

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ประกอบในการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 ระบาดวิทยาของโรคจิตเภท
 - 1.3 ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจิตเภท
 - 1.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.5 การดำเนินโรค
 - 1.6 การวินิจฉัย
 - 1.7 การบำบัดรักษาของโรคจิตเภท
 - 1.8 ผลกระทบจากโรคจิตเภท
2. การทบทวนอย่างเป็นระบบ
 - 2.1 ความหมายของการทบทวนอย่างเป็นระบบ
 - 2.2 รูปแบบ และขั้นตอนของการทบทวนอย่างเป็นระบบ
 - 2.3 การทบทวนอย่างเป็นระบบของงานวิจัยทางเศรษฐศาสตร์
3. การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์
 - 3.1 รูปแบบการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์
 - 3.2 การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
 - 3.1.1 ต้นทุนของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
 - 3.1.2 ประสิทธิภาพของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
 - 3.1.3 การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคจิตเภท

ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทได้มีการศึกษาตั้งแต่ก่อนสมัยศตวรรษที่ 19 โดยเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของความคิดที่หลงผิด หวาดระแวง และความเสื่อมถอยของความคิด บุคลิกภาพ ต่อมาในปี ค.ศ. 1908 จิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ ยูแกน บลูเออร์ (Eugan Bleuler) ได้เป็นผู้ที่ให้ชื่อ โรคจิตเภท (schizophrenia) แทน ภาวะสมองเสื่อม (dementia precox) เพื่อเป็นการแสดงถึงความผิดปกติของความคิดที่บิดเบือน ความผิดปกติด้านการแสดงออกของอารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งได้ใช้ชื่อ โรคจิตเภท (schizophrenia) ในทางการแพทย์มาถึงปัจจุบัน (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015)

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงชนิดหนึ่ง โดยมีลักษณะอาการเด่นคือ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ ภาษา และจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิต ส่วนมากจะมีอาการของโรคในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (WHO, 2016)

โรคจิตเภท เป็นโรคจิต (psychosis) ชนิดหนึ่งที่มีความสำคัญและพบได้บ่อย โดยมีสภาวะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง (out of reality) ซึ่งจะแสดงออกมาในลักษณะอาการใดลักษณะหนึ่ง คือ อาการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การแสดงออกผ่านการพูดสนทนา (disorganized speech) หรือมีความผิดปกติของพฤติกรรม (grossly disorganized behavior) ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสูญเสียการรับรู้ถึงความผิดปกติของตนเอง (lack of insight) ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ และมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2555)

โรคจิตเภท หมายถึงผู้ป่วยที่มีความผิดปกติอย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน ในด้านการรับรู้ (Perception) ความคิด (thought) อารมณ์ (affect) และพฤติกรรม (behavior) ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะต้องไม่มีสาเหตุของอาการที่มาจาก โรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติด (สมภพ เรืองตระกูล, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่ามีการให้ความหมายของโรคจิตเภทที่หลากหลาย ซึ่งสามารถสรุปความหมายของโรคจิตเภทได้ว่า เป็นโรคทางจิตเวช โรคหนึ่งที่มีความรุนแรง โดยผู้ที่ป่วยโรคจิตเภทจะไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง มีความคิดที่บิดเบือน มีความผิดปกติของการรับรู้ การแสดงออก ภาษา อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต

ทั้งนี้จะต้องมีอาการอย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน และไม่มีสาเหตุจาก โรคทางสมอง โรคทางกาย พืชจากยา หรือ สารเสพติด โรคจิตเภทสามารถพบได้บ่อย และจะเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือผู้ใหญ่ตอนต้น เมื่อป่วยเป็น โรคจิตเภทแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ และอาจมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างที่ไม่มีอาการกำเริบ

ระบาดวิทยาของโรคจิตเภท

อุบัติการณ์ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทในประเทศไทยเท่ากับ 0.2 ต่อ 1,000 ในช่วงเวลา 1 ปี ซึ่งสามารถพบผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งเพศหญิงและชายได้เท่า ๆ กัน ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ร้อยละ 0.30 - 0.66 (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนนิชย์, 2555) สำหรับอุบัติการณ์ในต่างประเทศเท่ากับ 1.5 ต่อ 10,000 ในช่วงเวลา 1 ปี (McGrath, Saha, Chant & Welham, 2008; Kirkbride et al., 2012) และความชุกชั่วชีวิตในสหรัฐอเมริกาเท่ากับประมาณ ร้อยละ 1 หมายความว่าใน 100 คน จะพบประมาณ 1 คนที่ในชั่วชีวิตหนึ่งมีโอกาสเป็น โรคจิตเภทได้ (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015) โดยร้อยละ 75 พบในช่วงอายุ 15-30 ซึ่งส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการของโรคจิตเภทในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และพบว่าเพศชายจะมีอายุเฉลี่ยขณะเริ่มมีอาการของโรคจิตเภทที่เร็วกว่าเพศหญิง คือ 21 ปีในเพศชาย และ 27 ปีในเพศหญิง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนนิชย์, 2555)

ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

อาการแสดงทางคลินิกของโรคจิตเภท สามารถแบ่งอาการของผู้ป่วยได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอาการทางจิต (psychotic dimension) 2) กลุ่มอาการที่ผิดปกติไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized dimension) ทั้งนี้ในการแบ่งกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคจิตเภทสามารถจัดให้ กลุ่มอาการทางจิต (psychotic dimension) และกลุ่มอาการที่ผิดปกติไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized dimension) อยู่ในกลุ่มอาการด้านบวก (positive dimension) ได้ และ 3) กลุ่มอาการ ด้านลบ (negative dimension) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิชย์, 2555; เพ็ชรดี เปี่ยมมงคล, 2553) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. กลุ่มอาการทางจิต (psychotic dimension) ที่แสดงออกจากความผิดปกติของความคิดและการรับรู้ ได้แก่

1) อาการหลงผิด (delusion) เป็นความเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นความจริงโดยไม่เปลี่ยนแปลงแม้จะมีหลักฐานแย้งกับความเชื่อ อาการหลงผิดที่พบบ่อย ได้แก่ หลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือโดนกลั่นแกล้ง (persecutory delusion) หลงผิดว่าพฤติกรรมของคนอื่น เรื่องหรือสิ่งที่เกิดขึ้นจากสื่อภายนอก เช่น โทรทัศน์ วิทยุเป็นไปเพื่อสื่อความหมายมาถึงตนเอง หรือกล่าวถึงตนเอง (delusion of reference) หลงผิดว่าตนเองมีความสำคัญ มีอำนาจหรือความสามารถพิเศษ (grandiose delusion) หลงผิดโดยมีความเข้าใจว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนอื่นทราบความคิดของตนเองทั้งหมด (thought broadcasting) เป็นต้น ทั้งนี้อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการประกอบการพิจารณาวินิจฉัย คือ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกประหลาด ไม่สามารถเป็นไปได้จริงเลย เช่น เชื่อว่ามีแมลงหรือสิ่งมีชีวิตในสมอง

2) อาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้ที่เกิดขึ้นทางประสาทการรับรู้ (perception) ทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนังที่ผิดปกติโดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก อาการประสาทหลอนที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่ หูแว่ว (auditory hallucination) โดยเสียงที่ได้ยินจะชัดเจนเป็นเรื่องราว ทั้งนี้การได้ยินเสียงคนสนทนาเกี่ยวกับเรื่องของตนเอง (voice discussing) และเสียงคนอื่นหรือจากภายนอกที่วิจารณ์ถึงพฤติกรรมของตนเอง (voice commenting) เป็นอาการประสาทหลอนที่มีผลอย่างมากต่อการวินิจฉัยโรค ทั้งนี้อาการประสาทหลอนที่เป็นเสียงสัตว์ เสียงเรียกชื่อ หรืออาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นขณะเคลิ้มหลับหรือตื่นนั้นไม่มีน้ำหนักในการประกอบการวินิจฉัยโรค นอกจากนี้อาจพบอาการประสาทหลอนชนิดอื่นได้ คือ เห็นภาพหลอน (visual hallucination) หลอนทางประสาทสัมผัส (somatic and tactile hallucination) หลอนทางการได้กลิ่น (olfactory hallucination) และหลอนในการรับรส (gustatory hallucination)

2. กลุ่มอาการที่ผิดปกติไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized dimension) เป็นความผิดปกติที่มีอาการแสดงออกผ่านพฤติกรรม การสื่อสารที่แปลกประหลาด ไม่มีระเบียบแบบแผนและความเป็นเหตุเป็นผล ได้แก่

1) ความผิดปกติของพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) เป็นการแสดงออกที่มีความผิดปกติของพฤติกรรม อาจทำอะไรแปลก ทำสิ่งต่าง ๆ ที่ไม่มีจุดหมาย เช่น การเดินไปเรื่อยโดยไม่มีจุดหมาย หรือในขณะที่เดินอาจนำมือไปสัมผัสสิ่งของต่าง ๆ โดยไม่มีจุดหมาย อาจมีการแต่งตัวแปลก รุงรัง สกปรก สะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ อาจยืนหรืออยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน ๆ

2) ความผิดปกติของการพูดที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) เป็นความผิดปกติของกระบวนการคิดและการแสดงออกผ่านทาง การพูด โดยเป็นการพูดที่สับสน อาจมีการพูดที่ไม่ต่อเนื่องจากการพูดถึงเรื่องหนึ่งเปลี่ยนเป็นอีกเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกัน (loosening of association) หรือการพูดที่เน้นความคล้องจองของความสัมผัสของคำมากกว่าเนื้อหาที่มีความต่อเนื่องกัน (clanging)

3. กลุ่มอาการด้านลบ (negative dimension) เป็นความผิดปกติที่เกิดจากการขาดหรือลดลงอย่างมากในลักษณะพื้นฐาน หรือสิ่งทั่วไปในความเป็นมนุษย์ ในด้านความรู้สึก ด้านความต้องการในสิ่งต่าง ๆ จัดเป็นอาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่

- 1) Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตาคา น้ำเสียงราบเรียบ
- 2) Avolition ความกระตือรือร้นลดลงอย่างมากหรือไม่มี เนื้อหาทำอะไรซ้ำและมักทำได้ไม่นานก็จะเลิกทำโดยปราศจากเหตุผล
- 3) Alogia แสดงออกโดยการพูดน้อยลง เนื้อหาที่พูดน้อย และพูดช้า ใช้เวลาในการตอบนาน
- 4) Anhedonia ความสุขหรือความสนใจ ความพึงพอใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงอย่างมากหรือไม่มี เป็นต้น

โดยสรุปอาการทางคลินิกของโรคจิตเภทสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 3 กลุ่มอาการหลัก ซึ่งกลุ่มอาการทางจิต (psychotic dimension) กลุ่มอาการที่ผิดปกติไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized dimension) หรือสามารถจัดเป็นกลุ่มเดียวกัน คือกลุ่มอาการด้านบวก (positive dimension) เป็นกลุ่มอาการที่เป็นความผิดปกติของความคิดที่มีอาการหลงผิด ความผิดปกติของการรับรู้ที่มีอาการประสาทหลอน และความผิดปกติของกระบวนการคิดที่ส่งผลทางการแสดงออกของพฤติกรรม และการพูดสนทนา ซึ่งส่วนใหญ่มักพบในระยะอาการกำเริบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบ (negative dimension) เป็นการลดลงหรือขาดลักษณะพื้นฐานของคนทั่วไปโดยมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ดังเช่นกลุ่มอาการด้านบวก (positive dimension) ที่จะมีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท

ปัจจัยในการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากหลายสาเหตุและปัจจัยร่วมกัน ทั้งด้านชีวภาพ และด้านจิตใจ รวมไปถึงปัจจัยด้านครอบครัวสังคมที่กระตุ้นให้มีอาการเป็นซ้ำ ซึ่งแนวคิดที่ได้การยอมรับในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ที่เชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือความเสี่ยงอยู่แล้ว เมื่อเผชิญกับสภาวะกดดันที่เป็นปัจจัยในการเกิดโรคจิตเภทบางประการส่งผลให้เกิดอาการของโรคจิตเภท โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2555; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) รายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors)

ปัจจุบันหลักฐานทางชีวภาพในโรคจิตเภทมีหลักฐานสนับสนุนค่อนข้างมาก ดังนั้นปัจจัยของโรคจิตเภทด้านชีวภาพมีความเกี่ยวข้องกับความคิดปกติของสมอง และความคิดปกติเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ในแต่ละช่วงวัย (neurodevelopmental disorder) ประกอบกัน โดยผู้ป่วยอาจเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรม แต่ยังไม่มีการแสดงที่ผิดปกติต้องมีปัจจัยร่วมอื่นในการทำให้เกิดอาการแสดงที่ผิดปกติของโรคจิตเภทเข้ามาประกอบด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2555; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) รายละเอียด ดังนี้

1.1 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และคลอด ผู้ป่วยโรคจิตเภท 2 ใน 3 มีประวัติ

ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างช่วงที่มารดาของผู้ป่วยตั้งครรภ์และระหว่างคลอดซึ่งสูงกว่าปกติ โดยสันนิษฐานว่าอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) ที่สมองส่วนนิวโรคอร์เทกซ์ (neurocortex) และฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของช่วงพัฒนาการ จากภาวะมีความดันโลหิตสูงขนาดตั้งครรภ์และครรภ์เป็นพิษ (eclampsia) ส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง (chronic hypoxia) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท รวมไปถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยง เช่น โรคประจำตัวเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของมารดาขณะตั้งครรภ์ มารดาขาดสารอาหารระหว่างการตั้งครรภ์ มารดาเสพสารเสพติด การติดเชื้อในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ ส่วนภายหลังการคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัมเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท

1.2 พันธุกรรม (genetic factors) การศึกษาในปัจจัยด้านพันธุกรรมที่ส่งผลต่อโอกาส

ในการเกิดโรคจิตเภทพบว่า ญาติหรือผู้ที่ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดนั้นยังมีโอกาสสูงในการเกิดโรคจิตเภท โดยร้อยละ 50 ของคู่แฝดของผู้ป่วยที่มีไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) มีโอกาสเกิดโรคจิตเภท (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015) และร้อยละ 40 ของบุตรที่มีทั้งบิดา และมารดาที่ป่วยเป็น

โรคจิตเภทมีโอกาสเป็นโรคจิตเภท ซึ่งโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกันส่งผลให้เกิดความผิดปกติในระดับเซลล์มีผลต่อการสร้าง synapse เชื่อมโยงระหว่างเซลล์ประสาท (neuronal connectivity) และกระบวนการจัดการข้อมูลของวงจรต่าง ๆ ในระบบประสาท โดยยีนที่สำคัญในกระบวนการนี้ ได้แก่ dysbindin/dystrobrevin binding protein 1 (DTNBP 1), neuregulin 1 (NRG 1), disrupted in schizophrenia 1 (DISC-1), GRM 3, COMT, RGS 4 และ G72 (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015)

1.3 ระบบสารชีวเคมีในสมอง (biochemical factors) ปัจจุบันจากการศึกษาพบว่าโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับสารเคมีในสมองคือ โดปามีน (dopamine) โดยสมมุติฐานที่เป็นที่ยอมรับคือ สมมุติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) ที่เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากระดับโดปามีนในสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทมากเกินไป (dopamine hyperactivity) โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor ที่มากเกินไปเนื่องจากยารักษาโรคจิตที่ได้ผลตอบสนองดีจากการรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2 (antagonist) และความไม่สมดุลระหว่าง ปฏิกริยาการกระตุ้นการทำงาน (excitatory action) ของ acetylcholine กับ ปฏิกริยาการยับยั้งการทำงาน (inhibitory action) ของ dopamine และ gamma amino butyric acid (GABA) ทั้งนี้การทำงานที่มากหรือน้อยเกินไปของ dopamine ส่งผลต่ออาการของผู้ป่วยจิตเภท โดยการทำงานของโดปามีนที่มากเกินไปทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าวและไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ขณะเดียวกันในกรณีที่โดปามีนทำงานน้อยกว่าปกติผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแยกตัวเองออกจากสังคม ความสนใจในกิจกรรมประจำวันลดลง (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015)

สารนำสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่งที่น่าสนใจคือ serotonin พบว่ามีผลต่อทั้งอาการด้านบวก และอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) โดยการทำงานของ serotonin-2 (5-HT_{2A}) receptor บริเวณใน frontal cortex ลดลง และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (serotonin-dopamine antagonist) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับสารนำสื่อประสาท serotonin

นอกจากนี้พบว่าการทำงานของสารนำสื่อประสาท glutamate อาจมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติที่เกิดของโรคจิตเภท โดยพบว่ามีการทำหน้าที่ของ N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็นตัวรับสัญญาณของ glutamate ในสมองส่วน hippocampus (เกี่ยวข้องกับความจำ) และ thalamus ลดลงส่งผลให้ความสมดุลระหว่างระบบ glutamate ซึ่งเป็นแบบ excitatory และระบบ GABA ซึ่งเป็นแบบ inhibitory เสียไปทำให้เกิดสภาวะ excitotoxicity ร่วมกับ neuroplasticity บกพร่อง ซึ่งส่งผลต่ออาการด้านลบและความบกพร่องทางด้านความคิด (cognitive dysfunction)

1.4 กายวิภาคของสมอง พบว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติ ด้านกายวิภาคของสมอง คือ มีปริมาณเนื้อสมองโดยเฉพาะส่วนของ cortical gray matter น้อยกว่าปกติ และมีส่วนของ ventricle โตกว่าปกติซึ่งสัมพันธ์กับอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท การตอบสนองการรักษาที่ผลลัพธ์ไม่ดี และการบกพร่องทางความคิด สถิติปัญญา (cognition) นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติของสมองในส่วนของ limbic system ที่มีหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์จึงมีข้อสันนิษฐานว่ามีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท

จากการศึกษาด้วย MRI พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีขนาดของ limbic system ที่เล็กกว่าคนปกติ โดยใน limbic system จะประกอบด้วย amygdala, hippocampus และ parahippocampal gyrus (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) และในส่วนของ prefrontal cortex ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับประสพการณ์ การแสดงออกของอารมณ์ โดยจากการศึกษาด้วย CT scan พบว่ามีขนาดที่ฝ่อเล็กลง ทั้งนี้ยังไม่พบหลักฐานจากการศึกษาในระดับเซลล์ที่บ่งชี้ว่าโรคจิตเภทเป็นความผิดปกติจากความเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative disorder) โดยแนวคิดปัจจุบันเชื่อว่าเป็นความผิดปกติในการพัฒนาระบบประสาท (neurodevelopmental disorder)

1.5 ประสาทสรีรวิทยา พบว่าในส่วน frontal lobe ของผู้ป่วยจิตเภทมี cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลง ซึ่งเชื่อว่าอาการด้านลบ และอาการด้านกระบวนกรคิด (cognitive) มีความสัมพันธ์กับการทำงานที่ผิดปกติของสมอง prefrontal lobe (prefrontal lobe dysfunction)

อย่างไรก็ตามการทำงานของสมองในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมองเพียงส่วนใดส่วนหนึ่ง แต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองในหลาย ๆ วงจรที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน ทั้งระดับ cortical และ sub cortical โดยสามารถมองว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดจากการรบกวนของการเชื่อมต่อระบบประสาท (disturbed neural connectivity) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2555; Sadock, Sadock & Ruiz, 2015)

2. ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors)

ปัจจัยทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับการโรคจิตเภท สามารถอธิบายได้จากหลายการศึกษาและทฤษฎีที่ความผิดปกติทางจิตสังคมส่งผลให้มีโอกาสเกิดอาการทางจิตและเป็นโรคจิตเภท ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของซิกมันด์ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ซึ่งมีความเชื่อว่าอาการทางจิตเกิดจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของอีโก้ (Ego) โดยหากมีสิ่งมากระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง (psychotic trauma) ในระยะการพัฒนากุศลิกภาพ โดยเฉพาะช่วงปีแรกซึ่งมีความสำคัญในการพัฒนาอีโก้ ที่ส่งผลต่อการรับรู้ที่ตรงกับความเป็นจริง (reality) และการควบคุมแรงขับจากภายใน (inner drive) เช่น เรื่องเพศ (sex) และความก้าวร้าว (aggression) เป็นต้น ซึ่งอาจจะเป็นการกระตุ้นให้มีอาการแสดงของโรคจิตเภท (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015; Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013) เช่นเดียวกับทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการที่พบว่ามีความผิดปกติจากระยะพัฒนาการทางกุศลิกภาพในวัยเด็ก ที่มีผลให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และไวต่อความเครียดที่มากกว่าปกติ แต่ไม่สามารถตอบสนองและจัดการกับความเครียดได้ดี และผู้ป่วยที่มีความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติที่มีมากและไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่วใจ (ambivalence) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2555)

นอกจากปัจจัยทางชีวภาพ และ ปัจจัยทางจิตสังคมดังที่กล่าวข้างต้นข้างต้น จะสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคจิตเภทแล้ว ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม แม้ไม่ได้เป็นการกระตุ้นให้เกิดโรคจิตเภทโดยตรง แต่เป็นการกระตุ้นให้มีอาการ หรือการกลับเป็นซ้ำ (relapse) โดยครอบครัวที่มีผลในการกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรคจิตเภท พบว่าลักษณะของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันภายในครอบครัวค่อนข้างสูง (high expressed-emotion: high EE) เช่น มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร (hostility) จู้จู้ยุ่งกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement) การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) ทั้งนี้ในปัจจุบันจากการศึกษาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อวาลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบเป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นแล้วเป็นโรคจิตเภท (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2555)

ทั้งนี้สภาพทางสังคมที่มักพบผู้ป่วยจิตเภทคือในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ แออัด ซึ่งมีสมมุติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื่อย ๆ นั้นทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำลงกว่าเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมกดดัน บีบคั้นทำให้มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทได้มากขึ้น (social causation hypothesis) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2555; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; อรพรรณ ลือบุญชัย, 2554)

โดยสรุป ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทนั้นแม้ไม่ยังสามารถระบุได้ชัดเจน แต่ปัจจุบันจากการศึกษา พบว่าการเกิดโรคจิตเภทนั้นเป็นผลจากหลายปัจจัยร่วมกันที่ทำให้มีโอกาสในการเกิดโรคจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors) ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และคลอด พันธุกรรม (genetic factors) ระบบสารชีวเคมีในสมอง (biochemical factors) กายวิภาคของสมอง และประสาทสรีรวิทยา และปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) สำหรับปัจจัยทางด้านครอบครัว และสังคม เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ หรือกลับเป็นซ้ำ

การดำเนินโรค

การดำเนินโรคของจิตเภทสามารถแบ่งได้ตามลำดับความเป็นไปของโรค โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิชย์, 2555) ดังนี้

1. ระยะอาการนำ (prodromal phase) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ โดยจะเป็นกลุ่มอาการด้านลบ มักมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ ความรับผิดชอบ การเรียน การทำงานหรือการทำหน้าที่ต่าง ๆ ที่แย่ลง เช่น ผู้ป่วยเริ่มเก็บตัวแยกตัวออกจากสังคมไม่ค่อยไปไหนหรือทำกิจกรรมกับเพื่อนเหมือนเคย ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านมากขึ้นกว่าเดิม ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการดูแลตนเอง ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจหันมาสนใจในสิ่งที่ไม่เคยสนใจและมีพฤติกรรมการแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม เช่น ผู้ป่วยอาจหันมาสนใจด้านศาสนา ปรัชญา หรือจิตวิทยา มีการพูด การใช้คำหรือสำนวนที่แปลก รวมไปถึงพฤติกรรมที่แปลก คือมีท่าทีระแวง แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดจะเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม ระยะเวลาที่ไม่แน่นอนตั้งแต่เป็นสัปดาห์ จนถึงปี โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบซึ่งในการพยากรณ์โรคจะไม่ค่อยดีนักหากผู้ป่วยมีระยะเวลานี้เป็นเวลานาน

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มต้นเป็นโรคจิตเภท โดยจะมีอาการตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภททางจิตชัดเจน โดยส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms)

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคล้ายในระยะอาการกำเริบ อาจพบกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) การแสดงออกของอารมณ์เรียบเฉย (flat affect) หรือเสื่อมลงมากกว่าอาการโรคจิต เช่น หลงผิด หรือประสาทหลอนที่หลงเหลืออยู่ แต่ไม่ได้ส่งผลกับผู้ป่วยมากเท่าในระยะอาการกำเริบ พบว่า ร้อยละ 25 ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

ในขณะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบ (relapse หรือ acute exacerbation) เป็นระยะ มักกำเริบจากการที่ผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ และไม่สามารถทน หรือจัดการได้ดี โดยอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดก่อนอาการกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับที่ผิดปกติ วิตกกังวล หงุดหงิดแยกตัวเอง คิดฟุ้งซ่าน และเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับตนเอง

ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 22 ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงแค่ครั้งเดียว หรือร้อยละ 35 ที่มีอาการกำเริบ 2-3 ครั้งหรือมากกว่าซึ่งแต่ละครั้งที่หายจะสามารถกลับสู่สภาพปกติเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่ ร้อยละ 35 หรือ 1 ใน 3 มักพบอาการหลงเหลือที่มากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ โดยอาการด้านบวก (positive symptoms) จะค่อยๆ ลดความรุนแรงลงแต่อาการที่เด่นในภายหลังคือกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) โดยไม่กลับสู่สภาวะปกติ จากการศึกษาลักษณะการดำเนินโรคของโรคจิตเภท เมื่อติดตามไปเป็นเวลา 5 ปีหลังเริ่มป่วยครั้งแรก ทั้งนี้ลักษณะการเกิดโรคในระยะแรกไม่สามารถบอกรถึงผลลัพธ์ เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การเข้าสังคม และคุณภาพชีวิตในระยะยาวได้ชัดเจน แต่สิ่งที่สามารถบอกรถึงผลลัพธ์ได้ชัดเจนกว่าคืออาการด้านลบ (negative symptoms) หรือ cognitive impairment ซึ่งจะบอกรถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 ปรับปรุง (The Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision: DSM-IV-TR) ฉบับภาษาไทย และฉบับที่ 5 (The Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fifth Edition Text Revision: DSM-V) ที่มีการเผยแพร่ในปี ค.ศ. 2013 โดยทั้ง 2 ฉบับมีเนื้อหาที่แตกต่างกันเล็กน้อยซึ่งโดยรวมมีเนื้อหาที่คล้ายกัน (APA, 2010) และในประเทศไทยใช้รหัส International Classification of Disease and Related Health Problem 10th Revision (ICD-10) ในการระบุรหัสโรคที่จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2555; APA, 2010; Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) มีดังนี้

1. มีอาการดังข้างล่างต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป เป็นระยะเวลานาน 1 เดือน (หรือน้อยกว่า หากได้รับการรักษาที่เหมาะสม) ทั้งนี้จะต้องประกอบด้วยอาการในข้อ 1.1, 1.2 หรือ 1.3 อย่างน้อย 1 ข้อ

- 1) อาการหลงผิด (delusion)
- 2) อาการประสาทหลอน (hallucination)
- 3) ความผิดปกติของการพูดที่ สับสน ไม่ต่อเนื่อง (disorganized speech)
- 4) ความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหวที่แปลก ไม่เป็นธรรมชาติ หรือไม่เคลื่อนไหว (grossly disorganized behavior, catatonic behavior)
- 5) อาการด้านลบ (negative symptoms) เช่น การแสดงอารมณ์เฉยเมย (flat affect) การหมดความสนใจหรือความกระตือรือร้น (avolition) การพูดลดลงหรือไม่พูด (alogia)

2. มีความสามารถลดลงหรือปัญหาในการทำหน้าที่ต่าง ๆ หรือกิจกรรมที่เคยทำได้อย่างชัดเจน เช่น การทำงาน การเรียน ด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (occupational/academic/social functioning) หรือ การดูแลสุขอนามัยของตนเอง (self-care) โดยเป็นปัญหาในระยะเวลาที่นานพอสมควร

3. มีอาการความผิดปกติอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยต้องมีอาการตามเกณฑ์ในข้อ 1 (ระอากการกำเริบ: active phase) เป็นเวลานาน 1 เดือน (หรือน้อยกว่าหากได้รับการรักษาที่เหมาะสม) และเวลา 6 เดือนนี้อาจรวมเวลาในระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) หรือระยะหลงเหลืออาการ (residual phase)

4. ไม่รวมอาการทางจิต หรือความผิดปกติที่เกิดจากโรคจิตอารมณ์ (schizoaffective disorder) และโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) เช่น โรคซึมเศร้า (depression) โรคอารมณ์แปรปรวน 2 ขั้ว (bipolar disorder) ที่มีอาการทางจิต

5. ไม่รวมอาการทางจิตที่เกิดจากผลการใช้ยา ผลจากยาที่ส่งผลต่อสรีรวิทยา เช่น การใช้ยาสารเสพติด แอลกอฮอล์ เป็นต้น รวมไปถึงโรคทางกาย หรือภาวะความเจ็บป่วยทางร่างกาย

6. มีประวัติเดิมที่มีภาวะออทิสติก (autism spectrum disorder)

7. มีความผิดปกติในด้านการสื่อสารตั้งแต่วัยเด็ก (communication disorder)

ทั้งนี้อาการในข้อ 6 หรือ 7 จะสามารถวินิจฉัยโรคจิตเภทได้เมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนชัดเจน ร่วมกับเกณฑ์การวินิจฉัยข้ออื่นอย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือนเต็ม (หรือน้อยกว่าหากได้รับการรักษาที่เหมาะสม)

ตาม ICD-10 ได้มีการแบ่งโรคจิตเภทออกเป็นชนิดย่อย (subtype) 5 ลักษณะตามลักษณะอาการเด่น คือ paranoid type, disorganized type, catatonic type, undifferentiated type และ residual type (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) เช่นเดียวกับการแบ่งโรคจิตเภทออกเป็นชนิดย่อย (subtype) 5 ลักษณะตาม DSM-IV-TR ซึ่งในทางปฏิบัติพบว่าในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วยอาจมีกลุ่มอาการที่เปลี่ยนไปมาได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิชย์, 2555)

การบำบัดรักษาของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคคล้ายโรคเรื้อรัง คือมีระยะอาการหลงเหลือ และการมีอาการกำเริบเป็นซ้ำเป็นระยะ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นการรักษาร่วมกันที่ครอบคลุมทั้งการใช้ยา จิตบำบัด จิตสังคมและการฟื้นฟูทางจิตเวช รวมถึงการช่วยเหลือแก้ไขความเชื่อในการทำหน้าที่ การงาน การตัดสินใจ และส่งเสริมการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง (พิเชษฐ อดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิทนานนท์, 2552) โดยมีแนวทางในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิชย์, 2555; Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015) ดังนี้

1. การรับผู้ป่วยเพื่อรักษาในโรงพยาบาล การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นทั้งกับผู้ป่วย และครอบครัว รวมไปถึงการลดความเสี่ยงต่าง เช่น เพื่อความปลอดภัยจากความคิดที่จะทำร้าย ฆ่าตนเอง หรือผู้อื่น เป็นต้น ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรเฉพาะทางจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านต่าง ๆ ที่มีปัญหาอื่นนอกจากการเรื่องยา ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3 – 6 สัปดาห์ ทั้งนี้ในการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะคงสภาพ (stabilization)

โดยจะรับผู้ป่วยเพื่อรับการรักษานในโรงพยาบาลในกรณี มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ก่อให้เกิดความรำคาญเดือดร้อนแก่ผู้อื่นเป็นอย่างมาก มีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมและปรับการรักษาเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาหรือไม่ยอมรับประทานยา และมีปัญหาในการวินิจฉัย

2. การรักษาด้วยยา สำหรับผู้ป่วยจิตเภทการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นมีความสำคัญอย่างมากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวก และสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ โดยพบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการขาดยา ทั้งนี้ในปัจจุบันมียารักษาโรคจิตที่หลากหลายซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มจากระยะเวลาในการพัฒนาและการออกฤทธิ์ของยา คือ ยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า (first generation/typical antipsychotics) ที่ออกฤทธิ์ยับยั้ง postsynaptic

dopamine D2 receptor และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Second generation / Atypical Antipsychotics / Serotonin-dopamine antagonists: SDA)

ซึ่ง SDA มีฤทธิ์ในการปิดกั้น 5-HT_{2A} receptor มากกว่า D₂ receptor ดังนั้นประสิทธิผลในการรักษาที่ต่างไปคือ ใช้น้อยกว่า negative symptoms ได้ดีกว่า ขณะเดียวกันได้ผลดีเท่า ๆ กับ first generation สำหรับ positive symptoms และทำให้เกิด extrapyramidal side effects (EPS) น้อยกว่า การรักษาด้วยยาสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2555; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ดังนี้

1) ระยะเฉียบพลัน (acute phase) ในระยะการรักษาเพื่อการลดอาการทางจิต และควบคุมอาการให้สงบลงเร็วที่สุด อาการวุ่นวายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ดีขึ้นในระยะแรกจะเป็นผลจากการยาที่ออกฤทธิ์ให้สงบ (sedating effect) โดยฤทธิ์ในการรักษาด้วยยาโรคจิตนั้น ต้องใช้เวลาประมาณสัปดาห์จึงจะเห็นผล ยาที่แนะนำให้ใช้ในขนานแรก ได้แก่ haloperidol ขนาด 6 มก./วัน หรือหากมีอาการรุนแรงมากสามารถปรับเพิ่มเป็น 10-15 มก./วัน และทั่วไปไม่ควรเกิน 20 มก./วัน ร่วมกับ diazepam 5 มก. 3-4 ครั้ง/วัน และสังเกตอาการหลังผู้ป่วยได้รับยาประมาณ 2 สัปดาห์ทั้งนี้หากอาการไม่ดีขึ้นสามารถปรับยาตามความเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรกและไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนต้องสนองต่อขนาดต่ำ และไวต่ออาการข้างเคียงจากยา ดังนั้นต้องสังเกตอาการข้างเคียงจากยาคด้วยเช่นกัน

2) ระยะทำให้คงสภาพ (stabilization phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา และมีอาการที่ดีขึ้น สงบลงแต่ยังคงต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป โดยยารักษาโรคจิตยังคงเป็นชนิดและขนาดเท่าเดิมต่อเป็นระยะเวลานานประมาณ 6 เดือน ทั้งนี้การลดยารักษาที่เร็วหรือหยุดยาในระยะนี้อาจทำให้อาการกำเริบซ้ำได้

3) ระยะอาการคงที่ (stable หรือ maintenance phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทอาการทุเลามีสถานะที่ใกล้เคียงกับปกติที่สุดใน 3 ระยะของการรักษา แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมีอาการคงเหลือ และเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำจึงยังคงต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยขนาดของยาจะต่ำกว่าในระยะแรก (acute และ stabilization phase) เมื่อไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจน จะค่อย ๆ ลดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือนจนถึงขนาดที่ต่ำที่สุดที่สามารถควบคุมอาการผู้ป่วยได้ ในผู้ป่วยที่มีปัญหา หรือไม่ยอมรับประทานยาอาจใช้ยาประเภท long acting

ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรกหลังจากรับการรักษา และมีอาการที่ดีขึ้นยังมีความจำเป็นที่ต้องรับประทานยาต้านอาการทางจิตต่อเนื่องเป็นระยะเวลาประมาณ 1-2 ปี เนื่องจากผู้ป่วยครั้งแรกที่ไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่องภายใน 1 ปีมีโอกาสอาการกำเริบซ้ำร้อยละถึง 57 ดังนั้นในการพิจารณาหยุดยาผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรกควรรับประทานยาต่อเนื่องนาน 1-2 ปี โดยการหยุดยา ต้องลดยาลงช้า ๆ ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 เดือน และนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการ รวมถึงการให้คำแนะนำญาติ เพื่อสังเกตอาการเริ่มต้นของอาการกำเริบ ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มที่หยุดยาหลัง 1-2 ปีแล้วไม่พบอาการที่กำเริบอีกพบได้น้อย ซึ่งจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ตอบสนองต่อการรักษาได้ดี หายเร็ว มีการพยากรณ์โรคที่ดี ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบครั้งที่ 2 หรือมากกว่าควรได้รับยาต่อเนื่องนานอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิตเพื่อควบคุมอาการ ป้องกันอาการกำเริบซ้ำ

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาวิธีนี้เป็นการรักษาด้วยการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองผ่านขั้วไฟฟ้า (electrode) ที่วางบริเวณศีรษะของผู้ป่วยเพื่อทำให้เกิดการชัก ECT มีประสิทธิภาพในการรักษาดีในผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาอาการระยะเฉียบพลัน ซึ่งการรักษาวิธีนี้จะต้องมีข้อบ่งชี้ที่จำเพาะ คือจะใช้ในผู้ป่วยที่รับการรักษาจากยา หรือวิธีอื่น ๆ แล้วไม่ตอบสนอง โดยใช้การรักษา ECT ร่วมกับการรักษาด้วยยา และจะให้การรักษาด้วย ECT 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้จะใช้การรักษาด้วย ECT ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงมาก หรือชนิด catatonia และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

4. การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) การบำบัดด้านจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับครอบครัว ช่าง และสังคม แม้จะเป็นระยะที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ปัญหาทางด้านสังคมยังมีอยู่ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรได้รับการคำนึง และช่วยเหลือแก้ไขในด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจจากการที่ไม่ค่อยตอบสนองต่อยา และการรักษา เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ และงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นการรักษาร่วมกับการใช้ยา หรือการให้การดูแลพยาบาลปกติด้านสุขภาพจิต ซึ่งผลจากการบำบัดทางจิตสังคมส่งผลต่อการลดอาการทางจิต การกลับเป็นซ้ำ และยังส่งผลในระยะยาวต่อผู้ป่วยจิตเภทโดยผลลัพธ์ที่ได้เช่นการฟื้นฟู และการดำเนินของโรคที่ดีขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาทันทีที่จะสามารถทำได้ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำ

การบำบัดทางจิตสังคมเป็นการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความเจ็บป่วย ปัญหา และบริบทของ ผู้ป่วยการการรักษาทงจิตสังคมเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วนการรักษาหลายรูปแบบ เพื่อที่จะเพิ่ม ความสามารถด้านสังคม ด้านการดูแลตนเอง ทักษะในการปฏิบัติและการสื่อสารระหว่าง บุคคลในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งต้องควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาเสมอ (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) การรักษาด้านจิตสังคมที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

1) สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการบำบัดที่มีขั้นตอน ชัดเจนในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยมีจุดมุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจในการรักษา และการดูแลตนเอง ส่งผลลด โอกาสกลับเป็นซ้ำ และสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้

2) การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy [CBT]) เป็นการ บำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมรายบุคคล โดยการจัดการกับความคิด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และอาการที่ผิดปกติ รวมไปถึงความคิด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเสริมสร้างการทำหน้าที่ ทั้ง ด้านสุขภาพจิต และทั่วไป รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำได้ด้วย และช่วยให้ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการหลง ผิด และประสาทหลอนดีขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดความตระหนักในอาการเจ็บป่วยของตนเอง นอกจากนี้การ บำบัดในระยะเฉียบพลันยังช่วย กระตุ้นให้มีการฟื้นฟูสภาพ และจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วขึ้น

3) ครอบครัวบำบัด (Family Therapy [FI]) คือ การบำบัดที่มุ่งเน้นการลดความขัดแย้งใน ครอบครัว โดยการปรับเปลี่ยนให้มีการสื่อสารในครอบครัวที่เหมาะสมและแก้ปัญหาภายใน ครอบครัวจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับโรค จิตเภท การรักษาและการดูแล ทั้งนี้บางครอบครัวอาจใช้อารมณ์ต่อกันสูง อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาก เกินไปซึ่งอาจเป็นการเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย และผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรัง ขาดความคิดริเริ่มไม่สนใจทำกิจกรรมใดๆ รวมทั้งขาดมนุษยสัมพันธ์และแยกตัวเองอยู่ตามลำพัง ดังนั้นจึงเป็นภาระการดูแลของครอบครัวเป็นอย่างมากก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางด้านลบต่อผู้ป่วย เกิดความเครียดง่ายและมีความรู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแลรักษา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง และขาด การรักษา ทำให้อาการของโรคกำเริบง่าย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

4) การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training) การรักษารูปแบบนี้จะสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรงร่วมกับการรักษาด้วยยา ซึ่งจะเห็นว่าอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท จะบกพร่อง ในด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น พบว่าการฝึกทักษะทางสังคม สามารถลดอัตรา การป่วยซ้ำการฝึกทักษะทางสังคมช่วยส่งเสริมให้ ผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมีทักษะในการ

ดำรงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อต้องออกไปอาศัยอยู่ในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการบริหารจัดการอาการทางจิตของตนเอง และการรักษาด้วยยา

5) การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Assertive Community Treatment [ACT]) พัฒนาโดยนักวิจัยใน Madison ปี 1970s เพื่อให้การบริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรัง ACT program สามารถลดความเสี่ยงในการกลับมารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท โดยในประเทศไทยมีการนำมาใช้ ยกตัวอย่าง กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดในการศึกษาของ เอกอุมา อัมคำ (2556) เรื่องการบำบัดด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด : การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการศึกษาของชาติชาย ทันศึก (2552) เรื่องรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ผลการศึกษตรงกันในการลดการกลับเป็นซ้ำ และกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

การบำบัดรักษาสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตตามลักษณะอาการ และตามระยะการดำเนินของโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความรุนแรงของอาการทางจิต และควบคุมอาการ และต้องมีการรักษาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อให้สามารถเผชิญกับความกดดัน ปัญหา และสามารถแก้ไขได้ ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และกลับไปอยู่ในครอบครัว และสังคมได้อย่างปกติ นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทควรได้รับการประเมินและให้การรักษาที่เหมาะสม กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการบ่งชี้ในการรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล หรือการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) เพื่อประสิทธิภาพที่ดีในการรักษา ทั้งนี้โรคจิตเภทมีการดำเนินโรคที่คล้ายกับโรคเรื้อรังทางกาย และมีเพียงส่วนน้อยที่จะไม่มีอาการกำเริบซ้ำหลังการป่วยมีอาการครั้งแรก ดังนั้นหลังการรักษาครั้งแรก แม้ผู้ป่วยจะมีอาการที่ดีขึ้นควรรับการรักษา รับประทานยาและติดตามอาการต่อประมาณ 1-2 ปี ส่วนในรายที่เป็นการป่วยมีอาการครั้งที่ 2 หรือมากกว่าควรได้รับการรักษาต่อเนื่อง 5 ปี หรือตลอดชีวิต เพื่อควบคุมอาการและลดโอกาสในการมีอาการกำเริบซ้ำ

ผลกระทบจากโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อ บุคคลคือผู้ที่เป็โรคจิตเภท ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนสังคมเศรษฐกิจ เนื่องจากการดำเนินโรคของโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นแบบโรคเรื้อรัง เป็นเหตุให้เกิดความเสื่อมถอยในด้านต่าง ๆ ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงมีความยากลำบากในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม การเรียน และการทำงาน รวมถึงความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้สมาชิกในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดรักษา

ดูแลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การช่วยเหลือสนับสนุนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ การสังเกตอาการความผิดปกติและดูแลนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (อัคราพร และคณะ, 2557)

โรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อบุคคลเนื่องจากเกิดการเสื่อมถอย ความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม รวมไปถึงความสามารถในการดูแลตนเอง และปฏิบัติหน้าที่กิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาครอบครัว คนรอบข้าง และสังคม (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) ซึ่งจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติไม่สอดคล้องกับคนทั่วไป การดูแลสุขภาพอนามัยที่ไม่ดี และมักแยกตัว หมกมุ่นครุ่นคิดอยู่กับความคิดของตนเอง ไม่สนใจคนรอบข้าง สิ่งภายนอกหรือกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดความบกพร่องในทักษะทางสังคมและกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (มาโนชหล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2555; นันทวัช สิทธีรักษ์ และคณะ, 2558) นอกจากนี้ยังมีอาการผิดปกติอื่น ๆ คือการเปลี่ยนแปลงด้านการคิดการรับรู้ (cognitive change) เป็นอาการที่ผู้ป่วยมีสมาธิแย่งลง มีปัญหาความจำ คิดเป็นเหตุและผลไม่ได้ ไม่สามารถตัดสินใจหรือเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และการฆ่าตัวตาย (suicide) ซึ่งระยะเวลาในการรับรักษานานประมาณ 5 ปีหรือตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยเพื่อควบคุมอาการ ป้องกันอาการกำเริบซ้ำ (นันทวัช สิทธีรักษ์ และคณะ, 2558)

ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ยาวนาน และได้รับความทุกข์ จากการเกิดตราบาปโดยตราบาปเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมหรือเป็นปฏิกริยาของบุคคลทั่วไปที่มีต่อผู้ที่มีภาวะผิดปกติ มีความแตกต่างไปจากบุคคลทั่วไปในลักษณะรูปร่างหน้าตาของบุคคล พฤติกรรมที่ผิดปกติ ซึ่งนำไปสู่ความมีอคติ ไม่ให้ความสำคัญ โดยตราบาปแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการถูกตีตรา ซึ่งเป็นปฏิกริยาที่บุคคลแสดงออกต่อผู้ที่มีภาวะผิดปกติ คุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล และ 2) ด้านการถูกแบ่งแยก คือ มีการตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีตรานั้น ควรถูกแบ่งแยกออกไปจากคนปกติ ทั้งนี้เป็นการตัดสินใจของกลุ่มคนตามพื้นฐานของการทำบาปทบาทหน้าที่ในสังคม ภายใต้บรรทัดฐานทางสังคม (Goffman, 1963 อ้างใน ผ่องศรี ดวงแก้ว, 2553) โดยการเกิดตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภทตามมุมมองของผู้ป่วย เริ่มรู้สึกเกิดตราบาปตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทส่งผลให้เกิดการปกปิดอาการเจ็บป่วย การได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากคนปกติ ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทห่างเหิน แยกตัว ไม่กล้าพูดคุยกับผู้อื่น (ผ่องศรี ดวงแก้ว, 2553) โดยอาการด้านบวกส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรู้สึกกลัวกังวลว่าอาการจะกำเริบเป็นซ้ำ เกิดความรู้สึกที่เปราะบาง ถูกกระทบได้ง่าย รวมไปถึง การคงสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว นอกจากนี้การรับรู้ตราบาปยังส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ รู้สึก

ด้อยค่า (Coring & Cook, 2007) ส่วนอาการด้านลบส่งผลต่อการขาดแรงจูงใจในการเข้าสังคม แยกตัว และมักถูกแบ่งแยกจากสังคม รวมไปถึงการไม่มีอาชีพที่เป็นปัจจัยสำคัญในการปรับตัวเพื่อกลับเข้าสู่สังคม (Melle, Friss, Hauff & Vaglum, 2000) นอกจากนี้ผลกระทบต่อบุคคล ยังรวมไปถึงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการกระทำความคิดของผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการศึกษาของ กอลเลนคอฟ และคณะ (Golenkov & et al., 2011) ที่ศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นผู้กระทำผิดคดีฆาตกรรมที่ถูกดำเนินคดีในปี ค.ศ. 1981-2010 จากเอกสารประเมินทางจิตเวชก่อนการพิจารณาคดี พบว่าเหยื่อฆาตกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะเป็นคนในครอบครัวหรือคนรู้จักโดยส่วนใหญ่มีอาการโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ซึ่งก่อนการกระทำผิดผู้ป่วยจะได้ยินเสียงและอาการประสาทหลอนอื่น ๆ มีอาการต่อต้านสังคม มีพฤติกรรมดื่มสุรา และวิถีในการฆาตกรรมจะเป็นการแทงเป็นส่วนมาก

โดยสรุป โรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ที่ เป็น โรคจากอาการและการดำเนินของโรค ที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ สัมพันธภาพทักษะการเข้าสังคม การรับรู้ด้านลบ และตราบาปต่อตนเอง ทั้งนี้จากการที่ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจใน โรคจิตเภท มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อ โรคจิตเภท และการรักษา การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีหรือไม่สามารถคงสัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม รวมไปถึงความเสี่ยงของพฤติกรรมในการกระทำความคิด ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับอาการทางคลินิกของโรคจิตเภทด้านบวก ดังนั้นจะเห็นว่า โรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้านและตลอดการเจ็บป่วย ซึ่งอาจเป็นตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย การให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญเพื่อให้ ควบคุมอาการ ป้องกันการมีอาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถดูแลตนเอง ปรับตัวและสามารถ ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

2. ผลกระทบต่อครอบครัว และชุมชน โดยผลกระทบต่อครอบครัวเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท ที่ทำให้มีความรู้สึกผิด เสียใจที่ไม่สามารถช่วยเหลือ รับผิดชอบต่อตนเองและป้องกัน อาการที่ผิดปกติ รวมไปถึงความวิตกกังวล และอับอาย (Neuroscience Research Australia[NeuRA], 2016) หลังรับการบำบัดรักษานอกจากการติดตามดูแลต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว มีความสำคัญในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือ(Hou, Ke, Su, Lung & Huang, 2008; ขวัญสุดา บุญทศ อมรรรัตน์ ศรีคำสุข และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2556) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความ เปลี่ยนแปลงของชีวิต ความเครียด และเศรษฐกิจของครอบครัว ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็น ภาระของครอบครัว (family burden) (Hou, Ke, Su, Lung & Huang, 2008) นอกจากนี้ผลกระทบต่อ ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต่อครอบครัวที่เป็นพฤติกรรมรุนแรง 3 ลำดับแรกมีลักษณะดังนี้ คือ 1) ตวาด ดู ด่าด้วยถ้อยคำหาบายคาย 2) เขย่า เปิด/ปิดประตูเสียงดังและ 3)

แข่ง คำหนี แสดงท่าทีจะทำร้าย (ปัญญา ทองทัฬ และ กฤติยา แสงวงเจริญ, 2556) ซึ่งจะเห็นว่าจากอาการทางคลินิก และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยรวมถึงผลกระทบต่อชุมชนจากการบกพร่องในความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม การทำงาน และสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคม (มาโนชหล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2555)

3. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการเริ่มต้นป่วยในช่วงต้นของชีวิตผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญ และทำให้มีความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่อย่างถาวร ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความต้องการอย่างมากในการรับการรักษาดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ การฟื้นฟูด้านต่าง ๆ และแหล่งสนับสนุน โดยในสหรัฐอเมริกาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเทียบเท่ากับผู้ป่วยโรคมะเร็งและมีรายงานว่า ร้อยละ 15-45 ของบุคคลเรื้อรังในสหรัฐอเมริกาเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) จากปัจจัยการเจ็บป่วยที่เรื้อรังของโรคจิตเภท ที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่องส่งผลต่อต้นทุนในการรักษาที่สูง รวมไปถึงความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถทำงาน หรือมีรายได้เท่าที่ควร (Knapp, 1997; Salize, McCabe & Bullenkamp, 2009) โดยโรคจิตเภทถือเป็นภาระทางเศรษฐกิจ (economic burden) ที่เป็นการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์เกี่ยวกับผลกระทบที่ตามมาของความเจ็บป่วย (WHO, 2016) จากการรวบรวมงานวิจัยในปี 2013 ที่เกี่ยวกับภาระทางเศรษฐกิจของโรคจิตเภทใน โลก (Global economic burden of schizophrenia: a systematic review) พบว่า ภาระทางเศรษฐกิจ คิดเป็น ประมาณค่าได้อยู่ในช่วงระหว่าง ร้อยละ 0.02 ของ GDP ในสหราชอาณาจักร ถึงร้อยละ 1.65 ของ GDP ในประเทศสวีเดน (Chong, Teoh, Wu, Kotirum, Chiou, & Chaiyakunapruk, 2016)

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปผลกระทบจากโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนเศรษฐกิจ โดยเริ่มส่งผลกระทบตั้งแต่ที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเริ่มมีอาการของโรคจิตเภท แต่มีการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม หรือไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม และไม่ร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการ และป้องกันการเกิดอาการกำเริบจึงส่งผลให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จึงควรมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการได้รับการบำบัดรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดด้านจิตสังคม ดังเช่น ในการศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการบำบัดไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (อภิษฐา วงศ์คม, 2557) รวมไปถึงการได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลตนเองอยู่ร่วมกับคนในครอบครัว และสังคมได้

การทบทวนอย่างเป็นระบบ

ความหมายของการทบทวนอย่างเป็นระบบ

การทบทวนอย่างเป็นระบบ (systemic review) เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัย เพื่อมาสู่การนำมาปฏิบัติ (evidence-based practice: EBP) (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2552) โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการรวบรวม ประเมิน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อสรุปเป็นองค์ความรู้จากงานวิจัยต้นฉบับตั้งแต่ 2 เรื่องขึ้นไป เป็นกระบวนการที่เป็นระบบมีความชัดเจนสามารถตรวจสอบได้ โดยมีกระบวนการ คือ การกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า การสืบค้น การคัดเลือก การประเมินคุณภาพ และการสกัดข้อมูลจากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อสรุปถึงประสิทธิภาพของ การจัดการกระทำ หรือข้อสรุปของหลักฐานความรู้ที่ดีที่สุด และใช้การวิเคราะห์ทางสถิติ คือการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) หรือการวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา (JBI, 2014) ทั้งนี้วิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบสามารถทำได้หลายวิธี ยกตัวอย่าง องค์การที่สนับสนุนในการทบทวนอย่างเป็นระบบโดยมีทางสื่อออนไลน์ และ โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์ เช่น สถาบันโจแอนนา บริกส์ (JBI) และ The Cochrane Collaboration เป็นต้น (Tungpunkom, 2014) ซึ่งการทบทวนอย่างเป็นระบบ มีประโยชน์อย่างมากกับบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว จากงานวิจัยที่ได้รับการประเมินความถูกต้อง ทันสมัย และมีความน่าเชื่อถือ จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถตัดสินใจเลือกนำไปใช้ประโยชน์ และใช้สำหรับการปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การสอนให้ความรู้ การลดความซ้ำซ้อนของงานวิจัยและแนวทางการงานวิจัยในอนาคต รวมไปถึงการวางแผนในระดับนโยบาย (JBI, 2014; Tungpunkom, 2014)

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าการทบทวนอย่างเป็นระบบจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการประเมินและสังเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากความซับซ้อน ปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น และความหลากหลายของงานวิจัย จึงต้องมีระบบในการทบทวนงานวิจัย เพื่อให้สรุปองค์ความรู้รวมไปถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ข้อมูลมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ สามารถช่วยในการตัดสินใจเลือกการรักษาหรือการจัดการกระทำที่ดีที่สุด (Bastian, Glasziou & Chalmes, 2010)

รูปแบบของการทบทวนอย่างเป็นระบบสามารถทำได้ 10 รูปแบบ (JBI, 2017) ดังนี้

1. การทบทวนอย่างเป็นระบบในงานวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative systematic review) คือ การสังเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการวิจัยเชิงปริมาณที่มีลักษณะข้อมูลและผลลัพธ์เป็นตัวเลข โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติเมตา (meta-analysis) เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลรายงานวิจัยต้นฉบับที่ได้เข้าเกณฑ์การคัดเลือกมีความเหมือน และสามารถเปรียบเทียบทางสถิติได้ แต่หากข้อมูลทางสถิติไม่เพียงพอสามารถสรุปผลโดยการวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา

2. การทบทวนอย่างเป็นระบบในงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative systematic review) คือ กระบวนการที่ไม่ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติที่พัฒนาเพื่อประเมิน วิเคราะห์ และหาข้อสรุปของข้อมูลจากรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่นการศึกษาและวิเคราะห์ประสบการณ์ของมนุษย์ วัฒนธรรม และปรากฏการณ์ในสังคม ที่ได้จากการสืบค้น และการสังเคราะห์ข้อสรุปนั้นจะต้องสามารถอธิบายสาระของแนวคิดได้อย่างชัดเจน

3. การทบทวนอย่างเป็นระบบในงานวิจัยทางเศรษฐศาสตร์ (economic systematic review) คือ การสังเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์ ซึ่งมีลักษณะคล้ายรายงานการวิจัยเชิงปริมาณ ที่มีข้อมูลเชิงตัวเลข โดยเศรษฐศาสตร์ทางสุขภาพเป็นการประเมินที่เปรียบเทียบระหว่างประสิทธิผลทางสุขภาพ (health effectiveness) จากการจัดกระทำกับต้นทุน (cost) ตั้งแต่ 2 หรือมากกว่าของการจัดกระทำทางสุขภาพ (health intervention) เพื่อสังเคราะห์ข้อสรุป หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในเชิงปฏิบัติ ระดับบุคคล องค์กร และนโยบาย

4. การทบทวนอย่างเป็นระบบจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและหนังสือ (text and expert opinion systematic review) คือกระบวนการที่พยายามหาข้อสรุปจากข้อความ หรือความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีความน่าเชื่อถือ ซึ่งแม้ข้อสรุป และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์ได้จะอยู่ในระดับต่ำ แต่ในทางปฏิบัติยังเป็นที่ยอมรับจากผู้นำไปใช้ เนื่องจากเป็นข้อมูลจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ และเห็นความสำคัญของความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

5. การทบทวนอย่างเป็นระบบในงานวิจัยที่ศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ (prevalence and incidence systematic review) คือการสังเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณข้อมูลที่จำเป็น เช่น เพศ อายุ ที่เกี่ยวข้องกับแนวโน้มของภาระโรค และภาวะฉุกเฉิน ซึ่งมีความสำคัญในการอธิบายความหลากหลายของ

ตัวแปรในทางภูมิศาสตร์ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลสุขภาพและจัดสรรทรัพยากร รวมไปถึงเป็นการสนับสนุนข้อมูลในการศึกษาหาสาเหตุของโรค

6. การทบทวนอย่างเป็นระบบในงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุโรค และความเลื่อง (etiology and risk systematic reviews) คือการสังเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค หรือ กระตุ้นให้เกิดความผิดปกติของผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติเมตา (meta-analysis) เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนสุขภาพ การจัดสรรทรัพยากร และนโยบายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

7. การทบทวนอย่างเป็นระบบในงานวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method systematic review) คือ การสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยที่มีรูปแบบของวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน เพื่อสรุปองค์ความรู้ที่มากขึ้น และสามารถเป็นข้อมูลสนับสนุนการปฏิบัติ และกำหนดนโยบาย โดยเป็นการวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างงานวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณ

8. การทบทวนอย่างเป็นระบบในงานวิจัยที่ศึกษาการทดสอบความแม่นยำ/ถูกต้อง ของเครื่องมือวินิจฉัย หรือแบบวัดประเมินสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยโรค หรือการประเมินทางสุขภาพ (diagnostic test accuracy systematic reviews) ซึ่งจะเป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ทางสถิติเมตา (meta-analysis)

9. การทบทวนแบบในภาพกว้าง/อย่างครอบคลุม (umbrella reviews) คือการทบทวนอย่างเป็นระบบของงานทบทวนวรรณกรรมในทุกรูปแบบที่มีการศึกษาในปรากฏการณ์ที่สนใจ โดยเป็นการสรุป และสังเคราะห์ข้อมูลภาพรวม ซึ่งศึกษาทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และพิจารณานำไปใช้ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

10. การทบทวนแนวคิดและขอบเขตของปรากฏการณ์หนึ่ง ๆ คือการทบทวนถึงความกระจ่าง และขอบเขตของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคำถามงานวิจัยของผู้วิจัย เพื่อประเมินความกว้างขวาง และช่องว่างในการศึกษา เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยสำหรับประกอบการวางแผนทางสุขภาพ และการศึกษา

ขั้นตอนการทบทวนอย่างเป็นระบบ

ดังจะเห็นได้จากรูปแบบของการทบทวนอย่างเป็นระบบข้างต้นที่มีความหลากหลาย โดยใน ส่วนของขั้นตอนการทบทวนอย่างเป็นระบบจะมีหลักของขั้นตอนและกระบวนการที่คล้ายกัน (JBI, 2017) โดยสามารถแบ่งได้ตามการเน้น และให้ความสำคัญ ตามรูปแบบการศึกษาของผู้วิจัย โดยภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ (Tungpunkom, 2015) ได้สรุปขั้นตอนการทบทวนอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. การกำหนดคำถามในการทบทวน (formulating the review) ควรระบุปัญหา วัตถุประสงค์ และคำถามในการทบทวนที่เฉพาะเจาะจงมีความชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดเกณฑ์ การคัดเลือกรายงานวิจัยที่มีทิศทางที่ชัดเจน และการทบทวนที่ดี โดยเริ่มจากการกำหนดคำถามการ ทบทวนตามหลัก PICO หรือ PICO คือ 1) P: population ประชากรที่ต้องการศึกษา โดยระบุโรค ลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ เป็นต้น 2) I: intervention การจัดการที่ต้องการประเมิน เช่น การ บำบัดด้านจิตสังกรมรูปแบบต่าง ๆ โดยระบุชนิด ขนาด วิธีทางการให้ และความถี่ในการจัดการ 3) C: comparison เปรียบเทียบปรากฏการณ์ที่สนใจในการทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพ หรือผลการ เปรียบเทียบที่ต้องการเปรียบเทียบในรายงานวิจัยเชิงปริมาณ เช่นเปรียบเทียบผลของกลุ่มที่ได้รับการ จัดกระทำ กับที่ไม่ได้รับการจัดการ เป็นต้น 4) O: outcome ผลลัพธ์ที่สนใจ เช่น คุณภาพชีวิต ประสิทธิภาพจากการจัดการ ทั้งนี้สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ ผลลัพธ์ที่ต้องการวัดคืออะไร และวัดเมื่อใด สำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ O คือ Co หมายถึงบริบทของปรากฏการณ์ที่สนใจ

2. การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (inclusion and exclusion criteria) เป็นการกำหนด ขอบเขตของการทบทวนจากการตั้งคำถามการทบทวนตามหลัก PICO มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดเลือก งานวิจัยที่มีข้อมูลตรงกันสามารถนำมาวิเคราะห์ร่วมกันได้ ซึ่งส่งผลต่อขนาดของอิทธิพล (effect size) สำหรับการสังเคราะห์ข้อมูลในงานงานวิจัยเชิงปริมาณ และงานวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเกณฑ์ในการ คัดเลือก รายงานวิจัยที่จะนำมาทบทวนประกอบด้วยรูปแบบของงานวิจัย ประชากรที่ต้องการศึกษา การจัดการ หรือตัวแปรต้นของการศึกษา และการวัดผลลัพธ์ของการวิจัย หรือตัวแปรตามของ การศึกษา

3. การสืบค้นงานวิจัย (search strategy) และการคัดเลือกงานวิจัย (selecting the study)

3.1. การสืบค้นงานวิจัย คือการค้นหางานวิจัยอย่างเป็นระบบที่เป็นไปตามเกณฑ์

การคัดเลือกงานวิจัยที่กำหนด โดยเริ่มจากการกำหนดฐานข้อมูลที่จะเข้าไปสืบค้น คำสำคัญในการสืบค้น ระยะเวลาในการตีพิมพ์ของงานวิจัย ซึ่งโดยทั่วไปจะกำหนดที่ 10 ปีย้อนหลัง ภาษาของงานวิจัย การเผยแพร่ของงานวิจัยที่ทั้งได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ โดยวิธีในการสืบค้น ได้แก่ การสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ การสืบค้นข้อมูลด้วยมือ และสำหรับการสืบค้นเอกสารที่ไม่มีการตีพิมพ์ อาจติดต่อผู้วิจัย หรือผู้เชี่ยวชาญโดยตรง

3.2. การคัดเลือกงานวิจัย เป็นการคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยหลังจาก

การสืบค้นงานวิจัย ผู้วิจัยจะพิจารณาเลือกงานวิจัยจากหัวข้อ และบทคัดย่อ ซึ่งจะมีผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วมจะพิจารณาโดยใช้การจัดกระทำแบบปกปิด (blind assessment) เพื่อป้องกันการอคติ จากนั้นจะอภิปรายร่วมกัน เพื่อหาข้อสรุป แต่หากในกรณีที่มีความคิดเห็นแตกต่างกัน และไม่สามารถหาข้อสรุปได้ จะต้องให้ผู้วิจัยร่วมอีกท่านเข้าร่วมในการลงมติหาข้อสรุป ทั้งนี้หากมีการคัดเลือกงานวิจัยออก จะต้องมีการระบุเหตุผลในการคัดออก

4. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (appraising the quality of the studies) คือ การประเมินคุณภาพของงานวิจัยอย่างมีวิจารณญาณ และคัดเลือกเข้าสู่กระบวนการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยการใช้เกณฑ์หรือเครื่องมือในการประเมินคุณภาพตามรูปแบบของงานวิจัย เช่น ACTURI critical appraisal tool ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์ (JBI, 2014) เป็นต้น ในการประเมินคุณภาพจากผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วมซึ่งต้องได้รับการอบรมในการใช้ อ่านและประเมินงานวิจัยเพื่อประเมินคุณภาพแล้วสรุปลงในแบบฟอร์มการประเมินคุณภาพงานวิจัย หากมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน และไม่สามารถหาข้อสรุปร่วมกันได้ จะต้องหาผู้วิจัยร่วมอีกคนเพื่อลงมติหาข้อสรุป

ทั้งนี้นอกจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยข้างต้น ยังสามารถประเมินและให้ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมด้วย เพื่อเป็นการประเมินโดยรวมและสนับสนุนความน่าเชื่อถือ ทั้งนี้ยังคงต้องการการอ่านอย่างละเอียด และการประเมินอย่างมีวิจารณญาณในการนำมาใช้โดยระดับที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดคือ ระดับที่ 1 และมีความน่าเชื่อถือลดลงตามลำดับถัดไป (JBI, 2014)

5. การรวบรวมและการสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (extracting data) เป็นการสกัดข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยที่ได้รับการประเมินว่าเป็นตามเกณฑ์การคัดเลือกและมีคุณภาพ แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกการสกัดข้อมูล โดยผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วม ซึ่งข้อมูลที่สกัดออกมา เช่น ชื่อบทความ ชื่อผู้เขียน

ชื่อวารสาร ฉบับที่พิมพ์ ปีที่พิมพ์ รูปแบบการวิจัย ลักษณะและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง การจัดกระทำ การวัดผลลัพธ์ ผลการวิจัย ข้อคิดเห็น เป็นต้น ทั้งนี้หากความคิดเห็นในการสกัดข้อมูลไม่ตรงกันและไม่สามารถหาข้อสรุปร่วมกันได้ จะต้องมีผู้วิจัยร่วมอีกท่านเป็นผู้ลงมติหาข้อสรุป

6. การวิเคราะห์ สรุป และสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัย (analyzing/ summary and synthesis relevant data) เป็นการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่สกัดจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เช่น โปรแกรม REVMAN ที่พัฒนาโดย Cochrane Collaboration หรือโปรแกรม MASTARI สำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ และโปรแกรม ACTUARI analytical module สำหรับงานวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์ที่พัฒนาขึ้น โดย สถาบันโจแอนนา บริกส์ เป็นต้น หรือการสังเคราะห์เมต้าในงานวิจัยเชิงปริมาณ โดยสถิติที่จะใช้ในการวิเคราะห์ขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อมูล โดยข้อมูลเป็นการวัดแบบไม่ต่อเนื่อง (dichotomous or binary data) จะใช้สถิติ peto odds ratio (OR) หรือ relative risk (RR) หรือ relative ratio (RR) หากค่า OR หรือ RR มีค่าเท่ากับ 1 แสดงว่าผลที่ได้จากกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่ถ้าหากค่า OR หรือ RR มีค่าน้อยหรือมากกว่า 1 แสดงว่าผลที่ได้จากทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน แต่หากเป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) จะใช้สถิติ weighted mean difference ข้อมูลจะนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการให้การ จัดกระทำ และในกรณีที่ข้อมูลจากงานวิจัยมีความแตกต่างกัน (heterogeneity) ไม่สามารถวิเคราะห์ทางสถิติได้ จะใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา หรือการจัดกลุ่มย่อยในการวิเคราะห์ (subgroup analysis)

7. การนำเสนอผล (presenting result) เป็นขั้นตอนต่อจากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล จะต้องมีการนำเสนอผลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยปกติจะนำเสนอการสรุปรวมของข้อมูลในรูปแบบกราฟเพื่อให้สามารถเห็นภาพรวม และง่ายต่อความเข้าใจสำหรับผลจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยเชิงปริมาณ ส่วนผลจากการทบทวนอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพควรเป็นการแสดงเนื้อหาของข้อมูลที่ไม่ยาวเกินไป ในการรายงานผลผู้วิจัยจะต้องมั่นใจว่าผู้อ่านเข้าใจตลอด กระบวนการทบทวนอย่างเป็นระบบ ซึ่งตารางสรุปผลประกอบการรายงานผลถูกพัฒนาโดย สถาบันโจแอนนา บริกส์)

8. การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ (interpreting and making recommendations) เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการทบทวนอย่างเป็นระบบที่มีความสำคัญ ในการอภิปรายผล ของการวิเคราะห์เมต้าจะเป็นการนำเสนอในการแปลความหมายจากผลที่ได้จากการวิเคราะห์ทางสถิติ และการให้ความคิดเห็นที่จะต้องอภิปรายครอบคลุมในข้อจำกัดของงานวิจัย จุดอ่อน จุดแข็ง ความน่าเชื่อถือ และข้อเสนอแนะการนำข้อสรุปจากการทบทวนอย่างเป็นระบบไปใช้

สรุปได้ว่าการทบทวนอย่างเป็นระบบเป็นการประเมิน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากงาน การวิจัย โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบทั้งหมด 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดคำถามในการทบทวน (formulating the review) 2)การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (inclusion and exclusion criteria) 3)การสืบค้นงานวิจัย (search strategy) และการคัดเลือกงานวิจัย (selecting the study) 4)การประเมินคุณภาพงานวิจัย (appraising the quality of the studies) 5)การ รวบรวมและการสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (extracting data) 6)การวิเคราะห์ สรุป และสังเคราะห์ข้อมูล จากงานวิจัย (analyzing/ summary and synthesis relevant data) 7)การนำเสนอผล (presenting result) และ 8)การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ (interpreting and making recommendations) และมีระดับ ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามลักษณะของงานวิจัย

การทบทวนอย่างเป็นระบบของงานวิจัยทางเศรษฐศาสตร์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจุบันมีงานวิจัย และการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ศึกษา เกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทจำนวนมาก และพบว่า มีรูปแบบของการ บำบัดที่หลากหลาย ซึ่งต่างเกิดประสิทธิผลที่ดีต่อผู้ที่ เป็น โรคจิตเภท ทั้งนี้ในการตัดสินใจเลือกการ บำบัดสำหรับผู้ที่ เป็น โรคจิตเภทไปใช้นั้น นอกจากการประเมินประสิทธิผลแล้วยังจำเป็นต้องพิจารณา ถึงความคุ้มค่า เพื่อให้ผู้ที่ เป็น โรคจิตเภท ได้รับการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่า โดยการ วิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (health economic evaluation) เพื่อเปรียบเทียบผลตอบแทนต่อ ประสิทธิภาพของทางเลือก หรือรูปแบบการบำบัดตั้งแต่ 2 ทางเลือกหรือ 2 รูปแบบขึ้นไป (Paul, 2007) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิ ผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่ เป็น โรคจิตเภท โดยประสิทธิผลที่พบส่วนมากคือ ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALYs) (Mihalopoulos et al., 2004; Phanthunane et al., 2011) ทั้งนี้ยังไม่พบการทบทวนอย่างเป็น ระบบเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่ เป็น โรคจิตเภท

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุน ประสิทธิภาพของการบำบัดสำหรับผู้ที่ เป็น โรคจิต เพื่อประเมินและเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนกับ ประสิทธิภาพทางสุขภาพ ตั้งแต่ 2 หรือมากกว่าของการบำบัด ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ สำหรับผู้ปฏิบัติ บุคลากรในทีมสุขภาพ องค์กร และนโยบาย (JBI, 2014)

โดยทั่วไปขั้นตอนในการทบทวนอย่างเป็นระบบงานวิจัยทางเศรษฐศาสตร์ มีขั้นตอน เช่นเดียวกับการทบทวนอย่างเป็นระบบในรูปแบบอื่น ๆ (JBI, 2014; Gomersall et al., 2015) รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การกำหนดคำถามในการทบทวน (formulating the review)
2. การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (inclusion and exclusion criteria) ตามหลัก PICO
3. การสืบค้นงานวิจัย (search strategy) และการคัดเลือกงานวิจัย (selecting the study)

ต้องมีการสืบค้นจากฐานข้อมูลเฉพาะของงานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์ด้วย เช่น NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) และ Cost effectiveness analysis (CEA) registry เป็นต้น

4. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (appraising the quality of the studies) โดยเครื่องมือ ACTURI critical appraisal tool ที่เป็นการประเมินคุณภาพของงานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์ (economic evaluation) จำนวน 11 ข้อ โดยผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วมต้องมีการทำความเข้าใจและร่วมกันกำหนดเกณฑ์ของคะแนนในการประเมินคุณภาพของงานวิจัย

5. การรวบรวมและการสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (extracting data) โดยแบบบันทึกการสกัดข้อมูล ACTURI data extraction tool

6. การวิเคราะห์ สรุป และสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัย (analyzing/ summary and synthesis relevant data) โดยโปรแกรมสำเร็จรูป CReMS ใน ACTUARI analytical module ซึ่งเป็น โปรแกรมที่มีเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยเฉพาะในด้านเศรษฐศาสตร์ คือ The Dominance Ranking Matrix (DRM) และในกรณีที่ข้อมูลไม่สามารถวิเคราะห์ด้วยเครื่องมือได้จะ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา หรือการจัดกลุ่มย่อยในการวิเคราะห์

7. การนำเสนอผล (presenting result)

8. การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ (interpreting and making recommendations)

และมีระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามลักษณะของงานวิจัย

การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ทางเศรษฐศาสตร์

การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ และงานวิจัยทางเศรษฐศาสตร์ (Levels of Evidence for Economic Evaluations) ผู้วิจัยใช้การจัดระดับความน่าเชื่อถือของสถาบัน โจแอนนาบ ริกส์ (JBI, 2014) รายละเอียด ดังนี้

ระดับ 1 มีการใช้ตัวแบบการตัดสินใจกับสมมติฐานการวิจัย และตัวแปรจากรายงานของ การทบทวนอย่างเป็นระบบ และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการทำการตัดสินใจ (decision model with assumptions and variables informed by systematic review and tailored to fit the decision making context.)

ระดับ 2 เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบทางเศรษฐศาสตร์ที่ทำการศึกษาวิจัยในบริบทที่เหมือน หรือใกล้เคียงกับของผู้ทำการตัดสินใจ (systematic review of economic evaluations conducted in a setting similar to the decision makers.)

ระดับ 3 เป็นการสังเคราะห์ หรือการทบทวนวรรณกรรมทางเศรษฐศาสตร์ที่ศึกษาภายใต้บริบท ที่เหมือน หรือใกล้เคียงกับของผู้ทำการตัดสินใจ และมีคุณภาพสูง (ต้นทุน และผลลัพธ์มี รายละเอียด ที่ครอบคลุม ชัดเจน และน่าเชื่อถือ เวลาในการศึกษารอบคลุมเพียงพอ มีอัตราคิดลด และการทดสอบความแปรปรวน) (synthesis/review of economic evaluations undertaken in a setting similar to that in which the decision is to be made and which are of high quality (comprehensive and credible measurement of costs and health outcomes, sufficient time period covered, discounting and sensitivity testing)

ระดับ 4 เป็นการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ที่มีคุณภาพสูง (ต้นทุน และผลลัพธ์มี รายละเอียดที่ ครอบคลุม ชัดเจน และน่าเชื่อถือ เวลาในการศึกษารอบคลุมเพียงพอ มีอัตราคิดลด และการทดสอบ ความแปรปรวน) และศึกษาภายใต้บริบทที่เหมือน หรือใกล้เคียงกับของผู้ทำการตัดสินใจ (economic evaluation of high quality (comprehensive and credible measurement of costs and health outcomes, sufficient time period covered, discounting and sensitivity testing) and conducted in setting similar to the decision making context.)

ระดับ 5 เป็นการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ที่มีคุณภาพกลาง และต่ำ (ต้นทุน และผลลัพธ์มีรายละเอียดที่ไม่ครอบคลุม ชัดเจนเพียงพอ ไม่มีอัตราคิดลด ไม่มีการทดสอบความแปรปรวน และเวลาในการศึกษาครอบคลุมไม่เพียงพอ)

(synthesis/review of economic evaluations of moderate and/or poor quality (insufficient coverage of costs and health effects, no discounting, no sensitivity testing, time period covered insufficient)

ระดับ 6 เป็นการศึกษาเดี่ยวทางเศรษฐศาสตร์ที่มีคุณภาพกลาง และต่ำ (ต้นทุน และผลลัพธ์มีรายละเอียดที่ไม่ครอบคลุม ชัดเจนเพียงพอ ไม่มีอัตราคิดลด ไม่มีการทดสอบความแปรปรวน และเวลาในการศึกษาครอบคลุมไม่เพียงพอ)

(single economic evaluation of moderate or poor quality (see directly above level 5 description of studies).

ระดับ 7 เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มของการจัดกระทำและกลุ่มเปรียบเทียบ

(expert opinion on incremental cost effectiveness of intervention and comparator.)



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์

รูปแบบการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์

โดยทั่วไปจะประกอบด้วย การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ 4 รูปแบบ ได้แก่ (JBI, 2014; Gomersall & et al., 2015)

1. การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (cost-effective analysis [CEA]) คือ การวิเคราะห์ต้นทุนในหน่วยเงินต่อประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจากการบำบัดทางจิตสังคม หรือการจัดกระทำ โดยประสิทธิผลที่ลักษณะเหมือนกัน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทั้งนี้การวิเคราะห์มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่แตกต่างกันได้
2. การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost-utility analysis [CUA]) คือ การวิเคราะห์ต้นทุนในหน่วยเงินต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในรูปแบบหน่วยของจำนวนปีที่ปรับด้วยคุณภาพชีวิต
3. การวิเคราะห์ต้นทุนผลประโยชน์ (cost-benefit analysis [CBA]) คือ การวิเคราะห์ต้นทุนในหน่วยเงินต่อประสิทธิผลทางสุขภาพที่เป็นหรือปรับให้อยู่ในรูปหน่วยเงินทั้งหมด เช่น การเปรียบเทียบความคุ้มค่าของทรัพยากร เป็นต้น
4. การวิเคราะห์ต้นทุนต่ำสุด (cost-minimization analysis [CMA]) คือ เป็นการวิเคราะห์เพียงบางส่วน คือการเปรียบเทียบต้นทุนในหน่วยเงินต่อประสิทธิผลที่มีลักษณะเหมือนกันของการบำบัดหรือการจัดกระทำ โดยจะสนใจและประเมินเฉพาะผลต้นทุนที่ต่ำที่สุดเท่านั้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis [CEA]) หมายถึง การวิเคราะห์ที่เชื่อมโยงระหว่างต้นทุนในหน่วยเงิน (cost measured in monetary unit) ต่อผลลัพธ์ของการบำบัด หรือการฉีดกระทำ (intervention) ที่เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น จำนวนคนตาย จำนวนคนเป็นโรค จำนวนวันป่วยที่ลดลง ในปัจจุบันได้มีการรวมผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่เกิดจากการตายและการเจ็บป่วยแต่ไม่ตาย เช่น ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (disability-adjusted life year: DALYs) (ปฤทัย สำราญคง, 2556; Pudtan, 2011) ซึ่งการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลเป็นวิธีวัดความคุ้มค่าที่นิยมใช้มากที่สุดในทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อใช้เป็นข้อมูลช่วยในการตัดสินใจในการเลือกผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงสุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ทั้งนี้หน่วยของต้นทุน และผลลัพธ์มีความแตกต่างกัน จึงสามารถคำนวณต้นทุนประสิทธิผลและแสดงผลในรูปแบบอัตราส่วนของต้นทุนต่อประสิทธิผลเท่านั้น (น้ำฝน ปิยะตระกูล, 2552; อรุณช แจ่มดี, 2556; Paul , 2007; JBI, 2014; Pudtan, 2011)

ทั้งนี้ข้อดีในการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล คือ สามารถใช้ผลลัพธ์ชั้นกลางได้ ทำให้การวัดผล ทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน แต่มีข้อจำกัดที่ในความเป็นจริงทางเลือกด้านสุขภาพมักมีผลลัพธ์จำนวนมาก มาเกี่ยวข้อง อาจจำเป็นต้องเลือกผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดมาประเมินต้นทุนประสิทธิผล ซึ่งอาจทำให้การวัดผลได้ไม่ครอบคลุมในทุกมิติ และทางเลือกบางอย่างแม้ไม่ได้รักษาชีวิตผู้ป่วยจำนวนมากไว้ แต่ก็ช่วยลดความเจ็บป่วยหรือช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ (ปฤทัย สำราญคง, 2556; น้ำฝน ปิยะตระกูล, 2552; Paul, 2007; Vaughan, Terry & Ameanda , 2006)

สามารถสรุปได้ว่า การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ การวิเคราะห์ต้นทุนของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อผลลัพธ์ที่สำคัญและพบบ่อย คือ ปีสุขภาวะที่สูญเสีย เพื่อประเมินความคุ้มค่าของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม ซึ่งจะเป็นข้อมูลช่วยในการตัดสินใจเลือกนำไปใช้ หรือวางแผนสุขภาพและนโยบายในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประกอบด้วย

1. ต้นทุนของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคเรื้อรังที่รุนแรง และต้องการการบำบัดรักษาเป็นระยะเวลานานตลอดช่วงระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทซึ่งอาจเป็นตลอดชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งในการรักษา บำบัด หรือการจัดกระทำให้กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีนั้นมีต้นทุนเสมอ เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา อุปกรณ์ที่ใช้ เป็นต้น ดังนั้นการประเมินต้นทุนของโรคจิตเภทจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล ซึ่งจะนำไปสู่การพิจารณา และประเมินการบำบัดรักษา แนวทางการช่วยเหลือ งบประมาณและนโยบายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท (Paul, 2007; Kazuhiro, Maria, Adrian & Francisco, 2015) โดยต้นทุนจะต้องสัมพันธ์กับมุมมองที่กำหนด ได้แก่ มุมมองของสังคม มุมมองของผู้จ่ายเงิน มุมมองของผู้ให้บริการ และมุมมองของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ที่มีผลต่อชนิดของต้นทุน ผลลัพธ์ที่พิจารณาในการประเมิน และผลสรุปที่ได้จากการประเมิน เช่น หากกำหนดมุมมองทางสังคมที่พิจารณาทั้งต้นทุนและผลลัพธ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ต้นทุนจะประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวข้องทั้งหมดกับการรักษา (direct medical cost) และต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา (direct non-medical care) หากกำหนดมุมมองของผู้ให้บริการ คือ โรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ที่จะให้ความสำคัญที่ผู้ให้บริการรับผิดชอบ ต้นทุนจะประกอบด้วยต้นทุนทางตรงเท่านั้น (น้ำฝน ปิยะตระกูล, 2552; JBI, 2014)

ต้นทุนในการใช้รักษาและการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท (น้ำฝน ปิยะตระกูล, 2552; Knapp, Mangalore, Simon, 2004; Kazuhiro et al. , 2015) คือ

3.1. ต้นทุนทางตรง (direct cost) คือต้นทุนที่เกิดจากการใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงเห็นได้ชัดเจนเป็นรูปธรรม เป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ได้แก่ ค่ายาในการรักษาค่าบริการของโรงพยาบาลหรือศูนย์ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย ค่าให้บริการการบำบัดด้านจิตสังคม ค่าบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการมารับบริการในการรักษา เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก เป็นต้น

3.2. ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) คือค่าใช้จ่ายที่แหล่งต้นทุนมีความสูญเสีย หรือมีการสูญเสียผลผลิต (lost productivity) จากความพิการ ความเสื่อมพร่องในการทำหน้าที่ หรือการเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร จากการเริ่มของอาการทางโรคจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นในระยะวัยรุ่นตอนปลายหรือผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม และสัมพันธ์ภาพ ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ ทำงาน มีรายได้ไม่เป็นไปตามความสามารถของ

ผู้ป่วย ปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ ในสหราชอาณาจักร มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้รับการจ้างงาน

3.3. ต้นทุนที่ไม่สามารถวัดค่าได้หรือมองไม่เห็น (intangible costs) คือต้นทุนที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเจ็บป่วยหรือการรักษาที่ไม่ได้เป็นในรูปของเงิน โดยความเสียหายที่เกิดขึ้นจากอาการเจ็บป่วย และการรักษา เช่น ความเจ็บปวด หรือความซึมเศร้า การเครียด วิตกกังวล ความรู้สึกของผู้ป่วยต่ออาการเจ็บป่วยหรือการรักษา รวมไปถึงความสูญเสียหน้าที่การทำงานของคู่และผู้ป่วยโรคจิตเภท ในการประเมินต้นทุนประเภทนี้เพื่อสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งในบางครั้งในการประเมินอาจไม่นำต้นทุนประเภทนี้ไปคำนวณ

นอกจากนี้ในการคำนวณต้นทุนจะพบว่าไม่ใช่มูลค่าที่แท้จริงของทั้งหมด เนื่องจากสามารถประเมินและวัดได้ยาก จึงต้องทำให้ใกล้เคียงกับสิ่งที่เป็จริงที่สุด ค่าตัวแปรที่นำมาพิจารณาจึงต้องนำมาวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis) ซึ่งเป็นการทดสอบความมั่นคงของข้อสรุปจากการวิเคราะห์บนพัสัยการประมาณค่าความน่าจะเป็น โดยการแทนที่ตัวเลขใหม่แทนตัวเลขเดิม และทำการคำนวณใหม่ แล้วพิจารณาผลลัพธ์ถึงความแตกต่างที่มากน้อย โดยหากไม่เกิดความแตกต่างหรือแตกต่างเพียงเล็กน้อย อาจกล่าวได้ว่าวิธีการที่ใช้วิเคราะห์ต้นทุนนั้นมีความมั่นคง ผลการวิเคราะห์น่าเชื่อถือ ทั้งนี้การนำมาวิเคราะห์ความไว มีหลายชนิด แต่ที่ใช้บ่อยจะเป็นการนำมาวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียว (one-way sensitivity analysis) เป็นการประเมินความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงค่าตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อผลลัพธ์ทีละตัว (ปฤทัย สำราญคง, 2556; น้ำฝน ปิยะตระกูล, 2552)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. ประสิทธิภาพของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าผลลัพธ์ส่วนใหญ่ คือ ต้นทุนต่อปีสุขภาวะที่สูญเสีย (cost/disability-adjusted life years: DALYs) และในการเปรียบเทียบความคุ้มค่าในรูปแบบต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) สามารถคำนวณปรับค่าของผลลัพธ์เป็นเป็นต้นทุนต่อหนึ่งหน่วยนับได้ (cost/DALY) (Chisholm et al., 2008; Gureje et al., 2007; Gutierrez et al., 2006; Nguyen et al., 2014; Phantunane et al., 2011) รายละเอียดดังนี้

ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (disability adjusted life Years [DALYs]) คือ ดัชนี (indicator) ชี้วัดปัญหาสุขภาพแบบใหม่ โดยความสูญเสียทางสุขภาพทั้งจากการตาย ความพิการและความเจ็บป่วย เนื่องจากปัญหาสุขภาพที่นอกจากส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตแล้ว ในบางโรคยังส่งผลให้เกิดความพิการ รวมถึงการส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่ต้องทนอยู่กับความทุกข์ทรมานจากโรคนั้นๆ ดังนั้นการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นของปัญหาทางสาธารณสุข สุข องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกได้ร่วมกันพัฒนาดัชนี ที่เรียกว่า ปีสุขภาวะที่สูญเสีย ซึ่งเป็นที่รู้จักและใช้กันอย่างแพร่หลายในระดับนานาชาติ เป็นดัชนีวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวมที่วัดช่องว่างสุขภาพ (Health gap) หรือ วัดการสูญเสีย สุขภาวะ ซึ่งมีหน่วยนับทางสุขภาพ คือ ปีสุขภาวะที่สูญเสีย โดยหนึ่งหน่วย (1 DALY) หมายถึงการสูญเสียช่วงอายุของการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ไป 1 ปี เนื่องจากอาจเกิดจากการตายก่อนถึงวัยอันควร หรืออาจเกิดจากการมีชีวิตอยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการ ซึ่งการสูญเสียปีสุขภาวะยังเป็นเครื่องชี้วัดภาระโรค (burden disease) ที่ใช้บอกขนาดปัญหาสุขภาพในภาพรวมของประชากรได้ ซึ่งจากเดิมจะศึกษาเพียงด้านใดด้านหนึ่ง เช่น อัตราป่วย (Morbidity rate) หรืออัตราการตาย (Mortality rate) ทำให้ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชไม่ถูกจัด หรืออยู่ในลำดับปัญหาที่สำคัญของปัญหาสาธารณสุขและภาระโรค เนื่องจากอัตราการตายจากโรคทางจิตเวชค่อนข้างต่ำ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557)

3. การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ในการประเมินผลการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลเพื่อเปรียบเทียบความคุ้มค่าของรูปแบบการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยการวิเคราะห์และรายงานผลในรูปแบบอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio [ICER]) เนื่องจากต้นทุน และผลลัพธ์มีหน่วยที่แตกต่างกัน โดยเป็นการเปรียบเทียบแต่ละทางเลือกโดยอัตราส่วนระหว่างต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อเทียบกับประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้น โดยทั่วไปแล้วทางเลือกที่มี ICER ต่ำหรือเข้าใกล้ศูนย์จะเป็นทางเลือกที่พึงประสงค์ เพราะแสดงถึงการได้หนึ่งหน่วยของประสิทธิผลจากการเพิ่มขึ้นของต้นทุนเพียงเล็กน้อย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจในเลือกทางเลือก ที่เหมาะสมมีความคุ้มค่า การคำนวณ ICER ทำได้จากสูตร (ปฤทัย ตำราญคง, 2556) ดังนี้

$$ICER = \frac{(\text{ต้นทุนรูปแบบการบำบัดที่ 1} - \text{ต้นทุนรูปแบบการบำบัดที่ 2})}{(\text{ประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดที่ 1} - \text{ประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดที่ 2})}$$

แต่จากการคำนวณข้างต้น ยังไม่สามารถพิจารณาได้ว่าการบำบัดรูปแบบนั้นมีความเหมาะสมที่จะเลือกนำไปปฏิบัติใช้จริง หรือนำไปเป็นการบำบัดตามนโยบายของรัฐได้ เนื่องจากผลการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มเป็นเพียงการแสดงผลที่ทำให้ทราบว่ารูปแบบใดที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่า จึงควรมีการพิจารณาถึงความเหมาะสมก่อนเลือกนำไปปฏิบัติใช้ เช่น การพิจารณาด้วยเส้นแบ่งความคุ้มค่า โดยองค์กรการอนามัยโลกได้เสนอให้ใช้เส้นแบ่งความคุ้มค่าที่เปรียบเทียบกับฐานะทางเศรษฐกิจของแต่ละประเทศประมาณ 1-3 เท่าของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อประชากร (บุญนภัส มีรัตน์ และ เกียรติอนันต์ ล้วนแก้ว, 2558) รวมไปถึงการใช้แบบจำลองด้านเศรษฐศาสตร์ในการสังเคราะห์ต้นทุนและผลลัพธ์เพื่อการตัดสินใจ และสามารถประเมินผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวได้ ซึ่งแบบจำลองที่นำมาใช้ในการประเมินมีหลากหลายรูปแบบ เช่น แบบจำลองต้นไม้การตัดสินใจ (decision tree model) และแบบจำลองมาคอฟ (Markov model) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่นิยมนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Nguyen , Bui, Nguyen , Pudtan & Nguyen, 2015)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาข้อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดสำหรับผู้ที่เป็โรจิตเภท ตามกระบวนการทบทวนอย่างเป็นระบบในงานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์ของสถาบัน โจแอนนา บริกส์ (JBI, 2014) ที่ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดคำถามการทบทวน 2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) ทำการสืบค้นงานวิจัยและคัดเลือกงานวิจัย 4) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 5) การรวบรวมและการสกัดข้อมูลจากงานวิจัย 6) การวิเคราะห์ สรุป และสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัย 7) การนำเสนอผล และ 8) การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบนี้ศึกษาในกลุ่มประชากร (population) คือ ผู้ที่เป็น โรจิตเภท (schizophrenia) ที่มีกลุ่มซึ่งได้รับการจัดกระทำ (intervention) คือ ได้รับการบำบัดด้วยยาและจิตสังคมบำบัด เปรียบเทียบ (comparison) กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (usual care) และการประเมินผลลัพธ์ (outcome) ที่จัดอยู่ในการศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพตามแนวทางของสถาบัน โจแอนนา บริกส์ (JBI, 2014) คือต้นทุนประสิทธิผลและต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม คือ ต้นทุนต่อหน่วยของปีสุขภาพที่สูญเสีย จากรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึง 2559 (ค.ศ. 2006 ถึง 2016)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved