

การประเมินอาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิต:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การประเมินอาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิต:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ศรึแพร ธรรม์

นางสาวศรึแพร ธรรม์
ผู้ศึกษา

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ช่อทิพย์ สันธะวนิช,
ปร.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

.....

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหาร
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การประเมินอาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิต:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2554

ศิริเพร ใจมั่งงิม

นางสาวศิริเพร ใจมั่งงิม
ผู้ศึกษา

สม อดิเรก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ขอทิพย์ สันธนะวนิช,
ปร.ค. (ประสาทวิทยาศาสตร์)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

อรรวมน ศรีบุญทด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรวมน ศรีบุญทด,
D.S.N.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ประยุทธ์ เสรีเสถียร

นายประยุทธ์ เสรีเสถียร,
พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ยาใจ สิทธิมงคล

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

บวรจ มโหสิริยะ

ศาสตราจารย์ บวรจ มโหสิริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พองคำ คิลกสกุลชัย

รองศาสตราจารย์ พองคำ คิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ สันธนะวนิชอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วมผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ ปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆ ของการเขียนสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของท่าน ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพน ศรียุคศุทธ ประธานสอบสารนิพนธ์ และนายแพทย์ประยุทธ์ เสรีเสถียร กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขสารนิพนธ์ เพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข (ภาคพิเศษ) พร้อมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา หัวน้ำกลุ่มการพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจในการศึกษาจนสำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนการศึกษารั้งนี้ เจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการศึกษาและเพื่อนร่วมรุ่นการศึกษาทุกท่านที่ให้ความห่วงใย เป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน

ขอขอบคุณบิดา มารดา และครอบครัว ที่ให้การช่วยเหลือ เป็นแรงบันดาลใจ สนับสนุน จนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

ศรีแพร เข็มวิชัย

การประเมินอาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิต: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์
ASSESSMENT OF AKATHISIA IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS RECEIVING ANTIPSYCHOTIC
DRUGS: EVIDENCE-BASED NURSING

ศรีแพร เข็มวิชัย 4936683 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ช่อทิพย์ สันชนะวนิช, ประ.ค. (ประสาทวิทยาศาสตร์),
ยาใจ สิทธิมงคล, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการหาแนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซียจากการใช้ยาต้านโรคจิตโดยมีกระบวนการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้คือ 1) การกำหนดปัญหาทางคลินิกที่สนใจ 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และสืบค้นด้วยมือ 3) การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่สนใจ 4) การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาข้อแนะนำ ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ 6 เรื่องเป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาความเข้มแข็งอยู่ในระดับ 6 นำผลงานวิจัยทั้ง 6 เรื่องมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สรุปเป็นข้อแนะนำเรื่องการประเมินอาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิต โดยมีสาระหลักดังนี้คือ 1) ลักษณะอาการอะคาทีเซียและวิธีการประเมิน 2) ระยะเวลาที่ควรประเมินหลังได้รับยาต้านโรคจิต 3) การประเมินหลังจากการปรับเปลี่ยนขนาดยาต้านโรคจิตหรือการใช้ยาต้านโรคจิตชนิดที่ออกฤทธิ์ในการรักษาสูง 4) บุคคลที่ประเมินควรเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและได้รับการอบรมเพิ่มเติมถึงวิธีการใช้แบบประเมิน

ข้อเสนอแนะของการศึกษานี้คือ พยาบาลสามารถนำแนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซียจากการใช้ยาต้านโรคจิตไปพัฒนาเป็นแบบประเมินและทดลองปฏิบัติในรูปแบบของการศึกษานำร่องประเมินผลลัพธ์ก่อนและนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภท / ยาต้านโรคจิต / การประเมินอาการอะคาทีเซีย

ASSESSMENT OF AKATHISIA IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS RECEIVING
ANTIPSYCHOTIC DRUGS: EVIDENCE-BASED NURSING

SRIPARE KHEMWICHAH 4936683 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: CHORTHIP SANTANAVANICH,
Ph.D., YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D.

ABSTRACT

The purpose of this study was to search for empirical evidence to find the evidence-based nursing guideline to assess akathisia symptoms from antipsychotic drug use in schizophrenia patients. The study procedure was as follows: 1) identify the clinical problem of the study, 2) search the empirical evidence from various databases such as electronic databases and manual search, 3) analyze the evidence, 4) synthesize the content of the evidence to discover recommendations. According to evidence searching, 6 evidences of level VI were obtained for analysis and synthesis and eventually used for getting recommendations on the assessment of akathisia in the schizophrenia patient receiving antipsychotic drugs with the following main issues: 1) characteristics of akathisia and the assessment method, 2) the appropriate timing of assessment after receiving the antipsychotic drug, 3) assessment after increasing the antipsychotic drug dosage or changing to a higher potency antipsychotic drug, and 4) the level of training of the assessor, who should be an experienced psychiatric nurse with additional training in akathisia assessment.

The suggestion of this study is that the psychiatric nurse can use the recommendations on the assessment of akathisia to develop an assessment instrument and perform a pilot study, to evaluate the implemented outcome before implementation as the evidence-based nursing practice guideline in the organization.

KEY WORDS: SCHIZOPHRENIA PATIENTS / ANTIPSYCHOTIC DRUGS /
ASSESSMENT SCALE FOR AKATHISIA

109 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	11
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	12
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	12
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	13
2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	15
บทที่ 3 ผลการดำเนินการสืบค้น	
3.1 ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	18
3.2 การประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์	21
3.3 สรุปประเด็นที่ได้จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์	41
3.4 สรุปข้อเสนอแนะ	43
บทที่ 4 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
4.1 สรุปการศึกษา	45
4.2 ข้อเสนอแนะ	46
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	47
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	55
รายการอ้างอิง	63
ภาคผนวก	67
ประวัติผู้ศึกษา	109

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดที่พบได้บ่อยมีความชุกร้อยละ 0.5-1 ในประชากรทั่วไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช มีภาวะความผิดปกติด้านความคิด จิตใจและพฤติกรรม ทำให้มีผลกระทบมาทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน จำนวนผู้ป่วยทางจิตเวชที่รับไว้รักษาอยู่ในโรงพยาบาลของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทยโดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2548 มีจำนวน 37,903 รายในปี พ.ศ. 2549 มีจำนวน 38,074 ราย และในปี พ.ศ.2552 มีจำนวน 41,119 ราย ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยในปี พ.ศ. 2550 พ.ศ. 2551 และพ.ศ. 2552 มีจำนวน 51,164 ราย 52,147 รายและ 52,533 รายตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบว่าในปีพ.ศ. 2550 พ.ศ. 2551 และพ.ศ. 2552 มีจำนวน 1,915 ราย 2,125 รายและ 2,018 รายตามลำดับ (เวชระเบียนและสถิติสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2552) ผลการศึกษาของสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพเกี่ยวกับการะโรคของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2547 พบว่าโรคจิตเภทก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะก่อนวัยอันควรจากอันดับ 17 เป็นอันดับ 11 ซึ่งโรคจิตเภททำให้เกิดความบกพร่องในความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ทำให้เป็นภาระต่อบุคคลครอบครัวและสังคม (Janno, 2006) จากการวิเคราะห์ทางด้านเศรษฐกิจพบว่า ได้สูญเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทประมาณร้อยละ 3 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด (Jones, Bennett, Gray, Arya & Lucas, 2006) การรักษาโรคจิตเภทโดยหลักจะรักษาด้วยยาต้านโรคจิตและรักษาด้านจิตสังคม (Csernansky & Schuchart, 2002) ผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาก่อนเพื่อควบคุมอาการเบื้องต้นคือ อาการทางจิตของผู้ป่วย การรักษาด้วยยาจะช่วยให้อาการต่างๆ ดีขึ้น ซึ่งการรักษาด้วยยาสามารถลดหรือระงับอาการทางจิต หลังจากนั้นการรักษาด้วยยาร่วมกับการรักษาด้านจิตสังคมจะช่วยทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตที่ดี (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยานิษ, 2542)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท อย่างไรก็ตาม หลักฐานทางวิทยาศาสตร์บ่งชี้ว่าโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติทางชีวภาพ มากกว่าความผิดปกติทางจิตสังคมหรือการเลี้ยงดูในวัยเด็ก แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเป็น brain disorder โดยมีการพบหลักฐานทางชีวภาพในด้านต่างๆ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) โดยเฉพาะระบบสารชีวเคมีในสมอง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งสมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากการทำงานมากเกินไปของสารสื่อประสาทโดปามีนชนิดที่ 2 โดยเฉพาะบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทำให้การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมและความคิดผิดปกติไป ดังนั้นยาต้านโรคจิตทั้งกลุ่มดั้งเดิม (conventional or typical antipsychotics) เช่น chlorpromazine, triflupromazine, perphenazine, trifluoperazine, fluphenazine, thioridazine, thiothixene, flupenthixol, clopenthixol, loxapine, haloperidol, pimozide, molindone และยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotics) เช่น clozapine, quetiapine, risperidone จึงออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับโดปามีนชนิดที่ 2 (dopamine receptor type 2) ที่ปลายของบริเวณรอยประสานประสาท (synapse) ในระบบประสาทส่วนกลางแต่การปิดกั้นนั้นจะเกิดไปทั่วในบริเวณที่มีการกระจายของโดปามีน นั่นคือมีการออกฤทธิ์ปิดกั้นต่อทุกวิถีประสาทของโดปามีนนั่นเอง ทั้งวิถีประสาท mesolimbic, mesocortical, nigrostriatal และ tuberoinfundibular โดยที่ฤทธิ์ของยาที่ต้องการให้มีผลรักษาอาการทางจิตนั้น เกิดจากการออกฤทธิ์ปิดกั้นโดปามีนในวิถีประสาท mesolimbic และ mesocortical tract เท่านั้น ทำให้สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมและความคิดได้ แต่วิถีประสาท nigrostriatal ที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวนั้นถูกปิดกั้นด้วย ทำให้การประสานประสาท (synapse) บริเวณตัวรับสารสื่อประสาทโดปามีนใน basal ganglia และใน substantia nigra ลดลง เมื่อสารสื่อประสาทโดปามีนลดลงจะมีผลข้างเคียงต่อระบบประสาทก่อให้เกิดอาการ extrapyramidal symptoms หรือ extrapyramidal syndromes เรียกว่า EPS ซึ่งเป็นอาการของความเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ แบ่งออกเป็น Early extrapyramidal syndromes ได้แก่ acute dystonia, pseudoparkinsonism, akathisia, และ Late extrapyramidal syndromes ได้แก่ tardive dyskinesia (Neal, 1992)

อาการอะคาทิสียา (akathisia) มาจากภาษากรีก หมายถึงภาวะที่ไม่สามารถนั่งได้ (not to sit) มีความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างใน (inner restlessness) ทำให้ต้องมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมากขึ้น เป็นความผิดปกติของระบบประสาทกล้ามเนื้อที่มีลักษณะเฉพาะ เกิดขึ้นกับร่างกายครึ่งล่างตั้งแต่ต้นเอวลงไป ทำให้มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวที่ผิดปกติแบบซ้ำๆ สม่ำเสมอ ไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น อยู่ไม่นิ่ง แกว่งเท้าขณะนั่ง เดินวนไปมา เดินลากเท้าหรือเดินย่ำเท้าอยู่กับที่ เปลี่ยนท่าทาง เปลี่ยนอิริยาบถ เปลี่ยนตำแหน่งที่นั่งบ่อย มีความยากลำบากในการที่จะนั่งลง

ความรู้สึกกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้นั้นจะลดลงเมื่อมีการเคลื่อนไหวของร่างกาย แต่อาการจะเป็นมากขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยนั่งหรือนอน (Sadock & Sadock, 2005) อาการอะคาทิเซียเป็นลักษณะของ motor restlessness ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่สบายของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยลุกลุกกลน ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เป็นการบอกเล่าของผู้ป่วยว่ารู้สึกกระสับกระส่าย ร่วมกับการสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ไม่นิ่ง เช่น ขยับขา ย่ำเท้าเดินไปมา ไม่สามารถนั่งหรือยืนอยู่กับที่นิ่งๆ ได้ เกิดขึ้นหลังจากเริ่มหรือเพิ่มขนาดยา neuroleptic สามารถรักษาโดยการให้ beta-blocker หรือ benzodiazepine (Sadock & Sadock, 2005)

ส่วนอาการ acute dystonia คือ การแข็งเกร็งของกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องและปวดอย่างมาก เกิดขึ้นทันทีที่มีลักษณะรุนแรง ส่งผลให้ร่างกายส่วนนั้นมีรูปร่างที่ผิดปกติไป กล้ามเนื้อหดตัวและเกร็งซึ่งไม่สามารถควบคุมได้มีการบิดตัวไปในท่าที่ไม่ปกติ ตาเหลือกขึ้นข้างบน (oculogyric crisis) ร่างกายบิดเอนโค้ง (opisthonus) พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่ใช้ยานี้ พบได้บ่อยในผู้ชายที่อายุน้อย จะเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ คือภายใน 7 วันหลังหลังจากเริ่มหรือเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนไปใช้ยาที่เป็นกลุ่ม high potency อาการดังกล่าวมักจะหายได้เองภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงหรือไม่กี่วัน สามารถวินิจฉัยอาการได้อย่างชัดเจน รักษาโดยให้ยาในกลุ่ม anticholinergic หรือ diazepam สามารถทำให้อาการดีขึ้นได้อย่างรวดเร็ว (Sadock & Sadock, 2005) ส่วนอาการ pseudoparkinsonism เกิดขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์หลังจากเริ่มหรือเพิ่มขนาดยา neuroleptic หรือยาต้านโรคจิตและอัตราความชุกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90 เมื่อได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน 3 เดือน (Janno, 2006) ประกอบด้วยความผิดปกติของการเคลื่อนไหวได้แก่ อาการสั่นของมือข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างขณะอยู่นิ่ง (resting tremor) บางคนเป็นทั้งมือทั้งขาหรือที่กราม การแข็งเกร็ง (cogwheel rigidity) การเพิ่มการตึงตัวของกล้ามเนื้อ (increase muscle tone) เดินตัวแข็ง การเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) เดินลากขา (shuffling gait) การสูญเสียการทรงตัว (postural instability) ลักษณะของลำตัวและข้อต่างๆ มีการงอ (stooped posture) การแสดงออกของสีหน้าและคำพูดลดลง (reduce facial expression/speech) น้ำเสียงโทนเดียว (flat monotonous voice) (Sadock & Sadock, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีน้ำลายไหล มีการหลั่งไขม้นออกมามากเป็นต้น (Fagan-Pryor & May, 2002) ในลักษณะที่รุนแรงผู้ป่วยจะไม่สามารถแสดงสีหน้า พุดฉิ้นเร็ว ริมฝีปากอ้า เคลื่อนไหวเหมือนไม่มีชีวิต (like a zombie) เกียจคร้าน (lazy) มึนตึ๋ม (fuzzy) และทำให้เกิดการบกพร่องของการรู้คิด (cognitive impairment) อีกด้วย (Drake & Ehrlich, 1985) สามารถวินิจฉัยอาการได้อย่างชัดเจน รักษาได้โดยการปรับลดขนาดยาต้านโรคจิต หรือเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่มที่มีผลข้างเคียงทาง extrapyramidal side effect ต่ำ เช่น เปลี่ยนเป็น thioridazine (low potency) นอกจากนี้ยังมีการใช้ antiparkinsonism drug เช่น trihexyphenidyl ควบคู่กับการให้ยาด้านโรคจิตทำให้

ป้องกันหรือลดการเกิดอาการ pseudoparkinsonism ได้ (Sadock & Sadock, 2005) รวมทั้งอาการ tardive dyskinesia เป็นความผิดปกติของการเคลื่อนไหวชนิดออกอำนาจจิตใจที่เกิดแก่กล้ามเนื้อแกนกลางของร่างกายโดยเฉพาะกล้ามเนื้อลิ้นและปาก ไม่สามารถควบคุมได้ เป็นอยู่นานไม่ต่ำกว่า 2-3 สัปดาห์ เช่น มีอาการเคี้ยวปากตลอดเวลา การเคลื่อนไหวผิดปกติของกล้ามเนื้อลิ้น ลิ้นวัดไปมาเองเหมือนการวัดลิ้นดักจับแมลงวัน อาการย่นหรือห่อริมฝีปาก การขยับหรือการเคลื่อนไหวขากรรไกร เป็นต้น นอกจากนี้กลุ่มอาการ tardive dyskinesia ยังประกอบด้วยอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อ มีการหด และบิดของกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกท่าทางการเดินผิดปกติ (Chouinard & Margolese, 2005) เกิดขึ้นภายหลังได้รับยา neuroleptic อย่างน้อยสองสามเดือน (อาจเร็วกว่านี้ในผู้สูงอายุ) มักพบในผู้หญิง พบว่าเกี่ยวข้องกับการใช้ยาขนาดสูงชนิด phenothiazine เป็นระยะเวลานาน (Neal, 1992) ส่วนใหญ่มักไม่กลับคืนมาเป็นปกติ (irreversible) แต่สามารถวินิจฉัยอาการได้อย่างชัดเจน การรักษา tardive dyskinesia อาจให้ยาต้านโรคจิตในกลุ่มอื่นทดแทนกลุ่มเดิม หลังจากนั้นค่อยๆ ลดขนาดลง (Sadock & Sadock, 2005) อาการเหล่านี้ทั้ง acute dystonia, pseudoparkinsonism, และ tardive dyskinesia นั้นบุคลากรสามารถประเมินอาการได้อย่างถูกต้องตรงกัน แต่อาการอะคาทิเซียทำให้ผู้ป่วยมีอาการทั้ง motor และ mental restlessness ซึ่งยากต่อการวินิจฉัยอาการได้อย่างชัดเจน อาจจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจผิดว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา หากมีการปรับเพิ่มปริมาณยาต้านโรคจิตขึ้นไปอีกก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่ายเพิ่มมากขึ้นและมีอาการทางจิตแย่ลง (Sadock & Sadock, 2005)

อาการข้างเคียงทาง extrapyramidal เหล่านี้ที่เป็นความผิดปกติในการเคลื่อนไหวสามารถทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นร้อยละ 5 ถึง ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่รับประทานยาต้านโรคจิต ซึ่งจะพบเสมอๆ ว่าทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเขินอาย ก่อให้เกิดความยุ่งยาก ทำให้กลัวและรู้สึกไม่สบาย นอกจากนี้มีอาการไม่เป็นสุข กระสับกระส่าย และกระวนกระวายทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิต (Gray & Gournay, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ จงรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ (2547) ที่พบว่าอาการข้างเคียงจากยาเป็นส่วนหนึ่งของความไม่ร่วมมือในการรักษา ทำให้การคิดซ้ำลง และมีความบกพร่องในความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการรักษา นอกจากอาการข้างเคียงของยาแล้ว ยังประกอบด้วยผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยรวมถึงความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงจากการได้รับยา รวมทั้งความตระหนักในความเจ็บป่วยมีน้อย เหตุผลอื่นของความไม่ร่วมมือยังรวมถึงผู้ดูแลด้านสุขภาพมีสัมพันธภาพในการรักษาที่ไม่ดีกับผู้ป่วย และผู้ป่วยไม่เห็นด้วยกับความจำเป็นที่จะต้องรับการรักษา (Fernandez, Evans, Griffiths & Mostacchi, 2006) แม้ว่าการให้การบำบัดรักษาด้านจิตสังคมใน

ปัจจุบันมีหลากหลายสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เช่น การให้จิตบำบัดครอบครัว (Family therapy) ได้แก่ การให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษา การให้คำปรึกษาแก่ญาติ เมื่อมีภาวะเครียดและ ทำจิตบำบัดครอบครัวเมื่อสมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นภาระต่อภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยรวมทั้ง การให้จิตศึกษา (psychoeducation) เช่น การให้คำแนะนำและความรู้ เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและ ประโยชน์ของการรักษา การจัดให้มีการปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา การอภิปรายร่วมกันถึงความเชื่อและความสนใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ซึ่ง ประสิทธิภาพของวิธีการบำบัดเหล่านี้ยังไม่แน่นอน และยังไม่สามารถที่จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยารับประทานอย่างต่อเนื่องอย่างแท้จริง (McIntosh, Conlon, Lawrie & Stanfield, 2006)

อาการข้างเคียงทาง extrapyramidal ของยาต้านโรคจิตนั้นยากต่อการป้องกัน แต่สามารถ ได้รับการบรรเทาโดยการวินิจฉัยอย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก การบรรเทาอาการเหล่านี้จะช่วยลด อาการโศกเศร้าหรือความทุกข์ของผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาเหล่านี้ ช่วยให้เกิดความร่วมมือและความ ตั้งใจที่จะรับประทานยา รวมทั้งปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของการรับประทานยาอย่างเคร่งครัดตามแผนการ รักษา การศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 85 คน พบว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องระหว่างการไม่ รับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทกับการเกิดอาการข้างเคียงทาง extrapyramidal โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการอะคาติเซีย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานอย่างมาก (Perkins, 1999)

อาการอะคาติเซียเกิดขึ้นได้ทั้งที่เป็นแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง แบบเฉียบพลันเกิดขึ้น ภายใน 1 สัปดาห์แรกของการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต หรือมีการเพิ่มปริมาณยา รวมทั้งการเปลี่ยนยา ที่มีความแรงในการออกฤทธิ์ต่ำไปใช้ยาที่มีความแรงในการออกฤทธิ์สูง (Kane, Fleischhacker, Hansen, Perlis, Pikalo & Talbott, 2009; Sachdev, 1994) ส่วนอาการอะคาติเซีย แบบเรื้อรังเกิดขึ้น หลังจาก 6 เดือนของการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Barnes, 2003) อาการอะคาติเซีย มีความสำคัญใน เรื่องของการรักษาทางจิตเวช เกิดจากการได้รับยาที่มีคุณสมบัติเป็น dopamine-antagonist คือมีฤทธิ์ ยับยั้งที่บริเวณตัวรับโดปามีนชนิดที่ 2 (dopamine D2 receptor) ซึ่งรวมถึงยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม และยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotics) นอกจากนี้อาการอะคาติเซีย อาจเกิดจากยาที่ไม่ มีคุณสมบัติเป็น dopamine-antagonist ก็ได้ เช่นยาในกลุ่ม SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะกระตุ้นตัวรับซีโรโทนิน (5-HT_{2A} receptor) และมีผลไปยับยั้งการหลั่ง ของโดปามีนทำให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติขึ้น สาเหตุหรือกลไกของการเกิดอาการอะคาติเซีย ยังไม่แน่ชัด แต่เชื่อกันว่าจะเกิดจากการยับยั้ง mesocortical postsynaptic dopamine receptor ทำให้เพิ่ม การเคลื่อนไหวของร่างกาย หรือเกิดจากการที่ dopamine receptor ถูกยับยั้ง ทำให้การควบคุมการทำงานของ เส้นประสาท noradrenergic ที่มาจาก locus ceruleus ซึ่งส่ง axon มาที่ limbic system ผิดปกติไป (Atbasoglu, Schultz & Andreasen, 2001)

ผลการศึกษาพบอุบัติการณ์การเกิดอาการอะคาติเซียสูงในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับยาต้านโรคจิตภายในสามวันแรกของการได้รับยา ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดคือการเพิ่มปริมาณยาต้านโรคจิตในวันแรกๆ ของการรักษา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 จนกระทั่งปี ค.ศ. 1980 ได้มีรายงานจากการศึกษาของ Braude และคณะ (1983) ที่ตีพิมพ์เผยแพร่เกี่ยวกับอาการอะคาติเซีย ที่เกิดขึ้นถึงร้อยละ 85 ภายในสัปดาห์แรกของผู้ป่วยเริ่มต้นรับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตและพบว่าเกิดถึงร้อยละ 100 ในสัปดาห์ที่สอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ayd (1961) อาการอะคาติเซียจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 90 เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย fluphenazine ชนิด depot ซึ่งพบได้เมื่อผู้ป่วยได้รับการฉีดยาภายในวันที่ 4 ส่วนรายงานอุบัติการณ์อาการอะคาติเซียแบบเฉียบพลันพบได้บ่อยประมาณร้อยละ 40 ใน 2 สัปดาห์แรกของการเริ่มต้นให้การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต นอกจากนี้รายงานการศึกษาอุบัติการณ์อาการอะคาติเซีย สูงถึงร้อยละ 45 ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน (Sachdev & Kruk, 1994) และพบความชุกของอาการอะคาติเซียได้สูงในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่อง (Barnes, 1989) การศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับยา haloperidol จำนวน 44 คน พบอาการอะคาติเซีย หลังการเริ่มให้ยาจำนวน 17 คนคิดเป็นร้อยละ 39 หลังจากนั้นในวันที่ 7 ของการได้รับยาพบเพิ่มเป็น 31 คนคิดเป็นร้อยละ 70 ของกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับยา haloperidol ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา thiothixene จำนวนทั้งหมด 67 คน พบอาการอะคาติเซีย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ต่อจากนั้น 4 สัปดาห์ จากการประเมินพบอาการอะคาติเซีย เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63 (Sachdev, 1995) นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ได้รับยา risperidone ประมาณร้อยละ 25 เกิดอาการอะคาติเซียสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา olanzapine (Sachdev, 1995) เช่นเดียวกันกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 3,775 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่ม phenothiazine เป็นระยะเวลา 3 เดือนถึง 6 ปี ประเมินจากการสังเกตอาการพบอาการอะคาติเซีย ประมาณร้อยละ 21.2 ในผู้ป่วยทั้งหมด และพบว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่มีอาการอะคาติเซีย จะเกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังการเริ่มให้ยาต้านโรคจิต (Kumar & Sachdev, 2009) จากอุบัติการณ์ดังกล่าวข้างต้นมีความหลากหลายซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างกันเนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้ได้แก่ ขอบเขตการระบุอาการอะคาติเซีย ของผู้ศึกษาแต่ละคนที่ใช้ในการระบุ ชนิดของยาต้านโรคจิตที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละคน ปริมาณยาต้านโรคจิตที่ได้รับแบบทันทีทันใด หรือผู้ป่วยได้รับยาต้านโรคจิตแบบต่อเนื่องมาโดยตลอด ชนิดของยาต้านโรคจิตที่ใช้เป็นแบบชนิดออกฤทธิ์การรักษาสูง (high potency) หรือชนิดออกฤทธิ์การรักษาดำ (low potency) และ ความแตกต่างของปริมาณการใช้ยาเพื่อการรักษา (Sachdev & Kruk, 1994)

อาการอะคาติเซียที่เกิดขึ้นจะรบกวนผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ (distress) ละเหี่ยวใจ (dysphoria) นอนไม่หลับ (insomnia) วิตกกังวล (anxiety) และซึมเศร้า

(depression) (Barnes, 2003) เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการอะคาทิเซีย นั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลบ่อยครั้งโดยไม่มีสาเหตุ มีความผิดปกติในการมีสมาธิจดจ่อ (selective attention) เช่น ก่อนหน้านั้นเสียงดังอาจจะไม่มีผลรบกวนต่อผู้ป่วยแต่ในปัจจุบันเสียงดังจะรบกวนและขัดขวางการรวบรวมสมาธิของผู้ป่วย หรือ ถ้ามีคนพูดขึ้นพร้อมกันหลายคน ผู้ป่วยจะไม่สามารถมีสมาธิที่จะฟังการพูดของคนๆหนึ่งได้ บางครั้งผู้ป่วยมีความยากในการรวบรวมสมาธิจดจ่อในสิ่งๆหนึ่ง รวมถึงผู้ป่วยมีความเสื่อมของความคิดในการแยกแยะ มีความคิดล่องลอย บางครั้งผู้ป่วยสับสนจากความคิดหลากหลายที่อยู่ในจิตใจ มีความคิดหยุดชั่วขณะ มีความยากในการที่จะพูดหรือเขียนสิ่งที่เห็นเหตุผล ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ทำให้สับสนในใจและมีความระมัดระวังอย่างมากว่าจะทำผิดพลาดในทุกๆวัน (Kim & Byunt, 2007) นอกจากนี้ยังอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีแรงกระตุ้นภายในที่บีบบังคับให้ต้องเคลื่อนไหว เช่น อาจมีการรับรู้ตนเองผิดปกติไปจากความเป็นจริง (depersonalization) ขาดการยับยั้ง (disinhibition) ขาดการยั้งคิด (impulsive) มีความบกพร่องของการรู้คิด (cognitive dysfunction) เป็นต้น (Barnes, 2003)

ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความต้องการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาโดยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายอย่างมาก จนอาจทำให้ผู้ป่วยจัดการบริหารยาด้วยตัวเอง เช่น ลดปริมาณยาหรือหยุดการรับประทานยาในที่สุด (Covell, Weissman, Schell, McCorkle, Summerfelt & Weiden, 2007) มีผลทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา และอัตราการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น (Barnes, 2003; Covell et al, 2007) ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาด้านโรคจิต พบได้ประมาณร้อยละ 50 ในผู้ป่วยจิตเภท (Gray, Wykes & Gournay, 2002) จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในการสนทนากลุ่มถึงผลของยาที่มีต่อสุขภาพร่างกาย ผู้ป่วยบอกว่ายาที่กินทำให้เหนื่อยง่าย พูดได้ตอบช้าลง และคิดนานกว่าจะตอบคำถามได้ (ยาใจ สัทธิมงคล, พวงเพ็ญ เจียมปัญญารักษ์, นภวัธย์ กัมพลาศิริ, ถวิล นภาพงส์สุริยา และ ช่อทิพย์ สันชนะวนิช, 2540) โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการอะคาทิเซียซึ่งเป็นอาการข้างเคียงของยาด้านโรคจิตที่มีลักษณะการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น โดยมีความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างใน (inner restlessness) ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายเป็นอย่างมาก เหมือนมีอะไรบางอย่างในตัวผู้ป่วยบังคับให้ต้องเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน (Barnes, 2003) จากการศึกษาพบว่าอาการอะคาทิเซียเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้อัตราการกลับเป็นซ้ำสูง รวมทั้งเพิ่มภาวะเครียดในผู้ดูแลและครอบครัว (Jones, et al, 2006) ปัจจุบันพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 ที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และกลับเป็นซ้ำภายใน 1 ปี (Gray et al, 2002)

อาการอะคาทิเซีย พบได้ทั้งในผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านโรคจิตทั้งกลุ่มเก่า และกลุ่มใหม่ รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) นอกจากนี้

อาการอะคาทิเซีย มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตนเองผิดไปจากความเป็นจริง (depersonalization) มีความซึมเศร้าสูง ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวถึงขั้นทำร้ายคนอื่นได้ (Atbasoglu, Schultz, & Andreasen, 2001) โดยอาการอะคาทิเซียอาจมีอาการที่เป็นแบบเฉียบพลันและ ครอบคลุมผู้ป่วยเป็นอย่างมากทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีสภาพที่ถูกบีบบังคับให้เคลื่อนไหว ผลที่ตามมาทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย (Barnes, 2003) รายงานกรณีผู้ป่วย 2 รายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการอะคาทิเซียอย่างรุนแรง ในผู้ป่วยจิตเภทที่ทำการฆ่าตัวตายพบว่าประมาณร้อยละ 79 ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยพยายามจะฆ่าตัวตายจะแสดงอาการอยู่ไม่สุข หงุดหงิด ใจต่อการกระตุ้น มีความตึงเครียด มีความหวาดหวั่น และมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวจากอาการอะคาทิเซียที่รุนแรง (Barnes, 2003) การศึกษาวิจัยอธิบายว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน ที่มีอาการอะคาทิเซียก่อนการฆ่าตัวตายสำเร็จ จะมีความตึงเครียดอย่างสูงสุด อยู่ไม่สุข และเกิดแรงกระตุ้น (impulsive) ที่ทำให้ขาดการยั้งคิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องการบางสิ่งบางอย่างที่จะทำให้ความตึงเครียดลดลง (Drake & Ehrlich, 1985) ทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายได้ (Barnes, 2003) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการอะคาทิเซียพบว่าอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดการรับประทานยา หรือ จัดการบริหารยาด้วยตัวเอง เช่น ลดปริมาณยาลง หรือ หยุดการรับประทานยาในที่สุด และนำมาซึ่งการกลับเป็นซ้ำ (Covell et al, 2007)

การวินิจฉัยอาการอะคาทิเซีย จะต้องประกอบด้วย 2 ส่วนคือจากการประเมินจากการบอกเล่าอาการของตัวผู้ป่วยเอง (subjective items) และจากการสังเกตการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติโดยผู้ประเมิน (objective items) การประเมินจากการบอกเล่าอาการของตัวผู้ป่วยเอง (subjective items) สามารถถามคำถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกกระสับกระส่ายที่อยู่ข้างใน (inner restlessness) การทนทุกข์จากความไม่สบายตามกล้ามเนื้อเนื้อร่างกายส่วนแขนและขา ความรู้สึกที่มีแรงบีบบังคับให้ต้องเคลื่อนไหว หรือ ไม่สามารถที่จะควบคุมการเดินผู้ป่วยอาจบอกว่ารู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างในซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดจากมีแรงกระตุ้นภายในที่บีบบังคับให้ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย อยากที่จะเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา หรือมีความรู้สึกไม่สบายของกล้ามเนื้อ (muscle discomfort) ร่วมกับความรู้สึกหงุดหงิด ตึงเครียด หงุดหงิด และ ใจต่อการกระตุ้น ความรู้สึกเหล่านี้เป็นความทุกข์ทรมานภายในตัวผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถที่จะยืนอยู่นิ่งๆ หรือพักผ่อนได้ (Barnes; 2003., Halstead, Barnes & Speller, 1994) นอกจากนี้ ผู้ป่วยบอกว่ามีความรู้สึกทนได้น้อย เมื่อต้องยืนรอคิวรับประทานยาในหอผู้ป่วย หรือการต้องรอคิวเพื่อชำระเงินขณะไปซื้อของ หรือ ขณะยืนทำอาหารในห้องทำอาหาร นอกจากนี้แนวคำถามที่จะถามเมื่อผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเกิดอาการอะคาทิเซีย ควรจะถามผู้ป่วยว่าเมื่อใดที่พวกเขามีความรู้สึกอยู่ไม่สุข เช่น เมื่อผู้ป่วยยืน ขณะกำลังยืนรอคิว กำลังคอยรถประจำทาง ซึ่งภาวะอยู่ไม่นิ่งความรู้สึกกระวนกระวายใจอยู่ไม่สุข (Fidgety) สามารถเกิดขึ้นได้ตามร่างกายส่วน

ปลายด้านล่าง โดยคำถามที่จะใช้ประเมินผู้ป่วย เช่น คุณสามารถนั่งได้อย่างสะดวกสบายตลอดเวลาเมื่อดูโทรทัศน์หรือไม่ คุณมีความรู้สึกลอยๆจะลุกเดินบ่อยๆหรือไม่ ระยะเวลาอนอนนานเท่าใดที่คุณสามารถนอนได้อย่างสะดวกสบาย คุณมีปัญหาในการนอนหรือไม่ และคุณลุกเดินจากเตียงและเดินไปมาบ่อยหรือไม่ (Ayd,1961 cited in Sachdev, 1995; Barnes, 2003; Sachdev & Kruk, 1994)

ส่วนการสังเกตลักษณะความผิดปกติของการเคลื่อนไหวโดยผู้ประเมิน (objective items) นั้น จะสังเกตจากการเพิ่มการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะขา รูปแบบการเคลื่อนไหวจะเป็นเหมือนกันทั้งสองข้าง มีลักษณะเป็นการเคลื่อนไหวที่ไม่มีจุดมุ่งหมาย และมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ที่ไม่มีจุดมุ่งหมายอย่างชัดเจน การเคลื่อนไหวเกิดจากความตั้งใจมากกว่าลักษณะการเคลื่อนไหวแบบ chorea การสังเกตจะพบว่าผู้ป่วยจะเคาะหรือสั่นมือ แขน ขาหรือเท้าตลอดเวลา อาจแกว่งเท้าไปมา แกว่งขาข้างหนึ่งไปหาขาอีกข้างหนึ่งขณะนั่ง ลุกนั่งเร็ว ไม่สามารถนั่งอยู่กับที่เป็นเวลานานได้ หุดลุกหุดนั่งหรือ เดินไปมาไม่อยู่นิ่งขณะที่ยืน เดินวนไปมา เดินลากเท้าหรือเดินย่ำเท้าอยู่กับที่ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยจะนอนพลิกตัวไปมา เอาเท้าถูกันขณะนอน บางครั้งอาจพบลักษณะการเคลื่อนไหว เช่น เดินเร็วร่วมด้วยรวมถึงการเดินเข้าจังหวะ (marching in place) เดินลำตัวโยก (trunk rocking) หายใจเสียงดัง (respiratory grunting) ส่งเสียงพึมพำในลำคอ (moaning) พบการเคลื่อนไหวของมือที่ซับซ้อน เช่น ลูบ แกะใบหน้า และถูดันขาถ้าเป็นรุนแรงผู้ป่วยไม่สามารถที่จะพัก เช่น นั่ง ยืน หรือนอนได้นานกว่า 2 - 3 นาที ผู้ป่วยไม่สามารถยืนนิ่งๆ ได้ต้องเดินตลอดเวลา (Ayd,1961 cited in Sachdev, 1995; Barnes, 2003; Sachdev & Kruk, 1994)

อาการระคายเคืองต้องแยกจากอาการกระวนกระวาย (agitation) อาการวิตกกังวล (anxiety) นอนไม่หลับ (insomnia) สมาธิสั้น หรือ ภาวะ restless leg syndrome การวินิจฉัยแยกโรคต้องชัดเจนเนื่องจากอาการระคายเคืองเป็นอาการที่ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น มีอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย รู้สึกอึดอัด (distress) และไม่สบายกาย (discomfort) เหมือนมีอะไรบางอย่างในตัวผู้ป่วยบังคับให้ต้องลุกขึ้นเดินหรือเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยอาจมีการตบเท้าตลอดเวลา (foot tapping) จึงทำให้มีลักษณะคล้ายกับภาวะกายใจไม่สงบ (agitation) หรือคล้ายกับเป็นอาการผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท แต่จะแตกต่างกันที่ภาวะกายใจไม่สงบจะลดลงเมื่อเพิ่มขนาดของยาโรคจิตที่ได้รับ ในขณะที่อาการระคายเคืองจะลดลงเมื่อลดขนาดของยาโรคจิตลง ถ้าผู้ประเมินประเมิน อาการระคายเคือง ว่าเป็นลักษณะของอาการกระสับกระส่าย (agitation) หรืออาการทางจิตที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทนั้น จะทำให้เกิดการรักษาโดยการเพิ่มปริมาณยาต้านโรคจิต ซึ่งจะทำให้เกิดอาการระคายเคืองที่รุนแรงมากขึ้น (Ayd,1961 cited in Sachdev, 1995; Barnes, 2003; Sachdev & Kruk, 1994) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีอาการ motor และ mental restlessness ซึ่งอาจจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจผิดว่าอาการทาง

จิตของผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา หากมีการปรับเพิ่มปริมาณยาต้านโรคจิตขึ้นไปอีกก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงต้องแน่ใจว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการระคายเคืองเพื่อป้องกันการเพิ่มขนาดยารักษาโรคจิตจนทำให้มีอาการแย่ลง เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติเคยใช้สารเสพติด หากมีอาการระคายเคืองผู้ประเมินอาจเข้าใจผิดว่ามีอาการทางจิต มีความต้องการอยากใช้สารเสพติด จึงจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดไว้ทำให้เพิ่มความตึงเครียด ความทุกข์ทรมานมากขึ้น นอกจากนี้ต้องแยกจากโรควิตกกังวล (anxiety disorder) นอนไม่หลับ (insomnia) สมาธิสั้น รวมทั้งต้องแยกออกจากภาวะ Restless legs syndrome (RLS) ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการปวดขา โดยที่อาการจะดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวขาแต่จะมีอาการมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยพักหรือนั่ง และเป็นมากขึ้นในเวลาบ่ายหรือตอนกลางคืน โดยภาวะ Restless legs syndrome (RLS) จะยับยั้งเฉพาะที่ขาแต่อาการระคายเคืองจะรู้สึกอยากขยับเพราะอยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย ต้องลุกขึ้นเดินหรือเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ ภาวะ Restless legs syndrome (RLS) ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาที่กระตุ้นระบบโดปามีน (dopamine agonist) แต่อาการระคายเคืองจะไม่ได้ผลถ้ายาใช้ที่กระตุ้นระบบโดปามีน (Young, Piovesan & Biglan, 2003) วิธีการรักษาอาการระคายเคืองคือลดขนาดยาลง หากยังมีอาการระคายเคือง หลังจากลดขนาดยาไปแล้ว 1 สัปดาห์ ให้ใช้ยา α -blocker ได้แก่ propranolol ขนาด 20 mg วันละ 3 ครั้ง และสามารถเพิ่มขนาดขึ้นอีก 20 mg วันเว้นวันจนถึงขนาดสูงสุด 120 mg/วัน หากผู้ป่วยยังคงมีอาการระคายเคือง หลังจากให้ propranolol 120 mg/วัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ให้ใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepines เช่น lorazepam ขนาด 0.5-2 mg/วัน ในการรักษาหรือเปลี่ยนเป็นยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (จุฑามณี สุทธิศิริสังข์, 2540)

จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจำนวนผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2550, 2551 และ 2552 คิดเป็นร้อยละ 49.24, 49.87, 51.19 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2550, 2551 และ 2552 คิดเป็นร้อยละ 52.47, 52.60, 51.89 ตามลำดับ พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยนอกมีจำนวนมากขึ้นตามลำดับ โดยที่จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตคิดเป็นร้อยละ 90 ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หากไม่มีการบำบัดอย่างต่อเนื่องแล้วพบว่าประมาณร้อยละ 60 - 70 มักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำใหม่ใน 1 ปี และ เกือบร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำใหม่ภายใน 2 ปี ดังนั้นการวางแผนการให้ยาจึงต้องคำนึงถึงกลยุทธ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะต้องได้รับการติดตามผลการตอบสนองทางคลินิกและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยการประเมินอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น บทบาทของพยาบาลจิตเวชที่สำคัญ คือให้ความรู้

เกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของโรค การรักษาทางจิตเวชและอาการข้างเคียงของยา รวมถึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารการรักษาด้วยยาให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดแต่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาน้อยที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2550)

ปัจจุบันในต่างประเทศได้มีการพยายามพัฒนาแบบประเมินต่างๆ เพื่อใช้ในการประเมินอาการเริ่มแรกของผลข้างเคียงจากยาด้านโรคจิตเพื่อให้มีการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาด้านโรคจิตน้อยที่สุด Gray และคณะ (2000) เสนอว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านโรคจิตควรได้รับการประเมินอาการข้างเคียงโดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานในการประเมิน และบริหารจัดการเกี่ยวกับยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ดังนั้นการที่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจะสามารถประเมินและให้การวินิจฉัยอาการอะคาทีเซียได้อย่างถูกต้องตั้งแต่แรกจึงมีความสำคัญมาก เพราะอาการอะคาทีเซียจะคล้ายกับอาการทางจิตอื่นเช่น อาการกระสับกระส่าย (agitation) อาการวิตกกังวล (anxiety) นอนไม่หลับ (insomnia) หรือภาวะ restless legs syndrome (RLS) เป็นต้น พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินอาการอะคาทีเซียให้ได้อย่างชัดเจนตรงกัน และสามารถรายงานอาการผิดปกตินี้ได้อย่างถูกต้องเพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาหรือปรับเปลี่ยนยาแก่ผู้ป่วย อันจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างใน ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมานอย่างมากภายในตัวผู้ป่วยจากการต้องการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาโดยที่ไม่สามารถควบคุมได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้ไม่มีอาการทางจิตกำเริบและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะยาวนั่นเอง

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันว่าแนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซีย ที่เป็นอาการข้างเคียงจากการได้รับยาด้านโรคจิตนั้นควรมีแนวทาง รูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติอย่างไร โดยพิจารณาทั้งในเรื่องรูปแบบ ขั้นตอนและคุณสมบัติของผู้ประเมิน โดยวิเคราะห์ปัจจัยเหล่านี้ว่าเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและบริบทของผู้ป่วยหรือไม่

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

อาการอะคาทีเซีย เป็นอาการข้างเคียงหนึ่งที่สำคัญทาง extrapyramidal ที่ เป็นความผิดปกติในการเคลื่อนไหว เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่รับประทานยาด้านโรคจิตทำให้ผู้ป่วยมีอาการทั้ง motor และ mental restlessness ซึ่งยากต่อการวินิจฉัยอาการได้อย่างชัดเจน อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจผิดว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาเพราะอาการอะคาทีเซียจะคล้ายกับอาการทางจิตอื่นๆ ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หากไม่มีการบำบัดอย่างต่อเนื่องแล้ว พบว่าประมาณร้อยละ 60 - 70

มักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำใหม่ใน 1 ปี และ เกือบร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำใหม่ภายใน 2 ปี ดังนั้นดังนั้นการที่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจะสามารถประเมินและให้การวินิจฉัยอาการอะคาซิเซียได้อย่างถูกต้องตรงกันตั้งแต่แรกจึงมีความสำคัญมาก เพราะบทบาทหนึ่งของพยาบาลจิตเวช คือการบริหารการรักษาด้วยยาให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดแต่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาน้อยที่สุด นอกจากนั้นสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามัณเฑียรศาสตร์ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยมีจุดเน้นในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยา ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ในการประเมินอาการผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิต เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

ดังนั้นการที่ยังไม่มีแบบประเมินอาการอะคาซิเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้ในโรงพยาบาลที่มีความถูกต้องแม่นยำจึงเป็นปัญหาทางคลินิกที่สำคัญ การมีแบบประเมินอาการอะคาซิเซียที่มีคุณภาพและได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จะช่วยในการแก้ปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพสามารถประเมินอาการอะคาซิเซียได้อย่างชัดเจนตรงกัน และสามารถรายงานอาการผิดปกติได้อย่างถูกต้องเพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาหรือปรับเปลี่ยนยาแก่ผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่ อีกทั้งจะเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลและนำมาซึ่งประโยชน์ต่อการปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีมาตรฐานและเพิ่มการยกระดับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาแนวทางการประเมินอาการอะคาซิเซียจากการได้รับยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. หน่วยงานมีแนวทางการประเมินอาการอะคาซิเซียในผู้ป่วยจิตเภทจากการได้รับยาต้านโรคจิตที่มีมาตรฐาน
2. พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินอาการอะคาซิเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสืบค้นแนวทางการประเมินอาการอะคาติเซียจากการใช้ยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภทโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์อ้างอิง ซึ่งวิธีการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วยวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังต่อไปนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

กรอบการสืบค้น

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษา จึงกำหนดคำสำคัญ โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2005 อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสารสนเทศ ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

Population หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs)

Intervention หมายถึง การประเมินอาการอะคาติเซียในผู้ป่วยจิตเภท

Comparison หมายถึง ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการประเมิน

Outcome หมายถึง อาการอะคาติเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิต

ขอบเขตการสืบค้น

คำสำคัญ (key word) ที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

- Schizophrenia patients
- Antipsychotic drugs
- Assesment scale for akathisia

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) หลักฐานเชิงประจักษ์และ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษา/วิเคราะห์ครั้งนี้ และนำมาพัฒนาแนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซียจากการได้รับยาต้านโรคจิต ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์

1. คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ชนิดเชิงพรรณนา (Descriptive research)
2. สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 - ค.ศ. 2009
3. เลือกเฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นฉบับสมบูรณ์เนื่องจากงานวิจัยที่มีเฉพาะบทคัดย่อไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

ฐานข้อมูล/แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยทำการสืบค้นจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. ฐานข้อมูล Electronic
 - ฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิกได้แก่ www.Guidelines.gov
 - ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้แก่ www.Cochrane.org; www.Joannabriggs.edu.au
 - ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ Blackwell synergy, CINAHL, OVID, MEDLINE, PUBMED, Science direct
2. สืบค้นด้วยมือ (Hand search)
 - จากวารสารที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิต ได้แก่ British Journal of Psychiatry, Journal of Clinical Psychiatry, The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, The Journal of Clinical Psychopharmacology, The American Journal of Psychiatry, Psychopharmacological Bulletin เป็นต้น
 - จากเอกสารอ้างอิงของบทความหรืองานวิจัย (Reference list) จากห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาและห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากที่ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการปรับปรุง ซึ่งจะเป็นงานวิจัยและอาจจะมีบทความที่เกี่ยวข้องด้วย จำเป็นต้องมีการประเมินคุณภาพ เป้าหมาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ ผ่านการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์แต่ละเรื่อง และบูรณาการหลักฐานข้อมูลไปสู่ข้อสรุปความรู้ในเรื่องๆ นั้น โดยมีประเด็นที่ต้องพิจารณา 3 ประเด็นต่อไปนี้ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) คือการประเมินว่า งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาหรือไม่ มีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขหรือไม่ และสามารถช่วยในการตัดสินใจในการแก้กับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติหรือไม่ กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำไปใช้ได้จริง และผลการวิจัยของงานวิจัยดังกล่าวพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ รวมทั้งต้องพิจารณาประเด็นต่างๆ ได้แก่ ความสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร ความรุนแรงของปัญหา ค่าใช้จ่ายและอุปสรรคที่อาจขัดขวางการเปลี่ยนแปลง

2) การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) คือการประเมินในด้านการออกแบบงานวิจัยว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องกันทั้งในด้าน ชื่อเรื่อง ตัวแปร คำถาม หรือสมมุติฐาน วัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย ข้อสรุปและการอภิปรายผล ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยว่ามีมากน้อยแค่ไหนในด้านคณะผู้วิจัย วารสารที่ตีพิมพ์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ สถิติที่ใช้และผลการวิจัย

3) แนวโน้มการนำไปใช้ (Implementation potential) จะพิจารณาใน 3 ด้านดังต่อไปนี้

3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of the findings) คือ การนำผลงานวิจัยหรือโครงการปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงในหน่วยงานนั้น เป็นการประเมินว่าข้อเสนอแนะหรือ แนวปฏิบัติที่ได้เป็นสิ่งที่ดี มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ ลักษณะกลุ่มประชากรหรือผู้ป่วยในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ ปรัชญาในการดูแลของหน่วยงานในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกับประชากรของหน่วยงานที่จะนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ และการนำข้อเสนอไปใช้จะใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานและการประเมินผลนานหรือไม่ ถึงแม้ว่าผลงานวิจัยหรือโครงการนั้นมีประสิทธิภาพดี แต่มีประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับหน่วยงาน ก็อาจเป็นการไม่เหมาะสมที่จะดำเนินการ

3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Feasibility of Implementation)

คือ ต้องคำนึงถึงประเด็นความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ ความเป็นไปได้ของบุคลากรภายในหน่วยงาน สิ่งเอื้ออำนวย บรรยากาศและสภาพแวดล้อม ทรัพยากรเกื้อหนุน และความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอกหรือไม่ ต้องประเมินว่าโครงการนั้นรบกวนการทำงานของบุคลากรหรือไม่ ฝ่ายบริหารมีการสนับสนุนให้นำโครงการนั้นมาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ บรรยากาศในองค์กรส่งเสริมต่อการนำโครงการไปใช้อย่างไร จะต้องประเมินความเห็นชอบของบุคลากรอื่นๆ ว่ามีความสนใจและสนับสนุนหรือต่อต้านการนำโครงการไปใช้อย่างไร หรือจะเกิดความขัดแย้งภายในหน่วยงานหรือไม่ ประเด็นสำคัญ คือ ต้องประเมินถึงความเป็นอิสระมีอำนาจของพยาบาลในการควบคุมการดำเนินการนั้นหรือไม่ ถ้าพยาบาลไม่มีอำนาจเต็มที่ จะต้องประเมินว่าโครงการนั้นจะขอความร่วมมือหรือการสนับสนุนได้จากหน่วยงานหรือบุคคลใด และต้องรีบดำเนินการโดยเร็วที่สุด นอกจากนี้ถ้าโครงการจำเป็นที่จะต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมตามแนวปฏิบัติ ต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะบุคลากรในหน่วยงานได้เอง หรือต้องเชิญบุคลากรภายนอกมาช่วยฝึกให้ มีความยากลำบากมากน้อยเพียงใด หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์หรือไม่ และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

3.3 ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio) คือ การประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความคุ้มค่าของโครงการ โดยครอบคลุมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กรในภาพรวม แต่กลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วย ถ้าโครงการมีอัตราความเสี่ยงในการดำเนินการสูง ประโยชน์ที่จะได้รับต้องมีมากและโครงการหรือนวัตกรรมนั้นต้องมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือมากๆ การนำโครงการไปใช้จะต้องมีการประเมินสัดส่วนระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ต้องมีการประเมินความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นหากนำโครงการนั้นไปใช้ ต้องมีการประเมินค่าใช้จ่ายสำหรับวัสดุอุปกรณ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และต้องประเมินให้ได้ว่าหากไม่นำโครงการมาใช้ โดยยังคงปฏิบัติแบบเดิมจะเกิดความเสียหายอย่างไร

การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence)

โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพและจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (strength of evidence) ตามระบบการจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melynck และ Fineout – Overholt (2005) โดยมีรายละเอียดดังนี้

Level I: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิจัยอภิมาน (meta-analysis) จากงานวิจัยที่เป็น RCT ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based clinical practice guideline) โดยการทบทวนงานวิจัย RCT อย่างเป็นระบบ (systematic review)

Level II: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT อย่างน้อย 1 งาน

Level III: หลักฐานเชิงประจักษ์หลักฐานที่มาจากงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี (well-designed controlled trails) โดยไม่มีการสุ่มการทดลองเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (randomization)

Level IV: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ case-control และ Cohort studies ที่มีการออกแบบการวิจัยมาเป็นอย่างดี

Level V: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยายและงานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 งาน

Level VII: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทรรศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

บทที่ 3

ผลการดำเนินการสืบค้น

3.1 ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้จากหลักฐานข้อมูลทั้งหมด 6 เรื่องนั้นจะ ถูกนำมาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ก่อน เพื่อคัดเลือกรงานวิจัยที่ตรงกับประเด็นที่ศึกษา และมีคุณภาพมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์ประเมินตามระบบของ Fineout-Overholt, (2005) จากการคัดเลือกรงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลที่กำหนดไว้ พบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์เป็นงานวิจัย Descriptive ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้มีจำนวนทั้งหมด มีจำนวน 6 เรื่องเป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 6 เรื่องดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ PubMed โดยใช้คำสืบค้น ดังนี้

Schizophrenia patients	40,226 Studies	Fulltext =1 study
Antipsychotic drug	115,682 Studies	
Akathisia	493 Studies	
Assessment scale for akathisia	236 Studies	

2. สืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Springerlink โดยใช้คำสืบค้น ดังนี้

Schizophrenia patients	14,117 Studies	Fulltext =1 study
Antipsychotic drug	6,111 Studies	
Akathisia	480 Studies	
Assessment scale for akathisia	247 Studies	

3. สืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ScienceDirect โดยใช้คำสืบค้น ดังนี้

Schizophrenia patients	94,314 Studies	Fulltext =1 study
Antipsychotic drug	35,110 Studies	
Akathisia	4,164 Studies	
Assessment scale for akathisia	1,938 Studies	

4. สืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ OVID โดยใช้คำสืบค้น ดังนี้

Schizophrenia patients	1,914 Studies	Fulltext = 0
Antipsychotic drug	282 Studies	
Akathisia	128 Studies	
Assessment scale for akathisia	3,095 Studies	

5. สืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ CINAHL โดยใช้คำสืบค้น ดังนี้

Schizophrenia patients	4,171 Studies	Fulltext = 1 study
Antipsychotic drug	1,436 Studies	
Akathisia	266 Studies	
Assessment scale for akathisia	0 Studies	

6. สืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ COCHRANE โดยใช้คำสืบค้น ดังนี้

Schizophrenia patients	49 Studies	Fulltext = 1 study
Antipsychotic drug	137 Studies	
Akathisia	18 Studies	
Assessment scale for akathisia	77 Studies	

7. สืบค้นด้วยมือ (Hand search) งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่เกิดอาการ อะคาทิสเซียจากการได้รับยาต้านโรคจิต พบ Fulltext = 1 study

3.2 การประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการเกิดอาการอะคาธิเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตได้งานวิจัยทั้งหมด 6 เรื่อง เมื่อนำงานวิจัยมาประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 ประเด็น ของ Polit และ Beck (2006) ได้แก่ ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก การมีความหมายในเชิงศาสตร์ และแนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) สามารถนำมาใช้ได้ทั้ง 6 เรื่อง ดังนี้

ตารางที่ 3.1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

อันดับ	หลักฐานเชิงประจักษ์	ระดับงานวิจัย
1	Barnes, T.R.E. (1989). A Rating Scale for Drug-Induced Akathisia. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 154, 672-676.	Descriptive research ระดับที่ 6
2	Fleischhacker, W.W., Bergmann, K. J., Perovich, R., Pestreich, L.K., Borenstein, M., Lieberman, J. A., Kane, M. J. (1989). The Hillside Akathisia Scale: a new rating instrument for neuroleptic-induced akathisia. <i>Psychopharmacology Bulletin</i> , 25(2), 222-226.	Descriptive research ระดับที่ 6
3	Sachdev, P. & Kruk, J. (1994) Clinical Characteristics and Predisposing Factors in Acute Drug-Induced Akathisia. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 51, 963-974.	Descriptive research ระดับที่ 6
4	Miller, C.H., Hummer, M., Oberbauer, H., Kurzthaler, I., DeCol, C., Fleischhacker, W.W. (1997). Risk factors for the development of neuroleptic induce akathisia. <i>European Neurological Psychopharmacology</i> , 7(4), 51-55.	Descriptive research ระดับที่ 6
5	Cem Atbasoglu, E., Schultz, S.K., Andreasen, N.C. (2001). The relationship of akathisia with suicidality and depersonalization among patients with schizophrenia. <i>Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences</i> , 13, 336-341.	Descriptive research ระดับที่ 6

ตารางที่ 3.1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ (ต่อ)

อันดับ	หลักฐานเชิงประจักษ์	ระดับงานวิจัย
6	Garcia, M. J. & Matson, J. L. (2008). Akathisia in adults with severe and profound intellectual disability: A psychometric study of the MEDS and ARMS. <i>Journal of Intellectual & Developmental Disability</i> , 33(2):171-176.	Descriptive research ระดับที่ 6

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 เรื่องที่มีเนื้อหาตรงประเด็นกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข เนื้อหาประเด็นที่ได้จากการสังเคราะห์มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
A Rating Scale for Drug - Induced Akathisia. British Journal of Psychiatry, 1989, 154: 672 - 676, Barnes T.	1) เพื่อวินิจฉัยและระบุอาการ อะคาทียา ซึ่งอย่างถูกต้อง 2) เพื่อศึกษาว่า ความเชื่อมั่นของแบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale)	1. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่รับไว้ในโรงพยาบาล จำนวน 42 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 13 คน และ เพศชาย จำนวน 29 คน 2. มีอายุระหว่าง 32 – 65 ปี 3. ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภทตาม DSM III (American Psychiatric Association, 1980) 4. อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต	แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) มีจำนวนทั้งหมด 3 หัวข้อการประเมิน ได้แก่ 1) การบอกลำบากจากการเคลื่อนไหวหรือการสั่นของตัวผู้ป่วย (subjective items) 2) การสังเกตลักษณะการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้ป่วย (objective items) 3) การประเมินอาการโดยรวม (global items) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย (subjective items) ประกอบด้วย 2 หัวข้อย่อย I. การสังเกตการตระหนักรู้ถึงความรู้สึกการสั่นกระส่าย (awareness of restlessness) ในตัวผู้ป่วยเองว่าเป็นอย่างไร โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจากการบอกเล่าของ	1. แบบประเมิน BARS มีความเชื่อมั่น (Interater reliability) เท่ากับ 0.738-0.955 โดยมีค่าความเชื่อมั่นในหัวข้อการสังเกตผู้ป่วย (objective) เท่ากับ 0.738 หัวข้อการสัมภาษณ์ผู้ป่วย (subjective) ในด้านการตระหนักรู้ถึงความรู้สึกการสั่นกระส่าย (awareness of restlessness related to restlessness) เท่ากับ 0.901 หัวข้อการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในด้านความรู้สึกทั้งหมดที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับความรู้สึกการสั่นกระส่ายที่อยู่ใน (Distress related to restlessness) เท่ากับ 0.901 ส่วนหัวข้อการประเมินโดยรวม (Global items) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.955 2. แบบประเมิน BARS สามารถระบุกลุ่มตัวอย่างมีอาการอะคาทียาจำนวน 19 % และพบอาการที่ส่งผลกระทบต่ออาการอะคาทียาจำนวน 12% ซึ่งเป็นลักษณะอาการที่ต้องเฝ้าระวัง โดยมีลักษณะที่ผู้ป่วยบอกว่ามีความรู้สึกการสั่นกระส่าย แต่ไม่ระบุชัดเจนหรือเฉพาะเจาะจงและสังเกตไม่พบการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ	1) แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) สามารถประเมินอาการอะคาทียาได้อย่างถูกต้อง 2) สามารถระบุอาการที่ส่งผลกระทบต่ออาการอะคาทียาได้ก็มีความรู้สึกไม่แน่ใจ คิดว่ามีความรู้สึกสั่นกระส่ายจากข้างใน และ สังเกตไม่พบการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ 3) สามารถแยกอาการ Pseudoakathisia ออกได้อย่างชัดเจนคือมีลักษณะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกการสั่นกระส่ายจากข้างในแต่สังเกตพบการเคลื่อนไหวที่อยู่นิ่งโดยผู้ป่วยประเมินเพียงอย่างเดียว 4) ผู้ประเมินสามารถนำแบบประเมิน BARS มาประเมินอาการอะคาทียาได้ในขณะที่ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมประจำวันและใช้เวลาในการประเมิน 5-10 นาที 5. ผู้ใช้แบบประเมินควรเป็นพยาบาลจิตเวชและได้รับการฝึกอบรมการใช้แบบประเมินเพื่อให้การประเมินมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
			ผู้ป่วยตั้งแต่ 0-3 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกรบกวนรำคาญ จากข้างใน 1 หมายถึง มีความรู้สึกรบกวนรำคาญแต่ไม่สามารถระบุอย่างชัดเจนได้ 2 หมายถึง ตระหนักหรือรู้สึกได้ว่าไม่สามารถควบคุมร่างกายให้อยู่นิ่งๆ ได้ มีความปรารถนาที่จะเคลื่อนไหว 3 หมายถึง ตระหนักว่ามีแรงกระแทกภายในให้ต้องเคลื่อนไหวหรือมีความปรารถนาอย่างแรงที่จะต้องเคลื่อนไหวเกือบตลอดเวลา II. ตามถึงความรู้สึกรบกวนรำคาญที่สัมพันธ์กับความรู้สึกรบกวนรำคาญ (distress related to restlessness) มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0-3 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกรบกวนรำคาญ 1 หมายถึง มีความรู้สึกรบกวนรำคาญเล็กน้อย 2 หมายถึง มีความรู้สึกรบกวนรำคาญปานกลาง	3. กลุ่มตัวอย่างมีอาการ pseudotachycardia จำนวน 21% โดยสังเกตพบว่ามีอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ แต่ผู้ป่วยไม่ระบุถึงความรู้สึกที่อยากเคลื่อนไหวหรือระบุว่ามีความรู้สึกกระสับกระส่าย โดยมีความหมายในหัวข้อการสัมภาษณ์ (subjective) เท่ากับ 0	

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
			3 หมายถึง มีความรู้ถึงทุกขัณฑ์ฐานรุนแรง การสังเกตผู้ป่วย (objective items) จะสังเกตลักษณะการเคลื่อนไหวของขาและเท้าที่ไม่อยู่นิ่งโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจากการสังเกตโดยผู้ประเมินตั้งแต่ 0-3 0 หมายถึง ปกติ พบการเคลื่อนไหวของขาขาเป็นครั้งคราว 1 หมายถึง พบลักษณะของการเคลื่อนไหวที่อยู่นิ่ง เช่น เดินช้าทำอยู่กับที่ หรือ เดินไปมา "ไม่อยู่นิ่ง" เปลี่ยนท่าทางบ่อย หรือ แกว่งขาและเท้าไปมาขณะนั่ง โดยที่อาการเหล่านี้ปรากฏให้เห็นเป็นเวลาที่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาที่สังเกต 2 หมายถึง พบลักษณะการเคลื่อนไหวที่ไม่อยู่นิ่งตาม (1) โดยที่พบอาการเหล่านี้ปรากฏเป็นครั้งหนึ่งของเวลาที่สังเกต 3 หมายถึง พบลักษณะการเคลื่อนไหวที่ไม่อยู่นิ่งตลอดเวลาและ/หรือไม่สามารถที่นั่งอยู่กับที่ หรือขึ้นนั่งๆ ได้เลยในช่วงระหว่างเวลาที่สังเกต		

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
			การประเมินอาการโดยรวม (Global clinical assessment of akathisia) เป็นการให้คะแนนของผู้ประเมินต่อความรุนแรงของอาการอะคาทีเซีย ซึ่งจากการสัมภาษณ์และการสังเกตผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0-5 0 หมายถึง ไม่มีอาการอะคาทีเซีย ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกกระสับกระส่ายที่ยุ่งในและสังเกตไม่พบการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ 1 หมายถึง สงสัยว่าอาจมีอาการ akathisia (Questionable) ความรู้สึกตึงเครียดและการเคลื่อนไหวที่ไม่อยู่นิ่งที่ไม่สามารถระบุได้เฉพาะเจาะจงหรือชัดเจน 2 หมายถึง มีอาการอะคาทีเซียเล็กน้อย (Mild akathisia) มีความรู้สึกกระสับกระส่ายที่ยุ่งในแต่ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานมีการเคลื่อนไหวที่		

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
			1. ไม่อยู่นิ่งแต่สังเกต ไม่ชัดเจน 3. หมายถึง มีอาการอะคาทีเซียบานกลาง มีความรู้สึกระส่ำกระส่ำที่อยู่ที่ข้างใน รู้สึกทุกข์ทรมานและพบการเคลื่อนไหวที่ไม่อยู่นิ่งอย่างชัดเจน 4. หมายถึง มีอาการอะคาทีเซียบานกลาง มีความรู้สึกระส่ำกระส่ำอยู่ข้างใน มีความรู้สึกรู้สึกทรมานร่วมกับความปรารถนาที่อยากจะเคลื่อนไหวหรือเพ้นแต่ยังสามารถที่จะนั่งหรืออยู่นิ่งได้ประมาณ 5 นาที 5. หมายถึง มีอาการอะคาทีเซียบานกลาง มีความปรารถนาอย่างมากที่อยากเคลื่อนไหว หรือลุกจากที่อยู่นิ่งเกือบตลอดเวลา ไม่สามารถที่จะนั่งหรือนอนราบได้เกิน 2-3 นาที ร่วมกับรู้สึกกระส่ำกระส่ำ มีความทุกข์ทรมานและนอนไม่หลับร่วมด้วย		

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
Hillside Akathisia Scale: A New Rating Instrument for Neuroleptic - Induced Akathisia . <i>Psychopharmacol Bulletin</i> Fleischacker, W.W., Bergmann, K. J., Perovich, R., Pestreich , L.K., Borenstein, M., Lieberman, J. A., Kane, M. J., 1989	เพื่อศึกษาความเชื่อมั่นของแบบประเมิน HAS (Hillside Akathisia Rating Scale)	1. ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 37 คน จากคลินิกความผิดปกติของการเคลื่อนไหว 2. อายุของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 25 - 45 ปี อัตราส่วน เพศชาย ต่อ เพศหญิง เท่ากับ 2 : 13 อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต	แบบประเมิน HAS (The Hillside Akathisia Scale) มีจำนวนทั้งหมด 4 หัวข้อใช้ระยะเวลาในการประเมิน 5-10 นาที การประเมินใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยประกอบกัน สามารถประเมินโดยมีขั้นตอนการประเมินตามลำดับดังนี้ 1. เริ่มต้นจากประเมินด้วยอาการสังเกตอาการอะคาทิเซียทั้งในท่านั่ง ทำขึ้น ทำนอน โดยเริ่มท่านั่ง โดยให้ผู้ปวยนั่งบนเก้าอี้ในท่าที่สบายและ วางมือทั้งสองข้างบนขา เท้าทั้งสองข้างแนบพื้น สังเกตท่าทางของการเคลื่อนไหวขณะผู้ป่วยในท่านั่ง ใช้ระยะเวลาในการสังเกตประมาณ 2 นาที การสังเกตจะสังเกตอาการกระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง ใน 3 บริเวณคือ 1) บริเวณศีรษะและลำคอ 2) บริเวณมือและแขน 3) บริเวณส่วนเท้าและขาทั้งสองข้าง 2. ต่อกำหนดประเมิน โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกกระสับกระส่าย	1. ค่าความเชื่อมั่น (Interrater reliability) ของแบบประเมิน HAS เท่ากับ 0.55 - 0.99 2. ค่าความเชื่อมั่นในส่วนการประเมินอาการที่ได้จากการบอกเล่าอาการด้วยตัวผู้ป่วยหรือจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย (subjective) อยู่ระหว่าง 0.97 - 0.99	1. แบบประเมิน HAS (Hillside Akathisia Rating Scales) สามารถประเมินอาการอะคาทิเซียได้ 2. การประเมินสามารถทำได้โดยการตรวจผู้ป่วยเป็นรายบุคคลใช้ระยะเวลา 5-10 นาที 4. การใช้แบบประเมิน HAS สามารถแยกอาการอะคาทิเซีย จากความผิดปกติอื่น เช่น กลุ่มอาการพาร์กินสัน (Parkinsonism) ภาวะวิตกกังวล (anxiety) กระวนกระวาย (agitation) นอนไม่หลับ (sleep disturbance) 5. พยาบาลจิตเวชจะสามารถใช้แบบประเมินได้ ต้องได้รับการอบรมในการใช้แบบประเมินก่อนเพื่อ ประเมินอาการอะคาทิเซียได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความน่าเชื่อถือ

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
			อยู่ข้างใน (inner restlessness) และแรงกระตุ้นที่อยากจะทำเคลื่อนไหว (urge to move) การให้คะแนนความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการควบคุมอาการ ได้มากขึ้นเพียงไร โดยให้คะแนน 0-4 3. การประเมินความรุนแรงของอาการอะคาทีเซียโดยรวมโดย เปรียบเทียบกับอาการเมื่อแรกที่เข้ารับการรักษาว่ามี การเปลี่ยนแปลงอย่างไร (Global Improvement) 4. ประเมินอาการอื่นที่สังเกตพบร่วมด้วยหรือเพื่อแยกจากการอะคาทีเซีย : เช่น กลุ่มอาการพาร์กินสัน (Parkinsonism) หรือการฉีกกัมถึงภาวะวิตกกังวล (anxiety) กระวนกระวาย (agitation) หรือปัญหาการนอน (sleep disturbance) ว่ามีร่วมด้วยหรือไม่ เป็นต้น		

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
Clinical Characteristics and Predisposing Factors in Acute Drug - Induced. Archive general Psychiatry, 963-974.Sachdev, P.& Kruk, J.	1. เพื่ออธิบายลักษณะของอาการ อะคาทิกเซีย แบบเฉียบพลัน 2. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการ อะคาทิกเซีย แบบเฉียบพลัน	ผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดจำนวน 100 คน เป็นเพศชายจำนวน 45 คน เพศหญิง 55 คน เพศชายโรควิตกกังวลโดย DSM-III-R ไม่มีควาผิดปกติทางสมอง ไม่ได้รับยาอย่างอื่นที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการอะคาทิกเซีย แบบเฉียบพลัน ผู้ป่วยจำนวน 36 คนที่ได้รับยาชนิด low potency จำนวน 55 คนที่ได้รับยา	แบบประเมิน PHH (Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale) มีจำนวนทั้งหมด 10 หัวข้อ ใช้ระยะเวลา 5-10 นาทีการประเมินใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยประกอบกันทำการประเมินลักษณะความผิดปกติของการเคลื่อนไหว (objective rating) ก่อนการประเมินความรู้สึกระส่ำระสายอยู่ข้างใน (subjective rating) การประเมินลักษณะความผิดปกติของการเคลื่อนไหว (objective rating) 1. ให้ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้ที่มั่นคงวางขา โดยผู้ทำการประเมินสังเกตเห็นร่างกายส่วนแขนและขาของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน การประเมินใช้ระยะเวลา 5 นาที 2. การประเมินแยกอาการอะคาทิกเซียจากภาวะทางจิตอื่นที่อาจมีอาการคล้ายกัน โดยให้ผู้ป่วยนับเลขออกหลังจาก 30 การประเมินเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ โดยให้ผู้ป่วยทำ finger tapping โดยให้ผู้ป่วยใช้	1. ค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) เท่ากับ 0.42 - 0.81 2. พบอุบัติการณ์การเกิดกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลัน 21 % ใน 2 สัปดาห์แรก 3. การประเมินความรุนแรงอาการโดยรวม (global rating) พบอุบัติการณ์กลุ่มอาการ akathisia ที่ความรุนแรงของอาการระดับเล็กน้อย (mild) 41% และที่ระดับความรุนแรงของอาการ ปานกลางจนถึงรุนแรง พบอุบัติการณ์ 21%	1. ผู้ป่วยควรจะได้รับยาประเมินกลุ่มอาการ akathisia ในทำนอง ทำขึ้น ในการปฏิบัติทางคลินิก 2. แบบประเมิน PHH สามารถประเมินกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลันได้ 3. พยาบาลจิตเวชสามารถใช้แบบประเมิน PHH ต้องได้รับการอบรมในการใช้แบบประเมินเพื่อประเมินกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความน่าเชื่อถือ

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
		ชนิด high potency จำนวน 9 คนที่ได้รับยาทั้งสองชนิดร่วมกัน	นิ้วหัวแม่มือแต่ละนิ้วแต่ละนิ้วทำเร็วเท่าที่จะทำได้โดยทั้งสองมือพร้อมกัน ใช้ระยะเวลา 15 วินาที 3. ให้ผู้ป่วยดูวิดีโอการตื่นใช้ระยะเวลา 2 นาทีเพื่อประเมินความมีสมาธิ 4. ให้ผู้ป่วยยืนอยู่กับที่สนทนากับผู้ทำการประเมินซึ่งผู้ประเมินยืนสนทนากับผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ใช้ระยะเวลา 2 นาทีต่อจากนั้นทำการประเมินให้ผู้ป่วยนับเลขถอยหลังจาก 30 และการประเมินเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อโดยให้ผู้ป่วยทำ finger tapping โดยให้ผู้ป่วยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วมือแต่ละนิ้วทำเร็วเท่าที่จะทำได้โดยทั้งสองมือพร้อมกัน ใช้ระยะเวลา 15 วินาที		

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
Risk factors for the development of neuroleptic induce akathisia . European Neuropsychopharmacology, 1997, 51-55 Miller, C., Hummer, M., Oberbauer, H., Kurzthaler, I., DeCol, C., Fleischhacker, W.	1.ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอาการอะคาทีเซีย 2.ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดอาการอะคาทีเซีย	ประกอบด้วย 1.ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยจำนวน 73 คน ประกอบด้วยผู้ป่วย ชายจำนวน 37 (อายุเฉลี่ย 30.3 ± 7.9) ผู้ป่วยหญิงจำนวน 36 คน (อายุเฉลี่ย 30.0 ± 12.6) 2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-III-R ว่าเป็นโรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่นที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต 3. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาต้านโรคจิตก่อนเริ่มการศึกษา	แบบประเมิน HAS (The Hillside Akathisia Scale) มีจำนวนทั้งหมด 4 หัวข้อใช้ระยะเวลา 5-10 นาที การประเมินใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยประกอบกัน แบบประเมิน HAS (Hillside Akathisia Rating Scale) อะคาทีเซีย ดังนี้ 1) ประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective) เกณฑ์ในการให้คะแนน 0-4 2) ประเมินจากการสังเกตการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย (objective) เกณฑ์การให้คะแนน 0-4 3) ประเมินอาการอื่นๆ เพื่อแยกอาการอะคาทีเซีย ออกจากอาการทางระบบประสาทอื่นๆด้วยเช่น อาการ choreoathetosis อาการ Parkinsonism dysomnia วิตกกังวล กระวนกระวาย ปัญหาการนอนหลับ	1.ผู้ป่วยพบว่ามีจำนวนการเกิดอาการอะคาทีเซีย 16 คนคิดเป็น 22.4% จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 73 คน 2. ผู้ป่วยทุกคนที่มีอาการอะคาทีเซีย จะเกิดอาการภายใน 2 สัปดาห์แรกของการศึกษา โดยที่อุบัติการณ์เกิดสูงสุด ร้อยละ 75 ใน 3 วันแรกของการได้รับยาต้านโรคจิต 3. ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดอาการอะคาทีเซีย คือ การเพิ่มปริมาณยาต้านโรคจิตในช่วงวันแรกของการรักษา ดังนั้นจึงควรระมัดระวังและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด 4. อายุ เพศ การวินิจฉัย โรค ชนิดของยา และความแรงของยา (potency) ไม่มีผลต่อการเกิดอาการอะคาทีเซีย 5. ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างความแรงใน ระดับสูงและในระดับต่ำ โดยพบ 21.9% ในกลุ่มที่มีความแรงสูง (high potency) และ 23.6% ในกลุ่มที่มีความแรงต่ำ (low potency)	1.แบบประเมิน HAS (Hillside Akathisia Rating Scales) สามารถประเมินอาการอะคาทีเซียได้ และการประเมินใช้ระยะเวลา 5-10 นาที 2.การเกิดอาการอะคาทีเซียส่วนใหญ่จะเกิดภายใน 3 วันแรกของการได้รับยาต้านโรคจิต ดังนั้นจึงควรสังเกตและให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดอาการอะคาทีเซีย 3. ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดอาการอะคาทีเซีย คือการเพิ่มปริมาณยาต้านโรคจิตในช่วงแรกของการรักษาดังนั้นจึงควรเพิ่มปริมาณยาอย่างระมัดระวังและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ดังนั้นจึงควรพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่างๆเพิ่มเติม 4. อายุ เพศ การวินิจฉัย โรค ชนิดของยา และความแรงของยา (potency) ไม่มีผลต่อการเกิดอาการอะคาทีเซีย 5. พยาบาลจิตเวชสามารถให้แบบประเมินได้ ควรได้รับการอบรมในการใช้แบบประเมินเพื่อประเมินอาการอะคาทีเซียได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความน่าเชื่อถือ

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
		4. กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์การรักษาสูง (high potency) มีจำนวน 55 คน ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์การรักษาต่ำ (low potency) มีจำนวน 18 คน 5. ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์	4) ประเมินอาการทั้งหมดของอาการอะคาทิสเซีย (Clinical Global Impressions) ใน 2 ลักษณะ คือ 4.1 ความรุนแรงของอาการ (severity of illness) ความรุนแรงของอาการ (severity of illness) พิจารณาจากประสบการณ์ทางคลินิกของผู้ประเมินที่มีต่อผู้ป่วยว่า ขณะนี้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการอะคาทิสเซียอย่างไรเกณฑ์การให้คะแนน 0-7 4.2 อาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Global Improvement) การประเมินอาการ akathisia ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Global Improvement) เปรียบเทียบอาการขณะประเมินผู้ป่วยกับอาการเมื่อแรกเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกณฑ์การให้คะแนน 0 – 7	6. พบผู้ป่วยจำนวน 16 คนที่เกิดความทุกข์ทรมานจากการอะคาทิสเซีย 7. มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการอะคาทิสเซียคือการเพิ่มปริมาณยาต้านโรคจิตในวันแรกๆ ของการรักษา ดังนั้นถ้าเป็นไปได้จึงควรค่อยๆเพิ่มปริมาณยาอย่างช้าๆ เพื่อลดอัตราการเกิดอาการอะคาทิสเซีย 8. การเปรียบเทียบการเกิดผลข้างเคียงของการอะคาทิสเซีย ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์การรักษาสูง (high potency) และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์การรักษาต่ำ (low potency) ไม่แตกต่างกัน	

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
The Relationship of Akathisia With Suicidality and Depersonalization Among Patients With Schizophrenia The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 13,(3), 2001. Cem Atbasoglu, E., Schultz, S. K., Andreasen, N. C.	การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการอะคาทิสียที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านโรคจิต การฆ่าตัวตายและ ความรู้สึกที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท หรือ schizophreniform ตาม DSM-III-R หรือ DSM-IV ประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 68 คน แยกเป็น ผู้ป่วยชาย 49 คน ผู้ป่วยหญิง จำนวน 19 คน 2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยช่วงระหว่าง 1 เดือนก่อนเข้ารับการประเมิน โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา หรือเปลี่ยนชนิดยา ก่อนเข้าร่วมการศึกษา	1. แบบประเมิน Barnes Akathisia Rating Scale (BARS) ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการอะคาทิสีย โดยแบบประเมิน BARS แบบประเมิน ประกอบด้วยข้อในการประเมิน 4 หัวข้อ I) การสังเกตของผู้ประเมิน (objective) : สังเกตลักษณะการเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่อยู่นิ่งเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย โดยมีรายละเอียดการให้คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน II) การบอกเล่าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ถึงความรู้สึก ความรู้สึก กระสับกระส่าย (subject awareness of restlessness) โดย	1. ผู้ป่วยที่เกิดอาการอะคาทิสีย มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ความรู้สึกร่างกายผิดปกติไปจากเดิม รวมถึงภาวะซึมเศร้า 2. กลุ่มผู้ป่วยที่พบอาการอะคาทิสีย จำนวน 22 คน ที่มีคะแนนจากการประเมินอาการอะคาทิสียโดยรวมได้คะแนนอย่างน้อย 1 คะแนน กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการอะคาทิสีย จำนวนผู้ป่วย 46 คน ซึ่งประเมินได้คะแนน 0 ซึ่งพบว่าอายุและเพศไม่แตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยทั้งสอง 3. ระยะเวลาของการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตไม่เป็นที่ปัจจัยสิ่งต่อการเกิดอาการอะคาทิสีย 4. มีผลรวมคะแนนจากแบบประเมิน Ham-D สูงในกลุ่มผู้ป่วยที่พบอาการอะคาทิสียเทียบกับผู้ป่วยจำนวน 15 คนที่ประเมินพบความผิดปกติ	1. ผู้ป่วยที่มีอาการอะคาทิสีย อาจมีความคิดฆ่าตัวตายได้ จึงควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิด 2. ถึงแม้จะใช้ยากลุ่มใหม่แต่ต้องระวังผลข้างเคียงกลุ่มใหม่ยังสามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงอาการอะคาทิสีย ได้เช่นกัน 3. ลักษณะของอาการอะคาทิสียเมื่อการเคลื่อนย้ายกับการทางจิต ภาวะวิตกกังวล และภาวะ panic ดังนั้นควรมีการแยกให้ในความแตกต่างเพื่อลดความผิดพลาดในการระบุอาการอะคาทิสีย 4. ลักษณะของความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างในส่วนใหญ่จะพบได้ในอะคาทิสีย แบบเฉียบพลันมากกว่าอาการอะคาทิสียแบบเรื้อรัง

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
		3. ผู้ป่วยจำนวน 35 คนที่ได้รับการบำบัดโรคจิตกลุ่มเก่า ผู้ป่วยจำนวน 33 คน ได้รับการบำบัดโรคจิตกลุ่มใหม่ 4. แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับยา clozapine หรือ olanzapine กลุ่มที่ 2 2 ได้ยา risperidol กลุ่มที่ 3 ได้รับยาด้านโรคจิตกลุ่มเก่า (conventional antipsychotic)	มีรายละเอียดการให้คะแนน ตั้งแต่ 0-3 คะแนน III) การบอกเล่าของผู้ป่วยถึงความรู้สึกทุกพหุปรมาณที่เกิดขึ้นจากความวิตกกังวล (subjective : distress related to restlessness) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 -3 IV) การประเมินการทั้งหมดของการอะคาทิสเซีย (Global clinical assessment of akathisia) โดยมีรายละเอียดการให้คะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน 2. แบบประเมิน Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH) เพื่อการประเมินเกี่ยวกับอาการทางจิตและการบริหารจัดการผู้ป่วยในอดีตและปัจจุบัน การทำหน้าที่ยัง		

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
			ความคิด ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การศึกษาและสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต 3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression Rating (Ham-D) และแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) โดยแบบประเมิน Ham-D ประกอบด้วยหัวข้อในการประเมินทั้งหมด 21 หัวข้อ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาในการประเมิน 15-20 นาที ซึ่งประเมินภาวะซึมเศร้ารวมทั้งประเมินความคิดฆ่าตัวตาย โดยแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าดังนี้ คะแนน 0 - 7 ปกติไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 8 – 13 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 14 - 18 มีภาวะ		

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
			ชิมศร่าปานกลาง คะแนน 19 – 22 มีภาวะ ชิมศร่ารุนแรง คะแนน มากกว่า 23 มีภาวะ ชิมศร่ารุนแรงมากที่สุด แบบประเมิน BPRS ประกอบด้วยหัวข้อ ในการ ประเมินทั้งหมด 18 หัวข้อ ประเมินอารมณ์ชิมศร่าใน หัวข้อที่ 9 โดยการสัมภาษณ์ ผู้ป่วย		

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
Akathisia in adults with severe and profound intellectual disability: A psychometric study of the MEDS and ARMS. Journal of Intellectual & Developmental Disability, 2008, 171-176, Garcia, M & Matson, J.	1. การประเมินอาการอะคาทียะ ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา โดยการใช้แบบประเมิน MEDS (Matson Evaluation of Drug Side-effects) และแบบประเมิน ARMS (Akathisia ratings of Movement Scale) 2. การศึกษาค่าความเชื่อมั่น ความตรงตาม สภาพการณ์ ความสอดคล้องภายใน ของ	กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จำนวน 66 คน เป็นผู้ป่วยเพศชายจำนวน 45.5% เป็นผู้ป่วยเพศหญิงจำนวน 54.5% อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 27-79 ปี แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มๆ กลุ่มละจำนวน 22 คน โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย กลุ่มที่ 1 ไม่ได้รับยาต้านโรคจิต และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกลุ่มอาการอะคาทียะ กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วย	การประเมินอาการอะคาทียะ ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่ใช้แบบประเมิน 1. ARMS (Akathisia ratings of Movement Scale) 2. MEDS (Matson Evaluation of Drug Side-effects) 1. แบบประเมิน ARMS (Akathisia ratings of Movement Scale) เป็นการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อ ในการประเมินลักษณะอาการที่ได้จากการสังเกตของผู้ทำการประเมินมีการประเมินเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ไม่สามารถนั่งอยู่กับที่ได้ อ้าปากไปมาขณะขึ้น วิดกักงวด เคลื่อนไหวแบบซ้ำๆ มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง รวมถึงมีพฤติกรรมก้าวร้าว	1. ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) แบบประเมิน MEDS เท่ากับ .82 2. ค่าความเชื่อมั่นภายในระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ของแบบประเมิน MEDS เท่ากับ .996 แบบประเมิน ARMS เท่ากับ .907 3. แบบประเมิน MEDS และแบบประเมิน ARMS สามารถประเมินอาการอะคาทียะ ในกลุ่มตัวอย่างที่ 3 ได้ในขณะที่ไม่พบอาการอะคาทียะ ในผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 4. การวิเคราะห์รายชื่อของแบบวัด MEDS และ ARMS สามารถระบุความแตกต่างของอาการที่แสดงถึงอาการ อะคาทียะ ได้และมีความสัมพันธ์กันในรายชื่ออยู่ในระดับปานกลาง	1. แบบประเมิน MEDS และ แบบประเมิน ARMS มีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูงและ สามารถระบุอาการอะคาทียะ ในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาได้อย่างถูกต้องเที่ยงตรง 2. ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงสามารถ ได้รับการประเมินอาการอะคาทียะ โดยใช้แบบประเมิน ARMS และ MARS เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักพ้องในการสื่อสารอย่างมาก ไม่สามารถให้การประเมินอาการอะคาทียะ โดยใช้เครื่องมือ เหมือนในผู้ป่วยที่ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาได้ 3. ต้องใช้แบบประเมินทั้งสองแบบร่วมกันในการประเมินอาการอะคาทียะ ในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาโดยใช้แบบประเมิน โดยให้แบบประเมิน ARMS ก่อนในการสังเกตผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติในลักษณะ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งหรือยืนอยู่นิ่งๆ ได้และใช้แบบประเมิน MEDS โดยการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ โดยดูจากผู้ช่วยมาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน โดยสัมภาษณ์ในหัวข้อการประเมินอาการอะคาทียะ เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น กระสับกระส่าย หรือนิ่งไม่ได้ ทำพฤติกรรมซ้ำๆ ก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง เป็นต้น 3. ผู้ที่จะทำการประเมินต้องเป็นพยาบาลที่มี

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
	แบบประเมิน MEDS และ แบบประเมิน ARMS	ได้รับยาต้านโรคจิตและไม่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเกิดอาการอะคาทิสีย กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วย ได้รับยาต้านโรค จิตและได้รับการ วินิจฉัยว่าเกิด อาการอะคาทิสีย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ประมาณ 80% พบว่ามีความ บกพร่องระดับ สติปัญญาระดับ รุนแรงมาก กลุ่มตัวอย่างทั้ง 66 คน มี พัฒนาการระดับ สติปัญญา บกพร่องปาน กลาง (IQ 35-49) จำนวน 5 คน พัฒนาการระดับ สติปัญญา บกพร่องรุนแรง	แต่ละหัวข้อ ให้คะแนน 0 - 4 คะแนน 0 = ไม่มีอาการแสดง ให้เห็น 1 = อาการแสดงให้เห็นเล็กน้อย, 2 = อาการแสดง ให้เห็นเล็กน้อย, 3 = อาการ แสดงให้เห็นปานกลาง, 4 = อาการแสดงให้เห็นชัดเจนมาก คะแนนสูงสุดจากการประเมิน เท่ากับ 28 คิดคะแนนที่ 4 ถือว่า สามารถระบุกลุ่มอาการ akathisia ได้		ประสบการณ์ด้านจิตเวชและ ได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการใช้แบบประเมินมีการทดลองฝึก ประเมินโดยใช้แบบประเมิน MEDS และแบบ ประเมิน ARMS และผ่านการ feed back จาก ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ความเที่ยงตรงในการประเมิน
			2. แบบประเมิน MEDS (Mason Evaluation of Drug Side-effects) เป็นการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย หัวข้อในการประเมินเกี่ยว ผลข้างเคียงจากการได้รับยาใน ผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง ทางด้านสติปัญญาจำนวน 9 หัวข้อได้แก่ 1) หัวใจ เดีือด และหลอเคลือบ 2) ทางเดิน อาหาร 3) ต่อมน้ำไธและ ทางเดินปัสสาวะ 4) ตา คอ หู จมูก 5) ผิวหนัง ภูมิแพ้		

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
		(IQ 20-34) จำนวน 10 คน พัฒนาการระดับ สติปัญญา บกพร่องรุนแรง มาก (IQ ต่ำกว่า 20) จำนวน 51 คน โดยใช้เกณฑ์ การแบ่งระดับ พัฒนาการ ทางด้าน สติปัญญาของ DSM-IV-TR กลุ่มผู้ป่วย ทั้งหมดได้รับยา ด้านโรคจิตอย่าง ต่อเนื่องและ ไม่ได้ปรับเปลี่ยน ปริมาณยาในช่วง ระยะเวลา 90 วัน ก่อนการประเมิน กลุ่มอาการ akathisia	อุณหภูมिर่างกาย 6) ระบบ ประสาท โดยทั่วไป 7) dystonia 8) Parkinson/dyskinesia 9) พฤติกรรม akathisia โดยที่การ ประเมินกลุ่มอาการ akathisia จะใช้หัวข้อที่ 9 ของแบบ ประเมิน MEDS เท่านั้นซึ่งจะ เป็นการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ได้ดูแลผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 6 เดือน การให้คะแนนความ รุนแรงของการเกิดอาการตั้งแต่ 0-2 คะแนน คะแนนความ รุนแรงได้แก่ 0 = ไม่มีผลต่อ ผู้ป่วย, 1 = มีผลต่อผู้ป่วย เล็กน้อยถึงปานกลาง 2 = มี ผลกระทบต่อผู้ป่วยมากและมี การให้คะแนนระยะเวลาของ การมีอาการ 0-2 ได้แก่ 0 = มี ระยะมีอาการน้อยกว่า 1 เดือน , 1 = มีระยะมีอาการ 1 เดือนถึง 12 เดือน 2 = มีระยะมีอาการตั้ง 12 เดือนขึ้นไป คะแนนที่ได้		

ตารางที่ 3.2 สรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้
			จากหัวข้อการประเมิน อาการอะคาทีเซียจะอยู่ ในช่วงระหว่าง 0 -16 หมายเหตุ : ผู้ประเมินเป็น นักศึกษาคณะจิตวิทยา ปริญญาโทที่ได้ผ่านการ ฝึกอบรมการใช้แบบประเมิน ARMS และ MEDS แล้ว		

3.3 สรุปประเด็นที่ได้จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 เรื่องที่มีเนื้อหาตรงประเด็นกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข เนื้อหาประเด็นที่ได้จากการสังเคราะห์มีดังต่อไปนี้

3.3.1 ลักษณะอาการอะคาทิเซีย เป็นลักษณะของ motor restlessness มีความรู้สึกไม่สบายของกล้ามเนื้อ รู้สึกกระสับกระส่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยลุกโลดกล่น ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ แกว่งเท้าขณะนั่ง เดินวนไปมา เดินลากเท้าหรือเดินขำเท้าอยู่กับที่ เปลี่ยนท่าทาง เปลี่ยนอิริยาบถ เปลี่ยนตำแหน่งที่นั่งบ่อย มีความยากลำบากในการที่จะนั่งลง ความรู้สึกกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้นั้นจะลดลงเมื่อมีการเคลื่อนไหวของร่างกาย แต่อาการจะเป็นมากขึ้นในขณะที่ยผู้ป่วยนั่งหรือนอน (Barnes, 1989; Fleischhacker et al, 1989; Sachdev et al, 1994)

3.3.2 ควรมีการประเมินอาการอะคาทิเซียให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อไม่ให้เกิดผู้ป่วยเกิดประสบการณ์การเกิดอาการที่รุนแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าว นอนไม่หลับ มีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้นเสี่ยงต่อการเกิด tardive dyskinesia และส่งผลให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเนื่องจากขาดการยั้งคิด และไม่ร่วมมือในการรักษา มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำและ กลับมารักษาในโรงพยาบาลระยะยาว (Sachdev et al, 1994, Barnes, 1989)

3.3.3 การประเมินอาการอะคาทิเซีย ในผู้ป่วยจิตเภท ต้องประกอบด้วยสองส่วนได้แก่ ประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วยว่ามีความรู้สึกกระวนกระวายใจ อยู่ไม่สุข กระสับกระส่ายอยู่ข้างใน ร่วมกับการสังเกตว่าผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ผิดปกติ ไม่สามารถอยู่นิ่งๆ ได้ (Barnes, 1989; Fleischhacker et al, 1989; Sachdev et al, 1994)

3.3.4 การประเมินควรยึดหลักการสัมภาษณ์และการสังเกตประกอบกันโดยยึดผลจากการสัมภาษณ์เป็นหลัก หากผู้ป่วยมีความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างในแต่สังเกตไม่พบลักษณะการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ให้ระบุว่าผู้ป่วยเกิดอาการอะคาทิเซีย แต่หากสังเกตพบเพียงลักษณะการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ผิดปกติเท่านั้น โดยผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกกระสับกระส่ายให้ระบุว่าเกิดภาวะ Pseudoakathisia ซึ่งส่วนใหญ่พบได้ในผู้ป่วยเพศชายที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และมีคะแนนประเมินอาการทางด้านลบ (negative symptoms) สูงอาจพบเกิดขึ้นร่วมกับภาวะ tardive dyskinesia ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการเฝ้าระวังประเมินอาการอะคาทิเซียอย่างใกล้ชิด (Barnes, 1989)

3.3.5 การประเมินอาการอะคาทิเซียแบบเฉียบพลันควรประเมินผู้ป่วยในท่านั่งและทำขึ้นเท่านั้น ไม่ควรประเมินผู้ป่วยในท่านอนเนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการอะคาทิเซียมากขึ้น (Sachdev, 1994)

3.3.6 ผู้ประเมินสามารถนำแบบประเมินมาประเมินอาการอะคาทิสเซียได้ในขณะปฏิบัติงานเนื่องจากการประเมินทำได้ในขณะที่ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและใช้เวลาในการประเมิน 5-10 นาที (Barnes, 1989; Fleischhacker et al, 1989; Sachdev et al, 1994)

3.3.7 การประเมินความรุนแรงของอาการอะคาทิสเซียที่เพิ่มขึ้น เช่น ระดับความรุนแรงปานกลาง มาก รุนแรงควรมาจากการเพิ่มระดับของความทุกข์ทรมาน ความปรารถนาหรือต้องการที่จะเคลื่อนไหว การเพิ่มความทุกข์ทรมานที่ไม่สามารถที่จะนั่งได้อย่างสะดวกสบาย รวมถึงระยะเวลาของการเกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหวที่เพิ่มขึ้น (Barnes, 1989; Fleischhacker et al, 1989; Sachdev et al, 1994)

3.3.8 ผู้ป่วยเดินช้าเท้าหรือ ยืนโดยทิ้งน้ำหนักตัวลงบนเท้าทั้งสองข้างสลับกันไปมาเป็นลักษณะการเคลื่อนไหวที่พบได้เป็นส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่เกิดอาการอะคาทิสเซียทางการศึกษารายงานว่าลักษณะการเคลื่อนไหวดังกล่าวข้างต้นพบได้ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่เกิดอาการอะคาทิสเซีย (Sachdev, 1994)

3.3.9 อาการอะคาทิสเซียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะมีความแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคนและความทุกข์ทรมานจะรุนแรงขึ้นมากตามสิ่งเร้าที่กระตุ้น ระดับความทนได้ต่อความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปในบุคคลแต่ละคน ผู้ป่วยที่เกิดอาการอะคาทิสเซียแบบเฉียบพลันจะเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเช่น เดินไปมา ผุดลุกผุดนั่ง เนื่องจากทนได้น้อยเมื่อยังคงสงบนิ่งในท่าเดิม (Barnes, 1989; Fleischhacker et al, 1989; Sachdev et al, 1994)

3.3.10 แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) แบบประเมิน HAS (The Hillside Akathisia Scale) และแบบประเมิน PHH (The Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale) สามารถประเมินอาการอะคาทิสเซียได้อย่างถูกต้อง (Barnes, 1989; Fleischhacker et al, 1989; Sachdev et al, 1994)

3.3.11 แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) สามารถระบุอาการที่ต้องเฝ้าระวังหรืออาการที่สงสัยว่าจะมีอาการอะคาทิสเซียได้ คือมีลักษณะที่ผู้ป่วยบอกว่ามีความรู้สึกกระสับกระส่าย แต่ไม่ระบุชัดเจนหรือเฉพาะเจาะจงและสังเกตไม่พบการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Barnes, 1989)

3.3.12 การประเมินอาการอะคาทิสเซีย ในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญาควรใช้แบบประเมิน MEDS (Matson Evaluation of Drug Side-effects) ร่วมกันกับแบบประเมิน ARMS (Akathisia Rating of Movement Scale) เพื่อให้สามารถวินิจฉัยอาการอะคาทิสเซียได้อย่างถูกต้องเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้บกพร่องในการสื่อสารอย่างมาก ทำให้ไม่สามารถใช้การประเมินอาการอะคาทิสเซียโดยใช้เครื่องมือเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยที่ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาได้ (Garcia & Matson, 2008)

3.3.13 ยาที่ทำให้เกิดอาการอะคาทีเซีย ได้แก่ ยาด้านโรคจิตกลุ่มเก่า ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ รวมถึงยากลุ่ม SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitory) ซึ่งปัจจุบันยากลุ่ม SSRIs ใช้กันอย่างแพร่หลายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล รวมถึงผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Atbasoglu, Schultz & Andreasen, 2001)

3.3.14 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการอะคาทีเซียจะสัมพันธ์กับการเพิ่มปริมาณยาด้านโรคจิต การเปลี่ยนชนิดยาด้านโรคจิตเดิมไปใช้ยาด้านโรคจิตชนิดที่ออกฤทธิ์ในการรักษาสูง (High Potency) การเพิ่มปริมาณยาด้านโรคจิตอย่างรวดเร็ว ส่วนปัจจัยทางด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงปริมาณยาที่ได้รับไม่เป็นปัจจัยโน้มน้าวในการทำให้เกิดอาการอะคาทีเซียจากการได้รับยาด้านโรคจิต (Miller et.al., 1997)

3.4 สรุปข้อแนะนำ (recommendations) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

การดำเนินการสืบค้นหาแนวทางในการประเมินอาการอะคาทีเซีย สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตเพื่อประโยชน์ไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการเกิดอาการที่รุนแรงแล้วมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเนื่องจากขาดการยั้งคิด มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำและกลับมารักษาในโรงพยาบาลระยะยาวและจากการสกัดผลการวิจัยทั้งหมด 6 เรื่องสามารถสรุปประเด็น ข้อแนะนำได้ดังนี้

3.4.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตในช่วง 3 วันแรกหรือในช่วงที่มีการปรับเปลี่ยนชนิดของยารวมทั้งปริมาณของยา ควรได้รับการประเมินอาการอะคาทีเซียทุกราย (Barnes, 1989 Level VI ; Atbasoglu, Schultz, Andreasen, 2001 Level VI; Miller et al, 1997 Level VI)

3.4.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอะคาทีเซียเรื้อรังควรได้รับการประเมินอาการอะคาทีเซียหลังจากมีการปรับเปลี่ยนชนิดของยารวมทั้งปริมาณของยาภายใน 1 สัปดาห์ (Barnes, 1989 Level VI ; Atbasoglu, Schultz, Andreasen, 2001 Level VI; Miller et al, 1997 Level VI)

3.4.3 การประเมินอาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยจิตเภท ต้องประกอบด้วยสองส่วน ได้แก่ ประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วยว่ามีความรู้สึกกระวนกระวายใจ อยู่ไม่สุข กระสับกระส่ายอยู่ข้างใน ร่วมกับการสังเกตว่าผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ผิดปกติ ไม่สามารถอยู่นิ่งๆ ได้ (Sachdev, 1994 Level VI, Barnes, 1989 Level VI)

3.4.4 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการอะคาทีเซียมี 3 แบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) แบบประเมิน HAS (The Hillside Akathisia Scale) และแบบประเมิน PHH (The Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale) สามารถใช้

ประเมินอาการอะคาทิสียในผู้ป่วยจิตเภททั่วไปที่ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (Sachdev, 1994 Level VI; Barnes, 1989 Level VI; Fleischhacker, 1989)

3.4.5 แบบประเมิน MEDS (Matson Evaluation of Drug Side-effects) ที่ต้องใช้ร่วมกับแบบประเมิน ARMS (Akathisia Rating of Movement Scale) สามารถใช้ประเมินอาการอะคาทิสียในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (Garcia & Matson, 2008 Level VI)

3.4.6 เทคนิคการประเมินประกอบด้วย

1) การประเมินอาการอะคาทิสียควรสังเกตจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยขณะอยู่ในหอผู้ป่วย การประเมินยังต้องประเมินโดยที่ไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการประเมินอยู่ในช่วงการประเมิน เพราะอาการอะคาทิสีย จะถูกกดไม่แสดงอาการช่วงที่ทำการประเมินผู้ป่วย หรือผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมได้เอง ดังนั้นอาจได้ผลการประเมินที่ผิดพลาดจากความเป็นจริง (Barnes, 1989 Level VI)

2) การประเมินอาการอะคาทิสียควรประเมินผู้ป่วยในท่านั่งและทำยืน ไม่ควรประเมินในท่านอนเพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการอะคาทิสียมากขึ้น เนื่องจากลักษณะการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่มีอาการอะคาทิสียจะมีลักษณะของการเดินย่ำเท้าหรือยืนโดยทิ้งน้ำหนักตัวลงบนเท้าทั้งสองข้างสลับกันไปมาเพื่อลดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการมีความรู้สึถูกกระตุ้นบังคับให้ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย (Sachdev, 1994 Level VI)

3.4.7 นอกเหนือจากการประเมินอาการอะคาทิสียในผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับยาต้านโรคจิตแล้ว ควรประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตนเองด้วยเนื่องจากเป็นผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการอะคาทิสีย (Barnes, 1989 Level VI ; Atbasoglu, Schultz, Andreasen, 2001 Level VI; Miller et al, 1997 Level VI)

3.4.8 ผู้ใช้แบบประเมินควรเป็นพยาบาลจิตเวชและบุคลากรในทีมสุขภาพที่ได้รับการอบรมการใช้แบบประเมินอย่างดีเพื่อให้การประเมินมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้เนื่องจากลักษณะอาการอะคาทิสียคล้ายกับภาวะกระวนกระวายหรือมีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น (Barnes, 1989 Level VI; Sachdev, 1994 Level VI)

บทที่ 4

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการหาแนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซียจากการใช้ยาต้านโรคจิตโดยมีกระบวนการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้คือ 1) การกำหนดปัญหาทางคลินิกที่สนใจ 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และสืบค้นด้วยมือ 3) การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่สนใจ 4) การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาข้อแนะนำ จากผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ 6 เรื่องเป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ 6 นำผลงานวิจัยทั้ง 6 เรื่องมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สรุปเป็นข้อแนะนำเรื่องการประเมินอาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิต โดยมีสาระหลักดังนี้คือ 1) ลักษณะอาการอะคาทีเซียประกอบด้วยความรู้สึกระส่ำกระส่ายอยู่ข้างใน กระวนกระวายใจ อยู่ไม่นิ่งและวิธีการประเมินต้องประกอบด้วยสองส่วน ได้แก่ ประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วยว่ามีความรู้สึกระวนกระวายใจ อยู่ไม่สุข กระส่ำกระส่ายอยู่ข้างใน ร่วมกับการสังเกตว่าผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ผิดปกติ ไม่สามารถอยู่นิ่งๆ ได้ 2) ระยะเวลาที่ควรประเมินหลังได้รับยาต้านโรคจิตผู้ป่วยควรได้รับการประเมินอาการอะคาทีเซียตั้งแต่แรกที่เริ่มต้นให้การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเนื่องจากอาการอะคาทีเซียส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายใน 3 วันแรกของการเริ่มต้นให้การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต 3) ผู้ป่วยที่ควรได้รับการประเมินอาการอะคาทีเซียอย่างใกล้ชิดได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการเพิ่มปริมาณยาต้านโรคจิตในช่วงวันแรกๆ ของการได้รับยา หรือการเปลี่ยนชนิดยาต้านโรคจิตเดิมไปใช้ยาต้านโรคจิตชนิดที่ออกฤทธิ์ในการรักษาสูงหรือได้รับการเพิ่มปริมาณยาต้านโรคจิตอย่างรวดเร็ว 4) ในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญาควรใช้ใช้เครื่องมือประเมินเฉพาะเพื่อให้สามารถวินิจฉัยอาการอะคาทีเซียได้อย่างถูกต้องเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้บกพร่องในการสื่อสารอย่างมาก ทำให้ไม่สามารถใช้เครื่องมือเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยที่ไม่มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญาได้ 5) บุคคลที่ประเมินควรเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและได้รับการอบรมเพิ่มเติมถึงวิธีการใช้แบบประเมินเพื่อให้การประเมินมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ เนื่องจากลักษณะอาการอะคาทีเซียคล้ายกับการที่ผู้ป่วยมีภาวะกระวนกระวายหรือมีอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น

4.2 ข้อเสนอแนะ (suggestions)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ คือ

4.2.1 แนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตนี้พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 6 จำนวน 6 เรื่องเท่านั้น ดังนั้นจึงถือว่าข้อเสนอแนะ (recommendations) นี้เป็นการศึกษาเบื้องต้น ผู้ศึกษาเสนอแนะว่าควรมีการทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของงานวิจัยเชิงพรรณนาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือในระดับสูงขึ้น

4.2.2 พยาบาลสามารถนำข้อแนะนำที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นแนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซียทั้งในหอผู้ป่วยและที่บ้าน โดยการระดมสมองของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันในการประเมินอาการอะคาทีเซีย กำหนดเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ทำหน้าที่ประเมิน ระยะเวลาประเมิน การพัฒนาสื่อต่างๆ แก่ญาติให้มีความเข้าใจตรงกัน และทดลองปฏิบัติในรูปแบบของการศึกษานำร่อง (Pilot study) เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติและประเมินประสิทธิภาพของแนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซีย

4.2.3 เมื่อโครงการนำร่องให้ผลลัพธ์ที่เหมาะสมสามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติได้ก็นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติทางการพยาบาลในหน่วยงาน โดย 1) การสนับสนุนจากองค์กร 2) การสื่อสารกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน 3) สร้างความรู้สึกการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน 4) พัฒนา/เสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ร่วมงาน

การประเมินอาการอะคาทิสียาในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิต: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ASSESSMENT OF AKATHISIA IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS RECEIVING ANTIPSYCHOTIC DRUGS: EVIDENCE-BASED NURSING

ศรีแพร เข้มวิชัย 4936683 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ช่อทิพย์ สันธนะวนิช, ปร.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์),
ยาใจ สิทธิมงคล, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

1. ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

อาการอะคาทิสียา (akathisia) เป็นอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิตที่พบได้บ่อยและทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานอย่างที่สุด (Barnes, 1989; Sachdev & Kruk, 1994) อาการอะคาทิสียามาจากภาษากรีก หมายถึงภาวะที่ไม่สามารถนั่งได้ (not to sit) มีความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างใน (inner restlessness) ทำให้ต้องมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมากขึ้น เป็นความผิดปกติของระบบประสาทกล้ามเนื้อที่มีลักษณะเฉพาะ เกิดขึ้นกับร่างกายครึ่งล่างตั้งแต่ต้นเอวลงไป ทำให้มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวที่ผิดปกติแบบซ้ำๆ สม่ำเสมอ ไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น อยู่ไม่นิ่ง แกว่งเท้าขณะนั่ง เดินวนไปมา เดินลากเท้าหรือเดินย่ำเท้าอยู่กับที่ เปลี่ยนท่าทาง เปลี่ยนอิริยาบถ เปลี่ยนตำแหน่งที่นั่งบ่อย มีความยากลำบากในการที่จะนั่งลง ความรู้สึกกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้นั้นจะลดลงเมื่อมีการเคลื่อนไหวของร่างกาย แต่อาการจะเป็นมากขึ้นในเวลาที่ผู้ป่วยนั่งหรือนอน (Sadock & Sadock, 2005) อาการอะคาทิสียา เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 20 ถึง ร้อยละ 25 ในผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านโรคจิต เกิดขึ้นได้ทั้งที่เป็นแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง แบบเฉียบพลันเกิดขึ้นภายใน 1 สัปดาห์แรกของการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต หรือมีการเพิ่มปริมาณยา รวมทั้งการเปลี่ยนยาที่มีความแรงในการออกฤทธิ์ต่ำไปใช้ยาที่มีความแรงในการออกฤทธิ์สูง (Kane, Fleischhacker, Hansen,

Perlis, Pikalov, & Talbott, 2009; Sachdev, 1994) ส่วนอาการอะคาทีเซีย แบบเรื้อรังเกิดขึ้นหลังจาก 6 เดือนของการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Barnes, 2003)

อาการอะคาทีเซีย มีความสำคัญในเรื่องของการรักษาทางจิตเวช เกิดจากการได้รับยาที่มีคุณสมบัติเป็น dopamine-antagonist คือมีฤทธิ์ยับยั้งที่บริเวณตัวรับโดปามีนชนิดที่ 2 (dopamine D₂ receptor) ซึ่งรวมถึงยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (conventional or typical antipsychotics) เช่น chlorpromazine, perphenazine, fluphenazine, thioridazine, thiothixene, haloperidol และยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotics) เช่น clozapine, quetiapine, risperidone สาเหตุหรือกลไกของการเกิดอาการอะคาทีเซีย ยังไม่แน่ชัด แต่เชื่อกันว่าจะเกิดจากการยับยั้ง mesocortical postsynaptic dopamine receptor ทำให้เพิ่มการเคลื่อนไหวของร่างกาย หรือเกิดจากการที่ dopamine receptor ถูกยับยั้ง ทำให้การควบคุมการทำงานของเส้นประสาท noradrenergic ที่มาจาก locus ceruleus ซึ่งส่ง axon มาที่ limbic system ผิดปกติไป นอกจากนี้อาการอะคาทีเซีย อาจเกิดจากยาที่ไม่มีคุณสมบัติเป็น dopamine-antagonist ก็ได้ เช่นยาในกลุ่ม SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะกระตุ้นตัวรับซีโรโทนิน (5-HT_{2A} receptor) และมีผลไปยับยั้งการหลั่งของโดปามีนทำให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติขึ้น (Atbasoglu, Schultz & Andreasen, 2001)

อาการอะคาทีเซีย ที่เกิดขึ้นจะรบกวนผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ (distress) ละเหี่ยวใจ (dysphoria) นอนไม่หลับ (insomnia) วิตกกังวล (anxiety) และซึมเศร้า (depression) นอกจากนี้ยังอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีแรงกระตุ้นภายในที่บีบบังคับให้ต้องเคลื่อนไหว เช่นอาจมีการรับรู้ตนเองผิดปกติไปจากความเป็นจริง (depersonalization) ขาดการยับยั้ง (disinhibition) ขาดการยั้งคิด (impulsive) มีความบกพร่องของการรู้คิด (cognitive dysfunction) เป็นต้น (Barnes, 2003) ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความต้องการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาโดยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายอย่างมาก จนอาจทำให้ผู้ป่วยจัดการบริหารยาด้วยตัวเอง เช่น ลดปริมาณยาหรือหยุดการรับประทานยาในที่สุด (Covell et al, 2007) มีผลทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา และอัตราการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น (Barnes, 2003; Covell et al, 2007) นอกจากนี้ยังอาจทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง หรือ มีพฤติกรรมก้าวร้าวถึงขั้นทำร้ายคนอื่นได้ (Barnes, 2003)

การวินิจฉัยอาการอะคาทีเซีย จะต้องประกอบด้วย 2 ส่วนคือจากการบอกเล่าอาการโดยตัวผู้ป่วยเองและจากการสังเกตการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติโดยผู้ประเมิน การบอกเล่าของผู้ป่วยนั้นผู้ป่วยอาจบอกว่ารู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างในซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดจากมีแรงกระตุ้นภายในที่บีบบังคับให้ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย อยากที่จะเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา หรือมีความรู้สึกไม่สบายของกล้ามเนื้อ (muscle discomfort) ร่วมกับความรู้สึกหงุดหงิด ติงเครียด หงุดหงิด และไวต่อการกระตุ้น

ความรู้สึกเหล่านี้เป็นความทุกข์ทรมานภายในตัวผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถที่จะยืนอยู่นิ่งๆ หรือพักผ่อนได้ (Barnes, 2003; Halstead, Barnes & Speller, 1994) ส่วนการสังเกตลักษณะความผิดปกติของการเคลื่อนไหวโดยผู้ประเมิมนั้น จะสังเกตจากการเพิ่มการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะขา รูปแบบการเคลื่อนไหวจะเป็นเหมือนกันทั้งสองข้าง มีลักษณะเป็นการเคลื่อนไหวที่ไม่มีจุดมุ่งหมาย และมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ การสังเกตจะพบว่าผู้ป่วยจะเคาะหรือสั่นมือ แขน ขาหรือเท้าตลอดเวลา อาจแกว่งเท้าไปมา แกว่งขาข้างหนึ่งไปหาขาอีกข้างหนึ่งขณะนั่ง ลุกนั่งเร็ว ไม่สามารถนั่งอยู่กับที่เป็นเวลานานได้ เดินลากเท้าหรือเดินย่ำเท้าอยู่กับที่ เดินวนไปมา นอนพลิกตัวไปมา ถ้าเป็นรุนแรงผู้ป่วยไม่สามารถที่จะพัก เช่น นั่ง ยืน หรือนอนได้นานกว่า 2 - 3 นาที (Ayd, 1961 cited in Sachdev, 1995; Barnes, 2003; Sachdev & Kruk, 1994)

การวินิจฉัยแยกโรคต้องชัดเจนเนื่องจากอาการอะคาทิเซีย เป็นอาการที่ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น มีอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย รู้สึกอึดอัด (distress) และไม่สบายกาย (discomfort) เหมือนมีอะไรบางอย่างในตัวผู้ป่วยบังคับให้ต้องลุกขึ้นเดินหรือเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยอาจมีการตบเท้าตลอดเวลา (foot tapping) จึงทำให้มีลักษณะคล้ายกับภาวะกายใจไม่สงบ (agitation) หรือคล้ายกับเป็นอาการผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท แต่จะแตกต่างกันที่ภาวะกายใจไม่สงบจะลดลงเมื่อเพิ่มขนาดของยารักษาโรคจิตที่ได้รับ ในขณะที่อาการอะคาทิเซีย จะลดลงเมื่อลดขนาดของยารักษาโรคจิตลง นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีอาการ motor และ mental restlessness ซึ่งอาจจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจผิดว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา หากมีการปรับเพิ่มปริมาณยาต้านโรคจิตขึ้นไปอีกก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงต้องแน่ใจว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็น อาการอะคาทิเซีย เพื่อป้องกันการเพิ่มขนาดยารักษาโรคจิตจนทำให้อาการแย่ลง เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติเคยใช้สารเสพติด หากมีอาการอะคาทิเซีย ผู้ประเมิณอาจเข้าใจผิดว่ามีอาการทางจิต มีความต้องการอยากใช้สารเสพติด จึงจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดไว้ทำให้เพิ่มความตึงเครียด ความทุกข์ทรมานมากขึ้น นอกจากนี้ต้องแยกจากโรควิตกกังวล (anxiety disorder) นอนไม่หลับ (insomnia) สมาริสรวมทั้งต้องแยกออกจากภาวะ Restless legs syndrome (RLS) ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการปวดขา โดยที่อาการจะดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวขาแต่จะมีอาการมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยพักหรือนั่ง และเป็นมากขึ้นในเวลากลางคืนหรือตอนกลางคืน โดยภาวะ Restless legs syndrome (RLS) จะขยับจำเพาะที่ขาแต่อาการอะคาทิเซีย จะรู้สึกอยากขยับเพราะอยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย ต้องลุกขึ้นเดินหรือเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ ภาวะ Restless legs syndrome (RLS) ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาที่กระตุ้นระบบโดปามีน (dopamine agonist) แต่อาการอะคาทิเซีย จะไม่ได้ผลถ้าใช้ที่กระตุ้นระบบโดปามีน

วิธีการรักษาอาการอะคาทีเซีย คือ ลดขนาดยาลง หากยังมีอาการอะคาทีเซีย หลังจากลดขนาดยาไปแล้ว 1 สัปดาห์ ให้ใช้ยา β -blocker ได้แก่ propranolol ขนาด 20 mg วันละ 3 ครั้ง และสามารถเพิ่มขนาดขึ้นอีก 20 mg วันเว้นวันจนถึงขนาดสูงสุด 120 mg/วัน หากผู้ป่วยยังคงมีอาการอะคาทีเซีย หลังจากให้ propranolol 120 mg/วัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ให้ใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepines เช่น lorazepam ขนาด 0.5-2 mg/วัน ในการรักษาหรือเปลี่ยนเป็นยารักษาโรคจิตชนิดใหม่

จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจำนวนผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2550, 2551 และ 2552 คิดเป็นร้อยละ 49.24, 49.87, 51.19 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2550, 2551 และ 2552 คิดเป็นร้อยละ 52.47, 52.60, 51.89 ตามลำดับ พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยนอกมีจำนวนมากขึ้นตามลำดับ โดยที่จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตคิดเป็นร้อยละ 90 ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หากไม่มีการบำบัดอย่างต่อเนื่องแล้วพบว่าประมาณร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 70 มักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำใหม่ใน 1 ปี และ เกือบร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำใหม่ภายใน 2 ปี ดังนั้นการวางแผนการใช้ยาจึงต้องคำนึงถึงกลยุทธ์ที่จะทำให้อาการของโรคสงบลงอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะต้องได้รับการติดตามผลการตอบสนองทางคลินิกและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยการประเมินอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น บทบาทของพยาบาลจิตเวชที่สำคัญ คือ ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของโรค การรักษาทางจิตเวช และอาการข้างเคียงของยา รวมถึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารการรักษาด้วยยาให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดแต่มีผลข้างเคียงจากการได้รับยาน้อยที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2550) ดังนั้นการที่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจะสามารถประเมินและให้การวินิจฉัยอาการอะคาทีเซีย ได้อย่างถูกต้องตั้งแต่แรกจึงมีความสำคัญมาก เพราะ อาการอะคาทีเซียจะคล้ายกับอาการทางจิตอื่นเช่นอาการกระสับกระส่าย (agitation) อาการวิตกกังวล (anxiety) นอนไม่หลับ (insomnia) หรือภาวะ Restless legs syndrome (RLS) เป็นต้น พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินอาการอะคาทีเซีย ให้ได้อย่างชัดเจนตรงกัน และสามารถรายงานอาการผิดปกติได้อย่างถูกต้องเพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาหรือปรับเปลี่ยนยาแก่ผู้ป่วย อันจะช่วยให้อาการของโรคสงบลงได้เร็วที่สุดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะเวลาอันสั้น

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันว่าแนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซีย ที่เป็นอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิตนั้นควรมีแนวทาง

รูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติอย่างไร โดยพิจารณาทั้งในเรื่องรูปแบบ ขั้นตอนและคุณสมบัติของผู้ประเมิน โดยวิเคราะห์ปัจจัยเหล่านี้ว่าเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและบริบทของผู้ป่วยหรือไม่

1.1 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (purposes of the study)

เพื่อศึกษาแนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซียจากการได้รับยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.2 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (expected benefits / outcomes)

- 1) หน่วยงานมีแนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยจิตเภทจากการได้รับยาต้านโรคจิตที่มีมาตรฐาน
- 2) พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินอาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาถึงแนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซีย ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ผู้ศึกษามีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้ คือ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ศึกษา โดยใช้ PICO framework ของ Craig & Smyth, (2002) เป็นกรอบในการกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์การคัดเลือกรายงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ลงตารางสกัดงานและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดสรุปลงในตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) แล้วนำมาสังเคราะห์สรุปเป็นข้อแนะนำ (Recommendation) แนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซีย (akathisia) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีรายละเอียดในการดำเนินการดังนี้

2.1 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

2.1.1 กรอบการสืบค้น

โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO Framework ของ Craig & Smyth, (2002) จากประเด็นคำถามทางคลินิก “แนวทางการประเมินอาการ akathisia ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ควรมีแนวทางอย่างไร” โดย

Population หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิต

Intervention หมายถึง การประเมินอาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยจิตเภท

Comparison หมายถึง ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการประเมิน

Outcome หมายถึง อาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยจิตเภท

กำหนดคำสำคัญ (keyword) ที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ Schizophrenia patients Antipsychotic drugs Assessment scale for akathisia

2.1.2 เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินอาการอะคาทีเซีย ที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิต ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกรอบการสืบค้น คัดเลือกชนิดของงานวิจัยทุกระดับ ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 - ค.ศ. 2009 และเลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทยฉบับสมบูรณที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

2.1.3 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การศึกษาครั้งนี้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย ที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้ฐานข้อมูล www.guideline.gov, Blackwell synergy , CINAHL , OVID , MEDLINE , Science direct , Cochrane.org , Pub Med , Joannabriggs.edu.au และการสืบค้นด้วยมือ

ผลการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกจำนวนทั้งหมด 6 เรื่อง

2.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (evaluation of quality level of evidence) ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดการประเมินคุณภาพและการจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบ งานวิจัยทั้งหมด 6 เรื่อง เป็นงานวิจัย Descriptive research มีคุณภาพดีระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 6

2.3 การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ละเรื่องลงตารางสกัดงาน และสรุปประเด็นหลัก ของงานวิจัยแต่ละเรื่องลงในตารางรวบรวมหลักฐานประจักษ์ (collective table)

2.4 สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 6 เรื่องเพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการสรุปเป็นข้อแนะนำสำหรับแนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซีย ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตในโรงพยาบาลต่อไป

3. สรุปข้อแนะนำ (Recommendations) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้ คือ

การดำเนินการสืบค้นหาแนวทางในการประเมินอาการอะคาทีเซีย สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเพื่อประโยชน์ไม่ให้เกิดผลประสพการณ์การเกิดอาการที่รุนแรงแล้วมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเนื่องจากขาดการยั้งคิด มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำและกลับมารักษาในโรงพยาบาลระยะยาวและจากการสกัดผลการวิจัยทั้งหมด 6 เรื่องสามารถสรุปประเด็น ข้อแนะนำได้ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตในช่วง 3 วันแรกหรือในช่วงที่มีการปรับเปลี่ยนชนิดของยา รวมทั้งปริมาณของยา ควรได้รับการประเมินอาการอะคาติเซียทุกราย (Barnes, 1989 Level VI ; Atbasoglu, Schultz, Andreasen, 2001 Level VI; Miller et al, 1997 Level VI)

3.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอะคาติเซียเรื้อรังควรได้รับการประเมินอาการอะคาติเซียหลังจากมีการปรับเปลี่ยนชนิดของยา รวมทั้งปริมาณของยาภายใน 1 สัปดาห์ (Barnes, 1989 Level VI ; Atbasoglu, Schultz, Andreasen, 2001 Level VI; Miller et al, 1997 Level VI)

3.3 การประเมินอาการอะคาติเซียในผู้ป่วยจิตเภท ต้องประกอบด้วยสองส่วน ได้แก่ ประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วยว่ามีความรู้สึกกระวนกระวายใจ อยู่ไม่สุข กระสับกระส่ายอยู่ข้างใน ร่วมกับการสังเกตว่าผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ผิดปกติ ไม่สามารถอยู่นิ่งๆ ได้ (Sachdev, 1994 Level VI, Barnes, 1989 Level VI)

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการอะคาติเซียมี 3 แบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) แบบประเมิน HAS (The Hillside Akathisia Scale) และแบบประเมิน PHH (The Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale) สามารถใช้ประเมินอาการอะคาติเซียในผู้ป่วยจิตเภททั่วไปที่ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (Sachdev, 1994 Level VI; Barnes, 1989 Level VI; Fleischhacker, 1989)

3.5 แบบประเมิน MEDS (Matson Evaluation of Drug Side-effects) ที่ต้องใช้ร่วมกับแบบประเมิน ARMS (Akathisia Rating of Movement Scale) สามารถใช้ประเมินอาการอะคาติเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (Garcia & Matson, 2008 Level VI)

3.6 เทคนิคการประเมินประกอบด้วย

3.6.1 การประเมินอาการอะคาติเซียควรสังเกตจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยขณะอยู่ในหอผู้ป่วย การประเมินยังต้องประเมินโดยที่ไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการประเมินอยู่ในช่วงการประเมิน เพราะอาการอะคาติเซีย จะถูกกดไม่แสดงอาการช่วงที่ทำการประเมินผู้ป่วยหรือผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมได้เอง ดังนั้นอาจได้ผลการประเมินที่ผิดพลาดจากความเป็นจริง (Barnes, 1989 Level VI)

3.6.2 การประเมินอาการอะคาติเซียควรประเมินผู้ป่วยในท่านั่งและทำอื่น ไม่ควรประเมินในท่านอนเพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการอะคาติเซียมากขึ้น เนื่องจากลักษณะการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่มีอาการอะคาติเซียจะมีลักษณะของการเดินขำเท้าหรือยืนโดยที่น้ำหนักตัวลงบนเท้าทั้งสองข้างสลับกันไปมาเพื่อลดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการมีความรู้สึกถูกกระตุกบังคับให้ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย (Sachdev, 1994 Level VI)

3.7 นอกเหนือจากการประเมินอาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับยาต้านโรคจิตแล้ว ควรประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตนเองด้วยเนื่องจากเป็นผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการอะคาทีเซีย (Barnes, 1989 Level VI ; Atbasoglu, Schultz, Andreassen, 2001 Level VI; Miller et al, 1997 Level VI)

3.8 ผู้ใช้แบบประเมินควรเป็นพยาบาลจิตเวชและบุคลากรในทีมสุขภาพที่ได้รับการอบรมการใช้แบบประเมินอย่างดีเพื่อให้การประเมินมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้เนื่องจากลักษณะอาการอะคาทีเซียคล้ายกับภาวะกระวนกระวายหรือมีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น (Garcia & Matson, 2008 Level VI; Sachdev, 1994 Level VI; Barnes, 1989 Level VI; Fleischhacker et al., 1989 Level VI)

4. ข้อเสนอแนะ (suggestion) ในการนำข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติงานและศึกษาเพิ่มเติม

4.1 แนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตนี้พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 6 จำนวน 6 เรื่องเท่านั้น ดังนั้นจึงถือว่าข้อเสนอแนะ (recommendations) นี้เป็นการศึกษาเบื้องต้น ผู้ศึกษาเสนอแนะว่าควรมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของงานวิจัยเชิงพรรณนาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการอะคาทีเซียในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือในระดับสูงขึ้น

4.2 พยาบาลสามารถนำข้อแนะนำที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นแนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซียทั้งในหอผู้ป่วยและที่บ้าน โดยการระดมสมองของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันในการประเมินอาการอะคาทีเซีย กำหนดเครื่องมือที่ใช้ประเมิน ผู้ทำหน้าที่ประเมิน ระยะเวลาประเมิน การพัฒนาสื่อต่างๆแก่ญาติให้มีความเข้าใจตรงกัน และทดลองปฏิบัติในรูปแบบของการศึกษานำร่อง (Pilot study) เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติและประเมินประสิทธิภาพของแนวทางการประเมินอาการอะคาทีเซีย

4.3 เมื่อโครงการนำร่องให้ผลลัพธ์ที่เหมาะสมสามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติได้ก็นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติทางการพยาบาลในหน่วยงาน โดย 1) การสนับสนุนจากองค์กร 2) การสื่อสารกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน 3) สร้างความรู้สึกร่วมกันในการปฏิบัติงาน 4) พัฒนา/เสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ร่วมงาน

**ASSESSMENT OF AKATHISIA IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS
RECEIVING ANTIPSYCHOTIC DRUGS: EVIDENCE-BASED NURSING**

SRIPARE KHEMWICHAI 4936683 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: CHORTHIP SANTANAVANICH,
Ph.D., YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D.**EXTENDED SUMMARY****1. Background and Significance of the Study**

Akathisia is an often found side effect of antipsychotic drug which causes tremendous suffer to patients (Barnes, 1989; Sachdev & Kruk, 1994). The word origin of “Akathisia” rooted from Greek word meaning “not to sit”. Patients with akathisia have a feeling of inner restlessness and compelling need to be in constant motion. This neuromuscular dysfunction occurs on lower extremity of body causes abnormal repetitive movement without any purpose such as restlessness, rocking lower leg while sitting, endlessly walk around, pacing or stepping in place, endless change of body posture, and find it is difficult to sit down. The feeling of inner restlessness reduces upon start moving the body but more intense when sit or lie down (Sadock & Sadock, 2005). Akathisia would occur in approximately 20-25% of patient taking antipsychotic drug which the symptoms may be acute or chronic. The acute akathisia occurred during the first week of antipsychotic drug administration or increasing antipsychotic drug dosage or changing drug from lower to higher pharmacological effect (Kane, Fleischhacker, Hansen, Perlis, Pikelov, & Talbott, 2009; Sachdev, 1994). Chronic akathisia occurs 6 months after start antipsychotic drug administration.

Akathisia symptoms was an important psychiatric symptoms causes by receiving dopamine-antagonist which inhibit dopamine D₂ receptors including

conventional or typical antipsychotics such as chlorpromazine, perphenazine, fluphenazine, thioridazine, thiothixenes, haloperidol, and atypical antipsychotics such as chozapine, quetiapine, risperidone. The detailed causal mechanism of akathisia is still unknown but presumably due to mesocortical postsynaptic dopamine receptor inhibition which increases body movement or it may cause by dopamine receptor inhibition which cause the dysfunction of noradrenergic which rooted from locus ceruleus descending to limbisystem. In addition, akathisia occurs due to taking the drug which is not dopamine antagonist such as SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors). This group of drug stimulates 5-HT_{2A} receptor and has effect in dopamine inhibition which causes abnormal movement (Atbasoglu, Schultz & Andreasen, 2001).

Akathisia tremendously disturb patient. Patient may have distress, dysphoria, insomnia, anxiety and depression. In addition, it may worsen psychotic symptom due to the compelling needs to be in constant motion such as depersonalization, disinhibition, impulsive, cognitive dysfunction (Barnes, 2003). Patients with akathisia suffer distress from compelling needs for constant motion and may exacerbate psychotic symptom such as depersonalization, disinhibition, impulsive, or cognitive dysfunction (Barnes, 2003). The suffering from inner compelling motion which is uncontrollable causes patient tremendously discomfort till patients change drug administration themselves such as reducing dosage or quit drug taking (Nancy et al, 2007) which can lead to the non-conformance with drug administration and increase rate of relapse (Barnes, 2003; Covell et al, 2007). In addition, patient may have aggressive behavior or commit violence (Barne, 2003).

Diagnosis of akathisia comprises of 2 parts, i.e. patient's statement and patient's motion observation & assessment. The patient's complaints revealed their inner relentlessness which caused by compelling needs to be in constant motion as well as muscle discomfort in concurrent with depression, stress, distress and hypersensitivity . These were inner pain and distress which cause patient cannot sit or rest (Barnes, 2003., Halstead, Barnes & Speller, 1994). For patient's motion observation and assessment, the assessor would observe the increase of motion especially lower extremity. The patterns of motion are mostly purposeless, synchronous on both side of extremity, and repetitive. Patient may knock or shake their extremities continuously, rock their feet, alternately cross one leg over the other,

unable to sit for a long time, pace or walk on the same spot, repeatedly turn from side to the other when lying down. Patient cannot stay in the same posture longer than 2-3 minutes (Barnes, 2003; Sachdev & Kruk, 1994; Ayd, 1961 cited in Sachdev, 1995)

Akathisia is a symptom which many motions, restlessness, anxiety, distress, and discomfort. The patients with akathisia feel like something inside compel them to be in constant motion which is uncontrollable. Patients may do foot tapping which is similar to agitation or schizophrenia symptoms. However, the agitation symptoms decrease when the antipsychotic drug dosage increase whilst akathisia symptom increase when the antipsychotic drug dosage increase. In addition, if patients have motor and mental restlessness due to akathisia, whilst health care personnel misunderstood that the symptoms did not response to the dosage of antipsychotic drug, then they increase the dosage of antipsychotic drug which worsen the akathisia symptom. Thus, it is important to diagnose akathisia symptom correctly in order to prevent antipsychotic dosage increment from wrong diagnosis. Likewise, patient with schizophrenia who had narcotic use records may be wrong diagnosed as having narcotic urge related symptoms instead of akathisia thus may provide body restraint which caused more pain and distress. In addition, the akathisia symptoms must be identified separately from anxiety disorder, insomnia, attention disorder, including Restless legs syndrome (RLS) which is frequently found in elderly, concerning neurological disorder cause leg pain and the pain relieved when patients move their leg but the pain is more severe when patient stays still such as sit or lie down and also more severe during afternoon and night. Patients with Restless leg syndrome (RLS) move only leg but akathisia is an urge to move due to inner restlessness which resulting in uncontrollable walk or body motion. Restless Leg syndrome (RLS) symptoms respond effectively with dopamine agonist. However, akathisia would not respond with dopamine agonist. The treatment of akathisia is to reduce antipsychotic drug dosage and if the akathisia symptom remains after 1 weeks of dosage reduction, Beta-blocker such as propranolol 20 mg 3 times and increase the dosage 20 mg 2 days a time until reaching 120 mg/day. If akathisia symptoms remain after 1 week of propranolol administration 120 mg/day, benzodiazepines group such as lorazepam 0.5-2 mg/day or change new antipsychotic drugs.

According to increasing number of outpatient with schizophrenia visiting Somdej Chaophraya psychiatric Institute which was 49.24%, 49.87%, and 51.19% of total out-patient in the year 2550 BE, 2551 BE, and 2552 BE. The in-patients with schizophrenia were 52.57%, 52.60%, and 51.89% of total in-patient in the year 2550 BE, 2551 BE, and 2552 BE, respectively. The numbers of patient with schizophrenia with antipsychotic drug administration were 90% of patient with schizophrenia. This group of patient had to take the antipsychotic drug continuously to control schizophrenic symptoms and prevent relapse. Without continuous therapy, 60-70% often had relapse within 1 year and 90% of patient had relapse within 2 year. Thus antipsychotic administration plan should concern the strategy to motivate patient voluntary take the antipsychotic drug continuously. The clinical response and adverse side effect follow up was also carried out by means of side effect assessment. The role of psychiatric nurse in practice comprises of psychotic sign and symptom education, antipsychotic side effect and psychiatric therapy, pharmacological management to maximize pharmacological effect and minimize side effect. (Department of Mental Health 2550, B.E.). It is vital that psychiatric nurse and health care personnel in care team should assess and diagnose akathisia correctly at the first onset since the similarity of the akathisia symptoms with other psychotic symptoms such as agitation, anxiety, insomnia or Restless Leg Syndrome (RLS). The correct diagnosis and report of akathisia will enable care team to provide correct treatment as well as pharmacological management to reduce akathisia symptoms which can reduce inner restlessness and compelling need to be in uncontrollable constant motion. In addition, reduction of akathisia can improve patient's drug administration compliance to control the symptom and prevent relapse in future.

Therefore, investigator was interested in conduct evidence based nursing study on diagnosis of akathisia which is a side effect of antipsychotic drug concerning its type and procedure by considering the method, procedure, and qualification of assessor in order to analyze its appropriateness for the contest of setting and patients.

1.1 Purpose of the study.

To search for empirical evidence concerning akathisia assessment in hospitalized patient with schizophrenia receiving antipsychotic drug.

1.2 Expected outcomes and benefits

- 1) The health care unit possesses standard akathisia symptom assessment guideline for patient with schizophrenia receiving psychotic drug
- 2) Nurse possesses appropriate akathisia symptom assessment guideline for patient with schizophrenia receiving psychotic drug

2. Methodology

The evidence based nursing on akathisia symptom assessment guideline in patient with schizophrenia receiving antipsychotic drug was carried out by firstly searching the empirical evidence using PICO conceptual framework of Craig & Smyth (2002) as a searching conceptual framework. Then, the empirical evidences were qualified according to searching criteria. Searching database and the quality and strength level of empirical evidence were then identified. Then, analyzed the empirical evidences in to content extracting table then summarized it in collective table and then synthesized into recommendation of the akathisia symptom assessment guideline which can be detailed as follows:

2.1 Search for evidence-based research

2.1.1 Searching framework

The PICO framework proposed by Craig & Smyth (2002) was applied on the clinical problem question “What is the assessment of akathisia symptom in schizophrenia patients receiving antipsychotic drug.” As follows:

Population: Schizophrenic patient receiving antipsychotic drugs

Intervention: Akathisia symptom assessment in schizophrenic patients

Comparison: N/A

Outcome: Akathisia in schizophrenic patients

Searching keywords: Schizophrenia patients, antipsychotic drugs, assessment scale for akathisia

2.1.2 Searching criteria: the research evidence concerning assessment of akathisia from antipsychotic drug according to identified searching framework from every level of research published since 1985 to 2009 in full text both Thai and English.

2.1.3 Identify searching database: this study identify the searching of research both published and non- published in Thai and English from electronic database www. guideline.gov., Blackwell synergy, CINAHL , OVID , MEDLINE , Science direct, Cochrane.org, Pub Med, Joannabriggs.edu.au including hand search According to the searching, 6 empirical evidences matching the clinical problem of study were obtained.

2.2 Evaluation of quality and level of evidence

The assessment of quality and strength level of empirical evidence were carried out based on evidence rating system of Melnyk & Fineout-Overholt (2005). All 6 empirical evidences were Descriptive research or Level 6 with good quality.

2.3 Analysis of evidence-based research

The content of each empirical evidences were analyzed into content extracting table then summarized in collective table.

2.4 Synthesis of major issues

Major issues from the selected six research studies were synthesized as base line data for the summary of guideline on akathisia assessment in schizophrenia patients receiving antipsychotic drugs.

3. Recommendations

The searching for a guideline in akathisia assessment for schizophrenic patient receiving antipsychotic drug was expected to prevent patient from experiencing severe symptom which may lead to their drug administration non-compliance, aggressive behavior, and more severe psychotic symptom which may result in commit suicide, relapse of psychotic disease, and return to long hospital stay. According to the analysis and synthesis of 6 research evidences, the recommendations were as follows;

3.1 Every patient who requires assessment of akathisia is the one who receive antipsychotic drug in the first three days or the one who change the drug to higher potency drug, or receive rapid increment of antipsychotic drug dosage. (Barnes, 1989 Level VI; Atbasoglu, Schultz, Andreasen, 2001 Level VI; Miller et al, 1997 Level VI)

3.2 In case of patient with chronic akathisia should be assessed the akathisia symptoms after changing the drug and drug dosages. (Barnes, 1989 Level VI ; Atbasoglu, Schultz, Andreasen, 2001 Level VI; Miller et al, 1997 Level VI)

3.3 Akathisia assessment comprised of 2 parts, i.e., patient's complaint on their anxiety, inner restlessness, and patient's motion observation on the relentless motion. (Sachdev, 1994 Level 6, Barnes, 1989 Level VI; Fleischhacker et al., 1989 Level VI)

3.4 The assessment scales for akathisia have three assessments as follow: 1) BARS (Barnes Akathisia Rating Scale), 2) HAS (The Hillside Akathisia Scale), and 3) PHH (The Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale) which can use in general schizophrenia patients without cognitive deficit. (Sachdev, 1994 Level VI; Barnes, 1989 Level VI; Fleischhacker et al., 1989 Level VI)

3.5 The assessment scale of MEDS (Matson Evaluation of Drug Side-effects) incorporating with ARMS (Akathisia Rating of Movement Scale) can use in schizophrenia patients with cognitive deficit in order to diagnose akathisia symptom correctly. (Garcia & Matson, 2008 Level VI)

3.6 Techniques of the assessment are composed of:-

3.6.1 Akathisia assessment should be carried out during activity of daily living of patient without priory notified since patients may suppress the symptoms or pretend to act as having the symptoms once priory notified which may affect the assessment. (Barnes, 1989 Level VI)

3.6.2 Akathisia assessment should be carried out whilst the patients was in sitting or standing position since the lying position caused patient tremendously distress from akathisia. The motion of patients with akathisia usually walks on the same spot or alternative shift their body weight on each foot to pacify their inner relentlssness. (Sachdev, 1994, Level VI)

3.7 In addition, akathisia assessment should be carried out in every schizophrenia patients receiving antipsychotic drug, they should be assessed about the suicidal risk from the impact of the distress of akathisia symptoms. (Barnes, 1989 Level VI; Atbasoglu, Schultz, Andreasen, 2001 Level VI; Miller et al, 1997 Level VI)

3.8 The assessor should be psychiatric nurse or care team member who were well trained in assessing instrument use in order to get reliable and accurate assessment result since akathisia is very similar to anxiety disorder or increased psychotic symptoms. (Garcia & Matson, 2008 Level VI; Sachdev, 1994 Level VI; Barnes, 1989 Level VI; Fleischhacker et al., 1989 Level VI)

4. Suggestion and Implementations of the Finding

4.1 Akathisia assessment recommendation was extracted from only 6 research evidences which is an introduction study. Investigator suggests the systematic review study of descriptive research concerning akathisia in schizophrenic patient receiving antipsychotic drug to get higher reliable evidence.

4.2 Nurse can implement the recommendations presented in this study to develop their own guidelines of akathisia assessment both in patient ward and home by brain storming involved person to make the decision together, identify the assessing instrument, assessor, assessing period, multimedia development to their relatives for correct understanding, and conducts pilot study leading to impact change in practice and then evaluate the effectiveness of akathisia assessment guideline.

4.3 The pilot study which give favorable result can be implemented as a guideline which leading to change in nursing practice in organization by 1) getting full support from organization, 2) communicate clearly with all organization personnel, 3) building a sense of ownership in practicing the guideline, and 4) with development of necessary knowledge and skills among health care staff members.

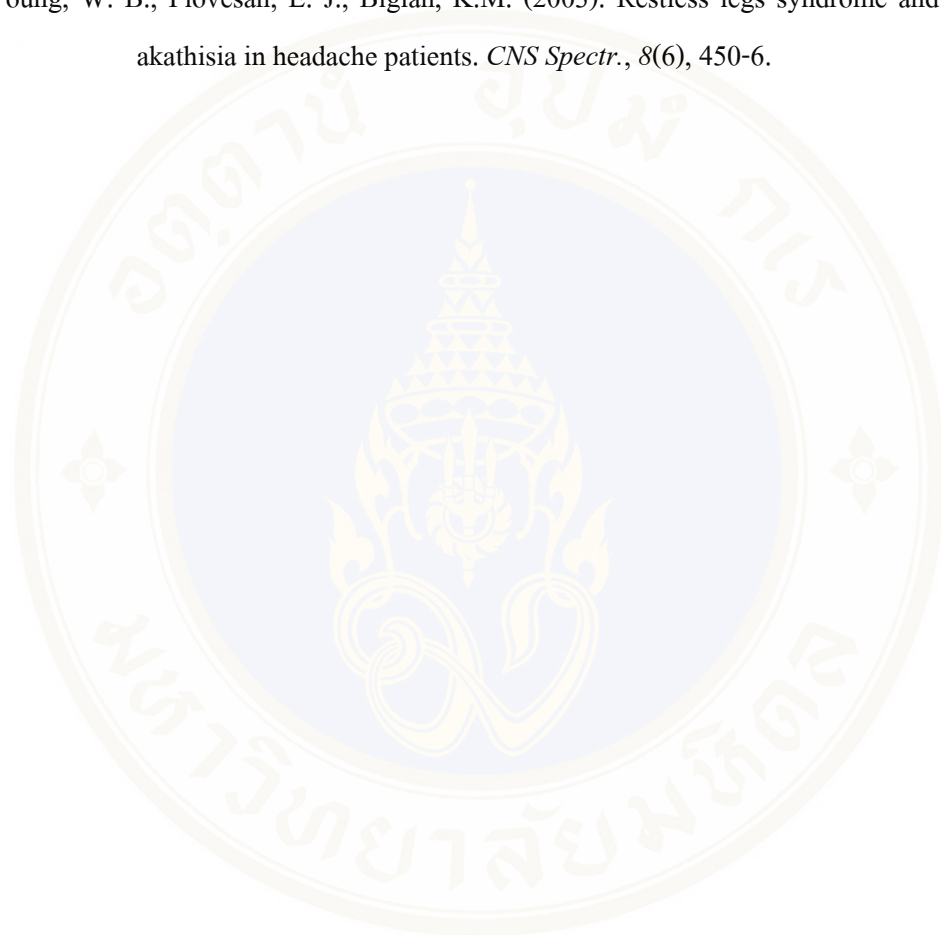
รายการอ้างอิง

- จรัสรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ. (2547). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑามณี สุทธิสีสังข์. (2540). *เภสัชวิทยาเล่ม 1*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: นิวไทม์มิตรการพิมพ์.
- ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์หลักการและวิธีการปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ, นภวัลย์ กัมพลศิริ, ถวิล นภาพงศ์สุริยา และ ช่อทิพย์ สันธนะวนิช. (2540). การสร้างแบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. *วารสาร พยาบาลศาสตร์*, 15(1), 77-87.
- เวชระเบียนและสถิติสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2552)
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล
- Atbasoglu, E. C., Schultz, S. K., Andreasen, N. C. (2001). The relationship of akathisia with suicidality and depersonalization among patients with schizophrenia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13, (3).
- Ayd, F. J. (1961). A survey of drug induced extrapyramidal reaction. *Journal of American Medical association*, 175, 1054-1060.
- Barnes, T.R.E. (1989). A rating scale for drug-induced akathisia. *British Journal of Psychiatry*, 154, 672-676.
- Barnes, T. R. E. (2003). The Barnes Akathisia Rating Scale. *Journal of Psychopharmacology*, 17 (4), 365-370.

- Braude, W. M., Barnes T. R., Gore S. M. (1983). Clinical characteristics of akathisia. A systematic investigation of acute psychiatric inpatient admissions. *The British Journal of Psychiatry*, 143, 139-150.
- Chouinard, G., & Margolese, H. C. (2005). Manual for the Extrapyramidal Symptoms Rating Scale (ESRS). *Schizophrenia Research*, 76, 247-265.
- Covell, N. H., Weissman, E. M., Schell, B., McCorkle, B. H., Summerfelt, W. T., Weiden, P. J., & Essock, S. M. (2007). Distress with medication side effects among persons with severe mental illness. *Adm Policy Ment Health*, 34, 435-442.
- Csernansky, J. G., & Schuchart, E. K. (2002). Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia effects of second generation antipsychotics. *CNS Drugs*, 16(7), 473-484.
- Drake, R. E., & Ehrlich, J. (1985). Suicide attempts associated with akathisia. *American Journal of Psychiatry*, 142(4), 499-501.
- Fagan-Pryor, E. C., & May, D. L. (2000). Establishment of interrater reliability for a nursing Extrapyramidal Side Effects (EPS) Assessment Scale. *Journal of Nursing Care Quality*, 54-63.
- Fernandez, R. S., Evans, V., Griffiths, R. D., Mostacchi, M. S. (2006). Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication: A review of the evidence. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 70-80.
- Fleischhacker, W. W., Bergmann, K. J., Perovich, R., Pestreich, L. K., Borenstein, M., Lieberman, J. A., Kane, J. M., (1989). The Hillside Akathisia Scale: A new rating instrument for neuroleptic-induced akathisia. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 222-226.
- Garcia, M. J., & Matson, J. L. (2008). Akathisia in adults with severe and profound intellectual disability: A psychometric study of the MEDS and ARMS. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 33(2), 171-176.
- Gray, R., & Gournay, K. (2000). What can we do about acute extrapyramidal symptom. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 205-211.
- Gray, R., Wykes, T., Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: A review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 277-284.

- Halstead, S. M., Barnes, T.R.E., Speller, J. C. (1994). Akathisia: Prevalence and associated dysphoria in an in-patient population with chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164, 177-183.
- Janno, S. (2006). *Assesment of neuroleptic-induced movement disorders in a naturalistic schizophrenia population*. Helsinki: Helsinki University Printing House.
- Jones, M., Bennett, J., Gray, R., Arya, P., Lucas, B. (2006). Phamacological management of akathisia in combination with psychological interventions by a mental health nurse consultant. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 26-32.
- Kane, J. M., Fleischhacker, W. W., Hansen, L., Perlis, R., Pikalov, A., Talbott, S.A., (2009). Akathisia: An update review focusing on second - generation antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(5), 627-643.
- Kim, J. H. & Byunt , H. J. (2007). Association of subjective cognitive dysfunction with akathisia in patients reciving stable doses of risperidone or haloperidol. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 32, 461- 467.
- Kumar, R. & Sachdev, P. (2009). Akathisia and second-generation antipsychotic drugs. *Neuropsychiatry*, 293-299.
- Miller, C. H., Hummer, M., Oberbauer, H., Kurzthaler, I., Decol, C., Fleischhacker, W. W. (1997). Risk factors for the development of neuroleptic induced akathisia. *European Neuropsychopharmacology*, 7, 51-55.
- McIntosh, A., Conlon, L., Lawrie, S., Stanfield, A. C. (2006). Compliance therapy for schizophrenia (Review). 1-19.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence-based practice in nursing & healthcare : A guide to best practice. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Neal, M. J. (1992). Medical Pharmacology at a Glance, 2nd ED, pp 56-59. London: Black well Scientific Publications.
- Perkins, D. O. (1999). Adherence to antipsychotic medications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 25-30.
- Sachdev, P. (1995). The epidemiology of drug-induced akathisia : Part I. acute akathisia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 431-461.

- Sachdev, P. (1994). Clinical characteristics and predisposing factors in acute drug-induced akathisia. *Archives of General Psychiatry*, 51, 963-974.
- Sadock, V. A. & Sadock, B. J. (Eds.). (2005). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8th ed.). New York: Williams & Wilkins.
- Young, W. B., Piovesan, E. J., Biglan, K.M. (2003). Restless legs syndrome and drug-induced akathisia in headache patients. *CNS Spectr.*, 8(6), 450-6.





ภาคผนวก

ตาราง 3 การวิเคราะห์ และ สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 1

ชื่อเรื่อง : A Rating Scale for Drug - Induced Akathisia

ผู้แต่ง : Thomas R. E. Barnes

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ : British Journal of Psychiatry, 154 (672 - 676), 1989

หัวข้อ	รายละเอียด
1.วัตถุประสงค์ การวิจัย	เพื่อศึกษาการใช้แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) ในการประเมินอาการอะคาทีเซีย (akathisia) จากการใช้ยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
2.ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของงานวิจัย	การศึกษาแบบ descriptive research design ทำการประเมินอาการอะคาทีเซียโดยใช้แบบประเมิน BARS โดยใช้เวลาประเมินอย่างน้อย 5 นาที กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน การประเมินจะใช้ผู้ประเมินจำนวน 2 คน ประเมินจากการสังเกตผู้ป่วย (objective) และประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective) ร่วมด้วย การประเมินอาการอะคาทีเซียจากการสังเกตประกอบด้วย การสังเกตอาการเดินไปมา ไม่อยู่นิ่ง เปลี่ยนท่าทาง เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยของผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วยโดยการถามถึงอาการทุกข์ทรมานความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างในของผู้ป่วยและความรู้สึกอยู่ไม่สุข ต้องการที่จะยืนหรือรู้สึกว่ามีแรงบีบบังคับให้ต้องเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ความน่าเชื่อถือ : ระดับ 6
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการวิจัย	งานวิจัยนี้ทำที่โรงพยาบาล Horton ในประเทศอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากหอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิงมีคุณสมบัติดังนี้ 1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 42 คน เพศชายจำนวน 19 คน และเพศหญิงจำนวน 13 คน 2. ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภทตาม DSM - III (American Psychiatric Association, 1980) 3. กำลังอยู่ในช่วงได้รับยาต้านโรคจิตระยะเวลาป่วยเป็น schizophrenia ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป 4. กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 32 - 65 ปี (อายุเฉลี่ย 52 ปี) 5. เป็นผู้ป่วยเพศหญิงจำนวน 13 คนและ เพศชายจำนวน 19 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
4. เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) เพื่อประเมินอาการอะคาทิสียาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (inter-rater reliability) เท่ากับ 0.738- 0.955
5. ลักษณะของการประเมิน	แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) ประเมินอาการอะคาทิสียา ใน 4 หัวข้อคือ I) การสังเกตของผู้ประเมิน (objective) : สังเกตลักษณะการเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่อยู่นิ่งเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย โดยสังเกต ลักษณะการเคลื่อนไหวที่ไม่อยู่นิ่งซึ่งพบว่าซึ่งจะเกิดขึ้นกับร่างกายทั้งสองข้าง เช่น แกว่งเท้าข้างหนึ่งไปหาเท้าอีกข้างหนึ่งขณะนั่งห้อยขา ผุดลุกผุดนั่ง หรือ เดินไป มา ไม่อยู่นิ่งขณะที่ยืน ต้องเดินตลอดเวลา บางครั้งอาจพบลักษณะการเคลื่อนไหว เช่น เดินเร็ว รวมด้วย รวมถึง การเดินเข้าจังหวะ เดินโยก ลำตัว การเคลื่อนไหวของมือที่ซับซ้อน เช่น ถูบ เกาใบหน้า และ ถูต้นขา เป็นต้น โดยมีรายละเอียดการให้คะแนนดังนี้ 0 = ปกติ มีลักษณะการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อส่วนปลายนานๆ ครั้ง 1 = แสดงให้เห็นการเคลื่อนไหวของร่างกายแบบอยู่ไม่สุข เช่น เดินลากขาเตะเท้า หรือแกว่งขาข้างหนึ่งไปหาขาอีกข้างหนึ่งขณะกำลังนั่งห้อยขา และ/หรือ แกว่งเท้าข้างหนึ่งไปหาเท้าอีกข้างหนึ่ง หรือ เดินเป็นไป มาหรือเดินวนที่เดิม แต่การเคลื่อนไหวแสดงให้เห็นในระยะเวลาที่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของช่วงเวลาที่สังเกตเห็นโดยผู้ประเมิน 2 = สังเกตลักษณะการเคลื่อนไหวเหมือนข้อ 1 ซึ่งอาการที่แสดงให้เห็นพบได้ในระยะเวลาเท่ากับครึ่งหนึ่งของช่วงเวลาที่สังเกตโดยผู้ประเมิน 3 = ผู้ป่วยมีลักษณะการเคลื่อนไหวแบบอยู่ไม่สุขกระสับกระส่ายอย่างต่อเนื่อง และ/หรือ ไม่สามารถที่จะนั่งหรือ ยืนนิ่งได้โดยไม่มีการเดิน จะพบว่าผู้ป่วยเดินไป เดินมาตลอดช่วงเวลาที่สังเกตการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย II) การบอกเล่าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกกระสับกระส่าย (subject awareness of restlessness) การถามถึงความรู้สึกกระสับกระส่ายที่อยู่ข้างในที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยร่วมกับความรู้สึกทุกข์ทรมานและ ไม่สามารถบังคับตนเองให้อยู่นิ่งๆ การประเมินจากการบอกเล่าอาการของตัวผู้ป่วยเองโดย

หัวข้อ	รายละเอียด
5. ลักษณะของการประเมิน (ต่อ)	การถามคำถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกกระสับกระส่ายที่อยูข้างใน (inner restlessness) ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความไม่สบายตามกล้ามเนื้อ ความรู้สึกที่มีแรงบีบบังคับให้ต้องเคลื่อนไหว หรือไม่สามารถที่จะควบคุมการเดิน ร่วมกับผู้ป่วยบอกว่ามีความรู้สึกไม่สามารถอดทนในการ ยืนรอคิวรับประทานยาในหอผู้ป่วย หรือ รอคิวเพื่อชำระเงินขณะไปซื้อของ หรือ ขณะยืนทำอาหารในห้องทำอาหารเป็นต้น นอกจากนี้แนวคำถามที่จะถามเมื่อผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเกิดผลข้างเคียงกลุ่มอาการ akathisia ควรจะถามผู้ป่วยว่าเมื่อใดที่พวกเขามีความรู้สึกอยู่ไม่สุข เช่น เมื่อผู้ป่วยยืน ขณะกำลังยืนรอคิว กำลังคอยรถประจำทาง ซึ่งภาวะอยู่ไม่สุข ความรู้สึกกระวนกระวายใจอยู่ไม่สุข (fidgety) สามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งอาการจะเกิดขึ้นตามร่างกายส่วนปลายด้านล่าง คำถามเมื่อประเมินผู้ป่วย เช่น คุณ สามารถนั่งได้อย่างสะดวกสบายตลอดเวลา เช่น เมื่อดูโทรทัศน์หรือ คุณมีความรู้สึกลุกเดินบ่อยๆ หรือไม่ ระยะเวลาอนอนนานเท่าใดที่คุณสามารถนอนได้อย่างสะดวกสบาย คุณมีปัญหาในการนอนหรือไม่ และ คุณลุกเดินจากเตียงและเดินไป มาหรือไม่ โดยมีรายละเอียดการให้คะแนนดังนี้ 0 = ไม่มีความรู้สึกกระสับกระส่ายที่เกิดขึ้นจากข้างใน (inner restlessness) 1 = ไม่สามารถระบุได้อย่างเฉพาะเจาะจงว่ามีความรู้สึกกระสับกระส่ายที่เกิดขึ้นจากข้างใน (inner restlessness) 2 = รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของขาให้อยู่กับที่ได้ หรือ มีความต้องการที่จะขยับขา และ/หรือ บอกถึงภาวะอยู่ไม่สุขที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ ไม่สามารถที่จะอยู่นิ่งๆ ได้บังคับได้ยากที่จะนั่งอยู่นิ่งๆ มีความต้องการที่จะยืนขึ้นตลอดเวลา 3 = ตระหนักหรือ รับรู้ได้ถึงความต้องการภายในที่จะเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาและ/หรือบอกว่ามีความปรารถนาอย่างรุนแรงที่จะเดินหรือเคลื่อนไหวตลอดเวลา III) การบอกเล่าของผู้ป่วยถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานที่เกิดจากความรู้สึกกระสับกระส่ายข้างใน (subjective : distress related to restlessness) มีระดับคะแนนดังนี้ 0 = ไม่ทรมาน 1 = เล็กน้อย 2 = ปานกลาง 3 = รุนแรง

หัวข้อ	รายละเอียด
5. ลักษณะของการประเมิน (ต่อ)	IV) การประเมินอาการทั้งหมดของอาการ akathisia (Global clinical assessment of akathisia) 0 = ไม่มีความผิดปกติ : ไม่พบอาการกระสับกระส่ายหรือความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย (ถ้าผู้ประเมินสังเกตอาการ akathisia ได้แต่ไม่มีการบอกจากผู้ป่วยว่ารู้สึกกระสับกระส่ายหรือมีความต้องการซ้ำๆ ที่เคลื่อนไหวขา ถือว่า เป็นอาการของ pseudoakathisia) 1 = สงสัยมีกลุ่มอาการ akathisia : ความตึงเครียดภายในและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติไม่เป็นรูปแบบเฉพาะแบบ akathisia 2 = มีอาการระดับเล็กน้อย (mild) : ผู้ป่วยระบุว่ามีความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือกระสับกระส่ายอยู่ข้างในแต่ผู้ประเมินไม่พบการเคลื่อนไหวกระสับกระส่ายที่ผิดปกติ 3 = มีอาการระดับปานกลาง (moderate) : มีความรู้สึกทุกข์ทรมานและรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างในมากพอสมควรผู้ป่วยมีความรู้สึกทุกข์ทรมานร่วมกับรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างในและผู้ประเมินสังเกตพบการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ผู้ป่วยไม่อยู่นิ่ง เดินไปมาบ้างแต่ไม่ตลอดเวลายังสามารถนั่งได้บ้าง 4 = มีอาการค่อนข้างมาก (marked): มีความรู้สึกทุกข์ทรมานและรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างใน ไม่สามารถนั่งได้ระยะเวลานานเกิน 5 นาที ลักษณะการเคลื่อนไหวเดินไป เดินมา 5 = มีอาการระดับรุนแรง (severe) : ผู้ป่วยระบุว่ามีความทุกข์ทรมานมากเหมือนมีอะไรบังคับร่างกายให้ต้องเดิน ยืนตลอดเวลา ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เลย ร่วมกับสังเกตเห็นผู้ป่วยเคลื่อนไหว อยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถนั่งได้
6. ผลการวิจัย	1. จากการใช้แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) มีความเห็นตรงกันสูงระหว่างผู้ประเมิน 2 คนในการประเมินอาการอะคาติเซีย ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (inter-rater reliability) เท่ากับ 0.738- 0.955 2. พบผู้ป่วยที่มีอาการอะคาติเซีย จำนวน 8 คน จากผู้ป่วยทั้งหมด 42 โดยมีอาการอะคาติเซีย ระดับ เล็กน้อย หรือ ปานกลาง จำนวน 6 คน และ มีอาการอะคาติเซีย ระดับรุนแรง จำนวน 2 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
6. ผลการวิจัย (ต่อ)	3. สงสัยว่ามีอาการอะคาทิสเซีย จำนวน 5 คน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกรู้สึกระส่ำกระส่ายอยู่ข้างในแต่ไม่พบความผิดปกติจากการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ไม่อยู่นิ่ง 4. พบภาวะ Pseudoakathisia จำนวน 9 คน โดยผู้ประเมินสามารถสังเกตการเคลื่อนไหวที่ไม่อยู่นิ่งได้แต่สอบถามผู้ป่วยแล้วไม่พบอาการทุกข์ทรมานหรือ รู้สึกกระส่ำกระส่ายอยู่ข้างใน
7. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้ผู้ศึกษาได้หาค่าความเชื่อมั่น (intratester reliability) ของแบบประเมิน BARS ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่าความเห็นสอดคล้องกันสูงระหว่างผู้ทำการประเมินสองคน แบบประเมิน BARS เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินอาการอะคาทิสเซีย ที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิตและการนำแบบประเมิน BARS มาใช้ สามารถประเมินอาการอะคาทิสเซียได้ตรง 2. แบบประเมิน BARS มีการประเมินที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขโดยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตจำนวนหนึ่งเกิดอาการอะคาทิสเซีย แบบประเมินสามารถนำไปประเมินอาการอะคาทิสเซีย ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในหน่วยงานได้ 3. แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) สามารถระบุอาการอะคาทิสเซีย ที่มีอาการระดับเล็กน้อย (mild) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เนื่องจากกลุ่มอาการ akathisia แยกได้ยากจากความแตกต่าง ระหว่าง ความวิตกกังวล หรือ ความเครียด (emotional distress) บางครั้งผู้ป่วยมีอาการอะคาทิสเซีย ในระดับเล็กน้อยผู้ประเมินจะไม่สังเกตเห็นการเคลื่อนไหวที่อยู่นิ่งไม่สุขไม่อยู่นิ่งหรือ เดินย้ำเท้า ขยับตัวไปมา ดังนั้นการใช้แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) ในการประเมินอาการอะคาทิสเซีย จึงมีประโยชน์ในการระบุอาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ชัดเจน ถึงแม้จะไม่พบอาการอยู่ไม่นิ่งแต่ใช้การสอบถามจากผู้ป่วยว่ามีความทุกข์ทรมานและ กระส่ำกระส่ายอยู่ข้างใน (subjective) ก็สามารถระบุอาการ mild akathisia ได้

หัวข้อ	รายละเอียด
7. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	4. แบบประเมินสามารถระบุกลุ่มอาการ Pseudoakathisia ซึ่งกลุ่มอาการนี้เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ประเมินสามารถสังเกตเห็นได้จากอาการของผู้ป่วยที่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง หรือ เดินย้ำเท้า แต่จากการสอบถามจากตัวผู้ป่วยเอง (subjective) ผู้ป่วยจะบอกว่าไม่มีอาการกระสับกระส่าย หรือทุกข์ทรมานจากข้างใน ซึ่งแสดงว่าแบบประเมินสามารถแยกอาการ Pseudoakathisia จาก mild akathisia ได้อย่างชัดเจน
8. การมีความหมายหรือ คุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยมีความชัดเจนแบบประเมินสามารถนำไปใช้ในการประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิตอาการอะคาทีเซีย เครื่องมือมีการตรวจสอบเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) เท่ากับ 0.738 - 0.955 การใช้สถิติถูกต้องในเชิงวิจัย และ ตอบคำถามงานวิจัยได้ 2. มีความน่าเชื่อถือ แหล่งตีพิมพ์ที่น่าเชื่อถือ ตีพิมพ์ใน British Journal of Psychiatry
9. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	การถ่ายทอด / นำลงสู่การปฏิบัติ 1. แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน สามารถนำมาใช้ในการระบุอาการอะคาทีเซีย ได้ชัดเจนถูกต้อง 2. มีความเหมาะสมในการปฏิบัติทางคลินิกเพราะการประเมินอาการอะคาทีเซีย โดยใช้แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) สามารถทำได้ในชั่วโมงทำงานที่เป็นงานประจำของพยาบาลใช้ระยะเวลาในการประเมิน 5-10 นาที 3. การประเมินอาการอะคาทีเซีย โดยใช้แบบประเมินนี้อาศัยการสังเกตซึ่งสามารถประเมินความผิดปกติของการเคลื่อนไหวได้ชัดเจน เพราะถ้าใช้การตรวจที่เป็นรูปแบบ ผู้ป่วยอาจจะไม่แสดง ความผิดปกติให้เห็น 4. การวินิจฉัยอาการอะคาทีเซีย ควรแยกจากความผิดปกติอย่างอื่น เช่น ภาวะกระวนกระวาย (agitation) ภาวะ restless legs syndrome ความวิตกกังวล (anxiety) นอนไม่หลับ (insomnia) ภาวะถอนยา และ ภาวะ tardive dyskinesia

หัวข้อ	รายละเอียด
9. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ 1. พยาบาลจิตเวชสามารถนำแบบประเมินมาใช้ได้ในการปฏิบัติงานการประเมินใช้ระยะเวลาในการประเมิน 5-10 นาที 2. สามารถประเมินได้ในชั่วโมงของการทำงานประจำ (routine) 3. ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ที่ยุ่งยากในการประเมินใช้เพียงการสังเกตและ การสอบถามอาการจากผู้ป่วยเท่านั้น
	ความคุ้มค่า 1. การมีแบบประเมินอาการอะคาทิสเซีย จากการได้รับยาต้านโรคจิตจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ถูกต้องและ รวดเร็ว 2. แบบประเมินสามารถประเมินอาการได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ซึ่งสามารถ ลดความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิต ผู้ป่วยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ และไม่กลับมารักษาซ้ำในระยะยาว 3. สามารถนำไปใช้โดยไม่ทำให้เกิดความเสียหายใดๆ และไม่มีค่าใช้จ่าย 4. พยาบาลจิตเวชสามารถนำแบบประเมินมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติในรูปแบบเดิมโดยใช้ระยะเวลาในการประเมินประมาณ 5-10 นาที 5. แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) สามารถนำมาใช้ในการประเมินอาการอะคาทิสเซีย ที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิตซึ่งแบบประเมินสามารถนำไปใช้ในชั่วโมงการปฏิบัติงานได้และ แบบประเมินเมื่อนำไปใช้ไม่เกิดความยุ่งยากต่อการปฏิบัติงาน
10. การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) สามารถประเมินอาการอะคาทิสเซีย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้เกิดอาการนี้ตั้งแต่ระยะแรกได้ ช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดกับผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาได้ 2. แบบประเมินสามารถประเมินได้ทุกวันโดยใช้ระยะเวลาในการประเมิน 5-10 นาที และปฏิบัติได้ในขณะทำงานประจำ

หัวข้อ	รายละเอียด
10. การสกัดเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	3. ผู้ทำการประเมินต้องเป็นพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการและ ทดลองประเมินและรับการ feed back จากผู้เชี่ยวชาญ 4. วิธีการในการประเมินประกอบด้วยการประเมินในขณะที่พยาบาลปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโดยประกอบด้วย 1) ประเมินโดยผู้ประเมินจากการสังเกตลักษณะการเคลื่อนไหว อาการอะคาทีเซีย (objective items) 2) ประเมินจากการบอกเล่าอาการโดยตัวผู้ป่วยเอง (subjective items) 3) แบบประเมิน BARS สามารถประเมินโดยการสังเกตผู้ป่วยในขณะที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยไม่กระทบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และการดำเนินกิจกรรมของผู้ป่วย

เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่อง : The Hillside Akathisia Scale: A New Rating Instrument for Neuroleptic - Induced Akathisia.

ผู้วิจัย : Fleischhacker, W.W., Bergmann, K. J., Perovich, R., Pestreich, L.K., Borenstein, M., Lieberman, J. A., Kane, M. J.,

แหล่งที่พิมพ์/ ปีที่พิมพ์ : *Psychopharmacol Bulletin*. (1989)

หัวข้อ	รายละเอียด
1. วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาการใช้แบบประเมิน HAS (The Hillside Akathisia Scale) ในการประเมินอาการอะคาทิสียาจากการใช้ยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท
2. ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	การศึกษาแบบ descriptive research design ทำการประเมินอาการ akathisia โดยแบบประเมิน HAS ใช้เวลาในการประเมิน 10 นาทีผู้ป่วยเป็นอาสาสมัครจากคลินิกความผิดปกติของการเคลื่อนไหว (Movement Disorder Clinic) เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล Hillside จำนวน 37 คน การประเมินประกอบด้วย ● ผู้ประเมินจำนวน 4 คน ทำการประเมินอาการ akathisia โดยประเมินจากการสังเกตผู้ป่วย (objective) และประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective) นำผลรวมคะแนนที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยโดยผู้ประเมินทั้ง 4 คน นำมาคำนวณเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) ของแบบประเมิน ความน่าเชื่อถือ : ระดับ 6
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	งานวิจัยนี้ทำที่คลินิกความผิดปกติของการเคลื่อนไหว (movement Disorder Clinic) โรงพยาบาล Hillside ประเทศออสเตรีย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติดังนี้ 1. ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 37 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาที่อยู่ในคลินิกความผิดปกติของการเคลื่อนไหว (Movement Disorder Clinic) 2. อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 35 (± 10) ปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 25 - 45 ปี 3. ส่วนใหญ่เป็นเพศชายอัตราส่วน เพศชาย ต่อ เพศหญิง เท่ากับ 2 : 1

หัวข้อ	รายละเอียด
4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	แบบประเมิน HAS (The Hillside Akathisia Scale) เพื่อประเมินอาการ akathisia ค่าความเชื่อมั่น (inter - rater reliability) เท่ากับ 0.55 - 0.99
5. ลักษณะของการประเมิน	แบบประเมิน HAS (The Hillside Akathisia Scale) ประเมินอาการ akathisia ดังนี้ 1) ประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective) และ ประเมินความผิดปกติของการเคลื่อนไหวจากการสังเกตของผู้ประเมิน (objective) ทั้งในท่านั่ง ท่านอน และ ท่านอน การประเมินเริ่มตั้งแต่การจัดสถานที่ให้เหมาะสมสำหรับการตรวจผู้ป่วยแต่ละคน โดยเริ่มตั้งแต่ท่านั่ง ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งที่สบายเป็นธรรมชาติ วางมือบนหน้าขาทั้งสองข้างและวางเท้าราบบนพื้นทั้งสองข้าง สังเกตอาการผู้ป่วยเป็นเวลา ประมาณ 2 นาทีต่อมาถามคำถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกที่กระสับกระส่ายอยู่ข้างใน (inner restlessness) และ ความรู้สึกเหมือนถูกกระตุ้นให้ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย (urge to move) โดยที่การให้คะแนนจะขึ้นอยู่กับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองถึงความรุนแรงของอาการกระสับกระส่ายอยู่ข้างในและ การไม่สามารถควบคุมความต้องการในการที่จะต้องเคลื่อนไหวได้ เกณฑ์ในการให้คะแนนการบอกเล่าอาการความรู้สึกจากตัวผู้ป่วยมีดังนี้ 0 = ไม่มีอาการ 1 = สงสัยว่าจะมีอาการเช่น ผู้ป่วยบอกมีความรู้สึกผิดปกติไปจากธรรมดา รู้สึกตกใจกลัว (frightened) หรือ รู้สึกพิลึกแปลกประหลาดมหัศจรรย์ (weird) 2 = มีความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างในแต่สามารถควบคุมความต้องการที่จะเคลื่อนไหวได้ 3 = มีความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างในและ สามารถควบคุมความต้องการที่จะเคลื่อนไหวได้เล็กน้อย 4 = มีความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างใน และ ไม่สามารถควบคุมความต้องการที่จะเคลื่อนไหวได้ 2) ประเมินจากการสังเกตการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย (objective) หลังจากซักถามอาการจากผู้ป่วยแล้วจะสังเกตผู้ป่วยในท่านั่งพักอีกประมาณ 2 นาที ซึ่งการสังเกตผู้ป่วยสามารถทำได้ตลอดการประเมินโดยอาการ akathisia สังเกตจาก

หัวข้อ	รายละเอียด
5. ลักษณะของการประเมิน (ต่อ)	1. การเคลื่อนไหวอยู่ไม่นิ่ง บริเวณศีรษะและ กล้ามเนื้อแกนกลาง เช่น ขยับตัวไปมาขณะนั่ง นอนพลิกตัวไปมาบนเตียง 2. อาการ akathisia บริเวณมือและ แขน เช่น การเคลื่อนไหวของมือที่ไม่มีจุดมุ่งหมาย ลูบเกาใบหน้า หรือ เอามืออุดหู 3. อาการ akathisia บริเวณเท้าและขา เช่น เดินย้ำเท้า เดินไปมา แกว่งเท้าข้างหนึ่งไปหาเท้าอีกข้างหนึ่งขณะนั่ง เดินเข้าจังหวะ เกณฑ์การให้คะแนนจากการสังเกตอาการผู้ป่วยโดยผู้ประเมินมีดังนี้ 0 = ไม่มีอาการ 1 = ผู้ประเมินไม่แน่ใจว่าเป็นอาการกระวนกระวาย (agitation) จากอาการทางจิตหรือเป็นอาการ akathisia 2 = ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวพบได้เล็กน้อยและ เกิดขึ้นบางเวลา 3 = ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวเล็กน้อยแต่เกิดขึ้นตลอดเวลาหรือ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวค่อนข้างมากแต่เกิดขึ้นในบางช่วงเวลา 4 = ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวมากและเกิดขึ้นตลอดเวลา 3) ในระหว่างการประเมินผู้ป่วยจะต้องประเมินอาการอื่นๆ เพื่อแยกอาการ akathisia ออกจากอาการทางระบบประสาทอื่นๆ ด้วยเช่น อาการ choreoathetosis อาการ Parkinsonism อาการ dystonia นอกจากนี้จะสอบถามผู้ป่วยถึงอาการวิตกกังวล อาการกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง หรือ ปัญหาการนอนหลับร่วมด้วย เพื่อแยกออกจากอาการ akathisia 4) ประเมินอาการทั้งหมดของอาการ akathisia (Clinical Global Impressions) ใน 2 ลักษณะ คือ 4.1 ความรุนแรงของอาการ (severity of illness) 4.2 อาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Global Improvement) โดย ความรุนแรงของอาการ (severity of illness) พิจารณาจากประสบการณ์ทางคลินิกของผู้ประเมินที่มีต่อผู้ป่วยว่า ขณะนี้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการ akathisia อย่างไรเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ 0 = ไม่ได้ประเมิน 1 = ปกติ (normal) ไม่มีอาการ akathisia 2 = มีอาการ akathisia ในระดับต่ำแทบไม่มีอาการ

หัวข้อ	รายละเอียด
5. ลักษณะของการประเมิน (ต่อ)	3 = มีอาการ akathisia เล็กน้อย 4 = มีอาการ akathisia ปานกลาง 5 = มีอาการ akathisia ค่อนข้างมาก 6 = มีอาการ akathisia รุนแรง 7 = มีอาการ akathisia รุนแรงมาก ส่วนการประเมินอาการ akathisia ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Global Improvement) เปรียบเทียบอาการขณะประเมินผู้ป่วยกับอาการเมื่อแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 0 = ไม่ได้ทำการประเมิน 1 = อาการดีขึ้นมาก 2 = อาการดีขึ้นเล็กน้อย 3 = อาการไม่เปลี่ยนแปลง 4 = อาการแย่ลงเล็กน้อย 5 = อาการแย่ลงปานกลาง 6 = อาการแย่ลงมาก
6. ผลการวิจัย	HAS (The Hillside Akathisia Scale) สามารถประเมินอาการ Akathisia ได้โดยพบว่าการศึกษาความเชื่อมั่นของแบบประเมิน HAS (The Hillside Akathisia Scale) - ค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) ในส่วนการประเมินอาการที่ได้จากการบอกเล่าอาการด้วยตัวผู้ป่วยเอง (subjective) อยู่ระหว่าง 0.97 - 0.99 - ค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) 0.55 จากการประเมินคะแนนรวมของอาการ akathisia บริเวณแขน และกล้ามเนื้อแกนกลาง ค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) เท่ากับ 0.66 - การประเมินอาการ akathisia บริเวณขาพบความเห็นตรงกันสูง ค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) เท่ากับ 0.82

หัวข้อ	รายละเอียด
7. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้ผู้ศึกษาค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) ของแบบประเมิน HAS ซึ่งโดยรวมมีความเห็นสอดคล้องกันสูงระหว่างผู้ทำการประเมินสองคนแบบประเมิน HAS สามารถใช้ในการประเมินอาการ akathisia ที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิต 2. งานวิจัยมีสมมติฐานที่สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือ ความสามารถในการวัดหรือ ประเมินอาการ akathisia เมื่อประเมินได้จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่เกิดอาการ akathisia ได้รับการดูแลที่เหมาะสมป้องกันการเกิดความรุนแรงของอาการ akathisia ที่จะมีผลกระทบให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และไม่ร่วมมือในการรักษา 3. การประเมินสามารถทำได้โดยพยาบาลจิตเวชในขณะทำงานประจำ (routine)
8. การมีความหมายหรือ คุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยมีคุณภาพมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน มีวัตถุประสงค์ที่แน่นอนเครื่องมือมีการตรวจสอบเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) ของแบบประเมิน HAS ซึ่งพบว่ามีความเห็นสอดคล้องกันสูงระหว่างผู้ทำการประเมินสองคน แบบประเมิน HAS เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินภาวะ akathisia ที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิตและ การนำแบบประเมิน HAS มาใช้ สามารถประเมินอาการ akathisia ได้ตรงค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) 0.55- 0.99 2. มีความน่าเชื่อถือของ แหล่งตีพิมพ์คือ ตีพิมพ์ในวารสาร Psychopharmacology Bulletin 3. แบบประเมินสามารถนำไปใช้ในการประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิตอาการ akathisia
9. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	การถ่ายทอด / นำลงสู่การปฏิบัติ 1. งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีแบบประเมินที่มีความน่าเชื่อถือและ สามารถวัดอาการ akathisia ได้ตรง 2. บุคลากรทีมสหวิชาชีพสามารถประเมินอาการผลข้างเคียงอาการ akathisia ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ให้การดูแลได้ ถูกต้องตรงกัน ซึ่งจะ ทำให้สามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หัวข้อ	รายละเอียด
9. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ 1. แบบประเมิน HAS (Hillside Akathisia Rating Scales) สามารถประเมินอาการ akathisia ได้ ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและ ตอบคำถามในหัวข้อการประเมินได้ง่าย การประเมินใช้ระยะเวลา 5-10 นาที พยาบาลจิตเวชสามารถใช้แบบประเมินได้ควรได้รับฝึกรอบรอบในการใช้แบบประเมินเพื่อประเมินอาการ akathisia ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความน่าเชื่อถือ 2. แบบประเมินสามารถนำไปใช้ได้ในการประเมินอาการ akathisia ที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิต 3. พยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นนักปฏิบัติการทางคลินิกสามารถประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิตได้โดยใช้แบบประเมิน HAS ได้
	ความคุ้มค่า 1. การมีแบบประเมินอาการ akathisia จากการได้รับยาต้านโรคจิตจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ถูกต้องและรวดเร็วใช้ระยะเวลาในการประเมินประมาณ 5-10 นาที 2. การมีแบบประเมินอาการผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิตทางจิตอาการ akathisia สามารถนำไปใช้ได้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงใดๆ แต่ก่อให้เกิดประโยชน์ได้มากกว่าเพราะมีรูปแบบการประเมินที่ชัดเจน สามารถประเมินอาการ akathisia ได้ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จริง
10. การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. การประเมินอาการ akathisia โดยใช้แบบประเมิน HAS (The Hillside Akathisia Scale) ใช้ระยะเวลาในการประเมิน 5-10 นาที ช่วยให้สามารถประเมินอาการ akathisia ได้ตั้งแต่ในระยะแรกช่วยลดความทุกข์ทรมานและ ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ไม่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำและไม่กลับมารักษาซ้ำในระยะยาว 2. ผู้ที่จะทำการประเมินต้องเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวช และ ได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 5-10 ครั้งและมีการทดลองฝึกประเมินโดยใช้แบบประเมิน HAS และผ่านการ feed back จากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้มีความเที่ยงตรงในการประเมิน

หัวข้อ	รายละเอียด
10. การสกัดเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	3. แบบประเมิน HAS (The Hillside Akathisia Scale) มีรูปแบบการประเมินที่ต้องทำเป็นขั้นตอนโดยทำการประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ในสถานที่เงียบสงบ เป็นสัดส่วน นอกเหนือจากประเมินจากการสังเกตผู้ป่วยขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4. ช่วงที่ทำการประเมินภาวะผู้ป่วยควรได้รับการประเมินภาวะอื่นร่วมด้วย เช่น choreoathetosis, Parkinsoism, dystonia , ปัญหาการนอน (insomnia) ความรู้สึกกวิตกกังวล (anxiety) ภาวะกระวนกระวาย (agitation) เพื่อแยกออกจากกลุ่มอาการ akathisia

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่อง : Clinical Characteristics and Predisposing Factors in Acute Drug - Induced.,

ผู้วิจัย : Perminder Sachdev & Kruk, J.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ : Archive general Psychiatry 963-974

หัวข้อ	รายละเอียด
1. วัตถุประสงค์การวิจัย	1. สร้างแบบประเมินในการประเมินอาการ akathisia แบบเขียนพลงัน 2. เพื่อศึกษาความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมิน
2. ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	การศึกษาแบบ descriptive ประเมินอาการ akathisia แบบเขียนพลงัน 1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการ akathisia โดยใช้แบบประเมิน PHH (The Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale) และแบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) โดยในแบบประเมิน PHH นั้นผู้ทำการประเมิน 2 คน ผู้ประเมินคนหนึ่งทำการประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ประเมินอีกคนหนึ่งทำการประเมินโดยการสังเกตโดยผู้ประเมินทั้งสองคนไม่ได้ปรึกษาหรือพูดคุยระหว่างทำการประเมินผู้ป่วย 2. นำคะแนนประเมินในแต่ละหัวข้อจากแบบประเมิน PHH ศึกษาค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) โดยใช้วิธี Kappa coefficient หลังจากนั้นนำ ผลรวมของคะแนนที่ได้จากแบบประเมินของ PHH (The Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale) นำมาเทียบกับแบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) เพื่อศึกษาค่าความตรงตามปัจจุบัน (concurrent validity) ความน่าเชื่อถือ : ระดับ 6
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	งานวิจัยนี้ศึกษาที่ Ward จิตเวชในโรงพยาบาลมณฑลรัฐ New South Wales โดยหาค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะดังนี้ 1. กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 100 คน 2. ได้รับการวินิจฉัยโดยโรคจิตเวชตาม DSM III - R เป็นผู้ป่วยจิตเวชชายจำนวน 45 คนผู้ป่วยจิตเวชหญิงจำนวน 55 คน อายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด 34.4 ปี

หัวข้อ	รายละเอียด
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	3. ก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตผู้ป่วยไม่ได้รับยาต้านโรคจิตก่อนหน้านี้เล็กน้อย 2 สัปดาห์ และ ไม่ได้รับการให้ยากลุ่ม anticholinergic หรือ ยา กลุ่ม antiadrenergic ก่อนหน้านี้เล็กน้อย 2 สัปดาห์ 4. ผู้ป่วยไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยภาวะ RLS (restless legs syndrome) โรคพาร์กินสันที่มีสาเหตุจากพยาธิสภาพทางสมอง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคเบาหวาน โรคระบบประสาทสมอง ศึกษาความตรงตามสภาพการณ์ปัจจุบัน (concurrent validity) ของแบบประเมิน Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะดังนี้ 1. เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน มีจำนวนผู้ป่วยชาย 22 คน ผู้ป่วยหญิงจำนวน 28 คน ที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวช 2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค schizophrenia หรือ schizophreniform ตาม DSM-III-R 3. ปัจจุบันได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต
4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	1. แบบประเมิน Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale 2. แบบประเมิน Barnes Akathisia Rating Scale
5. ลักษณะของการประเมิน	การประเมินอาการ akathisia แบบเขียนพลันโดยใช้แบบประเมิน PHH (Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale) มีลักษณะการประเมินดังนี้ I. ในระยะแรกผู้ป่วยจะได้รับการประเมินอาการ akathisia แบบเขียนพลันโดยใช้แบบประเมิน PHH (Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale) มีลักษณะการประเมิน ในตอนเช้าทุกวันโดยการถามถึงอาการเริ่มต้นของการเกิดกลุ่มอาการ akathisia แบบเขียนพลัน และจะได้รับการประเมินกลุ่มอาการ akathisia แบบเขียนพลัน อย่างละเอียดในวันที่ 7 ซึ่งการประเมินวันที่ 7 ถือเป็นการประเมินครั้งที่ 1 หรือผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน กลุ่มอาการ akathisia แบบเขียนพลัน เร็วกว่าวันที่ 7 เมื่อพบว่าผู้ป่วยเกิดกลุ่มอาการ akathisia ในระยะเขียนพลันขึ้นก่อน และ ลักษณะอาการมองเห็นอย่างชัดเจน และ จำเป็นต้องได้รับการรักษา กลุ่มอาการ akathisia ทันที ซึ่งผู้ป่วยอื่นที่ยัง

หัวข้อ	รายละเอียด
5.ลักษณะของการประเมิน (ต่อ)	ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา antiakathisia จะได้รับการประเมินติดตามต่อเนื่องไปจนกระทั่งถึงวันที่ 14 ของการได้รับยา การประเมินวันที่ 14 ถือเป็นการประเมินครั้งที่ 2 II. การประเมินอาการ akathisia แบบเจ็บพลันมีลักษณะการประเมินดังนี้ผู้ประเมิน สังเกตอาการ akathisia จากผู้ป่วยก่อนถามอาการ akathisia จากผู้ป่วย 1. สังเกตความผิดปกติของการเคลื่อนไหว (Objective Ratings) โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้ป่วยควรนั่งอยู่บนเก้าอี้ที่นั่งแล้วมีความสะดวกสบาย โดยผู้ทำการประเมินสามารถมองเห็นส่วนของร่างกายของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ผู้ทำการประเมินพูดคุยสนทนากับผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง โดยใช้เวลาในการประเมินประมาณ 5 นาทีแรก ต่อจากนั้นสังเกตลักษณะการเคลื่อนไหวใช้ระยะเวลาประมาณ 8 นาที ในทำนองใช้เวลา 4 นาทีทำนอนและทำยืนใช้เวลาทำละ 2 นาทีโดยทำนั่งจะประเมินการเคลื่อนไหวที่ไม่มีจุดมุ่งหมายของมือ แขน ขา และเท้า การขยับตัวไปมาไม่อยู่นิ่งเปลี่ยนท่าทางเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยขณะนั่งเก้าอี้ หรือการที่ไม่สามารถที่จะนั่งได้ ส่วนการประเมินในทำนอนและทำยืนจะประเมินการเคลื่อนไหวอยู่ไม่สุข ของเท้า ขา ไม่สามารถที่จะนอนหรือยืนได้นาน ต้องเดินไปมาหรือ การเดินย้ำเท้าเป็นต้น โดยการให้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0-3 คะแนนตามระดับความรุนแรง หลังจากนั้นแยกอาการ akathisia จาก ภาวะวิตกกังวล (anxiety) ภาวะซึมเศร้า (depression) และ ภาวะมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวมาก (hyperactivity) โดยการทดสอบให้ผู้ปยุ่นับเลขถอยหลังโดยเริ่มนับถอยหลังจาก 30 ต่อ จากนั้น ให้ผู้ป่วยใช้นิ้วหัวแม่มือแตะ นิ้วมือแต่ละนิ้ว โดยทำทั้งมือซ้ายและ มือขวาใช้เวลาในการทำประมาณ 15 วินาที ต่อจากนั้นทดสอบการมีสมาธิของผู้ป่วย โดยการให้ผู้ปยุ่นดูคลิปรูปร่าง ใช้ระยะเวลาในการประเมินอีก 2 นาที การทดสอบทำการประเมินซ้ำทั้งในทำนั่งและทำยืนการสังเกตนอกเหนือจากช่วงเวลาที่ทำการประเมินไม่นับรวมกับการประเมิน

หัวข้อ	รายละเอียด
5.ลักษณะของการประเมิน (ต่อ)	2. การประเมินจากการบอกเล่าอาการด้วยตัวผู้ป่วยเอง (Subjective Ratings) ตามเกี่ยวกับความระทมทุกข์และ การเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นโดยประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างใน (restlessness) โดยเฉพาะเกิดขึ้นกับร่างกายส่วนขาการไม่สามารถหยุดเดิน หรือหยุดการเคลื่อนไหวของขาได้รวมทั้งการไม่สามารถยืนหรือนั่งได้ตลอดโดยการให้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0-3 คะแนนตามระดับความรุนแรง 0 = ไม่มีอาการแสดง 1 = มีอาการเล็กน้อยแสดงอาการให้เห็นบางเวลา 2 = มีอาการเล็กน้อยแต่แสดงอาการให้เห็นเกือบตลอดเวลาหรือ มีอาการรุนแรงแต่แสดงให้เห็นนานๆครั้ง 3 = มีอาการรุนแรงและ มีอาการเกือบตลอดเวลา 3. ประเมินอาการโดยรวม (global rating) โดยมีรายละเอียดดังนี้ การประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการ akathisia โดยรวมทั้งลักษณะความผิดปกติของการเคลื่อนไหวที่สังเกตได้ และความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เป็นความคิดเห็นของผู้ทำการประเมินการให้คะแนนความรุนแรงของอาการตั้งแต่ 0 – 3 0 = ไม่มี 1 = เล็กน้อย 2 = ปานกลาง 3 = รุนแรง
6. ผลการวิจัย	แบบประเมิน PHH สามารถระบุอาการ akathisia แบบเฉียบพลันโดยมีอาการดังนี้ ซึ่งการประเมินผู้ป่วยควรทำการประเมินเฉพาะผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งและ ทำยืนเท่านั้นเพราะการประเมินในท่านอนไม่มีความไวเพียงพอในการระบุกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลัน แบบประเมิน PHH (Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale) มีค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) เท่ากับ 0.42 - 0.81 1. พบผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลัน จำนวน 13 คนคิดเป็น 26% จากผู้ป่วยทั้งหมด 50 คน 2. จากคะแนนการประเมินทั้งสองแบบประเมิน (PHH และ BARS) ในแต่ละหัวข้อ มีความสอดคล้องกันสูง ($p < 0.01$)

หัวข้อ	รายละเอียด
7. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้ผู้ศึกษาได้หาค่าความเชื่อมั่น (inter - rater reliability) ของแบบประเมิน Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale ซึ่งมีความเห็นสอดคล้องกันสูงแบบประเมิน Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลัน ที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิต และการนำแบบประเมิน PHH มาใช้ สามารถประเมินกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลันได้ตรง 2. แบบประเมิน PHH มีการประเมินที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขโดยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตจำนวนหนึ่งเกิดกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลันแบบประเมินสามารถนำไปประเมินกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลันซึ่งลักษณะการเคลื่อนไหวอยู่ไม่นิ่ง ร่วมกับเกิดความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างในลักษณะอาการเกิดภายในระยะเวลา 7 วันหลังได้รับยาต้านโรคจิตหรือเพิ่มปริมาณยาต้านโรคจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในหน่วยงานได้ 3. แบบประเมิน PHH สามารถระบุกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลันได้และสามารถระบุแยกออกจาก ภาวะวิตกกังวล (anxiety) ภาวะซึมเศร้า (depression) และ ภาวะมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวมาก (hyperactivity) ได้ โดยทำการประเมินผู้ป่วยในทำนองและ ทำขึ้นเท่านั้น
8. การมีความหมาย หรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยมีความชัดเจนแบบประเมินสามารถนำไปใช้ในการประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลัน เครื่องมือมีการตรวจสอบเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) เท่ากับ 0.42 - 0.81 การใช้สถิติถูกต้องในเชิงวิจัยและ ตอบคำถามงานวิจัยได้ 2. มีความน่าเชื่อถือ แหล่งตีพิมพ์ที่น่าเชื่อถือ ตีพิมพ์ใน The Biological Psychiatry
9. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	การถ่ายทอด / นำลงสู่การปฏิบัติ 1. แบบประเมิน PHH มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน สามารถนำมาใช้ในการระบุกลุ่มอาการ Akathisia แบบเฉียบพลันซึ่งลักษณะอาการเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 7 วันหลังการได้รับยารักษาอาการทางจิต หรือ การเพิ่มปริมาณยารักษาอาการทางจิตได้ชัดเจนถูกต้อง

หัวข้อ	รายละเอียด
9. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	2. มีความเหมาะสมในการปฏิบัติทางคลินิกเพราะการประเมินกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลัน โดยใช้แบบประเมิน PHH สามารถทำได้ในช่วงโง่งงานที่เป็นงานประจำของพยาบาล การประเมินกลุ่มอาการ Akathisia แบบเฉียบพลัน มีขั้นตอนและ วิธีการประเมินที่ชัดเจนเป็นรูปแบบและควรทำการประเมินผู้ป่วยเฉพาะทำนองและทำยืนเท่านั้น 3. การระบุกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลันควรระบุแยกจากความผิดปกติอย่างอื่น เช่น ความวิตกกังวล (anxiety) ภาวะ ซึมเศร้า และ ภาวะมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวมาก (hyperactivity)
	ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ 1. พยาบาลจิตเวชสามารถนำแบบประเมินมาใช้ได้ในการปฏิบัติงานการประเมินใช้ระยะเวลาในการประเมินพอสมควรระยะเวลาที่ใช้ในการประเมิน 5-15 นาที โดยใช้แบบประเมิน PHH ได้ 2. การประเมินต้องให้ผู้สังเกตการณ์ที่สังเกตสบายโดยผู้ทำการประเมินสังเกตเห็นร่างกายส่วนแขนและ ขาของผู้ป่วยได้ชัดเจน การประเมินต้องประเมินลักษณะการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยก่อนการประเมินความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้จากการบอกอาการของผู้ป่วย จนถึงสุดท้ายเป็นการประเมินอาการโดยรวมโดยเป็นความคิดเห็นของผู้ประเมินเอง 3. พยาบาลจิตเวชสามารถใช้แบบประเมินได้ควรได้รับการอบรมในการใช้แบบประเมินเพื่อประเมินกลุ่มอาการ akathisia ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความน่าเชื่อถือ 4. แบบประเมินสามารถนำไปใช้ได้ในการประเมินกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลันที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิต 5. พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นนักปฏิบัติการทางคลินิกสามารถประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิตได้ โดยใช้แบบประเมิน PHH ได้
	ความคุ้มค่า 1. การมีแบบประเมินกลุ่มอาการ akathisia จากการได้รับยาต้านโรคจิตจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ถูกต้องและ รวดเร็ว

หัวข้อ	รายละเอียด
9. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	2. แบบประเมินสามารถประเมินอาการได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ซึ่งสามารถ ลดความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิต ผู้ป่วยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ และไม่กลับมารักษาซ้ำในระยะยาว 3. สามารถนำไปใช้โดยไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงใดๆ และไม่มีค่าใช้จ่าย 4. พยาบาลจิตเวชสามารถนำแบบประเมินมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติในรูปแบบเดิม โดยใช้ระยะเวลาในการประเมินประมาณ 5-15 นาที 5. แบบประเมิน PHH (Henry Hospital Akathisia Rating Scale) สามารถนำมาใช้ในการประเมินกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลัน ที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิต ซึ่งแบบประเมินสามารถนำไปใช้ในชั่วโมงการปฏิบัติงานได้ และแบบประเมินเมื่อนำไปใช้ไม่เกิดความยุ่งยากต่อการปฏิบัติงาน
10. การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. แบบประเมิน PHH (Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale) สามารถนำมาใช้ในการประเมินกลุ่มอาการ akathisia แบบเฉียบพลัน ที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิตซึ่งแบบประเมินสามารถนำไปใช้ในชั่วโมงการปฏิบัติงานได้ และแบบประเมินเมื่อนำไปใช้ไม่เกิดความยุ่งยากต่อการปฏิบัติงาน 2. แบบประเมินสามารถประเมินได้ทุกวันโดยใช้ระยะเวลาในการประเมิน 5-15 นาที และ ปฏิบัติได้ในขณะทำงานประจำ 3. ผู้ทำการประเมินต้องเป็นพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตเวชได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการและ ทดลองประเมิน และรับการ feed back จากผู้เชี่ยวชาญ 4. วิธีการในการประเมินประกอบด้วย การประเมินในขณะที่พยาบาลปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโดยประกอบด้วย 1) ประเมินโดยผู้ประเมินจากการสังเกตลักษณะการเคลื่อนไหวของกลุ่มอาการ akathisia (objective items) 2) ประเมินจากการบอกเล่าอาการโดยตัวผู้ป่วยเอง (subjective items)

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่อง : Risk factors for the development of neuroleptic induce akathisia

ชื่อผู้วิจัย : Miller, C.H., Hummer, M., Oberbauer, H., Kurzthaler, I., DeCol, C., Fleischhacker, W.W.

แหล่งที่พิมพ์/ ปีที่พิมพ์ : European Neuro Psychopharmacology 7(4) (1997) 51-55

หัวข้อ	รายละเอียด
1. วัตถุประสงค์ งานวิจัย	ศึกษาอุบัติการณ์และ ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดกลุ่มอาการ akathisia
2. ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของงานวิจัย	การศึกษาแบบ descriptive research ผู้ทำการประเมินที่ได้รับการฝึกการใช้แบบประเมินจำนวน 2 คน ทำการประเมินอาการ akathisia โดยใช้แบบประเมิน HAS ประกอบด้วยหัวข้อในการประเมิน 6 หัวข้อ ทำการประเมินผู้ป่วยในทำนังก่อนต่อจากนั้นประเมินในทำนอน และสุดท้ายประเมินในทำอื่น การประเมินกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 73 คน ได้แก่ การประเมินจากการสัมภาษณ์อาการของผู้ป่วย (subjective) ประเมินสองหัวข้อคือประเมินความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างใน และประเมินความรู้สึกต้องการที่จะเคลื่อนไหว ซึ่งทั้งสองหัวข้อมีการให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 0 หมายถึง ไม่มีอาการ akathisia 4 หมายถึง มีอาการ akathisia และไม่สามารถควบคุมอาการได้ การประเมินจากการสังเกตการเคลื่อนไหวที่พบในผู้ป่วย (objective) รวมด้วย การประเมินจากการสังเกตการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย (objective) การประเมินแยกในร่างกายแต่ละส่วน ได้แก่ ศรีษะ ลำตัว แขน และ เท้า การประเมินให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 0 หมายถึง ไม่มีอาการ akathisia 4 หมายถึง ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหวเกิดขึ้นตลอดเวลา สุดท้ายประเมินความรุนแรงอาการโดยรวมโดยให้คะแนนตั้งแต่ 0-7 การประเมินผู้ป่วยทำการประเมินในวันที่ 0 (เริ่มต้นผู้ป่วยไม่ได้รับยาต้านโรคจิต), วันที่ 3 วันที่ 7, วันที่ 14, วันที่ 21, และวันที่ 28 จะระบุว่าผู้ป่วยเกิดอาการ akathisia เมื่อคะแนนประเมินได้จากการประเมินในหัวข้อการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือ จากการสังเกตผู้ป่วย และประเมินได้คะแนน 3 คะแนนหรือมากกว่าในการประเมินในหัวข้อความรุนแรงของอาการโดยรวม (global items) ความน่าเชื่อถือ : ระดับ 6
3. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในงานวิจัย	งานวิจัยนี้ทำที่แผนกจิตเวช Innsbruck ในประเทศออสเตรีย ผู้ป่วยชายและ ผู้ป่วยหญิงมีคุณสมบัติดังนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	1. รับการรักษาในหอผู้ป่วยในจำนวน 73 คน ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเวชตาม DSM-III-R ประกอบด้วยผู้ป่วยชายจำนวน 37 (อายุเฉลี่ย 30.3 ± 7.9) ผู้ป่วยหญิงจำนวน 36 คน (อายุเฉลี่ย 30.0 ± 12.6) 2. ก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตผู้ป่วยไม่ได้รับยาหรือสารที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดกลุ่มอาการ akathisia 3. ผู้ป่วยที่คัดออกไม่เข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ก่อนหน้านี้ 3 สัปดาห์ได้รับประทานยาต้านโรคจิตก่อนจะเข้าร่วมการศึกษาหรือก่อนหน้านี้ 3 เดือนได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตชนิด depot รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ยา antidepressant lithium anticholinergics betablockers benzodiazepines SSRI (serotonergic reuptake inhibitor) 4. กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์การรักษาสูง (high potency) มีจำนวน 55 คน ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์การรักษาดำ (low potency) มีจำนวน 18 คน
4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	แบบประเมิน HAS (Hillside Akathisia Rating Scale) แบบประเมิน HAS (The Hillside Akathisia Scale) เพื่อประเมินกลุ่มอาการ akathisia ประกอบด้วยการประเมิน 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ประเมินกลุ่มอาการ akathisia ได้แก่ ความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างในที่ได้จากการบอกเล่าอาการของผู้ป่วย (subjective) และการเคลื่อนไหวที่สังเกตได้โดยผู้ประเมิน (objective) ส่วนที่ 2 ประเมินความผิดปกติทางระบบประสาทสมองอื่น เช่น กลุ่มอาการพาร์กินสัน ภาวะ choreoathetosis dystonia ภาวะวิตกกังวล (anxiety) ภาวะกระวนกระวาย (agitation) และ ปัญหาการนอนหลับ (insomnia) ส่วนที่ 3 ประเมินการประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการ akathisia โดยรวม ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มอาการ akathisia เมื่อประเมินครั้งแรก ค่าความเชื่อมั่น (inter - rater reliability) เท่ากับ 0.55- 0.99

หัวข้อ	รายละเอียด
5. ลักษณะของการประเมิน	แบบประเมิน HAS (Hillside Akathisia Rating Scale) ประเมินกลุ่มอาการ akathisia ดังนี้ 1) ประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective) และ ประเมินความผิดปกติของการเคลื่อนไหวจากการสังเกตของผู้ประเมิน (objective) ทั้งในท่านั่ง ทำขึ้นและ ทำนอน การประเมินเริ่มตั้งแต่การจัดสถานที่ให้เหมาะสมสำหรับการตรวจผู้ป่วยแต่ละคนโดยเริ่มตั้งแต่ท่านั่ง ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งที่สบายเป็นธรรมชาติ วางมือบนหน้าขาทั้งสองข้างและ วางเท้าราบบนพื้นทั้งสองข้าง สังเกตอาการผู้ป่วยเป็นเวลา ประมาณ 2 นาทีต่อมาถามคำถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกที่กระสับกระส่ายอยู่ข้างใน (inner restlessness) และ ความรู้สึกเหมือนถูกกระตุ่นให้ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย (urge to move) โดยที่การให้คะแนนจะขึ้นอยู่กับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองถึงความรุนแรงของอาการกระสับกระส่ายอยู่ข้างใน และการไม่สามารถควบคุมความต้องการ ในการที่จะต้องเคลื่อนไหวได้ เกณฑ์ในการให้คะแนนการบอกเล่าอาการความรู้สึกจากตัวผู้ป่วยมีดังนี้ 0 = ไม่มีอาการ 1 = สงสัยว่าจะมีอาการเช่น ผู้ป่วยบอกมีความรู้สึกผิดปกติไปจากธรรมดา รู้สึกตกใจกลัว (frightened) หรือ รู้สึกพิลึกแปลกประหลาด (weird) 2 = มีความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างในแต่สามารถควบคุมความต้องการที่จะเคลื่อนไหวได้ 3 = มีความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างในและ สามารถควบคุมความต้องการที่จะเคลื่อนไหวได้เล็กน้อย 4 = มีความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างใน และไม่สามารถควบคุมความต้องการที่จะเคลื่อนไหวได้ 2) ประเมินจากการสังเกตการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย (objective) หลังจากซักถามอาการจากผู้ป่วยแล้วจะสังเกตผู้ป่วยในท่านั่งพักอีกประมาณ 2 นาที ซึ่งการสังเกตผู้ป่วยสามารถทำได้ตลอดการประเมินโดยกลุ่มอาการ akathisia สังเกตจาก

หัวข้อ	รายละเอียด
5. ลักษณะของการประเมิน (ต่อ)	1. การเคลื่อนไหวอยู่ไม่นิ่ง บริเวณศีรษะ และ กล้ามเนื้อแกนกลาง เช่น ขยับตัวไปมาขณะนั่ง นอนพลิกตัวไปมาบนเตียง 2. กลุ่มอาการ akathisia บริเวณมือและ แขน เช่น การเคลื่อนไหวของมือที่ไม่มีจุดมุ่งหมาย ลูบเกาใบหน้า หรือ เอามือถูต้นขา 3. กลุ่มอาการ akathisia บริเวณเท้าและขา เช่น เดินย้ำเท้า เดินไปมา แกว่งเท้าข้างหนึ่งไปหาเท้าอีกข้างหนึ่งขณะนั่ง เดินเข้าจังหวะ เกณฑ์การให้คะแนนจากการสังเกตอาการผู้ป่วยโดยผู้ประเมินมีดังนี้ 0 = ไม่มีอาการ 1 = ผู้ประเมินไม่แน่ใจว่าเป็นอาการกระวนกระวาย (agitation) จากอาการทางจิตหรือเป็นกลุ่มอาการ akathisia 2 = ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวพบได้เล็กน้อยและ เกิดขึ้นบางเวลา 3 = ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวเล็กน้อยแต่เกิดขึ้นตลอดเวลาหรือ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวค่อนข้างมากแต่เกิดขึ้นในบางช่วงเวลา 4 = ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวมากและเกิดขึ้นตลอดเวลา 3) ในระหว่างการประเมินผู้ป่วยจะต้องประเมินอาการอื่นๆ เพื่อแยกกลุ่มอาการ akathisia ออกจากอาการทางระบบประสาทอื่นๆ ด้วยเช่น อาการ choreoathetosis อาการ Parkinsoism อาการ dystonia นอกจากนี้จะ สอบถามผู้ป่วยถึงอาการวิตกกังวล อาการกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง หรือ ปัญหาการนอนหลับร่วมด้วย เพื่อแยกออกจากอาการ akathisia 4) ประเมินอาการทั้งหมดของกลุ่มอาการ akathisia (Clinical Global Impressions) ใน 2 ลักษณะ คือ 4.1 ความรุนแรงของอาการ (severity of illness) 4.2 อาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Global Improvement) โดย ความรุนแรงของอาการ (severity of illness) พิจารณาจาก ประสิทธิภาพทางคลินิกของผู้ประเมินที่มีต่อผู้ป่วยว่า ขณะนี้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของกลุ่มอาการ akathisia อย่างไรเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ 0 = ไม่ได้ประเมิน 1 = ปกติ (normal) ไม่มีอาการ akathisia 2 = มีอาการ akathisia ในระดับต่ำแทบไม่มีอาการ

หัวข้อ	รายละเอียด
5. ลักษณะของการประเมิน (ต่อ)	3 = มีอาการ akathisia เล็กน้อย 4 = มีอาการ akathisia ปานกลาง 5 = มีอาการ akathisia ค่อนข้างมาก 6 = มีอาการ akathisia รุนแรง 7 = มีอาการ akathisia รุนแรงมาก ส่วนการประเมินอาการ akathisia ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Global Improvement) เปรียบเทียบอาการขณะประเมินผู้ป่วยกับอาการเมื่อแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 0 = ไม่ได้ทำการประเมิน 1 = อาการดีขึ้นมาก 2 = อาการดีขึ้นเล็กน้อย 3 = อาการดีขึ้นเพียงเล็กน้อย 4 = อาการไม่เปลี่ยนแปลง 5 = อาการแย่ลงเล็กน้อย 6 = อาการแย่ลงค่อนข้างมาก 7 = อาการแย่ลงมาก
6. ผลการวิจัย	1. ค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) เท่ากับ 0.55-0.99 2. พบอุบัติการณ์การเกิดกลุ่มอาการ akathisia 75% ในสามวันแรกของการได้รับยาต้านโรคจิต 3. อุตบัติการณ์ของกลุ่มอาการ akathisia ที่ประเมินพบเฉพาะความรุนแรงของอาการโดยรวม (global) คิดเป็น 22.4% 4. อุตบัติการณ์ของกลุ่มอาการ akathisia ที่ประเมินพบลักษณะการเคลื่อนไหว (objective) เพียงอย่างเดียวไม่พบความรู้สึกทุกข์ทรมานกระสับกระส่ายอยู่ข้างใน (subjective) ร่วมด้วย คิดเป็น 22.4% 5. อุตบัติการณ์ของกลุ่มอาการ akathisia ที่ประเมินพบความรู้สึกทุกข์ทรมานกระสับกระส่ายอยู่ข้างใน (subjective) จากการบอกเล่าอาการด้วยตัวผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวไม่พบลักษณะการเคลื่อนไหวร่วมด้วย จำนวน 4 คน คิดเป็น 27.7%

หัวข้อ	รายละเอียด
6. ผลการวิจัย (ต่อ)	6. พบผู้ป่วยจำนวน 16 คนที่เกิดอาการ akathisia ที่ประเมินพบผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานที่ได้จากการบอกเล่า (subjective) และเกิดลักษณะการเคลื่อนไหว (objective) ที่สังเกตเห็นชัดเจนโดยผู้ทำการประเมินทั้งสองลักษณะร่วมกัน 7. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการ akathisia คือ การเพิ่มปริมาณยาต้านโรคจิตในวันแรกๆของการรักษาดังนั้นถ้าเป็นไปได้จึงควรค่อยๆเพิ่มปริมาณยาอย่างช้าๆเพื่อลดอัตราการเกิดกลุ่มอาการ akathisia 8. การเปรียบเทียบการเกิดผลข้างเคียงกลุ่มอาการ akathisia ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์การรักษาสูง (high potency) และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์การรักษาดำ (low potency) ไม่แตกต่างกัน
7. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยมีสมมติฐานที่สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือ ความสามารถในการวัดหรือ ประเมินกลุ่มอาการ akathisia เมื่อประเมินได้จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการ akathisia ได้รับการดูแลที่เหมาะสมป้องกันการเกิดความเสี่ยงของอาการ akathisia ที่จะมีผลกระทบให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และไม่ร่วมมือในการรักษา 2. การประเมินสามารถทำได้โดยพยาบาลจิตเวชในขณะทำงานประจำ (routine)
8. การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยมีความชัดเจนแบบประเมินสามารถนำไปใช้ในการประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มอาการ akathisia การใช้สถิติถูกต้องในเชิงวิจัยและ ตอบคำถามงานวิจัยได้ 2. มีความน่าเชื่อถือ แหล่งตีพิมพ์ที่น่าเชื่อถือ ตีพิมพ์ใน European Neuropsychopharmacology
9. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	การถ่ายทอด / นำลงสู่การปฏิบัติ แบบประเมินสามารถนำไปใช้ได้ในการประเมินกลุ่มอาการ akathisia 1. แบบประเมิน HAS (Hillside Akathisia Rating Scale) มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน สามารถนำมาใช้ในการระบุกลุ่มอาการ Akathisia ได้ชัดเจนถูกต้อง

หัวข้อ	รายละเอียด
9. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	2. มีความเหมาะสมในการปฏิบัติทางคลินิกเพราะการประเมินกลุ่มอาการ akathisia โดยใช้แบบประเมิน HAS (Hillside Akathisia Rating Scale) สามารถทำได้ในชั่วโมงทำงานที่เป็นงานประจำของพยาบาล
	ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ 1. แบบประเมิน HAS (Hillside Akathisia Rating Scales) สามารถประเมินกลุ่มอาการ akathisia ได้ ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและตอบคำถามในหัวข้อการประเมินได้ง่าย การประเมินใช้ระยะเวลา 5-10 นาที พยาบาลจิตเวชสามารถใช้แบบประเมินได้ควรได้รับฝึกการอบรมในการใช้แบบประเมินเพื่อประเมินกลุ่มอาการ akathisia ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความน่าเชื่อถือ 2. แบบประเมินสามารถนำไปใช้ได้ในการประเมินกลุ่มอาการ akathisia ที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิต 3. พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นนักปฏิบัติการทางคลินิกสามารถประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิตได้โดยใช้แบบประเมิน HAS ได้
	ความคุ้มค่า 1. การมีแบบประเมินกลุ่มอาการ akathisia จากการได้รับยาต้านโรคจิตจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ถูกต้องและ รวดเร็ว 2. สามารถนำไปใช้โดยไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงใดๆ และไม่มีค่าใช้จ่าย 3. พยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรมการใช้แบบประเมินสามารถนำแบบประเมินมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติในรูปแบบเดิมโดยใช้ระยะเวลาในการประเมินประมาณ 5-10 นาที 4. แบบประเมิน HAS (Hillside Akathisia Rating Scale) สามารถนำมาใช้ในการประเมินกลุ่มอาการ akathisia ที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิตซึ่งแบบประเมินสามารถนำไปใช้ในชั่วโมงการปฏิบัติงานได้และ แบบประเมินเมื่อนำไปใช้ไม่เกิดความยุ่งยากต่อการปฏิบัติงาน

หัวข้อ	รายละเอียด
10. การสัดเพื่อนำไปใช้	1. การประเมินกลุ่มอาการ akathisia โดยใช้แบบประเมิน HAS (The Hillside Akathisia Scale) ใช้ระยะเวลาในการประเมิน 5-10 นาทีช่วยให้สามารถประเมินกลุ่มอาการ akathisia ได้ตั้งแต่ในระยะแรกช่วยลดความทุกข์ทรมานและ ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ไม่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำและไม่กลับมารักษาซ้ำในระยะยาว 2. ผู้ที่จะทำการประเมินต้องเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชและ ได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 5-10 ครั้งและมีการทดลองฝึกประเมินโดยใช้แบบประเมิน HAS และผ่านการ feed back จากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้มีความเที่ยงตรงในการประเมิน 3. แบบประเมิน HAS (The Hillside Akathisia Scale) มีรูปแบบการประเมินที่ต้องทำเป็นขั้นตอนโดยทำการประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ในสถานที่เงียบสงบ เป็นสัดส่วน ไม่ได้ประเมินจากการสังเกตผู้ป่วยขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4. ช่วงที่ทำการประเมินภาวะผู้ป่วยควรได้รับการประเมินภาวะอื่นร่วมด้วย เช่น choreoathetosis, Parkinsoism, dystonia , ปัญหาการนอน (insomnia) ความรู้สึกรังเกียจกังวล (anxiety) ภาวะกระวนกระวาย (agitation) เพื่อแยกออกจากกลุ่มอาการ akathisia

เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่อง : The Relationship of Akathisia With Suicidality and Depersonalization Among Patients With Schizophrenia

ผู้วิจัย : Cem Atbasoglu, E., Schultz, S. K., Andreasen, N. C.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ : *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13, (3), (2001).

หัวข้อ	รายละเอียด
1. วัตถุประสงค์การวิจัย	การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ akathisia กับความคิดฆ่าตัวตาย (suicidality) ภาวะละเหี่ยใจ (dysphoria) และ การรับรู้ตนเองผิดไปจากความเป็นจริง (depersonalization) ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดด้วยยาต้านโรคจิต
2. ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	1. การศึกษาแบบกึ่งทดลองมีกลุ่มควบคุม (Quasi-experimental) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 68 คน แยกเป็นผู้ป่วยชาย 49 คน ผู้ป่วยหญิงจำนวน 19 คน 2. ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการประเมินความคิดฆ่าตัวตายและ การรับรู้ตนเองผิดไปจากความเป็นจริงโดยใช้แบบประเมิน Ham-D (Hamilton Rating Scale for depression Rating) ประเมินภาวะละเหี่ยใจโดยใช้หัวข้อย่อยของแบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) 3. ประเมินกลุ่มอาการ akathisia โดยใช้แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) ประเมินทั้งลักษณะการเคลื่อนไหวที่สังเกตได้จากผู้ทำการประเมิน (subjective) และประเมินจากบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นด้วยตัวผู้ป่วยเอง (objective) 4. การสัมภาษณ์และ ประเมินโดยผู้ทำการประเมิน 2 คน การวิเคราะห์คะแนนจากคะแนนการประเมินความคิดฆ่าตัวตาย และ ประเมินภาวะละเหี่ยเปรียบเทียบกับระหว่าง กลุ่มผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ akathisia และไม่มีกลุ่มอาการ akathisia ความน่าเชื่อถือระดับ : 6
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	งานวิจัยนี้ศึกษา ผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยในที่คลินิกจิตเวชในมหาวิทยาลัย IOWA การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงซึ่งเป็นผู้ป่วยในที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการ

หัวข้อ	รายละเอียด
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	ศึกษาวิจัยได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท หรือ schizophreniform ตาม DSM-III-R หรือ DSM-IV ได้รับยาต้านโรคจิตช่วงระหว่าง 1 เดือนก่อนเข้าการประเมิน โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ ปรับปริมาณยา หรือ เปลี่ยนชนิดยาก่อนเข้าร่วมการศึกษา การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามการได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตแบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับยา clozapine หรือ olanzapine กลุ่มที่ 2 ได้รับยา risperidone กลุ่มที่ 3 ได้รับยากลุ่มเก่า (conventional)
4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	1. แบบประเมิน Barnes Akathisia Rating Scale (BARS) 2. แบบประเมิน Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH) 3. แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression Rating (Ham-D) 4. แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)
5. ลักษณะของการประเมิน	1. แบบประเมิน Barnes Akathisia Rating Scale (BARS) ประเมินอาการ akathisia ดังนี้ คือ 1.1 จากการสังเกตของผู้ประเมิน (objective items) : สังเกตลักษณะการเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่อยู่นิ่งเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยโดยมีรายละเอียดการให้คะแนน 0-3 1.2 จากการบอกเล่าของผู้ป่วย (subject items) : การถามถึงความรู้สึกกระสับกระส่ายที่อยู่ข้างในที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยร่วมกับความรู้สึกทุกข์ทรมานและ ไม่สามารถบังคับตนเองให้อยู่นิ่งๆการประเมินจากการบอกเล่าอาการของตัวผู้ป่วยเองโดยมีรายละเอียดการให้คะแนน 0 - 3 1.3 การสอบถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานที่สัมพันธ์กับภาวะอยู่ไม่สุข โดยมีระดับคะแนน 0 - 3 1.4 ความคิดเห็นโดยรวมของผู้ประเมินต่อความรุนแรงของกลุ่มอาการ Akathisia โดยมีระดับคะแนน 0 – 4 2. แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression Rating (Ham-D) ใช้หัวข้อย่อยของแบบประเมินในการประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal) การรับรู้ตนเองผิดไปจากความเป็นจริง (depersonalizations)

หัวข้อ	รายละเอียด
5. ลักษณะของการประเมิน (ต่อ)	3. แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ใช้หัวข้อย่อยของแบบประเมินในการประเมินภาวะละเอียดใจ (dysphoria) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินอารมณ์ซึมเศร้า (depress mood) ความวิตกกังวล (anxiety) ความรู้สึกผิด (guilt) ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (somatic concern)
6. ผลการวิจัย	1. พบผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ akathisia จำนวน 22 คน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 68 คน โดยที่เพศ อายุ และระยะเวลาการรักษาด้วยยาไม่แตกต่างกัน 2. ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ akathisia และไม่มีกลุ่มอาการ akathisia ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตในกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองไม่แตกต่างกัน 3. ผู้ป่วยที่มีอาการ akathisia พบว่ามีคะแนนจากการประเมินด้วยแบบประเมิน Ham - D สูงเช่นเดียวกันซึ่งแสดงถึงการเกิดกลุ่มอาการ akathisia สัมพันธ์กับ การคิดฆ่าตัวตาย และการรับรู้ตนเองผิดไปจากความเป็นจริง (depersonalizations) ร่วมกับการใช้แบบประเมิน BPRS ยืนยันว่ามีความซึมเศร้าสูงในผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
7. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลส่วนใหญ่ได้รับยาด้านโรคจิตและเมื่อผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงกลุ่มอาการ akathisia อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ การใช้แบบประเมิน BARS เพื่อประเมินกลุ่มอาการ akathisia จึงมีประโยชน์ทำให้พยาบาลจิตเวช และ ทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีแนวทางในการตัดสินใจในการที่จะให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่เกิดผลข้างเคียงกลุ่มอาการ akathisia เพื่อไม่ให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงขึ้นและ มีผลกระทบต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาและ การกลับมารักษาซ้ำในระยะยาว
8. การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยมีคุณภาพมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน มีวัตถุประสงค์ที่แน่นอน มีการนำเครื่องมือในการประเมินที่เหมาะสมและวัดได้ตรงมาใช้ในการประเมิน 2. มีความน่าเชื่อถือ แหล่งตีพิมพ์ที่น่าเชื่อถือ ตีพิมพ์ใน The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences

หัวข้อ	รายละเอียด
9. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	การถ่ายทอด / นำไปสู่การปฏิบัติ 1. แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน สามารถนำมาใช้ในการระบุนาการ Akathisia ได้ชัดเจนถูกต้อง 2. มีความเหมาะสมในการปฏิบัติทางคลินิกเพราะการประเมินกลุ่มอาการ akathisia โดยใช้แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) สามารถทำได้ในช่วงเวลาทำงานที่เป็นงานประจำของพยาบาล 3. การประเมินอาการ akathisia โดยใช้แบบประเมินนี้อาศัยการสังเกตซึ่งสามารถประเมินความผิดปกติของการเคลื่อนไหวได้ชัดเจน เพราะถ้าใช้การตรวจที่เป็นรูปแบบ ผู้ป่วยอาจจะไม่แสดงความผิดปกติให้เห็น 4. การวินิจฉัยอาการ akathisia ควรแยกจากความผิดปกติอย่างอื่น เช่น ภาวะกระวนกระวาย (agitation) ภาวะ restless legs syndrome ความวิตกกังวล (anxiety) นอนไม่หลับ (insomnia) ภาวะถอนยา และ ภาวะ tardive dyskinesia
	ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ 1. การศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิตอาการ akathisia ทำให้เกิดภาวะระคายเคือง และการรับรู้ตนเองผิดไปจากความเป็นจริง อาจนำมาสู่การฆ่าตัวตายและไม่ร่วมมือในการรักษาอันทำให้มีอาการทางจิตกำเริบและ กลับมารักษาซ้ำ 2. พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นนักปฏิบัติการทางคลินิกสามารถรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและ สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงที่รุนแรงซึ่งจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยได้
	ความคุ้มค่า 1. การมีแบบประเมินอาการ akathisia จากการได้รับยาต้านโรคจิตจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ถูกต้องและ รวดเร็ว

หัวข้อ	รายละเอียด
9. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	2. แบบประเมินสามารถประเมินอาการได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ซึ่งสามารถ ลดความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิต ผู้ป่วยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ และไม่กลับมารักษาซ้ำในระยะยาว 3. สามารถนำไปใช้โดยไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงใดๆ และไม่มีค่าใช้จ่าย 4. พยาบาลจิตเวชสามารถนำแบบประเมินมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติในรูปแบบเดิมโดยใช้ระยะเวลาในการประเมินประมาณ 5-10 นาที 5. แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) สามารถนำมาใช้ในการประเมินอาการ akathisia ที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิตซึ่งแบบประเมินสามารถนำไปใช้ในชั่วโมงการปฏิบัติงานได้และ แบบประเมินเมื่อนำไปใช้ไม่เกิดความยุ่งยากต่อการปฏิบัติงาน
10. การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. แบบประเมิน BARS (Barnes Akathisia Rating Scale) สามารถประเมินอาการ akathisia เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้เกิดอาการนี้ตั้งแต่ระยะแรกได้ ช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดกับผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาได้ 2. แบบประเมินสามารถประเมินได้ทุกวันโดยใช้ระยะเวลาในการประเมิน 5-10 นาที และปฏิบัติได้ในขณะทำงานประจำ 3. ผู้ทำการประเมินต้องเป็นพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการและ ทดลองประเมินและรับการ feed back จากผู้เชี่ยวชาญ 4. วิธีการในการประเมินประกอบด้วยการประเมินในขณะที่พยาบาลปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโดยประกอบด้วย 1) ประเมินโดยผู้ประเมินจากการสังเกตลักษณะการเคลื่อนไหว กลุ่มอาการ akathisia (objective items) 2) ประเมินจากการบอกเล่าอาการ โดยตัวผู้ป่วยเอง (subjective items)

หัวข้อ	รายละเอียด
10. การสกัดเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	3) แบบประเมิน BARS สามารถประเมินโดยการสังเกตผู้ป่วย ในขณะที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยไม่กระทบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และการดำเนินกิจกรรมของผู้ป่วย 4) การใช้แบบประเมิน BARS สามารถระบุอาการ akathisia ได้ชัดเจน ทำให้สามารถแยกอาการ akathisia ได้จากกลุ่มอาการทางจิตที่คล้ายคลึงกัน เช่น อาการกระวนกระวาย (agitation) อาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) และอาการกังวลจากการแยกจาก (separation - anxiety) เป็นต้น รวมทั้งสามารถป้องกันผลกระทบที่รุนแรงที่เกิดจากการมีอาการ akathisia เช่น ภาวะซึมเศร้า ความคิดทำร้ายตนเองและ การคิดฆ่าตัวตาย

เรื่องที่ 6

ชื่อเรื่อง : Akathisia in adults with severe and profound intellectual disability: A psychometric study of the MEDS and ARMS

ชื่อผู้วิจัย : Mark J. Garcia & Johnny L. Matson

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ : Journal of Intellectual & Developmental Disability, June 2008 ;33(2)
:171-176

หัวข้อ	รายละเอียด
1. วัตถุประสงค์งานวิจัย	1. การประเมินกลุ่มอาการ akathisia ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา โดยการใช้แบบประเมิน MEDS (Matson Evaluation of Drug Side-effects) และ แบบประเมิน ARMS (Akathisia ratings of Movement Scale) 2. การศึกษาค่าความเชื่อมั่น ความตรงตามสภาพการณ์ ความสอดคล้องภายใน ของแบบประเมิน MEDS และแบบประเมิน ARMS
2. ระเบียบวิธีวิจัย /ระดับของงานวิจัย	การศึกษาแบบ Quasi - experimental ความน่าเชื่อถือ : ระดับ 3 ผู้ประเมินเป็นนักศึกษาจิตวิทยาาระดับปริญญาโท โดยผ่านการฝึกการใช้แบบประเมิน MEDS และ ARMS ทำการประเมินโดยภายใต้การดูแลของผู้ชำนาญเกี่ยวกับระบบประสาท โดยการฝึกในห้องเรียน เกี่ยวกับการวิธีการประเมิน การใช้แบบประเมิน การประเมินที่ประสบความสำเร็จค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.69 หรือ การประเมินดีขึ้นมากกว่า 3 ครั้งโดยการใช้แบบประเมิน ผู้ดูแลผู้ป่วยจากศูนย์การดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลสำหรับการประเมินด้วยแบบประเมิน MEDS ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 เดือน การประเมินในกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเริ่มต้นด้วยการประเมินด้วยแบบประเมิน ARMS ต่อจากนั้นทำการประเมินกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมิน MEDS ทันทีในผู้ป่วยทุกคน การประเมินค่าความเชื่อมั่นทำการประเมินในวันเดียวกัน
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	งานวิจัยนี้ศึกษาที่มลรัฐ Louisiana ทางตอนกลางและ ตอนใต้ ซึ่งมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความบกพร่องทางระดับสติปัญญาในความรับผิดชอบจำนวน 545 คน และ 290 คนตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญาจำนวน 66 คน เป็นผู้ป่วยเพศชายจำนวน 45.5% เป็นผู้ป่วยเพศหญิงจำนวน

หัวข้อ	รายละเอียด
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	54.5% อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 27-79 ปี แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มละจำนวน 22 คน โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ไม่ได้รับยาต้านโรคจิตและไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกลุ่มอาการ akathisia กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยได้รับยาต้านโรคจิตและไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดกลุ่มอาการ akathisia กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยได้รับยาต้านโรคจิตและได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดกลุ่มอาการ akathisia ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณ 80% มีที่פקอาศัยพบว่ามี ความบกพร่องระดับสติปัญญาระดับรุนแรงมาก กลุ่มตัวอย่างทั้ง 66 คน มี พัฒนาการระดับสติปัญญาบกพร่องปานกลาง (IQ 35-49) จำนวน 5 คน พัฒนาการระดับสติปัญญาบกพร่องรุนแรง (IQ 20-34) จำนวน 10 คน พัฒนาการระดับสติปัญญาบกพร่องรุนแรงมาก (IQ ต่ำกว่า 20) จำนวน 51 คน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับพัฒนาการทางด้านสติปัญญา ของ DSM-IV-TR กลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดได้รับยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่องและไม่ได้ปรับเปลี่ยนปริมาณยาในช่วงระยะเวลา 90 วัน ก่อนการประเมินกลุ่มอาการ akathisia
4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	1. แบบประเมิน ARMS (Akathisia ratings of Movement Scale) 2. ประเมิน MEDS (Matson Evaluation of Drug Side-effects)
5. ลักษณะของการประเมิน	ประเมินโดยใช้แบบประเมิน ARMS ก่อนแล้วตามด้วย MEDS ทันทีทำการประเมินภายในวันเดียวกัน 1. แบบประเมิน ARMS (Akathisia ratings of Movement Scale) เป็นการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยประกอบด้วยหัวข้อในการประเมินลักษณะอาการที่ได้จากการสังเกตของผู้ทำการประเมินมีการประเมินเกี่ยวกับ การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ไม่สามารถนั่งอยู่กับที่ได้ ย้ำเท้าไปมาขณะยืน วิดกักวอล เคลื่อนไหวแบบซ้ำๆ มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง รวมถึงมีพฤติกรรมก้าวร้าว แต่ละหัวข้อให้คะแนน 0 - 4 คะแนน 0 = ไม่มีอาการแสดงให้เห็น 1 = อาการแสดงให้เห็นเล็กน้อยมาก, 2 = อาการแสดงให้เห็นเล็กน้อย, 3 = อาการแสดงให้เห็นปานกลาง, 4 = อาการแสดงให้เห็นชัดเจนมาก คะแนนสูงสุดจากการประเมินเท่ากับ 28 ตัดคะแนนที่ 4 ถือว่าสามารถระบุกลุ่มอาการ akathisia ได้

หัวข้อ	รายละเอียด
5. ลักษณะของการประเมิน (ต่อ)	2. แบบประเมิน MEDS (Matson Evaluation of Drug Side-effects) เป็นการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยหัวข้อในการประเมินเกี่ยวผลข้างเคียงจากการได้รับยาในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญา จำนวน 9 หัวข้อ ได้แก่ 1) หัวใจ เลือดและหลอดเลือด 2) ทางเดินอาหาร 3) ต่อมไทรอยด์ และ ทางเดินปัสสาวะ 4) ตา คอ หู จมูก 5) ผิวหนัง ภูมิแพ้ อุณหภูมิร่างกาย 6) ระบบประสาทโดยทั่วไป 7) dystonia 8) Parkinson/dyskinesia 9) พฤติกรรม akathisia การให้คะแนนในแต่ละหัวข้อ ให้คะแนนความรุนแรงของการเกิดอาการตั้งแต่ 0 -2 คะแนน คะแนนความรุนแรงได้แก่ 0 = ไม่มีผลต่อผู้ป่วย , 1 = มีผลต่อผู้ป่วยเล็กน้อยถึงปานกลาง 2 = มีผลกระทบต่อนักผู้ป่วยมากการให้คะแนนระยะเวลาของการมีอาการ 0-2 ได้แก่ 0 = มีระยะมีอาการน้อยกว่า 1 เดือน , 1 = มีระยะมีอาการ 1 เดือนถึง 12 เดือน 2 = มีระยะมีอาการตั้ง 12 เดือนขึ้นไป คะแนนที่ได้จากหัวข้อการประเมินอาการ Akathisia ควรจะอยู่ในช่วงระหว่าง 0 -16
6. ผลการวิจัย	1. internal consistency - แบบประเมิน MEDS = .82 - แบบประเมิน ARMS = .67 2. inter-rater - แบบประเมิน MEDS = .996 - แบบประเมิน ARMS = .907 3. จากการศึกษาทั้งแบบประเมิน MEDS และ แบบประเมิน ARMS มีความเชื่อมั่น และแบบประเมินทั้งสองสามารถระบุอาการ akathisia ในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของระดับสติปัญญา
7. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยมีสมมติฐานที่สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือ ความสามารถในการวัดหรือ ประเมินอาการ akathisia ในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของระดับสติปัญญา เมื่อประเมินได้ถูกต้องจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่เกิดอาการ akathisia ได้รับการดูแลที่เหมาะสมป้องกันการเกิดความรุนแรงของอาการ akathisia ที่จะมีผลกระทบให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และไม่ร่วมมือในการรักษา

หัวข้อ	รายละเอียด
7. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	2. การประเมินสามารถทำได้โดยพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้แบบประเมิน
8. การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยมีความชัดเจนแบบประเมินสามารถนำไปใช้ในการประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิตอาการ akathisia การใช้สถิติถูกต้องในเชิงวิจัยและ ตอบคำถามงานวิจัยได้ 2. มีความน่าเชื่อถือ แหล่งตีพิมพ์ที่น่าเชื่อถือ ตีพิมพ์ใน Journal of Intellectual & Developmental Disability
9. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	การถ่ายทอด / นำลงสู่การปฏิบัติ แบบประเมินสามารถนำไปใช้ได้ในการประเมินอาการ akathisia 1. แบบประเมิน MEDS และแบบประเมิน ARMS มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน สามารถนำไปใช้ในการระบุอาการ Akathisia ในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางจิตระดับสติปัญญาได้ชัดเจนถูกต้อง 2. มีความเหมาะสมในการปฏิบัติทางคลินิกเพราะการประเมินอาการ akathisia โดยใช้แบบประเมิน แบบประเมิน MEDS และแบบประเมิน ARMS สามารถทำได้ในช่วงเวลาที่ปฏิบัติงานที่เป็นงานประจำของพยาบาล
	ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ 1. แบบประเมิน MEDS และแบบประเมิน ARMS สามารถประเมินอาการ akathisia ในกลุ่มผู้ป่วยบกพร่องทางสติปัญญาที่ได้รับยาต้านโรคจิต 2. การวิเคราะห์รายชื่อของแบบประเมิน ARMS และ MEDS สามารถระบุความแตกต่างของอาการที่แสดงถึงอาการ akathisia ได้และมีความสัมพันธ์กันในรายชื่อระดับปานกลาง 3. พยาบาลจิตเวชสามารถใช้แบบประเมินได้ควรได้รับการอบรมในการใช้แบบประเมินเพื่อประเมินกลุ่มอาการ akathisia ในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางจิตระดับสติปัญญาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความน่าเชื่อถือ 4. แบบประเมินสามารถนำไปใช้ได้ในการประเมินกลุ่มอาการ akathisia ที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางจิตระดับสติปัญญา

หัวข้อ	รายละเอียด
9. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ความคุ้มค่า 1. การมีแบบประเมินกลุ่มอาการ akathisia จากการได้รับยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องสติปัญญาจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ถูกต้องและ รวดเร็ว 2. สามารถนำไปใช้โดยไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงใดๆ และไม่มีค่าใช้จ่าย 3. พยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรมการใช้แบบประเมิน สามารถนำแบบประเมินมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติในรูปแบบเดิม 4. แบบประเมิน MEDS และแบบประเมิน ARMS สามารถนำมาใช้ในการประเมินอาการ akathisia ที่เกิดจากการได้รับยาต้านโรคจิตซึ่งแบบประเมินสามารถนำไปใช้ในชั่วโมงการปฏิบัติงานได้และ แบบประเมินเมื่อนำไปใช้ไม่เกิดความยุ่งยากต่อการปฏิบัติงาน
10. การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญาในระดับรุนแรงสามารถได้รับการประเมินอาการ akathisia โดยใช้แบบประเมิน ARMS และ MEDS เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้บกพร่องในการสื่อสารอย่างมากไม่สามารถใช้การประเมินอาการ akathisia โดยใช้เครื่องมือ เหมือนในผู้ป่วยที่ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาได้ 2. ต้องใช้แบบประเมินทั้งสองแบบร่วมกันในการประเมินอาการ akathisia ในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญาโดยใช้แบบประเมิน ARMS ก่อนในการสังเกตผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติในลักษณะกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งหรือยืนอยู่หนึ่งๆได้และใช้แบบประเมิน MEDSโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการดูแลไม่ต่ำกว่า 6 เดือนในหัวข้อการประเมินอาการ akathisia เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น กระสับกระส่าย อยู่หนึ่งไม่ได้ ทำพฤติกรรมซ้ำๆ ก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง เป็นต้น 3. ผู้ที่จะทำการประเมินต้องเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวช และ ได้รับการฝึกอบรมการใช้แบบประเมินมี และผ่านการ feed back จากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้มีความเที่ยงตรงในการประเมิน

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

นางสาวศรีแพร เข้มวิชัย

วัน เดือน ปีเกิด

10 กรกฎาคม 2520 อายุ 33 ปี

สถานที่เกิด

จังหวัดแพร่ ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครทุ่งทอง, 2543

จังหวัดกรุงเทพฯ

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ 112 ถนน สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี แขวง ลาดหญ้า

เขต คลองสาน กรุงเทพฯ 10600

โทรศัพท์ 02-4370200 ต่อ 4447, 4448

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ทำงาน

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี

112 ถนน สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี แขวง ลาดหญ้า

เขต คลองสาน กรุงเทพฯ 10600

โทรศัพท์ 02-4370200 ต่อ 4447, 4448

มือถือ 084- 7084308

E-Mail address: awichai70@gmail.com