว่ามีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expressed-emotion) สูง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

3. ปัจจัยด้านจิตใจ

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเภทเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของอีโก้ (ego) มีความขัดแย้งในจิตใจและมีความผิดปกติจากการพัฒนาบุคลิกภาพ (Taylor, 1994) และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในขวบปีแรก จะมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท นอกจากนี้ยังมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันได้มากกว่าคนทั่วไป และใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสม เช่น ถดถอย การโทษคนอื่น การแยกตนเอง เมื่อกลไกเหล่านี้ช่วยทำให้บุคคลนั้น



ลดความเครียดลงได้ก็จะกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวรและภาวะความเครียดทางจิตสังคมนับว่าเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคจิตเภท (Kaplan&Sadock, 2000)

การดำเนินของโรคจิตเภท

ลักษณะของการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แบ่งอาการของโรคออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการเด่นชัด และระยะอาการหลงเหลือ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ดังนี้

1. ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (prodromal phase)

ระยะของการเริ่มมีอาการนำ มักพบว่าผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตอย่างชัดเจน และในบางรายจะมีอาการนำมาก่อนข้างนานก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตชัดเจน จึงทำให้ผู้ดูแลไม่ได้สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งข้อมูลที่ทำให้การบำบัดรักษาได้รับจากผู้ดูแลถึงอาการนำ เช่น มีการแยกตัวเอง เก็บตัว มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง เชื่องช้า และขาดความสนใจในการดูแลตนเอง เป็นต้น และโดยทั่วไปแม้ว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะได้รับการบำบัดรักษาจนอาการสงบแล้ว ก็ยังพบว่าการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ตามปกติลดลงเรื่อยๆ ได้ อาจทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันขึ้น ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอาการนำมาก่อน เช่น นอนไม่หลับ ตึงเครียด วิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคม ไม่มีสมาธิเบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี มีอาการอยู่ไม่สุข และอาจขาดความสนใจในการดูแลตนเองร่วมด้วย

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase)

ระยะอาการกำเริบมักพบว่าผู้ป่วยจะเกิดอาการทางจิตขึ้น ส่วนใหญ่อาการกำเริบจะรุนแรงขึ้นเป็นพักๆ จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดหรือความกดดันทางจิตใจจากอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตชัดเจน ส่วนใหญ่จะเป็นอาการทางบวก (positive symptoms) เช่น มีอาการหูแว่ว หลงผิด ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลกๆ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการสงบแล้ว ก็อาจทำให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงขึ้นเป็นระยะได้ สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกำเริบอาจเกิดจากสิ่งต่อไปนี้

2.1 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ทำให้มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมา รวมถึงอาจมีอาการหวาดระแวงและปฏิเสธการรักษา

2.2 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้เข้ารับการรักษาลำบากไป เนื่องจากครอบครัวยุติอาการที่กำเริบขึ้นมานานเกินไปก่อนที่จะพาผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	
ห้องสมุดงานวิจัย	
วันที่.....	247237
เลขทะเบียน.....	
เลขเรียกหนังสือ.....	

2.3 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีสาเหตุส่งเสริมมาจากการขาดความร่วมมือในการรับประทานยาหรือมีการใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือชื้อยามารับประทานเอง เป็นต้น

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase)

เป็นระยะที่มีอาการทางจิตสงบ แต่ก็ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ และยังมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยนานจะทำให้กลุ่มอาการทางด้านบวก (positive symptoms) หรืออาการทางจิตจะลดความรุนแรงลง ส่วนใหญ่จะมีอาการทางด้านลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมย ขาดแรงจูงใจ นอนมากเกินไป อ่อนเพลีย และแยกตัวเอง โดยยาที่ใช้ในการรักษาอาการทางจิตมักมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางบวก แต่ไม่ได้รับรักษาอาการทางลบ จึงอาจทำให้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาร่วมด้วย เช่น ง่วงนอน กินจุ น้ำหนักเพิ่ม หรืออาการตัวแข็ง ดังนั้น ในระยะที่มีอาการทางจิตสงบอาจมีปัจจัยอื่นมากระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบได้ เช่น ความเครียด อาการซึมเศร้า เป็นต้น การดูแลในระยะนี้ ควรเน้นการดูแลตนเอง ฟื้นฟูสภาพ และป้องกันอาการกำเริบซ้ำของโรค ในผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่เป็นครั้งแรกแล้วอาการสงบ จะได้รับการรักษาด้วยยาต่อไปอีก แต่ขนาดของยาจะลดลง หากมีอาการกำเริบเรื้อรังจะได้รับยาต่อเนื่องต่อตามแผนการรักษาลักษณะของการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเป็นๆ หายๆ ตามระยะของการดำเนินโรคทั้ง 3 ระยะ คือ ตั้งแต่ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการกำเริบ และระยะอาการหลงเหลือ

การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาโรคจิตเภทที่สำคัญ คือ การรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม และการรักษาด้วยไฟฟ้า

1. การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาเพื่อควบคุมอาการและลดอาการกำเริบซ้ำของโรค (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ยาที่ช่วยลดอาการทางจิตจะไปยับยั้งการทำงานของโดปามีน (dopamine) ทำให้ผู้ป่วยสงบลง สามารถติดต่อกับบุคคลอื่น

1.1 รักษาอาการเฉียบพลัน จุดประสงค์ของการให้ยาในระยะนี้คือ แก้ไขให้พฤติกรรมผู้ป่วยเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เป็นการป้องกันอันตรายซึ่งอาจเกิดกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและพฤติกรรมทำร้ายตัวเองโดยทั่วไปยาซึ่งมีฤทธิ์ต่ำ เช่น คลอโพรมาซีน (chlorpromazine) มักทำให้ง่วงนอน และความดันโลหิตลดลงเวลาขึ้น ดังนั้นจึงไม่ควรให้ขนาดสูง ส่วนยาที่มีฤทธิ์แรง

เช่น ฮาโลเพอริดอล (haloperidol) และ ฟลูเฟนาซีน (fluphenazine) ให้ขนาดน้อย จะปลอดภัยกว่า รวมทั้งลดอาการพลุ่งพล่านกระวนกระวายได้ดีกว่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.2 ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่องหลังจากที่อาการสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.3 ให้ยาในระยะยาวเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ ผู้ป่วยซึ่งได้รับยารักษาโรคจิตเป็นเวลาไม่นานเพียงพอ มีโอกาสสูงที่จะเป็นซ้ำอีก โดยทั่วไปพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจะเป็นซ้ำอีกในเวลา 9-12 เดือนหลังจากหยุดยา ในขณะที่ผู้ซึ่งยังคงรับประทานยาอยู่มีโอกาasเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 10-30 การรักษาในระยะนี้ถือว่าได้ผลดีก็ต่อเมื่อมีปัจจัยได้แก่ ให้ยาขนาดน้อย ป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ และสามารถรักษาอาการของโรคทางจิตเวชที่พบร่วมไปด้วยได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

2. การรักษาทางจิตสังคม

2.1 การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม (milieu therapy) คือการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพยาบาล และบุคลากรเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตัวเอง สามารถบังคับตนเองได้ดีขึ้น และเข้าใจในสภาพความเป็นจริงของชีวิตที่ดีขึ้น

2.2 จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการรักษาแบบส่งเสริมให้กำลังใจช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และปรับตัวให้เข้ากับสังคม และความเป็นจริงที่ดีขึ้น

2.3 ครอบครัวบำบัด (family therapy) เน้นในการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องของความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ของสมาชิกในครอบครัว ธรรมชาติของโรค และบทบาทของความเครียดในการกระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้าจะได้ผลดีในระยะเฉียบพลัน หรือในระยะที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย หรือในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นมากหลังการทำ 2-3 ครั้ง โดยให้ยารักษาโรคจิตร่วมด้วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

โดยบทสรุป การรักษาผู้ป่วยจิตเภท มีหลายวิธีเช่น การรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม หรือการรักษาด้วยไฟฟ้า ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย แต่อย่างไรก็ตามเมื่ออาการทางจิตสงบ สิ่งที่ยังคงอยู่คือการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการและลดอาการกำเริบซ้ำของโรค ดังนั้นการรักษาด้วยยาเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาทางจิตเวชแต่เดิมนิยมใช้การรักษาด้วยน้ำ ด้วยวิธีการสะกดจิต และการทำจิตบำบัดรูปแบบต่างๆ ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวชมีพัฒนาการก้าวหน้าขึ้นมากโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะรุนแรง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) การค้นพบและใช้ยาคลอโปรมาซีน (Chlorpromazine) ในราวปี ค.ศ. 1950 เป็นการเปลี่ยนโฉมหน้าการรักษาครั้งใหญ่ในวงการแพทย์เพราะคลอโปรมาซีน (Chlorpromazine) ไม่เพียงแต่จะทำให้ผู้ป่วยสงบเหมือนยาอื่นเท่านั้น ยาี้ยังทำให้อาการต่างๆ ของโรคจิตเภทดีขึ้นภายหลัง พบว่าผลในการรักษาน่าจะมาจากฤทธิ์ด้านโดปามีน (dopamine) ของยาจึงมีการสังเคราะห์ยาที่ออกฤทธิ์ด้านยาโดปามีน (dopamine) แบบเดียวกับคลอโปรมาซีน (Chlorpromazine) ตามมาอีกเป็นจำนวนมากในช่วง 40 ปีต่อมา อย่างไรก็ตามยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ด้านโดปามีน (dopamine) มีข้อจำกัดในผลการรักษาและผลข้างเคียงอย่างมากทำให้ความพยายามสังเคราะห์ยาที่ออกฤทธิ์ต่างออกไปมาช่วยรักษาแทนจนกระทั่งมียากลุ่มซีโร โทนิน-โดปามีน แอนตาโกนิส (receptor-dopamine antagonist) ชนิดแรกคือ คลอซาปีน (Clozapine) ออกมาใช้และได้ผลการรักษาดีในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมา ยารักษาโรคจิตขนานใหม่ๆ มักออกฤทธิ์เป็น ซีโร โทนิน-โดปามีน แอนตาโกนิส (receptor-dopamine antagonist) เกือบทั้งหมด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) การรักษาด้วยยาด้านโรคจิตเป็นการรักษาอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทและเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำพบว่าประมาณ 90% ของผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำในช่วง 5 ปีแรกของการรักษา (Robinson, Woemer & Avir, 1999)

ชนิดของยา

การบำบัดรักษาด้วยยาเป็นทางเลือกหลักของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งยารักษาอาการทางจิตแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ยากลุ่มเดิม (typical antipsychotic drugs) และยากลุ่มใหม่ (atypical antipsychotic drugs) ผู้รักษาจะเลือกใช้ยาที่เหมาะสมกับอาการที่แสดงออกและประเภทของผู้ป่วย

1. ยากลุ่มเดิม (typical antipsychotic drugs) ได้แก่ ยาคลอโปรมาซีน (Chlorpromazine) และยาฮาโลเพริดอล (Haloperidol) เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ยับยั้งที่โพส ซินแนปติก โดปามีน รีเซพเตอร์ (postsynaptic dopamine receptor) ที่เมโซลิมบิก (mesolimbic pathways) และเมโซคอร์ติคัล (mesocortical pathways) ข้อจำกัดของยาในกลุ่มนี้ คือ ขาดความเฉพาะเจาะจงที่จะออกฤทธิ์เฉพาะแห่งจึงทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากการที่โดปามีน (dopamine pathways) ถูกปิดกั้น ได้แก่ เมโซคอร์ติคัล (mesocortical pathways) ทำให้เกิดอาการง่วงนอน ในโกรสเตรียทอล (nigrostriatal pathways) ทำให้

ประจำเดือนผิดปกติ และมีการหลั่งน้ำนม ตลอดจนระบบอื่น ๆ เช่น อัลฟาอะดรีเนอร์จิก (alphaadrenergic blocker) ทำให้ความดันลดลงเมื่อมีการเปลี่ยนท่า เป็นต้น

2. ยากลุ่มใหม่ (atypical antipsychotic drugs) ได้แก่ ยาคโลซาพีน (Clozapine) ยาโอแลนซาพีน (Olanzapine) และ ยาริสเพอริโดน (Risperidone) เป็นต้น ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์การรักษาที่มากกว่ากลุ่มแรกมีประสิทธิภาพสูงในการยับยั้งที่เซโรโตนิน-5-ไฮดรอกซี ทริพทามีน (serotonin-5-hydroxy tryptamine receptors [5HT₂]) โดยรวมแล้วยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีปัญหาที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยาน้อยกว่ายากลุ่มเก่า

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ยาด้านโรคจิตกลุ่มเดิม มีผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่

1. ผลต่อสมอง

1.1 ทำให้เกิดอาการง่วงนอนซึ่งพบได้ร้อยละ 75 ของผู้ป่วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) ควรระวังการใช้ยาร่วมกับยาที่กดระบบประสาทส่วนกลางอื่นๆ (จุฑามณี สุทธิสีสังข์, 2538)

1.2 ทำให้เกิดอาการเอคตร้าไพราไมคอด (extrapyramidal) โดยมีอาการดังต่อไปนี้

1.2.1 อะไคเนเซีย (akinesia) มีอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของแขนและขา การเคลื่อนไหวเชื่องช้าและเชื่องซึม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.2.2 ดิสโทเนีย (dystonia) มีการเกร็งของกล้ามเนื้อโดยตรวจพบว่าคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิด ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) นอกจากนี้พบอาการเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า กล้ามเนื้อตา ลำคอ ลำตัว มักเกิดในวันแรกๆ ของการใช้ยาโดยเฉพาะในขนาดสูงกับเด็กและคนชรา (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.2.3 อะคาทีเซีย (akathisia) คือความรู้สึกกระวนกระวายทั้งในใจและไม่สบายตามกล้ามเนื้อตัว โดยเฉพาะขา ทำให้ผู้ป่วยนั่งนิ่งไม่ได้ ต้องเดินไปเดินมาหรือโยกตัว เขย่าขาจนอาจคล้ายกับว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตเลวลง (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

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

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

3. นิวโรเลปติก มาลิกแนน ซินโดรม (neuroleptic malignant syndrome) คืออาการ กล้ามเนื้อทั้งตัวเกร็งแข็งอย่างรุนแรงร่วมกับระดับความรู้สึกตัวที่เลวลง ระบบประสาทอัตโนมัติ ล้มเหลว ทำให้การควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 10-20 แม้จะเกิด ไม่บ่อยครั้งคือร้อยละ 0.02 ถึง 0.04 ของผู้ที่ได้รับยาทั้งหมด แต่ก็ควรระวังอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่เริ่มได้รับยาในระยะแรกๆ หรือมีสภาพร่างกายขาดน้ำหรือเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

4. ทาร์ดีฟ ดิสไคเนียเซีย (tardive dyskinesia) เป็นผลจากการได้รับยาอย่างต่อเนื่องเป็น เวลานาน ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณปาก คอ ลิ้น ขยับหมุนไปมาเกือบตลอดเวลาโดยผู้ป่วยไม่รู้ตัวและ หากเกิดอาการดังกล่าวมานานระยะหนึ่งแล้ว แม้จะหยุดยารักษาโรคจิตไป อาการนี้ก็จะไม่หายผู้ป่วย แรกๆ มีอาการมาก ผู้สูงอายุ ผู้หญิง ผู้ป่วยเบาหวาน หรือการใช้ยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน จะเพิ่มโอกาสการเกิดทาร์ดีฟ ดิสไคเนียเซีย สูงขึ้นกว่าผู้ป่วยทั่วไป (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

5. ผลต่อระบบหมุนเวียนของเลือด ที่พบมากที่สุดคือ การเกิดความดันโลหิตต่ำเวลา เปลี่ยนอิริยาบถ ผู้ป่วยจะแสดงอาการวิงเวียน เหงื่อออก ใจสั่น เป็นลม (จุฑามณี สุทธิสีสังข์, 2538)

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

7. ผลต่อระบบเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการเขียวคล้ำ มีไข้และเจ็บคอ พบอุบัติการณ์น้อย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

8. ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ที่พบบ่อยคือปัสสาวะลำบากโดยเฉพาะผู้สูงอายุ (จุฑามณี สุทธิสีสังข์, 2538)

ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ยากลุ่มใหม่พบผลข้างเคียงในการรักษาน้อย ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ที่พบบ่อยได้แก่ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

1. น้ำหนักตัวเพิ่ม มีไขมันในเลือดสูงขึ้น ทำให้ผู้ใช้ยาเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานสูงขึ้น
2. จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติควรระวังในการใช้ไซพราสิดอน (Ziprasidone)
3. น้ำลายมากพบบ่อยในคลอซาปีน (Clozapine)
4. กดไขกระดูกโดยเฉพาะอะแกรนูโลไซโตสิส (agranulocytosis) จากคลอซาปีน (Clozapine)

5. เพิ่มความเสี่ยงต่อการชัก โดยเฉพาะคลอซาปีน (Clozapine) ในขนาดสูง

ด้วยเหตุนี้เมื่อนำยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่มาใช้รักษาโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเดิมซึ่งเป็นผลมาจากที่ผู้ป่วยมีการพบปะสังสรรค์กับผู้คนมากขึ้นและสามารถประกอบอาชีพได้ ยาจะเป็นตัวปรับให้สารสื่อประสาทกลับคืนสู่ภาวะปกติจะช่วยให้ผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดและเมื่อรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและยังสามารถป้องกันการกำเริบของโรคได้อีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2541)

รูปแบบการให้ยา

ยารักษามีหลายชนิดด้วยกันผู้ป่วยแต่ละคนตอบสนองยาได้ต่างกัน รูปแบบการให้ยามีได้หลายวิธี (กรมสุขภาพจิต, 2541) เช่น

ยาเม็ดสำหรับรับประทาน: รับประทานทุกวัน วันละ 1-4 ครั้ง แล้วแต่นชนิดของยา

ยาฉีดระยะสั้น: มักใช้ในโรงพยาบาล ออกฤทธิ์สั้นประมาณ 2-4 ชั่วโมง

ยาฉีดระยะปานกลาง: ผู้ป่วยที่ได้รับยาจะสงบเร็ว ออกฤทธิ์ประมาณ 3 วัน

ยาฉีดระยะยาว: จะต้องฉีดทุก 2-4 อาทิตย์เหมาะในผู้ป่วยที่ไม่ชอบรับประทานยาหรือไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

นอกจากนี้ยังมียาอื่นที่อาจจะต้องรับประทานร่วมกันเช่น ยาลดผลข้างเคียงของยา ยานอนหลับ เป็นต้น

สรุปแล้วการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีกว่า สามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ นอกจากนี้การรักษาด้วยยายังช่วยลดการอยู่ในโรงพยาบาลและป้องกันการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลซึ่งยารักษาโรคจิตมีหลายตัว อาจทำให้มีผลข้างเคียงแตกต่างกันออกไป ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้สามารถป้องกันและรักษาได้

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีต่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมดูแลตนเอง และปฏิบัติตามแผนการรักษา ในเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (สาธูพร พุฒขาว, 2541)

สรินทร เชื้อวโสธร (2545) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไว้ว่า เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีพฤติกรรม

แสดงออก 5 แบบ ได้แก่ การใช้ยาต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดเอง

กลาสเบอร์เกน (Glasbergen, 1998) ได้กล่าวไว้ว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาสุขภาพ

แคปแลน และ ซาดอค (Kaplan & Sadock, 2000) ให้ความหมายของความร่วมมือไว้ว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นความเห็นพ้องกันในพฤติกรรมของบุคคลต่อการใช้ยา การรับประทานยาหรือแม้แต่เปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องไปกับการรักษาหรือคำแนะนำด้านสุขภาพ

โฮล์มส์ (Holmes, 2003) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง ระดับของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งความร่วมมือที่ดีของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้องตามขนาดและเวลาที่รับประทานในแต่ละวัน ใส่ใจในอาการของตนเองและติดตามกระบวนการรักษาอย่างระมัดระวัง

สรุปได้ว่า ความหมายของความร่วมมือในการรักษา คือความร่วมมือในการรักษาเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ในเรื่องการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาตามขนาดและเวลารวมไปถึงความถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษา โดยไม่หยุด เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง

เนื่องจากผู้ที่เป็นจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จึงเป็นสิ่งสำคัญ การประเมินความร่วมมือในการรักษาเพื่อให้เกิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถในการสังเกต และจัดการอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิต เพื่อควบคุมอาการทางจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ซึ่งทำให้มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ไม่ว่าจะเป็นในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรสรายได้ การศึกษา การรับรู้ต่อภาวะการเจ็บป่วย ทำให้มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2543; สาธุพร พุฒขาว, 2541) ในระยะที่มีอาการทางจิตรุนแรง ผู้ป่วยจะมีความ

บกพร่องในการรับรู้ การคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจะขาดการหยั่งรู้ตนเอง และไม่ยอมรับการเจ็บป่วย จึงไม่ร่วมมือในการรักษา และเมื่ออาการทางจิตทุเลา ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายแล้ว ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตด้านบวก (positive symptoms) ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการสูญเสียหน้าที่ด้านการรู้ การคิด (cognitive functions) ส่งผลถึงความบกพร่องในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านความจำ ความใส่ใจและแรงจูงใจในเรื่องต่างๆ ยิ่งผู้ป่วยมีอาการทางจิตด้านบวกอยู่นานโดยไม่ได้รับการรักษาอาการอันเกิดจากความบกพร่องด้านต่างๆ จะยิ่งมีมากขึ้น และอาการของโรคในระยะหลังเหลือก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ถึงแม้ได้รับการรักษาอาการในระยะหลังเหลืออาการทางจิตด้านลบ (negative symptoms) ก็ยังคงมีอยู่ แต่จะไม่รุนแรงหรือรบกวนต่อผู้ป่วยเหมือนในระยะเริ่มแรกที่เป็นมากนักอาการทางจิตด้านลบจะเป็นๆ หายๆ ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่รับประทานยาเลย (Kaplan & Sadock, 2000) ในด้านทัศนคติต่อการรักษาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาเพราะคิดว่ารักษาแล้วไม่ได้ผลก็จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Hogan & Awad, 1992; Keith & Kane, 2003) ผู้ป่วยมักไม่เชื่อว่าตนป่วยจึงปฏิเสธการรักษาหรืออยู่ในภาวะที่ความสามารถในการคิดยังอยู่ในภาวะผิดปกติจึงไม่สามารถจำได้ว่าตนเองต้องรับประทานยาประจำวันอย่างไร ผู้ป่วยบางรายมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยในระหว่างการรักษา (Holmes, 2003)

นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา การรับรู้ต่อภาวะการเจ็บป่วยแล้วยังพบปัจจัยในด้านการมาตรวจตามนัดที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วย ซึ่งการศึกษาของนีลและคณะ (Neal et al., 2005) ที่ทำการศึกษาถึงสาเหตุของการผิดนัดของผู้ป่วยในสหราชอาณาจักร ผลการวิจัยพบว่าสาเหตุของการผิดนัดที่พบบ่อย คือ การลืมวันนัด ระยะเวลาของการนัดที่มากกว่า 30 วัน และไม่ได้แจ้งเลื่อนนัด เนื่องจากติดภารกิจและเป็นเวลาที่ไม่ว่าง นอกจากนั้นเซนโตรริโน และคณะ (Centorrino et al., 2001) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการไม่มารับบริการตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท ในแผนกผู้ป่วยนอก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนานหรือมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังจะให้ความร่วมมือในการรักษาและมารับบริการตามนัดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันและยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการผิดนัดของผู้ป่วยจิตเภท คือ 1) ระยะเวลาในการรอคอยการตรวจรักษาจากแพทย์ 2) ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล 3) พาหนะที่ใช้ในการเดินทาง 4) การไม่เข้าใจในระบบนัดของแพทย์ และ 5) การลืมวันนัด (Ross et al., 1997)



2. ปัจจัยด้านครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมเบื้องต้นที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญกับผู้ป่วย จิตเภทเป็นอย่างมาก ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยได้แก่

2.1 ความสามารถของผู้ดูแล ได้มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการกับปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดผลดีต่อการรักษา เช่น การพยากรณ์โรคดี ลดอัตราการเจ็บป่วย และได้มีการศึกษาติดตามระยะยาวเป็นเวลา 2 ปี และพบว่ายังทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตสามารถมีทักษะทางสังคม และสามารถทำงานได้ด้วยตนเอง (Falloon, 2003)

2.2 การแสดงอารมณ์ที่รุนแรงต่อผู้ป่วย ได้มีการศึกษาถึงครอบครัวของผู้ป่วยและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเรื้อรัง โดยได้ศึกษาในผู้ป่วยและญาติจำนวน 79 คู่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งพบว่าญาติที่มีการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทปฏิเสธที่จะรับประทานยา เนื่องจากเกิดความรู้สึกว่าตนเองถูกเข้มงวดจากผู้ดูแล จากการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วยทำให้มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเรื้อรังได้ (Sellwood, Tarrier & Barrowclogh, 2003)

3. ปัจจัยด้านแผนการรักษา ซึ่งได้แก่

3.1 การยอมรับในผู้รักษา ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้การรักษาพบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในทีมบุคลากรมีส่วนในการช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ (Dearing, 2004) และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงอิทธิพลความเชื่อที่มีต่อผู้รักษาในทีมบุคลากร พบว่าถ้าระดับความเชื่อถือต่อผู้ให้การรักษาที่สูง จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามมา (Benjamins, 2006)

3.2 รูปแบบการให้บริการ จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องนี้มีหลักฐานเกี่ยวข้องที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังนี้

3.2.1 การให้คำแนะนำของทีมผู้ให้การรักษาที่มีความเป็นรูปธรรม รวมถึงทักษะการแก้ปัญหาต่างๆ เหล่านี้มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยด้วย (Zygmunt et al., 2002)

3.2.2 การให้การดูแลแบบองค์รวม ซึ่งได้มีการศึกษาในวัฒนธรรมของชาวแอฟริกัน-อเมริกันในประเด็นของการดูแลทางด้านจิตเวช จากการศึกษพบว่าผู้รักษาที่มีความเข้าใจ

และให้การรักษาแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีการประเมินเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณร่วมด้วยในการให้การรักษ จะช่วยให้ผู้รักษาสามารถตัดสินใจในวิธีการให้การรักษา และทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Carter, 2002)

3.2.3 การใช้วิธีที่การปรับขนาดของยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาสามารถทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาได้ และเกิดผลดีต่อการรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (McDonald, Haynes & Garg, 2002; Haynes et al., 2005; Heneghan, Glasziou & Perera, 2006) นอกจากนี้ยังพบการ ศึกษาในเรื่องความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ในการรับประทานยารักษาอาการทางจิตนั้นอาจเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการปรับขนาดของยาที่ใช้ให้เหมาะสมกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยคงสภาพความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อไป (Leo, Fassal & Bakhai, 2005)

3.3 เครื่องมือที่ใช้ติดตามความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งพบว่ามีส่วนสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พบว่าจากการศึกษาติดตามการใช้ยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการใช้ขวดยาที่สามารถบันทึกจำนวนครั้ง และวันเวลาในการเปิดขวดได้ ทำให้ช่วยในการติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงถึงร้อยละ 63 และอัตราการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง (Diaz et al., 2001)

4. ปัจจัยด้านยาที่รักษา

ผลของยาในการรักษาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ยาที่ให้ผลการรักษารวดเร็วจะไม่ก่อให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการรักษาเท่ากับยาที่ให้ผลการรักษาช้าและระยะเวลาที่ใช้ในการรักษายาวนาน จำนวนยาที่รับประทานในแต่ละครั้งการรับประทานวันละหลายครั้ง ครั้งละหลายเม็ดความร่วมมือในการรักษาจะแตกต่างกันวิธีการรักษาที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และกระทบต่อพฤติกรรมปกติของผู้ป่วยจะทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ลดลง ระยะเวลาหลังเริ่มการรักษาได้ 1 ปี ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะลดลงเหลือร้อยละ 50 และความร่วมมือในการรักษาเหลือเพียงร้อยละ 29-33 หลังจากการรักษาได้ 5 ปี ส่วนระยะเวลาที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาสูงสุดคือ ภายใน 6 เดือน (Perri, 2003) ยาด้านโรคจิตที่ใช้รักษาอาการทางจิต ในปัจจุบันพบว่ามีทั้งยากลุ่มดั้งเดิม และยากลุ่มใหม่ การรักษาด้วยยาแล้วอาการไม่ดีขึ้นก็มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ ในระยะอาการทางจิตรุนแรงจะใช้ยาที่สามารถสงบ

อาการของผู้ป่วยลงได้ เมื่อมีอาการทางจิตๆเลยจะมีการปรับลดยาลดลง แต่จะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไปอีกสักระยะหนึ่งเนื่องจากการรักษาด้วยยาเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดในการรักษาโรคจิตในปัจจุบัน (Kaplan & Sadock, 2000) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหรือรับประทานยาสม่ำเสมอมีโอกาสกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Patternson, Lacro, McKibbin, Moscona, Hughs & Jeste, 2002) ดังนั้น การที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยามีประสบการณ์ในการใช้ยา ซึ่งมีฤทธิ์ข้างเคียงจากยาส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการที่ต้องรักษาด้วยยาเป็นเวลายาวนานก็อาจส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดน้อยลงได้ ซึ่งยาต้านโรคจิตหลายชนิดก่อให้เกิดอาการผิดปกติบางอย่าง (Kaplan & Sadock, 2000)

สรุปปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาประกอบด้วยปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยในเรื่องปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ สถานภาพ รายได้ การศึกษา การรับรู้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านครอบครัวเกี่ยวกับการได้รับการดูแล ปัจจัยด้านแผนการรักษา ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ รูปแบบการให้บริการและปัจจัยด้านยา ที่เกิดจากผลของยาในการรักษา และผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทำให้ลดอาการกำเริบซ้ำจากการขาดยา ลดโอกาสในการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตสงบ และยังช่วยให้การพยากรณ์โรคในระยะยาวของผู้ป่วยดีขึ้น

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทั่วไปสามารถตรวจสอบความร่วมมือในการรักษาได้หลายวิธี จะดีกว่าวิธีเดียว ต้องวัดอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมในเรื่องกฎเกณฑ์ข้อบังคับ หรือข้อเสนอแนะที่ให้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลดีในการรักษาโดยต้องสอดคล้องกับแผนการรักษา นอกจากนี้การที่จะเลือกวิธีวัดแบบใดควรคำนึงถึงราคาและความตระหนักของผู้วัดต่อวิธีการนั้น ในปัจจุบันวิธีวัดความร่วมมือในการรักษาแบ่งออกเป็น 2 วิธี (Bond & Hussar, 1991) คือ

1. การประเมินโดยตรง (direct method) เป็นการวัดโดยอาศัยหลักทางชีววิทยาในช่วงเวลาที่กำหนด ได้แก่

- 1.1 การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การวัดระดับสารที่ถูกขับออกทางปัสสาวะหรือสารที่เกิดจากการเมตาโบไลต์ (metabolite) ของยาวิธีการประเมินโดยตรงที่ใช้ในยาต้านโรคจิต ได้แก่ คลอโปรมาซีน (Chlorpromazine) และอิมิพรามิน (Imipramine) เป็นต้น วิธีนี้แม้จะสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยา แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานได้ครบตามแผนการรักษาหรือไม่ รวมทั้งไม่สามารถบอกได้ในรายที่ผู้ป่วยมีการดูดซึมของยาไม่ดี ทั้งยังต้อง

สิ้นเปลืองจากการใช้อุปกรณ์และวิธีการที่ยุ่งยากและต้องวิเคราะห์เป็นระยะภายหลัง รับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ในทุกรณี

1.2 การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง (observation) ใช้การติดตามและเยี่ยมบ้านและสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือว่าเป็นอย่างไร สามารถที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดของการรักษาหรือไม่ พฤติกรรมที่แสดงออกต่อการปฏิบัติเป็นข้อบ่งชี้ของความร่วมมือในการรักษา

2. การประเมินทางอ้อม (indirect method) อาศัยเครื่องมือในการประเมินความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยแต่ละคนสร้างขึ้น

2.1 การประเมินโดยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เป็นวิธีที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด อาจจะสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย หรืออาจใช้การสัมภาษณ์เพียงวิธีเดียวก็ได้ ข้อดีของการสอบถามและการสัมภาษณ์คือ ได้ข้อมูลที่จะละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีนี้คือ มักพบปัญหาว่าผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงความแม่นยำตรงของคำถาม ใช้คำถามที่ชัดเจน และในระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรแสดงว่าผู้ป่วยมีความผิด เมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่รับประทานยา ส่วนปัญหาจากผู้สัมภาษณ์มักพบว่าการประเมินความร่วมมือในการรักษามักเกินความจริงเสมอ

2.2 การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อย และทำได้ง่ายสามารถบอกได้ถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไปทั้งหมด แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดและอาจได้ผลไม่ตรงกับความเป็นจริงถ้าหากผู้ป่วยทำเม็ดยาหายไป หรือแอบทิ้งยาโดยไม่รับประทาน หรือให้ผู้อื่นใช้ยาร่วมด้วย

2.3 การพิจารณาความสม่ำเสมอของการมารับยาตามนัด โดยถือว่าผู้ที่มารับยาตามนัดอย่างสม่ำเสมอให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี ประเมินผลของการรักษาว่าได้ผลดีหรือไม่เพียงไร รวมทั้งพิจารณาว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่

2.4 การลงความเห็นของผู้รักษาจากการตรวจอาการทางคลินิกของผู้ป่วย (clinical outcome) โดยการลงความเห็นของผู้รักษามีวิธีกันหลากหลายในการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่

2.4.1. เช็คนาฬิกา และ เวลาถูกต้อง ตามแผนการรักษา (Wong, 2003)

2.4.2 นับเม็ดยา คูณปริมาณการบันทึกการรับประทานยา และการตรวจตามนัด (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536)

2.4.3. การสัมภาษณ์ การตรวจปัสสาวะ และการตรวจปัสสาวะร่วมกับการนับเม็ดยา (Cramer & Rosenheck, 1998)

2.4.4. การรับประทานยาตามแผนการรักษาและการมารับการรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (สารุพร พุฒขาว, 2541)

2.4.5. การตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในเรื่องความต่อเนื่องของการใช้ยา ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ตามเวลา และถูกขนาด (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545)

จากการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ซึ่งประเมินได้จากการวัดระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาตามขนาดและเวลารวมไปถึงความถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษา ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคน การให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโดยทีมสุขภาพจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจ ติดตามและส่งเสริมให้การมาตรวจตามนัดและรวมไปถึงเกิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ การประเมินความร่วมมือในการรักษามีอยู่หลายวิธี แต่วิธีการที่เป็นที่นิยมและช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนช่วยเหลือ คือการสัมภาษณ์ จากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยตรงจะเห็นได้ว่าความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาหรือการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอทำให้มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยและรุนแรงมากขึ้นผลที่ตามมาคือไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ต้องกลับไปรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลจิตเวชทำให้เกิดผลกระทบหลายด้าน เช่น การปรับตัวของผู้ดูแลทั้งด้านการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ และสังคม

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความหมาย

แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นแนวทางที่สร้างขึ้นเพื่อหาคำตอบในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโดยมีแนวทางการดูแลรักษาที่เป็นระบบมีแนวทางที่ชัดเจน และมีความน่าเชื่อถือและมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

สถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ได้ให้ความหมายแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้ว่า เป็นข้อกำหนดที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากความเชี่ยวชาญทางคลินิกเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้เหมาะสม

กลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติแห่งประเทศไทยนิวซีแลนด์ (NZGG, 2001) ให้ความหมายว่า
แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นคู่มือที่สร้างขึ้นจากประสบการณ์การทำงานของผู้ปฏิบัติที่
เชี่ยวชาญที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบและชัดเจน ได้ตกลงกันแล้วว่าดี และ
เหมาะสมกับหน่วยงาน ผ่านการวิเคราะห์ประโยชน์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า คุ่มทุน
สรุปแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นข้อกำหนดที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อใช้เป็นแนวทาง
ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เหมาะสม ผ่านการวิเคราะห์ประโยชน์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า คุ่มทุน

แนวคิดการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

การแก้ปัญหาตามแนวทางของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ต้องมีการค้นหา
หลักฐานที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและใช้หลักการประเมินหลักฐานว่าน่าเชื่อถือเพียงใดมี
การแนะนำให้ดำเนินการกับผู้ป่วยอย่างไรและสิ่งแนะนำสามารถปฏิบัติได้จริงหรือไม่ทักษะที่
สำคัญในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แก่ทักษะการประเมินความน่าเชื่อถือของวิธีการ
วินิจฉัย การพยากรณ์โรค การรักษา ความคุ้มค่าต่างๆ และการประเมินบทความที่ทบทวนอย่างเป็น
ระบบ (จิตร สิริธอมร, 2543)

เกณฑ์การจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) โดยสถาบันด้าน
การแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1995) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 1 เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ งานวิจัยมีการ
ออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ระดับ 2 เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการสุ่มกลุ่ม
ตัวอย่างเข้ากลุ่มอย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับ 3 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

3.1 เป็นหลักฐานที่ได้จากการออกแบบงานวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่ม
กลุ่มตัวอย่าง

3.2 เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า หรือการศึกษาย้อนหลัง

3.3 เป็นการศึกษาติดตามระยะยาวโดยที่ไม่มีการทดลอง

ระดับ 4 เป็นหลักฐานที่ได้จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทางคลินิก
การศึกษาเชิงพรรณนาหรือรายงานของคณะผู้เชี่ยวชาญ

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

ระดับ A ข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที เป็นที่ยอมรับได้ทางจริยธรรม มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับมากและประสิทธิผลเป็นที่ประจักษ์ดีเลิศ

ระดับ B ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้วสามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่ต้องมีการเตรียมบุคลากรและจัดอุปกรณ์ ฝึกทักษะผู้ปฏิบัติเพิ่มเติมเล็กน้อย การยอมรับทางจริยธรรมไม่ค่อยชัดเจน มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับปานกลาง และประสิทธิผลเป็นที่ประจักษ์ชัดเจนพอควรในการประยุกต์ใช้

ระดับ C ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้วสามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่ต้องมีการเตรียมบุคลากรและจัดเตรียมอุปกรณ์เพิ่มเติมปานกลาง การยอมรับทางจริยธรรมอาจมีข้อโต้แย้งบ้าง มีข้อจำกัดของเหตุผลสนับสนุนในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และประสิทธิผลควรมีการพิจารณาอย่างรอบคอบในการนำไปประยุกต์ใช้

ระดับ D ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้วสามารถนำไปปฏิบัติต้องมีการเตรียมบุคลากรและจัดเตรียมอุปกรณ์เพิ่มเติมมาก การยอมรับทางจริยธรรมมีข้อโต้แย้งบ้าง มีเหตุผลสนับสนุนในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเล็กน้อย และประสิทธิผลเป็นที่ประจักษ์ยังมีข้อจำกัด

ระดับ E ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้วไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ไม่เป็นที่ยอมรับทางจริยธรรม ไม่มีเหตุผลสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงและไม่ปรากฏประสิทธิผล

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

1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์
 - 1.1 แนวปฏิบัติมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง
 - 1.2 คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก
 - 1.3 ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
 - 2.1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพ
 - 2.2 ผู้ให้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น
 - 2.3 มีการระบุกลุ่มผู้จะใช้แนวปฏิบัติอย่างชัดเจน
 - 2.4 แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย

3. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

- 3.1 มีการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ
- 3.2 ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยชัดเจน
- 3.3 ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน
- 3.4 มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบและความเสี่ยงในการกำหนด

ข้อเสนอแนะ

- 3.5 ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน ที่ชัดเจน
- 3.6 แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒินอกองค์กร ก่อนนำมาใช้
- 3.7 ระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย

4. ความชัดเจนและการนำเสนอ

- 4.1 ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปแบบ เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ และกลุ่มผู้ป่วย

ตามที่ระบุในหลักฐาน

- 4.2 ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์
- 4.3 ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจได้ง่าย
- 4.4 มีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ เช่น แผนผังหรือการสรุปแนวทางที่ผู้ใช้แนว

ปฏิบัติต้องทำ

5. การประยุกต์ใช้

- 5.1 ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้
- 5.2 มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ
- 5.3 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ

6. ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ

- 6.1 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดยอิสระจากผู้จัดทำ
- 6.2 มีการบันทึกข้อคิดเห็นที่ขัดแย้งกันภายในทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การประเมินกำหนดให้มีผู้ที่มีความรู้เรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 4 คนหรืออย่างน้อย 2 คน โดยการกีดคะแนนของแต่ละหมวด ในแต่ละข้อแบ่งการให้คะแนน 1-4 (ไม่เห็นด้วย = 1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4) ใช้สูตรดังต่อไปนี้

คะแนนที่ได้ในแต่ละหมวด - คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด X 100

คะแนนรวมสูงสุดในแต่ละหมวด - คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด



ระดับคะแนนการประเมินโดยรวมของคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก

ระดับคะแนนมากกว่า 60 % คุณภาพ แนวปฏิบัติทางคลินิกอยู่ในระดับดีมาก

ระดับคะแนน 30-60 % คุณภาพ แนวปฏิบัติทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนน้อยกว่า 30 % คุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกอยู่ในต่ำ ไม่แนะนำให้ใช้

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ ซึ่งสุครักษ์ พิระกันทา (2550) ได้พัฒนาขึ้นสำหรับงานแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยอาศัยแนวคิดของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ (National Health and Medical Research Council; NHMRC อ้างใน จวีวรรณ ธงชัย, 2548) และต่อมาที่มอดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ได้นำมาปรับปรุง ทดลองใช้ในคลินิกจิตเวชที่ให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน แบบผู้ป่วยนอกเพื่อผลลัพธ์ในเรื่อง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกของกลุ่มงานจิตเวช แบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย และประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) การให้ความรู้และการจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา 5) การดูแลต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและ 6) การติดตามและพัฒนาคุณภาพ 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 (สาธุพร พุฒขาว, 2541) (level 4A)
- 2.1.3 นับจำนวนเม็ดยาที่รับประทานตามแผนการรักษา (Vik et al., 2004) (level 1A)
- 2.2 ประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating scale) (Pharoah et al., 2003) (level 1A)
- 2.3 การประเมินอาการข้างเคียงและปัญหาที่เกิดการรักษาดด้วยยา (Maneesakorn, 2006) (level 2A)
- 2.4 ประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดการรักษาดด้วยยา (Maneesakorn, 2006) (level 2A)
- 2.5 ประเมินการให้ความสำคัญและความมั่นใจต่อการรักษาดด้วยยา (Maneesakorn, 2006) (level 2A)
- 3. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาดด้วยยา
 - 3.1 การสร้างกลยุทธ์เพื่อกระตุ้นความร่วมมือในการรักษาดด้วยยา
 - 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 บันทึกการรับประทานยาดด้วยตนเองหรือให้ญาติช่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง (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 นัดผู้ป่วยมาพบกับจิตแพทย์เป็นระยะเพื่อติดตามผลการตรวจรักษาและลดความวิตกกังวลจากการรักษาดด้วยยา (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 ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
ควรครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้ (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 ติดตามผลการรักษาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์แรกของการรักษาในรายที่ขาด
ความร่วมมือในการรักษา โดยมีเป้าหมายดังนี้ (Salzer et al., 2004) (level 4A)

5.1.1 ให้แรงเสริมทางบวกในพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการ
รับประทานยา

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 2 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 อัตราการกลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการขาดความร่วมมือใน
การรักษาด้วยยา (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)

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวคิดเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การทบทวนวรรณกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นเรื่องที่สำคัญตลอดจนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในหน่วยงานมีความจำเป็นอย่างมาก การศึกษาและทบทวนผลลัพธ์หลังการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ อย่างไรก็ตามในการเริ่มต้นการเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ย่อมมีปัญหาอุปสรรคและการคัดค้านการใช้แนวปฏิบัติเกิดขึ้นได้ อาจมีข้อจำกัดทางด้านสารสนเทศ และปัญหาจากผู้ครอบงำ (Pearson, Field & Jordan as cited in Hutchinson and Baker, 2007)

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในการวัดผลลัพธ์การดูแลสุขภาพซึ่งในอดีตพบปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาและการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการขาดความร่วมมือจากแพทย์ ดังนั้นการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ควรมีการชักชวนให้แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในทีมและมีการปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับการนำมาใช้ในหน่วยงาน (Pearson, Field & Jordan, 2007)

แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดความแตกต่างในแนวทางการรักษาของแพทย์และอาจทำให้ค่าใช้จ่ายและผลการรักษาลดลง ประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ป้องกันผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษาและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จิตร ลิทธิธร, 2543) นอกจากนี้การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกยังช่วยในการวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง เป็นแนวทางในการเลือกการรักษาที่เหมาะสม และยังช่วยปรับการรักษาให้เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย (วิทยา ศรีคามา, 2544)

ขั้นตอนในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวทางการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกตามแนวคิดของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) สามารถแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ ได้แก่

1.1 การสร้างความตระหนักในทีมผู้ปฏิบัติถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งในรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการตามสถานการณ์ที่เป็นไปได้

1.2 ทำความตกลงร่วมกันในทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยให้ผู้ปฏิบัติได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งจะสามารถแก้ไขได้โดยการใช้แนวปฏิบัติ สอนทักษะที่จำเป็น ช่วยให้เกิด

แรงจูงใจการใช้แนวปฏิบัติ และเป็นที่ปรึกษาตอบคำถามต่างๆ ในกรณีมีปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความพร้อมในการใช้แนวปฏิบัติร่วมกัน

1.3 จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้ เครื่องมือประกอบด้วยแนวปฏิบัติ ข้อสรุปของแนวปฏิบัติ หัวเรื่องในการจัดทำสื่อ ผู้ที่เชี่ยวชาญ และวัฒนธรรมในหน่วยงาน จากการศึกษาพบว่า การใช้เครื่องมือในการให้ความรู้เพียงวิธีเดียวจะมีผลต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพน้อย การใช้เครื่องมือในการให้ความรู้แบบผสมผสานหลายวิธีจะช่วยให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพสูง

1.4 มีสิ่งสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางการเงิน ความพึงพอใจของบุคลากรในด้านการได้รับสนับสนุนทางวิชาการ การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก นโยบายสนับสนุนของผู้บริหาร และรูปแบบวิธีการติดตามประเมินผลลัพธ์

2. ขั้นตอนในการ

2.1 การกำกับติดตามการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้ทีมผู้ปฏิบัติเกิดการเรียนรู้ ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น และช่วยให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติให้มีความถูกต้องเหมาะสม และประชุมกลุ่มร่วมกัน ในการปรับปรุงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ การวางแผนดูแลแก้ไขปัญหาร่วมกันบนพื้นฐานหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์

2.2 ติดตามผลจากการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กันและการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ทำให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

2.3 การสัมมนาและการประชุมกลุ่มร่วมกัน เป็นการเข้าร่วมประชุมโดยการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและมีการติดตามผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ในการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ในการที่จะทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

2.4 ระบบเตือนผู้ปฏิบัติในการทำงานประจำ ระบบย้าเตือนจะช่วยทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความตระหนัก ซึ่งอาจทำได้โดยการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย หรือการเตือนโดยระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งจะมีผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2.5 ปรับปรุงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุก 3 ปี โดยอาศัยงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างเป็นรูปแบบการดูแลอย่างมีมาตรฐาน ทำให้กิจกรรมการปฏิบัติมีความชัดเจน ไม่สับสนเปลืองค่าใช้จ่าย มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการดูแล และหากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถใช้แนวปฏิบัติ

สอดคล้องกับการดูแล นอกจากนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการปฏิบัติได้รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ ทั้งบุคลากรและผู้ป่วย

2.6 การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ การใช้คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ในการจัดการระบบข้อมูล การประเมินผล แก่ไข เผยแพร่และช่วยในการวางแผน และนำแนวปฏิบัติไปใช้ จะช่วยทำให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลและมีการเชื่อมโยงข้อมูลได้เร็วขึ้น

3. ขึ้นประเมินผล

หลักการประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรกำหนดชัดเจน เช่น การประเมินผลในระยะสั้น และระยะยาว รวมทั้งควรมีความครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านกระบวนการ ด้านการปฏิบัติ และด้านผลลัพธ์ ดังนี้

3.1 การประเมินผลการเผยแพร่แนวปฏิบัติ ในลักษณะการใช้สื่อ เช่น จดหมาย การตีพิมพ์ในวารสาร ไปสเตอร์ เป็นต้น ผู้อ่านจะเข้าใจแนวปฏิบัติมากน้อยเพียงใด สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงกลยุทธ์การเผยแพร่บรรลุเป้าหมายหรือไม่ และเป็นการบ่งชี้การยอมรับแนวปฏิบัติ

3.2 การประเมินความต่อเนื่องของการใช้แนวปฏิบัติ โดยติดตามและรวบรวมข้อมูลสำหรับประเมินผล ภายหลังจากการเผยแพร่แนวปฏิบัติและลงมือปฏิบัติ เพื่อทำการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3.3 การประเมินการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยอาจศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติอย่างจริงจังกับกลุ่มผู้ปฏิบัติที่ไม่จริงจัง

4. การประเมินผลจำนวนการใช้แนวปฏิบัติ แสดงให้เห็นถึงการยอมรับแนวปฏิบัติ พิจารณาจากการประเมินแนวปฏิบัติ มีความชัดเจน ข้อมูลน่าเชื่อถือ และความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ

5. การประเมินผลค่าใช้จ่าย สามารถประเมินจากขั้นตอนการพัฒนา การเผยแพร่และการปฏิบัติ หรือเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้เห็นถึงความคุ้มค่า คุ่มทุน

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีผู้จัดทำไว้แล้วไปใช้ (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, 2543)

1. การตรวจสอบว่ามีสถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพใดที่ทำแนวปฏิบัติทางคลินิก ไว้แล้วนำแนวปฏิบัติทางคลินิกเหล่านั้นมาพิจารณาว่าสามารถนำมาใช้กับโรงพยาบาลของตนได้หรือไม่จะต้องปรับเปลี่ยนอย่างไร

2. กำหนดปัญหาแล้วหาแนวปฏิบัติทางคลินิก ที่มีตีพิมพ์อยู่ในวารสาร แล้วดำเนินการดังต่อไปนี้

2.1 กำหนดประเด็นโดยการกำหนดประเด็นปัญหาพิจารณาทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้

2.2 ค้นหาหลักฐาน

3. ประเมินกระบวนการจัดทำแนวปฏิบัติ

3.1 ระบุทางเลือกและผลลัพธ์ต่างๆ ไว้อย่างชัดเจน และผลลัพธ์ที่จะเกิดกับผู้ป่วย

3.2 ระบุกระบวนการค้นหา คัดเลือก และสังเคราะห์หลักฐานไว้อย่างชัดเจน และน่าเชื่อถือ

3.3 มีกระบวนการพิจารณาเปรียบเทียบประโยชน์ของผลลัพธ์ต่างๆ ที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือ มีความสมดุลระหว่างผู้รู้ด้านกระบวนการ ผู้ปฏิบัติ และผู้บริโภคน

3.3.1 แนวปฏิบัติมีความทันสมัยเพียงใด

3.3.2 แนวปฏิบัติได้ผ่านการทบทวนและทดสอบก่อนนำมาใช้

3.4 ประเมินข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ

3.4.1 ข้อเสนอแนะมีความหนักแน่นเพียงใด

3.4.2 ผลของการรักษามีมากเพียงใด มีประโยชน์มากกว่าโทษและคุ้มกับค่าใช้จ่ายหรือไม่

3.5 ประเมินประโยชน์ของข้อเสนอแนะต่อการดูแลผู้ป่วย

3.5.1 วัตถุประสงค์หลักของข้อเสนอแนะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่

3.5.2 ข้อเสนอแนะนั้นสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้หรือไม่

สรุปแล้วจะเห็นว่าขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจะมีลักษณะที่คล้ายกัน โดยการศึกษาครั้งนี้จะใช้ของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) เนื่องจากมีกระบวนการที่ชัดเจน มีความสะดวกและนำมาใช้ง่าย ประกอบด้วย การสร้างความมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การสนับสนุนและการกำกับติดตามการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและ การประชุมกลุ่มร่วมกันระหว่างทีมดูแลผู้ป่วย และมีการวัดผลลัพธ์ดังนี้

- 1) ระดับของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท
- 2) อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 3) การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการขาดความร่วมมือในการรักษา
- 4) การมาตรวจตามนัด
- 5) ความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและ
- 6) ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก

ในปัจจุบันแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยด้านองค์กร ผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้ป่วย ดังนี้

1. ด้านองค์กร ทำให้การบริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งลดค่าใช้จ่าย ทำให้การใช้ทรัพยากรและการบริการมีความคุ้มค่าคุ้มทุน อีกทั้งเพื่อใช้เป็นเครื่องมือของการประเมินจากภายนอกเพื่อเพิ่มคุณภาพของบริการ (จิตร สิริธรรม, 2543)
2. ด้านผู้ประกอบวิชาชีพ แนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถประยุกต์ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ร่วมกับการดูแลและลดความเสี่ยงของการผิดพลาดจากการปฏิบัติในบริการสุขภาพ (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิก ส่งเสริมการทำงานระหว่าง สหสาขาวิชาชีพ ช่วยในการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติใช้วิจารณญาณร่วมกับความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548)
3. ด้านผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีความคุ้มค่ามากขึ้น (cost-effective) การพิจารณาเลือกแนวทางการรักษาจำเป็นต้องพิจารณาถึงความคุ้มค่าของการวินิจฉัย หรือรักษาวิธีต่างๆ การเลือกการวินิจฉัยและรักษาที่มีค่าใช้จ่ายปานกลาง และได้ผลการรักษาที่ดีเทียบเท่าการรักษาที่แพงกว่ามาก (วิทยา ศรีดามา, 2546) ลดค่าใช้จ่ายทำให้การใช้ทรัพยากรในการบริการมีความคุ้มค่า คุ้มทุนมากขึ้น (จิตร สิริธรรม, 2543)

สถานการณ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุขภาพ

โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุขภาพเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 305 เตียง ไม่มีตึกรับผู้ป่วยจิตเวชไว้ในอนรักษาในโรงพยาบาล มีเฉพาะการตรวจรักษาในคลินิกสัปดาห์ละ 1 วัน ที่กลุ่มงานจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะได้รับการรักษาด้วยยาเป็นหลัก จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีสวรรค์สุขภาพ พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับบริการในปี 2551, 2552, 2553 จำนวน 278, 330, 450 ราย ขาดนัดร้อยละ 10.38, 18.57, 20.22 และผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชเนื่องจากมีอาการที่รุนแรงขึ้นร้อยละ 7.27, 10.79, 15.10 ตามลำดับ จากปัญหาดังกล่าวเพื่อเป็นการป้องกันอาการกำเริบจากการขาดยาที่สืบเนื่องมาจากการขาดนัด ทางกลุ่มงานจิตเวชได้มีการติดตามผู้ป่วยขาดนัดโดยการส่งจดหมายติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ บางรายอาจมีการติดตามทางโทรศัพท์ หรือบางรายอาจได้รับการติดตามทั้งจดหมายและโทรศัพท์ภายหลังการขาดนัด แล้วแต่กรณี หากเลยระยะเวลาที่กำหนดในการติดตามจะส่งต่อไปให้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลติดตามต่อไป แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมายังคงพบ อัตราการขาดนัดที่สูงขึ้น อาการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยอาการกำเริบจากการขาดยาจนถึงขั้นทำร้ายผู้อื่น และตนเองจนเสียชีวิต ผู้ป่วยถูกส่งรักษาต่อในโรงพยาบาลจิตเวชด้วยอาการกำเริบ จากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการขาดยาที่สืบเนื่องมาจากการขาดนัด

จากปัญหาทางคลินิกดังกล่าวประกอบกับปัจจุบันเจ้าหน้าที่ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจ การนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines [CPGs]) ที่พัฒนาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์อย่างเป็น ระบบและชัดเจน ผ่านการวิเคราะห์ประโยชน์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า คุ่มทุน (NZGG, 2001) ซึ่งสุครัก พิละกันทา (2550) ได้พัฒนาขึ้นสำหรับงานแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยอาศัยแนวคิดของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ (National Health and Medical Research Council; NHMRC อ้างใน จวีวรรณ ธงชัย, 2548) และต่อมาที่มดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ได้นำมาปรับปรุง ทดลองใช้ที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก เกิดผลลัพธ์ที่ดี สอดคล้องในการแก้ปัญหาทางคลินิกของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาคาดว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถลดอาการกำเริบของโรคจิตเภทจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล จิตเวชเนื่องจากมีอาการที่รุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองและผู้อื่นลดลง การมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อแนวปฏิบัติที่ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยพบปัญหาทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ การขาดนัด ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา อาการกำเริบซ้ำจากการขาดยา ผู้ป่วยถูกส่งรักษาต่อในโรงพยาบาลจิตเวชด้วยอาการกำเริบ มีการติดตามผู้ป่วยขาดนัดเพื่อป้องกันอาการกำเริบจากการขาดยาแล้วแต่กรณี นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ยังมีการปฏิบัติในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่หลากหลาย รวมถึงพบผู้ป่วยอาการกำเริบจนถึงขั้นทำร้ายผู้อื่นและตนเองจนเสียชีวิต จากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการขาดยาที่สืบเนื่องมาจากการขาดนัด

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงนำแนวปฏิบัติทางคลินิกของอำภาศรี ศรียศ (2551) ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทมาใช้

และศึกษาถึงประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยดำเนินการศึกษาตามกรอบแนวคิดของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งมีขั้นตอนในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ ได้แก่ การทบทวนปัญหาในหน่วยงาน นำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาประเมินคุณภาพและปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล 2) ขั้นดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก และการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และ 3) ขั้นประเมินผลลัพธ์ และมีการวัดผลลัพธ์ดังนี้ 1) ระดับของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท 2) อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการขาดความร่วมมือในการรักษา 4) การมาตรวจตามนัด 5) ความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและ 6) ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยคาดว่าจะสามารถลดอาการกำเริบของโรคจิตเภทจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท การส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล จิตเวช เนื่องจากมีอาการรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองและผู้อื่นลดลง การมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ต่อการใช้แนวปฏิบัติส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท