

# แนวทางการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ

## (Guide to Develop Clinical Practice Guidelines )

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

พุทธศักราช ๒๕๕๔

อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย, สุรจิต สุนทรธรรม บรรณาธิการ

## สารบัญ

บทที่ ๑	บทนำ
บทที่ ๒	การจัดลำดับภาวะหรือโรค ที่ควรทำเป็นแนวทางเวชปฏิบัติ
บทที่ ๓	ผู้ร่วมจัดทำ
บทที่ ๔	การทบทวนรายงานการวิจัย และการให้คำแนะนำ
บทที่ ๕	การตรวจสอบทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติก่อนนำไปเผยแพร่
บทที่ ๖	การเผยแพร่และกระตุ้นให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ
บทที่ ๗	การประเมินผลของการนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้
บทที่ ๘	การปรับปรุง
ภาคผนวก	การประเมินแนวทางเวชปฏิบัติ โดยวิธีของ AGREE instrument\
เอกสารอ้างอิง	

## บทที่ ๑

### บทนำ

ในช่วงระยะเวลา ๒๐ ปีที่ผ่านมา ความรู้และข้อมูลการแพทย์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอย่างไม่เคยมีมาก่อนในอดีต ผลงานการวิจัยและรายงานการแพทย์มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก ส่งผลให้เวชปฏิบัติในยุคปัจจุบันต้องมีการปรับเปลี่ยนให้ทันสมัยและถูกต้องอยู่เสมอ ทั้งในแง่การวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษาที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต การเพิ่มคุณภาพชีวิต และการป้องกันโรค

รายงานการแพทย์และผลการวิจัยที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากทั้งในประเทศไทยและจากต่างประเทศ ส่งผลให้แพทย์และบุคลากรสุขภาพต่าง ๆ ไม่สามารถศึกษาติดตามการเปลี่ยนแปลงหรือรู้เท่าทันวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพใหม่ ๆ ที่อาจมีประโยชน์หรือส่งผลเสียต่อผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน รวมทั้งเป็นการยากในการวิเคราะห์รายงานผลการวิจัยการแพทย์ว่าเป็นการวิจัยที่ดี มีประโยชน์ และนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยและประชากรที่ตนทำหน้าที่ดูแลรักษาอยู่ ดังนั้นการที่กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาต่าง ๆ ได้รวมตัวกันเพื่อทบทวนแนวการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ โดยใช้ข้อมูลที่ทันสมัยและถูกต้อง สรุปแนวทางการในการดูแลรักษาผู้ป่วยออกมาเป็น “แนวทางเวชปฏิบัติ หรือ **clinical practice guidelines**” เพื่อเผยแพร่แก่แพทย์ทั่วไป

การนำข้อมูลที่ทันสมัยจากรายงานการแพทย์และผลการวิจัยมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งปฏิบัติกันมานานแล้วในวงการแพทย์ แต่ข้อแตกต่างของการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในปัจจุบันคือ นอกจากใช้ข้อมูลการแพทย์ที่ทันสมัยแล้ว ยังต้องมีการรวบรวมหลักฐานด้วยวิธีการที่เป็นระบบและเชื่อถือได้มาสังเคราะห์เป็นคำแนะนำ (evidence-based recommendation) ด้วย ทั้งนี้บุคลากรสุขภาพที่เป็นผู้เชี่ยวชาญต้องร่วมกันกับผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในการจัดทำเพื่อให้ได้แนวทางการบริหารสุขภาพที่มีการนำหลักฐานทางการแพทย์ที่ทันสมัย ถูกต้อง เข้าใจได้ง่าย ใช้ได้จริง และมีคำแนะนำที่เหมาะสมกับบริบทการบริการสาธารณสุขในแต่ละระดับของประเทศ

แนวทางเวชปฏิบัติจึงเป็นอีกทางหนึ่งในการช่วยเพิ่มคุณภาพในการบริหารสุขภาพ โดยเป็นการให้ข้อมูลแก่บุคลากรสุขภาพ เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการบริหารสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้การบริหารสุขภาพผู้ป่วยและประชากรในภาพรวมมีมาตรฐาน ตรวจสอบได้ง่าย นอกจากนี้ยังช่วย ในการตัดสินใจในการใช้งบประมาณในระดับต่าง ๆ ของประเทศด้วย<sup>1</sup>

คู่มือการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ จัดทำเพื่อเป็นแนวทางให้แก่อายุรแพทย์ รวมถึงบุคลากรสุขภาพที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้ง แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัตริกร พยาบาล และวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำ “แนวทางเวชปฏิบัติ” เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยคาดหวังว่าแนวทางทางการแพทย์ ที่ตีพิมพ์นี้จะช่วยให้การบริการทางสาธารณสุขแก่ประชาชนชาวไทยดีขึ้น

### “แนวทางเวชปฏิบัติ” เพื่ออะไร

แนวทางเวชปฏิบัติมีวัตถุประสงค์หลายประการ เช่น

- เพื่อสนับสนุนและรองรับการบริหารสุขภาพประชากรที่พอเพียงโดยมีการพิจารณาในแง่มุมต่าง ๆ (เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย สังคม จิตวิทยา จรรยาแพทย์) ร่วมด้วย<sup>2</sup>
- เพื่อเป็นแนวทางที่บุคลากรสุขภาพนำมาใช้ช่วยตัดสินใจในการบริหารสุขภาพ ซึ่งมีการจัดทำอย่างเป็นระบบด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากำหนดเป็นคำแนะนำที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ดีขึ้น<sup>3</sup>

- เพื่อเป็นเครื่องมือที่บุคลากรสุขภาพใช้เพื่อช่วยตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะการรักษาที่มีช่องว่างระหว่างสิ่งที่ควรทำกับสิ่งที่ปฏิบัติกันอยู่จริงในปัจจุบัน<sup>4</sup>
- เพื่อเป็นกลไกที่ช่วยในการเพิ่มคุณภาพของมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นลงอย่างมีเหตุผล<sup>5</sup> (ป้องกันความตระหนี่และความฟุ่มเฟือยในการใช้ทรัพยากรเพื่อบริหารสุขภาพ)
- เพื่อเป็นคำแนะนำที่มีผลเปลี่ยนแปลงต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน<sup>6</sup>
- เพื่อเป็นเครื่องมือที่แพทย์นำมาใช้อ้างอิงและช่วยในการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย<sup>7</sup>
- เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ถูกต้องและทันสมัยที่จะนำมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ด้วยกระบวนการทบทวนหลักฐานทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ<sup>8</sup>

## “แนวทางเวชปฏิบัติ” มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างไร

ในอารยประเทศต่าง ๆ ได้มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ เผยแพร่ไปยังบุคลากรสุขภาพ และมีการติดตามตรวจสอบว่า หลังจากมีการเผยแพร่และนำไปใช้แล้วเกิดประโยชน์จริงหรือไม่ ซึ่งรายงานผลการวิจัยส่วนใหญ่ต่างยืนยันไปในแนวทางเดียวกันว่า การนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้นั้นให้ผลดี ทั้งในแง่กระบวนการการให้บริการของระบบสุขภาพและต่อผลการรักษาผู้ป่วย<sup>9,10</sup>

นอกจากนี้ในยุคแห่งการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพโรงพยาบาล ส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดว่า โรงพยาบาลใดให้การรักษาผู้ป่วยได้ดีหรือไม่เพียงใด ก็มาจากตัวชี้วัดที่อ้างอิงมาจากแนวทางเวชปฏิบัติเช่นกัน นอกจากนี้ ยังมีความคิดในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม (บริบาล) โดยใช้แนวทางที่เรียกว่า “การจัดการภาวะโรค (disease management)” ซึ่งก็จำเป็นต้องใช้แนวทางเวชปฏิบัติเป็นหลักฐานอ้างอิงในการให้การบริบาลผู้ป่วย<sup>11</sup>

## ปัญหาของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ

แม้ว่าแนวทางเวชปฏิบัติจะเป็นข้อมูลการแพทย์ที่ควรนำมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ก็ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ขัดขวางการนำแนวทางไปใช้อย่างแพร่หลาย เช่น<sup>11</sup>

- เจตคติของบุคลากรสุขภาพที่ต่อต้านการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ
- การจัดทำที่ไม่มีมาตรฐานและแตกต่างกันออกไป
- มีแนวทางเวชปฏิบัติมากเกินไป หรือมีหลายฉบับในหัวข้อเดียวกัน
- ไม่มีคำแนะนำที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- ขาดการประเมินที่ต่อหลักฐานทางการแพทย์ที่นำมาใช้อ้างอิง
- มีการนำความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (expert opinion) มาใช้อย่างไม่เหมาะสม
- คำแนะนำใช้หลักฐานทางการแพทย์ที่เป็นข้อมูลเก่า ไม่ทันสมัย
- คำแนะนำในหัวข้อที่สำคัญ ไม่ชัดเจน หรือขัดแย้งกัน
- ไม่มีคำแนะนำที่เป็นส่วนประกอบที่สำคัญอื่น ๆ เช่น การป้องกัน การวินิจฉัย หรือการส่งต่อในการรักษา
- ให้คำแนะนำที่นำไปใช้ไม่ได้ เช่น ขาดการประเมินเครื่องมือ บุคลากร หรือค่าใช้จ่าย
- เป็นคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่เล็ก หรือเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย
- มีความกังวลในแง่ของกฎหมายต่อการนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้
- คำแนะนำเข้าใจได้ยาก หรือไม่มีการทำเป็น clinical pathways, care map หรือ template order
- ไม่มีแนวทางการประเมิน หรือติดตามผลของการรักษาที่เปลี่ยนไป

## แนวทางเวชปฏิบัติ กับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ

ตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๕ กำหนดตามมาตรา ๑๘ เพื่อสนับสนุนอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๑) กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ

กำหนดในมาตรา ๕๐ เพื่อสนับสนุนอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน (๒) กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ในกรณีที่หน่วยบริการนั้นๆ มีการให้บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๕ และ (๓) กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

ดังนั้นการที่จะให้หน่วยบริการสาธารณสุขมีมาตรฐาน โดยเฉพาะในแง่การรักษาพยาบาล รวมทั้งเพื่อการตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานนั้น การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติและแนวทางบริการสาธารณสุขและสนับสนุนให้มีการใช้ขึ้น จึงมีความจำเป็นเพื่อเป็นการสนับสนุนเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพฉบับนี้

## แนวทางเวชปฏิบัติ ในแง่มุมมองทางกฎหมาย

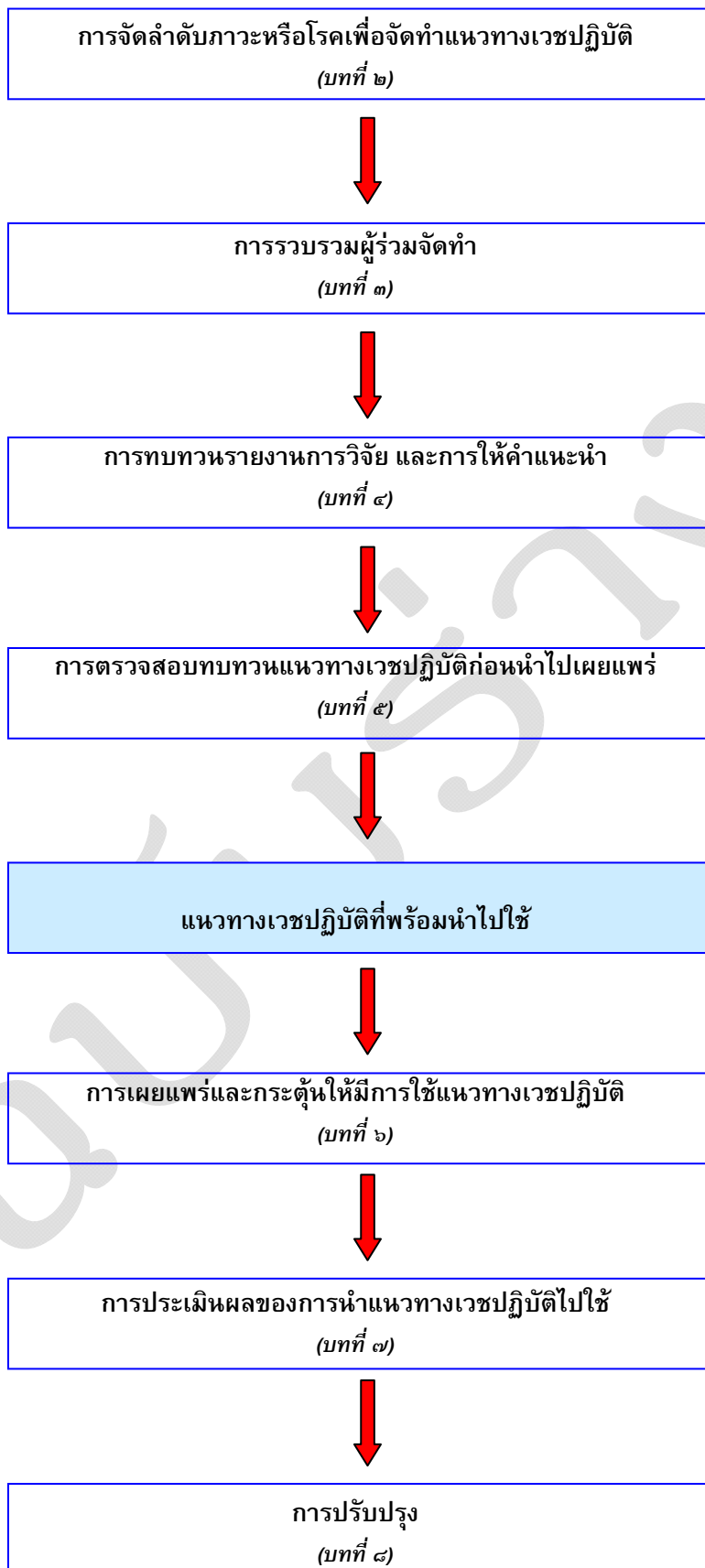
มีความเชื่อว่า การนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้ หรือละเว้นการนำไปใช้ อาจมีผลให้เกิดการฟ้องร้องทางกฎหมายได้ ในประเทศอังกฤษได้ให้แง่มุมมองทางกฎหมายกับแนวทางเวชปฏิบัติว่า “แนวทางเวชปฏิบัติเป็นแนวทาง (guideline) ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่เผยแพร่ให้แก่บุคลากรสุขภาพเพื่อช่วยในการตัดสินใจ แต่ไม่ใช่มาตรฐานตามกฎหมายที่ต้องทำตามทุกอย่าง (gold standards) โดยละเอียดหรือไม่ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจของแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่สภาวะใดสภาวะหนึ่งในขณะนั้น”<sup>12</sup> ดังนั้นแนวทางเวชปฏิบัติที่จัดทำขึ้นจึงไม่ควรนำไปใช้ตัดสินใจการรักษาของแพทย์ที่แตกต่างออกไปว่าถูกหรือผิด เพราะในการดูแลรักษาผู้ป่วยมีปัจจัยทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง สภาวะแวดล้อม หรือตัวแปรอื่น ที่มีผลทำให้แพทย์ทำการตัดสินใจให้การรักษาที่แตกต่างกันออกไปได้

ในการนำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้นั้นยังต้องพิจารณาถึงความจำเป็นและสิทธิของผู้ป่วย การรักษาที่แตกต่างจากแนวทางที่แนะนำไว้ ต้องมีการเขียนเหตุผลไว้อย่างชัดเจน ร่วมกับการให้ข้อมูล และสรุปผลแนวทางการให้การรักษา ที่ได้ตกลงไว้กับผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง<sup>2</sup>

## หลักการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ

หลักการทั่วไปในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ ควรประกอบด้วย

1. แนวทางเวชปฏิบัติที่จัดทำขึ้นควรมีจุดมุ่งหมายหลักที่ชัดเจน คือ มีผลทำให้ประสิทธิภาพและผลของการรักษาที่ดีขึ้น หรือมีผลให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น เช่น การลดอัตราการเสียชีวิต การเพิ่มคุณภาพชีวิต การลดการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การป้องกันโรค การลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น
2. การจัดทำควรเป็นการทบทวนข้อมูลการแพทย์ที่ทันสมัยอย่างเป็นระบบ โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน เพื่อให้ได้คำแนะนำ (recommendation) ที่เหมาะสม
3. คำแนะนำที่ให้ ควรเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย อ้างอิงหลักฐานทางการแพทย์ที่ดี (evidence based) ร่วมกับการพิจารณาถึงผลเสียของการรักษา ความยืดหยุ่นในการให้คำแนะนำในสถานบริการสาธารณสุขในระดับต่างๆ และค่าใช้จ่ายของการรักษาเมื่อใช้คำแนะนำที่ให้
4. ควรมีแนวทางการประเมินและช่วงเวลาที่ประเมิน หลังจากมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติที่จัดทำขึ้น
5. แนวทางเวชปฏิบัติ ที่จัดทำขึ้นควรเป็นแนวทางที่มีความทันสมัยอยู่เสมอ จึงควรมีการทบทวนปรับปรุงในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น ประมาณ ๓-๕ ปี หรือเมื่อมีข้อมูลการแพทย์ที่สำคัญเปลี่ยนแปลง<sup>1</sup>



## บทที่ ๒

### การจัดลำดับภาวะหรือโรค ที่ควรทำเป็นแนวทางเวชปฏิบัติ

การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัตินั้นต้องใช้ความชำนาญของผู้เชี่ยวชาญและใช้เวลาในการจัดทำ ดังนั้นจึงไม่อาจทำได้อย่างรวดเร็วหรือทำได้ทุกเรื่องที่เป็นปัญหา ดังนั้นการจัดลำดับความสำคัญของภาวะหรือโรค เพื่อนำมาใช้ในการพิจารณาหัวข้อที่จะจัดทำเป็นแนวทางเวชปฏิบัติหรือแนวทางการบริการสาธารณสุข จึงมีความสำคัญและทำได้หลายวิธีการเลือกเรื่องใดมาจัดทำก่อนหรือหลังนั้น พิจารณาได้จากประเด็น ๒ ประการ (ตารางที่ ๑) ได้แก่

1. เป็นโรคที่มีความสำคัญในแง่มุมต่างๆ เช่น มีอัตราการเสียชีวิตที่สูง พบได้บ่อย เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายสูง มีจำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร และจำนวนปีที่สูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือความพิการสูง
2. เมื่อมีการจัดทำเป็นแนวทางเวชปฏิบัติขึ้นมาแล้วจะมีโอกาสสำเร็จด้วยดี มีผลดีทั้งต่อทั้งผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป ผู้ให้การบริหารสุขภาพ และระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

#### ตารางที่ ๑ การจัดลำดับภาวะหรือโรค ที่ควรทำเป็นแนวทางเวชปฏิบัติ<sup>1, 17</sup>

1. เป็นภาวะหรือโรคที่มีความสำคัญต่อประชากรจำนวนมาก โดยเฉพาะที่มีอัตราการเสียชีวิตที่สูง และ/หรือ มีอัตราการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อย (burden of disease)
2. การจัดทำแนวเวชปฏิบัติมีแนวโน้มที่จะสำเร็จได้ด้วยดี และก่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือต่อระบบสาธารณสุข โดยพิจารณาได้จาก
  - มีสมาคมวิชาชีพ ราชวิทยาลัยแพทยเฉพาะทาง หรือหน่วยงานราชการ ต้องการหรือสนับสนุนให้มีการจัดทำขึ้น
  - เป็นภาวะหรือโรคที่เมื่อมีการจัดทำและนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้แล้ว จะมีโอกาสที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบและการรักษาพยาบาลไปในทางที่ดีขึ้น โดยพิจารณาจากการรักษาที่ควรทำนั้น มีช่องว่างหรือข้อแตกต่าง (gap) กับสิ่งที่ปฏิบัติจริงในปัจจุบัน รวมทั้งการรักษาที่มากและน้อยกว่าที่ควรทำ
  - มีข้อมูลหรือหลักฐานทางการแพทย์ ที่แสดงให้เห็นว่าการดูแลรักษาที่แตกต่างไปจากเดิม มีผลดีต่อผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ เช่น การลดอัตราการเจ็บป่วย หรืออัตราการเสียชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
  - การทำตามคำแนะนำ นั้นไม่ควรเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก หรือมีค่าใช้จ่ายแพงมากจนไม่อาจให้การรักษานี้ กับผู้ป่วยได้
  - มีการรักษาที่หลากหลาย ไม่เหมือนกัน
  - ยังไม่มีการจัดทำเป็นแนวเวชปฏิบัติมาก่อน ในกรณีที่เคยมีการจัดทำขึ้นแล้วแล้ว ควรพิจารณาทำการปรับปรุงฉบับเดิมให้เป็นแนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นแบบมาตรฐาน ถูกต้อง และทันสมัย
  - คำแนะนำในการดูแลรักษาเป็นที่ยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย
  - เมื่อนำไปใช้ปฏิบัติแล้วสามารถตรวจสอบวัดผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

หลังจากได้หัวข้อที่ควรจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติแล้ว ในกรณีที่มีแนวทางเวชปฏิบัติเดิมอยู่แล้วให้พิจารณา ทำการปรับปรุงให้ถูกต้องและทันสมัยก่อน ส่วนหัวข้อที่ยังไม่เคยมีการจัดทำมาก่อนค่อยพิจารณาจัดทำขึ้นใหม่ โดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ ผ่านทางสมาคมวิชาชีพ วิทยาลัย หรือราชวิทยาลัย เพื่อให้แน่ใจว่าแนวทางเวชปฏิบัติที่ได้จะเป็นแนวทางที่ดีมีมาตรฐาน โดยการจัดทำของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในโรคหรือภาวะนั้นจริง ๆ

## บทที่ ๓

### ผู้ร่วมพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ

ผู้ร่วมพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัตินั้น ควรประกอบด้วยแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพที่เชี่ยวชาญในหัวข้อนั้น โดยตรง ร่วมกับตัวแทนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีส่วนได้เสียจากการนำแนวทางเวชปฏิบัตินั้นไปใช้อย่างครบถ้วน เพื่อให้ได้แนวทางที่มีการทบทวนข้อมูลการวิจัยทางการแพทย์ที่ถูกต้องและทันสมัย ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีความรู้สึกว่ามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ นำไปใช้ได้จริง และได้รับการยอมรับและร่วมมือเป็นอย่างดี<sup>14, 15</sup>

### ผู้ร่วมพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ

เพื่อให้แนวทางเวชปฏิบัติสามารถนำไปใช้ในเวชปฏิบัติประจำในบริบทของสังคมไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสาขานั้น ๆ ซึ่งเป็นผู้จัดทำหลักแล้ว ควรจัดให้ นักวิชาการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการพัฒนาด้วย เช่น

- ผู้เชี่ยวชาญการแพทย์ เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาต่าง ๆ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร
- ผู้เชี่ยวชาญชีวิตสถิติและสังคมศาสตร์ เช่น นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักวิทยาการระบาด
- ผู้แทนแพทย์หรือผู้ที่จะใช้แนวทางเวชปฏิบัติในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ
- ผู้แทนจากหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพของโรงพยาบาล
- ผู้ป่วย หรือตัวแทนผู้ป่วย

ความเห็นของผู้ป่วยหรือตัวแทนผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ เพราะทำให้รู้มุมมองที่แตกต่างกันออกไป หรือมองข้ามไปของบุคลากรสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ข้อมูลการรักษาที่ผู้ป่วยและญาติต้องการเพิ่มเติม การรักษาที่ผู้ป่วยมีความต้องการที่แตกต่างหรือเพิ่มเติมจากเดิม ข้อมูลการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจะมีผลให้แนวทางเวชปฏิบัติมีความสมบูรณ์และครอบคลุมในทุก ๆ ด้านมากขึ้น

### หน้าที่ของผู้ร่วมพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ

- กำหนดประธาน เพื่อทำหน้าที่เป็นประธานในการประชุม กำหนดแนวทางในการทำงาน กำหนดผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับร่าง คำแนะนำสำหรับประชาชน และ Quick reference guides and key messages
- กำหนดกรอบเวลาในการทำงาน เพื่อให้เสร็จตามกำหนดเวลาที่วางไว้
- ทบทวนแก้ไขแนวทางเวชปฏิบัติทั้งฉบับร่าง และฉบับสุดท้ายก่อนเผยแพร่ โดยเฉพาะในส่วนของคำแนะนำ และดัชนีชี้วัดที่สำคัญที่ต้องการเก็บเป็นข้อมูลหรือใช้ในการตรวจสอบ
- กำหนดแนวทางในการเผยแพร่และการกระตุ้นให้มีการนำไปใช้

## บทที่ ๔

### การทบทวนรายงานการวิจัย และการให้คำแนะนำ

#### น้ำหนักคำแนะนำ (Strength of Recommendation)

- น้ำหนัก ++ หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและคุ้มค่า (cost effective) **“ควรทำ” (strongly recommend)**
- น้ำหนัก + หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมาตรการดังกล่าวอาจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและอาจคุ้มค่าในภาวะจำเพาะ **“น่าทำ” (recommend)**
- น้ำหนัก +/- หมายถึง ความมั่นใจยังไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำ เนื่องจากมาตรการดังกล่าวยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า อาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และอาจไม่คุ้มค่า แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้นการตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ **“อาจทำหรือไม่ทำ” (neither recommend nor against)**
- น้ำหนัก - หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมาตรการดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและไม่คุ้มค่า หากไม่จำเป็น **“ไม่น่าทำ” (against)**
- น้ำหนัก - - หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจเกิดโทษหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย **“ไม่ควรทำ” (strongly against)**

#### คุณภาพหลักฐาน (Quality of Evidence)

ประเภท I หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

- I-1 การทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled clinical trials) หรือ
- I-2 การศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุมที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย ๑ ฉบับ (a well-designed, randomize-controlled, clinical trial)

ประเภท II หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

- II-1 การทบทวนแบบมีระบบของการศึกษาควบคุมแต่ไม่ได้สุ่มตัวอย่าง (non-randomized, controlled, clinical trials) หรือ
- II-2 การศึกษาควบคุมแต่ไม่สุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพดีเยี่ยม (well-designed, non-randomized, controlled clinical trial) หรือ
- II-3 หลักฐานจากรายงานการศึกษาตามแผนติดตามเหตุไปหาผล (cohort) หรือการศึกษาวิเคราะห์ควบคุมกรณีย้อนหลัง (case control analytic studies) ที่ได้รับการออกแบบวิจัยเป็นอย่างดี ซึ่งมาจากสถาบันหรือกลุ่มวิจัยมากกว่าหนึ่งแห่ง/กลุ่ม หรือ
- II-4 หลักฐานจากพหุกาลานุกรม (multiple time series) ซึ่งมีหรือไม่มีมาตรการดำเนินการ หรือ หลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกรูปแบบอื่นหรือทดลองแบบไม่มีการควบคุม ซึ่งมีผลประจักษ์ถึงประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติมาตรการที่เด่นชัดมาก เช่น ผลของการนำยาเพนนิซิลินมาใช้ในราว พ.ศ. ๒๔๘๐ จะได้รับการจัดอยู่ในหลักฐานประเภทนี้

ประเภท III หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

- III-1 การศึกษาพรรณนา (descriptive studies) หรือ
- III-2 การศึกษาควบคุมที่มีคุณภาพพอใช้ (fair-designed, controlled clinical trial)

ประเภท IV หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

IV-1 รายงานของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยความเห็นพ้องหรือฉันทามติ (consensus) ของ คณะผู้เชี่ยวชาญ บนพื้นฐานประสบการณ์ทางคลินิก หรือ

IV-2 รายงานอนุกรมผู้ป่วยจากการศึกษาในประชากรต่างกลุ่ม และคณะผู้ศึกษาต่างคณะ อย่างน้อย ๒ ฉบับ

รายงานหรือความเห็นที่ไม่ได้ผ่านการวิเคราะห์แบบมีระบบ เช่น เกร็ดรายงานผู้ป่วยเฉพาะราย (anecdotal report) ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะราย จะไม่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นหลักฐานที่มีคุณภาพในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัตินี้

## **มาตรการที่จะนำมาแนะนำในแนวทางเวชปฏิบัติต้องมีประสิทธิภาพเพียงพอ**

**ประสิทธิภาพ (efficacy)** เป็นผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในสถานการณ์อุดมคติ ซึ่งต้องมีการคัดเลือกและควบคุมกลุ่มประชากรที่นำเข้ามาศึกษา ตลอดจนถึงติดตามผลของมาตรการบริหารสุขภาพที่นำมาศึกษานั้นอย่างใกล้ชิด ดังนั้นมาตรการบริหารสุขภาพที่จะนำมาใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพ/ภาวะโรคจึงต้องมีคุณภาพหลักฐานอย่างหนึ่งอย่างใดดังกล่าวข้างต้นซึ่งพิสูจน์ให้เห็นอย่างประจักษ์ และผ่านการวิเคราะห์ทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (เช่น NNT: number needed to treat) เพื่อประกอบการตัดสินใจแล้วว่า มีประสิทธิภาพเพียงพอหรือไม่

## **หลักการกำหนดน้ำหนักคำแนะนำ**

“น้ำหนักคำแนะนำ (strength of recommendation)” กำหนดขึ้นโดยคำนึงถึงประสิทธิผล (effectiveness) ที่เป็นเป้าหมายสุดท้ายของเวชบริการที่เป็นอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก ได้แก่ การมีชีวิตที่ยืนยาว (prolonged life) การลดการเจ็บป่วย (decreased morbidity) และการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต (improved quality of life) รวมทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย

ดังนั้นมาตรการใดที่มีประสิทธิผลเพียงทำให้สามารถให้การวินิจฉัยได้โดยไม่มีผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงการดำเนินมาตรการ หรือเพียงทำให้ค่าที่ตรวจวัดบางอย่างเข้าสู่ค่าปกติโดยไม่บรรลุถึงประสิทธิผลเป้าหมายสุดท้ายดังกล่าว (เช่น การใช้ยาบางขนานที่มีหลักฐานเพียงทำให้ระดับความดันเลือดลดลงหรือระดับไขมันในเลือดลดลง โดยปราศจากหลักฐานว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น ลดการเจ็บป่วยแทรกซ้อน และ/หรือทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น) มาตรการดังกล่าวนี้ก็จะได้รับการจัดว่า “ด้อยประสิทธิผล”

น้ำหนักคำแนะนำและประเภทคุณภาพหลักฐานไม่ได้มีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนนัก เช่น คุณภาพหลักฐานประเภท I ไม่จำเป็นต้องได้รับน้ำหนักคำแนะนำ “++” หรือน้ำหนักคำแนะนำ “++” ไม่จำเป็นต้องมีคุณภาพหลักฐานประเภท I สนับสนุนเสมอไป ตัวอย่างเช่น อาจมีหลักฐานที่มีคุณภาพดี แต่หลักฐานดังกล่าวยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่า มาตรการดังกล่าวนี้มีประสิทธิผล (เช่น การตรวจภาพถ่ายรังสีเต้านม โดยเฉพาะในผู้หญิงทั่วไปที่อายุต่ำกว่า ๕๐ ปี ได้รับการจัดน้ำหนักคำแนะนำ “+/-”) ในทางตรงกันข้าม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจ Papanicolaou ได้รับการจัดน้ำหนักคำแนะนำ “++” บนพื้นฐานของสภาพปัญหาในประเทศไทยและคุณภาพหลักฐานประเภท II ซึ่งสนับสนุนประสิทธิผลของมาตรการ

ทั้งนี้การพิจารณาให้น้ำหนักคำแนะนำ ดังกล่าวนี้ดำเนินการโดยอาศัยข้อมูลหลักฐานทั้งทางเวชวิทยาการ เศรษฐศาสตร์ สังคมวิทยา และวิทยาการจัดการ โดยพยายามหลีกเลี่ยงการใช้เพียงความรู้สึกหรือประสบการณ์ทางคลินิกเป็นเครื่องมือในการตัดสินใจ โดยปราศจากข้อมูลหลักฐานสนับสนุน

อย่างไรก็ตาม การคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการดำเนินการควรเป็นเพียงเป็นส่วนประกอบและนำมาประกอบการพิจารณากำหนดน้ำหนักคำแนะนำ เป็นลำดับสุดท้ายเท่านั้น เนื่องจากตระหนักว่าชีวิตและสุขภาพของประชาชนเป็นสิ่งที่ประมาทค่าเป็นเงินไม่ได้ หากมาตรการใดที่มีหลักฐานแน่ชัดถึงประสิทธิผลเป้าหมายสุดท้ายแล้ว แม้การดำเนินมาตรการดังกล่าวไม่สามารถทำได้ในสถานพยาบาลระดับต้น ๆ ได้ หรือต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง ก็ยังได้รับการจัดว่ามีประสิทธิผล เช่น การทำ CT / MRI brain ในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้รับการจัดน้ำหนักคำแนะนำ “++”

ซึ่งหมายความว่า หากสถานพยาบาลแห่งนั้นไม่สามารถทำได้ ก็ต้องดำเนินการจัดส่งผู้ป่วยต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถดังกล่าว

ในมาตรการบริการสุขภาพหลายอย่างที่กระทำกันอยู่ในปัจจุบัน อาจยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการพิสูจน์ว่าการดำเนินมาตรการดังกล่าวนี้เป็นประจำ จะส่งผลให้มีผลลัพธ์ทางเวชกรรมดีขึ้น (น้ำหนักคำแนะนำ “+/-”) สภาพการณ์หลายประการดังต่อไปนี้จึงเป็นผลให้ได้รับการจัดน้ำหนักคำแนะนำ “+/-” ได้แก่:-

- (๑) รายงานการศึกษาที่มีอยู่ในปัจจุบันหรือที่ค้นคว้ามาได้นั้นไม่เพียงพอในการพิสูจน์ทราบถึงประสิทธิผล เช่น มีกำลังของสถิติไม่เพียงพอ ไม่สามารถเป็นตัวแทนซึ่งแสดงถึงสภาพของประชากร ขาดจุดสิ้นสุดที่สำคัญทางเวชกรรม หรือมีการออกแบบการวิจัยที่ไม่เหมาะสมอื่น ๆ
- (๒) การศึกษาที่มีคุณภาพดีหลายฉบับมีผลที่ขัดแย้งกัน
- (๓) หลักฐานของผลประโยชน์ที่สำคัญได้รับการหักล้างจากภัยอันตรายสำคัญที่อาจได้รับการดำเนินมาตรการ
- (๔) ไม่มีรายงานการศึกษาถึงประสิทธิผลอย่างชัดเจน
- (๕) การศึกษาที่มีคุณภาพดีในต่างประเทศบางเรื่องที่ไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทยปัจจุบันได้ เนื่องจากสภาพปัญหาและสถานการณ์ที่แตกต่างกัน เช่น การตรวจทางพันธุกรรม การตรวจระดับวิตามินบี ๑๒ ในผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกราย

อย่างไรก็ตาม มาตรการที่มีการใช้แต่ดั้งเดิมมาเป็นระยะเวลานานและประจักษ์ชัดว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่ขาดหลักฐานที่มีคุณภาพทางการวิจัยประเภท I หรือ II ที่สนับสนุนประสิทธิผล ก็ไม่ได้หมายความว่ามาตรการนั้นไร้ประสิทธิผล (เช่น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย) ก็ได้รับการจัดน้ำหนักคำแนะนำ “++” ได้

การกำหนดน้ำหนักคำแนะนำ ในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการทบทวนหลักฐานเท่าที่ค้นคว้ามาได้ในปัจจุบันประกอบกับความเห็นพ้องกันแบบมีระบบ (systematic review and consensus of peer reviewers) ดังนั้นจึงอาจเห็นได้ว่า น้ำหนักคำแนะนำ ของสถาบันต่างๆ รวมทั้งของผู้ทบทวนอาจไม่ตรงกันเสมอไป แต่ก็มักมีแนวโน้มไปในทำนองเดียวกัน ทั้งนี้ผู้นำคำแนะนำดังกล่าวไปใช้จะต้องใช้วิจารณญาณประกอบการดำเนินการด้วยเสมอ นอกจากนี้หากมีหลักฐานเพิ่มเติมจากที่ศึกษาค้นคว้ามาได้ในปัจจุบัน หรือสภาพปัญหาและ/หรือสภาพการณ์ของประชากรเฉพาะกลุ่มแตกต่างจากของประชาชนไทยทั่วไป น้ำหนักคำแนะนำ ก็สามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามบริบทและสภาพการณ์ดังกล่าวนี้

## แนวทางกำหนดน้ำหนักคำแนะนำในบริบทสังคมไทยด้วยหลักการ “๔ ป”

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการมีแนวทางเวชปฏิบัติ คือ

- (๑) เพื่อปกป้องประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสในสังคม จากการได้รับบริการสุขภาพที่ต่ำกว่ามาตรฐาน
- (๒) เพื่อปกป้องผู้ให้บริการบริการ โดยเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติโดยสุจริต จากการถูกกล่าวหาว่ากระทำทวนเวชปฏิบัติอย่างไม่เหมาะสม
- (๓) เพื่อปกป้องสังคม/ประเทศชาติ จากการใช้ทรัพยากรสุขภาพ (เช่น บุคลากรเทคโนโลยี เงิน) เกินความจำเป็น

ดังนั้นเมื่อได้คัดเลือกมาตรการที่มีหลักฐานสนับสนุนอย่างเพียงพอแล้วว่ามีประสิทธิศักร์ดังที่กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว ต้องนำมาให้น้ำหนักคำแนะนำว่ามีความเหมาะสมกับการทำเวชปฏิบัติในสังคมไทยมากน้อยเพียงใด โดยอาศัยหลักการ “๔ ป” ได้แก่

- (๑) ปลอดภัย (safety) และประสิทธิศักร์ (efficacy)
- (๒) ประสิทธิผล (effectiveness)
- (๓) ประโยชน์ต่อประชากรและสังคมโดยรวม (benefit of population and entire society)
- (๔) ประสิทธิภาพ (efficiency)

อันมีสาระสังเขปดังต่อไปนี้

๑. **ปลอดภัย (safety)** มาตรการบริหารสุขภาพ อันได้แก่ การป้องกันการเจ็บป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่นำมาใช้เพื่อการจัดการปัญหาสุขภาพต้องมีข้อมูลความปลอดภัยที่มีนัยสำคัญอย่างเพียงพอ ผ่านระยะการตรวจติดตามความปลอดภัย (safety monitoring program: SMP) และผ่านการวิเคราะห์ทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (เช่น NNH: number needed to harm) เพื่อประกอบการตัดสินใจแล้ว ตลอดจนต้องมีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในการบริหารสุขภาพ ดังกล่าว

๒. **ประสิทธิผล (effectiveness)** มาตรการบริหารสุขภาพหลายอย่างแม้ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าประสิทธิผลเพียงพอ แต่เมื่อนำมาใช้ในสภาพการปฏิบัติจริงซึ่งแตกต่างจากสภาวะที่กำหนดในการศึกษาวิจัย เช่น ใช้ในกลุ่มอายุ/เชื้อชาติที่แตกต่าง ใช้ในผู้ที่มีโรค/มีการใช้มาตรการอื่นร่วมด้วย ไม่สามารถติดตามผลได้อย่างใกล้ชิด อาจให้ผลที่แตกต่างจากในสภาพที่ดำเนินการศึกษาวิจัย ดังนั้นมาตรการบริหารสุขภาพที่จะนำมาใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพ/ภาวะโรคจึงควรมีหลักฐานและผ่านการวิเคราะห์เพื่อประกอบการตัดสินใจว่ามีประสิทธิผลเพียงพอ ได้แก่

๓.๑ ผลการใช้ปฏิบัติจริงในประเทศไทย เป็นอย่างไร

๓.๒ มาตรการดังกล่าวสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต ในสถานการณ์ที่ไม่ใช่การศึกษาวิจัยได้จริงหรือไม่

๓.๓ ระดับความร่วมมือในสถานการณ์ที่ไม่ใช่การศึกษาวิจัยเป็นที่ยอมรับได้เพียงใด

๓.๔ ผลอันไม่พึงประสงค์ในสถานการณ์ที่ไม่ใช่การศึกษาวิจัยเป็นที่ยอมรับได้หรือไม่

๓. **ประโยชน์ต่อประชากรและสังคมโดยรวม (benefit of population and entire society)** เมื่อได้มาตรการบริหารสุขภาพที่พิสูจน์แล้วว่าประสิทธิผล ประเด็นที่ควรนำมาพิจารณาเป็นลำดับต่อไปคือประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม หรือจำนวน/กลุ่มประชากรที่จะได้รับประโยชน์จากมาตรการดังกล่าว นั้น โดยคำนึงถึงอรรถประโยชน์ (utility) รวมทั้งปัจจัยทางสังคมศาสตร์และการบริหารจัดการ ซึ่งพิจารณาจากทางเลือกการใช้ทรัพยากรและการสูญเสียอรรถประโยชน์ รวมทั้งการเสียโอกาสของสังคมและเศรษฐศาสตร์ กล่าวคือเมื่อมีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อดำเนินมาตรการบางอย่างแก่ประชากรกลุ่มหนึ่ง อาจส่งผลกระทบต่อประชากรอีกกลุ่มหนึ่งเสียโอกาสในการได้รับมาตรการอีกอย่างหนึ่งที่เป็นได้ ตัวอย่างเช่นเมื่อจัดสรรทรัพยากรซึ่งต้องใช้จำนวนมากให้แก่การบริบาลโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย อาจส่งผลให้ทรัพยากรซึ่งต้องใช้สำหรับการบริบาลภาวะเฉียบพลันที่ต้องได้รับการรักษาจึงจะหายได้ไม่เพียงพอและส่งผลให้อัตราตายในผู้ป่วยกลุ่มเฉียบพลันดังกล่าวเพิ่มขึ้นได้

๔. **ประสิทธิภาพ (efficiency)** เมื่อได้มาตรการที่ผ่านข้อพิจารณาทั้ง ๔ ดังกล่าวแล้ว ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในลำดับถัดไป ได้แก่ การดำเนินงานให้ประชากรเป้าหมายได้รับมาตรการดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ อันหมายถึงการใช้ทรัพยากรในการดำเนินการให้บรรลุสภาวะเป้าหมายอย่างพอเพียงด้วยการใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด ไม่ว่าจะเป็นระยะเวลา บุคลากร เงิน รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่ต้องใช้ในการดำเนินการนั้นๆ ให้เป็นผลสำเร็จและถูกต้อง

ทั้งนี้อาจให้คะแนนตามหลักการ ๔ ป ดังกล่าว แต่ละข้อเป็น (--, -, ±, +, และ ++) โดยอาศัยน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight) ซึ่งเปรียบเทียบมาตรการในกลุ่มเดียวกันหรือกลุ่มที่มีความเกี่ยวข้องกัน ซึ่งมักใช้ประเภทหลักฐานมาประกอบการกำหนดน้ำหนักค่าแนะนำด้วย

## ข้อพิจารณาการใช้หลักฐานประกอบการกำหนดน้ำหนักคำแนะนำ

นอกจากนี้ การกำหนดน้ำหนักคำแนะนำควรอาศัยประเภทหลักฐานมาประกอบด้วยดังต่อไปนี้:-

๑. มาตรการที่ควรพิจารณาให้ได้รับการกำหนดน้ำหนักคำแนะนำ “++” และน้ำหนักคำแนะนำ “--” ได้แก่ มาตรการที่มีความเหมาะสม/ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย และผ่านการวิเคราะห์แล้วพบว่า มีความคุ้มค่า/ไม่คุ้มค่าเป็นอย่างยิ่งในบริบทของสังคมไทย (หรือบริบทของผู้ป่วยหรือสังคมนั้นๆ) ควรประกอบกับการมีหลักฐานสนับสนุนข้อหนึ่งข้อใด ดังต่อไปนี้:-

๑.๑ หลักฐานประเภท I : การศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled, clinical trial) ที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย ๑ ฉบับ หรือ

๑.๒ หลักฐานประเภท II : การศึกษาควบคุมแต่ไม่สุ่มกลุ่มตัวอย่าง (non-randomized, controlled, clinical trial) ที่มีคุณภาพดีเยี่ยมจากการศึกษาในประชากรต่างกลุ่มและคณะผู้ศึกษาต่างคณะ อย่างน้อย ๒ ฉบับ ได้แก่

๑.๒.๑ การศึกษาติดตามเหตุสุ่มผล (cohort)

๑.๒.๒ การศึกษาควบคุมกรณี (case-control)

๑.๒.๓ การศึกษาพหุกาลานุกรม (multiple-time series) เช่น การใช้ adrenaline ในการกู้ชีพ วัคซีนป้องกันโรคไข้ทรพิษ

อย่างไรก็ตาม มาตรการที่มีการใช้แต่ดั้งเดิมมาเป็นระยะเวลานานและประจักษ์ชัดว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่ขาดหลักฐานที่มีคุณภาพทางกรวิจัยประเภท I หรือ II ที่สนับสนุนประสิทธิผลดังกล่าว ก็ไม่ได้หมายความว่า มาตรการนั้น ไร้ประสิทธิผล (เช่น การชักประวัติ การตรวจร่างกาย) ก็ได้รับการจัดน้ำหนักคำแนะนำ “++” ได้ หรือได้รับการจัดน้ำหนักคำแนะนำ “--” ก็ได้หากมาตรการนั้นมีศักยภาพก่ออันตรายได้สูงเช่นกัน

๒. มาตรการที่ควรพิจารณาให้ได้รับการกำหนดน้ำหนักคำแนะนำ “+” และน้ำหนักคำแนะนำ “-” ได้แก่ มาตรการที่มีความเหมาะสม/ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย แต่ยังไม่ผ่านการวิเคราะห์หว่า มีความคุ้มค่า/ไม่คุ้มค่าในบริบทของสังคมไทย (หรือบริบทของผู้ป่วยหรือสังคมนั้น ๆ) เพียงใด แต่จากการประชุมคณะผู้เกี่ยวข้องแล้วเห็นพ้องต้องกัน (มีฉันทามติ) ว่า น่าจะมีความคุ้มค่า/ไม่คุ้มค่า และ/หรือหลักฐานที่สนับสนุนไม่เข้าเกณฑ์ตามข้อ ๑ ได้แก่:-

๒.๑ หลักฐานตามข้อ ๑ (ประเภท I อย่างน้อย ๑ ฉบับ, หรือประเภท II อย่างน้อย ๒ ฉบับ) แต่คุณภาพหลักฐานดังกล่าวยังไม่ดีเพียงพอ

๒.๒ มีหลักฐานสนับสนุนเพียงประเภท III และ/หรือ IV

๓. มาตรการที่ได้รับการกำหนดน้ำหนักคำแนะนำ “+/-” ได้แก่ มาตรการที่ไม่แน่ใจว่า มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย และไม่แน่ใจมีความคุ้มค่าในบริบทของสังคมไทย (วิเคราะห์แล้วไม่แสดงถึงความคุ้มค่าหรือยังไม่ผ่านการวิเคราะห์) รวมทั้งหลักฐานที่สนับสนุนมีลักษณะดังต่อไปนี้:-

๓.๑ รายงานการศึกษาที่มีอยู่ในปัจจุบัน (หรือที่ค้นคว้ามาได้) นั้น ไม่เพียงพอในการสนับสนุนถึงอรรถประโยชน์หรือประสิทธิผล เช่น

๓.๑.๑ มีกำลังของสถิติไม่เพียงพอ

๓.๑.๒ ไม่สามารถเป็นตัวแทนซึ่งแสดงถึงสภาพของประชากรในประเทศไทย

๓.๑.๓ มีเพียงจุดหมายซึ่งแสดงถึงประสิทธิศักรยะสั้น (surrogated end-point)

๓.๑.๔ ยังอยู่ในระหว่างการติดตามความปลอดภัย (safety monitoring program : SMP)

๓.๑.๕ มีการออกแบบการวิจัยที่ไม่เหมาะสม.

๓.๒ การศึกษาที่มีคุณภาพดี (หลักฐานประเภท I และ/หรือ II) มีผลที่ขัดแย้งกัน

๓.๓ หลักฐานของประสิทธิผล ได้รับการหักล้างจากอันตรายที่สำคัญ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติในขั้นตอนนั้น.

๓.๔ ไม่มีรายงานการศึกษาถึงอรรถประโยชน์หรือประสิทธิผลที่แสดงถึงจุดหมายที่สุด (ultimate end points) ทางการแพทย์

๓.๕ การศึกษาที่มีคุณภาพดีจากต่างประเทศบางเรื่อง ไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ ในบริบทของประเทศไทย เนื่องจากสภาพปัญหาและสถานการณ์ เช่น ความชุก ลักษณะการดำเนินโรค ที่แตกต่างกัน

## บทที่ ๕

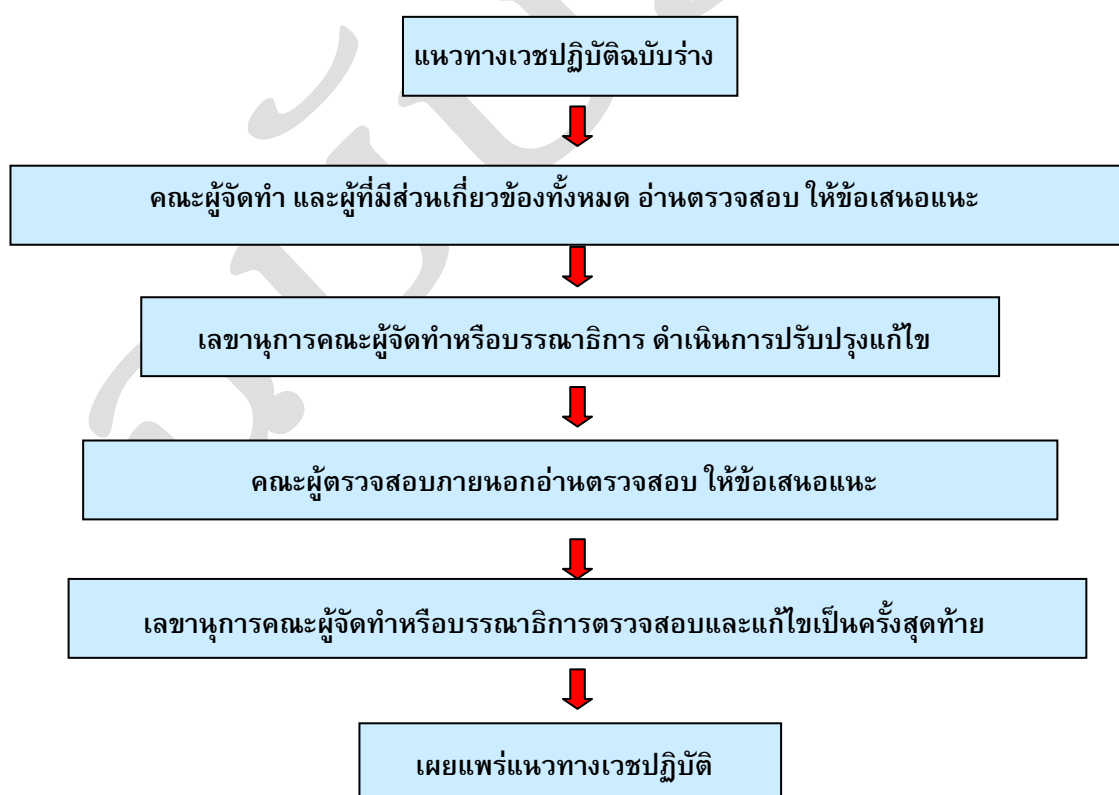
### การตรวจสอบและทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติก่อนนำไปเผยแพร่

แนวทางเวชปฏิบัติที่ได้มาควรเป็นบทความทางการแพทย์ที่อ่านเข้าใจได้ง่าย และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ประกอบด้วย

- สารบัญ วัตถุประสงค์ของการจัดทำ คณะผู้จัดทำ
- เนื้อหา ประกอบด้วย คำนำ, สรุปเนื้อหาที่สำคัญ, การให้คำจำกัดความของคำต่างๆ, คำถามทางการแพทย์ และคำตอบที่อธิบายเหตุผลในการให้คำแนะนำ, วิธีการเผยแพร่และกระตุ้นให้มีการนำไปใช้, ตัวชี้วัด, คำแนะนำหัวข้อที่ควรทำการศึกษาหรือวิจัยเพิ่มเติม
- เอกสารอ้างอิง

หลังจากได้เนื้อหาแนวทางเวชปฏิบัติฉบับร่างแล้ว ก็มีการทบทวนอีกครั้งโดยผู้ร่วมจัดทำ (internal review) เพื่อให้แน่ใจในความถูกต้องและเป็นที่ยอมรับจากทุกฝ่าย หัวข้อและกรอบที่ใช้ในการตรวจสอบนั้นใช้หลักการของ AGREE Instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการจัดทำและปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติ ตามแบบประเมินแนวทางเวชปฏิบัติในภาคผนวก

จากนั้นเลขานุการของคณะผู้ร่วมจัดทำหรือบรรณาธิการรวบรวมและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และส่งให้คณะผู้ทบทวนภายนอก (external review) ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นเลขานุการคณะผู้ร่วมจัดทำหรือบรรณาธิการแก้ไขเป็นครั้งสุดท้ายก่อนที่จะทำการเผยแพร่ต่อไป ดังแผนผังที่ ๓



แผนผังที่ ๓ ขั้นตอนการตรวจสอบและทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติก่อนนำไปเผยแพร่

## บทที่ ๖

### การเผยแพร่และกระตุ้นให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ

การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติที่ต้นนั้นเป็นขั้นตอนที่สำคัญในช่วงแรก แต่ยังมีขั้นตอนที่สำคัญมากอีกเช่นกัน คือ การนำแนวทางเวชปฏิบัติที่ได้ทำขึ้นนี้ไปเผยแพร่และทำให้มีการใช้อย่างแพร่หลาย หรือได้รับการยอมรับจากบุคลากรสุขภาพทุกฝ่าย เพราะแนวทางการรักษาที่ดีหลายเรื่องไม่ได้มีการนำไปใช้อย่างจริงจัง ทั้งนี้เนื่องมาจากตัวบุคลากรสุขภาพเอง หรือวัฒนธรรมองค์กร

เนื้อหาของบทความแนวทางเวชปฏิบัติที่จัดทำขึ้น ควรได้รับการเผยแพร่ในรูปแบบต่างๆ ทั้งที่เป็นเอกสารตีพิมพ์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้บุคลากรสุขภาพเข้าถึงข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในเวชปฏิบัติประจำวันที่ต้องการได้ทันที โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและมีการปรับปรุงให้ทันสมัยได้ง่าย นอกจากนี้ยังควรมีการจัดทำเอกสารสำหรับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป เป็นการให้ความรู้แก่ทางสังคมควบคู่ไปกับแนวทางที่จัดทำขึ้นด้วย

การทำให้แนวทางเวชปฏิบัติเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย นอกจากการมีผู้รับผิดชอบ ควรมีมาตรการต่างๆ ควบคู่ไปด้วย ได้แก่ การให้การศึกษ การใช้กระบวนการบริหารจัดการ และการออกเป็นกฎระเบียบ ดังตารางที่ ๔ การจะใช้มาตรการอะไรหรือใช้หลายมาตรการร่วมกันเพื่อให้ได้ผลนั้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และหัวข้อที่จัดทำขึ้น ว่ามีปัจจัยอะไรที่ขัดขวางการนำแนวทางไปใช้

นอกจากการให้ความรู้แก่บุคลากรสุขภาพแล้ว ควรนำแนวทางเวชปฏิบัตินี้มาใช้ในการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน การศึกษาต่อเนื่อง และนำมาเป็นข้อสอบเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาต่างๆ ก็จะช่วยให้มีการนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้มากขึ้น

ตารางที่ ๔ มาตรการที่ทำให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น<sup>16, 17</sup>

#### ๑. การให้การศึกษหรือความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์

- การให้การศึกษ ในรูปแบบต่างๆ เช่น การนำมาสอนในสถานศึกษา การฝึกอบรม การสัมมนา การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ และการให้ความรู้ชนิดตัวต่อตัว (face-to-face persuasive outreach)<sup>#</sup>
- การนิเทศงาน (clinical supervision or consultation)
- สื่อความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น บทความวิชาการ สิ่งตีพิมพ์ให้ความรู้ วารสารทางการแพทย์ เอกสารชักชวนโปสเตอร์ วิดีโอ และผ่านสื่อมวลชน เป็นต้น
- เผยแพร่ข้อมูลโดยผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์

#### ๒. การใช้กระบวนการบริหารจัดการ

- จัดทำแนววิธีปฏิบัติโดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย (stakeholder) มีส่วนร่วมในการจัดทำและตัดสินใจ
- มีการประชาสัมพันธ์ หรือระบบที่คอยเตือนบุคลากรสุขภาพให้ทำตามแนวทางที่ได้จัดทำขึ้น
- มีคณะกรรมการ หรือ medical auditor ตรวจสอบว่าทำตามแนวทางที่ได้วางไว้หรือไม่ จากนั้นให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback)
- ใช้เป็นตัวชี้วัดในการพัฒนาคุณภาพ หรือตรวจสอบมาตรฐานของโรงพยาบาล
- อำนวยความสะดวกในกระบวนการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ เช่น การจัดให้มียาหรืออุปกรณ์ให้พร้อม
- จัดทำเครื่องมือสนับสนุนการใช้แนวทางเวชปฏิบัติให้สะดวกและเข้าใจได้ง่าย เช่น จัดทำเป็น clinical policy, protocol, standard order หรือ care map
- ให้ค่าชมเชย หรือรางวัล (incentives) แก่ผู้ปฏิบัติงานที่ทำตามแนวทางที่ได้ตั้งไว้

- จัดระบบให้มีการเตือน (reminders)<sup>#</sup> แก่บุคลากรในหน่วยงาน โดยเฉพาะเมื่อใช้กับระบบที่บันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ หรือ technology assessment เพื่อให้การเข้าถึงข้อมูล และประเมินผลง่ายขึ้น

#### ๓. การออกเป็นกฎระเบียบ

- ควบคุมยา หรือการเบิกสิ่งอุปกรณ์ ที่ไม่อยู่ในแนวทางเวชปฏิบัติ
- ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลถ้าไม่ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ (patient cost-sharing)
- ออกเป็นคำสั่ง หรือระเบียบของหน่วยงาน ให้ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ

#### ๔. การใช้หลายมาตรการร่วมกัน<sup>#</sup>

---

หมายเหตุ<sup>#</sup> จากการศึกษาพบว่า เป็นมาตรการที่ได้ผลดี<sup>18</sup>

ฉบับร่าง

## บทที่ ๗

### การประเมินผลของการนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้

แนวทางเวชปฏิบัติบางฉบับอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาลอย่างมาก ในขณะที่บางฉบับมีผลน้อย เพราะในการนำแนวทางการรักษาที่แตกต่างจากเดิมมาใช้ อาจมีปัจจัยบางอย่างที่ไม่คาดคิดมาขัดขวางการนำไปใช้ ดังนั้นจึงควรมีการประเมินผลของการนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้อย่างเป็นระบบ การประเมินนั้นทำได้ในประเด็นใหญ่สองประการ ได้แก่

- ผลประโยชน์ที่ได้รับเมื่อนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้ เช่น ลดอัตราการเสียชีวิต ป้องกันการเกิดโรค เพิ่มอัตราการหายจากโรค ลดการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพชีวิต
- การประเมินว่ามีการนำแนวทางไปใช้จริงหรือไม่ เช่น อัตราส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามที่แนวทางเวชปฏิบัติแนะนำไว้ อัตราการใช้ยาที่แนะนำ เทียบกับก่อนหน้านั้น

ดังนั้นจึงควรกำหนดตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการประเมิน ตัวชี้วัดที่ดีนั้นต้องง่ายต่อการเก็บข้อมูลหรือนำไปใช้วัดผล อาจเป็นข้อมูลการแพทย์ที่ค้นได้จากการบันทึกในรายงานผู้ป่วยที่ทำกันอยู่ประจำ ใช้เปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานได้ และเป็นค่าที่แท้จริงที่บ่งถึงผลลัพธ์ของสุขภาพหรือการรักษา<sup>2</sup>

ในการประเมินโดยเฉพาะในหัวข้อประโยชน์ที่ได้รับเมื่อนำแนวทางไปใช้ ทำได้ยากและบางครั้งใช้เวลาหลายปีก่อนที่จะได้ผล จึงทำให้การวิจัยหรือเก็บข้อมูลต้องใช้การทำที่เป็นมาตรฐานเช่นเดียวกับระเบียบการทำวิจัย และต้องใช้งบประมาณสนับสนุนในการทำ

## บทที่ ๘

### การปรับปรุง

ราชวิทยาลัย วิทยาลัย และองค์กรสุขภาพต่าง ๆ ควรสนับสนุนให้มีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติทุก ๓ – ๕ ปี หรือเมื่อข้อมูลการแพทย์ที่สำคัญมีการเปลี่ยนแปลง โดยอาจเป็นการแก้ไขเพียงเล็กน้อยหรือจัดทำขึ้นใหม่ทั้งหมด เพื่อให้ข้อมูลที่สื่อไปให้แพทย์และบุคลากรสุขภาพมีความถูกต้องและทันสมัยอยู่เสมอ ในยุคที่ข้อมูลการค้นคว้าทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

ข้อมูลที่ได้จากผู้ตรวจสอบการแพทย์ (medical audit) ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่น่ามาใช้ในการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะในส่วนของดัชนีชี้วัดที่ใช้ในการตรวจสอบมาตรฐานของโรงพยาบาล นอกจากนี้คำถามทางการแพทย์ที่ยังไม่มีคำตอบ ควรพิจารณาเป็นหัวข้อในการทำวิจัยเพื่อให้ได้คำตอบต่อไป

# แบบประเมินแนวทางเวชปฏิบัติ

## ด้วยวิธี Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE) Instrument

Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE) Instrument เป็นเครื่องมือที่จัดทำขึ้นโดยกลุ่มแพทย์จากประเทศทางยุโรป อเมริกาเหนือ และออสเตรเลียรวมทั้งสิ้น 13 ประเทศ เพื่อนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพของการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (ไม่ได้ใช้เพื่อประเมินเนื้อหาหรือคุณภาพของหลักฐานที่ใช้ในการอ้างอิง)<sup>19, 20</sup> การประเมินประกอบด้วย 6 หัวข้อใหญ่ และ 23 หัวข้อย่อย

แต่ละหัวข้อจะมีการให้คะแนน 1 – 4 โดยที่คะแนน 4 หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในแต่ละหัวข้อ ในขณะที่คะแนน 1 เป็นคะแนนต่ำสุด หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือไม่พบว่ามีการจัดทำในหัวข้อนั้นๆ ผู้ประเมินควรมี 2-4 คน

รายการประเมิน	4	3	2	1	Comments
<b>ขอบเขต และวัตถุประสงค์ (scope and purpose)</b>					
1 วัตถุประสงค์ประสงค์และผลประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้ไว้้อย่างจำเพาะเจาะจง (SMART) (ตัวอย่าง: เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนระยะยาว ในผู้ป่วยเบาหวาน)					
2 มีการตั้งคำถามที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วย ไว้้อย่างชัดเจน (ตัวอย่าง: ผู้ป่วยเบาหวานควรทำการตรวจ HbA1c ปีละกี่ครั้ง และระดับที่เหมาะสมควรเป็นเท่าไร)					
3 ระบุกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายที่ควรนำแนวทางเวชปฏิบัตินี้ไปใช้ไว้้อย่างจำเพาะ (ตัวอย่าง: คำแนะนำนี้ใช้เฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน แล ไม่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ)					
<b>ผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำ</b>					
4 มีผู้ร่วมจัดทำจากผู้เกี่ยวข้องครบถ้วน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญสาขาวิชาชีพต่างๆ, ผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ, ผู้กำหนดนโยบาย เป็นต้น					
5 มีความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ต้องการให้คำแนะนำในการรักษาเป็นอย่างไร (เช่น มีข้อมูลได้จากตัวแทนการสัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือจากการค้นหาได้จากรายงานทางการแพทย์)					
6 ระบุถึงบุคคลากรสาธารณสุขที่ต้องการให้นำแนวทางเวชปฏิบัตินี้ไปใช้ (ตัวอย่าง: แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยปวดหลังช่วงล่าง ผู้ที่สมควรนำไปใช้ ได้แก่ แพทย์ทั่วไป แพทย์โรคกระดูกและข้อ แพทย์ระบบประสาท เวชศาสตร์ฟื้นฟู และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น)					
7 มีการทดลองนำแนวทางไปใช้ก่อนการเผยแพร่ใช้จริง					

มีการจัดทำที่ดี					
8	ระบุวิธีการค้นคว้าหลักฐานวิชาการที่ใช้อ้างอิงไว้อย่างเป็นระบบ (มีการกำหนดคำที่ใช้ค้น ช่วงเวลา และค้นหาข้อมูลจากแหล่งไหน เช่น MEDLINE, Cochrane library หรือ conference report เป็นต้น)				
9	กำหนดข้อบ่งชี้การคัดเลือกหลักฐานวิชาการที่ใช้อ้างอิง (เช่น เลือกเฉพาะการศึกษาที่เป็น randomized control trials, ภาษาอังกฤษ และภาษาไทย)				
10	ระบุวิธีการได้มาของ “คำแนะนำ” (เช่น ใช้การลงมติด้วยคะแนนเสียงข้างมาก หรือฉันทามติ)				
11	มีข้อพิจารณา “คำแนะนำ” ในแง่มุมต่างๆ เช่น ผลดีต่อสุขภาพ ผลข้างเคียง และความเสี่ยง (ตัวอย่างผลดีต่อสุขภาพ เช่น อัตราการรอดชีวิต การลดการเจ็บป่วย การลดการมารับการรักษาอย่างฉุกเฉิน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิต)				
12	“คำแนะนำ” มีการอ้างอิงถึงหลักฐานทางการแพทย์ไว้อย่างชัดเจน				
13	มีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกคณะผู้จัดทำ (ที่ไม่ใช่ผู้จัดทำ) ก่อนทำการตีพิมพ์หรือเผยแพร่				
14	กำหนดช่วงเวลาเพื่อปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติที่ได้จัดทำขึ้น (ตัวอย่าง: กำหนดช่วงเวลา ทุก 3-4 ปี หรือเมื่อมีข้อมูลทางการแพทย์ที่มีผลต่อคำแนะนำที่ให้อำนาจให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน)				
มี “คำแนะนำ” ที่ชัดเจน					
15	คำแนะนำที่ให้อำนาจมีความจำเพาะ และไม่คลุมเครือ (คำแนะนำมีการกล่าวถึง วิธีการรักษาหรือสืบค้นอย่างชัดเจน กลุ่มผู้ป่วยใดที่ควรทำตามคำแนะนำ และ ใช้ในกรณีหรือภาวะใดบ้าง)				
16	ในกรณีที่ การรักษา การวินิจฉัยโรค หรือการป้องกันโรค มีทางเลือกหลายทาง คำแนะนำมีการกล่าวถึงข้อพิจารณาในการเลือกไว้อย่างครบถ้วน				
17	สรุปหรือเน้น คำแนะนำสำคัญ (key recommendations) เพื่อให้เห็นได้ชัดเจน (ตัวอักษร ทำเป็นตัวหนา ชัดเส้นใต้ ใส่ไว้ในกล่อง หรือทำเป็น flow charts เพื่อให้เห็นได้ชัดเจน และเข้าใจง่าย)				
18	มีการจัดทำเครื่องมือที่ช่วยให้การนำไปใช้หรือเผยแพร่ ทำให้เข้าใจได้ง่าย (เช่น จัดทำ Quick reference guide, เอกสารสำหรับผู้ป่วย และเครื่องมือให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น)				

การนำไปใช้ได้จริง (applicability)					
19	มีข้อพิจารณาถึงปัญหา โดยเฉพาะในเชิงระบบทางสังคมและทางการบริหารจัดการ ที่อาจเป็นอุปสรรคทำให้น้ำคำแนะนำนำไปใช้ไม่ได้				
20	มีข้อพิจารณาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเมื่อนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้ (ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เช่น ค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ ค่าเครื่องมือ ค่ายา)				
21	มีการกำหนดดัชนีที่ใช้ชี้วัด เพื่อใช้ในการติดตาม และตรวจสอบ ไว้อย่างจำเพาะ (ตัวอย่าง: ระดับ HbA1c ควรต่ำกว่า 8.0%)				
ความเป็นอิสระของบรรณาธิการและคณะผู้จัดทำ					
22	ระบุว่า คณะผู้จัดทำและบรรณาธิการได้รับเงินสนับสนุนหรือมีผลประโยชน์ทับซ้อนจากหน่วยงานหรือบริษัทที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดทำ				
23	คณะผู้จัดทำและบรรณาธิการไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (conflicts of interest) (ตัวอย่าง: ผู้จัดทำเคยรับเงินของบริษัทยาเพื่อทำการวิจัยยา ที่นำมาใช้ในคำแนะนำของแนวทางเวชปฏิบัติ)				

หมายเหตุ คะแนนประเมิน 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 3 = เห็นด้วย, 2 = ไม่เห็นด้วย, 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

#### ตัวอย่างการคิดคะแนน

ให้คิดคะแนนในแต่ละหัวข้อใหญ่ ไม่ต้องนำมารวมกันตอนท้าย

ตัวอย่างการรวมคะแนน ในกรณีที่มีผู้ประเมิน 4 คน

หัวข้อใหญ่ที่ 1 ขอบเขต และวัตถุประสงค์ (Scope & purpose):

	หัวข้อ 1	หัวข้อ 2	หัวข้อ 3	Total
ผู้ประเมิน 1	2	3	3	8
ผู้ประเมิน 2	3	3	4	10
ผู้ประเมิน 3	2	4	3	9
ผู้ประเมิน 4	2	3	4	9
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>36</b>

Maximum possible score = 4 (strongly agree) x 3 (items) x 4 (appraisers) = 48

Minimum possible score = 1 (strongly disagree) x 3 (items) x 4 (appraisers) = 12

The standardized domain score will be:

$$\frac{\text{obtained score} - \text{minimum possible score}}{\text{Maximum possible score} - \text{minimum possible score}} = \frac{36 - 12}{48 - 12} = \frac{24}{36} = 0.67 \times 100 = 67\%$$

## การประเมินทั้งหมด

ท่านคิดว่าควรนำแนวทางเวชปฏิบัตินี้ไปใช้หรือไม่?

- Strongly recommend
- Recommend (with provisos or alterations)
- Would not recommend
- Unsure

วิจารณ์และเสนอแนะ

พื้นที่สำหรับวิจารณ์และเสนอแนะ

ผู้ประเมิน \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

---

## เอกสารอ้างอิง

1. New Zealand Guidelines Group. Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines. Wellington: New Zealand, 2001.
2. Committee of Ministers of the Council of Europe. Developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices. Council of Europe. Council of Europe Publishing, 2002
3. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mookink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998; 317:858-61.
4. Handley M, Stuart M, Kirz H. An evidence-based approach to evaluating and improving clinical practice. *HMO Pract* 1994; 4:75-83.
5. Basinski A. Evaluation of clinical guidelines. *Can Med Assoc J* 1995; 153:1575-81.
6. Berg M. Problems and promises of the protocol. *Soc Sci Med* 1997; 44:1081-88.
7. Mansfield C. Attitudes and behaviors towards clinical guidelines: the clinicians perspective. *Qual Health Care* 1995; 4:250-5.
8. Mead P. Clinical guidelines: promoting clinical effectiveness or a professional minefield. *J Adv Nurs* 2000; 31:110-6.
9. Grimshaw J, Russell I. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342:1317-22.
10. Effective Health Care Bulletin. Implementing clinical practice guidelines. York: University of York, 1994.
11. Toss WE, Nash D, editors. Disease management: A systems approach to improving patient outcomes. San Francisco. Jossey-Bass, 1996. page 157-78.
12. Buckley G, West B. A safe path or a legal minefield? Clinical guidelines conference report. *Health Bull (Edin)* 1998; 56:848-50.
13. World Health Organization. Guidelines for WHO guidelines. (cited 10 March 2003)  
Available from: [http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/expcom14/guid\\_for\\_guid.pdf](http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/expcom14/guid_for_guid.pdf).
14. Farmer A. Medical practice guidelines: lessons from the United States. *BMJ* 1993; 307:313-7.
15. Guidelines for Canadian clinical practice guidelines. (cited 20 May 2004).  
Available from url: <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/gccpg-e.htm>
16. Smith WR. Evidence for the effectiveness of techniques to change physician behavior. *Chest* 2000; 118:8S-17S.
17. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: and overview of systemic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998; 317:465-8.
18. Palmer C, Fenner J. Getting the message across: a review of research and theory about disseminating information in the NHS. London: Gaskell; 1999.
19. The AGREE Collaborative Group. Guideline development in Europe: an international comparison. *Int J Technol Assess Health Care* 2000; 16:1039-49.

---

<sup>20</sup>. The AGREE Collaboration group. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Health Care. 2003; 12:18-23.

مكتبة جامعة القاهرة