

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันมีผู้ที่เป็โรจจิตเภทจำนวนกว่า 21 ล้านคนทั่วโลก และกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม (World Health Organization [WHO], 2016) อุบัติการณ์ของผู้ที่เป็นโรจจิตเภทโดยทั่วไปเท่ากับ 0.2 ต่อ 1,000 ในระยะเวลา 1 ปี สามารถพบได้ทั้งในเพศหญิงและชายได้เท่า ๆ กัน โดยร้อยละ 75 พบในช่วงอายุ 15 - 30 ปี ซึ่งส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการของโรจจิตเภทในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทั้งนี้ พบว่าเพศชายมีอายุเฉลี่ยขณะเริ่มมีอาการของโรจจิตเภทที่เร็วกว่าเพศหญิง สำหรับความชุกชั่วชีวิตของโรจจิตเภท พบร้อยละ 0.30 - 0.66 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) หรือประมาณ ร้อยละ 1 ซึ่งหมายความว่า ใน 100 คน จะพบประมาณ 1 คนที่ในช่วงชีวิตหนึ่งมีโอกาสเป็นโรจจิตเภทได้ (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015) สำหรับสถานการณ์ผู้ที่เป็นโรจจิตเภทในประเทศไทย จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต ปี 2556 พบว่ามีจำนวน 409,003 ราย จากผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,152,044 ราย ซึ่งมากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556) และในปี 2559 พบว่าจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 421,298 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2560)

ทั้งนี้โรจจิตเภทในเพศหญิงยังเป็น 1 ใน 10 อันดับของภาระโรคทั่วโลก (global burden disease) (WHO, 2008) และยังเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมในการจัดอันดับจากปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยและความบกพร่องทางสุขภาพทั่วโลก (Murray et al., 2012) และสำหรับประเทศไทยโรจจิตเภทเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของทั้งเพศหญิงและชายในการจัดอันดับจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557)

นอกจากการสูญเสียจำนวนปีสุขภาวะแล้ว ค่าใช้จ่ายในการรักษาสำหรับผู้ที่เป็นโรจจิตเภทพบว่ค่อนข้างสูงเช่นกัน เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าใช้งบประมาณการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ที่เป็นโรจจิตเภทประมาณ ร้อยละ 2.8 หรือ ประมาณ 65 พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐอเมริกาของงบประมาณระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติและการให้บริการทางสังคม (Knapp, Mangalore, & Simon, 2004) และจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ ของฉ่อง และคณะ (Chong, Teoh, Wu, Kotirum,

Chiou, & Chaiyakunapruk, 2016) โดยการรวบรวมงานวิจัยในปี 2013 ที่เกี่ยวกับภาระทางเศรษฐกิจของโรคจิตเภททั่วโลก (global economic burden of schizophrenia: a systematic review) พบว่ามีหลักฐานงานวิจัยในสหราชอาณาจักร และประเทศสวีเดนที่ศึกษาต้นทุนโดยรวม (total cost) ในการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และมีภาระทางเศรษฐกิจที่คิดเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (gross domestic product [GDP]) ประมาณค่าได้อยู่ในช่วงระหว่าง ร้อยละ 0.02 ของ GDP ในสหราชอาณาจักร ถึงร้อยละ 1.65 ของ GDP ในประเทศสวีเดน สำหรับประเทศไทย รัฐบาลใช้งบประมาณในการดูแลสุขภาพจิตปี 2559 เท่ากับร้อยละ 2.42 หรือประมาณ 3,000 ล้านบาทของงบประมาณการดูแลสุขภาพทั้งหมด โดยภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากในปี 2558 ที่ใช้งบประมาณ 2,650 ล้านบาท (กรมสุขภาพจิต, 2559)

