

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

วันรับ : 7 สิงหาคม 2567

วันแก้ไข : 14 ตุลาคม 2567

วันตอบรับ : 19 ตุลาคม 2567

รักสดา กิจอรุณชัย, พ.บ., สมชาย ต้นศิริสิทธิกุล, พ.บ.

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนาระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 ตามกรอบการพัฒนาเทคโนโลยี ได้แก่ การสำรวจอัตรา ชนิด และสาเหตุความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโดยการศึกษาย้อนหลังเวชระเบียนผู้ป่วยในจิตเวช การทบทวนวรรณกรรมเพื่อกำหนดกรอบแนวคิด การจัดทำร่างแนวปฏิบัติ และการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คนเพื่อกำหนดดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

ผล : ผู้ป่วยใน 884 คน พบความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค 56 คน (ร้อยละ 6.3) เป็นความคลาดเคลื่อนชนิด wrong diagnosis 39 คน (ร้อยละ 69.6) และ missed diagnosis 17 คน (ร้อยละ 30.4) พบสาเหตุความคลาดเคลื่อนทั้งหมด 86 สาเหตุ สาเหตุที่พบมากที่สุด ได้แก่ ลักษณะอาการทางคลินิก (ร้อยละ 45.3) และความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล (ร้อยละ 38.6) ร่างแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชประกอบด้วยแนวทางแก้ไขสาเหตุจากลักษณะอาการทางคลินิก 9 ข้อ มุ่งเน้นการประเมินทางจิตเวช และแนวทางแก้ไขสาเหตุจากความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล 5 ข้อ ครอบคลุมการจัดกิจกรรมเรียนรู้จากข้อผิดพลาด การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางความคิด และการลดอคติ แนวปฏิบัติฉบับปรับปรุงตามความเห็นผู้เชี่ยวชาญมีค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 1

สรุป : แนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชพัฒนาขึ้นจากข้อค้นพบในการปฏิบัติงานจริง ประกอบด้วยแนวทางแก้ไขความคลาดเคลื่อนจากลักษณะอาการทางคลินิกและความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล มีความตรงเชิงเนื้อหาใช้ได้ เหมาะสมสำหรับใช้ในโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์

คำสำคัญ : การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช, ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย, แนวปฏิบัติ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : รักสดา กิจอรุณชัย; e-mail: drraksuda@gmail.com

Original article

Development of guidelines to reduce diagnostic errors in psychiatric diagnosis

Received : 7 August 2024

Revised : 14 October 2024

Accepted : 19 October 2024

Raksuda Kijaroonchai, M.D., Somchai Tansirisittikul, M.D.

Srithanya Hospital, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To develop and assess the content validity of guidelines for reducing diagnostic errors in psychiatric diagnosis.

Methods: Research and development were conducted from September 2023 to June 2024, following the technology development framework. This included surveying the rates, types, and causes of diagnostic errors by retrospectively reviewing psychiatric patient medical records, literature review to establish a conceptual framework, drafting the practice guidelines, and content validity assessment by a panel of five experts using the index of item-objective congruence (IOC). Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency and percentage.

Results: Diagnostic errors were found in 56 of 884 inpatients (6.3%). Among these, 39 cases (69.6%) were classified as wrong diagnoses, while 17 cases (30.4%) were missed diagnoses. A total of 86 causes of errors were identified, with the most common being related to clinical manifestation (45.3%) and the knowledge and cognitive errors of individuals (38.6%). The draft guidelines to reduce diagnostic errors included nine measures for addressing clinical manifestation, focusing on psychiatric evaluation, and five measures for addressing knowledge and cognitive errors, covering activities such as root cause analysis, cognitive errors monitoring, and strategies for de-biasing. The revised guideline based on expert opinions had an average IOC of 1.

Conclusion: The guidelines to reduce diagnostic errors in psychiatric diagnosis developed in this study are based on real-world findings. They specifically address errors arising from clinical manifestations as well as the knowledge and cognitive biases of individuals, demonstrating acceptable content validity and suitability for applying in hospitals with psychiatrists.

Keywords: diagnostic errors, guidelines, psychiatric diagnosis

Corresponding author: Raksuda Kijaroonchai; e-mail: drraksuda@gmail.com

ความรู้เดิม : ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติซึ่งสามารถป้องกันแก้ไขได้โดยการสำรวจหาอุบัติการณ์และสาเหตุ การทบทวนวรรณกรรม และการจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย

ความรู้ใหม่ : แนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชสำหรับจิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ประกอบด้วยแนวทางลดความคลาดเคลื่อนจากลักษณะอาการทางคลินิก 9 ข้อและแนวทางลดความคลาดเคลื่อนจากจากความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล 5 ข้อ โดยมุ่งเน้นการประเมินทางจิตเวช กิจกรรมเรียนรู้จากข้อผิดพลาด การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางความคิด และการลดอคติ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามสาเหตุที่พบได้บ่อยจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลทั่วไปที่มีจิตแพทย์

บทนำ

การวินิจฉัยที่ถูกต้องและทันเวลาเป็นรากฐานของการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและปลอดภัย ความคลาดเคลื่อนหรือการละเลยเรื่องนี้อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจากไม่ได้รับการรักษาโรคแต่เนิ่น ๆ หรือได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย และเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างไม่เหมาะสม¹ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมีความแตกต่างจากการวินิจฉัยโรคทางอายุรกรรม กล่าวคือ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอาศัยการซักประวัติ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตอาการแสดงทางคลินิก และการรายงานอาการตนเองของผู้ป่วยเป็นหลัก ขณะที่การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยา และการตรวจตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarker) ยังมีข้อจำกัดในยืนยันการวินิจฉัย ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัย² การศึกษาความชุกของความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย (diagnostic error) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 39.6 ได้รับการวินิจฉัยคลาดเคลื่อนโรคที่มีความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยสูง ได้แก่ โรคจิตเภทแบบอารมณ์แปรปรวน (schizoaffective disorder)

โรคซึมเศร้า (depressive disorder) โรคจิตเภท (schizophrenia) และโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder)³ การศึกษาทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของแพทย์ทั่วไปก่อนการส่งปรึกษาจิตแพทย์พบว่า โรคที่อัตราความคลาดเคลื่อนสูง ได้แก่ โรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว ส่วนโรคที่มีอัตราความคลาดเคลื่อนต่ำ ได้แก่ ความผิดปกติทางการรู้คิด (cognitive disorder) และความผิดปกติจากการใช้สาร (substance use disorder)⁴

การศึกษาเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางความคิด (cognitive error) โดยใช้แนวคิดทางจิตวิทยาการรับรู้ (cognitive psychology) พบว่า ความคลาดเคลื่อนทางความคิดเกิดจากความผิดพลาดในการใช้ทางลัดในการคิด (heuristics) ซึ่งเป็นกระบวนการทางจิตที่ช่วยให้บุคคลตัดสินใจหรือแก้ปัญหาได้รวดเร็วขึ้นโดยใช้ประสบการณ์หรือความรู้ที่มีอยู่แทนการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดอย่างละเอียด⁵ บุคคลมักใช้ทางลัดในการคิดเมื่อมีความกดดันทางความคิด มีเวลาจำกัดในการตัดสินใจ หรืออยู่ในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนและไม่แน่นอน (complexity and uncertainty) การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางความคิดที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา ขณะที่ความคลาดเคลื่อนทางความคิดในงานจิตเวชมักมีการศึกษาน้อย อาจเนื่องจากงานจิตเวชมีการดำเนินไปช้ากว่าการแพทย์ฉุกเฉิน แต่จิตแพทย์ต้องเผชิญการตัดสินใจเกี่ยวกับความเสี่ยงบ่อยครั้ง อีกทั้งการปฏิบัติงานทางจิตเวชถูกนิยามหรือมองว่ามีความซับซ้อนและไม่แน่นอน โดยเฉพาะความไม่แน่นอนของการวินิจฉัยซึ่งมักเกิดจากความไม่สม่ำเสมออาการแสดงโรคของผู้ป่วย ความไม่สม่ำเสมอของแพทย์ ความไม่เพียงพอของการบรรยายข้ออาการ รวมทั้งข้อจำกัดของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในด้านนิยามและระดับความรุนแรงของอาการ⁶

ความคลาดเคลื่อนทางความคิดในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ได้แก่ การให้ความสนใจเฉพาะการมีหรือไม่มีอาการต้นแบบ (prototype) หรืออาการที่แสดงออกมาอย่างชัดเจน (classical manifestations) ของโรค (representativeness) การเลือกเชื่อถือข้อมูลที่รู้สึกคุ้นเคยจนมองข้ามข้อมูลอื่น (availability) การปักใจเชื่อข้อมูลที่ได้ในตอนแรกจนละเลยที่จะพิจารณาข้อมูลอื่น ๆ ที่ตามมา

(anchoring) การมองหาแต่ข้อมูลที่ตรงกับความเชื่อตัวเอง และปิดกั้นข้อมูลที่ขัดแย้ง (confirmation bias) และการเลือกเชื่อตามการวินิจฉัยเดิมทั้งที่ไม่มีหลักฐานว่าการวินิจฉัยนั้นถูก (diagnosis momentum)⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรมที่พบว่าร้อยละ 74 ของความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยเกิดจากปัจจัยด้านความคลาดเคลื่อนทางความคิด สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ การสังเคราะห์ข้อมูลที่ผิดพลาด (faulty synthesis) จาก การปิดฉากก่อนเวลา (premature closure) ซึ่งหมายถึง ความล้มเหลวในการพิจารณาทางเลือกอื่น ๆ หลังจากได้ วินิจฉัยเบื้องต้นแล้ว รองลงมา ได้แก่ การสร้างบริบทที่ ผิดพลาด (faulty context generation) การประเมิน ความสำคัญของข้อมูลผิดพลาด (misjudging of finding) การรับรู้ที่ผิดพลาด (faulty perception) และข้อผิดพลาด จากการใช้วิธีลัดในการคิด ขณะที่ปัญหาด้านความรู้ที่ ผิดพลาดหรือไม่เพียงพอ (faulty/inadequate knowledge) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยน้อย⁷

การทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังผู้ป่วยในที่จำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลศรีธัญญาในเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 1,162 ราย มีการเปลี่ยนการวินิจฉัยจาก การวินิจฉัยแรกรับ 114 ราย (ร้อยละ 9.8) กลุ่มโรคที่มีการเปลี่ยนวินิจฉัย เช่น ความผิดปกติทางพฤติกรรมและ จิตประสาทซึ่งเกิดจากการใช้สาร (mental and behavioral disorder due to substance use) ความผิดปกติทางจิตอื่น ที่เกิดจากสมองถูกทำลาย สมองทำงานผิดปกติ และจาก โรคทางกาย (other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease) โรคซึมเศร้า (depressive episode และ recurrent depressive disorder) และโรคจิตเภท มีสาเหตุจากลักษณะ อาการแสดงที่แยกโรคยากหรือพบบ่อย มี การปกปิด ข้อมูลสำคัญ ข้อมูลได้จากญาติหรือโรงพยาบาลก่อนหน้า ไม่ครบถ้วน การขาดความรู้ การไม่ใช้หรือไม่ถามหาข้อมูลที่ เกี่ยวข้องอื่น ๆ และการแปลความหมายและการไม่ได้นำ ข้อมูลทั้งหมดมาสรุปเป็นการวินิจฉัย⁸ แต่เนื่องจากการ ทบทวนย้อนหลังขณะที่ยังไม่มีแนวทางในการเฝ้าระวังและ ระบบรายงานเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย โรคจิตเวชโดยเฉพาะ การระบุชนิดและสาเหตุของการเปลี่ยน

การวินิจฉัยยังไม่เป็นระบบและขาดความสม่ำเสมอ ทำให้ ไม่สามารถนำผลการทบทวนไปดำเนินการจัดทำแนวปฏิบัติ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคตามที่สถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เสนอแนะ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาใน ประเทศไทยที่พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนใน การวินิจฉัยโรคจิตเวชสำหรับโรงพยาบาลระดับเหนือกว่า ตติยภูมิ ซึ่งให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ทั้งในการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจอัตรา ชนิด และสาเหตุความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค และพัฒนา แนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทาง จิตเวช โดยการสำรวจและกำหนดวิธีการศึกษาให้สอดคล้อง กับระบบการปฏิบัติงานตามปกติของโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อเป็นแนวทางและมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

วิธีการ

การวิจัยและพัฒนา (research and development) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ STY.CO.A013/2566 วันที่รับรอง 17 สิงหาคม 2566 ดำเนินการระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2566 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 ตามกรอบ การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน⁹ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการ พัฒนา (need analysis) 2) การกำหนดกรอบแนวคิด (conceptual framework) 3) การออกแบบและจัดทำร่าง ต้นแบบ (prototype development) และ 4) การตรวจสอบ คุณภาพทางวิชาการ (testing) 5) การทดลองใช้ (pilot study) 6) การขยายผล (scale up) และ 7) การประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง (evaluation and continuous improvement) โดยการศึกษานี้ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 ถึง 4 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา

เป็นการศึกษาย้อนหลังถึงอัตรา ชนิด และสาเหตุ ของความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค เพื่อนำข้อมูลไป

กำหนดกรอบแนวคิดของแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในจิตเวชที่โรงพยาบาลศรีธัญญาที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานที่ตรวจแพทย์ที่รับไว้ในโรงพยาบาล แพทย์ที่จำหน่าย และประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย

2. การวินิจฉัยแรกเริ่ม (initial diagnosis) และก่อนจำหน่าย (final diagnosis) ระบุโดยแพทย์ที่ตรวจผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉินและแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยใน ตามลำดับ โดยอาจเป็นคนเดียวกันหรือไม่ก็ได้

3. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค หมายถึง การมีวินิจฉัยก่อนจำหน่ายต่างจากการวินิจฉัยแรกเริ่ม โดยมีการเปลี่ยนรหัส ICD-10¹⁰ ในหลักที่ 2 เช่น F20.00 เปลี่ยนเป็น F31.2 หรือหลักที่ 3 เช่น F20 เป็น F25 ยกเว้นการเปลี่ยนการวินิจฉัยที่ถือว่าเป็นโรคเดียวกัน ได้แก่ กลุ่มความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทซึ่งเกิดจากการใช้สาร (F12 mental and behavioral disorder due to use of cannabinoid, F15 mental and behavioral disorder due to use of amphetamine และ F19 mental and behavioral disorder due to use of multiple drugs) กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (F30 manic episode และ F31 bipolar affective disorder) และกลุ่มโรคซึมเศร้า (F32 depressive episode, F33 recurrent depressive disorder และ F34 persistent mood affective disorder)

4. ชนิดของความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค ระบุโดยแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยใน แบ่งเป็น 3 ประเภท¹ ได้แก่ 1) missed diagnosis หมายถึง กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการชัดเจนแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคหรือวินิจฉัยไม่ครบ เช่น ผู้ป่วยมีอาการเศร้า เบื่อหน่าย คิดฆ่าตัวตาย และอาการติดสุราที่มีวินัจฉัยแรกเริ่มเป็น mental and behavioural disorder due to use of alcohol (F10) แต่ขาดการวินิจฉัย depressive episode (F32) 2) wrong diagnosis หมายถึง กรณีให้การวินิจฉัยไม่ถูกต้องโดยมีการนำ

อาการสำคัญมาอธิบายประกอบการวินิจฉัยแล้วแต่อาการเหล่านั้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัย เช่น ผู้ป่วย bipolar affective disorder, current episode severe depressive (F31.4) มีวินัจฉัยเป็น depressive episode (F32) เนื่องจากไม่สามารถชักอาการของ manic episode ในครั้งก่อนหน้านี้นี้ (previous episode) และ 3) delayed diagnosis หมายถึง กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคช้ากว่าที่ควร เช่น การไม่สามารถวินิจฉัย Wernicke-Korsakoff syndrome ได้ทันเวลาในผู้ป่วย alcohol withdrawal ทำให้เกิดผลแทรกซ้อนอย่างถาวร

5. สาเหตุความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย ใช้แนวทางความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยของเป้าหมาย ความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 (SIMPLE Thailand 2018)¹ มีหัวข้อดังนี้ 1) ลักษณะทางคลินิก (clinical manifestation) หมายถึง อาการแสดงใช้แยกโรคยาก เป็นอาการแสดงที่พบไม่บ่อย 2) ข้อจำกัดด้านข้อมูล (limitation of data) หมายถึง มีการปกปิดข้อมูลสำคัญ ข้อมูลได้จากผู้ป่วย ญาติ หรือโรงพยาบาลก่อนหน้าไม่ครบ 3) ความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล (human knowledge/cognitive error) หมายถึง การขาดความรู้ การไม่ใช้หรือไม่ถามหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การแปลความหมายและการไม่ได้นำข้อมูลทั้งหมดมาสรุปเป็นการวินิจฉัยที่ดีที่สุด 4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (investigation) หมายถึง การส่งตรวจไม่ตรงอาการหรือล่าช้า มีข้อจำกัดในการส่ง ผลที่ได้มีข้อผิดพลาด 5) การสื่อสาร (communication) หมายถึง การสื่อสารคลาดเคลื่อนระหว่างแพทย์ต่างสาขา สหวิชาชีพ และ ผู้ป่วยและญาติ 6) การบันทึกของบุคลากร (medical record) หมายถึง แพทย์ไม่บันทึกเวชระเบียน ทำให้แพทย์ที่ให้การรักษาลดไปไม่ทราบข้อมูล และ 7) การประเมิน/การประเมินซ้ำ (assessment/reassessment) หมายถึง แพทย์ไม่ไปประเมินด้วยตนเองหรือไม่ประเมินซ้ำเมื่อมีการรายงานอาการที่เปลี่ยนไป

ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจัดการประชุมชี้แจงรายละเอียดให้กับจิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทบทวนความหมายชนิดและ

สาเหตุความคลาดเคลื่อน เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันและ ทดลองลงความเห็นในกรณีตัวอย่าง โดยกำหนดให้แพทย์ ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยในเป็นผู้ลงความเห็น ความคลาดเคลื่อน จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือน กันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ ผู้วิจัยออกแบบ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย ชนิดและสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการ วินิจฉัยในผู้ป่วยทุกรายที่มีการเปลี่ยนการวินิจฉัยก่อน จำหน่ายต่างจากการวินิจฉัยแรกปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิด

ดำเนินการในเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 โดยประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และกำหนดกรอบความคิดเพื่อจัดทำร่างแนวปฏิบัติเพื่อ ลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบ

ดำเนินการในเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2567 โดยการประชุมร่วมกับจิตแพทย์ 3 คน 2 ครั้ง เพื่อจัดทำ ร่างแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค ทางจิตเวชแยกตามสาเหตุของความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อย

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ

ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติ โดยการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) จากความเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ที่มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 10 ปี 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์สาขาจิตเวช ทั่วไประดับทรงคุณวุฒิ 1 คน ระดับเชี่ยวชาญ 3 คน จิตแพทย์ สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่นระดับทรงคุณวุฒิ 1 คน มีเกณฑ์การ ให้คะแนนดังนี้ 1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อนี้มีผลต่อการลด ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย 0 หมายถึง ไม่แน่ว่า ข้อนี้มีผลต่อการลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย และ -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อนี้ไม่มีผลต่อการลดความ คลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 - 1 ถือว่ามี ค่าความเที่ยงตรงใช้ได้

ผล

อัตรา ชนิด และสาเหตุของความคลาดเคลื่อน ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ผู้ป่วยในจิตเวชที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ศรัทธาช่วงเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 884 คน มีผู้ป่วยที่เปลี่ยนการวินิจฉัย 56 คน (ร้อยละ 6.3) ในจำนวนนี้เป็นชาย 34 คน (ร้อยละ 60.7) ค่ามัธยฐานของ อายุ 37.5 ปี ค่ามัธยฐานของระยะเวลาความเจ็บป่วย 3.5 ปี ได้รับการตรวจที่แผนกฉุกเฉิน 50 คน (ร้อยละ 89.3) จิตแพทย์เป็นผู้รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล 30 คน (ร้อยละ 50.8) จิตแพทย์เป็นผู้จำหน่าย 42 คน (ร้อยละ 71.2) ชนิด ความคลาดเคลื่อนเป็น wrong diagnosis 39 คน (ร้อยละ 69.6) และ missed diagnosis 17 คน (ร้อยละ 30.4) ไม่พบ delayed diagnosis พบสาเหตุความคลาดเคลื่อน ทั้งหมด 86 สาเหตุ สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ลักษณะ อาการทางคลินิก (ร้อยละ 45.3) และความรู้และความคลาด เคลื่อนทางความคิดของบุคคล (ร้อยละ 38.6)

อัตราความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยในแต่ละโรค คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยก่อนจำหน่ายต่างจาก การวินิจฉัยแรกรับของโรคนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ที่ได้การวินิจฉัยโรคนั้นเมื่อแรกรับ โรคที่มีอัตราความคลาด เคลื่อนในการวินิจฉัยสูงสุด ได้แก่ โรคจิตชนิดเฉียบพลันและ เป็นชั่วคราว (acute and transient psychotic disorder) พบการเปลี่ยนการวินิจฉัย 4 คนจากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย เมื่อแรกรับ 7 คน (ร้อยละ 57.1) ภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ระบุ รายละเอียด (unspecified dementia) พบ 3 จาก 9 คน (ร้อยละ 33.3) โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ (recurrent depressive disorder) พบ 11 จาก 45 คน (ร้อยละ 24.4) ภาวะซึมเศร้า ชั่วครั้งชั่วคราว (depressive episode) พบ 7 จาก 36 คน (ร้อยละ 19.4) และ โรคอารมณ์สองขั้ว พบ 7 จาก 89 คน (ร้อยละ 7.8) โรคที่มีความคลาดเคลื่อนต่ำ ได้แก่ โรคจิตเภท พบ 6 จาก 365 คน (ร้อยละ 1.6) และความผิดปกติทาง พฤติกรรมและจิตประสาทซึ่งเกิดจากการใช้สาร พบ 8 จาก 223 คน (ร้อยละ 3.4)

กรอบแนวคิดแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อน ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เป้าหมายความ ปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 (SIMPLE

Thailand 2018)¹ เอกสารการถอดบทเรียนจากการประชุม HA national forum 24 หัวข้อ the path to improve diagnosis and reduce diagnostic error¹¹ แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการวินิจฉัยผิดพลาดโรงพยาบาลปิงภาพ¹² โรงพยาบาลบ้านตาก¹³ และโรงพยาบาลบ้านคา¹⁴ เกณฑ์การประเมินสมรรถนะของแพทย์ประจำบ้านตามกิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อถือไว้วางใจได้ (entrustable professional activity: EPA) ด้านทักษะทางวิชาชีพที่จิตแพทย์พึงมี¹⁵ และบทความสาเหตุและแนวทางแก้ไขความคลาดเคลื่อนทางความคิดของ Crumlish และ Kelly⁵ ซึ่งทั้งหมดเป็นหลักฐานจากความเห็นผู้เชี่ยวชาญที่ไม่มีการประเมินเชิงวิจารณ์ (critical appraisal) มีความน่าเชื่อถือของหลักฐาน (level of evidence) ระดับ 5 ถึง 7⁹ จากนั้นนำผลการทบทวนวรรณกรรมและการสำรวจอัตรา ชนิด และสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคในขั้นตอนที่ 1 มาออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบตามสาเหตุความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยที่พบบ่อยที่สุด

ร่างแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

การร่างแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ใช้เทคโนโลยี คือ แพทย์ 2) การกำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรมหรือวัตถุประสงค์ที่ต้องการ คือ การลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 3) การกำหนดรูปแบบของเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ เนื้อหาที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ คือ แนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 4) การกำหนดรายละเอียดเนื้อหา คือ ร่างแนวทางแก้ไขตามสาเหตุของความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุด ได้แก่ ลักษณะอาการทางคลินิกและความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล และ 5) การเขียนเนื้อหาสำหรับสื่อการเรียนรู้ประเภทต่าง ๆ คือ การเขียนเนื้อหารายละเอียดแนวปฏิบัติได้ร่างแนวทางลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 14 ข้อ แบ่งเป็นแนวทางแก้ไขสาเหตุจากลักษณะอาการทางคลินิกของโรคทางจิตเวช 9 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินทางจิตเวช (psychiatric evaluation) และแนวทางแก้ไขสาเหตุจากความรู้และความคลาดเคลื่อน

ทางความคิดของบุคคล 5 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเรียนรู้จากการวิเคราะห์ข้อผิดพลาด (root cause analysis: RCA) การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางความคิด และแนวทางการลดอคติ

ความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ค่าคะแนน IOC เฉลี่ยของร่างแนวปฏิบัติ 14 ข้อเท่ากับ 0.8 ด้านลักษณะอาการทางคลินิกของทางโรคจิตเวช 9 ข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีค่า IOC เท่ากับ 1 ยกเว้นข้อ 2 ที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.4 โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าควรตัดข้อความ “ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ ทั้งสาเหตุนำ สาเหตุกระตุ้นของปัญหาที่แสดงออก และสาเหตุที่ทำให้ปัญหาคงอยู่” ออก เนื่องจากข้อความดังกล่าวไม่มีผลต่อการลดความคลาดเคลื่อน แต่มีเพื่อการทำความเข้าใจผู้ป่วยและวางแผนการรักษา ข้อ 6 ที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.6 โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าควรตัดข้อความ “รวมถึงการตระหนักถึงการตอบสนองทางอารมณ์ทั้งของแพทย์และของผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลต่อการวินิจฉัยโรค” ออก เนื่องจากข้อความดังกล่าวไม่มีผลต่อการลดความคลาดเคลื่อน แต่มีเพื่อเฝ้าระวังปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย transference และ countertransference และข้อ 7 ที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.6 โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าควรตัดข้อความ “ระบบขอความเห็นจากจิตแพทย์คนที่สอง (second opinion)” ออก เนื่องจากระบบการขอความเห็นจิตแพทย์คนที่สองในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยาก ส่วนข้อ 8 ผู้เชี่ยวชาญขอทราบเหตุผลประกอบการพิจารณาเพิ่มเติม โดยไม่มีข้อเสนอแนะให้ปรับข้อความ ด้านความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล 5 ข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ให้ค่าคะแนน IOC เป็น 1 ยกเว้นข้อ 5 ที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.6 โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าควรตัดข้อความ “และกิจกรรมการเรียนรู้ขององค์กรแพทย์” เนื่องจากการสร้างความตระหนักโดยใช้แนวทางการลดอคติ (de-biasing) ในกิจกรรมการเรียนรู้การสอนของแพทย์ประจำบ้านเป็นไปได้ แต่กิจกรรมการเรียนรู้ขององค์กรแพทย์เป็นไปได้ยาก หลังปรับแก้ ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาปรับค่าคะแนน IOC ทุกข้อ เท่ากับ 1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร่องแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชหลังผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

สาเหตุความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย	แนวทางแก้ไข
ลักษณะอาการทางคลินิก	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ข้อมูลที่เป็นจริงและครบถ้วนเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง¹⁵ 2. ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจสภาพจิต ให้ละเอียดมากขึ้นในอาการที่สำคัญตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 หรือ DSM-5¹⁵ 3. ซักประวัติจากญาติหรือผู้นำส่งเพิ่มเติม¹²⁻¹⁴ 4. ประสานขอข้อมูลประวัติความเจ็บป่วยและการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น ทบสวนเวชระเบียนหรือประวัติการรักษาเดิม เพื่อนำมาประกอบการวินิจฉัย^{1,12-14} 5. รวบรวมข้อมูลทั้งหมดและสรุปผลการตรวจเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรค¹⁵ 6. บันทึกข้อมูลที่สนับสนุนการวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรค (rule in/ rule out) ลงในเวชระเบียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์ทุกครั้ง¹⁵ 7. กรณีเป็นแพทย์ประจำบ้านรวบรวมข้อมูลทั้งหมดปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ attending OPD, IPD, ER กรณีเป็นจิตแพทย์จัดให้มี peer review^{1,12-14} 8. เพิ่มช่องทางการสื่อสารของทีมสหวิชาชีพ ในการให้ข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยโรค^{1,12-14} 9. มีระบบการเฝ้าระวังและรายงานความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย (การสุ่มหาหรือรายงานโดยแพทย์ที่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย) วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง^{1,12-14}
ความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล	1. จัดกิจกรรมเรียนรู้จากข้อผิดพลาด โดยการทำ root cause analysis (RCA) หรือ peer review^{1,12-14} 2. สร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อการเรียนรู้ สนับสนุนด้านวิชาการแก่บุคลากร โดยการ จัดกิจกรรมวิชาการ ส่งบุคลากรเข้าอบรมหรือประชุมวิชาการเพื่อปรับปรุงความรู้ อยู่เสมอ และนำความรู้ที่ได้มาถ่ายทอดให้กับบุคลากรอื่น ๆ ในโรงพยาบาล^{1,12-14} 3. เสริมทักษะและประสบการณ์การคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) ด้านการวินิจฉัยให้กับแพทย์ประจำบ้านผ่านกิจกรรมการเรียนการสอนได้แก่ การให้แพทย์ประจำบ้านอภิปรายขั้นตอนในการวินิจฉัยและอาจารย์ให้ข้อมูลสะท้อนกลับในกิจกรรม supervision, ER report, case conference สอนแสดง ในกิจกรรม bedside teaching ที่ OPD, ER, IPD^{11,15} 4. เฝ้าระวังเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนและอคติทางความคิด (cognitive errors/bias) ได้แก่ การให้ความสนใจเฉพาะการมีหรือไม่มีอาการต้นแบบ (prototype) หรือ classical manifestations ของโรค (representativeness error) การเลือก เชื่อถือข้อมูลที่รู้สึกคุ้นเคยจนมองข้ามข้อมูลอื่น (availability error) การปักใจเชื่อ ข้อมูลที่ได้ในตอนแรก จนละเลยที่จะพิจารณาข้อมูลอื่น ๆ ที่ตามมา (anchoring error) การมองหาแต่ข้อมูลที่ตรงกับความเชื่อตัวเองและปิดกั้นข้อมูลที่ขัดแย้ง (confirmation bias) การเลือกเชื่อตามกัน คือ ให้การวินิจฉัยโดยเชื่อตาม การวินิจฉัยเดิมทั้งที่ไม่มีหลักฐานว่าการวินิจฉัยนั้นถูก (diagnosis momentum bias)^{5,11} 5. สร้างความตระหนักรู้ผ่านกิจกรรมการเรียนการสอนของแพทย์ประจำบ้าน โดยใช้แนวทางการลดอคติ (de-biasing) คือเมื่อมีเหตุการณ์เข้ามาในความคิด/รับรู้ ข้อมูลอาการต่าง ๆ (perception) ตระหนักถึง cognitive errors (awareness) ทำความเข้าใจอย่างรอบด้าน (comprehensive) สะท้อนความคิดออกมา (reflection) เห็นปัญหาได้ครอบคลุมการวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรค^{5,11}

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าโรคจิตชนิดเฉียบพลันและเป็นชั่วคราวมีความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยสูงสุด อาจเนื่องจากช่วงที่มีการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีระยะเวลาของอาการโรคจิตยังไม่ถึง 1 เดือนตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10¹⁰ แต่เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยบางรายยังคงมีอาการต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือนหรือบางรายได้ข้อมูลระยะเวลาการเกิดโรคชัดเจนขึ้นทำให้แพทย์พิจารณาเปลี่ยนการวินิจฉัยโรค ต่างจากการศึกษาอื่นที่ไม่ระบุความคลาดเคลื่อนของโรคนี้แยกออกมา^{4,16} โรคที่พบว่ามี ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยสูงรองลงมา ได้แก่ โรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว คล้ายคลึงกับการศึกษาของ AlSalem และคณะ¹⁶ ที่พบว่าแพทย์ที่ส่งผู้ป่วยมาปรึกษามักประเมินว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงเกินไป โดยเกือบ 1 ใน 4 ผู้ป่วยไม่ควร ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชใด ๆ เลย นอกจากนี้ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางกายเป็น เรื่องท้าทาย เนื่องจากอาการซึมเศร้านักซ้อนทับกับอาการ ของโรคทางกายได้ ส่วนโรคอารมณ์สองขั้วมักมีความยาก ในการชักประวัติเนื่องจากผู้ป่วยมักไม่ตระหนักหรือยอมรับ ว่ามีความเจ็บป่วยและผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะ เฉียบพลันที่มีความรุนแรงมักถูกวินิจฉัยผิดพลาดเป็น โรคจิตเภท¹⁷ อย่างไรก็ตาม กรณีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ระบุ รายละเอียดซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม neurocognitive disorder ที่พบว่ามีคลาดเคลื่อนสูงแตกต่างจากการศึกษาของ Dilts และคณะ⁴ และ AlSalem และคณะ¹⁶ ซึ่งเป็นการศึกษา ความถูกต้องในการวินิจฉัยของแพทย์ทั่วไปที่ส่งผู้ป่วยปรึกษา จิตแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปที่พบว่า neurocognitive disorder มีความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคต่ำ

กลุ่มความผิดปกติจากการใช้สารและโรคจิตเภทที่ พบว่ามีความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคต่ำสอดคล้องกับ การศึกษาของ Dilts และคณะ⁴ AlSalem และคณะ¹⁶ และ Baca-Garcia และคณะ¹⁸ อาจเนื่องจากผู้ที่มีความผิดปกติ จากการใช้สารมีประวัติการใช้สารเสพติดและมีผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการยืนยัน เช่น การตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ ส่วนโรคจิตเภทมักมีอาการที่ชัดเจน ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของคำพูด ความผิดปกติของ พฤติกรรม และอาการด้านลบ นอกจากนี้ในระยะยาวผู้ป่วย

มักมีอาการหลงเหลือให้ตรวจพบได้และมีเกณฑ์การวินิจฉัย ด้านระยะเวลาที่ชัดเจนที่ระบุว่าจะต้องมีอาการอย่างน้อย 1 เดือน¹⁹

ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยคลาดเคลื่อนทั้ง 56 คนได้รับการ วินิจฉัยเมื่อแรกรับโดยแพทย์ประจำบ้านใกล้เคียงกับ จิตแพทย์ โดยแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่อยู่ในชั้นปีที่ 1 และ 2 และช่วงเวลาที่สำรวจอยู่ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนแรก ของการฝึกอบรม สาเหตุที่ความคลาดเคลื่อนใกล้เคียงกัน อาจเป็นผลจากกระบวนการจัดการเรียนการสอนของ โรงพยาบาลที่กำหนดให้อาจารย์ที่ปรึกษาประจำทุกหน่วย ปฏิบัติงาน เพื่อให้การวินิจฉัยและการดูแลผู้ป่วยถูกต้องตาม เกณฑ์ EPA¹⁵ ซึ่งกำหนดว่าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 อยู่ใน ระดับ 2 สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์ อย่างใกล้ชิด ส่วนแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 อยู่ในระดับ 3 สามารถปฏิบัติงานเองได้ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์ จึงส่งผล ให้มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามความเห็นของอาจารย์ ที่ปรึกษาที่ดูแลแพทย์ประจำบ้าน สอดคล้องกับการศึกษา เปรียบเทียบความถูกต้องในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ระหว่างแพทย์ประจำบ้านที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และ ห้องฉุกเฉิน ยืนยันการวินิจฉัยโดยการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ทางคลินิก (structured clinical interview for DSM-III-R: SCID) พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่ห้องฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยใน มีความไวในการวินิจฉัยโรคร้อยในระดับดี เนื่องจากอยู่ในการ กำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา²⁰

สาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย 2 อันดับแรกที่พบในศึกษานี้ ได้แก่ ลักษณะอาการทางคลินิก และความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย ผู้ป่วยโรงพยาบาลฝ่ายกาย ซึ่งแนวปฏิบัติมักไม่ระบุสาเหตุ จากลักษณะอาการทางคลินิกหรือทางความคิดของบุคคล แต่มีกระบวนเหตุเชิงระบบ ปัจจัยแวดล้อม หรือเครื่องมือ เช่น การไม่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต่อการวินิจฉัยโรค การขาดการประสานงานหรือการสื่อสารระหว่างทีมแพทย์ การสื่อสารหรือประสานงานในโรงพยาบาลเกิดความคลาดเคลื่อน เครื่องมือหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ได้มาตรฐาน หรือไม่เพียงพอ และบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย ต่อการทำงาน¹²⁻¹⁴ อาจเนื่องจากแนวปฏิบัติในการศึกษานี้

พัฒนาจากการสำรวจหาสาเหตุภายใต้บริบทการดูแลผู้ป่วยวางแผนปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้จึงมุ่งเน้นการดำเนินการกิจกรรมและกลไกที่สอดคล้องกับการป้องกันแก้ไขสาเหตุดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ระบบการเฝ้าระวังและรายงานความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย (การสุ่มหาหรือรายงานโดยแพทย์ที่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย) การจัดกิจกรรมเรียนรู้จากข้อผิดพลาดโดยการทำ RCA หรือ peer review และการกำหนดให้มีอาจารย์ที่ปรึกษากำกับดูแลแพทย์ประจำบ้านทั้งที่แผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ดังนั้นแนวทางแก้ไขในแนวปฏิบัตินี้มีความเป็นไปได้ในการลดความคลาดเคลื่อนตามวัตถุประสงค์

แนวปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นสำหรับจิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ จึงเหมาะสมกับโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีจิตแพทย์เนื่องจากการดำเนินแนวทางแก้ไขสาเหตุความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชจากลักษณะอาการทางคลินิกต้องอาศัยทักษะการประเมินทางจิตเวช และการดำเนินแนวทางแก้ไขสาเหตุจากความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคลต้องอาศัยทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ ทักษะเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางความคิด และทักษะการจัดการอคติทางความคิด การนำไปใช้ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่ไม่มีจิตแพทย์จึงควรมีการเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นดังกล่าวให้กับแพทย์ผู้ปฏิบัติงานร่วมกับการวางระบบให้คำปรึกษาจากจิตแพทย์ในเครือข่ายบริการสุขภาพ นอกจากนี้การนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อให้มีประสิทธิภาพควรมีการเตรียมความพร้อม การสื่อสาร และการทำความเข้าใจแนวปฏิบัติกับแพทย์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อลดความกังวลและสร้างบรรยากาศทางบวกในการเรียนรู้ร่วมกัน

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการระบุชนิดและสาเหตุความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยขึ้นอยู่กับแพทย์เจ้าของไข้เพียงคนเดียว แม้มีการประชุมทบทวนนิยามที่เกี่ยวข้องและทดลองกับตัวอย่างร่วมกัน แต่แพทย์แต่ละคนอาจมีความเห็นเฉพาะตนที่แตกต่างกันหรืออาจมีอคติทางความคิดดังที่ได้กล่าวมาแล้ว อีกทั้งไม่มีการใช้เครื่องมือที่ยืนยันความถูกต้องของวินิจฉัย เช่น SCID¹⁸ จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อลดข้อจำกัดดังกล่าวและการศึกษาต่อยอด

ตามขั้นตอนที่ 5 ถึง 7 ของการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตต่อไป ได้แก่ การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในระบบจริง การขยายผลในโรงพยาบาลอื่น ๆ การปรับปรุงการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ และการประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในหลากหลายบริบท

สรุป

แนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชในการศึกษานี้พัฒนาขึ้นเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากสาเหตุที่พบบ่อยจากการปฏิบัติงาน ได้แก่ ลักษณะอาการทางคลินิกและความรู้และความคลาดเคลื่อนทางความคิดของบุคคล โดยมุ่งเน้นแนวทางการประเมินทางจิตเวชที่ครอบคลุม การจัดกิจกรรมเรียนรู้จากข้อผิดพลาด การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางความคิด และการลดอคติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และกรมสุขภาพจิต ที่ให้ความเห็นต่อแนวปฏิบัติ

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วน

รศสุดา กิจอรุณชัย : ออกแบบและจัดทำโครงสร้างวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; สมชาย ตันศิริสิทธิกุล : ทบทวนแนวคิด ออกแบบการวิจัย เก็บข้อมูล ตรวจสอบนิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018. Nonthaburi: Famous and Successful; 2018. (in Thai)
2. Phillips J. Detecting diagnostic error in psychiatry. *Diagnosis (Berl)*. 2014;1(1):75-8. doi:10.1515/dx-2013-0032.
3. Ayano G, Demelash S, Yohannes Z, Haile K, Tulu M, Assefa D, et al. Misdiagnosis, detection rate, and associated factors of severe psychiatric disorders in specialized psychiatry centers in Ethiopia. *Ann Gen Psychiatry*. 2021;20(1):10. doi:10.1186/s12991-021-00333-7.

4. Dilts SL Jr, Mann N, Dilts JG. Accuracy of referring psychiatric diagnosis on a consultation-liaison service. *Psychosomatics*. 2003;44(5):407-11. doi:10.1176/appi.psy.44.5.407.
5. Crumlish N, Kelly BD. How psychiatrists think. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2009;15(1): 72-9. doi:10.1192/apt.bp.107.005298.
6. Aboraya A, Rankin E, France C, El-Missiry A, John C. The reliability of psychiatric diagnosis revisited: the clinician's guide to improve the reliability of psychiatric diagnosis. *Psychiatry (Edgmont)*. 2006;3(1):41-50.
7. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Arch Intern Med*. 2005;165(13): 1493-9. doi:10.1001/archinte.165.13.1493.
8. Srithanya Hospital. Medical organization meeting minutes report No. 8/2023 (25 April 2023). Nonthaburi: Srithanya Hospital; 2023. (in Thai)
9. Division of Mental Health Development, Department of Mental Health. Manual for research and development of mental health technology. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand, LTD Publishing; 2012. (in Thai)
10. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
11. Ittiphisirt S, Sukkrasant P. The path to improve diagnosis and reduce diagnostic error [Internet]. Bangkok: Quality The Story; 2024 [cited 2024 Aug 5]. Available from: https://www.qualitythestory.com/improve_diag/. (in Thai)
12. Ban Tak Hospital. Guideline for reduce diagnostic error [Internet]. Tak: Ban Tak Hospital; 2022 [cited 2024 Aug 5]. Available from: <https://www.bantak-hospital.go.th/pdf/project/20210322102750.pdf> (in Thai)
13. Bankha Hospital. Guildlike for reduce diagnostic error [Internet]. Ratchaburi: Bankha Hospital; 2022 [cited 2024 Aug 5]. Available from: http://www.bkhosp.go.th/hospital/page/work_instruction/instruction/confix/files/แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การวินิจฉัยผิดพลาด%20(Diagnostic%20Error).pdf (in Thai)
14. Bueng Kan Hospital. Guideline for reduce diagnostic error [Internet]. Bueng Kan: Bueng Kan Hospital; 2022 [cited 2024 Aug 5]. Available from: https://bkh.moph.go.th/bkhweb/uploads/media/202405161028306_P-MO-02_เรื่องแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค.pdf (in Thai)
15. The Royal College of Psychiatrists of Thailand. Entrustable professional activity (EPAs). Bangkok: The Royal College of Psychiatrists of Thailand; 2022. (in Thai)
16. AlSalem M, AlHarbi MA, Badeghiesh A, Tourian L. Accuracy of initial psychiatric diagnoses given by nonpsychiatric physicians: a retrospective chart review. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(51):e23708. doi:10.1097/MD.00000000000023708.
17. Bradford A, Meyer AND, Khan S, Giardina TD, Singh H. Diagnostic error in mental health: a review. *BMJ Qual Saf*. 2024;33(10):663-672. doi:10.1136/bmjqs-2023-016996.
18. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I, Fernandez del Moral AL, Jimenez-Arriero MA, Gonzalez de Rivera JL, et al. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *Br J Psychiatry*. 2007;190:210-6. doi:10.1192/bjp.bp.106.024026.
19. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1970;126:983-7. doi:10.1176/ajp.126.7.983.
20. Del-Ben CM, Hallak JE, Sponholz A Jr, Marques JM, Labate CM, Contel JO, et al. Accuracy of psychiatric diagnosis performed under indirect supervision. *Braz J Psychiatry*. 2005;27(1):58-62. doi:10.1590/s1516-44462005000100013.