

IHoMe-PCC: การบริหารทางเภสัชกรรมจากมุมมองเชิงระบบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

จักรกฤษณ์ หงษ์ทอง¹, จุฑามณี ดุษฎีประเสริฐ², นุศราพร เกษสมบุญ^{3*}

¹ หลักสูตรการจัดการเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

³ สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* ติดต่อผู้พิมพ์: นุศราพร เกษสมบุญ สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

โทรศัพท์: 043-362-090 โทรสาร: 043-362-090 Email: nusatati@gmail.com

บทคัดย่อ

IHoMe-PCC: การบริหารทางเภสัชกรรมจากมุมมองเชิงระบบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

จักรกฤษณ์ หงษ์ทอง¹, จุฑามณี ดุษฎีประเสริฐ², นุศราพร เกษสมบุญ^{3*}

ว. เภสัชศาสตร์อีสาน 2562; 15(3) : 84-94

รับบทความ : 28 มกราคม 2562

แก้ไขบทความ: 10 เมษายน 2562

ตอบรับ: 17 เมษายน 2562

โรคจิตเภท (Schizophrenia) ใช้การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตลดการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำได้ อย่างไรก็ตาม พบความชุกของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ร้อยละ 41 ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ก่อความรุนแรงในชุมชน และมีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Rehospitalization) วิธีการดำเนินการวิจัย: เพื่อพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวชเชิงระบบ (Integrated Hospital Medication Management System for Psychiatric Pharmaceutical Care, IHoMe-PCC) โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อการจัดการระบบยาโรงพยาบาลเชิงบูรณาการ (IHoMe 2017) ด้วยกระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (Shared decision making), วิเคราะห์ Gap analysis และการส่งต่อข้อมูลการดูแลไปยังทีมสุขภาพและชุมชน ผลการศึกษาและสรุป: การบริหารทางเภสัชกรรม 2 ราย ที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง ไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำอีกภายใน 90 วัน และมีความพึงพอใจต่อระบบบริการในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การบริหารทางเภสัชกรรม, การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม, ผู้ป่วยโรคจิตเภท



IHoMe-PCC: Pharmaceutical Care from a Systems Perspective in Case Study of Schizophrenia Patients

Charkkrit Hongthong¹, Juthamanee Dudsadeeprasert², Nusaraporn Kessomboon^{3*}

¹ Pharmacy Management Course, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khonkaen University

² Pharmacy Department of a Mental Health Hospital, Ministry of Public Health

³ Division of Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khonkaen University

* **Corresponding author:** Division of Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khonkaen University, 40002

Tel: +66 043-362-090, E-mail: nusatati@gmail.com

Abstract

IHoMe-PCC: Pharmaceutical Care from a Systems Perspective in Case Study of Schizophrenia Patients

Charkkrit Hongthong¹, Juthamanee Dudsadeeprasert², Nusaraporn Kessomboon^{3*}

IJPS, 2019; 15(3): 84-94

Received: 28 January 2019

Revised: 10 April 2019

Accepted: 17 April 2019

Antipsychotic drug treatment of schizophrenia patients can reduce relapse and recurrent of illness. However, the prevalence of non-adherence to antipsychotic medication in schizophrenia was 41% which increased the risk of self-harm, community violence, and rehospitalization. **Materials and Method:** Integrated Hospital Medication Management System for Psychiatric Pharmaceutical Care (IHoMe-PCC) was developed by focusing on patient-centered approach which using the integrated hospital medication management system 2017 (IHoMe 2017), implementation of shared decision making, gap analysis, and sharing patient information to health care team and community care team. **Result and conclusion:** The 2 case studies of serious mental illness with high risk to violence revealed that IHoMe-PCC could improve patient medication adherence, no rehospitalization within 90 days, and earning the highest patient satisfaction rating.

Keywords: pharmaceutical care, shared decision making, schizophrenia patients

บทนำ (Introduction)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง ในบางสภาวะผู้ป่วยอาจไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง เนื่องจากมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน (Lortrakul and Sukanich, 2012) เพศชายมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าเพศหญิง 1.4 เท่า (Suttajit and Srisurapanont, 2009) สาเหตุของการเกิดโรคเกิดจากความผิดปกติของสมอง การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Antipsychotics drug) ถือเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาเพื่อช่วยควบคุมอาการทางบวกและยังสามารถลดการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ด้วย (Lortrakul and Sukanich, 2012) พบความชุกของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non-adherence) ร้อยละ 41

(Haddad *et al.*, 2014) ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและจำเป็นต้องกลับมารับการรักษาซ้ำจนกระทั่งทำให้มีอาการถาวรและส่งผลให้ต้นทุนด้านการรักษาเพิ่มขึ้นอีกด้วย ปัจจุบันการบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวช (Psychiatric pharmaceutical care) ประกอบไปด้วยการทบทวนประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย, ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, ประเมินผลจากห้องปฏิบัติการ, ประเมินรายการยาที่ใช้ในปัจจุบันว่าเหมาะสมหรือไม่, ระบุปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคทางจิตเวช (Drug related problems, DRPs) ให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและแพทย์เพื่อแก้ไขหรือป้องกันปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคทางจิตเวช, ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง

โรคและยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในเบื้องต้นได้และติดตามผลลัพธ์ทางการรักษารวมถึงความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Kanjanasilp and Ploylearmsang, 2016)

การบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวชในปัจจุบันอาจไม่เพียงพอแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ซึ่งมีรายงานอัตราการรับผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วัน มีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Rehospitalization rate) เฉลี่ยต่อเดือน 20 ราย ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการรักษาและความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อการจัดการระบบยาโรงพยาบาลเชิงบูรณาการ (Patient-Centered Care towards Integrated Hospital Medication Management System, IHoMe 2017) (IHoMe Network *et al.*, 2017) พัฒนาใหม่เป็น IHoMe Psychiatric Pharmaceutical care (IHoMe-PPC) เพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้

IHoMe 2017 (IHoMe Network *et al.*, 2017) ประกอบไปด้วยข้อมูลหลัก 2 หัวข้อ คือ การระบุปัญหา (Problem list) และ วางแผนจัดการ (Management plan) ส่วนที่ปรับปรุงเพิ่มใน IHoMe-PPC ประกอบด้วย กระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (Shared decision making, SDM), การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันเปรียบเทียบระหว่างมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 กับระบบการให้บริการของโรงพยาบาลและจัดการปัญหาเชิงระบบจากการวิเคราะห์ (Gap analysis) และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเข้าสู่ศูนย์ติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อให้ทีมสหวิชาชีพและศูนย์ติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภตดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน ตารางเปรียบเทียบ IHoMe 2017 กับ IHoMe-PPC ดังตารางที่ 1

SDM เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการตรวจ การรักษา การดูแลตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ของแต่ละฝ่าย เพื่อใช้ช่วยในการตัดสินใจ เนื่องจากความเชี่ยวชาญที่ต่างกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Rational Use of Drug Subcommittee, 2017) ส่วนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมโดยเภสัชกรคือ “กระบวนการที่เภสัชกรและผู้ป่วยร่วมกันตัดสินใจเลือกในการรักษาด้วยยา โดยเภสัชกรจะอธิบายรายละเอียดของประโยชน์

และความเสี่ยงในแต่ละทางเลือกที่มีอยู่ ในการตัดสินใจจะคำนึงถึงความต้องการตามเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ” (Anderson *et al.*, 2015) การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมโดยเภสัชกรส่งผลเพิ่มความเข้าใจเรื่องยาของผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่ายาที่ใช้มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงที่สำคัญอะไรบ้าง, กระบวนการนี้ยังช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย (Blagburn and Simpson, 2014; Aljumah and Hassali, 2015) และสามารถลดการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยลงได้เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยมากขึ้นเพราะมีการตระหนักถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดแก่ตนเอง (Anderson *et al.*, 2015) กระบวนการการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมมี 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Elwyn *et al.*, 2012) 1) Choice talk เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการเลือก โดยเภสัชกรมีบทบาทในการใช้ความรู้เรื่องโรค เรื่องการรักษา และเรื่องยา แก่ผู้ป่วย เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีทางเลือกที่เหมาะสม ถือเป็นกระบวนการวางแผน 2) Option talk คือ กระบวนการพูดคุยเกี่ยวกับตัวเลือก เป็นขั้นตอนการให้ข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับตัวเลือกในการรักษาต่างๆ 3) Decision talk คือกระบวนการพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือก โดยพิจารณาบนพื้นฐานเป้าหมายความต้องการของผู้ป่วยและเป็นทางเลือกในการรักษาที่ดีที่สุด

วิธีการดำเนินการวิจัย (Materials and Method)

กรณีศึกษาครั้งนี้เพื่อพัฒนาการให้บริการทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวชด้วยการจัดการเชิงระบบโดย IHoMe-PCC ในผู้ป่วยโรคจิตเภท (รหัสการวินิจฉัย F20 - 29) (ผู้ป่วยใน) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหายุงยากซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน เป็นผู้ป่วยที่มีความตระหนักรู้และไม่มีอาการทางจิตที่รุนแรงโดยผ่านการประเมินจากจิตแพทย์แล้วว่าสามารถเข้าร่วมกระบวนการการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมได้และผู้ป่วยและญาติยินยอมเข้าร่วมการศึกษาตามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ยกเว้นผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยโรคจิตเภทครั้งแรกและได้รับการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย งานวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE612187)



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระหว่าง IHoMe 2017 และ IHoMe-PPC

ส่วนประกอบ		IHoMe 2017	IHoMe-PPC
1. การระบุปัญหา (Problem list)	1.1 Patient Perspective	1.1.1 Illness 1.1.2 Family focus	
	1.2 Provider Perspective	1.2.1 SOAP Note	
	1.3 Drug system	1.3.1 คัดเลือกยา 1.3.2 การจัดซื้อ 1.3.3 นโยบายการจัดการคลังและกระจายยา 1.3.4 การใช้ยา	เพิ่มการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน เปรียบเทียบระหว่างมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 กับระบบการให้บริการของโรงพยาบาลและจัดการปัญหาเชิงระบบจากการวิเคราะห์ Gap analysis
	2.1 Comprehensive Care		
	2.2 Integrated Care		
2. วางแผนจัดการ (Management plan)	2.3 Coordinated Care		เพิ่มการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเข้าสู่ศูนย์ติดตามผู้ป่วยเพื่อติดตามต่อเนื่องถึงชุมชน
	2.4 Continuity Care		
	2.5 Therapeutic Relationship		เพิ่มกระบวนการการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมโดยเภสัชกร (Share Decision From) 3 ขั้นตอน 1) Choice talk 2) Option talk 3) Decision talk

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. พัฒนาเครื่องมือการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อการจัดการระบบยาโรงพยาบาลเชิงบูรณาการ (Patient-Centered Care towards Integrated Hospital Medication Management System, IHoMe 2017) เป็น IHoMe Psychiatric Pharmaceutical care (IHoMe-PPC) ดังตารางที่ 1

2. ให้การบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวชด้วยการจัดการเชิงระบบโดย IHoMe-PPC

ผู้วิจัยนำเสนอการให้บริการทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวชด้วยการจัดการเชิงระบบโดย IHoMe-PCC กรณีศึกษา 2 ราย ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ชายไทยเดี่ยว อายุ 36 ปี สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุลินธิ์นำส่งโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยอาละวาดและขโมยรถมอเตอร์ไซด์ผู้อื่นไปขับ จิตแพทย์วินิจฉัยโรคจิตเภท (F20) ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน (เข้ารับการรักษาซ้ำเป็นครั้งที่ 7 เริ่มรักษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544) และมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ปฏิเสธโรคประจำตัวสาเหตุอาการกำเริบจากการดื่มสุราและดื่มกาแฟ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจะออกกำลังกายหลังเลิกงานทุกวันโดยการเล่นฟุตบอลกับเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยสูบบุหรี่ 5 มวนต่อวัน ดื่ม

สุรา 1–2 ครั้งต่อสัปดาห์ ดมกาวและใช้สารกระตุ้นบางครั้งที่สามารถหาได้ อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ได้จากที่วัด เนื่องจากไปช่วยงานหลวงพ่ที่วัดใกล้บ้านเช้าและเที่ยง ส่วนอาหารเย็นมารับประทานที่บ้านป่าเพราะป่าขายอาหาร

ผู้ป่วยขาดยา 2 สัปดาห์ เนื่องจากคิดว่าหายจากอาการดังกล่าวแล้วและไม่ร่วมมือในการใช้ยา จากรายการยาที่รับล่าสุดก่อนเข้ารับการรักษาคือ Diazepam 10 mg 1*1 hs, Trihexyphenidyl 5 mg 1*2 pc, Risperidone 2 mg 1*1 pc เข้า, 2*1 pc เย็น และ Sodium Valproate 200 mg 1*2 pc

1.2 การระบุปัญหา (Problem list)

1.2.1 Patient Perspective

1.2.1.1 Illness

การรับรู้ต่อเรื่องโรคและยา ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีอาการทางจิตเมื่อมีหูแว่ว เห็นภาพหลอนและอาการจะเกิดหากผู้ป่วยไม่รับประทานยา ความคาดหวังต่อการรักษาครั้งนี้ ผู้ป่วยไม่คาดหวังว่าจะหายขาดจากโรคนี้แต่คาดหวังว่าอาการทางจิตจะไม่กลับมาอีกหากรับประทานยาต่อเนื่องเพราะว่าอยากทำงานหาเงินเลี้ยงน้องชาย จากแบบสรุปการจัดการรายกรณีของโรงพยาบาล พยาบาลจิตเวชได้สรุปปัญหาของกรณีศึกษาจากปัจจัยนำ (Predisposing factors) ผู้ป่วยเคยดมกาว ดื่มสุรา และสารกระตุ้นเนื่องจากทำงานร้านซ่อมมอเตอร์ไซด์ บิดา มารดา และภรรยาเสียชีวิตแล้ว จึงขาดผู้ดูแลหลัก ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) มุมผู้ป่วย: ผู้ป่วยไปหาข้าวกินที่วัด ถูกมองว่าไปรบกวนและรู้สึกโกรธที่ชาวบ้านแจ้งสุกน้าส่งโรงพยาบาล มุมชาวบ้านในชุมชน: ผู้ป่วยกินข้าวแล้วทำสกปรก จึงตำหนิ แต่ผู้ป่วยกลับโวยวายแล้วทำลายข้าวของ ปัจจัยซ้ำเติม (Perpetuation factors) ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ คนดูแลหลัก (ป้า) ดูแลไม่ไหวและมีแนวโน้มทอดทิ้งผู้ป่วย ปัจจัยป้องกัน (Protective factors) ให้อาาที่ออกฤทธิ์เน้นเพื่อควบคุมอาการและให้ป่าช่วยดูแล ดังนั้นประเด็นปัญหา (Problem list) การรักษาไม่สม่ำเสมอ: ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Drug Adverse Reaction) คือ มีประวัติเกิด Neuroleptic malignant syndrome (NMS) จากการใช้ยาจิตเวช ญาติดูแลไม่ไหว และชุมชนมีความเบื่อหน่าย

1.2.1.2 Family focus

ผู้ป่วยเป็นบุตรชายคนโตของครอบครัว อยู่กับน้องชายอายุ 13 ปี เรียนหนังสืออยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อาศัยอยู่ที่บ้านของแม่และพ่อเลี้ยง (เสียชีวิตแล้วทั้งคู่) บ้านอยู่ร่วเดียวกับป่า (พี่สาวพ่อ) ซึ่งที่ดินกำลังจะโดนยึดส่งผลให้ผู้ป่วยมีความกังวล

จึงดมกาว ผู้ป่วยเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีอาชีพรับจ้างรายวันที่ร้านซ่อมมอเตอร์ไซด์รายได้เฉลี่ยวันละ 300 บาท ให้น้องไปโรงเรียนวันละ 100 บาท ที่เหลือใช้จ่ายส่วนตัว

1.2.2 Provider Perspective: SOAP Note

ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการใช้ยา คือ การไม่รับประทานยา แพทย์สั่ง (failure to receive medication) : ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของตัวผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องอาศัยรับประทานอาหารเย็นจากบ้านป่า ดังนั้นหากวันใดที่ผู้ป่วยไม่ได้มาบ้านป่า ผู้ป่วยก็จะไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่องและก่อนนอนเป็นส่วนใหญ่ตามแผนการรักษาจิตแพทย์จึงปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยการให้ยา Diazepam 10 mg 1*1 hs, Trihexyphenidyl 5 mg 1*2 pc, Risperidone 2 mg 1*1 pc เข้า, 2*1 pc เย็น, Chlorpromazine 50 mg 1*1 hs และให้อาาที่ออกฤทธิ์เน้นเพื่อคุมอาการคือ Fluphenazine decanoate 50 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเดือนละครั้ง ทุกวันที่ 23 ของเดือน ดังนั้นเภสัชกรจึงนำข้อมูลในส่วนของ illness ของผู้ป่วยมาใช้เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยกระบวนการการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (SDM) และส่งต่อข้อมูลกับทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

1.2.3 Drug system

จากการวิเคราะห์ Gap analysis พบว่า การติดตามการใช้ยาอาจมีความจำเป็นในผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเพื่อติดตามการใช้ยาถึงชุมชนเนื่องจากเภสัชกรเป็นวิชาชีพที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยามากที่สุด เมื่อจิตแพทย์ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน นักสังคมสงเคราะห์เข้าร่วมประเมินผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลหลักและไม่ร่วมมือในการใช้ยา ทำให้มีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำอีก นักสังคมสงเคราะห์จึงเสนอให้เภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยด้วย

1.3 วางแผนจัดการ (Management plan)

1.3.1 Comprehensive Care

การรักษาปัจจุบัน: จิตแพทย์ให้การรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์เน้นเพื่อควบคุมอาการ

เป้าหมายของการรักษา: ผู้ป่วยใช้ยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ

แผนการดูแล: ทีมสหวิชาชีพร่วมดูแล ทุกด้านทั้ง กาย จิต และสังคม

1.3.2 Coordinated Care

เภสัชกรควรประเมินปัญหาด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยาว่าเกิดจากสาเหตุใดและวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Pharmaceutical care plan) โดยนำข้อมูลใน

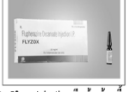
ส่วนของ illness มาประกอบการวางแผน จากนั้นส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหวิชาชีพ (สื่อสารผ่านใบสหวิชาชีพในแฟ้มผู้ป่วย) และร่วมลงพื้นที่เพื่อส่งต่อข้อมูลการดูแลให้กับทีมสหวิชาชีพในชุมชน

1.3.3 Continuity Care

ทีมสหวิชาชีพที่ลงพื้นที่ติดตามถึงชุมชนประกอบไปด้วย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวชชุมชน เกษัชกร พยาบาลในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนชุมชน และเจ้าหน้าที่เทศบาล ร่วมกันพูดคุยเพื่อแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย เกษัชกรมีบทบาทให้ความรู้เรื่องยา ความคาดหวังต่อการรักษาของผู้ป่วยกับญาติ คนดูแลผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยในเรื่องการใช้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ร่วมติดตามการใช้สารกระตุ้นโดยสุ่มตรวจปัสสาวะอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี

1.3.4 Therapeutic Relationship

จากข้อมูล IHoMe-PCC เกษัชกรนำมาใช้ในกระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (SDM) เสนอทางเลือกการรับประทานยาให้ผู้ป่วย 3 ทางเลือก ผ่านกระบวนการทั้ง 2 ขั้นตอน คือ 1) Choice talk เกษัชกรพูดคุยเพื่อให้ความรู้เรื่องโรค เรื่องการรักษาด้วยยา เรื่องยาและอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากการใช้ยาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีทางเลือกที่เหมาะสม และ 2) Option talk โดยเสนอทางเลือกดังภาพที่ 1 เกษัชกรอธิบายแต่ละทางเลือกแก่ผู้ป่วย โดยการปรับมือการรับประทานยาให้เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จากนั้นเว้นระยะเวลาให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจ 1 วัน ก่อนเข้าสู่กระบวนการขั้นที่ 3 Decision talk เมื่อให้ผู้ป่วยเลือก ผู้ป่วยรายนี้เลือกทางเลือกการรักษาที่ 3 เนื่องจากเหตุผลของกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยช่วงเย็นที่รับประทานอาหารที่บ้านป่าและบ่อยครั้งที่ไม่ได้รับประทานยามื้อก่อนนอน

ทางเลือกการรักษาที่ 1					ทางเลือกการรักษาที่ 2					ทางเลือกการรักษาที่ 3				
รายการที่ได้รับ	หัตถ์อาหารเช้า	หัตถ์อาหารกลางวัน	หัตถ์อาหารเย็น	ก่อนนอน	รายการที่ได้รับ	หัตถ์อาหารเช้า	หัตถ์อาหารกลางวัน	หัตถ์อาหารเย็น	ก่อนนอน	รายการที่ได้รับ	หัตถ์อาหารเช้า	หัตถ์อาหารกลางวัน	หัตถ์อาหารเย็น	ก่อนนอน
 Risperidone 2 mg	1 เม็ด			2 เม็ด	 Risperidone 2 mg	1 เม็ด			2 เม็ด	 Risperidone 2 mg	1 เม็ด		2 เม็ด	
 Benhexol 5 mg	1 เม็ด		1 เม็ด		 Benhexol 5 mg	1 เม็ด			1 เม็ด	 Benhexol 5 mg	1 เม็ด		1 เม็ด	
 Chlorpromazine 50 mg				1 เม็ด	 Chlorpromazine 50 mg				1 เม็ด	 Chlorpromazine 50 mg			1 เม็ด	
 Diazepam 10 mg				1 เม็ด	 Diazepam 10 mg				1 เม็ด	 Diazepam 10 mg			1 เม็ด	
 Fluphenazine decanoate 50 mg injection ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 23					 Fluphenazine decanoate 50 mg injection ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 23					 Fluphenazine decanoate 50 mg injection ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 23				

ภาพที่ 1 ทางเลือกการรักษาที่ 1 ตามแพทย์สั่ง ทางเลือกการรักษาที่ 2 และ 3 เกษัชกรเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วย

ประเมินติดตามผลตามที่จิตแพทย์นัดผู้ป่วย 14 วัน ที่แผนกผู้ป่วยนอก เกษัชกรประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Morisky Medication Adherence, MMAS)¹ (Chabunthom, 2007) แปลโดยรสมาลินและคณะ, 2550 ผลการประเมินผู้ป่วยได้ 1 คะแนน นั่นคือผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีมาก และผลการประเมินความพึง

พอใจคุณภาพการบริการอยู่ในระดับพอใจมาก จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ชุมชนให้โอกาสจ้างงานรายวันได้วันละ 250 – 300 บาท ผู้ป่วยปฏิเสธการดื่มกาแฟหรือใช้สารกระตุ้น งดสูบบุหรี่ และดื่มสุรา จากกรณีศึกษาที่ 1 สามารถสรุปกิจกรรมที่ทำและเวลาที่ใช้ทั้งหมดแสดงดังตารางที่ 2

¹ แปลโดยรสมาลินและคณะ, 2550 และได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินจากผู้พัฒนาแบบประเมิน



ตารางที่ 2 การบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวชเชิงระบบกรณีศึกษาที่ 1 และ 2

การบริหารทางเภสัชกรรม ตามมาตรฐาน	เวลา (นาที)	กรณีศึกษาที่ 1	เวลา (นาที)	กรณีศึกษาที่ 2	เวลา (นาที)
1. การทบทวนประวัติการใช้ยา ของผู้ป่วย, ประเมินอาการไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยา, ประเมินผลจากห้องปฏิบัติการ, ทบทวนรายการยาที่ใช้ปัจจุบัน ว่าเหมาะสมหรือไม่ และระบุ ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (DRPs)	20	1. รวบรวมข้อมูลจาก IHoMe- PPC, วิเคราะห์ข้อมูล GAP analysis และใช้ข้อมูลเตรียม กระบวนการ SDM	46	1. รวบรวมข้อมูลจาก IHoMe-PPC, วิเคราะห์ข้อมูล GAP analysis และใช้ ข้อมูลเตรียมกระบวนการ SDM	45
2. ให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและ แพทย์เพื่อแก้ไขหรือป้องกัน ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา	15	2. Choice talk และ Option talk	32	2. ส่งต่อข้อมูลความคาดหวังต่อการ รักษาและคาดหวังว่าผู้ป่วยจะพัฒนา ตนเองเพื่อพิสูจน์ว่าตนเองมีค่ามี ประโยชน์ต่อครอบครัวให้ทีมสห วิชาชีพเพื่อแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่ ส่งผลต่อการใช้ยา	24
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค และยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ป้องกันและแก้ไขปัญหากับ การใช้ยา	15	3. เว้นช่วงการตัดสินใจ	1 วัน	3. Choice talk และ Option talk	37
4. ติดตามผลลัพธ์ทางการรักษา รวมถึงความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	15	4. Decision talk	27	4.วางแผนการบริหารทางเภสัชกรรม เพื่อการดูแลต่อเนื่อง	9
		5. วางแผนการบริหารทาง เภสัชกรรมเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	10	5. ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันและแก้ไข ปัญหากับการใช้ยาก่อนกลับบ้าน	15
		6. ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค และยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ป้องกันและแก้ไขปัญหากับ การใช้ยา	12	6. ติดตามผลลัพธ์ทางการรักษา รวมถึงความร่วมมือในการรักษาและ ความพึงพอใจในการให้บริการ	30
		7. ติดตามการใช้ยากถึงชุมชน	138		
		8. ติดตามผลลัพธ์ทางการรักษา รวมถึงความร่วมมือในการรักษาของ ผู้ป่วยและความพึงพอใจในการ ให้บริการ	25		
เฉลี่ยเวลา 1 ชั่วโมง 5 นาที		เวลาที่ใช้ 1 วัน 4 ชั่วโมง 50 นาที		เวลาที่ใช้ 2 ชั่วโมง 40 นาที	

กรณีศึกษาที่ 2

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ชายไทยเดี่ยว อายุ 25 ปี สิทธิการรักษาบัตรประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า บิดานำส่งโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยเมา
อาละวาดใช้ท่อนกล้วยตีพี่สาว จิตแพทย์วินิจฉัยโรคจิตเภท
(F20) ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน (เข้ารับการรักษา
ซ้ำเป็นครั้งที่ 4 เริ่มเข้ารับการรักษาเมื่อปี พ.ศ. 2558) และม
ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ปฏิเสธโรคประจำตัว
สาเหตุอาการกำเริบจากการดื่มสุราและผู้ป่วยขาดยา 2 เดือน
เนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาเพราะจะทำให้ไม่สามารถ
ไปดื่มสุราได้ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไม่ออกกำลังกาย

ผู้ป่วยสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน ดื่มสุราโดยเฉลี่ย 1 ขวด
กลมต่อวันส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาเมื่อเย็นเลย ดมกาว
และใช้สารกระตุ้นบางครั้งที่สามารถหาได้ อาหารที่รับประทาน
ส่วนใหญ่ทำเอง

1.2 การระบุปัญหา (Problem list)

1.2.1 Patient Perspective

1.2.1.1 Illness

การรับรู้ต่อเรื่องโรคและยา ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีอาการ
ทางจิตทุกครั้งหลังใช้สารเสพติด (สูบบุหรี่และดื่มสุรา) สามารถ
บอกได้ว่าอาการทางจิตที่ตนมีคือ หูแว่ว เห็นภาพหลอนและ
อาการจะเกิดซ้ำอีกเมื่อผู้ป่วยใช้สารเสพติด แต่จำเป็นต้องใช้



เนื่องจากน้อยใจครอบครัวและพี่สาวที่ว่ากล่าวผู้ป่วยว่าเป็นคนไม่มีประโยชน์ ผู้ป่วยเคยคิดอยากฆ่าตัวตายและผู้ป่วยรับรู้ของตนเองมีอาการซึมเศร้า หากได้กลับบ้านครั้งนี้ผู้ป่วยคาดหวังว่าผู้ป่วยจะพัฒนาตนเองเพื่อพิสูจน์ว่าตนเองมีค่าและมีประโยชน์ต่อครอบครัว ผู้ป่วยอยากหายจากโรคนี้ อยากเลิกดื่มสุราและรับรู้ว่าเป็นต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง จากแบบสรุปการจัดการรายกรณีของโรงพยาบาล พยาบาลจิตเวชได้สรุปปัญหาของกรณีศึกษาจาก ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ผู้ป่วยดื่มสุรา ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) โกรธพี่สาวที่ว่ากล่าวจึงทำร้ายด้วยการเอาต้นกล้วยตีพี่สาว ปัจจัยซ้ำเติม (Perpetuation factors) ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่มีงานทำ เป็นคนเลื่อนลอยจึงต้องพึ่งพิงครอบครัวจึงถูกตำหนิซ้ำ ๆ จากครอบครัว ปัจจัยป้องกัน (Protective factors) ครอบครัวรักผู้ป่วยและรู้ว่าผู้ป่วยขาดความสามารถจึงให้พึ่งพิงดังนั้นประเด็นปัญหา (Problem list) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การควบคุมตนเองและการยอมรับจุดด้อยมองหาจุดเด่นเพิ่มเสริมคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วย

1.2.1.2 Family focus

ผู้ป่วยเป็นบุตรชายคนเล็กจากพี่น้องทั้งหมด 2 คนรวมพี่สาว อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ ส่วนพี่สาวแต่งงานแล้วอยู่กับสามีในหมู่บ้านเดียวกันผู้ป่วยเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ไม่มีอาชีพ

1.2.2 Provider Perspective: SOAP Note

ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการใช้ยาคือ การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (failure to receive medication) : ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของตัวผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยดื่มสุราจึงไม่รับประทานยามื้อเย็น เภสัชกรให้ Intervention จิตแพทย์และทีมสหวิชาชีพเนื่องจากผู้ป่วยดื่มสุราเป็นประจำและอยากจะเลิกดื่มสุรา โดยเภสัชกรเสนอให้ยาช่วยเลิกสุรา Disulfulam ซึ่งเป็นกระบวนการทางเภสัชบำบัดและเสนอให้ผู้ป่วยเข้าโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตจากสุราของโรงพยาบาลเพื่อปรับพฤติกรรมร่วมด้วย จิตแพทย์พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัดสุราของโรงพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพจิตเวชเป็นผู้บำบัดและรักษาด้วยยาโดยปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยการให้ยาที่มีขนาดเพิ่มขึ้นจากเดิมคือ Risperidone 2 mg 1*2 (หลังอาหารเช้าและก่อนนอน), Trihexyphenidyl 2 mg 1*2 pc, Fluoxetine 20 mg 1*2 pc และ Clonazepam 2 mg 1*1 hs ดังนั้นเภสัชกรจึงนำข้อมูลในส่วน of illness ของผู้ป่วยมาใช้เพื่อเพิ่มความร่วมมือ

ในการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยกระบวนการการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (SDM) และส่งต่อข้อมูลกับทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

1.2.3 Drug system

จากการวิเคราะห์ Gap analysis พบว่า กระบวนการซักประวัติเดิมของโรงพยาบาลไม่มีการสอบถามเรื่องความคาดหวังต่อการรักษาของผู้ป่วย หากทีมสหวิชาชีพรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและตอบสนองได้ตรงจุดจะสามารถแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้ เภสัชกรจึงส่งข้อมูลความคาดหวังของผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจิตเวชได้ส่งผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัดสุราจำนวน 2 ครั้ง ผลประเมินก่อนและหลังการเข้ากลุ่มอยู่ในเกณฑ์ดีมาก โดยผู้ป่วยวางแผนร่วมกับพยาบาลวิชาชีพจิตเวชว่าจะหยุดสุราถาวรและนักกิจกรรมบำบัดให้เข้ากลุ่มเพื่อฝึกอาชีพเพื่อให้มีอาชีพและสามารถสร้างรายได้ให้กับผู้ป่วยได้

1.3 วางแผนจัดการ (Management plan)

1.3.1 Comprehensive Care

การรักษาปัจจุบัน: จิตแพทย์ให้การรักษาด้วยยาเป็นหลัก

เป้าหมายของการรักษา: ผู้ป่วยใช้ยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการไม่ให้กำเริบและให้ผู้ป่วยมีอาชีพการงานเพื่อสามารถสร้างรายได้

แผนการดูแล: ทีมสหวิชาชีพร่วมดูแล ทุกด้านทั้ง กาย จิต และสังคม

1.3.2 Coordinated Care

เภสัชกรส่งต่อข้อมูลความคาดหวังของผู้ป่วยให้กับทีมสหวิชาชีพ (สื่อสารผ่านใบสหวิชาชีพในแฟ้มผู้ป่วย) และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเข้าสู่ศูนย์ติดตามผู้ป่วยเพื่อติดตามต่อเนื่องถึงชุมชน

1.3.3 Continuity Care

เภสัชกรติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อประเมินการใช้ยาและอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดที่แผนกผู้ป่วยนอก

พยาบาลวิชาชีพจิตเวชร่วมกับทีมสหวิชาชีพร่วมติดตามผลการบำบัดสุราทุก 1 เดือนเป็นเวลา 1 ปี

นักกิจกรรมบำบัดร่วมกับทีมสหวิชาชีพร่วมติดตามผลหลังการฝึกอาชีพ

1.3.4 Therapeutic Relationship

เภสัชกรเริ่มกระบวนการการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมจากข้อมูล IHoMe-PPC ผ่านกระบวนการทั้ง 2 ขั้นตอนคือ 1) Choice talk เภสัชกรพูดคุยเพื่อให้ความรู้เรื่องโรค เรื่องการรักษาด้วยยา เรื่องยาและอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากการใช้ยา แก่ผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีทางเลือกที่เหมาะสมและ 2) Option talk โดยเภสัชกรพยายามเสนอทางเลือกให้กับผู้ป่วยเพื่อให้เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แต่มีข้อจำกัดด้านเภสัชจลนศาสตร์ของยาบางรายการ เภสัชกรจึงใช้ความคาดหวังของผู้ป่วยมาเป็นแรงจูงใจในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ร่วมกับให้ความรู้เรื่องยาและอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากการใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังจากยาที่ได้รับและก่อนผู้ป่วยกลับบ้านเภสัชกรจ่ายยาพร้อมคำแนะนำวิธีการใช้ยากับผู้ป่วยอีกครั้ง

จิตแพทย์นัดพบผู้ป่วย 14 วัน เพื่อติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก เภสัชกรประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วย MMAS (Chabunthom, 2007) ได้ 1 คะแนน (ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีมาก), ประเมินความพึงพอใจในคุณภาพการบริการอยู่ในระดับพอใจมากที่สุด และให้ความเห็นว่าจุดเด่นของการให้บริการครั้งนี้คือ เภสัชกรสุภาพและมีน้ำใจ จากผลการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยเริ่มปลูกผักพื้นบ้านเพื่อขายและเลี้ยงกบ ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราได้ 2 สัปดาห์และยังไม่ยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติดอีก ปัจจุบันรู้สึกว่าคุณค่าเพิ่มขึ้น จากกรณีศึกษาที่ 2 สามารถสรุปกิจกรรมที่ทำและเวลาที่ใช้ทั้งหมดแสดงดังตารางที่ 2

อภิปรายผลและสรุป (Discussion and Conclusion)

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวชในปัจจุบัน นอกจากการค้นหาคำตอบจากการใช้ยา และแก้ไขปัญหาดังกล่าว ด้วยวิธีการ SOAP note แล้วผู้วิจัยได้ปรับปรุง IHoMe 2017 เป็น IHoMe-PPC โดยมีการนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์เชิงระบบด้วยวิธี GAP Analysis เพิ่มกระบวนการการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม และการส่งต่อข้อมูลกับทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อการรักษาคือผู้ป่วยไม่คาดหวังว่าจะหายขาดจากโรคนี้ แต่หวังว่าอาการทางจิตจะไม่กลับมาอีกหากรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยขาดผู้ดูแลหลัก นักสังคมสงเคราะห์จึงเข้ามาร่วมดูแลและประเมินว่าสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จึงประสานเภสัชกรร่วมลงพื้นที่เพื่อ

แก้ไขปัญหา การบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวชในปัจจุบันอาจยังไม่ร่วมไปถึงการดูแลผู้ป่วยถึงชุมชน เป็นช่องว่างของระบบการบริการในผู้ป่วยที่มีปัญหายากซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน หากเภสัชกรร่วมส่งต่อข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ

กรณีศึกษาที่ 2 IHoMe-PCC เป็นเครื่องมือที่เภสัชกรใช้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีข้อมูล SOAP note การรับรู้การเจ็บป่วย ความคาดหวังต่อการรักษา พฤติกรรมสุขภาพ ประวัติการรักษา การเจ็บป่วย และการวิเคราะห์ปัญหารวมถึงการแก้ไขปัญหาเชิงระบบตามความต้องการของผู้ป่วยร่วมด้วย กรณีนี้พบช่องว่างของระบบบริการจากการวิเคราะห์ข้อมูลจาก IHoMe-PCC เนื่องจากกระบวนการซักประวัติของโรงพยาบาลไม่พบข้อมูลความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ป่วยรายนี้มีความคาดหวังว่าอยากหายจากโรคนี้และอยากฝึกอาชีพเพื่อพิสูจน์ตัวเองกับครอบครัว เภสัชกรส่งต่อข้อมูลกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ประสานนักกิจกรรมบำบัดฝึกอาชีพให้ผู้ป่วย

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ส่งผลให้เกิดการจัดการเชิงระบบด้วยการนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ร่วมกับสหวิชาชีพ ได้ปรับกระบวนการการทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย จากเดิมการบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวช (Kanjanasilp and Ploylearmsang 2016) เภสัชกรทบทวนประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย, ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, ประเมินผลจากห้องปฏิบัติการ, ประเมินรายการยาที่ใช้ในปัจจุบันว่าเหมาะสมหรือไม่, ระบุปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคทางจิตเวช (Drug related problems, DRPs) ให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและแพทย์เพื่อแก้ไขหรือป้องกันปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยารักษาทางจิตเวช, ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในเบื้องต้นได้และติดตามผลลัพธ์ทางการรักษารวมถึงความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มให้เภสัชกรคัดกรองและค้นหาคำตอบอย่างรอบด้านด้วย IHoMe-PCC เพราะการบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวชตามมาตรฐานทั่วไปอาจไม่ใช่เพียงการค้นหาคำตอบ DRPs การเก็บข้อมูลด้วย IHoMe-PCC ทำให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการได้ตรงจุด ซึ่งเป็นกระบวนการการทำงานที่มีความยืดหยุ่นเนื่องจากแต่ละกรณีมีความหลากหลายแตกต่างกัน ดังนั้นเภสัชกรควรมีข้อมูลและให้การบริหารทาง



เภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวชตามบริบทของผู้ป่วยและเพิ่มกระบวนการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่วนใหญ่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วย Hamann J. *et al.* ใช้กระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่นอนโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคดีขึ้น มีการยอมรับในยาที่ตนเองเลือกสูงขึ้นและมีความรู้ด้านสุขภาพจิตศึกษาเพิ่มมากขึ้นด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น (Hamann *et al.*, 2006) เช่นเดียวกับกรณีศึกษาทั้งสองเมื่อผู้ป่วยเลือกแล้วทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูง ส่วนการใช้กระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีจำกัด มีการศึกษาของ Younas *et al.* เรื่องมุมมองของเภสัชกรจิตเวชในกระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมโดยเภสัชกร เภสัชกรส่วนใหญ่ทราบว่ากระบวนการดังกล่าวส่งผลดีต่อผู้ป่วย แต่ยังมีอุปสรรคอยู่มากในกระบวนการการทำงาน เช่น การขาดทักษะในการให้บริการ (Younas *et al.*, 2016) เป็นต้น แต่กระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมโดยเภสัชกรมีการศึกษาในโรคซึมเศร้าโดย Aljumah and Hassali เป็นการศึกษาแบบสุ่มเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับ Intervention ด้วยกระบวนการการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมและกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบมาตรฐานเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าหลัง 6 เดือนผู้ป่วยมีความร่วมมือการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความพึงพอใจต่อการให้ Intervention โดยเภสัชกร (Aljumah and Hassali, 2015) และยังมีการเสนอรูปแบบของกระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมโดยเภสัชกร Schafer *et al.* การออกแบบแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (Template-guided SDM) เพื่อให้เภสัชกรใช้เป็นแนวทางพูดคุยกับผู้ป่วย (Schafer *et al.*, 2016) พบว่า มีประสิทธิภาพ มีความเป็นไปได้และเป็นที่ยอมรับ

จากกรณีศึกษา 2 รายนี้ ใช้กระบวนการการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของ Elwyn (Elwyn *et al.*, 2012) ร่วมกับขั้นตอนการสื่อสารเพื่อส่งเสริมให้มีการร่วมตัดสินใจของผู้ป่วยโดยโมเดล “SHARE Approach” (AHRQ, 2014) และแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (Template-guided SDM) (Schafer *et al.*, 2016) จึงเสนอกระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) ชวนผู้ป่วยให้มีส่วนร่วม (Seek your patient's participation) ในขั้นตอน Choice talk เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการเลือก ในขั้นตอนนี้เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยรู้ว่ามี

ทางเลือกที่เหมาะสม 2) ช่วยผู้ป่วยให้เข้าใจและเปรียบเทียบทางเลือกการรักษา (Help your patient explore and compare treatment options) ในขั้นตอน Option talk คือกระบวนการพูดคุยเกี่ยวกับตัวเลือก เป็นขั้นตอนการให้ข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับตัวเลือกในการรักษาต่าง ๆ 3) ประเมินคุณค่าและความชอบของผู้ป่วย (Assess your patient's values and preferences) จากกระบวนการทั้งหมดข้างต้น 4) ตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วย (Reach a decision with your patient) ในขั้นตอน Decision talk คือกระบวนการพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกโดยพิจารณาบนพื้นฐานเป้าหมายความต้องการของผู้ป่วยและเป็นทางเลือกในการรักษาที่ดีที่สุด 5) ประเมินและติดตามการตัดสินใจของผู้ป่วย (Evaluate your patient's decision) ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกทางที่เหมาะสมแล้วเภสัชกรประสานแพทย์เกี่ยวกับทางเลือกที่ผู้ป่วยเลือก ตามแบบฟอร์ม (Share Decision Making Form (SDM-Form): แบบฟอร์มการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมโดยเภสัชกร) ใน IHoMe-PCC (ภาคผนวก)

เมื่อผู้ป่วยมาตามนัดของจิตแพทย์เภสัชกรประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (MMSA) (Chabunthom, 2007) พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความร่วมมือในการใช้ยาสูง หลังจากการรับทราบทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวชด้วย IHoMe-PCC การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาดังด้วยแบบประเมินนี้ใช้อย่างแพร่หลายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Chakri and Apornee ใช้กระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมตามแนวทาง mhGAP for Schizophrenia ของ WHO 2011 แล้วประเมินความร่วมมือในการใช้ยาดังด้วย MMAS (Kaeokumbong and Chaiyakum, 2015) และ Tareke M. *et al.* ก็ใช้แบบประเมิน MMAS เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท (Tareke *et al.*, 2018) เช่นกัน

ประเด็นท้าทายของกรณีศึกษาครั้งนี้คือ การให้การบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาด้วย IHoMe-PCC กระบวนการการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (SDM) เภสัชกรยังขาดประสบการณ์และทักษะในกระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม อีกทั้งระยะเวลาที่ใช้ทั้งกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวชด้วย IHoMe-PCC ใช้เวลามากกว่า 2 ชั่วโมงต่อ 1 กรณีศึกษา หากเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปที่ไม่มีปัญหายุงยากซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน อาจให้การบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวชตามมาตรฐานทั่วไป (Kanjanasilp and Ploylearmsang, 2016) ได้

ส่วนการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (MMSA) แล้ว ยังมีอีกหลากหลายวิธี เช่น การนับเม็ดยา (pill count) เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาจากผลการบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวชจริง

การบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะสาขาจิตเวช โดยนำ IHoMe-PCC เพื่อจัดการเชิงระบบมาใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน พบว่าสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยและลดความเสี่ยงในการเกิดอาการกำเริบได้ จึงถือว่าเป็นกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยตามหลักมาตรฐานวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มากขึ้นและติดตามผลในระยะยาวเพื่อยืนยันถึงผลการรักษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบพระคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัย

References

- A. for H.R. and Q.(AHRQ). The SHARE Approach
Essential Steps of Shared Decision Making. 2014
Sep;(14).
- Aljumah, K. and Hassali, M.A. Impact of pharmacist
intervention on adherence and measurable patient
outcomes among depressed patients: a
randomised controlled study. *BMC Psychiatry*
2015; 1–9.
- Anderson, K. *et al.* Polypharmacy, deprescribing and
shared decision-making in primary care: The role
of the accredited pharmacist. *JPPR* 2015, 45(4),
446–449.
- Blagburn, J. and Simpson, S. Pharmacy professionals use
shared decision making approaches to help
patients better understand their medicines. *The
Health Foundation* 2014 Jan.
- Chakri Kaeokumbong and Aporanee Chaiyakum.
Effectiveness of Pharmaceutical Care at
Schizophrenia Clinic in Psychiatric Hospital. *IJPS*,
March 2015; 11(Supplement) : 159-167.
- Elwyn, G. *et al.* Shared decision making: A model for
clinical practice. *JGIM* 2012; 27(10), 1361–1367.
- Haddad, P.M., Brain, C. & Scott, J. Nonadherence With
Antipsychotic Medication. *Dovepress* 2014; 43–62.
- Hamann, J. *et al.* Shared decision making for in-patients
with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006;
114(4), 265–273.
- IHoMe Network:, Faculty of Pharmaceutical Sciences Khon
Kaen University and Udonthani Hospital, 2017.
*Integrated Hospital Medication Management
System, IHoMe.*
- Kanjanasilp, J. and Ploylearmsang, C. A short term
outcomes of pharmaceutical care in Thai patients
with schizophrenia : a randomized controlled trial.
Songklanakarin. J. Sci. Technol 2016; 38(2), 189–
197.
- Manote Lortrakul and Pramote Sukanich, editors.
Ramathibodi Essential Psychiatry Fourth Edition,
Bangkok : Department of Psychiatry, Faculty of
Medicine Ramathibodi Hospital; 2012.
- Rational Use of Drug Subcommittee, editors. Teacher's
Guide for Promoting Rational Drug Use.
Nonthaburi: Food and Drug Administration,
Ministry of Public Health, Thailand; 2017.
- Rossamalin Chabunthom, editors. Effect of depression on
medication adherence and glycemic control in
patients with type 2 diabetes; 2007.
- Schafer, K.M., Gionfriddo, M.R. & Boehm, D.H. Shared
decision making and medication therapy
management with the use of an interactive
template. *APhA* 2016; 56(2), 166–172.
- Sirijit Suttajit and Manit Srisurapanont. Schizophrenia :
Epidemiology and Treatment. *J Psychiatr Assoc
Thailand* 2009; 54(Supplement): 21-37.
- Tareke, M. *et al.* Antipsychotic medication non-adherence
among schizophrenia patients in Central Ethiopia.
SAJP 2018; 24(1), 1–6.
- Younas, M. *et al.* Mental health pharmacists views on
shared decision-making for antipsychotics in
serious mental illness. *IJCP* 2016; 38(5), 1191–
1199.