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงโดยก่อให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพ (impairment) ของผู้ป่วยโรคจิตเภทและเป็นโรคเรื้อรัง (chronic) ที่มีปัญหาและมีความผิดปกติด้านสติปัญญา การรับรู้ อารมณ์ จิตสังคมและความสามารถในการทำหน้าที่ และการทำงาน (WHO, 2016) โดยอาการทางคลินิกของโรคจิตเภทที่สำคัญแบ่งได้ 3 กลุ่มอาการ คือ 1) กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) เป็นอาการผิดปกติที่มักพบในช่วงที่ผู้ป่วยอาการกำเริบ ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน 2) กลุ่มอาการที่ผิดปกติไม่เป็นระเบียบแบบแผน (disorganized dimension) ได้แก่ ความผิดปกติของพฤติกรรม และการพูด ที่สับสน หรือไม่มีความต่อเนื่อง และ 3) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นอาการผิดปกติที่มีการขาด หรือ ลดลงของลักษณะพื้นฐาน และการแสดงออกทางอารมณ์ที่น้อยกว่าของคนทั่วไป เช่น มีการแสดงออกของอารมณ์ที่เรียบเฉย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2555; นันทวัช สิทธีภิรักษ และคณะ, 2558)

การเป็นโรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเอง ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนสังคม เศรษฐกิจ โดยผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ ทำให้เกิดการเสื่อมถอย ความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม รวมไปถึงความสามารถในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติหน้าที่กิจวัตรประจำวัน ซึ่งต้องพึ่งพาครอบครัว ชุมชน และสังคม (Chien, Leung, Yeung, & Wong, 2013; Sadock et al., 2015) มีการศึกษาที่พบว่า ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเริ่มมีความรู้สึกรอคอยการบำบัดส่งผลให้เกิดการปกปิดอาการเจ็บป่วย รวมไปถึงการได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากคนปกติก็ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทห่างเหิน แยกตัว ไม่กล้าพูดคุยกับผู้อื่น (ผ่องศรี ดวงแก้ว, 2553)

ทั้งนี้โรคจิตเภทยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ทำให้ครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรู้สึกผิด เสียใจ รวมไปถึงความวิตกกังวล และอับอาย (Neuroscience Research Australia [NeuRA], 2016) และในตลอดระยะเวลาการดำเนินโรคนั้นครอบครัวมีความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ และรับผิดชอบดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Hou, Ke, Su, Lung & Huang, 2008; ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข, และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2556) เช่นในการดูแลด้านการบริหารยาที่ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีส่วนร่วมในการรักษาและพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (ประวิทย์ พันภู, 2560) ซึ่งการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาจส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของชีวิต ความเครียด และเศรษฐกิจของครอบครัว ที่จะส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นภาระของครอบครัว (family burden) (Hou, Ke, Su, Lung, & Huang, 2008) นอกจากนี้ อาจพบพฤติกรรมรุนแรงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อครอบครัว (ปัญญา ทองทัฬ และ กฤติยา แสงวงเจริญ, 2556) จากผลกระทบต่อครอบครัวข้างต้นจะเห็นว่าจากอาการทางคลินิก และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อหลายด้านต่อครอบครัว รวมไปถึงผลกระทบต่อชุมชนจากการบกพร่องในความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม การทำงาน และสัมพันธภาพกับผู้อื่นในชุมชน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2555; Shives, 2005)

นอกจากนี้ โรคจิตเภทยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ เนื่องจากโรคจิตเภทเริ่มต้นมีอาการในช่วงต้นของชีวิต ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญและทำให้มีความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่อย่างถาวร ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความต้องการในการรับการรักษาดูแลทั้งจากผู้เชี่ยวชาญ การฟื้นฟูด้านต่าง ๆ และแหล่งสนับสนุน โดยในสหรัฐอเมริกาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเทียบเท่ากับผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง และมีรายงานพบว่า ร้อยละ 15-45 ของบุคคลเรื้อรังในสหรัฐอเมริกาเป็นผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Sadock et al., 2015) และจากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้ส่วนมากของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ตลอดในช่วงชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Knapp, 1997; Knapp, 2000) ซึ่งการได้รับการรักษาในระแวกเวลานานนำไปสู่ต้นทุนในการรักษาของโรคจิตเภทที่สูง เนื่องจากต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และไม่เฉพาะเพียงค่าใช้จ่ายในการรักษาเท่านั้น การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถทำงาน หรือมีสมรรถภาพในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ปกติ หรือมีรายได้เท่าที่ควรนั้นเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจ (Knapp, 1997; Salize, McCabe, & Bullenkamp, 2009) โดยถือเป็นภาระทางเศรษฐกิจ (economic burden) ที่เป็นการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์เกี่ยวกับผลกระทบที่ตามมาของความเจ็บป่วย (WHO, 2008) ดังนั้นจากผลกระทบในหลายด้านของโรคจิตเภทดังกล่าวข้างต้น การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของแต่ละประเทศรวมทั้งประเทศไทยเช่นกัน

โรคจิตเภทเป็นโรคที่สามารถรักษาได้โดยการบำบัดรักษาของโรคจิตเภทจะเป็นการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อควบคุมอาการ และป้องกันอาการกำเริบซ้ำ (WHO, 2016) โดยการบำบัดทางจิตสังคมได้รับการแนะนำสำหรับการให้การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดจากการบำบัดรักษา (Patterson & Leeuwenkamp, 2008; Taylor et al., 2009; Guo et al, 2010) เนื่องจาก ปัญหาในการรักษาโดยการให้ยาเพียงอย่างเดียว คือความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ไม่เพียงพอ และไม่ร่วมมือในการรับการรักษา หรือไม่รับประทานยา ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการรักษา และควบคุมอาการต่าง ๆ ที่ไม่สามารถมีประสิทธิภาพได้สูงสุด (Martin, Perez, Sacristan, Rodriguez, Martinez, & Alvarez, 2006) ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ และงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งผลลัพธ์จากการบำบัดทางจิตสังคม พบว่าส่งผลต่อการลดอาการทางจิต ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยังมีส่งผลในระยะยาวต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือการฟื้นฟูทักษะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต และมีการดำเนินของโรคที่ดีขึ้น (Chien, Leung, Yeung, & Wong, 2013; Kim, Frances, David, & Jeffrey, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมและวิพากษ์ (critical review) ของเนียน และคณะ (Chien et al., 2013) ที่ศึกษารูปแบบของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มีประสิทธิผล คือการลด หรือควบคุมอาการด้านบวกและด้านลบของโรคจิตเภท การทำงานหรือหน้าที่ต่างๆ และโอกาสการกลับเป็นซ้ำ โดยพบการบำบัดทางจิตสังคมทั้งหมด 5 รูปแบบ คือ 1) การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (cognitive therapy and cognitive remediation therapy) คือการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้จัดการความคิด หรืออาการทางจิตที่ผิดปกติ โดยการพิสูจน์และประเมินความคิด และการรับรู้ของผู้ป่วย 2) สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) คือการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของโรคจิตเภทกับผู้ป่วย 3) ครอบครัวบำบัด (family intervention) คือการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตของโรคจิตเภท รวมถึงการจัดการอารมณ์ และสัมพันธ์ภายในครอบครัว 4) การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) คือการฝึกหรือฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทเพื่อการดำเนินชีวิตในสังคม แบ่งเป็น 3 ทักษะหลัก คือ การรับรู้ทางสังคม การรู้คิดทางสังคม และทักษะการตอบสนอง และ 5) การบำบัดดูแลเชิงรุก (assertive community treatment) คือการให้บริการทางสุขภาพในรูปแบบของการจัดการรายกรณี (case management model) เข้าถึงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ยังไม่สามารถระบุถึงรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพที่สุด โดยมีข้อเสนอแนะในการพิจารณาเลือกนำไปใช้ให้เหมาะสมกับบริบท ผลการศึกษาดังกล่าวของการบำบัดทางจิตสังคมสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติ (practice guideline) ในการให้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของสถาบันแห่งชาติเพื่อความเป็นเลิศด้านสุขภาพและการแพทย์ (The National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014) และสมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association[APA], 2009; APA, 2010)

ทั้งนี้ในการประเมิน และพิจารณาเลือกรูปแบบของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็น โรคจิตเภท นอกจากประสิทธิผล ยังมีต้นทุนที่ต้องคำนึงถึง (McCrone, 2007) ซึ่งต้นทุนในการใช้รักษาและ บำบัดของโรคจิตเภท สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ 1) ต้นทุนทางตรง (direct cost) คือ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงเห็นได้ชัดเจนเป็นรูปธรรม เช่น ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา และ ค่าเดินทางของผู้ป่วย 2) ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) คือ ค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถระบุแหล่งต้นทุนได้ชัดเจน เช่น การ สูญเสียรายได้หรือทรัพยากรจากความบกพร่อง และการไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ (loss productivity) และ 3) ต้นทุนที่ไม่สามารถวัดค่าได้ หรือมองไม่เห็น (intangible) คือ ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากความ เจ็บป่วย เช่น ความเจ็บปวด หรือความซึมเศร้า โดยต้นทุนทางตรงสำหรับบริการทางสุขภาพของ โรคจิตเภทมีค่าที่ระหว่าง ร้อยละ 1-3 ของงบประมาณระบบสุขภาพแห่งชาติของโลก (Knapp et al., 2004) และต้นทุนทางอ้อมซึ่งสัมพันธ์กับผลผลิตหรือทรัพยากรที่เสียไป (loss productivity) สามารถ ประมาณค่าได้ช่วงระหว่าง 1-7 เท่าของต้นทุนทางตรง (Knapp et al., 2004; Lang & Su, 2004)

ปัจจุบันมีงานวิจัย และการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ศึกษาเกี่ยวกับการต้นทุนในการรักษาและ การบำบัดสำหรับผู้ที่เป็น โรคจิตเภทจำนวนมาก การศึกษาในประเทศไทยของวาทีณี สุขมาก และจารี ทองคำ (2556) โดยเป็นการศึกษาต้นทุนการรักษาค่าใช้จ่ายที่เป็น โรคจิตเภทแบบผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลจิต เวชขอนแก่นราชชนครินทร์แห่งประเทศไทยในระหว่างปี 2553-2556 พบว่าจากการศึกษาต้นทุน ทางตรงของการรักษาค่าใช้จ่ายที่เป็น โรคจิตเภทแบบผู้ป่วยใน โดยเฉลี่ยมีต้นทุนเท่ากับ 20,157.10บาท/ครั้ง โดยมีต้นทุนในการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม (group therapy) เฉลี่ยประมาณ 600-900 บาท/ครั้ง/ คน และการศึกษาต้นทุนของการบำบัดรักษาสำหรับผู้ที่เป็น โรคจิตเภท โดยการทบทวนอย่างเป็น ระบบของน้องและคณะ (Chong et al., 2016) ที่ทบทวนอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ศึกษา ในปี 2013 ของหลากหลายประเทศจำนวน 15 ฉบับ โดยผลการทบทวนอย่างเป็นระบบได้สรุปประเภท และเนื้อหาของต้นทุนโดยรวม (total cost) ในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทและศึกษาต้นทุน ใน ระยะเวลา 1 ปี ในช่วงระหว่างของรัฐเปอร์โตริโก ที่มีต้นทุนต่ำที่สุดคือ 94 ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา และประเทศสหรัฐอเมริกาที่ต้นทุนสูงที่สุดคือ 102,396 ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา

ทั้งนี้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็น โรคจิตเภท พบว่ามีการ บำบัดที่หลากหลายรูปแบบ และต่างเกิดประสิทธิผลกับผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ซึ่งในการตัดสินใจเลือก การบำบัดที่มีความเหมาะสมนอกจากการประเมินประสิทธิผล จึงต้องมีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข (health economic evaluation) เพื่อพิจารณาความคุ้มค่า และประกอบในการตัดสินใจใน การเลือกการบำบัดที่เหมาะสมมาปฏิบัติใช้กับผู้ที่เป็น โรคจิตเภท โดยเป็นการเปรียบเทียบผลต้นทุน ต่อประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดทางตั้งแต่ 2 รูปแบบขึ้นไป (McCrone, 2007)

โดยทั่วไปการประเมินทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (cost-effective analysis [CEA]) คือ การวิเคราะห์ต้นทุนในหน่วยเงินต่อประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจากการบำบัด หรือการจัดกระทำ ในรูปแบบผลลัพธ์ทางสุขภาพ 2) การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost-utility analysis [CUA]) คือการวิเคราะห์ต้นทุนในหน่วยเงินต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในรูปแบบจำนวนปีที่ปรับด้วยคุณภาพชีวิต (quality-adjusted life years [QALYs]) 3) การวิเคราะห์ต้นทุนผลประโยชน์ (cost-benefit analysis [CBA]) คือการวิเคราะห์ต้นทุนในหน่วยเงินต่อประสิทธิผลทางสุขภาพที่เป็นในรูปหน่วยเงิน เช่นการเปรียบเทียบความคุ้มค่าของทรัพยากร และ 4) การวิเคราะห์ต้นทุนต่ำสุด (cost-minimization analysis [CMA]) คือเป็นการวิเคราะห์เพียงบางส่วนคือการเปรียบเทียบต้นทุนในหน่วยเงินต่อประสิทธิผลที่มีลักษณะเหมือนกันของการบำบัดหรือการจัดกระทำ โดยจะสนใจและประเมินเฉพาะผลต้นทุนที่ต่ำที่สุดเท่านั้น (JBI, 2014; Gomersall et al., 2015)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็โรคจิตเภท พบว่า โดยส่วนมากเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (CEA) และผลลัพธ์ในการศึกษา เป็นรูปแบบต้นทุนในหน่วยเงินต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือ ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALYs) โดย 1 หน่วยของ DALY หมายถึงการสูญเสีย 1 ปีสุขภาพดี เป็นเครื่องชี้วัดภาระโรคที่ใช้บอกขนาดปัญหาสุขภาพในภาพรวมของประชากรได้ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557; McCrone, 2007) และในการประเมินและตัดสินใจผลความคุ้มค่าของการบำบัดสามารถประเมินได้จากการคำนวณอัตราส่วนของต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio [ICER]) โดยเป็นการเปรียบเทียบแต่ละทางเลือกที่มีต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ที่ต่ำจะเป็นทางเลือกที่พึงประสงค์ เพราะแสดงถึงการได้หนึ่งหน่วยของประสิทธิผลจากการเพิ่มขึ้นของต้นทุนเพียงเล็กน้อย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมมีความคุ้มค่า (McCrone, 2007; Gomersall et al., 2015)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีการศึกษาของ ไมฮาโลพูโลส และคณะ (Mihalopoulos et al., 2004) ที่ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของครอบครัวบำบัด 3 รูปแบบ ได้แก่ การจัดการกับพฤติกรรมในครอบครัว (behavioral family management [BFM]) การปรับพฤติกรรมในครอบครัว (behavioral intervention for families [BIF]) และ การบำบัดแบบหลายกลุ่มครอบครัว (multiple family groups [MFG]) ในผู้ที่เป็โรคจิตเภท เพื่อนำไปใช้ในการให้บริการทางสุขภาพ วัดผลลัพธ์โดยการประเมินผลต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) คือ ต้นทุนต่อปีสุขภาวะที่สูญเสีย ผลการศึกษาพบว่า

รูปแบบของครอบครัวบำบัดที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด คือการปรับพฤติกรรมในครอบครัว (behavioral intervention in families [BIF]) โดยผลของต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มเท่ากับ 21,000 ดอลลาร์ออสเตรเลีย (AUD)/DALY แต่อย่างไรก็ตามครอบครัวบำบัดทั้ง 3 รูปแบบต่างมีความคุ้มค่า และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติภายในบริบทของประเทศออสเตรเลีย และการศึกษาในประเทศของ พันธูเนร วอส ไวท์ฟอร์ด และเบิร์ตแธรม (Phanthunane, Vos, Whiteford & Bertram, 2011) ที่ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการให้การรักษาร่วมกันระหว่างยาต้านอาการทางจิตและครอบครัวบำบัด เปรียบเทียบกับการรักษาที่ใช้เฉพาะยาเพียงอย่างเดียว เพื่อนำผลไปประกอบการตัดสินใจและกำหนดนโยบายเป็นแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท วัตถุประสงค์โดยการประเมินผลต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) คือ ต้นทุนต่อปีสุขภาวะที่สูญเสีย ซึ่งผลการศึกษพบว่าการรักษาบำบัดร่วมกันระหว่างยาต้านอาการทางจิตแบบใหม่กับครอบครัวบำบัดมีความคุ้มค่าที่สุด คือ 110,000 บาท /DALY ของ GDP ประเทศไทยระยะเวลา 1 ปี

ปัจจุบันมีงานวิจัย การทบทวนอย่างเป็นระบบ หลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวทางปฏิบัติทางคลินิกจำนวนมาก เกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อีกทั้งมีงานวิจัย และการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนของการบำบัดรักษา รวมไปถึงงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้น จากฐานข้อมูล Joanna Briggs Institute (JBI) Library database, The Cochrane Database of Systematic Reviews, MEDLINE และ CINAHL ยังไม่พบการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล ของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการตีพิมพ์ หรืออยู่ระหว่างการดำเนินการ และจากการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยเบื้องต้นระยะเวลาย้อนหลัง 10 ปี พ.ศ. 2549 – 2559 จากฐานข้อมูลงานวิจัยอิเล็กทรอนิกส์ PubMed, CINAHL และ NHS Economic Evaluation Database โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น คือ โรคจิตเภท (schizophrenia) การบำบัด (intervention) และ ต้นทุนประสิทธิผล (cost effectiveness) พบว่า มีงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวนที่มากกว่า 2 งานวิจัยซึ่งเพียงพอต่อการทบทวนอย่างเป็นระบบ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2014)

การทบทวนอย่างเป็นระบบเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการประเมิน สรุป และสังเคราะห์ผลของงานวิจัยทางคลินิกที่มีความหลากหลาย และมีปริมาณของงานวิจัยที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของการบำบัดหรือวิธีการรักษาสำหรับผู้ปฏิบัติในคลินิก ในการเลือกใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป (Tungpunkom, 2014) และการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการ

วิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (cost effectiveness) เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบอีกรูปแบบหนึ่งจัดอยู่ในงานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่ประเมินเปรียบเทียบระหว่างต้นทุน (cost) กับ ประสิทธิภาพทางสุขภาพ (health effect) ตั้งแต่ 2 หรือมากกว่าของการรักษาหรือการช่วยเหลือทางสุขภาพ (health intervention) ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในเชิงปฏิบัติ สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ องค์กร และนโยบาย(JBI, 2014)

จากปัญหาและผลกระทบสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังที่กล่าวข้างต้นซึ่งถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ การพิจารณาแนวทางการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งใน และเนื่องจากยังไม่มีกรอบทบทวนอย่างเป็นระบบของการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพื่อหาข้อสรุปและสังเคราะห์ผลจากการศึกษา โดยนำแนวคิดการทบทวนและการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) (JBI, 2014) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วย 8 ขั้นตอนดังนี้ 1) การกำหนดคำถามในการทบทวน 2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) การสืบค้นงานวิจัยและคัดเลือกงานวิจัย 4) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 5) การรวบรวมและการสกัดข้อมูลงานวิจัย 6) การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย 7) การนำเสนอผล และ 8) การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ โดยศึกษาในกลุ่มประชากร (population) คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) ที่มีกลุ่มซึ่งได้รับการจัดการกระทำ (intervention) คือการรับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตรวมกับการบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial intervention) ได้แก่ สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy) ครอบครัวบำบัด (family intervention) การฝึกทักษะชีวิต (life skill) ชุมชนบำบัด(therapy community) เปรียบเทียบ (comparison) กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (usual care) และการประเมินผลลัพธ์ (outcome) คือ ต้นทุน ประสิทธิภาพและต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม เพื่อนำผลการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณาและตัดสินใจในการเลือกการบำบัดมาปรับใช้ในการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิผลและความคุ้มค่า ซึ่งถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จิตแพทย์ และทีมการรักษา รวมไปถึงการกำหนดใช้ในระบับนโยบายในการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทโดยคำนึงถึงประสิทธิภาพ การประหยัดค่าใช้จ่ายและงบประมาณ ตลอดจนเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นที่มีความเกี่ยวข้องต่อไปในอนาคต



## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ในการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล
2. เพื่อทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัด แต่ละรูปแบบสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

## คำถามการวิจัย

1. รูปแบบของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็น โรคจิตเภทในการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล เป็นอย่างไร
2. ผลการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดแต่ละรูปแบบสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นอย่างไร

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบจากรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ ทั้งในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่รายงานในระยะเวลาย้อนหลัง 10 ปี คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึง 2559 (ค.ศ. 2006 - 2016)

## นิยามศัพท์

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของรายงานการวิจัยที่นำมาทบทวน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ และเสียความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรค Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition TR (DSM-IV TR) หรือ Fifth Edition (DSM-V) ซึ่งจัดทำโดยสมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association [APA]) และให้รหัสของโรคจิตเภทตาม ICD-10 ซึ่งยังคงได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

**การบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท** หมายถึง รูปแบบการบำบัดรักษาสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยแบ่งเป็น 6 รูปแบบ คือ 1) การบำบัดด้วยยาต้านอาการทางจิตแบบเก่าอย่างเดียว 2) การบำบัดด้วยยาต้านอาการทางจิตแบบใหม่อย่างเดียว 3) การบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับยาต้านอาการทางจิตแบบเก่า 4) การบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับยาต้านอาการทางจิตแบบใหม่ 5) ครอบครัวยุติบำบัดร่วมกับยาต้านอาการทางจิตแบบเก่า และ 6) ครอบครัวยุติบำบัดร่วมกับยาต้านอาการทางจิตแบบใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของสถาบันแห่งชาติเพื่อความเป็นเลิศด้านสุขภาพและการแพทย์ (NICE, 2014) และสมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา (APA, 2009; APA, 2010)

**การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัด** หมายถึง การวิเคราะห์ต้นทุนซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในหน่วยเงิน ต่อประสิทธิผลที่เกิดขึ้นของการบำบัดในหน่วยของปีสุขภาวะที่สูญเสีย (disability-adjusted life year [DALYs]) โดยแสดงผลลัพธ์ในรูปแบบอัตราส่วน คือ ต้นทุน (หน่วยเงิน) ต่อจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALYs) และนำมาวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความคุ้มค่า โดยต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) คือ ต้นทุน (หน่วยเงิน) ต่อปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALY) จำนวน โดยใช้เครื่องมือ Dominance Ranking Matrix (DRM) ใน ACTUARI analytical module ของสถาบันโจแอนนา ริกส์ (JBI, 2014)

**การทบทวนอย่างเป็นระบบ** หมายถึง การสรุปองค์ความรู้ และสังเคราะห์ผลจากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อสรุปองค์ความรู้ตามแนวทางของสถาบันโจแอนนา ริกส์ (JBI, 2014) โดยมี 8 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การคำถามในการทบทวน 2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) การสืบค้นงานวิจัย และคัดเลือกงานวิจัย 4) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 5) การรวบรวม และการสกัดข้อมูลงานวิจัย 6) การวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย 7) การนำเสนอผลการทบทวนอย่างเป็นระบบ และ 8) การอภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะ