

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เภสัชกรมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิโดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเป็นฐาน

ปุณศรีกา อัครภูมิผล¹, พรชนก ศรีมงคล², จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์²

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²หน่วยวิจัยเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เภสัชกรมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ **วิธีการ:** การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 คือการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ทั้งไทยและต่างประเทศ ตั้งแต่เริ่มมีฐานข้อมูลจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564 การศึกษาคัดเลือกงานวิจัยทุกประเภทที่มีการแทรกแซงในผู้ป่วยจิตเภทโดยเภสัชกร หรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เภสัชกรมีส่วนร่วม และต้องรายงานผลลัพธ์เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม หรือก่อนให้การดูแล ระยะที่ 2 คือ การสนทนากลุ่มในบุคลากรที่เกี่ยวข้องในประเด็นปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบเดิม โดยผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีจากการศึกษาในระยะที่ 1 เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ร่วมกับการรับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมสนทนาในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลจิตเภทของโรงพยาบาลเทพสถิต **ผลการวิจัย:** การศึกษาระยะแรกพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรวม 20 เรื่อง เป็นงานวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials: RCT) และที่ไม่ใช่ RCT อย่างละ 10 เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดี มีทั้งการแทรกแซงโดยเภสัชกร เช่น การบริหารทางเภสัชกรรม การให้ความรู้โดยใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ และการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมสหวิชาชีพ ระยะที่ 2 พบว่า สิ่งที่สามารถนำไปปรับใช้กับโรงพยาบาล ได้แก่ 1) ผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายควรได้รับการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย 2) ในผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่องควรให้ความรู้ ควรเฝ้าระวังอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและปรับขนาดยาตามความเหมาะสม และ 3) ในผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ทีมสหวิชาชีพควรเข้าไปดูแลผู้ป่วยร่วมกับชุมชน **สรุป:** การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลเทพสถิต โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการสนทนากลุ่ม ทำให้เกิดรูปแบบใหม่ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ผลลัพธ์ของการดูแลยังต้องประเมินผลต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การมีส่วนร่วมของเภสัชกร

รับต้นฉบับ: 20 มี.ค. 2566, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 5 มี.ค. 2566, รับลงตีพิมพ์: 10 มี.ค. 2566

ผู้ประสานงานบทความ: จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ หน่วยวิจัยเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

E-mail: juntip.k@msu.ac.th

Development of a Pharmacist-Involved Schizophrenic Patient Care Model in Thepsathit Hospital, Chaiphum Province Using a Systematic Review as a Basis

Puntarika Akkarapoomphol¹, Pornchanok Srimonghol², Juntip Kanjanasilp²

¹Graduate Student in Master Program (Clinical Pharmacy), Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

²Clinical Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

Abstract

Objective: To develop a pharmacist-involved collaborative schizophrenic patient care model in Thep Sathit Hospital, Chaiphum Province using systematic review as a basis. **Methods:** The study was divided into 2 phases. Phase 1 was a systematic review by collecting information from both Thai and international electronic databases from the inception to December 31, 2021. The study retrieved all types of research on interventions in schizophrenia patients by pharmacists, or patient care model with pharmacist involvement that reported the comparison of outcomes with those of a control group or those measured before the intervention. The second phase was group discussion among the personnel involved on the problems and barriers of existing care for schizophrenic patients. The researcher presented the model for schizophrenia patient care with good outcomes identified in the first phase of the study. The group then assessed the feasibility for their implementation in practice and expressed their opinions in resolving the problem of schizophrenia care. Subsequently, the schizophrenic patient care model of Thep Sathit Hospital was formulated. **Results:** The first phase of the study identified 20 related research including 10 randomized controlled trials (RCT) and 10 non-RCT. Schizophrenic patient model with good outcomes involved both interventions by pharmacists such as pharmaceutical care and the provision of knowledge by using various tools and those by multidisciplinary team. Phase 2 of the study revealed that the elements possible for implements in the hospital included 1) All new patients should have their information recorded in database; 2) Knowledge on drug use, monitoring of adverse drug reactions and appropriate dosage adjustment should be provided in patients with long term medication therapy and 3). In patients with severe symptoms, multidisciplinary team should take care of them with community involvement. **Conclusion:** Development of schizophrenic patient care model of Thep Sathit Hospital by using systematic review as a basis together with group discussion resulted in new care model for this group of patients. However, the outcomes of the patient care model should be assessed in the future.

Keywords: schizophrenic patients, schizophrenic patient care model, pharmacist involvement

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม รวมถึงมีความบกพร่องต่อหน้าที่การงานและสังคม ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2562 พบว่า ประชากรทั่วโลกประมาณ 20 ล้านคนป่วยเป็นโรคจิตเภท (1) โรคนี้มีภาระโรคอยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ชีวิต และเป็นอันดับที่ 3 ของโรคจิตเวชและโรคทางระบบประสาท องค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกายว่าเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา ความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7-1 เท่าของการสูญเสียความสามารถอันมีค่าใน 1 ปี (2) สำหรับประเทศไทยมีความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 หรือ 400,000 คน (2) จากรายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ของกรมสุขภาพจิต พบว่าในช่วงปี พ.ศ.2557-2563 โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต คัดกรองและลงทะเบียนผู้ป่วยตามเกณฑ์ International Classification of Diseases 10-version (ICD-10) ว่าอยู่ในกลุ่มโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20-F29) มากที่สุดเป็นจำนวน 5,516 คน คิดเป็นร้อยละ 43 ของผู้ป่วยกลุ่มจิตเวชทั้งหมด โรคนี้จึงถือเป็นโรคที่จิตเวชที่พบบ่อยที่สุด ติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด ส่งผลต่อความพิการเรื้อรัง การเป็นภาระทางสังคม และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (3)

โรงพยาบาลเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ เป็นโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียงที่มีประชากรในเขตรับผิดชอบ 65,399 คน ผู้ป่วยจิตเภทที่มี ICD 10 รหัส F20-29 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี โดยในปี พ.ศ.2563-2565 มีจำนวน 132, 140 และ 147 ราย ตามลำดับ ในด้านรูปแบบการดูแลผู้ป่วย มีสถานที่จัดตั้งคลินิกจิตเวช เจ้าหน้าที่ให้บริการคือ พยาบาลจิตเวชเด็ก 1 คน และนักจิตวิทยา 1 คน ยังขาดพยาบาลจิตเวชผู้ใหญ่ โดยมีการนัดผู้ป่วยจิตเภทเพื่อประเมินอาการและให้ยาเดิมต่อเนื่องในทุกวันจันทร์/พฤหัสบดี บางสัปดาห์อาจมีเภสัชกรให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการจิตเวชสำหรับโรงพยาบาลชุมชนของกรมสุขภาพจิตแนะนำว่า ในด้านบุคลากรควรมีพยาบาลจิตเวชทุกกลุ่มวัย และในด้านระบบยาควรมีระบบเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction: ADRs)

ร่วมด้วย เห็นได้ว่า โรงพยาบาลเทพสถิตยังขาดบุคลากรและระบบเฝ้าระวังข้างต้น ผนวกกับไม่มีแนวทางการรักษาโรคดังกล่าวอย่างเป็นระบบ (clinical practice guideline) ทำให้คุณภาพในการให้คำปรึกษาและรักษาอาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล โดยเฉพาะระบบการเฝ้าระวังเกี่ยวกับ ADRs พบว่า ผู้ป่วยบางรายได้รับยา anticholinergic ต่อเนื่องตลอดการรักษา ถึงแม้ไม่เคยเกิด extrapyramidal side effects (EPS) มาก่อน หรือผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้วแต่ยังได้รับยาด้านจิตเวชขนาดสูงเป็นระยะเวลานาน ทั้งนี้พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 60 เท่านั้นที่รับยาตามนัด ส่งผลให้ผู้ป่วยกำเริบซ้ำจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 4.5 ต่อปี ดังนั้น เภสัชกรซึ่งมีหน้าที่ดูแลด้านการใช้ยา จึงควรมีส่วนสำคัญในการร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้/เข้าใจและมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพในการรักษาให้ดีขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เภสัชกรมีส่วนร่วม โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review: SR) สำหรับศึกษารูปแบบฯ ที่ให้ผลลัพธ์ที่ดี ร่วมกับการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลเทพสถิต เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลต่อไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็น SR เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เภสัชกรมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลเทพสถิต โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

SR ในการวิจัยนี้ดำเนินการตาม Prisma statement (4) โดยใช้ PICO framework ได้แก่ ประชากร (population: P) คือผู้ป่วยจิตเภทที่มีรหัส ICD 10 F20-F29 หรือได้รับการวินิจฉัยตามวินิจฉัยตาม DSM-V ว่าเป็น schizophrenia spectrum and other psychotic disorders การแทรกแซง (intervention: I) คือ การแทรกแซงโดยเภสัชกร หรือการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตัวเปรียบเทียบ (comparator: C) คือกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ

ดูแลปกติ ผลลัพธ์ (outcome: O) ตาม ECHO model ได้แก่ ผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านคลินิก และด้านความเป็นมนุษย์ (humanistic outcome)

การศึกษาสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตั้งแต่เริ่มต้นมีฐานข้อมูลจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564 โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลในประเทศไทย ได้แก่ ฐานข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (Digital Research Information Center; DRIC) ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์และผลงานวิจัย (Thailand Library Integrated System; ThaiLIS) ระบบคลังข้อมูลงานวิจัยไทย (Thai National Research Repository; TNRR) ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health; DMH) ระบบฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย (Thai Thesis Database: TTD) วารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย (THAIJO) และฐานข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทย (HITAP) นอกจากนี้ยังสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างประเทศ ได้แก่ Medline, Scopus, Cochrane CENTRAL, Web of Sciences, Science Direct และ PSyINFO และ เกณฑ์การคัดเอกสารเข้าร่วมการศึกษาประกอบด้วย การศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีเภสัชกรร่วมดูแล กล่าวคือ การแทรกแซงโดยเภสัชกรหรือการบรรยายถึงการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแทรกแซงโดยเภสัชกร มีการรายงานผลลัพธ์ด้านใดด้านหนึ่งของ ECHO model โดยมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์กับกลุ่มควบคุมหรือก่อนให้การทดลอง รวมทั้งการวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomization control trial: RCT) และแบบที่ไม่ใช่ RCT (non-RCT)

การประเมินคุณภาพการศึกษาแบบ RCT ใช้ Cochrane Risk of Bias (ROB 2.0) การประเมินการศึกษาแบบ non-RCT ใช้ (Risk Of Bias In Non-randomized Studies Of Interventions: ROBINS-I) ผลลัพธ์ที่สนใจคือการแทรกแซงหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้ผลลัพธ์ทั้ง 3 ด้านของ ECHO model

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาส่วนนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 144-003/2565 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เภสัชกรมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลเทพสถิต แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การออกแบบ

การออกแบบโครงสร้างการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้การสนทนากลุ่ม (group discussion) โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาจากระยะที่ 1 เกี่ยวกับการแทรกแซงของเภสัชกรและรูปแบบฯ ที่ให้ผลลัพธ์ ECHO ที่ดี แก่กลุ่มผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลจำนวน 2 คน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 1 คน และ นักจิตวิทยา 1 คน เพื่อร่วมกันออกแบบโครงสร้างรูปแบบฯ ในโรงพยาบาลเทพสถิต เพื่อให้มีการดำเนินงานที่เป็นระบบมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ

การพัฒนารูปแบบฯ ทำโดยการสนทนากลุ่มในบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจำนวน 5 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่รับผิดชอบงานจิตเวชของโรงพยาบาล และมีความสนใจที่จะเรียนต่อเฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์จำนวน 1 คน อายุ 26 ปี 2) เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานจิตเวชของโรงพยาบาล อายุ 29 ปี จำนวน 1 คน 3) พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพศหญิง อายุ 34 ปี โดยเป็นผู้รับผิดชอบคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาล และปฏิบัติงานให้คำปรึกษาผู้ป่วย จำนวน 1 คน 4) นักจิตวิทยา อายุ 26 ปี จำนวน 1 คน และ 5) เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม 1 คน (ผู้จัดบันทึก) เพศหญิง อายุ 23 ปี

ผู้ดำเนินการสนทนา คือ ผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ อายุการทำงาน 13 ปี และผ่านการอบรมการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทระยะสั้น ทำให้เข้าใจบริบทการทำงานในสถานที่ศึกษาเป็นอย่างดี เครื่องมือในการวิจัยคือประเด็นการสนทนาแบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และผ่านการทดลองใช้กับบุคลากรในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การสนทนาเริ่มด้วยคำถามมีดังต่อไปนี้ “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ณ ปัจจุบัน ในแต่ละขั้นตอนพบปัญหาและอุปสรรคอย่างไรบ้าง” เพื่อประเมินหาช่องว่างในการพัฒนา หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเสนอผลของรูปแบบฯ จากขั้นตอนที่ 1 และสนทนาเพื่อค้นหาความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบฯ ในโรงพยาบาล ข้อเสนอแนะของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อปรับปรุงรูปแบบฯ ของโรงพยาบาล ตามด้วยการจัดทำข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบฯ ใหม่

ซึ่งเป็นขั้นตอนการดำเนินงานและการแทรกแซงของเภสัชกรในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ช่วยวิจัยจัดบันทึกบทสนทนาและใช้เครื่องบันทึกเสียงการสนทนา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหาใน 3 ประเด็นได้แก่ 1) ปัญหาและอุปสรรคจากรูปแบบฯ เดิม 2) ข้อเสนอแนะจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผู้ร่วมการสนทนากลุ่มเห็นว่าเป็นไปได้ และ 3) ข้อเสนอแนะจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อปรับปรุงรูปแบบฯ หรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของการเก็บข้อมูลแบบสามเส้าด้านวิธีการเก็บข้อมูล โดยใช้การสังเกตควบคู่กับการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งศึกษาข้อมูลจากเอกสารประกอบที่ได้มีการค้นคว้า เมื่อได้ข้อสรุปเป็นรูปแบบฯ แล้วจึงคืนข้อมูลหรือนำเสนอให้กับผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า มีงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือก 20 การศึกษา เป็น RCT 10 การศึกษา (5-14) และ non-RCT 10 การศึกษา (15-24) การประเมินงานวิจัย RCT ด้วย ROB 2.0 พบว่า ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงอยู่ระดับสูง ส่วนการประเมินงานวิจัยแบบ non-RCT ด้วย ROBINS-I พบว่า ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่ออคติสูง (serious risk)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) กิจกรรมการแทรกแซงของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมี 14 การศึกษาที่ระบุผลลัพธ์ตาม ECHO model แสดงดังตารางที่ 1 เช่น การศึกษาของ Kaeokumbong ให้บริบาลทางเภสัชกรรมตามแนวทางของ Mental Health Gap Action Program (mhGAP) for Schizophrenia ซึ่งเป็นกลยุทธ์เพื่อป้องกันกำเริบซ้ำ ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ด้านคลินิก คือ ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น อาการทางจิต ADRs และการกำเริบซ้ำลดลง ส่วนผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ คือ คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และ 2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เภสัชกรมีส่วนร่วม มี 6 การศึกษา แสดงดังตารางที่ 2

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับประเด็นปัญหา/อุปสรรคการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับการนำเสนอผลที่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าประเด็นปัญหาหลัก คือ โรงพยาบาลไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเป็นระบบ และขาดการเฝ้าระวัง ADRs อย่างใกล้ชิด ทำให้ประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปประเด็นปัญหาและวิธีแก้ไขเพื่อพัฒนารูปแบบฯ เป็น 3 ประเด็นดังนี้

1. แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภท: จากปัญหาพบว่าโรงพยาบาลไม่มีแนวทางการรักษาอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่ไม่ได้รับการรักษาในแนวทางเดียวกัน ผลการสนทนากลุ่มแนะนำให้ประยุกต์ใช้รูปแบบจากการทบทวนวรรณกรรมใน 3 งานวิจัย ได้แก่ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทควรใช้ยาขนาดต่ำ (6) การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้แก่ครอบครัวและป้องกันการกำเริบซ้ำ (6) ควบคู่ไปกับการทำฐานข้อมูลผู้ป่วย (16) นอกจากนี้ควรจัดทำระบบการนัดทุก 2 สัปดาห์จนกว่าอาการของผู้ป่วยจะคงที่ เพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยต่อไป

2. การเฝ้าระวัง ADRs และการติดตามการใช้ยา: เนื่องจากแนวทางการรักษาเดิมไม่มีการปรับลดขนาดยาในผู้ป่วยที่อาการคงที่ ซึ่งอาจมีผลกระทบด้านใดด้านหนึ่งแก่ผู้ป่วย เช่น การใช้ยาด้านจิตเภทยบางชนิดอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายมีน้ำหนักขึ้น เป็นต้น และโรงพยาบาลไม่มีการติดตามการใช้ยาอย่างเป็นระบบ พบปัญหาผู้ป่วยมารับยาตามนัดเพียงร้อยละ 60 เท่านั้น ดังนั้น โรงพยาบาลควรมีแนวทางการรักษาที่ชัดเจนและติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อผลประโยชน์แก่ผู้ป่วยต่อไป ผลจากการสนทนากลุ่มแนะนำให้ประยุกต์ใช้รูปแบบจากการทบทวนวรรณกรรมใน 4 งานวิจัย ได้แก่ การลดการใช้ยาด้านจิตเภทยขนาดสูงในผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (8, 17) โดยหลีกเลี่ยงการใช้ยา anticholinergic ในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติ EPS อย่างน้อย 4 สัปดาห์ และลดขนาดยา anticholinergic ในผู้ป่วยที่อาการของโรคปกติและไม่มีประวัติมี EPS ลดขนาดยา benzhexol 2-5 มิลลิกรัม ทุก 6 สัปดาห์ (8) รวมถึงเพิ่มกิจกรรมการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วนหรือมี metabolic syndrome ร่วมด้วย (9, 19) นอกจากนี้ควรพิจารณาอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากอาการคงที่หรือหากมีการกำเริบซ้ำครั้งแรกหรือครั้งที่ 2 ให้ส่งพบแพทย์เพื่อประเมินปรับลดขนาดยาต่อไป ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยา clozapine, risperidone ควรเฝ้าระวังภาวะอ้วนและภาวะ metabolic syndrome อย่างไรก็ดีตาม การสนทนากลุ่ม

ตารางที่ 1. กิจกรรมการแทรกแซงของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษา	กิจกรรมการแทรกแซง										ผลลัพธ์												
											คลินิก					ความเป็นมนุษย์			เศรษฐศาสตร์				
	การให้ความรู้โดยใช้ อุปกรณ์ แผ่นพับ แผ่นพลิก	การปรึกษาทางเภสัชกรรม	การติดตามโทรศัพท์	ลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น	การเยี่ยมบ้าน	กลยุทธ์เน้นผู้ดูแล	แก้ปัญหา NA ตามความรู้ และแรงจูงใจ	กลยุทธ์ mGAP บ้องกัน การกำเริบซ้ำ	PCC-SDM	การช่วยเหลือแนะนำ	ความสม่ำเสมอในการใช้ยา	อาการทางจิต	ความรู้	จำนวน DRPs หรือ ADRs	น้ำหนักลดลง> ร้อยละ 5	อัตราการกลับเป็นซ้ำ	คุณภาพชีวิต	ภาระการดูแล	ความเครียด	CER	ต้นทุน	การหลีกเลี่ยงค่าใช้จ่าย	ค่าใช้จ่าย
1. Dhubhlaing et al. (2017) (21)	✓												↑										
2. Hashimoto, Tensho (2016) (17)		✓	✓																		↑		
3. Hongthong, Kessomboon (2021) (15)		✓						✓						◇		◇						↑	✓
4. Ilickovic et al. (2016) (18)		✓												◇									
5. Kaeokumbong (2015) (10)		✓						✓			↑	↑		↑		↑	↑						
6. Kanjanasilp (2015) (5)	✓	✓									↑		↑	↑			↑			↑			
7. Lertnarkorn (2007) (9)									✓						◇								
8. Mishra et al. (2017) (7)	✓										↑						↑						

✓ = มีการดำเนินงาน, ↑ = กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, ≈ = กลุ่มทดลองได้ผลไม่ต่างจากกลุ่มควบคุม,

◇ = รายงานผลลัพธ์ แต่ไม่ได้เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม หรือก่อนการทดลอง, ≥ = กลุ่มทดลองไม่ต่างจากกลุ่มควบคุม แต่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

mGAP = Mental Health Gap Action Program, PCC-SDM= psychiatric pharmaceutical care with shared decision-making, CER = cost effectiveness ratio

DRPs = drug related problems, ADRs = adverse drug reactions

ตารางที่ 1. กิจกรรมการแทรกแซงของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษา	กิจกรรมการแทรกแซง									ผลลัพธ์														
										คลินิก					ความเป็นมนุษย์			เศรษฐศาสตร์						
	การให้ความรู้โดยใช้ อุปกรณ์ แผ่นพับ แผ่นพลิก	การปรึกษาทางเภสัชกรรม	การติดตามโทรศัพท์	ลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น	การเยี่ยมบ้าน	กลยุทธ์เน้นผู้ดูแล	แก้ปัญหา NA ตามความรู้ และแรงจูงใจ	กลยุทธ์ mGAP ป้องกัน การกำเริบซ้ำ	PCC-SDM	การช่วยเหลือน้ำหนัก	ความสม่ำเสมอในการใช้ยา	อาการทางจิต	ความรู้	จำนวน DRPs หรือ ADRs	น้ำหนักลดลง> ร้อยละ 5	อัตราการใช้ยา	คุณภาพชีวิต	ภาระการดูแล	ความเครียด	CER	ต้นทุน	การหลีกเลี่ยงค่าใช้จ่าย	ค่าใช้จ่าย	
9. Pratyasanti (2004) (19)	✓	✓							✓					↑				IV	↑	IV				
10. Rakpong et al. (2019) (13)	✓				✓	✓						↑					IV	↑						
11. Sathienluckana et al. (2018) (8)		✓		✓							↑		IV										✓	
12. Wiriyasirisakul et al. (2016) (12)		✓	✓							≈		↑	IV											
13. Yapong et al. (2018) (14)	✓	✓	✓			✓	✓			↑	IV	↑					↑							
14. Kanekratoke (2012) (11)	✓	✓		↑						↑		↑	↑								↑			

✓ = มีการดำเนินงาน, ↑ = กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, ≈ = กลุ่มทดลองได้ผลไม่ต่างจากกลุ่มควบคุม,

◇ = รายงานผลลัพธ์ แต่ไม่ได้เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม หรือก่อนการทดลอง, ≥ = กลุ่มทดลองไม่ต่างจากกลุ่มควบคุม แต่ดีขึ้นก่อนการทดลอง

mGAP = Mental Health Gap Action Program, PCC-SDM= psychiatric pharmaceutical care with shared decision-making, CER = cost effectiveness ratio

DRPs = drug related problems, ADRs = adverse drug reactions

ตารางที่ 2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เภสัชกรมีส่วนร่วม

การศึกษา	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เภสัชกรมีส่วนร่วม		
	รูปแบบการดูแล	กิจกรรมที่เภสัชกรมีส่วนร่วม	ผลลัพธ์
1) Dolchalermyuthana (24)	Chronic care model (CCM)	ระบบสารสนเทศทางคลินิก	ผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน จาก 7 คน เหลือ 3 คน
2) Natthaphon (20)	ทีมสหวิชาชีพดำเนินงานร่วมกับชุมชน โดยใช้ share decision making (SDM)	เภสัชกร และทีมสหวิชาชีพร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยลงเยี่ยมบ้านและหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีด้วยกระบวนการการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมในชุมชน	ไม่พบผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมงานวิจัยกลับเป็นซ้ำและมีคะแนน จากการประเมินอาการทางจิตน้อยกว่า 36 ซึ่งถือว่ามีความการระดับน้อย
3) Kane (6)	Navigate program	การจัดการด้านยาผู้ป่วยเฉพาะราย โดยติดตามความร่วมมือในการใช้ยา และอาการข้างเคียงจากยาของผู้ป่วยทุกรายอย่างสม่ำเสมอ	โปรแกรม Navigate เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดอาการทางจิตได้มากกว่า การดูแลจากชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4) Seechiangsa et al. (23)	ส่งเสริมบทบาทวิชาชีพต่าง ๆ ในชุมชน	1) เภสัชกรที่ปฏิบัติงานจ่ายยาผู้ป่วยจิตเภทที่ รพ.สต. ประเมิน DRPs และ ADRs ของผู้ป่วยในแต่ละ รพ.สต. 2) แพทย์ให้คำปรึกษาแก่เภสัชกรเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยา 3) เภสัชกรและพยาบาลจิตเวชให้ความรู้เจ้าหน้าที่และให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้ยา	ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.2 เป็นร้อยละ 61.5 และ ไม่พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบ
5) Rungruang (16)	ระบบสาธารณสุขอำเภอ (district health system)	เภสัชกรเข้าไปแก้ไขปัญหาที่เกิดจากยา เป็นที่ปรึกษาของทีมเครือข่ายและครอบครัว ส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลการใช้ยาร่วมกับจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบลดลง จาก 10 คน เป็น 2 คน
6) Phetwong (22)	การพัฒนาระบบบริการงานเภสัชกรรม	การพัฒนาระบบกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโดย 1) การจัดทำกระเป๋ายาพร้อมทั้งสมุดบันทึกการรับประทานยา 2) การตรวจสอบผลข้างเคียงของยา 3) การสำรองยาไว้ในคลังยาเพื่อให้เพียงพอต่อการจ่ายให้ผู้ป่วยจิตเภท	ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ โดยดีขึ้นจากการก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แนะนำให้โรงพยาบาลเพิ่มการแจ้งเตือนในโปรแกรมยา เพื่อให้ทราบประวัติการเริ่มรับยาของผู้ป่วยและติดตามการให้ยาต่อไป

3. บทบาทของเภสัชกร: เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและการใช้ชีวิตในสังคม ซึ่งการรักษาด้วยยาและการปรับพฤติกรรมเป็นการรักษาหลัก ดังนั้น เภสัชกรจึงเป็นหนึ่งในสหวิชาชีพสำคัญในการร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลพบปัญหาเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว เมื่อเปรียบเทียบกับบริการในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เนื่องจากส่วนใหญ่ญาติมักมารับยาแทนผู้ป่วย ทำให้เภสัชกรไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยตรง จากการทบทวนวรรณกรรม มี 14 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มแนะนำให้เภสัชกรมีส่วนร่วมให้ความรู้โดยใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ได้แก่ แผ่นพับ แผ่นพลิก และคู่มือ เป็นต้น โดยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การเฝ้าระวัง ADRs และการจัดการอาการดังกล่าว (5, 7-13, 14, 19, 21) การบริหารทางเภสัชกรรม (15, 10-17, 5, 11-12) การให้ความรู้กับฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (22) รวมถึงการลงเยี่ยมบ้านของเภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (20) เพื่อแก้ปัญหาการที่เภสัชกรไม่ได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการเยี่ยมบ้านดังกล่าวควรทำในผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือมีการให้ญาติมารับยาแทนเป็นระยะเวลานาน และบริการเตรียมยาให้เป็นซอง 1 หน่วยต่อการรับประทาน และหักเม็ดยาให้เพื่อสร้างความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้โรงพยาบาลควรส่งเภสัชกรเข้าร่วมประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้และการเห็นถึงความสำคัญของโรคจิตเภท

4. บริการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล: จากปัญหาที่รวบรวมได้พบว่า การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลยังไม่มีแนวทางการนัดติดตามอาการอย่างมีแบบแผน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่คลินิกจิตเวช หรือเกิดเหตุการณ์นำส่งผู้ป่วยจิตเภทแบบไม่ถูกวิธีของประชาชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอุบัติเหตุตกจากรถ นอกจากนี้พบผู้ป่วยบางรายที่มีอาการกำเริบซ้ำ จากสนทนากลุ่มและการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบใน 2 งานวิจัย มีข้อเสนอแนะให้โรงพยาบาลจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงแก่บุคลากรทางสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) รวมถึงฝ่ายปกครอง ตำรวจ ทหาร และสร้างทีม

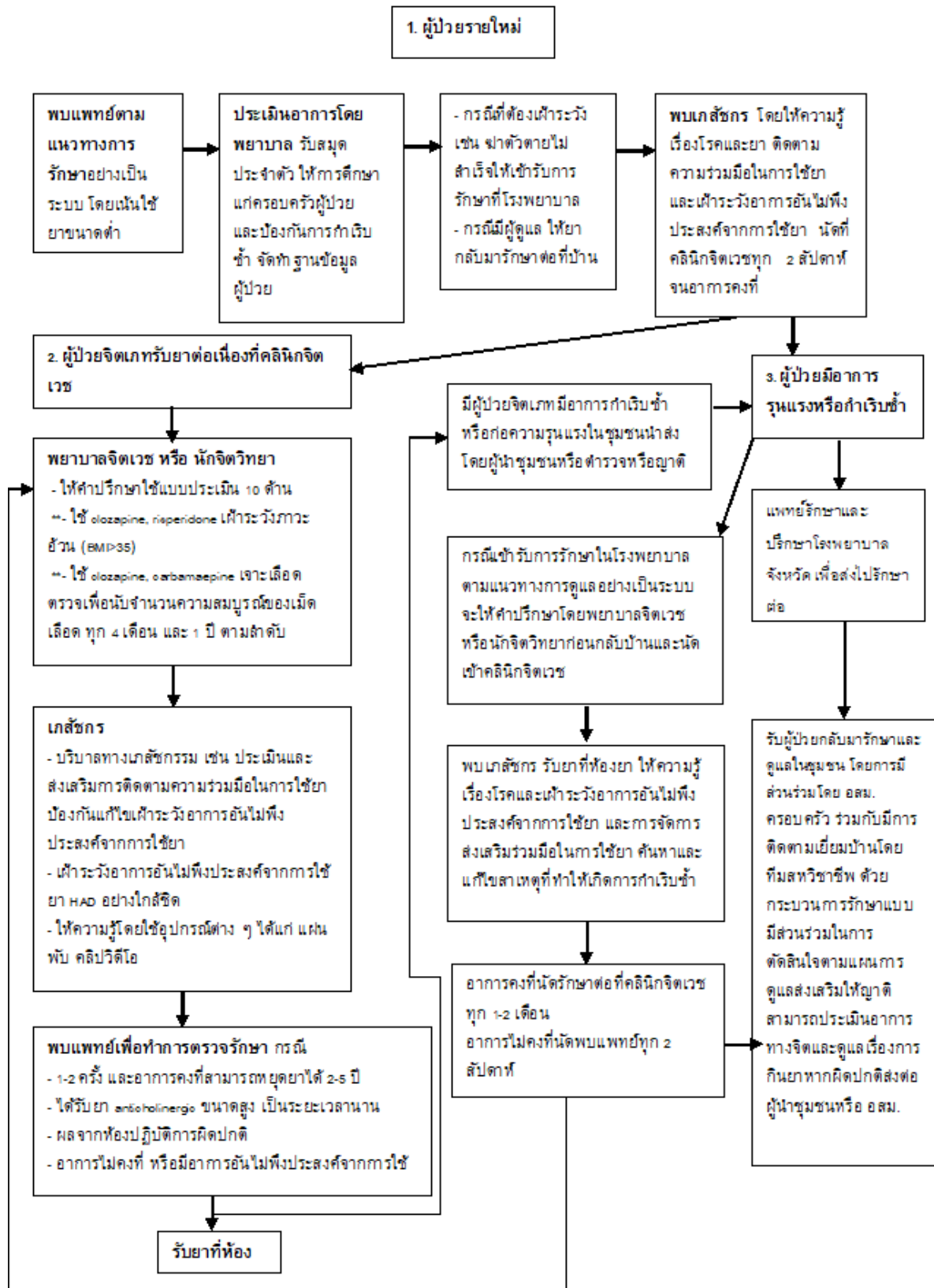
ระดับอำเภอเพื่อติดตามดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จัดระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง (16) ลงเยี่ยมบ้านและหาแนวทางดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกส่งกลับมารักษาในชุมชน ส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวให้สามารถดูแลและประเมินความผิดปกติของอาการทางจิต กำกับดูแลเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง หากมีอาการผิดปกติหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ให้ส่งต่อผู้นำชุมชนหรือ อสม. (23) อย่างไรก็ตามกรณีผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล เมื่ออาการสงบลงแล้วก่อนกลับบ้าน ต้องได้รับคำปรึกษากับพยาบาลจิตเวชก่อน และนัดเข้าคลินิกจิตเวช ทุก 2 สัปดาห์

จากผลการสนทนากลุ่มข้างต้น ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากประเด็นปัญหาต่าง ๆ มาออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เภสัชกรมีส่วนร่วม โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยรายใหม่ 2) ผู้ป่วยจิตเภทรับยาต่อเนื่องที่คลินิกจิตเวช และ 3) ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือกำเริบซ้ำ แสดงดังรูปที่ 1

การอภิปรายผล

งานวิจัยส่วนใหญ่ที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทำในประเทศไทย ทั้งนี้เนื่องจากในประเทศไทย โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญที่รุนแรง และพบได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเวชโดยรวม อีกทั้งยังเป็นโรคในกลุ่มเป้าหมายตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ ประชากรในงานวิจัยมีหลากหลายกลุ่มโรคทางจิตเวชจึงไม่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า

สำหรับคุณภาพของงานวิจัยประเภท RCT จำนวน 10 เรื่อง เมื่อประเมินโดย ROB พบว่า มีอคติสูง จำนวน 8 เรื่อง โดยอคติที่เกิดจากการวัดผลลัพธ์ เนื่องจากไม่ได้กล่าวถึงการปกปิดผู้ประเมิน ซึ่งผู้ประเมินอาจเป็นบุคคลเดียวกับผู้ให้การแทรกแซง ประกอบกับผลลัพธ์ที่วัดเป็นแบบอัตวิสัย (subjective) และไม่ได้กล่าวถึงการปกปิดผู้ประเมิน จึงอาจเกิดอคติจากขั้นตอนการประเมินผล (detection bias) งานวิจัยประเภท non-RCT จำนวน 10 เรื่อง พบการศึกษาที่มีความเสี่ยงต่ออคติสูง 5 เรื่อง โดยมีติที่พบความเสี่ยงสูงได้แก่ อคติจากปัจจัยรบกวน (bias due to confounding) เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่วัดผลในผู้ป่วยก่อนและหลังการศึกษา (pre-post study) จึงอาจมีปัจจัยกวนด้านระยะเวลาการรักษาที่



รูปที่ 1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เภสัชกรมีส่วนร่วม

ทำให้ผลลัพธ์ในช่วงหลังการศึกษาดีขึ้นได้ โดยไม่เกี่ยวข้อง
การแทรกแซงที่ให้ และอคติของการจัดประเภทสิ่ง
แทรกแซง (bias in classification of interventions) ที่พบ

ความเสี่ยงสูงเช่นกันเนื่องจากงานวิจัยประเภทการวิจัยเชิง
ปฏิบัติการ เป็นการพัฒนาระบบ จึงไม่ได้ระบุการแทรกแซง
ที่ชัดเจนในผู้ป่วยแต่ละราย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เภสัชกรมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การดูแลครอบครัว การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา โดยทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ และประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน อสม. และชุมชน เพื่อช่วยกันติดตามความร่วมมือในการใช้ยา และป้องกันการกำเริบซ้ำ การพัฒนาระบบส่งต่อและระบบการรับยาตามกรอบแนวทางพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของกรมสุขภาพจิต การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาระบบโดยการมีส่วนร่วมในชุมชน ช่วยลดการกำเริบซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นการดูแลทางสังคม อารมณ์ และจิตใจควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา เพื่อเสริมประสิทธิภาพในการรักษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ตามหลักการการบำบัดทางจิตสังคม (25) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Armijo และคณะ ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยมีชุมชนเป็นฐาน (community intervention) ช่วยลดความรุนแรงทางจิตและการกลั่นแกล้งในโรงพยาบาลซ้ำ (27)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการแทรกแซงโดยเภสัชกรในผู้ป่วยจิตเภทด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ส่งทางบวกต่อผลลัพธ์ทั้ง 3 ด้านของ ECHO model การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในโรงพยาบาลพบว่า กิจกรรมที่สามารถนำไปใช้ได้ เช่น การให้ความรู้โดยใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ การบริหารทางเภสัชกรรม และการเยี่ยมบ้าน

รูปแบบฯ ที่เภสัชกรมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลเทพสถิตที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของกรมสุขภาพจิต (26) ใน 2 ด้าน 1) ด้านสถานที่/เครื่องมือที่ตอบสนองต่อบริการ เอื้อต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ เน้นถึงความเป็นส่วนตัว จากการที่มีคลินิกจิตเวช มีห้องให้คำปรึกษาที่เป็นส่วนตัว และ 2) ด้านขีดความสามารถของระบบบริการที่ครอบคลุมทั้งการวินิจฉัย การให้การดูแลทางสังคมจิตใจ การส่งเสริมป้องกัน ระบบยา การส่งต่อ รวมถึงการติดตามดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพน บุตตะโยธี (20) ที่พัฒนารูปแบบการบริการเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ ที่มีทีมสหวิชาชีพดำเนินงานร่วมกับชุมชน โดยครอบครัวดูแล

และประเมินความผิดปกติของอาการทางจิต และกำกับดูแลเรื่องการรับประทานยา หากมีอาการผิดปกติ ให้ส่งต่อผู้นำชุมชนหรือ อสม. เพื่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ต่อไป การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของไพบูลย์ ดลเฉลิมยุทธนา (24) ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบบริการตาม Chronic Care Model ได้แก่ การสร้างความเข้มแข็งในชุมชน การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยรับยาใกล้บ้าน การสนับสนุนการตัดสินใจของทีมสหวิชาชีพโดยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และมีแนวทางการรักษาโรคดังกล่าวอย่างเป็นระบบ

จุดเด่นของการศึกษานี้เป็นการนำผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมาใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติ โดยงานวิจัยเกี่ยวกับพัฒนารูปแบบฯ ที่ทบทวนนั้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเทศไทย ดังนั้นผลการศึกษาก็จะสามารถนำมาปรับใช้ในบริบทของประเทศไทยได้ ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือ เป็นการศึกษาความเป็นไปได้เท่านั้น ยังไม่ได้ศึกษาผลลัพธ์จากการดำเนินงานจริงตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

การศึกษามีข้อเสนอแนะให้นำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ปรับปรุงระบบบริการของโรงพยาบาลเทพสถิตให้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย ในอนาคตควรมีการวิจัยเพื่อวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยรูปแบบการวิจัยที่ควรใช้ เช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยกึ่งทดลอง เป็นต้น

สรุป

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาใช้รูปแบบฯ ที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และผลการสนทนากลุ่มในผู้ที่เกี่ยวข้อง รูปแบบฯ ที่ได้เป็นการเพิ่มกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภท การจัดระบบติดตาม ADRs และการที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้ เจ้าหน้าที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลเทพสถิตที่ให้คำปรึกษาและความร่วมมือในการดำเนินงาน งานวิจัยประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Schizophrenia [online]. 2019 [cited Sep 23, 2021]. Available from: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia.
- Kittipeerachon M, Masirivet P, Surarunsamrit B, and Mekwilai V. Handbook of care for patients with schizophrenia for hospitals in the health area (physician edition). Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2016.
- Department of Mental Health. Annual report 2021 [online]. 2021 [cited Sep 23, 2021]. Available from: www.dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/dl.asp?id=461.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372: n71. doi:10.1136/bmj.n71
- Kanjanasilp J, Ploylearmsang C. Short term outcomes of pharmaceutical care in Thai patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Songklanakarin J Sci Technol* 2016; 38: 189-97.
- Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA, et al. Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-Year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *Am J Psychiatry* 2016; 173: 362-72.
- Mishra A, Sai Krishna G, Sravani A, Kurian TD, Kurian J, Ramesh M, et al. Impact of pharmacist-led collaborative patient education on medication adherence and quality of life of schizophrenia patients in a tertiary care setting. *Bull Fac Pharm Cairo Univ* 2017; 55: 345-9.
- Sathienluckana T, Unaharassamee W, Suthisisang C, Suanchang O, Suansanae T. Anticholinergic discontinuation and cognitive functions in patients with schizophrenia: a pharmacist-physician collaboration in the outpatient department. *Integr pharm* 2018; 7: 161-71.
- Lertnarkorn S. A randomized controlled trial of weight control program for management of weight gain associated with atypical antipsychotics based regimen in schizophrenia patients [master thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2007.
- Kaeokumbong C, Chaiyakum A. Effectiveness of pharmaceutical care at schizophrenia clinic in Psychiatric Hospital. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences* 2015; 11 (Supplement): 159-67.
- Kenkratoke J, Kanjanasilp J, Leelathanaroek A, Dudsadeeprasert J. Effect of pharmaceutical care in patients with schizophrenia and drug counseling for caregivers at Nakhon Ratchasima Rajanagarindra psychiatric hospital. *Journal of Nakhon Ratchasima Rajanagrindra Psychiatric Hospital* 2010-2011; 11: 40-50.
- Wiriyasirisakul T, sariyachaikul T, Kanjanasilp J, Suttiruksa S. Outcomes of pharmaceutical care in outpatients with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2016; 8: 377-87.
- Rakpong P, Suttiruksa S, Kanjanasilp J. Effects of pharmacist's education provision for caregivers of schizophrenic patients at their homes. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2020; 12: 452-65.
- Yapong P, Lerkiatbundit S, Saengcharoen W. Effects of interventions by pharmacists in caregivers to improve medication adherence and clinical outcomes in patients with schizophrenia by "Patient-Tailoring Strategies". *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2018; 10: 591-606.
- Hongthong C, Kessomboon N. Cost-benefit analysis of psychiatric pharmaceutical care with shared decision-making intervention in complicated schizophrenic patients. *Thai J Pharm Sci* 2021; 45: 307-11
- Rungruang C. Efficacy of development of the system and process in helping and treating schizophrenic patients in Klongluang Hospital under district health system, Klongluang District,

- Pathumthani Province. Journal of Health Science 2018; 27: 894-907.
17. Hashimoto Y, Tensho M. Effect of pharmacist intervention on physician prescribing in patients with chronic schizophrenia: a descriptive pre/post study. BMC Health Serv Res 2016; 16: 150.
 18. Ilickovic IM, Jankovic SM, Tomcuk A, Djedovic J. Pharmaceutical care in a long-stay psychiatric hospital. Eur J Hosp Pharm 2016; 23: 177-81.
 19. Pratyasanti J. Pharmaceutical care for obese schizophrenic patients at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry [dissertations]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004.
 20. Butthayothi N. Process of the relapse prevention by community participation with multidisciplinary team for schizophrenic patients at Kosumphisai Hospital, Mahasarakham District, Mahasarakham Province. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health 2021; 5: 77-88.
 21. Dhuhhlaing CN, Young A, Sahm LJ. Impact of pharmacist counselling on clozapine Knowledge. Schizophr Res Treatment 2017; 2017: 6120970. doi: 10.1155/2017/6120970.
 22. Phetwong P, Srichakul B, Wuttisin K. The development of pharmaceutical service for schizophrenia patients at 50 Pansa Mahavajiralongkorn Hospital in Mueang District Ubon Ratchatani Province. Journal of Science and Technology Maha sarakham University 2015; 34: 187-95.
 23. Seechiangsa K, Kanjanasilp J, Suttiruksa S. Development of the system for caring schizophrenic patients in community by multidisciplinary team of health network of Amphoe Ban Thaen, Chaiyaphum Province. Thai Journal of Pharmacy Practice 2019; 11: 457-69.
 24. Dolchalermyuthana P. The development of quality of life of schizophrenic patients through participation of continuing care from hospital to community life, Kalasin Hospital Network. Journal of Nursing and Health Care 2014; 32: 176-84.
 25. Suwanmitree S, Limsiew U. Psychosocial intervention. Bangkok: Beyond publishing; 2017.
 26. Bureau of Mental Health Service Administration. Guidelines for improving the quality of mental health and psychiatric service systems for hospitals in general hospital centers community hospital and Tambon Health Promotion Hospital. 2 ed. Bangkok: Beyond publishing; 2016.
 27. Armijo J, Méndez E, Morales R, Schilling S, Castro A, Alvarado R, et al. Efficacy of community treatments for schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review. Front Psychiatry 2013; 4: 116.