



ต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ  
อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยานิพนธ์  
ของ  
อาริยา ตั้งมโนกุล

พหุ ประถมศึกษา

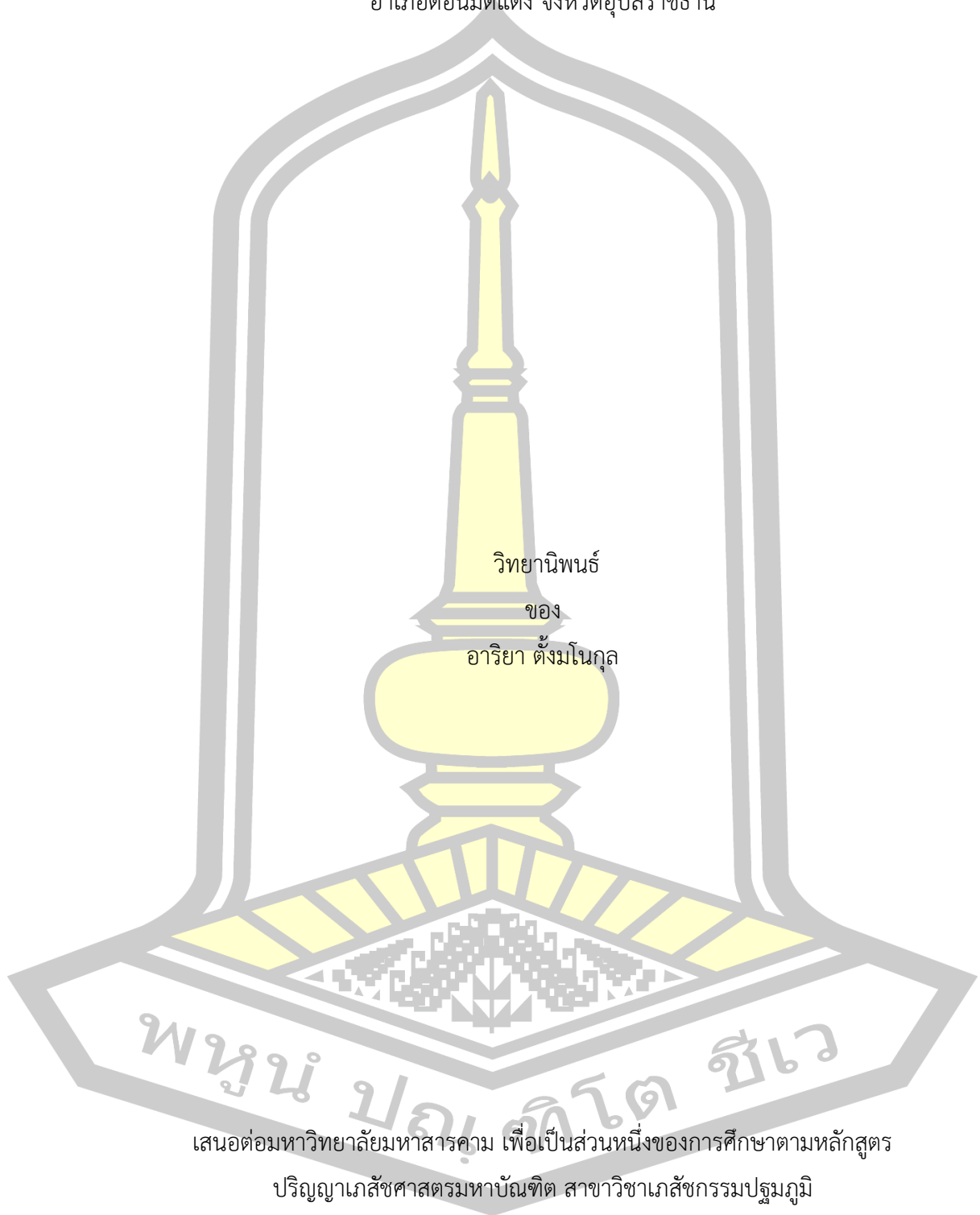
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาเกาส์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเกาส์กรรมปฐมนูมิ

ธันวาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ  
อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

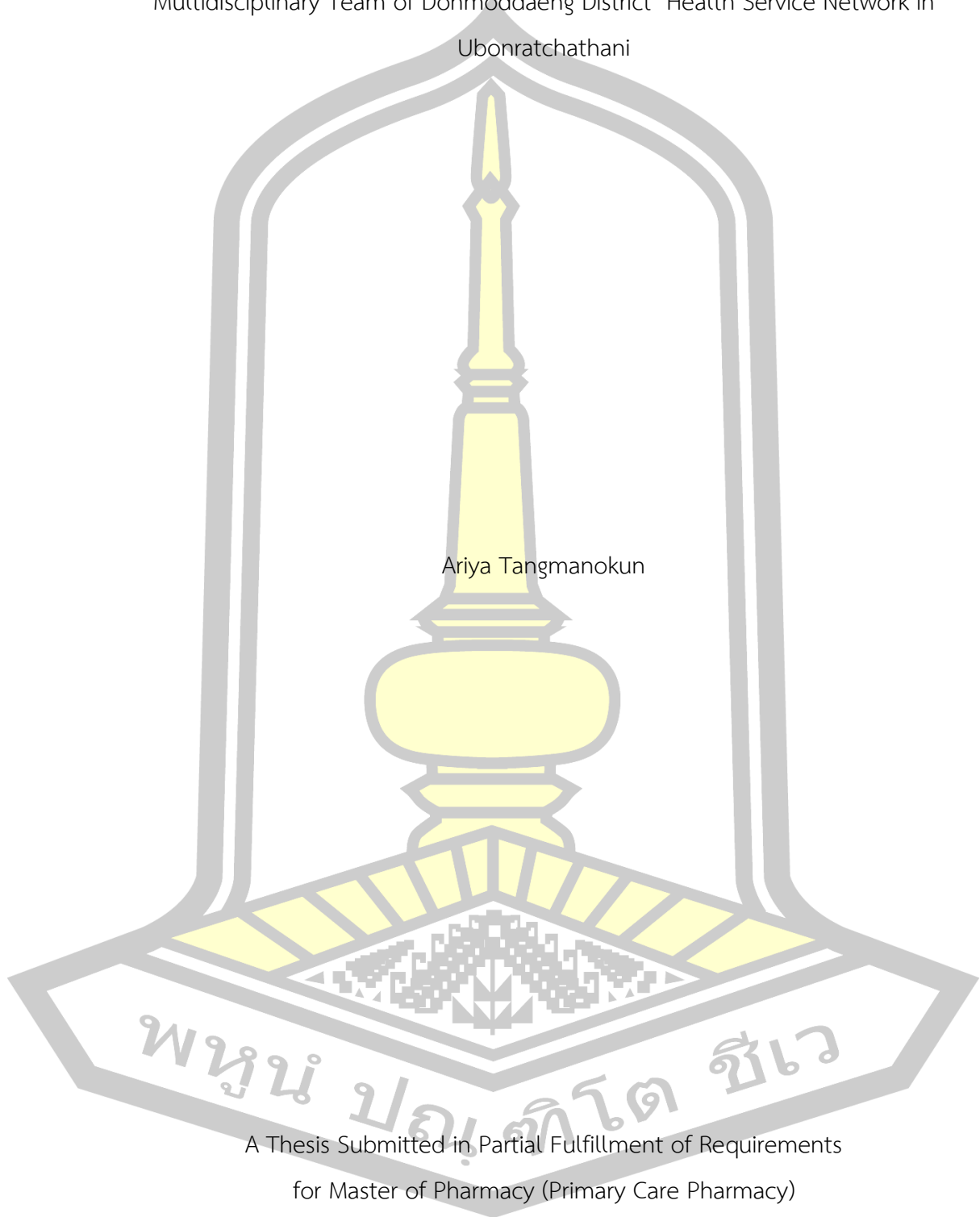


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาเกสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ  
ธันวาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Costs and Outcomes of Home Health Care in Patients with Schizophrenia by  
Multidisciplinary Team of Donmoddaeng District Health Service Network in  
Ubonratchathani

Ariya Tangmanokun



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements  
for Master of Pharmacy (Primary Care Pharmacy)

December 2020

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางอาริยา ตั้งมโนกุล แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. สายทิพย์ สุทธิรักษา )

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สุรศักดิ์ ไชยสงค์ )

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. สุรัชดา ชนโสภณ )

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. อีราพร สุภาพันธ์ )

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....  
(ผศ. ดร. ชนัตถา พลอยล้อมแสง )

คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

.....  
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้วิจัย	อาริยา ตั้งมโนกุล		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ไชยสงค์		
ปริญญา	เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	เภสัชกรรมปฐมภูมิ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2563

### บทคัดย่อ

ปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ขาดยาจนเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการจิตเภทกำเริบซ้ำ ทีมสหสาขาวิชาชีพในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จึงพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบเชิงรุกอย่างเป็นระบบโดยการออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินต้นทุนผลลัพธ์และต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) ในผู้ป่วยโรคจิตเภท 60 คน (กลุ่มศึกษา 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน) ใช้ permuted block size 4 จัดสรรตัวอย่างเข้ากลุ่ม ทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลตามปกติ กลุ่มศึกษาได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 3 ครั้งและการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นโดยเภสัชกรในขณะที่เยี่ยมบ้าน ดำเนินการวิจัยเป็นเวลา 6 เดือน ในช่วงเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2562 วัดผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต และต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม และวัดผลของการแก้ไขปัญหาและความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านในกลุ่มศึกษา ประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านโดยใช้มุมมองของสังคม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (กลุ่มศึกษา ร้อยละ 60 vs. กลุ่มควบคุม ร้อยละ 63) อายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 93 vs. ร้อยละ 67) สถานภาพโสด (ร้อยละ 47 vs. ร้อยละ 63) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 67 vs. ร้อยละ 53) ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 57 vs. ร้อยละ 57) พักอาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 77 vs. ร้อยละ 90) เป็นโรคจิตเภทมากกว่า 5 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 73 vs. ร้อยละ 53)

ผลการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นในกลุ่มศึกษา พบว่า อัตราการมาพบแพทย์ตามนัดเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 86.67 ก่อนเข้าการศึกษา เป็นร้อยละ 100 ในเดือนที่ 1 และร้อยละ 100 ในเดือนที่ 2 ( $p=0.043$ ) และอัตราการรับประทานยาตามแพทย์เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 86.67 ก่อนเข้าการศึกษา เป็น ร้อยละ 100 ในเดือนที่ 1 และร้อยละ 100 ในเดือนที่ 2 ( $p=0.043$ ) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการ เยี่ยมบ้านอยู่ในระดับมาก ( $4.37 \pm 0.49$  คะแนน)

เมื่อติดตามผลลัพธ์ในเดือนที่ 6 พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีอัตราการเกิด อาการจิตเภทกำเริบ (ร้อยละ 0 vs. ร้อยละ 16.67,  $p=0.020$ ) ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ( $18.67 \pm 1.32$  vs.  $21.50 \pm 7.29$ ,  $p=0.021$ ) อัตราการนอนโรงพยาบาลจากอาการจิตเภท กำเริบ (ร้อยละ 0 vs. ร้อยละ 13.33,  $p=0.038$ ) และคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ  $11.00 \pm 10.86$  vs. ร้อยละ  $9.50 \pm 9.13$ ,  $p < 0.001$ ) ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ต้นทุนของการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย เท่ากับ 3,588.45 บาทต่อคน ต้นทุนรวมเฉลี่ย เท่ากับ 8,502.97 บาทต่อคน ในกลุ่มศึกษา และ 6,004.41 บาทต่อคน ในกลุ่มควบคุม อัตราส่วนของต้นทุน ส่วนเพิ่มต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ในการลดการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ เท่ากับ 14,988.36 บาทต่อคน ในการลดการเข้านอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ เท่ากับ 18,743.89 บาทต่อคน ในการลดคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) เท่ากับ 88,288.34 บาทต่อคน และในการ เพิ่มคุณภาพชีวิต เท่ากับ 166,570.67 บาทต่อปีสุขภาพหรือปีที่ปรับด้วยคุณภาพชีวิต ซึ่งน้อยกว่า 1 GDP ของประเทศไทยในปี 2562 (248,257.40 บาท/คน/ปี) เมื่อวิเคราะห์ความไวในกรณีต่าง ๆ ค่า ICER ยังอยู่ในช่วงที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

โดยสรุป การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีประสิทธิผลและมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ดังนั้นหน่วยบริการสุขภาพควรสนับสนุนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การเยี่ยมบ้าน, โรคจิตเภท, ผลลัพธ์, ต้นทุน, ต้นทุน-ประสิทธิผล

<b>TITLE</b>	Costs and Outcomes of Home Health Care in Patients with Schizophrenia by Multidisciplinary Team of Donmoddaeng District Health Service Network in Ubonratchathani		
<b>AUTHOR</b>	Ariya Tangmanokun		
<b>ADVISORS</b>	Associate Professor Surasak Chaiyasong , Ph.D.		
<b>DEGREE</b>	Master of Pharmacy	<b>MAJOR</b>	Primary Care Pharmacy
<b>UNIVERSITY</b>	Maharakham University	<b>YEAR</b>	2020

### ABSTRACT

**Introduction:** Treatment discontinuation and medication non-adherence are critical problems in caring patients with schizophrenia; this could cause recurrence and serious consequences of schizophrenia. A multidisciplinary team in Donmoddaeng district, Ubonratchathani province developed a home health care, proactive approach, to promote patient care and treatment continuity. This study aims to determine outcomes, costs and cost- effectiveness of home health care in patients with schizophrenia provided by a multidisciplinary team in Donmoddaeng district, Ubonratchathani province.

**Methods:** A randomized controlled trial was conducted in 60 schizophrenia patients (30 in study group and 30 in control group), using size-4 permuted block to allocate patients to the groups. All patients received usual care in the hospital. The patients in study group received three visits of home health care by a multidisciplinary team and brief motivation counseling by a pharmacist. This study was a 6-month trial, run during July – December 2019. Clinical outcomes, quality of life and costs were measured. Problem-solving and satisfaction pertaining to home health care were collected. Cost-effectiveness of this home health care was determined under societal perspective.

Results: Most patients were male (study group 60% vs. control group 63%), aged above 30 years (93% vs. 67%), single (47% vs. 63%), graduated primary school (67% vs. 53%), employed (57% vs. 57%), living with family (77% vs. 90%) and disease duration higher than 5 years (73% vs. 53%).

Brief motivation counseling revealed that it increased doctor visit from 86.67% before the study to 100% in month 1 and 2 ( $p=0.043$ ), increased medication compliance from 86.67% to 100% in month 1 and 2 ( $p=0.043$ ). Patients were highly satisfied with home health care ( $4.37\pm 0.49$  points).

At month 6, this study found that home health care significantly improved patient's outcomes in terms of reduced recurrence (0% vs. 16.67%,  $p=0.020$ ), lower mean BPRS score ( $18.67\pm 1.32$  vs.  $21.50\pm 7.29$ ,  $p=0.021$ ), reduced hospitalization due to recurrence (0% vs. 13.33%,  $p=0.038$ ), and increased quality of life score ( $11.00\pm 10.86$  vs.  $9.50\pm 9.13$ ,  $p<0.001$ ).

Average home health care cost was 3,588.45 baht/patient. Total costs were 8,502.97 baht/patient in study group and 6,004.41 baht/patient in control group. Incremental cost-effectiveness ratios (ICERs) were 14,988.36 baht for reduced recurrence, 18,743.89 baht for decreased hospitalization due to recurrence, 88,288.34 baht for reduced Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) and 166,570.67 baht for increased quality of life which lower than 1 GDP of Thailand in 2019 (248,257.40 baht/person/year). In several sensitivity analyses, the ICERs remained cost-effective.

Conclusion: Home health care by multidisciplinary team in patients with schizophrenia is effective and cost-effective. Therefore, healthcare facilities should support this proactive approach in order to improve efficiency and effectiveness of schizophrenia patient care.

Keyword : home health care, schizophrenia, outcomes, costs, cost-effectiveness



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีทุกประการ ในการนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความเมตตาและกรุณาต่อผู้วิจัย ดังนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ไชยสงค์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตาและกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนพิจารณาตรวจสอบความเรียบร้อยและแก้ไขงานวิทยานิพนธ์จนงานสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีทุกประการ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรัชดา ชณโสมณ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีรพร สุภาพันธุ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ให้ความเมตตาและกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ จนงานสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีทุกประการ

ขอกราบขอบพระคุณ นายสุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และนายวศรัณ วัฒนธีรางกูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง ที่ได้กรุณามอบโอกาสให้ผู้วิจัยได้มาศึกษาต่อในระดับปริญญาโทในครั้งนี้

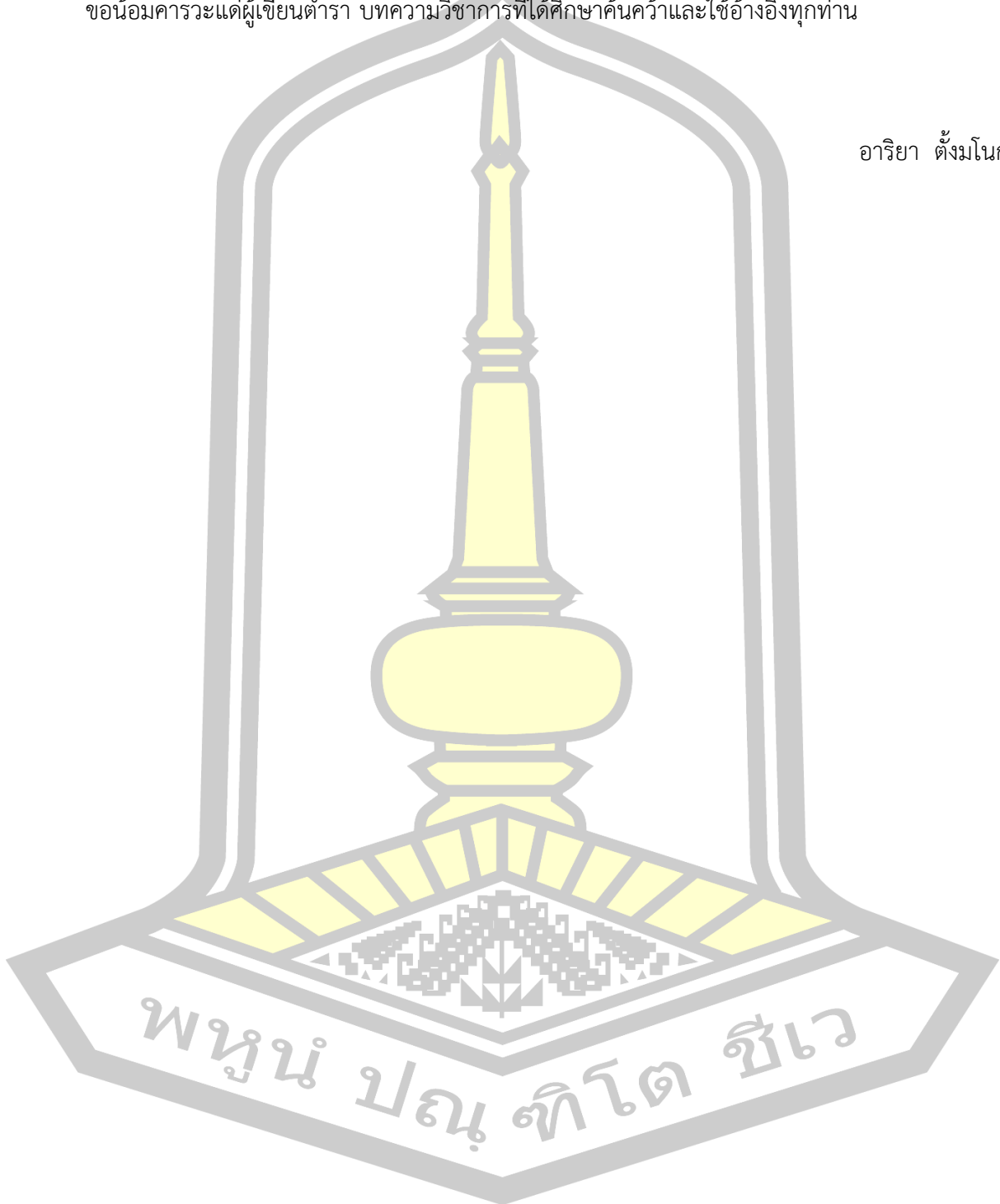
ขอกราบขอบพระคุณ ญญ.ปะการัง กองศรีมา หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลดอนมดแดง ที่ได้กรุณามอบโอกาสให้ผู้วิจัยได้มาศึกษาต่อในระดับปริญญาโทในครั้งนี้ อีกทั้งยังได้ให้คำปรึกษาและคำแนะนำต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ จนงานสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีทุกประการ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลดอนมดแดง ทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการช่วยเหลือให้การทำวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีทุกประการ

ขอขอบคุณ คุณสุลาวรรณ พุ่มจันทร์ พยาบาลจิตเวชคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลดอนมดแดง ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนมดแดงที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการช่วยเหลือและร่วมกันทำงานทุกอย่างที่เกี่ยวข้องงานวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีทุกประการ

ขอขอบคุณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ และขอขอบคุณ คุณรัตนภรณ์ สมนึก เจ้าหน้าที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาในการประสานงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำวิทยานิพนธ์จนงานสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีทุกประการ

ความสำเร็จและคุณค่าของงานวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบให้แก่ บิดา มารดา ครูอาจารย์  
ครอบครัว กัลยาณมิตรและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา และ  
ขอโน้มคารวะแด่ผู้เขียนตำรา บทความวิชาการที่ได้ศึกษาค้นคว้าและใช้อ้างอิงทุกท่าน

อาริยา ตั้งมโนกุล

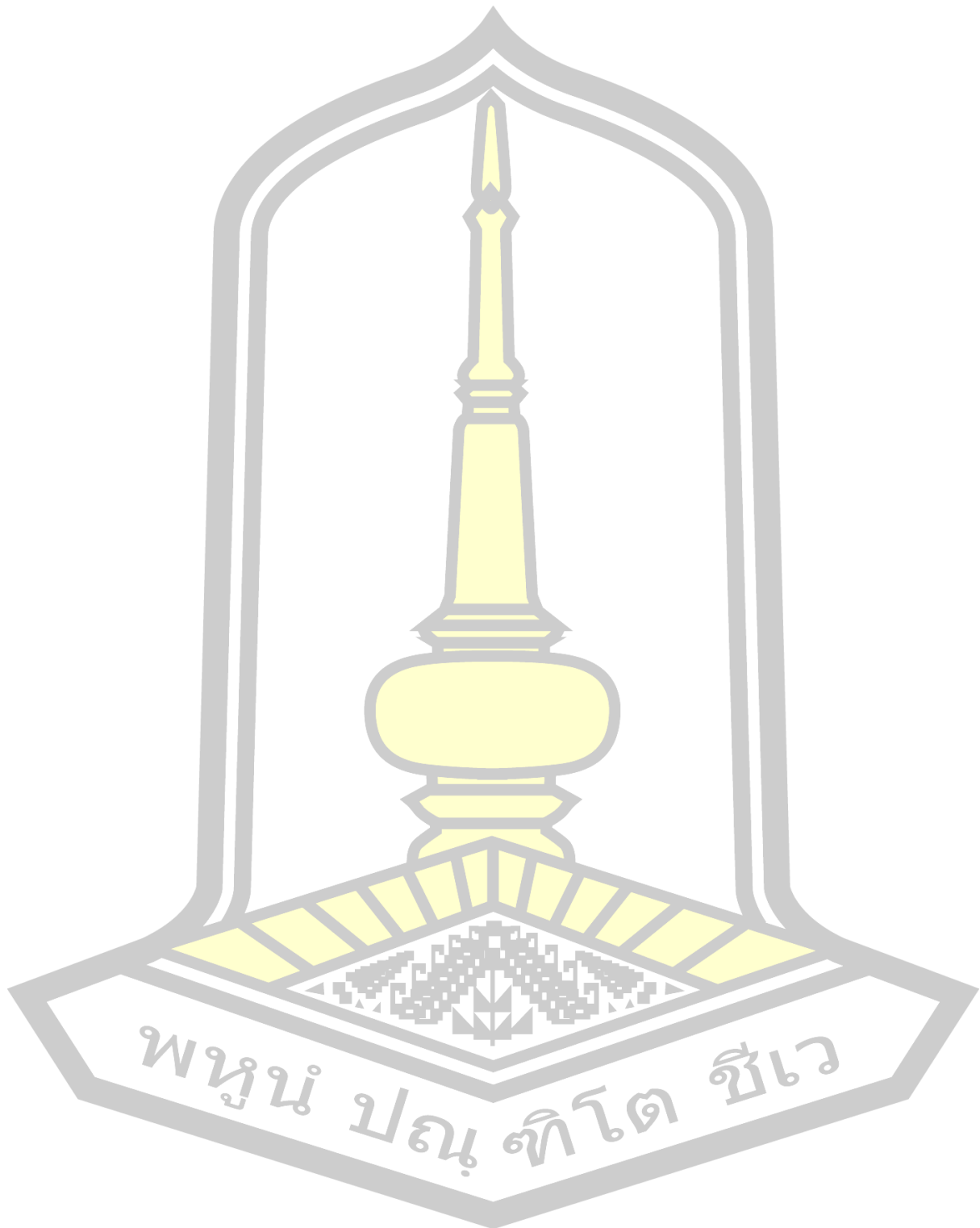


## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ญ
สารบัญตาราง.....	ท
สารบัญภาพประกอบ.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามงานวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ .....	5
1.4 กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	6
1.5 สมมติฐานของการวิจัย.....	7
1.6 ขอบเขตการศึกษา.....	7
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
1.8 นิยามศัพท์เฉพาะ .....	8
บทที่ 2 ปรีทัศน์เอกสารข้อมูล .....	9
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท <sup>(15)</sup> .....	9
2.2 ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท <sup>(17)</sup> .....	12
2.3 ความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา <sup>(18)</sup> .....	15
2.4 ความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน <sup>(19)</sup> .....	20
2.5 แนวคิดของการสนทนาสร้างแรงจูงใจ <sup>(15)</sup> .....	27

2.6 ความรู้เกี่ยวกับเภสัชเวชศาสตร์ <sup>(20)</sup> .....	30
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
3.1 รูปแบบการวิจัย .....	46
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....	46
3.3 การแทรกแซง (Intervention).....	48
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
3.5 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย .....	55
3.6 วิธีดำเนินการวิจัย.....	56
3.7 การจัดการตัวแปรกวน .....	60
3.8 ต้นทุนและการประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล.....	61
3.9 การวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้าน.....	62
3.10 การวิเคราะห์ข้อมูล .....	62
3.11 การปฏิบัติต่ออาสาสมัครตามหลักจริยธรรมการวิจัย.....	63
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	66
4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา.....	66
4.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกและผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ .....	73
4.3 ผลลัพธ์ทางมนุษยศาสตร์ .....	86
4.4 ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์.....	89
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	100
5.1 สรุปผลการศึกษาที่สำคัญ.....	100
5.2 อภิปรายผลการศึกษา .....	103
5.3 จุดเด่นและจุดด้อยของการศึกษา .....	115
5.4 ข้อจำกัดของการศึกษา.....	117

5.5 ข้อเสนอแนะ .....	117
บรรณานุกรม.....	119
ภาคผนวก.....	124
ภาคผนวก ก หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย.....	125
ภาคผนวก ข เอกสารชี้แจงโครงการวิจัย.....	128
ภาคผนวก ค ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย .....	130
ภาคผนวก ง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา.....	135
ภาคผนวก จ แบบบันทึกการเข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้ .....	138
ภาคผนวก ฉ แบบบันทึกการเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้ .....	140
ภาคผนวก ช แบบบันทึกการเข้ารับบริการนอนโรงพยาบาล และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้ .....	142
ภาคผนวก ซ แบบบันทึกการนับเม็ดยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา .....	144
ภาคผนวก ฌ แบบบันทึกปัญหาการใช้ยา (DRPs).....	146
ภาคผนวก ฎ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESS และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้.....	148
ภาคผนวก ฏ แบบบันทึกการให้คำปรึกษาการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นเพื่อสร้างความร่วมมือในการ รับประทานยา และการติดตามผลการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยเภสัชกรในขณะเยี่ยมบ้าน .	152
ภาคผนวก ฐ เอกสารความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลตนเองที่บ้าน คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี .....	158
ภาคผนวก ฑ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่อการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขา วิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี .....	162
ภาคผนวก ท แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) .....	164
ภาคผนวก ฒ แบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย สำหรับวัดคุณภาพชีวิต.....	167
ภาคผนวก ณ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS).....	169
ภาคผนวก ด เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	173



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยของ Prochaska & DiClemente ....	28
ตาราง 2 ต้นทุนและผลได้ของวิธีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ .....	33
ตาราง 3 การเยี่ยมบ้านและบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ.....	48
ตาราง 4 การให้บริการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาลดอนมดแดง .....	51
ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สำหรับการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ของแบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย.....	54
ตาราง 6 การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา .....	57
ตาราง 7 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างศึกษา .....	67
ตาราง 8 ข้อมูลสุขภาพและผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างศึกษา .....	69
ตาราง 9 การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ระยะทางและเวลาที่ใช้ในการเดินทาง.....	72
ตาราง 10 ผลลัพธ์ทางคลินิก .....	75
ตาราง 11 สาเหตุและผลของการไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง .....	78
ตาราง 12 การจัดการปัญหาและผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหา .....	78
ตาราง 13 การเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลในแผนกต่าง ๆ.....	80
ตาราง 14 จำนวนผู้มารับบริการและพยานิตมาด้วยในแต่ละครั้งที่แผนกต่าง ๆ .....	82
ตาราง 15 การประเมินผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะเยี่ยมบ้านตามแบบประเมิน INHOMESSS (กลุ่มศึกษา N=30).....	83
ตาราง 16 ผลการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นโดยเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้าน (กลุ่มศึกษา N=30).....	85
ตาราง 17 คุณภาพชีวิตตามมิติทางสุขภาพในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 .....	87
ตาราง 18 คะแนนอรรถประโยชน์ของสถานะสุขภาพในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 .....	88

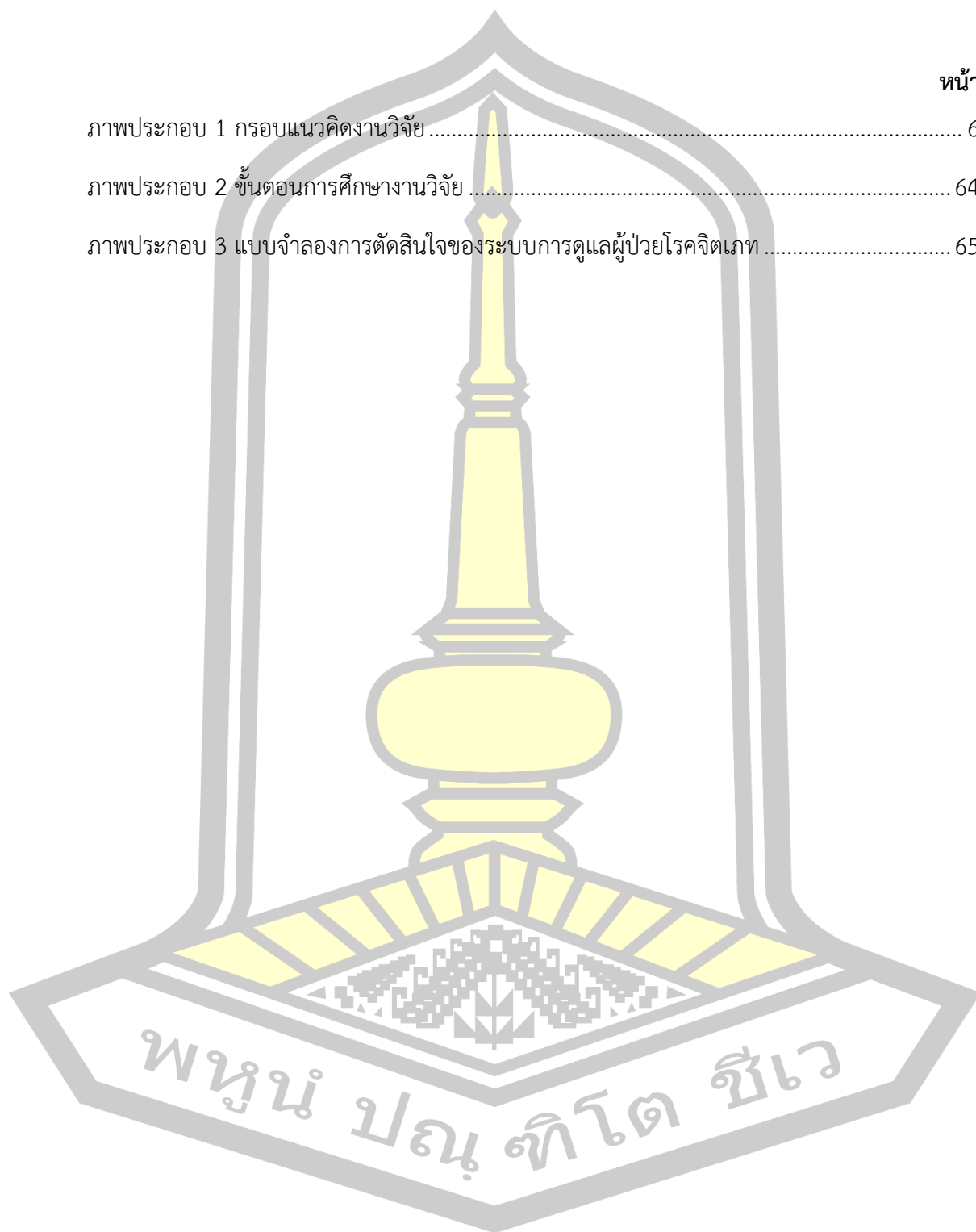
ตาราง 19 การประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง (Visual Analog Scale: VAS) ในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 .....	88
ตาราง 20 การประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ .....	89
ตาราง 21 ต้นทุนที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทแยกตามประเภทต้นทุน .....	91
ตาราง 22 รายละเอียดต้นทุนที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทแยกตามประเภทต้นทุน.....	92
ตาราง 23 ต้นทุนที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน (กลุ่มศึกษา N=30).....	94
ตาราง 24 ต้นทุนรวมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	97
ตาราง 25 อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ของการเยี่ยมบ้าน .....	98
ตาราง 26 ผลการวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้าน .....	99





## สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	6
ภาพประกอบ 2 ขั้นตอนการศึกษางานวิจัย.....	64
ภาพประกอบ 3 แบบจำลองการตัดสินใจของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	65



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในประชากรทั่วไปโดยมีความชุกชั่วชีวิตประมาณร้อยละ 1<sup>(1)</sup> โรคนี้พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากร ทั่วโลกมีผู้ป่วยมากกว่า 10 ล้านคน และส่วนใหญ่พบในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 15-35 ปี โดยมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลและสังคม อาการสำคัญของโรคนี้ คือ มีความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติ มีความคิดไม่ต่อเนื่อง ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ แยกตัวจากสังคม ไม่ค่อยดูแลตนเองเหมือนหลุดไปจากความเป็นจริง ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน<sup>(2)</sup> องค์การอนามัยโลกจัดให้โรคจิตเภทเป็นหนึ่งในโรคที่มีผลทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว<sup>(3)</sup> หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องหรือได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมากจากอาการจิตเภทกำเริบ และอาจถึงขั้นทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น แม้ว่าอาการทางจิตจะสงบลงแต่ผู้ป่วยจะยังคงมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ทางสังคม นอกจากนี้การกลับเป็นซ้ำครั้งที่สอง ผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์ของโรคไม่ดีมีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้ขึ้นอย่างถาวร ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันลดลง ส่งผลให้ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและมีภาระเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการป่วยซ้ำที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลจะก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจทั้งระดับครอบครัวและระดับประเทศซึ่งนับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม<sup>(4)</sup>

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทของประเทศไทย พบว่า ความชุกของโรคจิตเภทเท่ากับร้อยละ 0.88 โดยมีสัดส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1.1 ต่อ 1 ระยะเวลาที่พบอุบัติการณ์ของโรคในทั้งสองเพศ คือ ช่วงอายุ 15-24 ปี โดยมีระยะเวลาในการป่วยประมาณ 30-34 ปี<sup>(5)</sup> จากรายงานของกรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2559 พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำแนกตามกลุ่มโรคพบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทมากที่สุด<sup>(6)</sup> ข้อมูลจากสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วประเทศ จำนวน 421,298 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าถึงหน่วยบริการจำนวน 2 ใน 3 หรือประมาณ 288,806 ราย<sup>(2)</sup> ข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 10 รายงานโดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า

จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทในปี พ.ศ.2554 ถึงปี พ.ศ.2556 เท่ากับ 78,970 ราย, 74,504 ราย และ 75,378 ราย ตามลำดับ<sup>(7)</sup> ในกรณีนี้ เป้าหมายของการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการให้ยา การทำหัตถการ การใช้เครื่องมือ การให้คำแนะนำทางการแพทย์ รวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย โดยการมีทีมสหสาขาจากหลาย ๆ สาขา เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และวิชาชีพอื่น ๆ ให้การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อส่งเสริมศักยภาพที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เป็นภาระต่อบุคคลรอบข้างและสังคมน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2555-2559) ที่มุ่งเน้นให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชนเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดอัตราการป่วยซ้ำ และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามอัตภาพ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ดังนั้น การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนจึงมีความสำคัญและเด่นชัดมากยิ่งขึ้นโดยสอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้<sup>(8)</sup> และในปีงบประมาณ 2561 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรงบบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน 61.50 ล้านบาท เพื่อให้บริการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านหรือในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเน้นให้จัดบริการดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 10,250 ราย เพื่อป้องกันการขาดยา ลดอาการกำเริบ ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>(9)</sup>

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลดอนมดแดง จำนวน 102 ราย โดยปีงบประมาณ 2558 ถึง ปีงบประมาณ 2560 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 18.43 ,14.60 และ 11.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ น้อยกว่า 6.3 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ 2561 ข้อมูลการติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำตามแนวทางมาตรฐานร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 พบว่า จังหวัดอุบลราชธานี มีผลการดำเนินงานเท่ากับร้อยละ 96.60 โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 6.06 ต่อแสนประชากร โดยอำเภอดอนมดแดง มีผลการดำเนินงานเท่ากับร้อยละ 100 และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับศูนย์<sup>(10)</sup> อย่างไรก็ตาม อำเภอดอนมดแดงยังพบปัญหาผู้ป่วยโรคจิตเภทขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่ตรงตามแพทย์สั่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการจิตเภทกำเริบและถูกนำส่งมารับการรักษาฉุกเฉินที่โรงพยาบาล และเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจนกว่าอาการจิตเภทจะดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่

ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการมาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง แต่อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยขาดยาจนเป็นเหตุให้เกิดอาการจิตเภทกำเริบซ้ำ โดยในเดือนมีนาคม ปี 2561 พบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เพิ่งถูกส่งตัวกลับคืนสู่สังคมแต่เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยา ทำให้รับประทานยาไม่ตรงตามแพทย์สั่งและหยุดรับประทานยาเอง เนื่องจากคิดว่าตนเองหายจากอาการป่วยแล้ว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการจิตเภทกำเริบจำนวน 3 ราย เจ้าหน้าที่ตำรวจได้นำส่งผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของโรงพยาบาล และผู้ป่วยต้องเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในจนอาการจิตเภทดีขึ้นจึงถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นในปีงบประมาณ 2562 ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลจิตเวช เกสัชกร และพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้รับผิดชอบงานจิตเวช จึงได้มีแนวคิดที่จะดำเนินงานให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบเชิงรุกอย่างเป็นระบบโดยการออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการมาพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาตรงตามแพทย์สั่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีอาการจิตเภทกำเริบสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมได้ตามปกติ ไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายและไม่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า มีงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่า การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการให้การแทรกแซง (Intervention) ด้วยวิธีการต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และควบคุมอาการทางคลินิกได้ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง รวมทั้งดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดระยะเวลาในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เช่น การศึกษาของสุธีกาญจน์ไชยลาภ และอังสนา วิริยโกศล<sup>(8)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรค จิตเภทส่วนใหญ่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และขาดทักษะต่าง ๆ ในการใช้ชีวิตในชุมชน ดังนั้นจึงได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังกลับคืนสู่สังคมและพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการทำงาน ทักษะทางด้านสังคม และทักษะการใช้ชีวิตภายหลังกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนดีกว่ากลุ่มที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang และคณะ<sup>(11)</sup> ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Muijen และคณะ<sup>(12)</sup> ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านช่วยลดระยะเวลาในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 80 รวมทั้งลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลได้เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระบบบริการปกติของโรงพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้ การศึกษาของ Meijel และคณะ<sup>(13)</sup> พบว่า การป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องดูแล

ในเรื่องโปรแกรมการรักษา ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาและการสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดบริการด้านจิตเวชที่มุ่งให้มีระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สั้นลงเพื่อลดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตลอดจนการให้การดูแลผู้ป่วยทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อช่วยลดการเกิดอาการกำเริบซ้ำ และลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ดำเนินชีวิตโดยเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ สอดคล้องของกับการศึกษาของ Valenstein และคณะ<sup>(14)</sup> ที่ให้การแทรกแซง (intervention) แก่ผู้ป่วยโดยการใช้ Pharmacy-Based intervention (Meds-Help) ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยแบบระบบปกติของโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระบบปกติของโรงพยาบาลเท่านั้น และสอดคล้องกับการศึกษาของพยอม ตันทจรรยา และคณะ<sup>(15)</sup> ที่ให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย จากนั้นมีการติดตามพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่องภายหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่องแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับร้อยละ 85 และร้อยละ 60 ตามลำดับ นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมด้านเศรษฐศาสตร์ในเรื่องการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพบการศึกษาของ มงคล ศิริเทพทวี และคณะ<sup>(16)</sup> ที่ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการระดับปฐมภูมิเปรียบเทียบกับระบบบริการปกติของโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 9 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับระบบการดูแลต่อเนื่องมีความถี่ของการเกิดอาการกำเริบและการก่อความเสี่ยงทางจิตเวชน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.01$ ) ต้นทุนรวมของระบบการดูแลต่อเนื่องและระบบบริการปกติ เท่ากับ 2,627.27 บาท/คน และ 703.87 บาท ตามลำดับ ต้นทุนส่วนเพิ่ม 1,923.4 บาท/คน อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มของระบบการดูแลต่อเนื่องต่อผลลัพธ์อาการกำเริบที่ลดลงเท่ากับ 13,738.5 บาท/คน และอัตราการเกิดอาการกำเริบและก่อความเสี่ยงทางจิตเวชของระบบการดูแลต่อเนื่องต่ำกว่าระบบบริการปกติเท่ากับ 0.14 ดังนั้น ทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนมดแดง จึงเห็นว่ามีคามจำเป็นอย่างยิ่งที่จะผลักดันให้เกิดการให้บริการเภสัชกรรมเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลเท่านั้น และศึกษานี้ยังถือเป็นการเปิดบทบาทของเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในพื้นที่อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

## 1.2 คำถามงานวิจัย

1.2.1 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการมาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีอาการจิตเภทกำเริบ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายและไม่มี การฆ่าตัวตายสำเร็จได้ หรือไม่

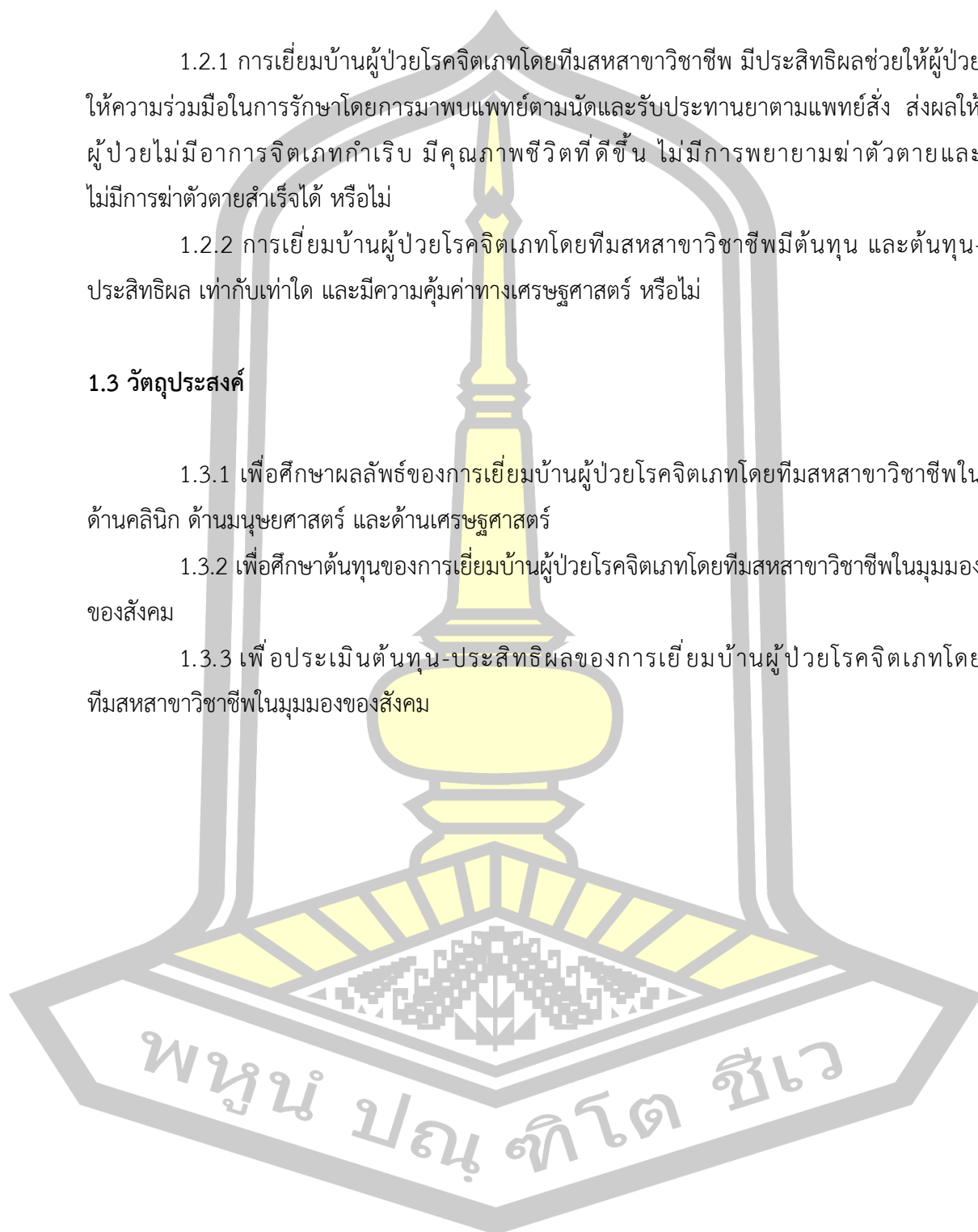
1.2.2 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีต้นทุน และต้นทุน-ประสิทธิผล เท่ากับเท่าใด และมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ หรือไม่

## 1.3 วัตถุประสงค์

1.3.1 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพใน ด้านคลินิก ด้านมนุษยศาสตร์ และด้านเศรษฐศาสตร์

1.3.2 เพื่อศึกษาต้นทุนของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในมุมมอง ของสังคม

1.3.3 เพื่อประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพในมุมมองของสังคม



## 1.4 กรอบแนวคิดงานวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

## 1.5 สมมติฐานของการวิจัย

1.5.1 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาโดยมาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาตามแพทย์สั่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีอาการจิตเภทกำเริบ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายและไม่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ

1.5.2 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีต้นทุนและต้นทุน-ประสิทธิผลที่คุ้มทุน และมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

## 1.6 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาเรื่อง ต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) เพื่อศึกษาต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลเท่านั้น และมีการประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในมุมมองของสังคม ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2562 ถึง เดือนธันวาคม 2562 โดยมีประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

## 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีโอกาสเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบเชิงรุกโดยการออกเยี่ยมบ้าน และสามารถนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดียิ่งขึ้นต่อไป



## 1.8 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.8.1 การเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) หมายถึง การที่ทีมสหสาขาวิชาชีพให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายหลังจากที่ผู้ป่วยมารับบริการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

1.8.2 ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามระบบ ICD-10 รหัสโรค F20 – F29 และได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

1.8.3 ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) หมายถึง ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน พยาบาลจิตเวช เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้รับผิดชอบงานจิตเวช และอาสาสมัครสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน พยาบาลจิตเวช และเภสัชกร

1.8.4 ผลลัพธ์ทางคลินิก หมายถึง การประเมินผลเรื่อง อัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ ระดับอาการทางจิต (BPRS) การมาพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การเข้ารับการรักษาอาการจิตเภทกำเริบที่โรงพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและหอผู้ป่วยใน อัตราการนอนโรงพยาบาล อาการโรคซึมเศร้า (9Q) การฆ่าตัวตาย (8Q) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ และปัญหาจากการใช้ยา (DRPs)

1.8.5 ผลลัพธ์ทางมนุษยศาสตร์ หมายถึง การประเมินผลเรื่อง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือผู้ดูแลต่อการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.8.6 ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ หมายถึง การประเมินผลเรื่อง ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ต้นทุนทางอ้อม ต้นทุนของการเยี่ยมบ้านในมุมมองของสังคม และต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านในมุมมองของสังคม

1.8.7 อาการจิตเภทกำเริบ หมายถึง ผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว ด้านคำพูด และความรู้สึกที่บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยใกล้จะก่อความรุนแรง หรือมีอาการทางจิตที่มีความก้าวร้าว รุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือมีค่า Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) มากกว่าหรือเท่ากับ 37 คะแนน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการรักษาตัวที่โรงพยาบาลดอนมดแดง ในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยใน

## บทที่ 2

### ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาเรื่องต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในหัวข้อต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
- 2.2 ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท
- 2.3 ความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา
- 2.4 ความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน
- 2.5 ความรู้เกี่ยวกับการสนทนาสร้างแรงจูงใจ
- 2.6 ความรู้เกี่ยวกับเภสัชศาสตร์
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท<sup>(15)</sup>

##### 2.1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นกลุ่มอาการแสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ สติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตัวเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และขาดแรงจูงใจ เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นระหว่างอายุ 15-35 ปี พบว่า ก่อนอายุ 25 ปี ร้อยละ 50 ก่อนอายุ 10 ปี และหลังอายุ 40 ปี พบได้น้อยมาก เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่ในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง

##### 2.1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการแสดงของโรคจิตเภท จะค่อยๆ เกิดขึ้นโดยที่บุคคลนั้นหรือครอบครัวไม่รู้ตัวเป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ ทำให้เข้าใจว่าเป็นความเจ็บป่วยธรรมดา เช่น บวดีริษะ นอนไม่หลับแต่ยังทำงานได้ตามปกติ หลังจากนั้นมีอาการซึม คิดมาก ไม่มีสมาธิ พูดมาก โดยเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่บางคนอาจเกิดความผิดปกติอย่างทันทีทันใดและมีอาการรุนแรง มีอาการประสาทหลอน หลงผิด ความคิดเปลี่ยนแปลง โดยทั่วไปประกอบด้วย กลุ่มอาการเด่น ๆ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ ดังนี้

2.1.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิดรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้าน คือ Psychotic Dimension ได้แก่ อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน และ Disorganization Dimension ได้แก่ Disorganized Speech และ Disorganized Behavior ซึ่งลักษณะของอาการแต่ละด้าน มีดังนี้

1) Psychotic Dimension ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ Persecutory Delusion, Delusion of Reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบบ้าง เช่น Somatic Delusion, Religious Delusion หรือ Grandiose Delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ Bizarre Delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจหรือเป็นไปไม่ได้เลย จัดอยู่ในกลุ่มอาการของ Schneider จัดว่าเป็น Bizarre Delusion และอาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น Auditory Hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น Tactile หรือ Somatic Hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ Auditory Hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

2) Disorganization Dimension ได้แก่ Disorganized Speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่าง เช่น Loose Association ,Incoherent Speech หรือ Tangentiality เป็นต้น และ Disorganized Behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แต่งตัวแปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนบัสสวาทกลางสาธารณะ บางคนจู้ ๆ ก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

### 2.1.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) ได้แก่

- 1) Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
- 2) Affective Flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์ลดลงมาก
- 3) Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สนใจเรื่องของการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร
- 4) Asociality เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

ในระยะอาการกำเริบของผู้ป่วย อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบมักพบในระยะหลังของโรคและไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

### 2.1.3 การดำเนินโรคจิตเภท

การดำเนินโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

2.1.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป และมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแยลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขภาพอนามัย หรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนาหรือจิตวิทยา มีการให้คำหรือสำนวนแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่า ผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกได้ยากว่า เริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นาน โดยผู้ป่วยจะดูแลลงเรื่อย ๆ

2.1.3.2 ระยะเวลาอาการกำเริบ (Active Phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก

2.1.3.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual Phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ Flat Affect หรือเสื่อมลงมากกว่าอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก และพบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ในระยะอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัวเอง วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง และมีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (Complete Remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete Remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือเพิ่มมากขึ้น หรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง โดยอาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

### 2.1.4 การวินิจฉัยโรค

2.1.4.1 มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือนได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน Disorganized Speech Grossly Disorganized Behavior หรือ Catatonic Behavior และอาการด้านลบ ได้แก่ Flat Affect, Alogia หรือ Avolition

2.1.4.2 มีความเสื่อมหรือปัญหาในด้าน Social / Occupational Function เช่น ด้านการงาน สัมพันธภาพต่อผู้อื่น หรือสุขภาพอนามัยของตนเอง

2.1.4.3 มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี Active Phase (ตามข้อ 2.1.4.1) อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะเวลาที่เหลืออาจเป็น Prodromal หรือ Residual Phase

### 2.1.5 การรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ใช้วิธีการรักษาหลายวิธีผสมผสานกันทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้านจิตสังคม มีรายละเอียด ดังนี้

2.1.5.1 การรักษาด้วยยาด้านโรคจิต เป็นกลุ่มยาที่ใช้รักษาอาการโรคจิตที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น โรคจิตเภท โรคจิตหวาดระแวง ยาด้านโรคจิตจะช่วยควบคุมอาการของโรค และช่วยให้อาการดีขึ้นจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้และมีการปรับตัวได้ดีขึ้น

2.1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy : ECT) เป็นการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำจำนวนหนึ่งผ่านสมองบริเวณที่กำหนด เพื่อให้เกิดอาการชักแบบทั้งตัว ใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ยาร่วมกับ ECT

2.1.5.3 การรักษาด้านจิตสังคม เช่น การทำจิตบำบัด (Psycho therapy) การให้คำปรึกษา (counseling) การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family counseling) และการทำกลุ่มบำบัด (Therapeutic groups)

## 2.2. ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท<sup>(17)</sup>

### 2.2.1 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท

#### 2.2.1.1 Typical antipsychotic drugs หรือ Dopamine Antagonists (DA)

1) กลุ่ม Aliphatic Phenothiazine มีฤทธิ์ Sedative สูง และมีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้ความดันโลหิตต่ำมากกว่ายาชนิดอื่น ได้แก่ Chlorpromazine

2) กลุ่ม Piperazine Phenothiazine มีฤทธิ์ Sedative ปานกลาง มี Extrapyrimal Symptoms น้อย แต่มีฤทธิ์ข้างเคียง Anticholinergic สูงกว่ายาอื่น ได้แก่ Thioridazine

3) กลุ่ม Piperazine Phenothiazine มีฤทธิ์ Sedative ต่ำ แต่มี Extrapyramidal Symptoms สูง ลดความคิดหลงผิดและประสาทหลอนได้ดี ได้แก่ Perphenazine, Trifluoperazine, Fluphenazine

4) กลุ่ม Thiozanthenes ได้แก่ Zuclopenthixol Acetate, Flupenthixol Decanoate

5) กลุ่ม Butyrophenone มี Potency สูง มีฤทธิ์ Sedative น้อย มี Extrapyramidal Symptoms สูง ใช้ในการควบคุมอาการร่วนวาย ก้าวร้าว ประสาทหลอน หลงผิด และ Mania ได้แก่ Haloperidol, Bromperidol

2.2.1.2 Atypical antipsychotic drugs หรือ Serotonin-Dopamine Antagonists (SDA) เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ซึ่งยากกลุ่มใหม่นี้มีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาต่างจากยากกลุ่มเดิม มีการตอบสนองต่อการรักษาและผลข้างเคียงประเภท Extrapyramidal Symptoms น้อยกว่า ยากกลุ่มเดิม แต่ราคาจะค่อนข้างสูงกว่า ยากกลุ่มใหม่ ได้แก่ Clozapine, Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Ziprasidon

## 2.2.2 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

### 2.2.2.1 Extrapyramidal side effects (EPS)

1) Acute dystonia มีการเกร็งของกล้ามเนื้อรุนแรงในบริเวณคอ หลอดลม ลิ้น ปาก รวมถึงบริเวณลูกตาทำให้คอบิด ลูกนัยน์ตาเหลือกขึ้นข้างบน ลิ้นแลบออกมาออกปาก เมื่อได้ยา ในช่วง 1-5 วันแรก การพยาบาล ควรเน้นการป้องกันโดยประเมินอาการเริ่มแรก เช่น ผู้ป่วยบ่นคอแข็ง ลิ้นแข็ง แต่ถ้าเกิดอาการแล้วผู้ป่วยจะตกใจกลัว ต้องรีบช่วยด่วนโดยรายงานแพทย์และงดยาไว้ก่อน ยาแก้อาการนี้เป็นยาฉีด เช่น Benadryl, Cogentin

2) Parkinsonism หรือ Pseudoparkinsonism มีอาการแสดงเหมือนผู้ป่วยที่เป็นโรค Parkinson คือ มีการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วไป ทำให้มีการเคลื่อนไหวช้า เดินตัวแข็ง ช้า มีอาการมือ-ขาสั่น พุดไม่ค่อยคล่องเพราะมีลิ้นแข็ง ขากรรไกรเกร็ง มีน้ำลายไหล กล้ามเนื้อหน้าเกร็ง เฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ มักเกิดในช่วงสัปดาห์ที่ 2 ถึง 3 เดือนแรกของการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ในระยะแรกควรให้กำลังใจและประคับประคองให้ผู้ป่วยรับประทานยาก่อน ถ้าอาการรุนแรงขึ้นต้องรายงานแพทย์เพื่อปรับยาใหม่ และอาจใช้ยา Benzotropine เพื่อบรรเทาอาการ

3) Akathisia มีอาการกระสับกระส่าย นั่งไม่ติด หรืออยู่หนึ่ง ๆ ไม่ได้ จึงต้องขยับตัวไปมา หรือต้องเคลื่อนไหวช้า ๆ พบเมื่อใช้ยาได้ประมาณ 50-60 วัน อาการเหล่านี้ลดลงได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ และออกกำลังกาย

4) Tardive dyskinesia อาการกลุ่มนี้เกิดขึ้นช้า ๆ ในผู้ป่วยที่เข้ายาเกิน 1 ปี อาการที่พบ เช่น ปากขมูบขมิบเหมือนเคี้ยวปากหรือดูดปาก ลิ้นเคลื่อนไหวอย่างไม่ตั้งใจ ร่วมกับการเคลื่อนไหวของแขนขาและการเดินผิดปกติในลักษณะไม่สัมพันธ์กัน อาการเหล่านี้มักแก้ไขไม่ได้ จึงควรป้องกันโดยการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาเป็นเวลานานทุก 3 เดือน

2.2.2.2 Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) เป็นอาการที่เกิดไม่บ่อยนัก อาการสำคัญ คือ มีการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วปอย่างรุนแรง มีไข้สูง หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตไม่คงที่ เหงื่อออกมา ปัสสาวะน้อย อาจเกิดภาวะการทำงานของระบบหายใจล้มเหลว หรือไตล้มเหลว และเสียชีวิต อาการเช่นนี้มีอันตรายสูง ซึ่งอาการอาจเกิดหลังได้ยาไป 1-3 วัน การช่วยเหลือทำได้โดยการหยุดยาทันที และให้การช่วยเหลือตามอาการ

2.2.2.3 Anticholinergic effects เช่น ปากแห้งตาพร่า ท้องผูก ใจสั่น และปัสสาวะลำบาก ส่วนมากให้การช่วยเหลือประคับประคองตามอาการ เช่น รักษาความสะอาดช่องปาก ดื่มน้ำให้มากขึ้น ออกกำลังกาย รับประทานอาหารมีกาก และการให้ความมั่นใจว่าอาการเหล่านี้จะไม่เป็นอันตราย เมื่อร่างกายปรับตัวได้จะค่อย ๆ ดีขึ้น หรือถ้าไม่สุขสบายมาก ควรรายงานแพทย์เพื่อลดปริมาณยาหรือเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่น

2.2.2.4 Sedative อาการง่วง พบได้มากสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาในช่วงแรก ทำให้ผู้ป่วยง่วงนอนและทำกิจกรรมอื่น ๆ ไม่ได้ ถ้าปริมาณยาไม่มาก ควรพิจารณาให้ยาผู้ป่วยเพียงมื้อเดียวก่อนนอน ถ้าไม่ดีขึ้นอาจเปลี่ยนยาตัวใหม่ และควรแนะนำผู้ป่วยว่าไม่ควรขับรถหรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล ซึ่งอาการง่วงนอนนี้จะค่อย ๆ ดีขึ้น แต่ผู้ป่วยต้องอดทนในระยะแรก

2.2.2.5 Postural Hypotension อาการกลุ่มนี้ทำให้ความดันโลหิตตก โดยเฉพาะเมื่อเปลี่ยนท่า เช่น จากนอนเป็นยืน หรือผู้ป่วยอาจบ่นมึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืดและเป็นลม ควรตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอ ทั้งท่านั่ง ท่านอน ถ้าค่าความดันโลหิตในส่วน Systolic ลดจากปกติมากกว่า 20 mmHg. ควรรายงานแพทย์ และแนะนำผู้ป่วยให้ค่อย ๆ เปลี่ยนท่าจากนอนมานั่ง และค่อย ๆ ยืนอย่างช้า ๆ

2.2.2.6 Lowered seizure threshold ยามีส่วนไปลดการควบคุมการชัก จึงทำให้เกิดการชัก ต้องตรวจสอบและติดตามการชักในผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เคยมีประวัติชักมาก่อน และผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และยาอื่นที่มาเสริมฤทธิ์

2.2.2.7 Metabolic or Endocrine effects ได้แก่ ยาไปเพิ่มความอยากอาหารทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่ม ยาไปลดความรู้สึกทางเพศและทำให้รอบเดือนหายไป ให้การช่วยเหลือตามปัญหา เช่น ถ้าน้ำหนักเพิ่ม จำเป็นต้องควบคุมปริมาณอาหาร และเพิ่มการออกกำลังกาย ปัญหาทางเพศ จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ อาจแนะนำเปลี่ยนยาใหม่ และถ้าเป็นการผิดปกติของรอบเดือนต้องบันทึกการมาและไม่มาของรอบเดือน และควบคุมการตั้งครรภ์

2.2.2.8 Toxic and Allergic effects ได้แก่ Agranulocytosis, Dermatitis, Cholestatic jaundice, Retinitis pigmentosa, Photosensitivity และ Nonspecific skin rashes อาการเหล่านี้พบได้น้อย โดยการสังเกตการเกิดอาการ เช่น ถ้ามีไข้หรือเจ็บคอ อาจมีภาวะ Agranulocytosis หรือการเกิดผื่นตามผิวหนัง ควรรักษาความสะอาดและไม่เกาจนเป็นแผล สังเกตอาการตัวเหลืองตาเหลือง และผู้ป่วยควรป้องกันการถูกแสงแดดโดยตรงด้วยการใส่เสื้อแขนยาว เป็นต้น

## 2.3 ความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา<sup>(18)</sup>

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (Drug related problems: DRPs) ที่สำคัญที่เภสัชกรควรมีบทบาทในการแก้ไข ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะทำให้การรักษาไม่ได้ผลอย่างเต็มที่ เกิดความล้มเหลวในการรักษา โดยความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication non adherence) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่แพทย์ที่แนะนำให้โดยที่ผู้ป่วยได้รับทราบและเข้าใจแผนการรักษาแล้ว ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence) จะตรงกันข้ามกับความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) ในการวางแผนการรักษา บุคลากรทางการแพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาให้มากที่สุด ซึ่งแสดงว่าจะต้องลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาให้มัน้อยที่สุด โดยทั่วไปในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น จะยอมรับกันว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อยานั้นถูกใช้ไปร้อยละ 80 ของจำนวนยาที่แพทย์สั่งใช้หรือจ่ายให้ แต่สำหรับความร่วมมือในการใช้ยาของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่เหมาะสมควรอยู่ในระดับที่สูงกว่าร้อยละ 95 ซึ่งจะสูงกว่าเกณฑ์ของโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่กล่าวข้างต้น อัตราความร่วมมือในการใช้ยาจะคำนวณในรูปของร้อยละของยาที่ผู้ป่วยใช้จริงเทียบกับยาที่สั่งจ่ายให้ในช่วงเวลาหนึ่ง ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยได้รับยาที่จ่ายให้รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน แต่ผู้ป่วยรับประทานเพียงวันละ 2 เม็ดเป็นเวลา 5 วัน ผู้ป่วยรายนี้มีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 36 เป็นต้น

### 2.3.1 ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

#### 2.3.1.1 การใช้ยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่ง

- 1) ใช้ยาในขนาดที่มากกว่าขนาดที่แพทย์สั่ง
- 2) ใช้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่งหมายถึงจำนวนครั้งต่อวัน หรือการใช้นานเกินกว่าจำนวนวันที่แพทย์สั่ง

#### 2.3.1.2 การใช้นานน้อยกว่าที่สั่ง

- 1) ใช้ยาในขนาดที่น้อยกว่าขนาดที่แพทย์สั่ง
- 2) ใช้นานน้อยกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่ง



3) หยุดยาก่อนที่แพทย์สั่ง

4) ไม่ใช้ยา

2.3.1.3 การใช้ยาผิดเทคนิค

2.3.1.4 การใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ

2.3.1.5 การใช้ยาอื่น นอกเหนือจากแพทย์สั่ง ซึ่งอาจจะเกิดปฏิกิริยากับยาที่แพทย์สั่งใช้

2.3.1.6 การไม่มาตามนัด หรือขาดการติดต่อกับแพทย์ (Drop out)

2.3.2 ผลที่เกิดขึ้นจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

2.3.2.1 ผลลัพธ์ด้านคลินิก (Clinical outcomes) อาการของโรคไม่ทุเลา ผลการรักษา ล้มเหลวหรือกรณีหยุดยาปฏิชีวนะก่อนกำหนดอาจทำให้เชื้อดื้อยาได้ ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรักษา เปลี่ยนยาที่ใช้ซึ่งอาจเป็นยาที่ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่มากขึ้น

2.3.2.2 ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic outcomes) มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและค่าใช้จ่ายทางอ้อม ค่าใช้จ่ายทางตรงเกิดจากการที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการรักษา เปลี่ยนยาที่ใช้ อาจมีการสั่งใช้ยาที่มีราคาแพงขึ้น และค่าใช้จ่ายทางอ้อมเกิดจากการเสียเวลาทั้งของบุคลากรทางการแพทย์และของผู้ป่วย แทนที่จะใช้เวลาของตนไปปฏิบัติงานอื่นอย่างเต็มความสามารถกลับต้องใช้เวลาเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

2.3.2.3 ผลลัพธ์ด้านมนุษยวิทยา (Humanistic outcomes) เป็นผลที่ตามมาของโรคหรือผลการรักษาต่อสภาวะของผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือ คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นต้น ในด้านความพึงพอใจ หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา จะทำให้การวิเคราะห์แผนการรักษาผิด แพทย์ผู้ดูแลอาจเข้าใจว่ายาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ไม่ได้ผล ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเองเกิดความไม่พึงพอใจต่อผลการรักษา ในด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-Related Quality of Life) ซึ่งหมายถึง คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ทั้งสุขภาพด้านกายภาพ (physical health) สุขภาพด้านจิตใจ (mental health) สุขภาพด้านสังคม (social health) และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health) ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยา หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี น่าจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยน่าจะดีขึ้น

2.3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

2.3.3.1 ภาวะความเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงจะมีแนวโน้มไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานานจะมีแนวโน้มไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉียบพลันที่ต้องใช้ยาในเวลาสั้นๆ

### 2.3.3.2 ยาและแบบแผนการรักษา

1) คุณสมบัติของยาและลักษณะภาชนะบรรจุ เช่น ยาที่มีรส กลิ่น ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเด็กไม่ร่วมมือในการใช้ยา หรือ หากผู้ป่วยซึ่งเป็นคนสูงอายุต้องใช้ยาที่บรรจุในภาชนะที่เปิดยาก เช่น ภาชนะที่เป็น Child Resistant Container อาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเปิดใช้ยาได้เอง ทำให้ไม่สามารถนำยาออกมาใช้ได้

2) การที่ยามีราคาสูง อาจทำให้ผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจฐานะไม่ดี ไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้

3) แบบแผนการใช้ยา การใช้ยาหลายขนาน การใช้ยาบ่อยครั้ง และความยุ่งยากในการใช้ยา ถ้าสิ่งเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นความไม่ร่วมมือในการใช้ยาก็คือเพิ่มมากขึ้นด้วย หรือในกรณียาน้ำของเด็กที่แพทย์ระบุปริมาตรยาเป็นเลขเศษส่วน ทศนิยม และอุปกรณ์การตวงยาที่ผู้ใช้ไม่คุ้นเคย จะทำให้ความร่วมมือในการใช้น้อยลง

4) อาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา ถ้ายาทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ได้ง่าย หรือรุนแรง แนวโน้มที่ผู้ป่วยจะไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะสูง

2.3.3.3 บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง บุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาหรือการปฏิบัติตามแบบแผนการรักษา พบว่า ถ้าผู้ป่วยพึงพอใจและเกิดความเชื่อถือนักบุคลากรทางการแพทย์แล้วจะให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น หากบุคลากรทางการแพทย์ใส่ใจให้ข้อมูลต่าง ๆ ทั้งในเรื่องสภาวะโรคแก่ผู้ป่วย แผนการรักษา และการใช้ยาที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนั้นความสัมพันธ์และความเป็นกันเองระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ กับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

2.3.3.4 ผู้ป่วย ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในการมาพบแพทย์หรือในการใช้ยา และยังเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการประเมินผลการรักษาอีกด้วย หากผู้ป่วยเห็นว่าอาการของตนเองไม่ดีขึ้นจากการรักษาอาจจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้น ตัวผู้ป่วยเองจึงเป็นตัวแปรหรือปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการให้ความร่วมมือในการใช้ยา ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่

1) ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ เศรษฐฐานะ

2) ความรู้เรื่องยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาที่ตนเองจะต้องใช้ มีแนวโน้มที่จะไม่ร่วมมือในการใช้ยา

3) ความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยประสบภาวะความเจ็บป่วยซึ่งเป็นภาวะที่ไม่พึงปรารถนา ผู้ป่วยจะพยายามหาทางที่จะบรรเทาการป่วยโดยเร็ว เช่น ไปพบแพทย์ แต่เมื่ออาการดีขึ้น ผู้ป่วยกลับไม่ร่วมมือในการใช้ยาต่อเนื่องซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเพื่อให้ตนเองกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้เนื่องจากเชื่อว่าการใช้ยาต่อไปแสดงว่าตัวเองยังป่วยอยู่ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิดที่ทุกฝ่ายต้องหาทางแก้ไขในการทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วยนั้น มีทฤษฎีทางสุขภาพคือ ทฤษฎีแบบ

แผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วย กล่าวว่า พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ อาทิ ความร่วมมือในการใช้ยานั้น เกิดขึ้นจากความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เป็น การรับรู้ผลของโรคที่เกิดจะเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคจากการรักษา โดยความไม่ร่วมมือในการใช้ยานั้นจะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยเชื่อหรือรับรู้ว่าการรักษาหรือการใช้ยาของตนนั้นมีประสิทธิภาพน้อย และตัวเองจะได้รับประโยชน์จากการใช้น้อย หากเปรียบเทียบกับผลเสียหรือความไม่สะดวกที่จะเกิดขึ้น เช่น อาการข้างเคียงจากการรักษา หรือค่าใช้จ่ายที่จะต้องเสีย

### 2.3.4 แนวทางการแก้ไขความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

แนวทางการแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเมื่อพิจารณาตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา มีแนวทางการแก้ไขดังนี้

2.3.4.1 ภาวะการเจ็บป่วย การที่แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรับทราบถึงภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นตามความเหมาะสม เน้นให้ผู้ป่วยรับทราบความสำคัญของการรักษา และการใช้ยาเพื่อลดภาวะโรค จะช่วยลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลงได้

#### 2.3.4.2 ยาและแบบแผนการรักษา

1) ปรับปรุงสูตรตำรับยาให้มีรส กลิ่น ตลอดจนภาชนะบรรจุให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

2) ยาที่มีราคาสูง ควรมีกลไกพิจารณาดำเนินการให้ผู้ป่วยสามารถมีค่าใช้จ่าย โดยสะดวก อาจจะเป็นรูปแบบของระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ การมีระบบประกันสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจที่ไม่ดี สามารถมีค่าใช้จ่ายได้ตามความเหมาะสม

3) การปรับแบบแผนการใช้ยาให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้สะดวกขึ้น เช่น เลือกสั่งใช้น้อยขนาด และ/หรือให้ผู้ป่วยใช้ยาในแต่ละวันให้น้อยครั้งที่สุด โดยอาจเลือกยาที่ออกฤทธิ์อยู่ได้นาน หรืออาจเปลี่ยนวิถีทางในการบริหารยาให้สะดวกขึ้น

4) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง บุคลากรทางการแพทย์ควรที่จะทำความเข้าใจความรู้พื้นฐานของผู้ป่วยและควรวางแผนจัดระบบวินัยดี อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจ และให้ความร่วมมือการรักษา การที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจซักถามแม้เพียงเล็กน้อยกับผู้ป่วย เช่น ถามถึงความถี่ ความรุนแรงของอาการ ผลต่อชีวิตประจำวัน รวมถึงความเข้าใจในปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความสนใจในตัวเองและเพิ่มความพึงพอใจของตัวผู้ป่วยต่อบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

### 2.3.4.3 ผู้ป่วย

1) กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น ความจำไม่ดี ควรมีการใช้อุปกรณ์ช่วยส่งเสริมการใช้ยา อุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ เช่น ปฏิทินแสดงวันที่ต้องใช้ยา กล่องหรือตลับบรรจุยาที่จัดเตรียมเป็นพิเศษ หรือ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการอ่านฉลากยา ควรมีการจัดทำฉลากยาที่ทำเป็นตัวอักษรใหญ่เป็นพิเศษ หรือเป็นรูปภาพ

2) การให้ความรู้และการแนะนำการใช้ยา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยามากขึ้น

3) การปรับเปลี่ยนความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งสามารถทำได้โดยการแนะนำและปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา และความเสี่ยงของการกำเริบของโรคที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ไม่ยอมรับการรักษาตามหลักการของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ของการใช้ยาและการรักษา พร้อมให้คำแนะนำถึงวิธีหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับอาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่า อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นนั้นหลีกเลี่ยงและจัดการได้ รวมถึงการเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและรับผิดชอบตัวเอง

### 2.3.5 บทบาทของเภสัชกรในการลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

เภสัชกรเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้ยา เพื่อให้การใช้ยาเหมาะสม เกิดประสิทธิภาพ และเภสัชกรเองยังสามารถลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ โดยการประเมินแนวโน้มความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจากนั้นจึงหาวิธีการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งวิธีที่ประสบความสำเร็จในการลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาคอร์ จะดำเนินการหลายวิธีร่วมกัน ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้คำแนะนำทั้งกับผู้ป่วยเองและครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์เตือนความจำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เป็นต้น โดยแนวทางการแนะนำหรือให้คำปรึกษา เพื่อลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาซึ่งเภสัชกรสามารถนำมาใช้ดัดแปลงกับผู้ป่วย มีดังนี้

2.3.5.1 ค้นหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น โดยพิจารณาจากตัวบ่งชี้ต่าง ๆ เช่น การไม่มารับยาตามนัด เมื่อพบผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เช่น มีค่า HbA1c ขึ้นสูง ควรสืบค้นว่า ตัวบ่งชี้ที่พบนี้เกิดจากปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ โดยการสืบค้นเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยทำด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจไม่ใช่การจับผิด

2.3.5.2 เน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงคุณค่าของการรักษาและความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา

2.3.5.3 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาและแบบแผนการรักษา รวมทั้งสภาวะโรค ด้วยเนื้อหา และรูปแบบการให้ข้อมูล ที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2.3.5.4 กระตุ้นให้ครอบครัว เพื่อน หรือ ชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือ หรือให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

2.3.5.5 เสริมแรงและให้กำลังใจผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม

2.3.5.6 พิจารณาความสามารถของผู้ป่วยในการใช้ยา หากพบว่ามีปัญหาในแบบแผนการใช้ยา ควรจะมีการปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย อาจแนะนำให้แพทย์ปรับเปลี่ยนยาที่เหมาะสม เมื่อจำเป็น เช่น ยาที่มี half life นาน หรือยาในรูปแบบ extended release หรือ ยาที่เป็นแผ่นแปะ เพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกในการใช้มากขึ้น

## 2.4 ความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน<sup>(19)</sup>

การเยี่ยมบ้าน เป็นเครื่องมือที่สำคัญในงานเวชปฏิบัติครอบครัว และเป็นกลวิธีหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่บ้าน หรือการดูแลอย่างต่อเนื่องให้กับผู้รับบริการที่บ้าน เพื่อส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและแก้ไขความพิการ รวมทั้งทำหน้าที่อื่นในการส่งเสริมสุขภาพของประชากรเป้าหมาย ทั้งที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย ทำให้ได้รู้จักผู้ป่วยในบริบทสำคัญของผู้ป่วย เช่น ความเป็นอยู่ของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคมและชุมชนของผู้ป่วย ทำให้บุคลากรสาธารณสุขได้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น รวมถึงเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพต่อไป

### 2.4.1 ความหมาย

การเยี่ยมบ้าน หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสุขภาพจะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อาจไปเยี่ยมครั้งแรกเพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากนั้นจะกลับไปเป็นระยะ ๆ เมื่อผู้ป่วย หรือทีมต้องการ ถ้าจะให้สมบูรณ์แบบ ทีมสุขภาพอาจนำทีมออกเยี่ยมบ้านทุกครั้งก็ได้

### 2.4.2 แนวคิดการเยี่ยมบ้าน

2.4.2.1 การเยี่ยมบ้าน เป็นกลวิธีที่ทีมสุขภาพเข้าไปให้การดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งคนที่อยู่ในภาวะปกติ คนเจ็บป่วยและพิการ ซึ่งจะช่วยให้ทราบปัญหาที่แท้จริง และนำข้อมูลมาวางแผน เพื่อให้การดูแลต่อไป

2.4.2.2 การปฏิบัติการเยี่ยมบ้านมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ การดำเนินการก่อนเยี่ยมบ้าน การดำเนินการขณะเยี่ยมบ้าน และการดำเนินการหลังเยี่ยมบ้าน ซึ่งขั้นตอนแรกเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งด้านพยาบาล ข้อมูล อุปกรณ์ ขั้นตอนขณะเยี่ยมเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างทีม

สุขภาพและครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยมในการร่วมกันแก้ปัญหาสุขภาพ และขั้นตอนสุดท้ายเป็นการบันทึกข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการติดตามประเมินผลและวางแผนในครั้งต่อไป

2.4.2.3 ความสำเร็จในการเยี่ยมบ้านขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัย เช่น ความร่วมมือในการค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินการแก้ปัญหา ทั้งนี้ทีมสุขภาพควรมีทักษะและเทคนิคในการปฏิบัติ การเยี่ยมบ้าน เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การสร้างความไว้วางใจ การสังเกต การทำหน้าที่และบทบาทที่เหมาะสม

2.4.2.4 การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นลักษณะของการพยาบาลแบบองค์รวม คือ สามารถดูแลบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลนั้นได้อยู่กับครอบครัว ทำให้สามารถดูแลได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม

### 2.4.3 วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน

2.4.3.1 เพื่อรู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวให้มากยิ่งขึ้น

2.4.3.2 เพื่อให้เกิดบริการอย่างเป็นองค์รวม (Holistic Care) และต่อเนื่อง (Continuous Care)

2.4.3.3 เพื่อประเมินการดูแลตนเอง (Self care) ของผู้ป่วยและครอบครัว

2.4.3.4 เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล ป้องกันโรคและ

ฟื้นฟูสุขภาพ

2.4.3.5 เพื่อค้นหาปัญหา ให้การช่วยเหลือ และขจัดปัญหา

2.4.3.6 เพื่อให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และแนะนำให้รู้จักแหล่งประโยชน์

2.4.3.7 เพื่อติดตามประเมินผลการดูแลที่บ้าน

### 2.4.4 ข้อบ่งชี้ในการเยี่ยมบ้าน

2.4.4.1 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเต็มใจให้เยี่ยมบ้าน

2.4.4.2 ทีมบุคลากรสุขภาพมีความเต็มใจในการเยี่ยม และควรอยู่บนพื้นฐานของระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ดูแลแต่แรกทุกเรื่อง ต่อเนื่อง เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน บริการที่เข้าถึงสะดวก และมีระบบปรึกษาและส่งต่อ

### 2.4.5 ชนิดของการเยี่ยมบ้าน

การดูแลสุขภาพโดยใช้วิธีการเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

2.4.5.1 การเยี่ยมบ้านกรณีเจ็บป่วย

การเจ็บป่วย แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) กรณีฉุกเฉิน การเยี่ยมบ้านประเภทนี้มักจะเป็นการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วยในครอบครัว เช่น หอบหืด หอบมาก เป็นต้น เมื่อเกิดเหตุการณ์เหล่านี้ต้องอาศัยการช่วยเหลือที่บ้านหรือที่เกิดเหตุทันที ต้องมีระบบการติดต่อสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ให้การช่วยเหลือ ทีมที่ช่วยเหลือควรจะมีความรู้และทักษะเป็นอย่างดีในการช่วยเหลือเบื้องต้นที่เกิดเหตุ ในประเทศไทย

การช่วยเหลือลักษณะนี้จะพบในอุบัติเหตุตามท้องถนน ผู้ช่วยเหลือควรจะมีความรู้ในการช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายที่มากขึ้นกว่าเดิม และช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยได้อย่างดีก่อนที่จะส่งต่อไปโรงพยาบาลเมื่อจำเป็น

2) โรคฉับพลัน เช่น โรคหัวใจ ท้องร่วง เป็นต้น การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมิน และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

3) โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต เป็นต้น การเยี่ยมบ้าน ทำเพื่อประเมินและวางแผนการช่วยเหลือให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

#### 2.4.5.2 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประเภทนี้มีจุดประสงค์ คือ

1) การดูแลระยะสุดท้าย ผู้ป่วยประเภทนี้จะทรมาณจากอาการปวดมาก บวม หรือหอบ การช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น ให้อาหารและน้ำที่ผู้ป่วยต้องการ ลดอาการบวม เจาะดูดน้ำในช่องท้อง ให้ออกซิเจน เป็นต้น

2) ประสานการเสียชีวิต เมื่อเกิดการเสียชีวิตในบ้าน การบอกสาเหตุของการเสียชีวิตอาจจะผิดพลาดได้ เนื่องจากผู้ประกาศการเสียชีวิตมักจะเป็นสมาชิกในครอบครัว การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพจะช่วยบอกสาเหตุการเสียชีวิตได้ และทำให้อัตราการตายที่รวบรวมไว้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น เพื่อที่จะใช้บอกแนวโน้มการเสียชีวิต และวางแผนในการป้องกันโรคเหล่านั้น

3) ประคับประคองภาวะโศกเศร้า ทีมสุขภาพสามารถให้การประคับประคอง ทั้งร่างกายและจิตใจแก่สมาชิกในครอบครัว ตั้งแต่ระยะที่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตจนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต และประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่สมาชิกในครอบครัว เมื่อภาวะโศกเศร้าไม่หายไป ในระยะเวลาที่สมควร

#### 2.4.5.3 การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมิน

ทีมสุขภาพใช้การเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพกาย ต้องประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งมักจะมีการใช้ยามาก ประเมินการใช้แหล่งบริการทางสุขภาพ ผู้ป่วยบางคนอาจนิยมไปหาแพทย์ตามที่ต่าง ๆ ประเมินความเสี่ยงของสมาชิกในครอบครัว ที่อาจจะถูกละเลยหรือถูกทำร้ายจากสมาชิกในครอบครัว เช่น ผู้สูงอายุหรือเด็ก เป็นต้น ประเมินผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยประเมินร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อเกินความสามารถของสมาชิกในครอบครัวที่จะดูแลผู้ป่วย

#### 2.4.5.4 การเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล

การเยี่ยมบ้านหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่

1) นอนโรงพยาบาลโดยโรคฉับพลัน, อุบัติเหตุ หรือการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลด้วยโรคต่าง ๆ หลังจากที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถที่จะติดตามเยี่ยมบ้านต่อได้ เช่น ผู้ป่วยโรคฉับพลัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถกลับบ้านได้ ทีมสุขภาพสามารถติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูอาการหรือปัจจัยบางอย่างที่มีผลต่อโรค เช่น ผู้ป่วยโรคไขข้ออักเสบ การติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย ประเมินแหล่งที่จะเป็นที่วางไข่ของยุง เป็นต้น กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือผ่าตัด การติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินบาดแผล ทำแผลผู้ป่วย ตัดไหม หรือประเมินสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2) ครอบครัวและบุตรที่เกิดใหม่ การเยี่ยมบ้านครอบครัวที่มีบุตรเกิดใหม่ เพื่อช่วยเหลือบิดามารดาที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลบุตร รวมถึงการประเมินสิ่งแวดล้อมในครอบครัว

3) ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมินสาเหตุหรือเหตุผลของผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด และหาทางแก้ไขปัญหาเพื่อทำให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษา

#### 2.4.6 ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน

2.4.6.1 ก่อนการเยี่ยมบ้าน เป็นระยะของการวางแผน และกำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน ทีมสุขภาพต้องมีการเตรียมตัวในด้านต่าง ๆ เช่น

1) การทำความเข้าใจชุมชน โดยการศึกษาข้อมูลพื้นฐานทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และโครงสร้างชุมชน

2) การหาข้อมูลผู้รับบริการจากแฟ้มประวัติการส่งต่อ แฟ้มประวัติครอบครัว (Family Folder) การซักถาม และการสังเกต

3) การเตรียมตัวของทีมสุขภาพ เช่น เตรียมความพร้อม เตรียมความรู้ เตรียมเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ที่จำเป็น และกระเป๋าเยี่ยมบ้าน ซึ่งบรรจุอุปกรณ์ต่าง ๆ ได้แก่ หูฟัง (Stethoscope) เครื่องวัดความดัน และที่พันขนาดต่าง ๆ (Sphygmomanometer and various cuff sizes) เครื่องตรวจหูและตา (Otoscope and ophthalmoscope) สารหล่อลื่น แฟ้มบันทึกประวัติครอบครัว ใบสั่งยา ไม้กดลิ้น (Tongue depressors) ถุงมือชนิดใช้แล้วทิ้ง ไฟฉาย ปรอทวัดไข้ (Thermometer) อุปกรณ์อื่น ๆ โดยอาจจัดเตรียมตามความจำเป็นของการเยี่ยมบ้าน เช่น เตรียมชุดทำแผล สำหรับบาดแผลเยี่ยมบ้านเพื่อทำแผล ชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด แผ่นพับเรื่องโรคต่าง ๆ ที่จำเป็น เครื่องชั่งน้ำหนัก เป็นต้น

4) แผนที่การเดินทางและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย ก่อนการเยี่ยมบ้านควรจะทราบทางที่จะไปบ้านที่จะไปเยี่ยม หรือมีแผนที่เดินทางไปยังบ้านหรือเขตที่จะเยี่ยม เพื่อช่วยให้สะดวกและประหยัดเวลาในการเยี่ยมบ้าน ในการนี้ควรจะทราบหมายเลขโทรศัพท์ของบ้านที่จะเยี่ยม กรณีไม่มีอาจจะขอยืมหมายเลขโทรศัพท์ของบ้านใกล้เคียงเพื่อใช้ในการติดต่อ



5) โทรศัพท์หรือติดต่อนัดหมายเวลาเยี่ยมบ้าน หรือติดต่อกับครอบครัวที่จะเยี่ยมก่อน เพื่อไม่ต้องเสียเวลาในการไปเยี่ยมเมื่อไม่มีสมาชิกอยู่ที่บ้าน หรือกรณีที่มาชิกในบ้านหรือผู้ป่วยไม่สะดวกที่จะให้เยี่ยมในบางเวลา และครอบครัวควรต้องมีเบอร์ติดต่อของผู้เยี่ยมด้วยเพื่อใช้ในการติดต่อกลับ กรณีที่สมาชิกของครอบครัวต้องการติดต่อกลับเพื่อปรึกษาหรือต้องการให้เยี่ยม โดยมีข้อตกลงของการให้บริการทั้ง 2 ฝ่ายก่อน

#### 2.4.6.2 ขณะเยี่ยมบ้าน

การเข้าเยี่ยมบ้าน ควรเริ่มต้นด้วยธรรมเนียมปฏิบัติที่ดี เช่น การขออนุญาต การให้ความเคารพและเกรงใจ ผู้ให้บริการต้องมีทักษะในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ รวมถึงค้นหาปัญหาและแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเป็นองค์รวม นอกจากนี้ต้องมีความรู้ทางด้านชีวะการแพทย์ มีทักษะการให้บริการด้านจิตวิทยาสังคมและทักษะการใช้เครื่องมือทางด้านมานุษยวิทยา ได้แก่ ชีวประวัติ Explanatory Model Illness episode record ผังครอบครัวครอบครัว (Family Genogram) นอกจากนี้ การเยี่ยมบ้านจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ซึ่งถูกกำหนดจากปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ เริ่มจากการทบทวนวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินปัญหาเดิมของผู้ป่วยและปัญหาใหม่ที่อาจจะเกิดขึ้น จากนั้นวินิจฉัยปัญหาและวางแผนให้การช่วยเหลือร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดบริการอย่างเป็นองค์รวมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งการเยี่ยมบ้านต้องมีการประเมินเรื่องสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้แนวทาง INHOMESSS ดังนี้

1) I = Immobility (การเคลื่อนไหว) เป็นการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) ได้แก่ การอาบน้ำ การเคลื่อนย้าย การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การกินอาหาร และการปัสสาวะและอุจจาระ โดยประเมินว่า ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่ ถ้ามีการช่วยเหลือ เรียกว่า มีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน หรือประเมินการใช้เครื่องมือในกิจวัตรประจำวัน (Instrumental activities of daily living) ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ การรับประทานยา การไปตลาดการชำระบิล การเตรียมอาหารและการทำงานบ้าน ทีมสุขภาพสามารถสังเกตกิจวัตรประจำวัน หรือขอร้องให้ผู้ป่วยทำให้อุ เมื่อพบว่ามีปัญหาในการพึ่งพา ทีมสุขภาพก็จะสามารถแก้ไขปัญหาก็กับผู้ป่วยและครอบครัวได้

2) N = Nutrition (อาหาร) เป็นการประเมินภาวะด้านโภชนาการของผู้ป่วย ลักษณะอาหาร ชนิดของอาหาร ที่ผู้ป่วยและครอบครัวรับประทานเหมาะสมกับโรค หรือภาวะที่เป็นหรือไม่ เพราะอาหารส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง เช่น ผู้สูงอายุทานข้าวไม่ได้ เด็กขาดสารอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานคุมอาหารอย่างไร รวมทั้งประเมินการเก็บอาหารด้วย เป็นต้น

3) H = Home environment (สภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบบ้าน) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินสภาพบ้านของผู้ป่วยและครอบครัวว่ามีความเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยเป็นวัณโรคควรอยู่ในห้องที่มีหน้าต่าง อากาศถ่ายเทได้สะดวก ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมควรที่จะนอนอยู่ชั้นหนึ่งของบ้าน ไม่เดินขึ้นบันได เป็นต้น หรือ สภาพบ้านแออัด มีโรงงานอุตสาหกรรมใกล้บ้าน หรือไม่ เป็นต้น

4) O = Other people (เพื่อนบ้าน) เป็นการประเมินดูเพื่อนบ้านของผู้ป่วยและครอบครัว ว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเป็นอย่างไรบ้าง เมื่อครอบครัวผู้ป่วยมีปัญหา เพื่อนบ้านสามารถให้การช่วยเหลือได้หรือไม่ และสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

5) M = Medications (การใช้ยา) เป็นการประเมินวิธีการใช้ยาว่าผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอและถูกต้องหรือไม่ ภาวะที่บรรจุกยา เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่ หรือเหมาะสมกับยานั้นหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคข้อ การหยาบจากของยาทำได้ยากต้องบรรจุกยาไว้ในขวดยา ยาบางอย่างต้องเก็บให้พ้นแสง เป็นต้น รวมทั้งการซักประวัติการใช้สมุนไพร ยาพื้นบ้าน การดูแลตนเองและการแสวงหาแหล่งพึ่งพาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย

6) E = Examination (การตรวจร่างกาย) เป็นการตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การวัดความดันโลหิต การดูแลแผล การตรวจมารดาและทารกหลังคลอด เพื่อประเมินผู้ป่วยในขณะนั้น

7) S = Spiritual Health (จิตวิญญาณรวมทั้งความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณีต่าง ๆ) เป็นการประเมินเรื่องของการค้นหาความหมาย วัตถุประสงค์และความจริงในชีวิต ความเชื่อและคุณค่าในสิ่งที่แต่ละบุคคลยึดถือ ความรู้สึก สิ่งที่อยู่ในจิตใจ รวมถึงสิ่งที่บุคคลแสดงออกมาจากความเชื่อทางจิตวิญญาณของแต่ละบุคคล ส่วนของจิตวิญญาณมีผลต่อสุขภาพได้ เช่น นิกายในศาสนาบางนิกายห้ามดื่มเลือดจากผู้อื่น เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องผ่าตัดอาจต้องเตรียมการใช้เลือดของตนเอง เป็นต้น การค้นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

8) S = Service (แหล่งให้บริการ) เป็นการประเมินถึงบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้ทราบถึงความรู้สึกที่มีต่อระบบบริการ และสะท้อนถึงบริการที่ให้แกผู้ป่วยและครอบครัว ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เพื่อปรับปรุงบริการให้มีคุณภาพ และประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย การประเมินว่ามีแหล่งบริการอะไรบ้างที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวหรือในชุมชนได้ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข บ้านประธานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น

9) S = safety (ความปลอดภัย) เป็นการประเมินสภาพบ้านของผู้ป่วย ตัวบ้านเฟอร์นิเจอร์ อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เป็นต้น ว่ามีความปลอดภัยเพียงพอสำหรับครอบครัวในการอยู่อาศัยหรือไม่ เช่น สายไฟที่เดินในบ้านใช้มานานควรจะเปลี่ยนหรือไม่ พื้นห้องน้ำลื่นหรือไม่ บันไดบ้านชันหรือมีราวให้จับหรือไม่ เป็นต้น

เทคนิคที่ใช้ขณะเยี่ยมบ้าน แพทย์สามารถใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูล เพื่อประเมินครอบครัวและวางแผนในการช่วยเหลือ วิธีที่แพทย์ใช้ในการเก็บข้อมูลและให้การช่วยเหลือ ได้แก่ การสัมภาษณ์ โดยมีหลักการ คือ ฟังด้วยความเห็นใจ ใช้คำถามปลายเปิด อย่าแสดงความรีบร้อน อย่าขัดจังหวะ การสังเกตในสิ่งที่ผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัวทำ สังเกตสภาพบ้านและเพื่อนบ้าน การให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา การใช้จิตบำบัด กรณีที่แพทย์ไม่มีเวลา การใช้แบบสัมภาษณ์ในระยะเวลาประมาณ 15 นาที ในการสัมภาษณ์และให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ป่วย เช่น เทคนิค BATHE ได้แก่ สถานการณ์ขณะเกิดเหตุการณ์ (background situation) อารมณ์ของผู้ป่วย (affect) ปัญหาอะไรที่รบกวนผู้ป่วยมากที่สุด (troubling for the patient) วิธีการที่ผู้ป่วยจัดการกับปัญหานั้น (handling the problem) ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) การตรวจร่างกาย การรักษา อาจโดยการเขียนใบสั่งยาให้ผู้ป่วยหรือญาติไปรับเองที่โรงพยาบาลหรือร้านขายยา หรือมีการทำหัตถการโดยต้องเตรียมอุปกรณ์ไป เป็นต้น

#### 2.4.6.3 ระยะเวลาหลังการเยี่ยมบ้าน

ภายหลังการเยี่ยมบ้าน ต้องมีการนำข้อมูลที่ได้อบรมบันทึกในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน หรือ Nurse's note หรือ OPD Card เพื่อให้เพื่อนร่วมทีมสุขภาพ อื่น ๆ ได้มีโอกาสรู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้น การลงบันทึกโดยทั่วไปจะลงตามหัวข้อ ดังนี้

S = Subjective ได้แก่ ข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ญาติ และเพื่อนบ้าน โดยลงบันทึกย่อ ๆ ให้ครอบคลุมประเด็นทั้งกาย จิต และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Idea Expectation และ Concern

O = Objective ได้แก่ ข้อมูลจากการตรวจพบและการสังเกต เช่น ผลการตรวจร่างกาย ทำที่ อวัยวะต่าง ๆ ทั้งของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม

A = Assessment คือ การประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ตามระดับของการดูแล ซึ่งการประเมินการวินิจฉัยอาจจะได้รับการวินิจฉัยอยู่แล้ว หรือเมื่อเกิดปัญหาใหม่ สามารถบันทึกการวินิจฉัยเป็นปัญหา เช่น ปวดท้อง (abdominal pain) กรณีที่ไม่ทราบการวินิจฉัยที่แน่ชัด ควรจะบอกสถานะของปัญหานั้นว่า active หรือ inactive ปัญหาที่ active คือปัญหาที่ยังมีอาการตรวจร่างกายพบความผิดปกติ หรือ ผลทางห้องปฏิบัติการยังผิดปกติอยู่ ส่วนปัญหาที่ inactive คือ ปัญหานั้นไม่มีอาการ การตรวจร่างกายปกติรวมถึงผลทางห้องปฏิบัติการปกติ

P = Plan Management คือ การจัดการวางแผนในการแก้ปัญหาที่ครอบคลุมเบื้องต้น ผสมผสาน เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมการดูแลตนเอง และการนำศักยภาพของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมาใช้ให้เหมาะสม และภายหลังจากการเยี่ยมบ้าน และลงบันทึกแล้ว ในการประชุมทีมหรือการประชุมวิชาการ ควรนำเอาข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในที่ประชุมเป็นประจำทุกครั้งที่

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว แบ่งการดูแลเป็นระดับ ดังนี้

1) ระดับบุคคล (Individual) : Case Approach เป็นการดูแลผู้ป่วยด้านชีววิทยาการแพทย์ (Bio – Med) : Holistic Approach (Whole person approach)

2) ระดับครอบครัว (Family) : Family Oriented Care : Family as a Unit ภายหลังจากการเยี่ยมบ้าน ต้องมีการทบทวน สรุปประเด็นให้ผู้รับบริการเข้าใจ มีการบันทึกและวางแผนงานครั้งต่อไปร่วมกัน และเมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้าน ทีมสุขภาพต้องมีการสรุป วิเคราะห์ บันทึก ข้อมูล รวมถึงการทำความสะอาดเครื่องมือ กระเป๋าเยี่ยม และวางแผนการทำงานในวันต่อไป

#### 2.4.7 หลักในการจัดลำดับการเยี่ยมบ้าน

2.4.7.1 ความเร่งด่วนในการช่วยเหลือ เช่น หากล่าช้าจะเกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ

2.4.7.2 มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง เช่น ไข้หวัด

2.4.7.3 เจ็บป่วยเรื้อรัง

2.4.7.4 โรคติดต่อ

### 2.5 แนวคิดของการสนทนาสร้างแรงจูงใจ<sup>(15)</sup>

การสนทนาสร้างแรงจูงใจเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาที่มีหลักสำคัญ 3 ประการคือ การสร้างความร่วมมือ การดึงความต้องการในการเปลี่ยนแปลงมาจากผู้รับคำปรึกษา และการเป็นผู้ริเริ่มวางแผนการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง การรักษาด้วยการรับประทานยานั้น เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ แต่ปัญหาสำคัญคือ การพบแพทย์และการรับประทานยาต่อเนื่อง โดยพบว่า ผู้ป่วยและญาติจำนวนมากให้ความสำคัญต่อการรับประทานยาน้อยกว่าที่ควรจะเป็น บางรายมีความเชื่อว่าเมื่ออาการสงบแล้วไม่ควรรับประทานยาต่อไป บางรายมีความเชื่อว่า การรับประทานยาเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงว่ายังป่วยอยู่ หากเลิกรับประทานยาเมื่อไรแสดงว่าหายแล้ว เป็นต้น การรับประทานยาเป็นพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ การมีพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีลำดับการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้น ๆ ไป ลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม (Stage of Change) นี้เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดย Prochaska & DiClemente ใช้ทฤษฎีนี้ในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ตั้งแต่ขั้นที่ไม่ใส่ใจตระหนักในปัญหาจนถึงขั้นลงมือเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

ตาราง 1 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยของ Prochaska &amp; DiClemente

Stages of Change	การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้ให้คำปรึกษา
1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่ได้ป่วย ไม่จำเป็นต้อง รับประทานยา ไม่ต้องดูแลตนเองเนื่องจาก สุขภาพยังดี	การประเมินสุขภาพ (Evaluation) การให้ข้อมูล สะท้อนกลับ (Feed back) และการให้ความรู้ความ เข้าใจที่ถูกต้อง (Information)
2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ผู้ป่วยประสบผลกระทบในทางลบจากการป่วย มีความกังวลใจในความเสี่ยงของสุขภาพ แต่ยัง ลังเลใจในการปรับเปลี่ยนตนเอง	พูดคุยถึงข้อดีและข้อเสียของการรับประทานยา และไม่รับประทานยา ชีวิตช่วงที่รับประทานยา และไม่รับประทานยาที่มีความแตกต่างกัน
3. ขั้นตัดสินใจอย่างจริงจัง (Determination) ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและมีความตั้งใจในการ ดูแลตนเองรวมถึงการรับประทานยาตรงตาม คำสั่งแพทย์	การให้ข้อเสนอแนะแบบมีทางเลือก (Menu) ไม่ควร มากหรือน้อยจนเกินไป ควรให้ผู้ป่วยเลือกโดย อิสระ(Freedom of choice) เน้นความรับผิดชอบ ในทางเลือก (Responsibility) และส่งเสริม ศักยภาพในการกระทำได้ (Self-efficacy) ของ ผู้ป่วย
4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)	ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำตามวิถีทางที่ผู้ป่วยเลือกได้ อย่างต่อเนื่อง (Compliance or Adherence) ความเข้าใจในวิธีการ ความชำนาญในการกระทำ ขจัดอุปสรรคที่อาจทำให้กระทำไม่ได้ต่อเนื่อง
5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance)	สนทนากับข้อดีของการเปลี่ยนแปลงและ ป้องกันความเสี่ยงที่จะกลับไปเหมือนเดิม
6. ขั้นกลับไปมีปัญหาค้ำ (Relapse)	การสรุปบทเรียน สิ่งที่ได้ดีมีกำลังใจที่จะทำ ต่อไป สนับสนุนศักยภาพว่ายังสามารถทำได้ (Self-efficacy) ตลอดจนการป้องกันความเสี่ยง ในอนาคต

การสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing-MI) เป็นแนวทางการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา ซึ่งเทคนิคที่ใช้บ่อย คือ OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การแสดงความชื่นชม (Affirmation/admiration) การฟังอย่างตั้งใจและการสะท้อนความ (Reflective Listening) การสรุปความ (Summarization) เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก สิ่งที่ผู้บำบัดอยากให้ผู้ป่วยกล่าวออกมาในการสนทนาตามแนวทาง MI คือ Change talk หรือคำพูดที่แสดงความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง การใช้รูปแบบวิธีการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention : BI) เป็นการสื่อสารสองทางเพื่อให้ความช่วยเหลือในประเด็นเฉพาะเจาะจง โดยมีเป้าหมายที่จะสร้างแรงจูงใจในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสามารถวางแผนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention หรือ BI) มีองค์ประกอบที่ผสมผสานกันระหว่างการให้ความช่วยเหลือ (Intervention) และการสร้างแรงจูงใจ

การให้คำปรึกษาแบบสั้น หมายถึง การให้คำปรึกษาแนะนำที่ใช้เวลาไม่มาก ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาที ประเด็นการสนทนาก็จะมีความเฉพาะเจาะจง โดยเน้นประเด็นที่กำลังมีปัญหาหรือมีความสำคัญ เช่น ปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาการตกงาน ปัญหาการตรวจเลือดพบเชื้อเอชไอวี สถานการณ์ที่เรามักใช้กระบวนการให้ความช่วยเหลือ อยู่บ่อย ๆ มักเป็นปัญหาการฆ่าตัวตายซึ่งมักจะทำกันภายหลังจากได้ให้ความช่วยเหลือทางร่างกายเรียบร้อยแล้ว นอกจากนี้ การให้คำปรึกษาแบบสั้น เน้นไปที่การเสริมแรงจูงใจและการวางแผนปฏิบัติ มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยง แต่มีความตระหนักในปัญหาอยู่บ้าง มีแรงจูงใจอยู่บ้างแล้วในการที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง เพราะหากยังไม่มีแรงจูงใจเลยก็ไม่สามารถคุยเรื่องการวางแผนได้ การสนทนาใช้เวลา 20 – 30 นาที ในการคุยอย่างเบ็ดเสร็จ กล่าวคือ คุยจนจบประเด็นและได้แนวทางปฏิบัติหรือแผนที่จะนำไปใช้ในเวลาอันใกล้ โดยมีขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบสั้น ดังนี้

2.5.1 การสร้างสัมพันธภาพ ได้แก่ การทักทาย การเชื่อเชิญให้นั่ง การแนะนำตัว การพูดคุยเรื่องทั่วไปก่อนเข้าสู่ประเด็น

2.5.2 การประเมินปัญหาและระดับแรงจูงใจ ได้แก่ การใช้คำถามเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมุมมองของผู้รับบริการว่ามองเห็นปัญหาต่าง ๆ มีความสำคัญหรือมีผลกระทบอย่างไร

2.5.3 ใช้คำถาม/การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญของปัญหา มองผลดีในอนาคตหากทำได้ หรือมองผลเสียหากไม่เปลี่ยนแปลงตนเอง กลุ่มคำถามที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ คุยเรื่องผลเสียหากยังมีพฤติกรรมเดิม คุยเรื่องผลดีหากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ คุยเรื่องสำคัญ และคุยเรื่องเป้าหมายในชีวิต

2.5.4 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือวิธีปฏิบัติที่จะช่วยลดความเสี่ยงหรือแก้ปัญหา สุขภาพ การให้ข้อมูลในช่วงที่ผู้รับบริการเริ่มเกิดแรงจูงใจบ้างแล้วจะมีความเหมาะสมเพราะผู้สนใจจะจดจำและนำไปใช้มากกว่าสถานะปกติ การให้ข้อมูลควรเป็นข้อมูลที่สั้น ๆ เข้าใจง่าย เช่น กรณีดื่มสุรา ควรให้ข้อมูลว่าการดื่มแบบไหนบ้างที่เกิดโทษ กรณีสูบบุหรี่ควรแนะนำวิธีการหยุดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายควรแนะนำวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพของผู้รับบริการ เป็นต้น

2.5.5 การสรุปและให้กำลังใจ การให้คำแนะนำแบบสั้นจะจบลงด้วยการสรุปเกี่ยวกับ ปัญหา หรือความเสี่ยงที่เผชิญอยู่และทางแก้ไขพร้อมเน้นแรงจูงใจหรือพลังใจ รวมทั้งเหตุผลซึ่ง จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง

## 2.6 ความรู้เกี่ยวกับเภสัชศาสตร์<sup>(20)</sup>

ปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สร้างความกังวลแก่หลายฝ่ายทั้งผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ หรือแม้แต่รัฐบาล ประเทศไทยมีความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรทางด้าน สุขภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเศรษฐกิจของประเทศไทยในปัจจุบันไม่ได้เติบโตมากนัก ประกอบกับ งบประมาณด้านสุขภาพมีอยู่อย่างจำกัด อัตราค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลต่อคนของระบบสวัสดิการ ชำรภาพ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสูงขึ้นเรื่อย ๆ ขณะที่ผลิตภัณฑ์ มวลรวมในประเทศต่อคนของประเทศไทยมีแนวโน้มไม่เพิ่มขึ้นในอัตราเดียวกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อีกทั้งประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจึงทำให้ความต้องการในการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในการนี้ ผลิตภัณฑ์และบริการทางด้านเภสัชกรรม เช่น ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ถือได้ว่าเป็นทรัพยากรด้านสุขภาพที่สำคัญและมีอยู่อย่างจำกัด ในสถานการณ์เช่นนี้ เภสัชกรควรวา วิธีช่วยจัดสรรทรัพยากร โดยการนำหลักการทางเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการนำทรัพยากรที่มี อยู่อย่างจำกัดมาผลิตสินค้าและบริการ เพื่อสนองความต้องการของมนุษย์ซึ่งมีอยู่อย่างไม่จำกัด มา ช่วยจัดสรรทรัพยากรทางด้านสุขภาพ โดยหลักการทางเศรษฐศาสตร์ที่จะนำมาช่วยวางแผนจัดการมี ชื่อเรียกว่า เภสัชเศรษฐศาสตร์ ซึ่งเป็นศาสตร์ที่นำเอาทฤษฎีต่าง ๆ ทางด้านเศรษฐศาสตร์มา ประยุกต์ใช้เพื่อช่วยจัดสรรผลิตภัณฑ์และบริการทางด้านเภสัชกรรม อีกทั้งเป็นการพิจารณาและ วิเคราะห์ต้นทุนของการรักษาด้วยยาและบริการทางด้านเภสัชกรรมในระบบสาธารณสุข ปัจจุบัน มีการนำข้อมูลทางด้านเภสัชเศรษฐศาสตร์มาช่วยในการเลือกสรรผลิตภัณฑ์และบริการทางด้าน เภสัชกรรม การประเมินทางเภสัชเศรษฐศาสตร์เป็นการบ่งชี้วัดและเปรียบเทียบต้นทุนและผลได้ของ ผลิตภัณฑ์และบริการทางเภสัชกรรมเพื่อหาทางเลือกที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์มากที่สุด ไม่ใช่เพียงเพื่อหาวิธีที่ถูกที่สุดหรือวิธีที่ก่อให้เกิดประสิทธิผลสูงที่สุด โดยความรู้พื้นฐานที่สำคัญ เกี่ยวกับเภสัชเศรษฐศาสตร์ที่จำเป็นต้องทำความเข้าใจเป็นลำดับแรก ได้แก่ ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์

และการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 วิธี ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ต้นทุนต่ำสุด (cost-minimization analysis, CMA) 2) การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (cost-benefit analysis, CBA) 3) การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis, CEA) และ 4) การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost-utility analysis, CUA) ซึ่งการประเมินทั้ง 4 วิธีนี้ เกี่ยวข้องกับต้นทุนทั้งสิ้น ซึ่งต้นทุน คือ ทรัพยากรที่เราใช้ไปในการผลิตหรือให้บริการ ในการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ จะรวมถึงค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ซึ่งหมายถึง มูลค่าของผลตอบแทนจากกิจกรรมที่สูญเสียโอกาสไปเนื่องจากการเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำงานได้เท่าเดิม หรือรายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องขาดหายไปจากการมาเฝ้าดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

การประเมินทางเศรษฐศาสตร์มีการเปรียบเทียบทางเลือกในการรักษา โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบทางเลือกในการรักษาไว้ว่า ในการประเมินทางเลือกใด ๆ ผู้วิจัยควรศึกษาเปรียบเทียบกับการรักษาที่ใช้แพร่หลายมากที่สุดเปรียบเทียบกับการรักษาที่เป็นมาตรฐาน หรืออาจเปรียบเทียบกับการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ วิธีการแบ่งต้นทุนมีหลายรูปแบบ แต่ในทางเภสัชเศรษฐศาสตร์นิยมแบ่งต้นทุนออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ต้นทุนทางตรง (direct costs) ต้นทุนทางอ้อม (indirect costs) และต้นทุนที่ไม่สามารถจับต้องได้ (intangible costs) รายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ต้นทุนทางตรง (direct costs) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (direct medical costs) คือ ทรัพยากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาล การฟื้นฟู การดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาล การดูแลผู้ป่วยนอกสถานพยาบาลโดยบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ค่าวินิจฉัยโรค ค่ายา ค่าโรงพยาบาล ค่าเจาะเลือด ค่ายาที่ซื้อจากร้านยา ค่าจ้างพยาบาลมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น และอีกประเภทของต้นทุนทางตรง ได้แก่ ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (direct non-medical costs) คือทรัพยากรที่ใช้ไปในการรักษาแต่ไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ เช่น ค่าเดินทางในการมารักษาที่โรงพยาบาล ค่าอาหารของผู้ป่วย และค่าจ้างคนดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น

2. ต้นทุนทางอ้อม (indirect costs) คือ ผลผลิตที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วยหรือตายของผู้ป่วยและยังรวมถึงผลผลิตที่เสียไปของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ตัวอย่างเช่น เงินเดือน ค่าจ้างรายวัน หรือรายได้ที่ผู้ป่วยเคยได้รับก่อนป่วยแต่ต้องขาดหายไป

3. ต้นทุนที่ไม่สามารถจับต้องได้ (intangible costs) คือ ค่าความเจ็บปวด ทนทุกข์ทรมานที่เกิดจากการเจ็บป่วย แต่การประเมินต้นทุนประเภทนี้ยังไม่เป็นที่ยอมรับโดยหลายฝ่าย ทั้งนี้คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทยซึ่งเป็นคู่มือที่นำเสนอแนวทางและมาตรฐานการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สำหรับประเทศไทย พัฒนาโดยโครงการประเมิน



เทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ซึ่งเป็นหน่วยงานวิจัยหนึ่งที่ไม่แสวงหากำไร ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขก็ไม่แนะนำให้นำต้นทุนที่ไม่สามารถจับต้องได้มาคิดรวมในต้นทุนทั้งหมด

ความรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับต้นทุนและผลได้ของการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ทั้ง 4 แบบคือ มุมมองของการศึกษา ซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ประโยชน์ มุมมองของการศึกษานำไปสู่การเลือกใช้ต้นทุนที่จะนำมาคำนวณได้อย่างเหมาะสม การประเมินทางเศรษฐศาสตร์มีหลายมุมมอง ได้แก่ 1) มุมมองของผู้ป่วย (patient perspective) คือ ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ผู้ป่วยจ่ายด้วยตนเองไม่สามารถเบิกได้ รวมถึงค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่ผู้ป่วยได้จ่ายไปด้วย 2) มุมมองของผู้ให้บริการ (provider perspective) เป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ให้บริการเป็นผู้จ่ายโดยที่ส่วนใหญ่จะไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายทางอ้อมเช่น ค่ารักษาในคลินิก หรือ ค่ารักษาในโรงพยาบาล 3) มุมมองของผู้จ่าย (payer perspective) เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย อาจรวมถึงค่าใช้จ่ายทางอ้อมด้วย เช่น ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จ่ายโดยบริษัทประกันสุขภาพเอกชน สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 4) มุมมองของสังคม (societal perspective) เป็นมุมมองที่สำคัญที่สุดและครอบคลุมถึงต้นทุนทั้งทางตรงและทางอ้อมในทุกมุมมองที่กล่าวมาและมีมูลค่าต้นทุนมากที่สุด โดยมุมมองที่แตกต่างกันอาจจะทำให้ผลของความคุ้มค่าในการประเมินทางเศรษฐศาสตร์เปลี่ยนไป สำหรับประเทศไทย HITAP ได้แนะนำให้ใช้มุมมองของสังคมในการประเมินความคุ้มค่าทางเภสัชศาสตร์ เพราะเป็นมุมมองที่คำนึงถึงผลกระทบในมุมกว้างและครอบคลุมทุกด้าน

การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ที่นำมาใช้ในการประเมินทางเภสัชศาสตร์มี 4 วิธีได้แก่ การวิเคราะห์ต้นทุนต่ำสุด (CMA) การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (CBA) การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (CEA) และ การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ (CUA) อย่างไรก็ตาม การประเมินทางเศรษฐศาสตร์อย่างสมบูรณ์ (full economic evaluation) นั้นจะต้องผ่านเกณฑ์ 2 ข้อ คือ การประเมินที่ใช้ต้องมีการศึกษาทั้งด้านต้นทุนและผลได้ทั้ง 2 ด้าน และการศึกษาต้องมีการเปรียบเทียบทางเลือกตั้งแต่ 2 ทางเลือกขึ้นไป เช่น เปรียบเทียบระหว่างยา 2 ชนิดว่าแต่ละชนิดมีต้นทุนเท่าไรและยาแต่ละชนิดมีประสิทธิผลที่วัดได้เท่าไร การประเมินทางเศรษฐศาสตร์อย่างสมบูรณ์นี้ โดยทั่วไปถือเป็นการวิจัยที่มีคุณภาพสูงกว่า และให้ข้อมูลที่นำไปใช้ประโยชน์ได้มากกว่า สำหรับการประเมินทางเภสัชศาสตร์ทั้ง 4 วิธีที่กล่าวมาข้างต้น ได้มีผู้เชี่ยวชาญหลายคนกล่าวว่า การวิเคราะห์แบบต้นทุนต่ำที่สุด (CMA) ไม่ถือว่าเป็นการประเมินทางเศรษฐศาสตร์อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากไม่มีการศึกษาที่พิสูจน์ความเท่าเทียมกันของผลได้ของการรักษา สำหรับวิธีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ทั้ง 4 วิธีข้างต้น มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ตาราง 2 ต้นทุนและผลได้ของวิธีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์

การวิเคราะห์	ต้นทุน (costs)	ผลได้ (outcomes)
ต้นทุนต่ำที่สุด (CMA)	มูลค่าเงิน	ข้อตกลงเบื้องต้นว่ามีผลลัพธ์เท่าเทียมกัน
ต้นทุนผลได้ (CBA)	มูลค่าเงิน	เปลี่ยนเป็นมูลค่าเงิน
ต้นทุนประสิทธิผล (CEA)	มูลค่าเงิน	ประสิทธิผลทางคลินิก เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด จำนวนปีที่อายุยืนยาวขึ้น วันที่ปราศจากอาการของโรค
ต้นทุนอรรถประโยชน์ (CUA)	มูลค่าเงิน	ผลลัพธ์ที่รวมคุณภาพและปริมาณ เช่น ปีสุขภาวะ (QALY) ปีชีวิตที่ทุพพลภาพ (DALY)

การวิเคราะห์ต้นทุนต่ำสุด (cost-minimization analysis, CMA) เป็นการประเมินทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ที่เปรียบเทียบระหว่างทางเลือกในการรักษาตั้งแต่ 2 ทางเลือกขึ้นไปโดยกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นว่า ผลได้ในการรักษาของทางเลือกต่าง ๆ เท่าเทียมกัน ทั้งนี้ผลได้ในการรักษาที่เท่าเทียมกันของแต่ละทางเลือก ควรผ่านการยอมรับจากนักวิชาการว่า ผลได้ของการรักษานั้น ๆ เท่าเทียมกันจริง ๆ เพื่อผลการศึกษาที่เชื่อถือได้และเป็นที่ยอมรับ ประเด็นนี้จำเป็นว่าเป็นข้อจำกัดของการวิเคราะห์ต้นทุนต่ำสุด การวัดมูลค่าต้นทุนของแต่ละทางเลือกในการรักษาเพื่อใช้ตัดสินว่าทางเลือกในการรักษาใดมีความคุ้มค่ามากที่สุด ทางเลือกที่มีมูลค่าต้นทุนต่ำที่สุด โดยที่ผลได้ในการรักษาเท่าเทียมกันจะถือว่าคุ้มค่ามากที่สุด ตัวอย่างที่ใช้บ่อยใน CMA คือ การวิเคราะห์ต้นทุนต่ำสุดของยา 2 ตัว ซึ่งถ้าผู้ทำการประเมินสามารถหาหลักฐานว่ายาทั้งสองตัวที่นำมาใช้ในการรักษามีประสิทธิผลที่เท่าเทียมกันก็จะสามารถเลือกใช้ยาที่มีราคาต่ำที่สุดได้ เพราะว่าผลลัพธ์ของการรักษาโดยยาทั้ง 2 ชนิดมีค่าเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ต้นทุนต่ำสุดอาจไม่เป็นที่ยอมรับเท่าที่ควรเพราะว่าไม่ถือว่าเป็นการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ที่สมบูรณ์เพราะนักวิชาการบางกลุ่มถือว่าการวิเคราะห์ต้นทุนเพียงด้านเดียว ไม่มีการวิเคราะห์ถึงผลได้ที่เกิดจากการใช้ยาแต่ละชนิด

การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ (cost-benefit analysis, CBA) เป็นการประเมินทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ โดยที่ต้นทุนมีมูลค่าเป็นเงินและผลได้มีมูลค่าเป็นเงินเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เศรษฐศาสตร์สวัสดิการมีหลักการและเหตุผลสนับสนุนการแปลงผลได้เป็นมูลค่าเงินโดยใช้วิธีต่าง ๆ ทางเศรษฐศาสตร์ เช่น วิธีทุนมนุษย์ (human capital approach) วิธีวัดความเต็มใจที่จะจ่าย (Willingness-to-Pay, WTP) มาแปลงค่าผลได้เป็นรูปตัวเงินสำหรับวิธีการวิเคราะห์ประเภทนี้

การคำนึงถึงมุมมองของการศึกษา (perspective) มีผลต่อผลลัพธ์ของการประเมินอย่างมาก เนื่องจากทั้งต้นทุนและผลได้มีมูลค่าเป็นตัวเงิน ข้อดีของการประเมินชนิดนี้คือสามารถเปรียบเทียบระหว่างการรักษาชนิดต่าง ๆ ได้ เพราะว่าต่างมีมูลค่าเป็นเงินเหมือนกัน ส่วนข้อเสียของการประเมินชนิดนี้คือ การกำหนดมูลค่าเป็นเงินให้กับผลการรักษาทางการแพทย์ถือเป็นเรื่องยากแก่การยอมรับจากหลายฝ่าย ผลการประเมินของการวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ เป็นการแสดงในรูปผลได้สุทธิ(net benefits) อาจเป็นบวกหรือลบก็ได้ ทั้งนี้ผลที่เป็นบวกแสดงถึงผลประโยชน์ที่ได้มากกว่าต้นทุนและมีความคุ้มค่า ถ้าผลที่เป็นลบก็มีความหมายในทางตรงกันข้าม หรือสามารถแสดงในอีกรูปแบบคือ ผลได้ต่อต้นทุน (benefit to cost ratio) หากผลได้ของการรักษามีค่ามากกว่า 1 ถือว่าการรักษานั้นมีความคุ้มค่า หรือถ้าผลได้มีค่าน้อยกว่า 1 ก็แสดงถึงความไม่คุ้มค่า ถ้านำค่าผลได้สุทธิหรือผลได้ต่อต้นทุนมาเปรียบเทียบกัน โดยที่การรักษาที่มีค่าผลได้สุทธิหรือผลได้ต่อต้นทุนที่สูงกว่าจะมีความคุ้มค่ามากกว่า ตัวอย่างเช่น ยา A มีต้นทุนเท่ากับ 30 บาท และมีผลได้เท่ากับ 100 บาท ดังนั้นยา A มีผลได้สุทธิเท่ากับ 70 และมีอัตราส่วนผลได้ต่อต้นทุนเท่ากับ  $70/30$  ซึ่งเท่ากับ 2.33 ขณะที่ยา B มีต้นทุนเท่ากับ 50 บาท และมีผลได้เท่ากับ 100 บาท ดังนั้นยา B มีผลได้สุทธิเท่ากับ 50 และมีอัตราส่วนผลได้ต่อต้นทุนเท่ากับ  $50/50$  ซึ่งเท่ากับ 1 จากการเปรียบเทียบทั้งผลได้สุทธิและอัตราส่วนผลได้ต่อต้นทุน ยา A จะมีความคุ้มค่ากว่ายา B เนื่องจากมีผลได้สุทธิและอัตราส่วนผลได้ต่อต้นทุนที่สูงกว่า การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้มักจะใช้บ่อยในการศึกษาในการให้บริการทางเภสัชกรรม เช่น เปรียบเทียบระหว่างการจัดตั้งหน่วยให้บริการคำปรึกษาด้านยา A กับกรณีไม่มีหน่วยให้บริการคำปรึกษาด้านยา A เป็นต้น

การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis, CEA) เป็นการประเมินทางเภสัชศาสตร์โดยที่ต้นทุนเป็นรูปตัวเงินและผลได้ในรูปประสิทธิผลทางคลินิก ในการวิเคราะห์ประเภทนี้ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) แนะนำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ใช้ควรเป็นผลลัพธ์สุดท้าย (final outcomes) เช่น การรักษาให้ผู้ป่วยหายจากโรค ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอายุที่ยืนยาวขึ้น แต่ในหลาย ๆ การประเมินอาจไม่สามารถใช้ผลลัพธ์สุดท้ายในการศึกษาได้ ถ้าจำเป็นต้องใช้ผลลัพธ์ที่เป็นตัวแทน (intermediate outcomes) จะต้องมีเหตุผลแสดงถึงความจำเป็น ตลอดจนหลักฐานแสดงความสัมพันธ์ของผลลัพธ์ที่เป็นตัวแทนดังกล่าวกับผลลัพธ์สุดท้ายที่ต้องการ นอกจากนี้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่นำมาใช้ในการประเมินควรเป็นข้อมูลประสิทธิผลมากกว่าประสิทธิภาพ การประเมินแบบการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลพบมากที่สุดในการประเมินทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ ข้อดีของการประเมินชนิดนี้คือ ผลได้ในรูปคลินิกเป็นที่คุ้นเคยต่อบุคลากรทางการแพทย์ และทำให้เข้าใจได้ง่ายกว่าผลได้ทางการเงินหรืออรรถประโยชน์ แต่ข้อเสียคือการเปรียบเทียบการรักษาทำได้เฉพาะการรักษาที่มีผลทางคลินิกในหน่วยเดียวกันเท่านั้น โดยที่ไม่สามารถเปรียบเทียบการรักษาที่มีหน่วยทางคลินิกต่างกัน เช่น ไม่สามารถเปรียบเทียบยาที่ใช้รักษา

โรคความดันโลหิตสูงกับยาที่ใช้ลดระดับไขมันในเส้นเลือด เพราะมีผลได้ทางคลินิกที่แตกต่างกัน ผลได้ของการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลแสดงในรูปแบบอัตราส่วน เช่น อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness ratio, CER) ซึ่ง CER เป็นค่าของต้นทุนของการรักษาหารด้วยผลได้ทางคลินิก ซึ่งการแปลค่าเป็นอัตราส่วนนี้ทำให้ง่ายต่อการเปรียบเทียบระหว่างการรักษาต่าง ๆ ที่มีผลได้เป็นหน่วยทางคลินิกเหมือนกัน โดยที่การรักษาที่มีค่า CER ที่ต่ำที่สุดถือว่ามีความคุ้มค่าทางเภสัชเศรษฐศาสตร์มากที่สุด

$C = \text{cost (ต้นทุน)}$   $E = \text{effectiveness (ประสิทธิผล)}$

$$CER_A = C_A / E_A \quad CER_B = C_B / E_B$$

ตัวอย่างเช่น ยา A มีต้นทุนเท่ากับ 120,000 บาท และมีผลได้เป็นจำนวนปีที่ชีวิตที่เพิ่มขึ้น (life year gained, LYG) เท่ากับ 6 ปี ขณะที่ยา B มีต้นทุนเท่ากับ 200,000 บาทและมีผลได้เป็นจำนวนปีที่ชีวิตที่เพิ่มขึ้น (life year gained, LYG) เท่ากับ 8 ปี โดยที่ CER ของยาทั้งสองชนิดเท่ากับ

$$CER_A = (120,000/6) = 20,000 \text{ บาท}$$

$$CER_B = (200,000/8) = 25,000 \text{ บาท}$$

จากการเปรียบเทียบค่า CER ของยาทั้งสองชนิด ยา A ซึ่งมีค่า CER ต่ำกว่าย่อมมีความคุ้มค่ามากกว่า อย่างไรก็ตาม การรักษาที่ดีขึ้นในโลกปัจจุบันมักมีต้นทุนที่สูงขึ้นเช่นเดียวกัน ถึงแม้ว่ายา A จะมีความคุ้มค่ากว่าแต่เราควรพิจารณาว่าผลได้ที่เพิ่มมากขึ้นกับต้นทุนที่สูงขึ้น ในกรณีที่ใช้ยา B มีมูลค่าเท่าไร ดังนั้นจึงมีการคำนวณค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio, ICER) ซึ่งหมายถึง อัตราส่วนระหว่างต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อเปรียบเทียบกับประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้นโดยมีสูตรการคำนวณดังต่อไปนี้

$$ICER = (C_A - C_B) / (E_A - E_B)$$

จากข้อมูลของยา A และ ยา B สามารถคำนวณ ICER ของยาทั้งสองชนิดได้โดยการแทนค่าลงในสูตร  $ICER = (120,000 - 200,000) / (6 - 8) = 40,000 \text{ บาท}$

ICER บ่งบอกถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้นต่อประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลทางด้าน ICER แสดงให้ผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจ เช่น ผู้บริหารโรงพยาบาล ได้ทราบว่าค่าใช้จ่ายจะต้องเพิ่มขึ้นเท่าไรต่อหนึ่งหน่วยของประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้น ถ้าต้องการเลือกการรักษาที่มีประสิทธิผลสูงกว่ามาใช้ จากตัวอย่างข้างต้น จากค่า CER ของการประเมินแสดงให้เห็นว่า ยา A มีความคุ้มค่ากว่า อย่างไรก็ตาม ค่า ICER ของยา A และ ยา B แสดงให้ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการเลือกใช้ทรัพยากรทราบว่าจำนวนปีที่ชีวิตเพิ่มขึ้น 1 ปีมีมูลค่าเท่ากับ 40,000 บาท เมื่อเปลี่ยนจากยา A มาเป็นยา B การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis, CEA) เป็นที่นิยมใช้เพราะแสดงถึงผลได้ทางสุขภาพต่อจำนวนเงินที่จ่ายไป บุคลากรทางการแพทย์มีความคุ้นเคยกับผลได้ที่เป็นค่าประสิทธิผลทางคลินิก และจะคุ้นเคยกับการประเมินชนิดนี้มากกว่าประเภทอื่น การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลสามารถใช้เป็นหลักฐานในการสนับสนุนนโยบายในการเลือกใช้ยาต่าง ๆ ที่ปรากฏในบัญชียาของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (cost-utility analysis, CUA) เป็นการประเมินทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ที่วัดค่าต้นทุนเป็นรูปตัวเงินแต่ผลได้เป็นค่าพิเศษทางคลินิก โดยที่ค่าพิเศษทางคลินิกเป็นค่าที่วัดทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ค่าที่นิยมใช้มากที่สุด ได้แก่ ปีสุขภาวะ (quality adjusted life-year, QALY) ปีสุขภาวะ หมายถึง ระยะเวลา 1 ปีที่ผู้ป่วยมีสุขภาพสมบูรณ์ ค่าอื่น ๆ ที่ใช้วัดผลได้ในการวิเคราะห์ชนิดนี้ ได้แก่ ปีชีวิตที่ทุพพลภาพ (disability-adjusted life years, DALY) และ healthy years equivalent (HYEs) การวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ใช้ค่าอรรถประโยชน์ (utility, U) เพื่อประเมินร่วมกับผลได้ด้านสุขภาพโดยที่ค่าอรรถประโยชน์จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 โดยที่ 1 เป็นค่าสูงที่สุด หมายถึงสุขภาพที่สมบูรณ์ ในทางตรงกันข้าม 0 เป็นค่าที่ต่ำที่สุดหมายถึงการเสียชีวิต ผลได้ของการวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ได้มาโดยการคูณค่าอรรถประโยชน์กับผลได้ทางคลินิกผลได้ทางคลินิกที่นิยมนำมาใช้ในการคำนวณกับค่าอรรถประโยชน์คือ จำนวนปีที่มีชีวิตยืนยาวขึ้น (life year-gained, LYG) โดยที่ค่า  $QALY = U * LYG$  ยกตัวอย่างเช่น บุคคลที่ 1 จะมีอายุที่เพิ่มขึ้น (LYG) เท่ากับ 20 ปี มีสุขภาพสมบูรณ์โดยที่มีค่าอรรถประโยชน์(U) เท่ากับ 1 ดังนั้นบุคคลนี้มีปีสุขภาวะ (QALY) เท่ากับ  $1*20 = 20$  ในขณะเดียวกันบุคคลที่ 2 ซึ่งจะมีปีที่มีชีวิตยืนยาวขึ้น (LYG) เท่ากับ 20 ปีแต่เป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นมีค่าอรรถประโยชน์(U) เท่ากับ 0.5 ดังนั้นบุคคลนี้มีปีสุขภาวะ (QALY) เท่ากับ  $0.5*20 = 10$  จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตมีผลกระทบต่อผลได้ของการวิเคราะห์ชนิดนี้ การคำนวณหาต้นทุนต่อหนึ่งปีสุขภาวะ (cost/QALY) คือการนำต้นทุนหารด้วยจำนวนปีสุขภาวะ ผลลัพธ์ที่ต่ำกว่าหมายถึง ทางเลือกในการรักษานั้นมีความคุ้มค่ากว่า

ตัวอย่างเช่น ยา A มีต้นทุนเท่ากับ 120,000 บาท และมีผลได้เท่ากับ 4 QALY ขณะที่ยา B มีต้นทุนเท่ากับ 195,000 บาท และมีผลได้เท่ากับ 6 QALY

$$\text{cost/QALY ของยา A} = 120,000/4 = 30,000 \text{ บาท}$$

$$\text{cost/QALY ของยา B} = 195,000/6 = 32,500 \text{ บาท}$$

ผลลัพธ์ที่ได้แสดงให้เห็นว่า ยา A มีความคุ้มค่าทางเภสัชศาสตร์มากกว่ายา B เพราะว่ามีต้นทุนต่อหนึ่งปีสุขภาวะ (cost/QALY) ต่ำกว่า ในทำนองเดียวกับการคำนวณ ICER ในการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของยา B มีต้นทุนสูงกว่าแต่ก็มีผลได้มากกว่า จึงควรคำนวณหา ICER ซึ่งในกรณีของการวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์จะแสดง ICER ในรูป QALY gain ตัวอย่างเช่น

$$QALY \text{ gain} = (\text{Cost}_A - \text{Cost}_B) / (\text{QALY}_A - \text{QALY}_B),$$

$$QALY \text{ gain} = (120,000-195,000) / (4-6) \text{ QALY gain} = 37,500 \text{ บาท}$$

ความหมายของ QALY gain คือ อัตราส่วนระหว่างต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น 1 ปี ในตัวอย่างนี้ หมายความว่าจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่ม 37,500 บาทต่อหนึ่งปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น (QALY gain) ถ้าต้องการเปลี่ยนจากยา B เป็นยา A เนื่องจากในบางกรณีแม้ว่ายา A จะมีความคุ้มค่ามากกว่ายา B แต่ยา B ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าให้ปีสุขภาวะสูงกว่า ถ้ามีงบประมาณที่เพียงพอที่จะสนับสนุน

ก็สามารถเลือกยา B โดย QALY gain แสดงให้เห็นถึงมูลค่าที่ต้องจ่ายเพิ่มต่อ 1 ปีสุขภาพ การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์มีข้อดีคือ สามารถเปรียบเทียบการประเมินชนิดนี้ระหว่างยา ที่มีประสิทธิผลที่ต่างกันทางคลินิก หากยาที่นำมาเปรียบเทียบกันสามารถแปลงค่าผลลัพธ์ได้เป็นเป็น ปีสุขภาพได้ก็ทำการเปรียบเทียบกันได้และที่สำคัญสามารถใช้ค่า QALY gain ของการประเมินชนิด ต่าง ๆ มาเรียงลำดับตามค่า QALY gain โดยที่ค่า QALY gain ที่สูงกว่าจะมีความคุ้มค่าน้อยกว่าทำให้ สามารถใช้เปรียบเทียบระหว่างการใช้ยาและการบริการทางเภสัชกรรมชนิดต่าง ๆ ที่มีผลลัพธ์ทาง คลินิกที่แตกต่างกันได้ ทั้งนี้การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์มีข้อเสียคือ ผลได้ที่เป็นค่ารวมระหว่าง คุณภาพและปริมาณ เช่น ปีสุขภาพ (QALY) อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทั่วไปไม่เข้าใจ ความหมายของคำศัพท์เฉพาะทางเหล่านี้ หรือไม่ยอมรับวิธีการคำนวณหาปีสุขภาพทำให้ยากแก่การ ยอมรับผลของการประเมินโดยวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์

คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทยได้แนะนำให้ใช้วิเคราะห์ต้นทุน อรรถประโยชน์ (CUA) เป็นทางเลือกแรกจากการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ทั้ง 4 วิธี เนื่องจากเป็นวิธี ที่มีการวัดผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ รวมถึงสามารถนำไปใช้เปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์และ การบริการทางด้านเภสัชกรรมที่แตกต่างกันได้ แต่ในกรณีที่ผลิตภัณฑ์และการบริการทางด้าน เภสัชกรรมที่สนใจนั้นมีข้อจำกัดในส่วนของข้อมูลหรือทรัพยากร ก็อาจเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ต้นทุน ประสิทธิภาพ (CEA) เป็นวิธีในการประเมินความคุ้มค่าทางสาธารณสุขได้ แต่ไม่ควรใช้ผลลัพธ์ชั้นกลาง ในการประเมินประสิทธิภาพ ยิ่งไปกว่านั้นคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ไม่แนะนำให้ใช้วิธีวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (CBA) เนื่องจากผลลัพธ์เป็นหน่วยของเงินซึ่งการแปลงค่าด้าน สุขภาพอาจไม่เป็นที่ยอมรับจากหลายฝ่าย ส่วนวิธีวิเคราะห์ต้นทุนต่ำสุด (CMA) นั้นก็ไม่แนะนำให้ใช้ เนื่องจากในความเป็นจริงไม่ค่อยพบทางเลือก 2 ทางหรือมากกว่าที่มีผลลัพธ์เท่าเทียมกันจริง ๆ

อย่างไรก็ตาม การนำข้อมูลด้านเภสัชเศรษฐศาสตร์ไปใช้ มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ วิธีการคำนวณซับซ้อนทำให้ยากแก่การเข้าใจ แหล่งข้อมูลที่น่ามาใช้ เช่น ด้านต้นทุน หรือ ประสิทธิภาพ ของยา อาจมาจากแหล่งข้อมูลที่ขาดความน่าเชื่อถือ ทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับจากบุคลากรทาง การแพทย์และในกรณีที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเภสัชเศรษฐศาสตร์อาจ เกิดความไม่เข้าใจในข้อมูลที่น่าเสนอนอกจากนี้ อาจเกิดความเข้าใจผิดว่า การประเมินความคุ้มค่า เป็นการตัดงบประมาณเพื่อการศึกษาพยาบาลได้ข้อจำกัดอีกอย่างที่สำคัญ คือ การที่ยังไม่มีการนำ ผลกระทบทางด้านสังคมและจริยธรรมเข้ามาร่วมในการประเมินทางด้านเภสัชเศรษฐศาสตร์ แม้ว่าจะ เริ่มมีการศึกษาถึงผลกระทบทางด้านสังคมและจริยธรรมแล้วก็ตาม แต่การประเมินด้านสังคมและ จริยธรรมในประเทศไทยนั้นยังไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ดังนั้นจึงไม่สามารถ นำผลกระทบทางด้านสังคมและจริยธรรมเข้ามาร่วมพิจารณาในการประเมินทางเภสัชเศรษฐศาสตร์

การนำหลักการของเภสัชเศรษฐศาสตร์มาประยุกต์ใช้ คือ การนำวิธีการประเมินทั้ง 4 แบบ มาใช้ในการปฏิบัติงานในทางเภสัชกรรม ในการทำงานทุกวันนี้ทุกหน่วยงานควรจะแสดงถึงคุณค่าของงานที่ทำด้วยการใช้หลักการของเภสัชเศรษฐศาสตร์เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าของงาน ปัจจุบันนี้ การเลือกใช้จ่ายจากประสิทธิผลและความปลอดภัยของยา ยังถือว่าไม่เพียงพอ ควรมีการนำหลักการของเภสัชเศรษฐศาสตร์มาช่วยในการเลือกใช้จ่ายด้วยและจุดประสงค์ที่สำคัญคือ การนำข้อมูลทางเภสัชเศรษฐศาสตร์มาช่วยตัดสินใจในด้านนโยบายการเลือกใช้จ่าย เพื่อให้นโยบายการใช้จ่ายมีข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น และมีความโปร่งใสสามารถตรวจสอบได้ โดยที่เภสัชเศรษฐศาสตร์สามารถนำมาประยุกต์ใช้ตั้งแต่การเลือกใช้จ่ายส่วนบุคคล นโยบายการใช้จ่ายขององค์กร และการเลือกใช้จ่ายของระบบสุขภาพ นอกจากการเลือกใช้จ่ายแล้ว ยังหมายรวมถึงการบริการทางเภสัชกรรมต่าง ๆ ว่ามีความคุ้มค่าหรือไม่ เช่น การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาในด้านอุตสาหกรรมหรือการผลิตยาหลักการของเภสัชเศรษฐศาสตร์สามารถนำมาใช้เพื่อให้รู้ว่าสมควรที่จะผลิตและจำหน่ายยานั้นหรือไม่ หรือนำมาใช้เพื่อกำหนดราคาขายได้อย่างเหมาะสม โดยใช้การประเมินทางเภสัชเศรษฐศาสตร์เพื่อตรวจสอบว่ายาที่ผลิตและจำหน่ายในราคาที่ต้องการมีความคุ้มค่าหรือไม่ สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันผู้วางแผนนโยบายในการจัดสรรทรัพยากรเริ่มให้ความสนใจและมีความต้องการข้อมูลหรือหลักฐานงานวิจัยการประเมินความคุ้มค่าทางแพทย์เพื่อนำมาช่วยในการตัดสินใจกันอย่างแพร่หลาย เช่น การขอขึ้นทะเบียนยาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา การพิจารณาคัดเลือกยาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ โดยที่การประเมินความคุ้มค่าของยาเป็นหนึ่งในขั้นตอนการพิจารณาดังกล่าว หรือการพิจารณาคัดเลือกยาเข้าสู่บัญชียาของโรงพยาบาล ดังนั้น การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์โดยใช้หลักการทางเภสัชเศรษฐศาสตร์จึงเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญมากสำหรับเภสัชกรในปัจจุบัน

สรุป เภสัชเศรษฐศาสตร์เป็นศาสตร์ที่สำคัญในการประเมินความคุ้มค่าของผลิตภัณฑ์และบริการทางเภสัชกรรม โดยที่เภสัชเศรษฐศาสตร์เป็นส่วนหนึ่งของเศรษฐศาสตร์สุขภาพ การทำความเข้าใจในหลักการ วิธีการประเมินต่าง ๆ ของเภสัชเศรษฐศาสตร์ รวมถึงการนำหลักการไปใช้เป็นส่วนสำคัญสำหรับการตัดสินใจเลือกใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยที่การประเมินทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ทั้ง 4 วิธี ได้แก่ การวิเคราะห์ต้นทุนต่ำสุด (CMA) การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (CBA) การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (CEA) และการวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ (CUA) มีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกัน โดยทั้ง 4 วิธี มีต้นทุนเป็นมูลค่าเงินเหมือนกันแต่มีผลได้ที่แตกต่างกัน ความเข้าใจในสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เภสัชกรเข้าใจงานวิจัยในการประเมินทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ต่าง ๆ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้งานให้เหมาะสมได้ นอกจากนี้ การนำความรู้ในทางเภสัชเศรษฐศาสตร์มาเป็นข้อมูลเสริมจะช่วยให้เภสัชกรสามารถตัดสินใจเลือกการให้บริบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและช่วยให้การเลือกสรรทรัพยากรทางการแพทย์เป็นไปอย่างโปร่งใสมากยิ่งขึ้น

## 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.7.1 งานวิจัยในประเทศ

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า มีงานวิจัย ในประเทศที่แสดงให้เห็นว่า การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการให้การแทรกแซง (Intervention) ด้วยวิธีการต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและควบคุมอาการทางคลินิกได้ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง รวมทั้งดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดระยะเวลาในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เช่น การศึกษาของสุธีกาญจน์ ไชยลาภ และอังสนา วิริยโกศล<sup>(8)</sup> ที่ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนภายหลังกลับคืนสู่สังคม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้เจ็บป่วยจิตเวชภายหลังจากกลับไปอยู่ในชุมชนเขตบางชื่อจำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีอาการทางจิตที่ควบคุมตนเองได้ ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีระดับทักษะการดูแลตนเอง ทักษะในการทำงาน ทักษะทางด้านสังคม และทักษะการใช้ชีวิต สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และมีข้อเสนอแนะว่าการติดตามเยี่ยมบ้านมีความสำคัญอย่างมากต่อการประเมินอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการพัฒนาทักษะในด้านต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีความจำเป็นต้องได้รับยารักษาทางจิตเวชอย่างสม่ำเสมอภายหลังกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนที่ถือเป็นเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและที่สำคัญเพื่อลดการเกิดเป็นซ้ำของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถปรับตัวใช้ชีวิตในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต<sup>(4)</sup> ที่พัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขา และเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร และวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO-QOL-BREF) ฉบับภาษาไทย และประเมินสภาพปัญหาความต้องการการดูแลช่วยเหลือสนับสนุน โดยมีทีมพยาบาลเป็นผู้จัดการระบบ เกสัชกรดำเนินการแก้ไขจากการใช้ยานักสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือส่งต่อด้านสวัสดิการทางสังคม นักจิตวิทยาให้คำปรึกษาและการทำจิตบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขร่วมประเมินปัญหา ช่วยประสานเครือข่าย แพทย์รับส่งต่อข้อมูลตรวจวินิจฉัยให้การรักษา หลังจากนั้นแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิตรุนแรง (GAF < 50) กำหนดให้ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนกลุ่มที่มีปัญหาไม่ซับซ้อนอาการทางจิตไม่รุนแรง (GAF > 50) ให้ติดตามเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า การเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอโดยที่ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในปัญหาที่สำคัญเรื่องการรับประทานยาไม่ถูกต้องและ



การมีทีมสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งเภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและเป็น  
 ที่ปรึกษาของทีมเครือข่ายและครอบครัว พร้อมทั้งส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลการใช้ยา ร่วมกับจัดการ  
 กับอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่าง  
 ต่อเนื่อง ลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และเกิดสัมพันธภาพที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า ผลของการ  
 ได้รับการเอาใจใส่และการยอมรับจากผู้ดูแล ชุมชนและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและรู้สึก  
 ปลอดภัยที่จะออกมาเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในด้านจิตใจ  
 สังคม และการประกอบอาชีพได้มากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท  
 มีอาการกำเริบซ้ำ อาการกำเริบรุนแรงที่ต้องส่งต่อลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ  
 มีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งมีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง  
 สถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง ราชนิยม และกฤษณี สระมุณี<sup>(21)</sup> ที่พบว่า  
 เภสัชกรครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาได้อย่างสมบูรณ์สูงถึงร้อยละ 69.39  
 ของจำนวนครั้งที่พบปัญหาการใช้ยาทั้งหมด แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของเภสัชกรครอบครัวที่ช่วย  
 แก้ปัญหาการใช้ยาให้กับผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของพรรณนัฐ ชาญณัฐพงศ์<sup>(22)</sup> ที่พบว่า การเยี่ยม  
 บ้านโดยยึดหลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและตามแนวทาง INHOMESSS และมีเภสัชกรร่วมอยู่ใน  
 ทีมหมอครอบครัวทำหน้าที่ค้นหาปัญหาด้านยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ทีมหมอครอบครัวสามารถ  
 ดูแลผู้ป่วยทั้งทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ยคนละ  
 $2.05 \pm 0.62$  ครั้ง ในรอบ 12 เดือน และปัญหาด้านยาต่าง ๆ ที่พบในผู้ป่วยทุกรายได้รับการแก้ไข  
 ทั้งหมด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของบุญถม ปาปะแพ และคณะ<sup>(23)</sup> ที่พบปัญหาการใช้ยา  
 ในผู้ป่วยและการมีเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้สามารถให้ข้อมูลด้านยาและทางเลือกที่เป็น  
 วิชาการแก่แพทย์ได้ส่งผลให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมและผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และการศึกษาของ  
 ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์ และคณะ<sup>(24)</sup> ที่พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี  
 โดยการมีอาจารย์ พยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาลให้การดูแลที่บ้าน มีผู้ป่วยและครอบครัวเข้า  
 ร่วมโครงการ 10 ครอบครัว ผลการดำเนินงานในระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วย 8 คน มีการทำ  
 หน้าที่ทั่วไป และสมรรถภาพทางจิตดีขึ้น มีผู้ป่วย 2 คน ตีมีแอลกอฮอล์ซ้ำ ส่งผลให้มีอาการทางจิต  
 ต้องส่งรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ทั้งนี้พบว่าสภาพแวดล้อมในชุมชนเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของ  
 โรคเนื่องจากผู้ป่วยมีการตีมีแอลกอฮอล์ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะให้รัฐบาลกำหนดนโยบายคุ้มครองให้  
 ผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยการจัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ อาจารย์ นักศึกษา  
 หรือการจัดให้มีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และมีมาตรการควบคุมการซื้อ-ขาย ตีมีแอลกอฮอล์  
 ในชุมชนอย่างเคร่งครัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพยอม ตันนจรรยา และคณะ<sup>(15)</sup>  
 ที่ให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าพักรักษา  
 ตัวในหอผู้ป่วย จากนั้นทำการติดตามพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา

12 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (กลุ่มทดลองร้อยละ 85, กลุ่มควบคุมร้อยละ 60) นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมด้านเศรษฐศาสตร์ในเรื่องการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพบการศึกษาของมงคล ศิริเทพทวี และคณะ<sup>(16)</sup> ที่ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการระดับปฐมภูมิเปรียบเทียบกับระบบบริการปกติของโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 9 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับระบบการดูแลต่อเนื่องมีความถี่ของการเกิดอาการกำเริบและการก่อความเสี่ยงทางจิตเวชน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการตามระบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.01$ ) ต้นทุนรวมของระบบการดูแลต่อเนื่องและระบบบริการปกติ เท่ากับ 2,627.27 บาท/คน และ 703.87 บาทตามลำดับ ต้นทุนส่วนเพิ่ม 1,923.4 บาท/คนอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มของระบบการดูแลต่อเนื่องต่อผลลัพธ์อาการกำเริบที่ลดลงเท่ากับ 13,738.5 บาท/คน และอัตราการเกิดอาการกำเริบและก่อความเสี่ยงทางจิตเวชของระบบการดูแลต่อเนื่องต่ำกว่าระบบบริการปกติเท่ากับ 0.14 และการศึกษาของทัศนีย์ เชื่อมทอง<sup>(26)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า การรักษาด้วยยาเป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่ขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะทำให้มีอาการกำเริบ และต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยส่งผลให้มีระยะเวลาในการรักษาที่นานขึ้น โดยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 22 วัน และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 23,035 บาท/คน/ครั้ง

### 2.7.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า มีงานวิจัยในต่างประเทศที่แสดงให้เห็นว่า การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการให้การแทรกแซง (Intervention) ด้วยวิธีการต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และควบคุมอาการทางคลินิกได้ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง รวมทั้งดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดระยะเวลาในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย เช่น การศึกษาของ Chang LR และคณะ<sup>(11)</sup> ที่ศึกษาจิตพยาธิวิทยา การกลับเข้ามาพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลซ้ำ และวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้แบบสอบถาม EuroQoL-5D (EQ-5D) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ Community home case management programs มีผลลัพธ์ในด้านต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ความถี่ของการนอนในโรงพยาบาลลดลง ( $-0.10 \pm 0.36$  ครั้งต่อปี,  $p=0.042$ ) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลลดลง ( $-27.8 \pm 78.0$  วันต่อปี,  $p=0.008$ ) มีคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพ (EQ-5D) และสภาวะทางสุขภาพ (EQ-VAS) ที่ดีขึ้น ( $p=0.010$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mihanovic M และคณะ<sup>(26)</sup> ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยใช้

แบบวัดคุณภาพชีวิต Short form 36 ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลในรูปแบบ Foster home care treatment เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามระบบมาตรฐานของโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วยทุกรายกรอกแบบสอบถามการสำรวจสุขภาพแบบสั้นในวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าภายหลัง 6 เดือนของการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ Foster home care treatment มีการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่น้อยลง และมีมิติของคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามระบบมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องการทำหน้าที่ทางกายภาพ ( $p < 0.001$ ) ข้อจำกัดของความแตกต่างด้านอารมณ์ ( $p < 0.001$ ) สุขภาพจิต ( $p = 0.001$ ) และสุขภาพโดยรวม ( $p < 0.001$ ) ส่วนเรื่องข้อจำกัดของความแตกต่างด้านกายภาพ การทำหน้าที่ทางสังคม การใช้พลังงาน/พลัง และการเจ็บปวดทางกายภาพ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Muijen M และคณะ<sup>(12)</sup> ที่ศึกษารูปแบบของ Home based care ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรง พบว่าการดูแลผู้ป่วยแบบ Home based care ช่วยลดระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 80 โดยมีค่ามัธยฐาน 6 วัน ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระบบบริการปกติของโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐาน 53 วัน อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลยังไม่มีจำนวนเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระบบบริการปกติของโรงพยาบาล ทั้งนี้ผลลัพธ์ทางคลินิกและทางสังคมในเรื่อง Brief psychiatric rating scale, Global adjustment scale, Social adjustment scale, Present state examination, Patients' satisfaction และ Relatives' satisfaction ณ เดือนที่ 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ Home based care และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระบบบริการปกติของโรงพยาบาล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hafiz AH และคณะ<sup>(27)</sup> ที่ศึกษารูปแบบของ Psychiatric Home Care ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า จำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ Psychiatric Home Care เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบดั้งเดิมโดยมีโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลาง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ จำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล (กลุ่มศึกษา  $0.4 \pm 0.63$  ครั้งต่อปี, กลุ่มควบคุม  $1.13 \pm 1.22$  ครั้งต่อปี,  $p = 0.052$ ) และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (กลุ่มศึกษา  $4.9 \pm 7.95$  วันต่อปี, กลุ่มควบคุม  $14.27 \pm 14.94$  วันต่อปี,  $p = 0.038$ ) นอกจากนี้การศึกษาของ Meijel B และคณะ<sup>(13)</sup> ที่ศึกษาการให้การแทรกแซง (intervention) ในรูปแบบ Intervention study โดยทีมพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังจากการติดตามผลในระยะเวลา 1 ปี พบว่า อัตราการเกิดอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วย โรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มทดลองร้อยละ 12.5, กลุ่มควบคุมร้อยละ 26.2,  $p = 0.120$ ) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังพบว่าการป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทจำเป็นต้องดูแลเรื่องโปรแกรม

การรักษาร่วมกับการให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาและการสนับสนุนทางสังคมโดยการจัดบริการด้านจิตเวชที่มุ่งให้มีระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สั้นลงเพื่อลดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตลอดจนให้การดูแลผู้ป่วยทั้งเชิงรุกและเชิงรับเพื่อช่วยลดการเกิดอาการกำเริบซ้ำ และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ดำเนินชีวิตโดยเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Valenstein M และคณะ<sup>(14)</sup> ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชโดยใช้ Pharmacy-Based intervention (Meds-Help) ร่วมกับการดูแลแบบระบบปกติของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ในเดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 ผู้ป่วยที่ได้รับ Pharmacy-Based intervention (Meds-Help) มีค่าเฉลี่ย medication possession ratios (MPRs) สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระบบปกติของโรงพยาบาลเท่านั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MPRs เดือนที่ 6 ของกลุ่มศึกษา  $0.91 \pm 0.23$ , กลุ่มควบคุม  $0.64 \pm 0.33$ ,  $p < 0.001$  และ MPRs เดือนที่ 12 ของกลุ่มศึกษา  $0.86 \pm 0.30$ , กลุ่มควบคุม  $0.62 \pm 0.33$ ,  $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่าการใช้ Pharmacy-Based intervention (Meds-Help) มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น แต่ผลการศึกษาในเรื่องการประเมินอาการทางจิตโดยใช้ Positive and Negative Symptom Scales (PANSS), การประเมินคุณภาพชีวิตทางสุขภาพโดยใช้ Quality of Well-being Scales (QWS) และการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการดูแลรักษาโดยใช้ Client Satisfaction Questionnaires (CSQ-8) พบว่าไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมด้านเศรษฐศาสตร์ในเรื่องการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพบการศึกษาของ Fenton WS และคณะ<sup>(28)</sup> ที่ศึกษาต้นทุนและต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตรุนแรงที่ได้รับการดูแลแบบ Residential Crisis Care เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระบบบริการปกติของโรงพยาบาลในมุมมองผู้จ่ายเงินภาครัฐ (Government payors perspective) โดยคำนวณต้นทุนจากต้นทุนต่อหน่วย (Unit costs) และข้อมูลการให้บริการ (Service utilization data) พบว่า ในเดือนที่ 6 ค่าเฉลี่ยต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ Residential Crisis Care (\$9107) และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหน่วยจิตเวชของโรงพยาบาล (\$1816.10) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.02$ ) สำหรับผลการศึกษาเรื่องอาการทางจิต และจำนวนวันที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER) ของการเกิดอาการทางจิต (PANSS points) และจำนวนวันที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชน (community day) ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉียบพลัน เท่ากับ \$395 per PANSS point และ \$446 per community day ตามลำดับ และในเดือนที่ 6 อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ของจำนวนวันที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชน (community day) เท่ากับ \$1070 per community day สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai SL และคณะ<sup>(29)</sup> ที่ศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วย

โรคจิตเวชที่ได้รับการดูแลแบบ Hospital-Based Home care (HHC) เปรียบเทียบกับการดูแลแบบ Conventional outpatient follow-up (COF) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ HHC มีพฤติกรรม การดูแลรักษาโรค อาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคม ความพึงพอใจในบริการที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ COF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยค่าเฉลี่ยต้นทุนที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อรายของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ HHC และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ COF เท่ากับ \$1,420.60 และ \$3,208.20 ตามลำดับ อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผล (Cost-effectiveness ratio: CER) ของการดูแลแบบ HHC และการดูแลแบบ COF เท่ากับ 4.3 และ 13.5 ตามลำดับ และเมื่อทำการวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญพบว่าต้นทุนที่ใช้ในการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ส่งผลให้อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผล (CER) ของการดูแลแบบ HHC (7.0) เปลี่ยนแปลงจากค่าพื้นฐานมากที่สุด และการเปลี่ยนแปลงคะแนนประสิทธิผลส่งผลให้อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผล (CER) ของการดูแลแบบ COF (19.0) เปลี่ยนแปลงจากค่าพื้นฐานมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Tzeng DS และคณะ<sup>(30)</sup> ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก (WHO-QOL-BREF) และแบบวัดสุขภาพ the Chinese health questionnaire (CHQ) และประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในรูปแบบ A redesigned care network (กลุ่มศึกษา) เปรียบเทียบกับการดูแลแบบ Other traditional healthcare provider (กลุ่มควบคุม) พบว่ากลุ่มศึกษามีคุณภาพชีวิตในภาพรวมด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.01$ ) นอกจากนี้กลุ่มศึกษายังมีคะแนนของการตอบคำถามสุขภาพทั่วไปสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.019$ ) ผลการศึกษาด้านประสิทธิผล พบว่ากลุ่มศึกษามีระยะเวลาการเจ็บป่วยสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$ ) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มศึกษามีภาวะ family burden และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยต้นทุนที่ใช้ในการดูแลรักษาของกลุ่มศึกษา (\$2737/ปี/คน) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (\$2041/ปี/คน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และการศึกษาของ Behan C และคณะ<sup>(31)</sup> ที่ศึกษาต้นทุนภาวะโรค (COI) ของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลทางสังคม การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ การสูญเสียผลผลิต การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และค่าใช้จ่ายสาธารณสุขอื่น ๆ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยต้นทุนโดยรวมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับ 460.6 ล้านดอลลาร์ ต้นทุนทางตรงเท่ากับ 117.5 ล้านดอลลาร์ และต้นทุนทางอ้อมเท่ากับ 343 ล้านดอลลาร์ ต้นทุนการผลิตที่สูญหายเนื่องจากการว่างงาน การขาดงานและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรคือ 277 ล้านดอลลาร์ ต้นทุนทางอ้อมในครอบครัวโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 43.8 ล้านดอลลาร์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang Z และคณะ<sup>(32)</sup> ที่ศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบ psychosocial intervention ร่วมกับการใช้ยา เปรียบเทียบกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบระบบบริการปกติของโรงพยาบาล พบว่า

ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อเดือนของการให้ psychosocial intervention (\$6.9) สูงกว่าค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อเดือนของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระบบบริการปกติ (\$1.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.005$ ) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนรวมระหว่างสองกลุ่ม นอกจากนี้การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้แบบสอบถาม Short form 6D พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยการให้ psychosocial intervention ร่วมกับการใช้ยา มี QALY ratings สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบระบบบริการปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.039$ ) และเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบระบบบริการปกติพบว่า การดูแลรักษาด้วยการให้ psychosocial intervention ร่วมกับการใช้ยาทำให้ผู้ป่วยมี QALY ratings เพิ่มขึ้น 0.031 โดยมีต้นทุนที่เพิ่มขึ้น \$56.4 อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER) เท่ากับ \$1819.4 per QALY gained และเมื่อทำการวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญพบว่าตัวแปรที่ส่งผลให้อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) เปลี่ยนแปลงจากค่าพื้นฐานมากที่สุดคือ จำนวน Patient attendance per workshop เท่ากับ 3 คน (ICER \$4496.8 per QALY gained)



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับการบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) เพื่อประเมินต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลเท่านั้น และประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลโดยใช้มุมมองของสังคม ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2562 ถึง เดือนธันวาคม 2562

#### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

##### 3.2.1 ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 102 ราย

##### 3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

##### 3.2.2.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้า (Inclusion criteria)

3.2.2.1.1 ผู้ป่วยนอก อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามระบบ ICD-10 รหัสโรค F20 – F29 และได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

3.2.2.1.2 ผู้ป่วยไม่เป็นผู้ที่มีปัญหาด้านความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง โดยประเมินจากค่า BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับน้อย

3.2.2.1.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) มีคะแนนระหว่าง 0-12 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อย

3.2.2.1.4 ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) มีคะแนนระหว่าง 0-8 คะแนน หมายถึง ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ถึง มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย

3.2.2.1.5 ผู้ป่วยสามารถพูดคุยรู้เรื่องและตอบคำถามได้

3.2.2.1.6 ผู้ป่วยยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา

3.2.2.2 เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออก (Exclusion criteria)

3.2.2.2.1 ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด

3.2.2.2.2 ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

3.2.2.2.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปรับรักษาที่สถานบริการอื่น

3.2.2.2.4 ผู้ป่วยที่ย้ายถิ่นฐานระหว่างการศึกษ

### 3.2.3 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตร เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา ของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันจากการศึกษาของ Valenstein M และคณะ<sup>(14)</sup> ดังนี้

$$n = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

เมื่อ  $n$  = จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ  $0.05$  ( $\alpha = 0.05$ )  $Z_{\alpha/2} = 1.96$

อำนาจการทดลอง (power of test:  $1 - \beta$ ) ที่  $0.80$   $Z_{\beta} = 0.84$

$\mu_1$  = คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มศึกษา =  $0.91 \pm 0.23$

$\mu_2$  = คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม =  $0.64 \pm 0.33$

$(\mu_1 - \mu_2)$  = outcome difference or size of effect =  $0.27$

$\sigma^2$  = variance of control =  $0.11$

แทนค่าในสูตร ได้ดังนี้  $n = \frac{2 \times (1.96 + 0.84)^2 \times (0.11)}{(0.91 - 0.64)^2} = 23.66$

ในการนี้คิดเป็น loss to follow up 25% เท่ากับ 5.92 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ทั้งหมด เท่ากับ 29.58 คน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน



### 3.3 การแทรกแซง (Intervention)

การแทรกแซง (Intervention) ที่กลุ่มศึกษาได้รับระหว่างการศึกษาคือ การเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทุก 1 เดือน จำนวน 3 ครั้ง และการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้น เพื่อสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาโดยเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้าน มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 3 การเยี่ยมบ้านและบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ

การเยี่ยมบ้าน	ทีมสหสาขาวิชาชีพ	บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ
		ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การเยี่ยมบ้านภายหลังจากผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นระยะเวลา 1 เดือน (ระยะเวลา $30 \pm 5$ วัน)
ครั้งที่ 1	พยาบาลจิตเวช/พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESSS</li> <li>- ประเมินอาการทางจิต (BPRS)</li> <li>- ประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q)</li> <li>- ประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)</li> <li>- ตรวจร่างกาย และประเมินอาการทางคลินิก (กรณีแพทย์ไม่ได้ออกเยี่ยมบ้าน)</li> </ul>
	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจร่างกาย และประเมินอาการทางคลินิก</li> <li>- ประเมินการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาในกรณีที่พบปัญหา</li> </ul>
	เภสัชกร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นเพื่อสร้างความร่วมมือในการรับประทานยา ครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที โดยเน้นการสร้างความร่วมมือ การค้นหาเหตุผลและเป้าหมายในการรักษา การชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของการรับประทานยาและการขาดยา การชี้ให้เห็นถึงสิ่งที่เคยทำเพื่อให้รับประทานยาได้ครบถ้วน โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วย (Collaboration) ได้แก่ การแสดงความชื่นชมในสิ่งดี การร่วมค้นหาแผนการที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต</li> <li>2) การสร้างความต้องการเปลี่ยนแปลงตนเองจากภายใน (Evocation) ได้แก่ การมองหาเป้าหมายและเหตุผลในการตั้งใจกินยาเพื่อรักษา</li> <li>3) การสร้างความเชื่อมั่นและเป็นเจ้าของแผนการปฏิบัติ (Autonomy) ได้แก่ การทบทวนสิ่งที่ทำได้และเลือกทางเลือกที่เหมาะสมด้วยตนเอง</li> </ol> </li> </ul>
	อาสาสมัครสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานงานการเยี่ยมบ้าน แจ้งข้อมูลวันและเวลาในการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ผู้ป่วยได้รับทราบ</li> <li>- ทำหน้าที่ผู้ดูแล (Caregiver) ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ</li> </ul>

ตาราง 3 (ต่อ)

การเยี่ยมบ้าน	ทีมสหสาขาวิชาชีพ	บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ
		<p>- ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การเยี่ยมบ้านหลังจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลา 1 เดือน (ระยะเวลา <math>60 \pm 5</math> วัน)</p> <p>- การประเมินข้อมูลด้านต่าง ๆ ทำการประเมินเฉพาะข้อมูลที่มีผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง</p>
ครั้งที่ 2	พยาบาลจิตเวช/พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	<p>- บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESSS</p> <p>- ประเมินอาการทางจิต (BPRS)</p> <p>- ประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q)</p> <p>- ประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)</p> <p>- ตรวจร่างกาย และประเมินอาการทางคลินิก (กรณีแพทย์ไม่ได้ออกเยี่ยมบ้าน)</p>
	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน	<p>- ตรวจร่างกาย และประเมินอาการทางคลินิก</p> <p>- ประเมินการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาในกรณีที่มีปัญหา</p>
	เภสัชกร	<p>- ให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นเพื่อสร้างความร่วมมือในการรับประทานยา ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที โดยเน้นประเด็นดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การเชื่อมโยงเป้าหมายและเหตุผลในการรักษากับการรับประทานยาต่อเนื่อง</li> <li>2) การชี้ให้เห็นความเป็นไปได้ในการรับประทานยาต่อเนื่อง</li> <li>3) วางแผนที่เป็นรูปธรรม (Solid plan) พร้อมกับการสนทนากับผู้ป่วย</li> </ol> <p>- ติดตามผลการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นเพื่อสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาจากการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 1</p>
	อาสาสมัครสาธารณสุข	<p>- ประสานงานการเยี่ยมบ้าน แจ้งข้อมูลวันและเวลาในการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ผู้ป่วยได้รับทราบ</p> <p>- ทำหน้าที่ผู้ดูแล (Caregiver) ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ</p>

ตาราง 3 (ต่อ)

การเยี่ยมบ้าน	ทีมสหสาขาวิชาชีพ	บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ
		- ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การเยี่ยมบ้านหลังจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เป็นระยะเวลา 1 เดือน (ระยะเวลา $90 \pm 5$ วัน) - การประเมินข้อมูลด้านต่าง ๆ ทำการประเมินเฉพาะข้อมูลที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง
ครั้งที่ 3	พยาบาลจิตเวช/พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESSS - ประเมินอาการทางจิต (BPRS) - ประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) - ประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) - ตรวจร่างกาย และประเมินอาการทางคลินิก (กรณีแพทย์ไม่ได้ออกเยี่ยมบ้าน)
	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน	- ตรวจร่างกาย และประเมินอาการทางคลินิก - ประเมินการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาในกรณีที่มีปัญหา
	เภสัชกร	- ติดตามผลการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นเพื่อสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาจากการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2
	อาสาสมัครสาธารณสุข	- ประสานงานการเยี่ยมบ้าน แจ้งข้อมูลวันและเวลาในการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ผู้ป่วยได้รับทราบ - ทำหน้าที่ผู้ดูแล (Caregiver) ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ

ในการนี้ กลุ่มศึกษาจะได้รับการแทรกแซง (Intervention) จากทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการได้รับบริการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาลดอนมดแดง และกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้บริการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาลดอนมดแดงเท่านั้น โดยการให้บริการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาลมีการนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างศึกษารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาล ทุก 1 เดือน ( $30 \pm 5$  วัน) เป็นเวลา 6 เดือน ทั้งนี้ กลุ่มศึกษาได้รับการนัดหมายให้มารับบริการทุกวันพฤหัสบดีของทุกเดือน กลุ่มควบคุมได้รับการนัดหมายให้มารับบริการทุกวันศุกร์ของทุกเดือน รายละเอียดของการให้บริการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาล แสดงดังตาราง 4

ตาราง 4 การให้บริการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาลดอนมดแดง

ทีมสหสาขาวิชาชีพ	บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติ
พยาบาลจิตเวช	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้สุขศึกษารายกลุ่มเรื่องโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง</li> <li>- ชักประวัติและบันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรม HI for Window ของโรงพยาบาล</li> <li>- ประเมินอาการทางจิต (BPRS)</li> <li>- ประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q,9Q)</li> <li>- ประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)</li> <li>- บันทึกรายละเอียดการชักประวัติ และการประเมินต่าง ๆ ลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>- ในกรณีที่มีปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) พยาบาลทำการส่งต่อข้อมูลให้เภสัชกรก่อนส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์</li> <li>- ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยแพทย์</li> </ul>
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจร่างกาย และประเมินอาการทางคลินิก</li> <li>- ประเมินการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาในกรณีที่พบปัญหา</li> <li>- ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในกรณีที่พบปัญหา</li> <li>- สั่งจ่ายยาในระบบโปรแกรม HI for Window ของโรงพยาบาล พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดของการรักษาและระบุวันนัดหมายครั้งต่อไปลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วย</li> </ul>
เภสัชกร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้สุขศึกษารายกลุ่มเรื่องความสำคัญของการรับประทานยา อาการไม่พึงประสงค์จากยาและวิธีการแก้ไขปัญหา</li> <li>- ประเมินปัญหาการใช้ยา (DRPs) ของผู้ป่วยที่พยาบาลส่งต่อข้อมูลให้ และให้คำแนะนำเรื่องวิธีการแก้ไขปัญหากับผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดต่าง ๆ ลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์</li> <li>- ประเมินปัญหาการใช้ยา (DRPs) ของผู้ป่วยทุกรายที่มารับยา</li> <li>- ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา โดยการให้ผู้ป่วยนำยาเดิมมาให้ตรวจสอบทุกครั้งที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล</li> <li>- ส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย</li> </ul>

### 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ใช้เครื่องมือต่าง ๆ ดังนี้

3.4.1 ฐานข้อมูลโปรแกรม HI for window โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

3.4.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย โรคประจำตัวอื่น ๆ ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ ที่พักอาศัยและผู้ดูแล การใช้ยา/สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ข้อมูลการมารับบริการที่โรงพยาบาล และสิทธิการรักษา

3.4.3 แบบบันทึกการเข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้

3.4.4 แบบบันทึกการเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้

3.4.5 แบบบันทึกการเข้ารับบริการนอนโรงพยาบาล และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้

3.4.6 แบบบันทึกการนับเม็ดยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

3.4.7 แบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวกับยา (DRPs)

3.4.8 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESSS<sup>(33)</sup> และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้

3.4.9 แบบบันทึกการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นเพื่อสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาและการติดตามผลการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้าน<sup>(15)</sup>

3.4.10 เอกสารความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลตนเองที่บ้าน<sup>(34)</sup>

3.4.11 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่อการเยี่ยมบ้านของ ทีมสหสาขาวิชาชีพมีเกณฑ์การประเมินค่าระดับความพึงพอใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ<sup>(35)</sup> และมีการให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง มาก

3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง น้อย

1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด

นำคะแนนที่ได้มาแปลความหมาย โดยนำไปเทียบกับเกณฑ์แปลความหมาย ดังนี้

4.51-5.00 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

3.51-4.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

2.51-3.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

1.51-2.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

1.00-1.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

3.4.12 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)<sup>(36)</sup>

3.4.13 แบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย<sup>(37)</sup> สำหรับวัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามด้านสุขภาพ 5 คำถามหรือ 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) เช่น การอาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง กิจกรรมที่เป็นประจำ (usual activities) เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน กิจกรรมในครัวเรือนหรือกิจกรรมยามว่าง อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว (pain/discomfort) ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (anxiety/depression) โดยในแต่ละด้านให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมายถูกในช่องสี่เหลี่ยมที่ตรงกับสุขภาพของตนเองในวันนี้มากที่สุด คำตอบที่ได้ประกอบด้วยตัวเลขจำนวน 5 ตัวเรียงตามมิติทางสุขภาพ โดยเลข 1 หมายถึง ไม่มีปัญหา เลข 2 หมายถึง มีปัญหาเล็กน้อย เลข 3 หมายถึง มีปัญหปานกลาง เลข 4 หมายถึง มีปัญหาหนัก เลข 5 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้หรือมีปัญหามากที่สุด และนำคำตอบที่ได้ในส่วนนี้ไปคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง (Visual Analog Scale: VAS) มีลักษณะเป็นสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่มากที่สุด 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด โดยให้ผู้ตอบประเมินสุขภาพตนเอง คำตอบที่ได้ในส่วนนี้สะท้อนถึงความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อสภาวะสุขภาพตนเอง แต่ไม่ได้นำไปใช้ในการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์

การแปลงสถานะสุขภาพให้เป็นคะแนนอรรถประโยชน์

ค่าอรรถประโยชน์ (utility) เป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ส่วนค่าอรรถประโยชน์ที่ติดลบ หมายถึงสภาวะที่แย่กว่าตาย (worse than dead) คะแนนอรรถประโยชน์ คำนวณจากสภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์หักลบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน

พูน ปณ ทั โต ชี เว

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สำหรับการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ของแบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย

มิติทางสุขภาพ	ระดับความรุนแรง				
	ไม่มีปัญหา	มีปัญหาเล็กน้อย	มีปัญหาปานกลาง	มีปัญหามาก	มีปัญหามากที่สุด
	1	2	3	4	5
การเคลื่อนไหว	0	0.056	0.114	0.231	0.307
การดูแลตนเอง	0	0.033	0.108	0.225	0.254
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	0	0.043	0.075	0.165	0.207
อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว	0	0.040	0.068	0.233	0.266
ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า	0	0.032	0.097	0.202	0.249

#### ตัวอย่างการคำนวณ

$$\begin{aligned}
 \text{คะแนนอรรถประโยชน์ของสถานะสุขภาพ } 21235 &= 1 - \text{ค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพ} \\
 &= 1 - 0.056 - 0 - 0.043 - 0.068 - 0.249 \\
 &= 0.584
 \end{aligned}$$

3.4.14 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)<sup>(38)</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ประเมินอาการทั้ง 3 ด้าน โดยแบ่งเป็นด้านอาการทั่วไป จำนวน 10 ข้อ อาการด้านลบ จำนวน 2 ข้อ และอาการด้านบวก จำนวน 6 ข้อ การให้คะแนนมาจากการสอบถามผู้ป่วยและการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละระดับมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

- ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีอาการ
- ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง
- ระดับคะแนน 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
- ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีอาการปานกลาง
- ระดับคะแนน 5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- ระดับคะแนน 6 หมายถึง มีอาการรุนแรง
- ระดับคะแนน 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

การคิดคะแนน คิดจากการรวมคะแนนทั้งหมดซึ่งมีค่าระหว่าง 18-126 คะแนน แปลผล  
คะแนน ดังนี้

คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 มีอาการระดับน้อย

คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 37 มีอาการระดับมาก

### 3.5 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

3.5.1 ศึกษารายละเอียดจากเอกสาร ตำรา บทความ การศึกษาอิสระ วิทยานิพนธ์และ  
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการสร้าง  
แบบสอบถาม จากนั้นทำการรวบรวมข้อมูลและดำเนินการร่างแบบสอบถาม

3.5.2 นำแบบสอบถามเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและพิจารณา  
ให้ข้อเสนอแนะ

3.5.3 นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความ  
ตรงของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ  
วัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) ให้ได้ค่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้  
คือ 0.50 ขึ้นไป<sup>(39)</sup> โดยเครื่องมือที่นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์  
ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แบบบันทึกการเข้ารับบริการที่คลินิก  
สุขภาพจิตและจิตเวชและต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้ แบบบันทึกการเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน  
และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้ แบบบันทึกการเข้ารับบริการนอนโรงพยาบาลและต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้ แบบ  
บันทึกการนับเม็ดยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวกับยา (DRPs)  
ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.88

3.5.4 นำแบบสอบถามไปทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Tryout)  
กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนใกล้เคียงที่มีลักษณะผู้ป่วยคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน  
10 ราย จากนั้นวิเคราะห์หาค่าระดับความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา  
ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ให้ได้ค่าความเที่ยงตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ 0.7  
ขึ้นไป<sup>(39)</sup> โดยเครื่องมือที่นำไปทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) คือ แบบประเมินความพึงพอใจของ  
ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่อการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ค่าระดับความเที่ยงของแบบสอบถาม  
เท่ากับ 0.95

3.5.5 นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อ  
เสนอแนะจากนั้น นำไปเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

3.5.6 จัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่  
ศึกษา



## 3.6 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

### 3.6.1 ชั้นเตรียมการ

3.6.1.1 ประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน พยาบาลจิตเวช เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานจิตเวช และวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน

3.6.1.2 ประสานขอข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภทจากฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเวชของโรงพยาบาล เพื่อนำเวชระเบียนและข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษามาทบทวน เพื่อวางแผนการดำเนินงานและเตรียมความพร้อมในส่วนต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการศึกษา

3.6.1.3 จัดเตรียมเครื่องมือ วัสดุและสื่ออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการศึกษา

### 3.6.2 ชั้นดำเนินการ

3.6.2.1 ประชุมชี้แจงรายละเอียดของการศึกษาให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับทราบ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

3.6.2.2 ทำการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 60 คน ด้วยวิธี permuted block randomization<sup>(40)</sup> ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้กลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ดังนี้

3.6.2.2.1 กลุ่มศึกษา ได้รับการแทรกแซง (Intervention) คือ การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 3 ครั้ง และการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นเพื่อสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาโดยเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้านร่วมกับการได้รับการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาล

3.6.2.2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการบริการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาลเท่านั้น

ในการนี้ กำหนด block size เท่ากับ 4 โดยในแต่ละ block มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการแทรกแซง (Intervention) คือ การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นเพื่อสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาโดยเภสัชกร ร่วมกับการได้รับการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาล จำนวน 2 ราย และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการบริการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาลเท่านั้น จำนวน 2 ราย โดยเรียงวิธีการที่ได้รับการแทรกแซง (Intervention) ได้เป็น HHUU HUUH HUUH UUHH UHHU และ UHUH เมื่อ H คือ การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นเพื่อ

สร้างความร่วมมือในการรับประทานยาโดยเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้านร่วมกับการได้รับบริการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาล และ U คือ การได้รับการบริการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาลเท่านั้น

3.6.2.3 เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาโดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลโปรแกรม HI for window ของโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี และเครื่องมือต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น โดยกลุ่มศึกษา ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อผู้ป่วยมารับการบริการที่โรงพยาบาลและเมื่อทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้าน กลุ่มควบคุมผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อผู้ป่วยมารับการบริการที่โรงพยาบาลเท่านั้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 6 การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ลำดับ	เครื่องมือ	ผู้เก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา		ช่วงเวลาเก็บข้อมูล	สถานที่เก็บข้อมูล	
			กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม		โรงพยาบาลดอนมดแดง	บ้านของกลุ่มศึกษา
1	แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	เภสัชกร	√	√	วันที่ชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา	√	-
2	แบบบันทึกการเข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้	เภสัชกร	√	√	วันที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามารับบริการที่คลินิกในแต่ละครั้ง	√	-
3	แบบบันทึกการเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้	เภสัชกร	√	√	วันที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามารับบริการเมื่อเกิดอาการจิตเภทกำเริบในแต่ละครั้ง	√	-

ตาราง 6 (ต่อ)

ลำดับ	เครื่องมือ	ผู้เก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา		ช่วงเวลาที่ได้รับข้อมูล	สถานที่เก็บข้อมูล	
			กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม		โรงพยาบาล ตอมตแดง	บ้านของ กลุ่มศึกษา
4	แบบบันทึกการเข้ารับบริการนอนโรงพยาบาล และ ต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้	เภสัชกร	✓	✓	วันที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามารับบริการเมื่อเกิดอาการจิตเภทกำเริบในแต่ละครั้ง	✓	-
5	แบบบันทึกการนับเม็ดยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา	เภสัชกร	✓	✓	วันที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามารับบริการที่คลินิกในแต่ละครั้ง	✓	-
6	แบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (DRPs)	เภสัชกร	✓	✓	วันที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามารับบริการที่คลินิกในแต่ละครั้ง	✓	-
7	แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESSS และ ต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้	พยาบาลจิตเวช/ พยาบาลวิชาชีพ/ เภสัชกร	✓	-	วันที่ทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-3	-	✓
8	แบบบันทึกการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นเพื่อสร้างความร่วมมือในการรับประทานยา และการติดตามผลการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้าน	เภสัชกร	✓	-	วันที่ทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-3	-	✓

ตาราง 6 (ต่อ)

ลำดับ	เครื่องมือ	ผู้เก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา		ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล	สถานที่เก็บข้อมูล	
			กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม		โรงพยาบาล ตอมตแดง	บ้านของ กลุ่มศึกษา
9	แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่อการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ	เภสัชกร	√	-	วันที่ทีมสหสาขาวิชาชีพพอกเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3	-	√
10	แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)	พยาบาลจิตเวช/ พยาบาลวิชาชีพ	√	√	-วันที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามารับบริการที่คลินิกในแต่ละครั้ง - วันที่ทีมสหสาขาวิชาชีพพอกเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-3	√	√
11	แบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย สำหรับวัดคุณภาพชีวิต	เภสัชกร	√	√	-วันที่ชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา (เดือนที่ 0) -วันที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามารับบริการที่คลินิกในครั้งสุดท้ายของการศึกษา (เดือนที่ 6)	√	-

ตาราง 6 (ต่อ)

ลำดับ	เครื่องมือ	ผู้เก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา		ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล	สถานที่เก็บข้อมูล	
			กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม		โรงพยาบาล ตอมตแดง	บ้านของ กลุ่มศึกษา
12	แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)	พยาบาลจิตเวช/ พยาบาล วิชาชีพ	✓	✓	- วันที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามารับบริการที่คลินิกในแต่ละครั้ง - วันที่ทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-3	✓	✓

### 3.6.3 ชั้นสรุปและประเมินผล

- 3.7.3.1 ผู้วิจัยทำการประเมินผลการศึกษาในเชิงปริมาณ
- 3.7.3.2 ผู้วิจัยจัดทำสรุปผลการศึกษาและเขียนรายงานการวิจัย
- 3.7.3.3 ผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อรายงานผลการศึกษาแก่ผู้เกี่ยวข้อง

### 3.7 การจัดการตัวแปรกวน

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี และได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งอาการคงที่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จึงได้ส่งตัวผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลตอมตแดง หลังจากนั้นคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลตอมตแดง จึงได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยก่อนการเข้าร่วมการศึกษาเป็นระยะเวลา 1 เดือน ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่มีการเกิดอาการจิตเภทกำเริบและการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงไม่มีความคิดอยากตายหรืออยากฆ่าตัวตาย ดังนั้นเมื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาตามเกณฑ์

การคัดเลือกเข้าและออกจากการศึกษาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ทำการจัดการตัวแปรของ การศึกษาในครั้งนี้โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่มีลักษณะทางประชากรและข้อมูลสุขภาพ ต่าง ๆ ที่ใกล้เคียงกันให้มากที่สุด จากนั้นจึงทำการสุ่มเพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

### 3.8 ต้นทุนและการประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล

#### 3.8.1 ต้นทุน

ต้นทุนที่ศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

3.8.1.1 ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (Direct medical costs) ได้แก่ ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าบริการอื่น ๆ ที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่อผู้ป่วยมา รับบริการที่โรงพยาบาล

3.8.1.2 ต้นทุนทางตรงที่มีใช้ทางการแพทย์ (Direct non-medical costs) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแล (ถ้ามี) เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เป็นต้น โดยคำนวณต้นทุนทางตรงที่มีใช้ทางการแพทย์ได้ ดังนี้

ต้นทุนทางตรงที่มีใช้ทางการแพทย์ = [จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการใน ช่วงเวลาที่ศึกษา × (จำนวนผู้ป่วย+จำนวนญาติ ที่มาในแต่ละครั้ง)] × (ค่าเดินทางต่อครั้งต่อราย+ ค่าอาหารต่อครั้งต่อราย+ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ต่อครั้งต่อราย)

3.8.1.3 ต้นทุนทางอ้อม (Indirect costs) ได้แก่ ค่าเสียโอกาสของผู้ป่วยโรคจิตเภท และผู้ดูแล (ถ้ามี) ที่ต้องเสียไปเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล เช่น เงินเดือน ค่าจ้างรายวัน เป็นต้น เนื่องจากไม่ได้ไปทำงาน โดยคำนวณต้นทุนทางอ้อมจากค่าเสียโอกาส ได้ดังนี้

ค่าเสียโอกาส = [จำนวนวันที่ผู้ป่วยมารับบริการในช่วงเวลาที่ศึกษา × (จำนวน ผู้ป่วย+จำนวนญาติ ที่มาในแต่ละครั้ง) × ค่าเสียโอกาสต่อวันต่อราย]

3.8.1.4 ต้นทุนของการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่มีสหสาขาวิชาชีพใช้ในการ ออกเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ค่าแรงของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงที่ใช้ในการเดินทางไปเยี่ยม บ้าน ค่าวัสดุและสื่ออุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

#### 3.8.2 การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล

การศึกษานี้ประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล โดยการคำนวณค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผล ส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER) ดังนี้

$$ICER = \frac{\text{ต้นทุนรวมที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน} - \text{ต้นทุนรวมที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่รับบริการในระบบปกติ}}{\text{ประสิทธิผลของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน} - \text{ประสิทธิผลของผู้ป่วยที่รับบริการในระบบปกติ}}$$

ในการนี้ ประสิทธิภาพที่นำมาใช้ในการคำนวณค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER) ได้แก่

- 3.8.2.1 อัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ
- 3.8.2.2 อัตราการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ
- 3.8.2.3 คะแนนระดับอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)
- 3.8.2.4 คะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (Visual Analog Scale: VAS)

จากนั้นนำค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER) ที่คำนวณได้มาเปรียบเทียบกับค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ต่อหัวเฉลี่ยของคนไทยในปี 2562<sup>(41)</sup> (248,257.40 บาท/คน/ปี) หากพบว่าค่า ICER ของประสิทธิผลในทุก ๆ ด้านมีค่าน้อยกว่า 1 GDP จึงถือได้ว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีต้นทุนและต้นทุน-ประสิทธิผลที่คุ้มค่าและมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

### 3.9 การวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้าน

การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ทราบว่าตัวแปรใดที่ทำให้ค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER) เปลี่ยนแปลงจากค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มพื้นฐานน้อยที่สุดและมากที่สุด โดยตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้าน ที่ทำการวิเคราะห์ความไว ได้แก่

- 3.9.1 จำนวนครั้งในการออกเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเริ่มทำการวิเคราะห์จากจำนวนการออกเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1- ครั้งที่ 3
- 3.9.2 จำนวนทีมสหสาขาวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้าน โดยเริ่มทำการวิเคราะห์จากจำนวนทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 2 คน ถึง จำนวน 5 คน
- 3.9.3 ค่าแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้านที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงคิดเป็นร้อยละ

20

### 3.10 การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่ 0.05 ทดสอบการกระจายข้อมูลโดยใช้ Shapiro-Wilks test การวิเคราะห์ผลทำการนำเสนอข้อมูลทั้งสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.10.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ในกรณีที่ข้อมูลเป็นข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous Data) นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) หากเป็นข้อมูลแจกแจง (Categorical Data) นำเสนอด้วยค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางมนุษยศาสตร์ ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ ข้อมูลผลการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESSS และผลการให้คำปรึกษาในการการสร้างความแรงใจแบบสั้น

3.10.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ทำการทดสอบการแจกแจงข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม กรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องและมีการแจกแจงของข้อมูลปกติใช้สถิติ independent t-test ถ้าข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้สถิติ Mann-Whitney U Test กรณีที่เป็นข้อมูลไม่ต่อเนื่องใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's Exact test ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางมนุษยศาสตร์ และผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ สำหรับการเปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่ม กรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องและมีการแจกแจงของข้อมูลปกติใช้สถิติ paired t-test ถ้าข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test ได้แก่ ข้อมูลผลการให้คำปรึกษาในการการสร้างความแรงใจแบบสั้น

3.10.3 คำนวนค่า Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER)

3.10.4 วิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้าน

### 3.11 การปฏิบัติต่ออาสาสมัครตามหลักจริยธรรมการวิจัย

3.11.1 ขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

3.11.2 ขอความยินยอมจากอาสาสมัครในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

3.11.3 อาสาสมัครจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระเบียบวิธีการของการวิจัย ความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย และประโยชน์ที่อาจจะได้รับจากการวิจัย

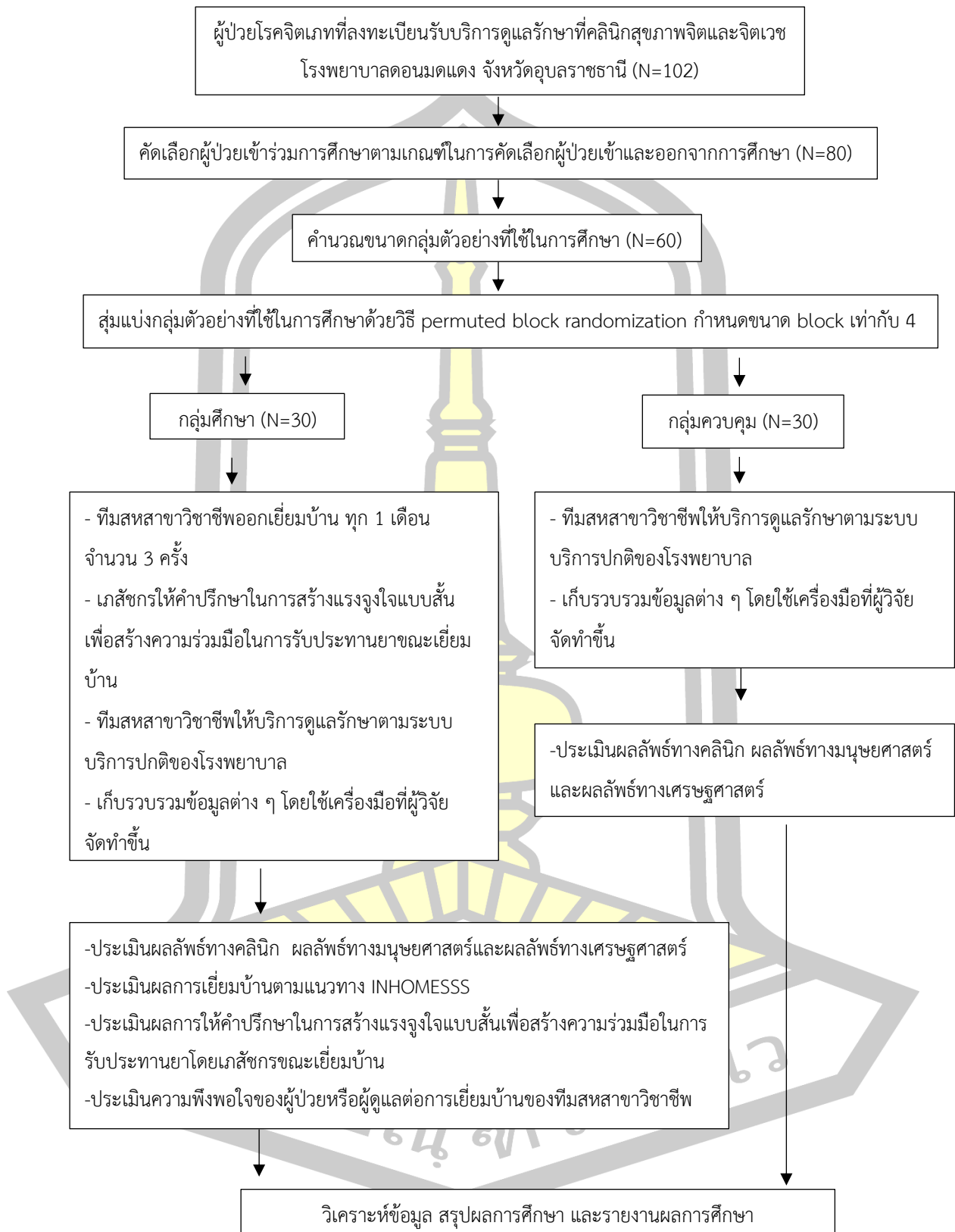
3.11.4 อาสาสมัครสามารถซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยได้ทุกเมื่อ

3.11.5 หากอาสาสมัครมีความไม่สบายใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการความช่วยเหลือสามารถขอรับการปรึกษาจากผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ

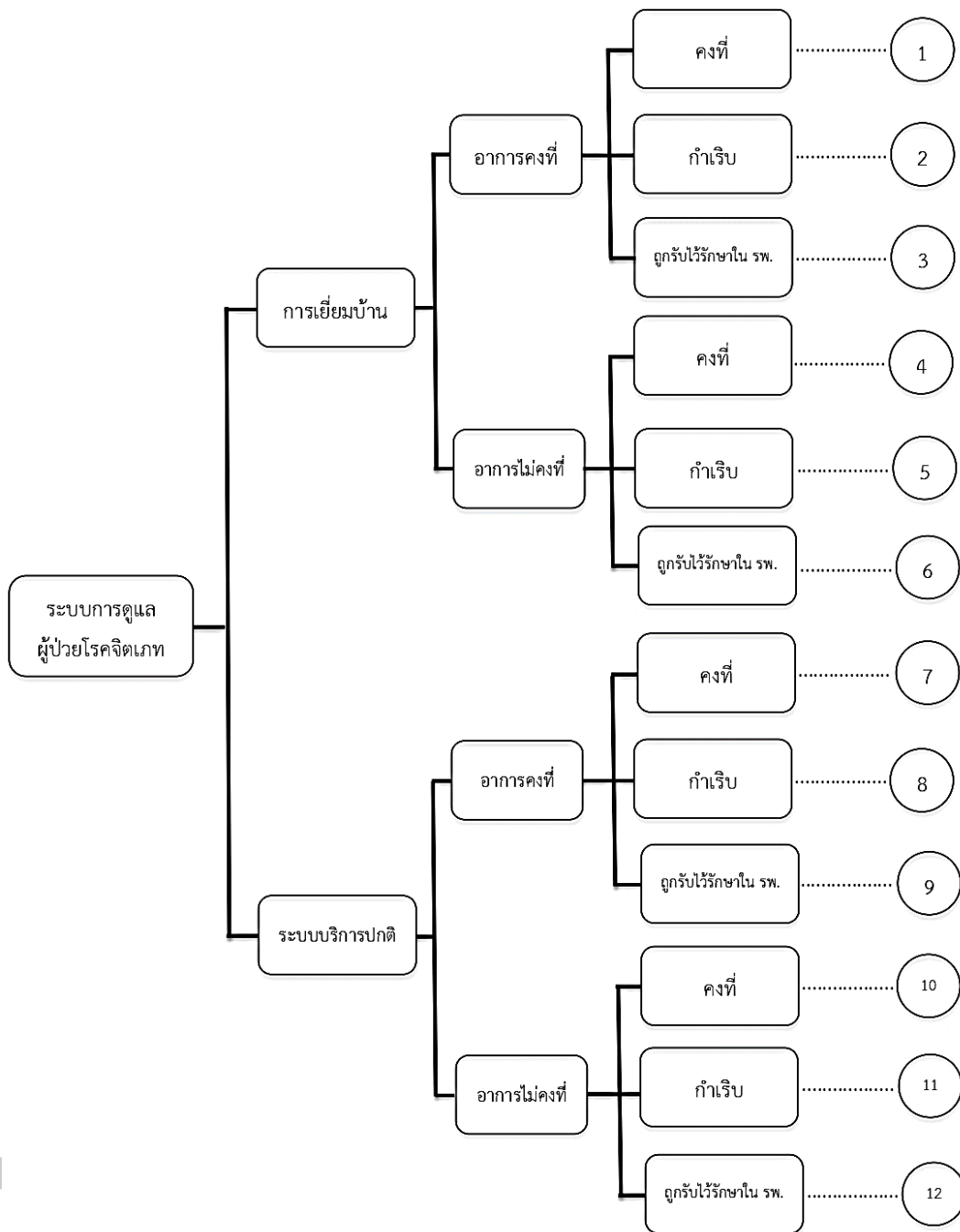
3.11.6 อาสาสมัครสามารถขอถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

3.11.7 ข้อมูลต่าง ๆ ของอาสาสมัครจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีการเผยแพร่ข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถเปิดเผยข้อมูลได้เมื่ออาสาสมัครให้การยินยอมเท่านั้น

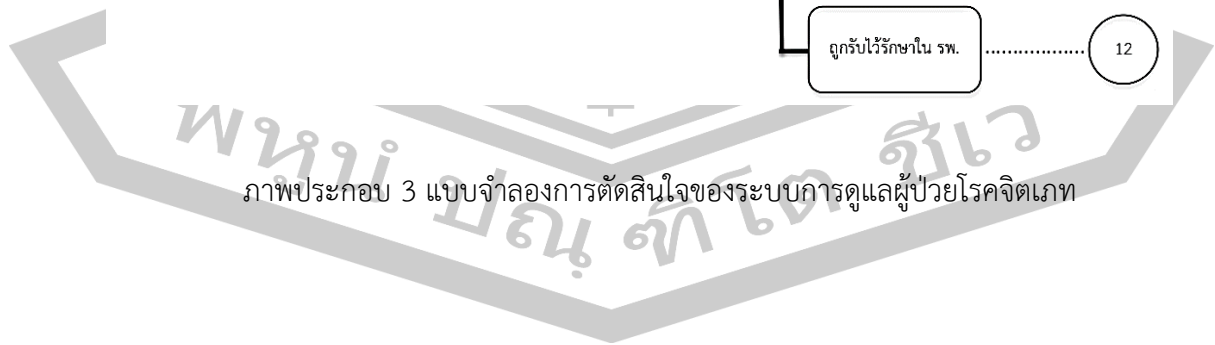




ภาพประกอบ 2 ขั้นตอนการศึกษางานวิจัย



ภาพประกอบ 3 แบบจำลองการตัดสินใจของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท



## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง ต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี มีผลการศึกษา ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
- 4.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกและผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 4.3 ผลลัพธ์ทางมนุษยศาสตร์
- 4.4 ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์

#### 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

##### 4.1.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ มีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาล จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลรักษาตามระบบบริการปกติของโรงพยาบาลเท่านั้น จำนวน 30 คน โดยข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (กลุ่มศึกษาร้อยละ 60, กลุ่มควบคุมร้อยละ 63.33) อายุเฉลี่ยของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเท่ากับ  $46.60 \pm 12.40$  ปี และ  $43.90 \pm 11.21$  ปี ตามลำดับ สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่โสด (กลุ่มศึกษา ร้อยละ 46.67, กลุ่มควบคุมร้อยละ 63.33) ข้อมูลระดับการศึกษา พบว่าทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (กลุ่มศึกษาร้อยละ 66.67, กลุ่มควบคุมร้อยละ 53.33) ข้อมูลอาชีพ พบว่าทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพ (กลุ่มศึกษาร้อยละ 56.67, กลุ่มควบคุมร้อยละ 56.67) โดยอาชีพส่วนใหญ่ของกลุ่มศึกษา คือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 23.33) และรับจ้าง (ร้อยละ 23.33) อาชีพส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุม คือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 33.33) ข้อมูลรายได้ พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเท่ากับ  $2,460.00 \pm 3,000.18$  บาท และ  $2,096.67 \pm 2,604.83$  บาท ตามลำดับ และข้อมูลด้านสิทธิการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กลุ่มศึกษาร้อยละ 100, กลุ่มควบคุมร้อยละ 93.33) ข้อมูลแสดงดังตาราง 7

ตาราง 7 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างศึกษา

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา(N=30)		กลุ่มควบคุม(N=30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<b>เพศ</b>					0.791 <sup>a</sup>
- ชาย	18	60.00	19	63.33	
- หญิง	12	40.00	11	36.67	
<b>อายุ</b>					0.339 <sup>a</sup>
- 20-30 ปี	2	6.67	3	10.00	
- 31-40 ปี	4	13.33	9	30.00	
- 41-50 ปี	13	43.33	8	26.67	
- มากกว่า 50 ปี	11	36.67	10	10.33	
<b>อายุเฉลี่ย(ปี), Mean ± SD</b>	46.60±12.40		43.90±11.21		0.284 <sup>b</sup>
<b>สถานภาพ</b>					0.401 <sup>a</sup>
- โสด	14	46.67	19	63.33	
- คู่	9	30.00	7	23.33	
- หม้าย/หย่า	7	23.33	4	13.33	
<b>ระดับการศึกษา</b>					0.739 <sup>c</sup>
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	3.33	1	3.33	
- ประถมศึกษา	20	66.67	16	53.33	
- มัธยมศึกษาตอนต้น	3	10.00	6	20.00	
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	20.00	5	16.67	
- ปวส./ปวช./อนุปริญญา	0	0.00	1	3.33	
- ปริญญาตรี	0	0.00	1	3.33	
<b>อาชีพ</b>					0.603 <sup>c</sup>
- ไม่มีอาชีพ	13	43.33	13	43.33	
- มีอาชีพ (ระบุ)	17	56.67	17	56.67	
- เกษตรกรรม	7	23.33	10	33.33	
- รับจ้าง	7	23.33	5	16.67	
- ค้าขาย	1	3.33	0	0	
- ธุรกิจส่วนตัว	1	3.33	1	3.33	
- พระภิกษุ	1	3.33	1	3.33	

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา(N=30)		กลุ่มควบคุม(N=30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<b>รายได้ต่อเดือน</b>					0.742 <sup>a</sup>
- ไม่มีรายได้	4	13.33	5	16.67	
- 1-1,000 บาท	14	46.67	16	53.33	
- 1,001-5,000 บาท	6	20.00	6	20.00	
- 5,001-10,000 บาท	6	20.00	3	10.00	
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(บาท), Mean ± SD</b>	2,460.00±3,000.18		2,096.67±2,604.83		0.329 <sup>b</sup>
<b>สิทธิการรักษา</b>					0.246 <sup>c</sup>
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	30	100.00	28	93.33	
- ประกันสังคม	0	0.00	2	6.67	

a=Chi-square test, b=Student t-test (Independent t-test), c=Fisher's Exact test

#### 4.1.2 ข้อมูลสุขภาพและผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ข้อมูลสุขภาพและผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคจิตเภทของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเท่ากับ  $12.10 \pm 8.36$  ปี และ  $8.40 \pm 6.84$  ปี ตามลำดับ กลุ่มยาต้านจิตเภทที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มได้รับส่วนใหญ่คือยาต้านจิตเภทยุคแรก (first generation antipsychotics) (กลุ่มศึกษาร้อยละ 70, กลุ่มควบคุมร้อยละ 70) โดยยาต้านจิตเภทที่ได้รับส่วนใหญ่คือยา Haloperidol (กลุ่มศึกษาร้อยละ 43.33, กลุ่มควบคุมร้อยละ 50.00) ก่อนการเข้าร่วมการศึกษาเป็นระยะเวลา 1 เดือน (เดือนที่ 0) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีการเกิดอาการจิตเภทกำเริบและการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงไม่มีความคิดอยากตายหรืออยากฆ่าตัวตาย ข้อมูลโรคประจำตัวอื่น ๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มมีดังนี้ โรคเบาหวาน (กลุ่มศึกษาร้อยละ 6.67, กลุ่มควบคุมร้อยละ 3.33) โรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มศึกษาร้อยละ 10, กลุ่มควบคุมร้อยละ 0) โรคมะเร็งในเลือดสูง (กลุ่มศึกษาร้อยละ 6.67, กลุ่มควบคุมร้อยละ 3.33) โรคหัวใจไม่ตรัสตีบ (กลุ่มศึกษาร้อยละ 3.33, กลุ่มควบคุมร้อยละ 0) โรคลมชัก (กลุ่มศึกษาร้อยละ 0, กลุ่มควบคุมร้อยละ 3.33) และโรคเก๊าท์

(กลุ่มศึกษาร้อยละ 0, กลุ่มควบคุมร้อยละ 3.33) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (กลุ่มศึกษาร้อยละ 40, กลุ่มควบคุมร้อยละ 40) การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน (กลุ่มศึกษาร้อยละ 63.33, กลุ่มควบคุมร้อยละ 63.33) และการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (กลุ่มศึกษาร้อยละ 23.33, กลุ่มควบคุมร้อยละ 30) รวมถึงมีการใช้ยาอื่น ๆ นอกเหนือจากที่โรงพยาบาลให้การรักษา (กลุ่มศึกษาร้อยละ 0, กลุ่มควบคุมร้อยละ 3.33) ข้อมูลการพักอาศัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว (กลุ่มศึกษาร้อยละ 76.67, กลุ่มควบคุมร้อยละ 90) และในขณะที่อยู่ที่บ้านทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการดูแลตนเอง (กลุ่มศึกษาร้อยละ 80, กลุ่มควบคุมร้อยละ 73.33) และจัดยารับประทานเอง (กลุ่มศึกษาร้อยละ 76.67, กลุ่มควบคุมร้อยละ 73.33) ข้อมูลแสดงดังตาราง 8

ตาราง 8 ข้อมูลสุขภาพและผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างศึกษา

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา(N=30)		กลุ่มควบคุม(N=30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<b>ระยะเวลาที่เป็นโรคจิตเภท</b>					0.461 <sup>a</sup>
- 1-5 ปี	8	26.67	14	46.67	
- 6-10 ปี	6	20.00	6	20.00	
- 11-15 ปี	8	26.67	5	16.67	
- 16-20 ปี	3	10.00	3	10.00	
- มากกว่า 20 ปี	5	16.67	2	6.67	
<b>ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคจิตเภท (ปี), Mean ± SD</b>	12.10±8.36		8.40±6.84		0.096 <sup>d</sup>
<b>ยาต้านจิตเภทที่ได้รับ</b>					
- กลุ่มยาต้านจิตเภท					1.000 <sup>a</sup>
- กลุ่มเก่า (1 <sup>st</sup> generation)	21	70.00	21	70.00	
- กลุ่มใหม่ (2 <sup>nd</sup> generation)	3	10.00	3	10.00	
- กลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่	6	20.00	6	20.00	
- ชื่อยาต้านจิตเภท					
- Chlorpromazine	11	36.67	12	40.00	0.791 <sup>a</sup>
- Flupenthixol	1	33.33	1	33.33	1.000 <sup>a</sup>

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา(N=30)		กลุ่มควบคุม(N=30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
- Perphenazine	9	30.00	5	16.67	0.222 <sup>a</sup>
- Trifluoperazine	1	3.33	1	3.33	1.000 <sup>a</sup>
- Fluphenazine	7	23.33	12	40.00	0.165 <sup>a</sup>
- Haloperidol	13	43.33	15	50.00	0.605 <sup>a</sup>
- Risperidone	9	30.00	9	30.00	1.000 <sup>a</sup>
- Clozapine	3	10.00	2	16.67	0.640 <sup>a</sup>
<b>การเกิดอาการจิตเภทกำเริบและ การเข้ารับการรักษาตัวใน โรงพยาบาล (เดือนที่ 0 : ก่อนเข้า ร่วมการศึกษาเป็นเวลา 1 เดือน)</b>	0	0.00	0	0.00	N/A
<b>ความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (เดือนที่ 0 : ก่อนเข้าร่วมการศึกษา เป็นเวลา 1 เดือน)</b>					
- ไม่มีความคิดอยากตายหรืออยาก ฆ่าตัวตาย	30	100.00	30	100.00	N/A
<b>โรคประจำตัวอื่น ๆ</b>					
- เบาหวาน	2	6.67	1	3.33	0.554 <sup>a</sup>
- ความดันโลหิตสูง	3	10.00	0	0.00	0.237 <sup>c</sup>
- ไขมันในเลือดสูง	2	6.67	1	3.33	0.554 <sup>a</sup>
- โรคคลื่นหัวใจไม่ตรัสตีบ	1	3.33	0	0.00	1.000 <sup>c</sup>
- โรคลมชัก	0	0.00	1	3.33	1.000 <sup>c</sup>
- โรคเก๊าท์	0	0.00	1	3.33	1.000 <sup>c</sup>
<b>พฤติกรรมสุขภาพ</b>					
- การสูบบุหรี่	12	40.00	12	40.00	1.000 <sup>a</sup>
- การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ คาเฟอีน	19	63.33	19	63.33	1.000 <sup>a</sup>

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา(N=30)		กลุ่มควบคุม(N=30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
- การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	7	23.33	9	30.00	0.559 <sup>a</sup>
- การใช้ยา/สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ นอกเหนือจากที่โรงพยาบาลให้การรักษา	0	0.00	1	3.33	1.000 <sup>c</sup>
<b>การพักอาศัย</b>					0.166 <sup>a</sup>
- พักอาศัยอยู่ตามลำพัง	7	23.33	3	10.00	
- พักอาศัยอยู่กับครอบครัว	23	76.67	27	90.00	
<b>การดูแลขณะอยู่ที่บ้าน</b>					0.542 <sup>a</sup>
- ดูแลตนเอง	24	80.00	22	73.33	
- ครอบครัวดูแล(ระบุผู้ดูแล)	6	20.00	8	26.67	
- มารดา	3	10.00	4	13.33	
- สามี	1	3.33	2	6.67	
- บุตร	2	6.67	0	0.00	
- ญาติ	0	0.00	2	6.67	
<b>การจัดยารับประทาน</b>					0.766 <sup>a</sup>
- จัดยารับประทานเอง	23	76.67	22	73.33	
- ครอบครัวจัดยาให้รับประทาน(ระบุผู้จัดยา)	7	23.33	8	26.67	
- มารดา	3	10.00	4	13.33	
- สามี	1	3.33	2	6.67	
- บุตร	2	6.67	0	0.00	
- ญาติ	1	3.33	2	6.67	

a=Chi-square test, c=Fisher's Exact test, d=Mann Whitney U test (Wilcoxon rank sum test), N/A=not applicable



#### 4.1.3 ข้อมูลการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง (กลุ่มศึกษาร้อยละ 53.33, กลุ่มควบคุมร้อยละ 50) โดยใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะ (กลุ่มศึกษาร้อยละ 76.67, กลุ่มควบคุมร้อยละ 76.67) ระยะทางเฉลี่ยจากบ้านถึงโรงพยาบาลของกลุ่มศึกษา  $10.03 \pm 7.21$  กิโลเมตร ใช้เวลาเฉลี่ยในการเดินทางมาโรงพยาบาล  $21.83 \pm 9.60$  นาที ส่วนระยะทางเฉลี่ยจากบ้านถึงโรงพยาบาลของกลุ่มควบคุม  $11.83 \pm 10.15$  กิโลเมตร ใช้เวลาเฉลี่ยในการเดินทางมาโรงพยาบาล  $25.83 \pm 16.30$  นาที ข้อมูลแสดงดังตาราง 9

ตาราง 9 การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ระยะทางและเวลาที่ใช้ในการเดินทาง

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา(N=30)		กลุ่มควบคุม(N=30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<b>การเดินทางมาโรงพยาบาล</b>					0.796 <sup>a</sup>
- มาด้วยตนเอง	14	46.67	15	50.00	
- ญาติพามา	16	53.33	15	50.00	
<b>ยานพาหนะที่ใช้</b>					0.163 <sup>c</sup>
- รถจักรยานยนต์	23	76.67	23	76.67	
- รถยนต์	2	6.67	6	20.00	
- รถจักรยาน	1	3.33	0	0.00	
- รถรับจ้าง	4	13.33	1	3.33	
<b>ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล</b>					0.304 <sup>a</sup>
- 1-10 กิโลเมตร	23	76.67	19	63.33	
- 11-20 กิโลเมตร	5	16.67	5	16.67	
- มากกว่า 20 กิโลเมตร	2	6.67	6	20.00	
<b>ระยะทางเฉลี่ยจากบ้านถึง โรงพยาบาล (กิโลเมตร), Mean±SD</b>	10.03±7.21		11.83±10.15		0.199 <sup>d</sup>
<b>เวลาที่ใช้ในการเดินทาง</b>					0.518 <sup>a</sup>
- 5-10 นาที	6	20.00	8	26.67	
- 11-20 นาที	11	36.67	7	23.33	
- มากกว่า 20 นาที	13	43.33	15	50.00	
<b>เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทาง (นาที), Mean±SD</b>	21.83±9.60		25.83±16.30		1.000 <sup>b</sup>

a=Chi-square test, b=Student t-test (Independent t-test),

c=Fisher's Exact test, d=Mann Whitney U test (Wilcoxon rank sum test)

## 4.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกและผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

### 4.2.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก

ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องของการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ (กลุ่มศึกษาร้อยละ 0, กลุ่มควบคุมร้อยละ 16.67, อัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ 16.67,  $p=0.020$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) (กลุ่มศึกษา  $18.67 \pm 1.32$  คะแนน, กลุ่มควบคุม  $21.50 \pm 7.29$  คะแนน,  $p=0.021$ ) และการเข้ารับการรักษาอาการจิตเภทกำเริบที่แผนกผู้ป่วยใน (กลุ่มศึกษาร้อยละ 0, กลุ่มควบคุมร้อยละ 13.33, อัตราการนอนโรงพยาบาลจากอาการจิตเภทกำเริบ 13.33,  $p=0.038$ ) ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านอื่น ๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมาพบแพทย์ตามนัด  $\geq$  ร้อยละ 80 (กลุ่มศึกษาร้อยละ 86.67, กลุ่มควบคุมร้อยละ 76.67) ค่าเฉลี่ยร้อยละของการมาพบแพทย์ตามนัดของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเท่ากับ  $91.45 \pm 15.52$  และ  $85.88 \pm 23.87$  ตามลำดับ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง  $\geq$  ร้อยละ 80 (กลุ่มศึกษา ร้อยละ 86.67, กลุ่มควบคุมร้อยละ 90) ค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเท่ากับ  $94.30 \pm 9.17$  และ  $91.05 \pm 11.62$  ตามลำดับ ด้านการเข้ารับการรักษาอาการจิตเภทกำเริบที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มศึกษาไม่มีการเข้ารับบริการที่แผนกดังกล่าวทั้งสองแผนก ส่วนกลุ่มควบคุมมีการเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 6.67 และเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินร้อยละ 10 ผลการประเมินโรคซึมเศร้า(9Q) การประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) และการประเมินความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เป็นผลการประเมินในเดือนที่ 1 ของการศึกษา พบว่า การประเมินโรคซึมเศร้า(9Q) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีอาการหรือมีอาการระดับน้อยมาก ( $< 7$  คะแนน) ร้อยละ 96.67 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินโรคซึมเศร้าของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเท่ากับ  $0.47 \pm 1.85$  คะแนน และ  $0.57 \pm 2.60$  คะแนน ตามลำดับ การประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) พบว่าส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน (0 คะแนน) (กลุ่มศึกษาร้อยละ 96.97, กลุ่มควบคุมร้อยละ 93.33) ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินการฆ่าตัวตาย(8Q) ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม เท่ากับ  $0.63 \pm 0.18$  คะแนน และ  $1.53 \pm 8.02$  คะแนน ตามลำดับ การประเมินความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย พบว่าส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่มีความคิดอยากตายหรืออยากฆ่าตัวตาย (กลุ่มศึกษาร้อยละ 96.67, กลุ่มควบคุมร้อยละ 93.33) และไม่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ทั้งนี้เมื่อทำการประเมินโรคซึมเศร้า(9Q) การประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) และการประเมินความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ในเดือนที่ 2 ถึงเดือนที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีอาการซึมเศร้า (0 คะแนน) ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน(0 คะแนน) และไม่มีความคิดอยากตายหรืออยากฆ่าตัวตาย และ

ไม่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปัญหาที่เกี่ยวกับยาในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ การไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง (กลุ่มศึกษา ร้อยละ 43.33, กลุ่มควบคุมร้อยละ 63.33) การสูบบุหรี่ร่วมกับการใช้ยา (กลุ่มศึกษาร้อยละ 40, กลุ่มควบคุม ร้อยละ 40) การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนร่วมกับการใช้ยา (กลุ่มศึกษาร้อยละ 63.33, กลุ่มควบคุม ร้อยละ 63.33) การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ร่วมกับการใช้ยา (กลุ่มศึกษาร้อยละ 23.33, กลุ่มควบคุมร้อยละ 30.00) การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (กลุ่มศึกษาร้อยละ 3.33, กลุ่มควบคุมร้อยละ 3.33) สำหรับสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เลือกที่จะไม่รับประทานยาร้อยละ 46.15 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เลือกรับประทานยาร้อยละ 36.84 ส่งผลให้ทั้งสองกลุ่มมียาเหลือใช้ (กลุ่มศึกษาร้อยละ 84.62, กลุ่มควบคุมร้อยละ 78.95) ในการนี้การจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องยาและผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองร้อยละ 45.83 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาร้อยละ 46.15 ผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่ม พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ของกลุ่มศึกษาได้รับการแก้ไขปัญหาในบางส่วนและต้องติดตามปัญหาต่อไปร้อยละ 58.34 ปัญหาส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมพบว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้และต้องติดตามปัญหาต่อไปร้อยละ 50.00 ข้อมูลแสดงดังตาราง 10-12



ตาราง 10 ผลลัพธ์ทางคลินิก

ผลลัพธ์	กลุ่มศึกษา(N=30)		กลุ่มควบคุม(N=30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
การเกิดอาการจิตเภทกำเริบ (BPRS $\geq$ 37 คะแนน)	0	0.00	5	16.67	0.020 <sup>a</sup>
ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS), Mean $\pm$ SD	18.67 $\pm$ 1.32		21.50 $\pm$ 7.29		0.021 <sup>d</sup>
การมาพบแพทย์ตามนัด $\geq$ ร้อยละ 80	26	86.67	23	76.67	0.317 <sup>a</sup>
ค่าเฉลี่ยร้อยละการมาพบแพทย์ ตามนัด, Mean $\pm$ SD	91.45 $\pm$ 15.52		85.88 $\pm$ 23.87		0.459 <sup>d</sup>
การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง $\geq$ ร้อยละ 80	26	86.67	27	90.00	0.688 <sup>a</sup>
ค่าเฉลี่ยร้อยละการรับประทานยา ตามแพทย์สั่ง, Mean $\pm$ SD	94.30 $\pm$ 9.17		91.05 $\pm$ 11.62		0.163 <sup>d</sup>
การเข้ารับการรักษาอาการจิตเภท กำเริบ					
- แผนกผู้ป่วยนอก (ส่งต่อแผนก ผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน)	0	0.00	2	6.67	0.150 <sup>a</sup>
- แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ส่งต่อ แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน และให้กลับบ้าน จำนวน 1 คน)	0	0.00	3	10.0	0.076 <sup>a</sup>
- แผนกผู้ป่วยใน (นอนโรงพยาบาล)	0	0.00	4	13.33	0.038 <sup>a</sup>

ตาราง 10 (ต่อ)

ผลลัพธ์	กลุ่มศึกษา(N=30)		กลุ่มควบคุม(N=30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<b>การประเมินโรคซึมเศร้า(9Q)</b>					
- เดือนที่ 1					1.000 <sup>c</sup>
- ไม่มีอาการหรือมีอาการระดับน้อย มาก(< 7 คะแนน)	29	96.67	29	96.67	
- มีอาการระดับน้อย( 7-12 คะแนน)	1	3.33	0	0.00	
- มีอาการระดับปานกลาง(13-18 คะแนน)	0	0.00	1	3.33	
ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมิน โรคซึมเศร้า(9Q)	0.47±1.85		0.57±2.60		0.981 <sup>d</sup>
<b>โรคซึมเศร้า(9Q)</b>					
- เดือนที่ 2 ถึง เดือนที่ 6					
- ไม่มีอาการหรือมีอาการระดับน้อย มาก(< 7 คะแนน)	30	100.00	30	100.00	N/A
ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมิน โรคซึมเศร้า(9Q)	0.00		0.00		N/A
<b>การประเมินการฆ่าตัวตาย(8Q)</b>					
- เดือนที่ 1					1.000 <sup>c</sup>
- ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน (0 คะแนน)	29	96.67	28	93.33	
- มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย (1-8 คะแนน)	1	3.33	1	3.33	
- มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน)	0	0.00	0	0.00	
- มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง (> 17 คะแนน)	0	0.00	1	3.33	
ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินการฆ่า ตัวตาย(8Q)	0.63±0.18		1.53±8.02		0.544 <sup>d</sup>
- เดือนที่ 2 ถึง เดือนที่ 6					
- ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน (0 คะแนน)	30	100.00	30	100.00	N/A
ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมิน การฆ่าตัวตาย(8Q)	0.00		0.00		N/A

ตาราง 10 (ต่อ)

ผลลัพธ์	กลุ่มศึกษา(N=30)		กลุ่มควบคุม(N=30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<b>ความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย</b>					
- เดือนที่ 1					0.554 <sup>a</sup>
- ไม่มีความคิดอยากตายหรืออยากฆ่าตัวตาย	29	96.67	28	93.33	
- มีความคิดอยากตายหรืออยากฆ่าตัวตาย	1	3.33	2	6.67	
- เดือนที่ 2 ถึง เดือนที่ 6					
- ไม่มีความคิดอยากตายหรืออยากฆ่าตัวตาย	30	100.00	30	100.00	N/A
<b>อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ</b> (เดือนที่ 1 ถึง เดือนที่ 6)		0.00		0.00	N/A
<b>ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา(DRPs)</b>	24	80.00	26	86.67	0.488 <sup>a</sup>
- การไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง	13	43.33	19	63.33	0.121 <sup>a</sup>
- การสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการใช้ยา	12	40.00	12	40.00	1.000 <sup>a</sup>
- การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนร่วมกับการใช้ยา	19	63.33	19	63.33	1.000 <sup>a</sup>
- การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ร่วมกับการใช้ยา	7	23.33	9	30.00	0.559 <sup>a</sup>
- การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	1	3.33	1	3.33	1.000 <sup>a</sup>

a=Chi-square test, c=Fisher's Exact test, d=Mann Whitney U test (Wilcoxon rank sum test)

N/A=not applicable

ตาราง 11 สาเหตุและผลของการไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา(N=13)		กลุ่มควบคุม(N=19)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<b>สาเหตุ</b>					0.258 <sup>c</sup>
- ผู้ป่วยลืมรับประทานยา	3	23.07	7	36.84	
- ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รับประทานยา	6	46.15	5	26.32	
- ผู้ป่วยตั้งใจปรับขนาดยา รับประทานเอง	2	15.38	6	31.58	
- ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลจัดยาให้ รับประทาน	1	7.70	0	0.00	
- ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด	1	7.70	1	5.26	
<b>ผลของการไม่ใช้ยาตามที่แพทย์ที่ แพทย์สั่ง</b>					0.277 <sup>a</sup>
- ยาเหลือใช้	11	84.62	15	78.95	
- ยาหมดก่อนถึงวันนัด	2	15.38	4	21.05	

a=Chi-square test, c=Fisher's Exact test

ตาราง 12 การจัดการปัญหาและผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหา

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา(N=24)		กลุ่มควบคุม(N=26)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<b>การจัดการปัญหา</b>					0.474 <sup>c</sup>
- แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	11	45.83	8	30.78	
<b>การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองแก่ ผู้ป่วย</b>					
- แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ ปฏิบัติตนในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย	10	41.66	12	46.15	
- ให้คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วย/ ญาติหรือผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคและการใช้ ยา	1	4.17	2	7.69	
- ให้คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วย/ ญาติหรือผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคและการใช้ ยา	1	4.17	2	7.69	

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา(N=24)		กลุ่มควบคุม(N=26)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
- ประสานแพทย์ประจำคลินิก เพื่อ ปรับเปลี่ยนขนาดยาที่ใช้ในการรักษา	1	4.17	0	0.00	
- แนะนำวิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองแก่ ผู้ป่วย	1	4.17	0	0.00	
- ประสานแพทย์ประจำคลินิกเพื่อ ปรับเปลี่ยนขนาดยาที่ใช้ในการรักษา					
- ทบทวนวิธีการรับประทานยาให้แก่ ผู้ป่วย/ญาติหรือผู้ดูแล	0	0.00	2	7.69	
- แนะนำวิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - ประสานแพทย์ประจำคลินิกเพื่อ ปรับเปลี่ยนขนาดยาที่ใช้ในการรักษา	0	0.00	2	7.69	
<b>ผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหา</b>					0.342 <sup>a</sup>
- ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข	2	8.33	4	15.38	
- ปัญหาได้รับการแก้ไขในบางส่วนและ ต้องติดตามต่อ	14	58.34	9	34.62	
- ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้และต้อง ติดตามต่อ	8	33.33	13	50.00	

a=Chi-square test, c=Fisher's Exact test

#### 4.2.2 ข้อมูลการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลในแผนกต่าง ๆ

4.2.2.1 การเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลในแผนกต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่ม พบว่า การมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ การมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งและค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่มารับบริการเท่ากับ  $4.77 \pm 2.37$  ครั้ง และ  $4.77 \pm 2.37$  วัน ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งและค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่มารับบริการเท่ากับ  $5.13 \pm 2.46$  ครั้ง และ  $5.13 \pm 2.46$  วัน ตามลำดับ ส่วนการมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มศึกษาไม่มีการเข้ารับบริการ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งและค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่มารับบริการเท่ากับ



0.10±0.31 ครั้ง และ 0.10±0.31 วัน ตามลำดับ ในการนี้ การเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ จำนวนครั้งที่มาใช้บริการ 1-5 ครั้ง (กลุ่มศึกษา ร้อยละ 0, กลุ่มควบคุม ร้อยละ 13.33, p=0.038) ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่มาใช้บริการ (กลุ่มศึกษา 0 ครั้ง, กลุ่มควบคุม 0.13±0.35 ครั้ง, p=0.039) และค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่มาใช้บริการ (กลุ่มศึกษา 0 วัน, กลุ่มควบคุม 0.60±1.85 วัน, p=0.040) ข้อมูลแสดงดังตาราง 13

ตาราง 13 การเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลในแผนกต่าง ๆ

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา(N=30)		กลุ่มควบคุม(N=30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<b>แผนกผู้ป่วยนอก</b>					
จำนวนครั้งที่มาใช้บริการ					0.858 <sup>a</sup>
- 1-5 ครั้ง	20	66.67	18	60.00	
- 6-10 ครั้ง	9	30.00	11	36.67	
- มากกว่า 10 ครั้ง	1	3.33	1	3.33	
ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่มาใช้บริการ(ครั้ง), Mean±SD	4.77±2.37		5.13±2.46		0.611 <sup>d</sup>
จำนวนวันที่มาใช้บริการ					0.858 <sup>a</sup>
- 1-5 วัน	20	66.67	18	60.00	
- 6-10 วัน	9	30.00	11	36.67	
- มากกว่า 10 วัน	1	3.33	1	3.33	
ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่มาใช้บริการ(วัน), Mean±SD	4.77±2.37		5.13±2.46		0.611 <sup>d</sup>
<b>แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน</b>					
จำนวนครั้งที่มาใช้บริการ					0.076 <sup>a</sup>
- 0 ครั้ง	30	100.00	27	90.00	
- 1-5 ครั้ง	0	0.00	3	10.00	
ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่มาใช้บริการ(ครั้ง), Mean±SD	0.00±0.00		0.10±0.31		0.078 <sup>d</sup>

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา (N=30)		กลุ่มควบคุม (N=30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<b>จำนวนวันที่มารับบริการ</b>					0.076 <sup>a</sup>
- 0 วัน	30	100.00	27	90.00	
- 1-5 วัน	0	0.00	3	10.00	
<b>ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่มารับ บริการ(วัน), Mean±SD</b>	0.00±0.00		0.10±0.31		0.078 <sup>d</sup>
<b>แผนกผู้ป่วยใน</b>					
<b>จำนวนครั้งที่ได้รับบริการ</b>					0.038 <sup>a</sup>
- 0 ครั้ง	30	100.00	26	86.67	
- 1-5 ครั้ง	0	0.00	4	13.33	
<b>ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ได้รับ บริการ(ครั้ง), Mean±SD</b>	0.00±0.00		0.13±0.35		0.039 <sup>b</sup>
<b>จำนวนวันที่มารับบริการ</b>					0.117 <sup>a</sup>
- 0 วัน	30	100.00	26	86.67	
- 1-5 วัน	0	0.00	2	6.67	
- 6-10 วัน	0	0.00	2	6.67	
<b>ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่มารับ บริการ(วัน), Mean±SD</b>	0.00±0.00		0.60±1.85		0.040 <sup>d</sup>

a=Chi-square test, b=Student t-test (Independent t-test), d=Mann Whitney U test (Wilcoxon rank sum test)

4.2.2.2 จำนวนผู้มารับบริการและพาญาติมาด้วยในแต่ละครั้งที่แผนกต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มศึกษามีการเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 16 คน (ร้อยละ 100) ในแต่ละครั้งจะพาญาติมาด้วยจำนวน 1 คน กลุ่มควบคุมมีการเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 15 คน (ร้อยละ 68.18) ในแต่ละครั้งจะพาญาติมาด้วยจำนวน 1 คน การเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มศึกษาไม่มีการเข้ารับบริการ กลุ่มควบคุมมีการเข้ารับบริการจำนวน

3 คน (ร้อยละ 13.64) ในแต่ละครั้งจะพาญาติมาด้วยจำนวน 1 คน ในการนี้ข้อมูลจำนวนผู้มารับบริการและพาญาติมาด้วยในแผนกผู้ป่วยในของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ กลุ่มศึกษาไม่มีการเข้ารับบริการ กลุ่มควบคุมมีการเข้ารับบริการจำนวน 4 คน (ร้อยละ 18.18) ( $p=0.039$ ) ในแต่ละครั้งจะญาติมาด้วยจำนวน 1 คน ข้อมูลแสดงดังตาราง 14

ตาราง 14 จำนวนผู้มารับบริการและพาญาติมาด้วยในแต่ละครั้งที่แผนกต่าง ๆ

แผนก	กลุ่มศึกษา(N=16)		กลุ่มควบคุม(N=22)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
<b>แผนกผู้ป่วยนอก</b>					
- ญาติ 1 คน	16	100.00	15	68.18	0.800 <sup>b</sup>
<b>แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน</b>					
- ญาติ 1 คน	0	0.00	3	13.64	0.078 <sup>d</sup>
<b>แผนกผู้ป่วยใน</b>					
- ญาติ 1 คน	0	0.00	4	18.18	0.039 <sup>b</sup>

b=Student t-test (Independent t-test), d=Mann Whitney U test (Wilcoxon rank sum test)

#### 4.2.3 ผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

4.2.3.1 ผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน โดยใช้แบบประเมิน INHOMEESS ในด้านต่าง ๆ ก่อนให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นโดยเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้าน เป็นดังนี้ ด้าน Immobility กลุ่มศึกษาทุกคนสามารถเดิน/ทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ (ร้อยละ 100) ด้าน Nutrition กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องอาหาร/เครื่องดื่มที่ควรควบคุมหรือหลีกเลี่ยงแต่ไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ 73.33) ด้าน Housing กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีสุขลักษณะสิ่งแวดล้อมของบ้านสะอาด (ร้อยละ 76.67) ด้าน Other people กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 76.67) ด้าน Medication กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 86.67) ด้าน Examination กลุ่มศึกษาทุกคนไม่มีปัญหาสุขภาพทางกาย (ร้อยละ 100) ด้าน Safety กลุ่มศึกษาทุกคนมีความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต (ร้อยละ 100) ด้าน Spirituality กลุ่มศึกษาทุกคนไม่มีความกังวลใจในการดำเนินชีวิต (ร้อยละ 100) และด้าน Service กลุ่มศึกษาทุกคนเลือกใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (ร้อยละ 100) และภายหลังจากที่เภสัชกรให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นขณะเยี่ยมบ้านในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่มศึกษามีการเปลี่ยนแปลงในด้าน Nutrition ด้าน Housing และ

ด้าน Medication อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ ด้าน Nutrition กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องอาหาร/เครื่องดื่มที่ควรควบคุมหรือหลีกเลี่ยงและปฏิบัติ (ก่อนให้คำปรึกษาร้อยละ 26.67, หลังให้คำปรึกษาร้อยละ 76.60,  $p < 0.001$ ) ด้าน Housing กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีสุขลักษณะสิ่งแวดล้อมของบ้านสะอาด (ก่อนให้คำปรึกษาร้อยละ 76.67, หลังให้คำปรึกษาร้อยละ 90,  $p = 0.043$ ) และด้าน Medication กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง (ก่อนให้คำปรึกษาร้อยละ 86.67, หลังให้คำปรึกษาร้อยละ 100,  $p = 0.043$ ) ข้อมูลแสดงดังตาราง 15

ตาราง 15 การประเมินผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะเยี่ยมบ้านตามแบบประเมิน INHOMESSS (กลุ่มศึกษา N=30)

INHOMESSS	การประเมิน	ก่อนให้คำปรึกษา		หลังให้คำปรึกษา		p-value
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
Immobility	- เดิน/ทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ	30	100.00	30	100.00	N/A
Nutrition	- มีความรู้เรื่องอาหาร/เครื่องดื่มที่ควรควบคุมหรือหลีกเลี่ยงและปฏิบัติ	8	26.67	23	76.67	<0.001 <sup>e</sup>
	- มีความรู้เรื่องอาหาร/เครื่องดื่มที่ควรควบคุมหรือหลีกเลี่ยงแต่ไม่ปฏิบัติ	22	73.33	7	23.33	

ตาราง 15 (ต่อ)

INHOMESSS	การประเมิน	ก่อนให้คำปรึกษา		หลังให้คำปรึกษา ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2		p-value
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
Housing						0.043 <sup>e</sup>
	- สุขลักษณะ สิ่งแวดล้อมของบ้าน สะอาด	23	76.67	27	90.00	
	- สุขลักษณะ สิ่งแวดล้อมของบ้าน ไม่สะอาด	7	23.33	3	10.00	
Other people	- อาศัยอยู่กับ ครอบครัว	23	76.67	23	76.67	N/A
Medication						0.043 <sup>e</sup>
	- รับประทานยาตาม แพทย์สั่ง	26	86.67	30	100.00	
	- ไม่รับประทานยา ตามแพทย์สั่ง	4	13.33	0	0	
Examination	- ไม่มีปัญหาสุขภาพ ทางกาย	30	100.00	30	100.00	N/A
Safety	- มีความปลอดภัย ในการดำเนินชีวิต	30	100.00	30	100.00	N/A
Spirituality	- ไม่มีความกังวลใจ ในการดำเนินชีวิต	30	100.00	30	100.00	N/A
Service	- โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.)	30	100.00	30	100.00	N/A

e=paired t-test, N/A=not applicable

4.2.3.2 ผลการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นโดยเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างความร่วมมือในการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาตามแพทย์สั่งในกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน พบว่า ก่อนการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นโดยเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้าน (เดือนที่ 0) และหลังการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 1 (เดือนที่ 1) และครั้งที่ 2 (เดือนที่ 2) มีผลการศึกษาที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ด้าน ดังนี้ การมาพบแพทย์ตามนัด  $\geq$  ร้อยละ 80 (เดือนที่ 0 ร้อยละ 86.67, เดือนที่ 1 ร้อยละ 100, เดือนที่ 2 ร้อยละ 100,  $p=0.043$ ) ค่าเฉลี่ยร้อยละของการมาพบแพทย์ตามนัด (เดือนที่ 0 ร้อยละ 91.95, เดือนที่ 1 ร้อยละ 100, เดือนที่ 2 ร้อยละ 100,  $p=0.008$ ) การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง  $\geq$  ร้อยละ 80 (เดือนที่ 0 ร้อยละ 86.67, เดือนที่ 1 ร้อยละ 100, เดือนที่ 2 ร้อยละ 100,  $p=0.043$ ) ค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (เดือนที่ 0 ร้อยละ 94.30, เดือนที่ 1 ร้อยละ 100, เดือนที่ 2 ร้อยละ 100,  $p=0.002$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) (เดือนที่ 0=18.67 คะแนน, เดือนที่ 1=18 คะแนน, เดือนที่ 2=18 คะแนน,  $p=0.009$ ) ข้อมูลแสดงดังตาราง 16

ตาราง 16 ผลการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นโดยเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้าน (กลุ่มศึกษา N=30)

การติดตามผลการให้คำปรึกษา ในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้น	ก่อนให้ คำปรึกษา (เดือนที่ 0)	หลังให้คำปรึกษา ครั้งที่ 1 (เดือนที่ 1)	หลังให้คำปรึกษา ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 2)	p-value (เดือนที่ 1-0,2-0)
<b>การมาพบแพทย์ตามนัด <math>\geq</math> ร้อยละ 80</b>				
- จำนวน(คน), (ร้อยละ)	26 (86.67%)	30 (100%)	30 (100%)	0.043 <sup>e</sup>
- ค่าเฉลี่ยร้อยละการมาพบแพทย์ ตามนัด, Mean $\pm$ SD	91.95 $\pm$ 15.52	100.00 $\pm$ 0.00	100.00 $\pm$ 0.00	0.008 <sup>e</sup>
- ค่าความแตกต่างของร้อยละการมาพบแพทย์ตามนัด, Mean $\pm$ SD				
เดือนที่ 1 - เดือนที่ 0	8.05 $\pm$ 15.52			
เดือนที่ 2 - เดือนที่ 0	8.05 $\pm$ 15.52			
เดือนที่ 2 - เดือนที่ 1	0.00 $\pm$ 0.00			
<b>การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง <math>\geq</math> ร้อยละ 80</b>				
- จำนวน (คน), (ร้อยละ)	26 (86.67%)	30 (100%)	30 (100%)	0.043 <sup>e</sup>
- ค่าเฉลี่ยร้อยละการรับประทาน ยาตามแพทย์สั่ง, Mean $\pm$ SD	94.30 $\pm$ 9.17	100.00 $\pm$ 0.00	100.00 $\pm$ 0.00	0.002 <sup>e</sup>

ตาราง 16 (ต่อ)

การติดตามผลการให้คำปรึกษา ในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้น	ก่อนให้ คำปรึกษา (เดือนที่ 0)	หลังให้คำปรึกษา ครั้งที่ 1 (เดือนที่ 1)	หลังให้คำปรึกษา ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 2)	p-value (เดือนที่ 1-0,2-0)
- ค่าความแตกต่างของร้อยละการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง, Mean±SD				
เดือนที่ 1 - เดือนที่ 0	5.70±9.17			
เดือนที่ 2 - เดือนที่ 0	5.70±9.17			
เดือนที่ 2 - เดือนที่ 1	0.00±0.00			
<b>ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS)(อาการระดับน้อย ≤ 36 คะแนน)</b>				
- จำนวน (คน), (ร้อยละ)	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)	N/A
- ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการ ทางจิต, Mean±SD	18.67±1.32	18.00±0.00	18.00±0.00	0.009 <sup>e</sup>
- ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการทางจิต, Mean±SD				
เดือนที่ 1 - เดือนที่ 0	-0.67±1.32			
เดือนที่ 2 - เดือนที่ 0	-0.67±1.32			
เดือนที่ 2 - เดือนที่ 1	0.00±0.00			

e=paired t-test, N/A=not applicable

### 4.3 ผลลัพธ์ทางมนุษยศาสตร์

#### 4.3.1 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การวัดคุณภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มตามมิติทางสุขภาพทั้ง 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) เช่น การอาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (usual activities) เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน กิจกรรมในครัวเรือนหรือกิจกรรมยามว่าง อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว (pain/discomfort) และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (anxiety/depression) ในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 พบว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่มีปัญหาทางสุขภาพทั้ง 5 มิติ (กลุ่มศึกษาร้อยละ 100, กลุ่มควบคุมร้อยละ 100) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจึงมีคะแนนอรรถประโยชน์ของสถานะสุขภาพในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 เท่ากับ 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุดเท่ากันทั้งสองกลุ่ม การวัดคุณภาพชีวิตด้านสภาวะสุขภาพทางตรง (Visual Analog Scale: VAS) ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 โดยกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะ

สุขภาพทางตรง (VAS) ในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 เท่ากับ  $73.33 \pm 13.73$  คะแนน และ  $84.33 \pm 11.04$  คะแนน ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพทางตรง (VAS) ในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 เท่ากับ  $75.33 \pm 15.97$  คะแนน และ  $84.83 \pm 12.56$  คะแนน ตามลำดับ ในการนี้ ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพทางตรง (VAS) เดือนที่ 6 กับเดือนที่ 0 ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม เท่ากับ  $11.00 \pm 10.86$  คะแนน และ  $9.50 \pm 9.13$  คะแนน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพทางตรง (VAS) ในเดือนที่ 6 กับเดือนที่ 0 ภายในกลุ่มของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ข้อมูลแสดงดังตาราง 17-19

ตาราง 17 คุณภาพชีวิตตามมิติทางสุขภาพในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา(N=30)		กลุ่มควบคุม(N=30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<b>การเคลื่อนไหว</b>					
- ไม่มีปัญหา (เดือนที่ 0 และเดือนที่ 6)	30	100.00	30	100.00	N/A
<b>การดูแลตนเอง (การอาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง)</b>					
- ไม่มีปัญหา (เดือนที่ 0 และเดือนที่ 6)	30	100.00	30	100.00	N/A
<b>กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (การทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน กิจกรรมในครัวเรือนหรือกิจกรรมยามว่าง)</b>					
- ไม่มีปัญหา (เดือนที่ 0 และเดือนที่ 6)	30	100.00	30	100.00	N/A
<b>อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว</b>					
- ไม่มีอาการ (เดือนที่ 0 และเดือนที่ 6)	30	100.00	30	100.00	N/A
<b>ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า</b>					
- ไม่มีอาการ (เดือนที่ 0 และเดือนที่ 6)	30	100.00	30	100.00	N/A

N/A=not applicable



ตาราง 18 คะแนนบรรณประโยชน์ของสถานะสุขภาพในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา(N=30)	กลุ่มควบคุม(N=30)	p-value
<b>คะแนนบรรณประโยชน์ของสถานะสุขภาพ</b>			
- เดือนที่ 0	1	1	N/A
- เดือนที่ 6	1	1	N/A

N/A=not applicable

ตาราง 19 การประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง (Visual Analog Scale: VAS) ในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา (N=30)	กลุ่มควบคุม (N=30)	p-value
ค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง เดือนที่ 0 (VAS <sub>0</sub> ), Mean±SD	73.33±13.73	75.33±15.97	0.605 <sup>b</sup>
ค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง เดือนที่ 6 (VAS <sub>6</sub> ), Mean±SD	84.33±11.04	84.33±12.56	0.871 <sup>b</sup>
ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน สภาวะสุขภาพทางตรง (VAS <sub>6</sub> -VAS <sub>0</sub> ), Mean±SD	11.00±10.86	9.50±9.13	<0.001 <sup>e</sup>

b=Student t-test (Independent t-test), e=paired t-test

#### 4.3.2 การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือผู้ดูแลต่อการเยี่ยมบ้านของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่ทีมสหสาขาวิชาชีพเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทุกครั้งในขณะที่เยี่ยมบ้านในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ 4.47±0.51 คะแนน) และโดยภาพรวมผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ 4.37±0.49 คะแนน) ข้อมูลแสดงดังตาราง 20

ตาราง 20 การประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อการเยี่ยมบ้านของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ

หัวข้อการประเมิน	ค่าเฉลี่ยคะแนน ความพึงพอใจ Mean±SD	ระดับ ความพึงพอใจ
1. ท่านได้รับการติดต่อประสานงานจากทีมนิสิตสาขาวิชาชีพก่อนการออกเยี่ยมบ้านทุกครั้ง	4.30±0.47	มาก
2. ท่านได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมนิสิตสาขาวิชาชีพตามเวลาที่นัดหมายทุกครั้ง	4.33±0.48	มาก
3. ทีมนิสิตสาขาวิชาชีพให้บริการด้วยความสุภาพ	4.23±0.43	มาก
4. ระยะเวลาที่ใช้ในการออกเยี่ยมบ้านของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพมีความเหมาะสม	4.03±0.56	มาก
5. อุปกรณ์และเครื่องมือ สื่อต่าง ๆ ที่ใช้ในการออกเยี่ยมบ้าน มีความเหมาะสม	3.93±0.52	มาก
6. ทีมนิสิตสาขาวิชาชีพให้ข้อมูลและคำแนะนำด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ท่านทำให้ท่านเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองได้	4.00±0.00	มาก
7. ทีมนิสิตสาขาวิชาชีพเปิดโอกาสให้ท่านได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับท่านทุกครั้งในขณะที่เยี่ยมบ้าน	4.47±0.51	มาก
8. โดยภาพรวมท่านพอใจกับบริการการเยี่ยมบ้านของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพในระดับใด	4.37±0.49	มาก

#### 4.4 ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์

##### 4.4.1 ต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (Direct medical costs) ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ต้นทุนทางการแพทย์ (Direct non-medical costs) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect costs) โดยเป็นการศึกษาต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในมุมมองของสังคม (Societal perspective) ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในทุกประเภทของต้นทุน ดังนี้ ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์มีสัดส่วนของต้นทุนรวมที่ใช้สูงที่สุด (กลุ่มศึกษา ร้อยละ 65.07 ค่าเฉลี่ยต้นทุน 3,197.86±2,264.31 บาท/คน, กลุ่มควบคุม ร้อยละ 62.67 ค่าเฉลี่ยต้นทุน 3,763.08±3,376.48 บาท/คน) รองลงมาคือต้นทุนทางอ้อม (กลุ่มศึกษา ร้อยละ 20.73 ค่าเฉลี่ยต้นทุน 1,018.67±1,045.95 บาท/คน, กลุ่มควบคุม ร้อยละ 21.76 ค่าเฉลี่ยต้นทุน 1,306.67±2,232.66 บาท/คน) และต้นทุนทางตรงที่มีใช้ต้นทุนทางการแพทย์ (กลุ่มศึกษา ร้อยละ 14.20 ค่าเฉลี่ยต้นทุน 689.00±776.57 บาท/คน, กลุ่มควบคุม ร้อยละ 15.57 ค่าเฉลี่ยต้นทุน 934.67±1,228.75 บาท/คน) ตามลำดับ ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยของต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มศึกษามีค่าน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มควบคุม ในการนี้ รายละเอียดของต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทแยกตามประเภทต้นทุนของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ประกอบด้วย ค่ายา (กลุ่มศึกษา ค่าเฉลี่ยต้นทุน 2,677.19±2,077.64 บาท/คน, กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยต้นทุน 2,728.07±2,825.98 บาท/คน) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ (กลุ่มศึกษาค่าเฉลี่ยต้นทุน 69.67±138.97 บาท/คน, กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยต้นทุน 227.00±530.92 บาท/คน) และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (กลุ่มศึกษา ค่าเฉลี่ยต้นทุน 451.00±351.34 บาท/คน, กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยต้นทุน 808.01±1,606.94 บาท/คน) ต้นทุนทางตรงที่มีใช้ต้นทุนทางการแพทย์ ประกอบด้วยค่าเดินทาง (กลุ่มศึกษา ค่าเฉลี่ยต้นทุน 489.33±575.67 บาท/คน, กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยต้นทุน 578.67±731.36 บาท/คน) ค่าอาหาร (กลุ่มศึกษา ค่าเฉลี่ยต้นทุน 142.67±257.08 บาท/คน, กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยต้นทุน 193.67±446.91 บาท/คน) และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (กลุ่มศึกษา ค่าเฉลี่ยต้นทุน 66.00±169.86 บาท/คน, กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยต้นทุน 105.67±243.28 บาท/คน) และต้นทุนทางอ้อมซึ่งคือค่าเสียโอกาส (กลุ่มศึกษา ค่าเฉลี่ยต้นทุน 1,018.67±1,045.95 บาท/คน, กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยต้นทุน 1,306.67±2,232.66 บาท/คน) ข้อมูลแสดงดังตาราง 21-22

#### 4.4.2 ต้นทุนที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน

ต้นทุนที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านของกลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน พบว่าค่าเฉลี่ยต้นทุน 3,588.45±343.83 บาท/คน โดยต้นทุนในการเยี่ยมบ้านประกอบด้วย ค่าแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพ (ค่าเฉลี่ยต้นทุน 2,978.81±351.85 บาท/คน) ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง (ค่าเฉลี่ยต้นทุน 2,24.80±160.50 บาท/คน) ค่าวัสดุและอุปกรณ์ต่าง ๆ (ค่าเฉลี่ยต้นทุน 15.00±0.00 บาท/คน) และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (ค่าเฉลี่ยต้นทุน 369.84±0.00 บาท/คน) ข้อมูลแสดงดังตาราง 23

ตาราง 21 ต้นทุนที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทแยกตามประเภทต้นทุน

ประเภทต้นทุน	กลุ่มศึกษา (N=30)	กลุ่มควบคุม (N=30)	p-value
<b>ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (Direct medical costs)</b>			
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)/ สัดส่วนต้นทุน(ร้อยละ)	95,935.71 (65.07%)	112,892.33 (62.67%)	0.953 <sup>d</sup>
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	3,197.86±2,264.31	3,763.08±3,376.48	
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	2,600.83	2,416.33	
- ค่าต่ำสุด(Min)–ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	610.00 - 8,950.55	735.00 – 15,155.79	
<b>ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (Direct non-medical costs)</b>			
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)/ สัดส่วนต้นทุน(ร้อยละ)	20,940.00 (14.20%)	28,040.00 (15.57%)	0.579 <sup>d</sup>
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	689.00±776.57	934.67±1,228.75	
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	435.00	440.00	
- ค่าต่ำสุด(Min)–ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	60.00 - 3,380.00	60.00 – 6,000.00	
<b>ต้นทุนทางอ้อม (Indirect costs)</b>			
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)/ สัดส่วนต้นทุน(ร้อยละ)	30,560.00 (20.73%)	39,200.00 (21.76%)	0.487 <sup>d</sup>
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	1,018.67±1,045.95	1,306.67±2,232.66	
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	900.00	0.00	
- ค่าต่ำสุด(Min)–ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	0.00 - 3,600.00	0.00 – 9,800.00	

ตาราง 21 (ต่อ)

ประเภทต้นทุน	กลุ่มศึกษา (N=30)	กลุ่มควบคุม (N=30)	p-value
<b>รวมต้นทุนที่ใช้ทุกประเภทต้นทุน</b>			
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)/ สัดส่วนต้นทุน(ร้อยละ)	147,435.71 (100%)	180,132.33 (100%)	0.965 <sup>d</sup>
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	4,914.52±3,398.34	6,004.41±5,759.69	
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	4,450.47	4,179.10	
- ค่าต่ำสุด(Min)–ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	910.00 - 15,094.88	1,070.00 - 22,109.72	

d=Mann Whitney U test (Wilcoxon rank sum test)

ตาราง 22 รายละเอียดต้นทุนที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทแยกตามประเภทต้นทุน

ประเภทต้นทุน	กลุ่มศึกษา (N=30)	กลุ่มควบคุม (N=30)	p-value
<b>ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (Direct medical costs)</b>			
<b>ค่ายา</b>			0.564 <sup>d</sup>
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)	80,315.71	81,841.95	
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	2,677.19±2,077.64	2,728.07±2,825.98	
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	1,948.40	1,687.68	
- ค่าต่ำสุด(Min)–ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	460.00 - 7,950.55	435.00 - 1,3980.79	
<b>ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</b>			0.790 <sup>d</sup>
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)	2,090.00	6,810.00	
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	69.67±138.97	227.00±530.92	
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	0.00	0.00	
- ค่าต่ำสุด(Min)–ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	0.00 - 440.00	0.00 - 2,200.00	

ตาราง 22 (ต่อ)

ประเภทต้นทุน	กลุ่มศึกษา (N=30)	กลุ่มควบคุม (N=30)	p-value
<b>ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ</b>			0.613 <sup>d</sup>
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)	13,530.00	24,240.34	
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	451.00±351.34	808.01±1,606.94	
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	350.00	375.00	
- ค่าต่ำสุด(Min)–ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	100.00 - 1,300.00	100.00 - 8,795.34	
<b>ต้นทุนทางตรงที่มีใช้ทางการแพทย์ (Direct non-medical costs)</b>			
<b>ค่าเดินทาง</b>			0.717 <sup>d</sup>
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)	14,680.00	17,360.00	
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	489.33±575.67	578.67±731.36	
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	300.00	335.00	
- ค่าต่ำสุด(Min)–ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	0.00 - 2,600.00	0.00 - 3,600.00	
<b>ค่าอาหาร</b>			0.785 <sup>d</sup>
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)	4,280.00	5,810.00	
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	142.67±257.08	193.67±446.91	
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	0.00	0.00	
- ค่าต่ำสุด(Min)–ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	0.00 - 1,200.00	0.00 - 2,400.00	
<b>ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ</b>			0.278 <sup>d</sup>
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)	1,980.00	3,170.00	
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	66.00±169.86	105.67±243.28	
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	0.00	0.00	
- ค่าต่ำสุด(Min)–ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	0.00 - 780.00	0.00 - 1,200.00	

ตาราง 22 (ต่อ)

ประเภทต้นทุน	กลุ่มศึกษา (N=30)	กลุ่มควบคุม (N=30)	p-value
<b>ต้นทุนทางอ้อม (Indirect costs)</b>			
<b>ค่าเสียโอกาส</b>	30,560.00	39,200.00	0.487 <sup>d</sup>
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)	30,560.00	39,200.00	
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	1,018.67±1,045.95	1,306.67±2,232.66	
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	900.00	0.00	
- ค่าต่ำสุด(Min)-ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	0.00 - 3,600.00	0.00 - 9,800.00	

d=Mann Whitney U test (Wilcoxon rank sum test)

ตาราง 23 ต้นทุนที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน (กลุ่มศึกษา N=30)

ต้นทุน	ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุน (บาท/คน)		
		ค่าเฉลี่ย (Mean±SD)	ค่ามัธยฐาน (Median)	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด (Min-Max)
- ค่าแรงของทีม สหสาขาวิชาชีพ	89,364.31	2,978.81±351.85	2,860.27	2,533.53 - 3,939.01
- ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง	6,744.00	2,24.80±160.50	228.00	24.00 - 720.00
- ค่าวัสดุและ อุปกรณ์ต่าง ๆ	450.00	15.00±0.00	15.00	15.00 - 15.00
- ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ	11,095.20	369.84±0.00	369.84	369.84 - 369.84
<b>รวมต้นทุนทั้งหมด</b>	<b>107,653.51</b>	<b>3,588.45±343.83</b>	<b>3,508.11</b>	<b>3,171.37 - 4,563.85</b>

พหุ ประถมศึกษา ชีวะ

#### 4.4.3 ต้นทุนรวมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ต้นทุนรวมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีรายละเอียดดังนี้ ต้นทุนรวมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มศึกษา คำนวณจากผลรวมของต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่มีใช้ทางการแพทย์ ต้นทุนทางอ้อมและต้นทุนในการเยี่ยมบ้าน โดยมีค่าเฉลี่ยต้นทุนรวมที่ใช้ทั้งหมด  $8,502.97 \pm 3,342.19$  บาท/คน ต้นทุนรวมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มควบคุม คำนวณจากผลรวมของต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่มีใช้ทางการแพทย์ และต้นทุนทางอ้อม โดยมีค่าเฉลี่ยต้นทุนรวมที่ใช้ทั้งหมด  $6,004.41 \pm 5,759.69$  บาท/คน ดังนั้นต้นทุนรวมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มศึกษาจึงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.002$ ) ข้อมูลแสดงดังตาราง 24

#### 4.4.4 การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล

การศึกษาครั้งนี้ ประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านโดยการคำนวณค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER) ในการนี้ จากต้นทุนรวมที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มศึกษา  $8,502.97$  บาท/คน, กลุ่มควบคุม  $6,004.41$  บาท/คน) คิดเป็นต้นทุนส่วนเพิ่มที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับ  $2,498.56$  บาท/คน โดยมีค่าประสิทธิผลและประสิทธิผลส่วนเพิ่มในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านอัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ พบว่าอัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบของกลุ่มศึกษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ  $0.167$  (กลุ่มศึกษา  $0$ , กลุ่มควบคุม  $0.167$ , ประสิทธิผลส่วนเพิ่มที่ลดลง  $0.167$ ) ด้านอัตราการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการ จิตเภทกำเริบ พบว่าอัตราการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบของกลุ่มศึกษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ  $0.133$  (กลุ่มศึกษา  $0$ , กลุ่มควบคุม  $0.133$ , ประสิทธิผลส่วนเพิ่มที่ลดลง  $0.133$ ) ด้านคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มศึกษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุม  $0.028$  คะแนน (กลุ่มศึกษา  $0.186$ , กลุ่มควบคุม  $0.215$ , ประสิทธิผลส่วนเพิ่มที่ลดลง  $0.028$ ) และด้านคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) ของกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม  $0.015$  คะแนน (กลุ่มศึกษา  $0.110$ , กลุ่มควบคุม  $0.095$ , ประสิทธิผลส่วนเพิ่มที่เพิ่มขึ้น  $0.015$ ) ดังนั้นเมื่อนำต้นทุนส่วนเพิ่มและประสิทธิผลส่วนเพิ่มมาคำนวณอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ของการเยี่ยมบ้านในด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้ ค่า ICER ด้านอัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบที่ลดลง  $14,988.36$  บาท/คน หมายถึง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีม สหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการดูแลรักษาในระบบบริการปกติของโรงพยาบาลทำให้อัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบลดลงร้อยละ 1 ต้องใช้งบประมาณจำนวน  $14,988.36$  บาท/คน ค่า ICER ด้านอัตราการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบที่ลดลง  $18,743.89$  บาท/คน หมายถึง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการดูแลรักษาในระบบบริการปกติของโรงพยาบาลทำให้อัตราการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบลดลงร้อยละ 1 ต้องใช้



งบประมาณจำนวน 18,743.89 บาท/คน ค่า ICER ด้านคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) ที่ลดลง 88,288.34 บาท/คน หมายถึง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการดูแลรักษาในระบบบริการปกติของโรงพยาบาลทำให้คะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) ลดลง 1 คะแนน ต้องใช้งบประมาณจำนวน 88,288.34 บาท/คน และค่า ICER ด้านคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) ที่เพิ่มขึ้น 166,570.67 บาท/คน หมายถึง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการดูแลรักษาในระบบบริการปกติของโรงพยาบาลทำให้คะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ต้องใช้งบประมาณจำนวน 166,570.67 บาท/คน ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบค่า ICER ของประสิทธิผลในทุก ๆ ด้านกับค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ต่อหัวเฉลี่ยของคนไทยในปี 2562<sup>[41]</sup> (248,257.40 บาท/คน/ปี) พบว่าค่า ICER ของประสิทธิผลในทุก ๆ ด้านมีค่าน้อยกว่า 1 GDP จึงถือได้ว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีต้นทุนและต้นทุน-ประสิทธิผลที่คุ้มค่าและมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ข้อมูลแสดงดังตาราง 25

#### 4.4.5 การวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้าน

การวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้านในกลุ่มศึกษามีตัวแปรที่ทำการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวนครั้งในการออกเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเริ่มทำการวิเคราะห์จากจำนวนการออกเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 – ครั้งที่ 3 จำนวนทีมสหสาขาวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้านโดยเริ่มทำการวิเคราะห์จากจำนวนทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 2 คน – จำนวน 5 คน และค่าแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้านที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงคิดเป็นร้อยละ 20 ซึ่งผลการวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้าน พบว่า ตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้านที่ทำให้อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) เปลี่ยนแปลงจากค่าพื้นฐานมากที่สุด มีจำนวน 2 ตัวแปร คือ จำนวนครั้งในการออกเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง (ทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านจำนวน 5 คน ในแต่ละครั้ง) และจำนวนทีมสหสาขาวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้านจำนวน 5 คน (ออกเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง) โดยอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ในด้านต่าง ๆ ของทั้งสองตัวแปรมีค่าเท่ากัน ดังนี้ ด้านอัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบที่ลดลงเท่ากับ 26,857.43 บาท/คน ด้านอัตราการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบที่ลดลงเท่ากับ 33,586.90 บาท/คน ด้านคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) ที่ลดลงเท่ากับ 158,202.60 บาท/คน และด้านคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) ที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 298,475.57 บาท/คน และตัวแปรสำคัญที่ทำให้อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) เปลี่ยนแปลงจากค่าพื้นฐานน้อยที่สุด คือ จำนวนครั้งในการออกเยี่ยมบ้านจำนวน 1 ครั้ง (ทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านจำนวน 5 คน) โดยอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ในด้านต่าง ๆ เป็นดังนี้ ด้านอัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบที่ลดลงเท่ากับ 5,552.80 บาท/คน ด้านอัตราการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบที่ลดลงเท่ากับ 6,944.13 บาท/คน ด้านคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) ที่ลดลงเท่ากับ 32,708.60 บาท/คน และด้านคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) ที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 61,710.20 บาท/คน ข้อมูลแสดงดังตาราง 26

ตาราง 24 ต้นทุนรวมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ต้นทุน	กลุ่มศึกษา (N=30)	กลุ่มควบคุม (N=30)	p-value
<b>ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (Direct medical costs)</b>			
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)	95,935.71	112,892.33	0.953 <sup>d</sup>
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	3,197.86±2,264.31	3,763.08±3,376.48	
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	2,600.83	2,416.33	
- ค่าต่ำสุด(Min)-ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	610.00 - 8,950.55	735.00 - 15,155.79	
<b>ต้นทุนทางตรงที่ไม่มีใช้ทางการแพทย์ (Direct non-medical costs)</b>			
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)	20,940.00	28,040.00	0.579 <sup>d</sup>
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	689.00±776.57	934.67±1,228.75	
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	435.00	440.00	
- ค่าต่ำสุด(Min)-ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	60.00 - 3,380.00	60.00 - 6,000.00	
<b>ต้นทุนทางอ้อม (Indirect costs)</b>			
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)	30,560.00	39,200.00	0.487 <sup>d</sup>
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	1,018.67±1,045.95	1,306.67±2,232.66	
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	900.00	0.00	
- ค่าต่ำสุด(Min)-ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	0.00 - 3,600.00	0.00 - 9,800.00	
<b>ต้นทุนในการเยี่ยมบ้าน (Home Health care costs)</b>			
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)	107,653.51	-	N/A
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	3,588.45±343.83	-	N/A
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	3,508.11	-	N/A
- ค่าต่ำสุด(Min)-ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	3,171.37 - 4,563.85	-	N/A

ตาราง 24 (ต่อ)

ต้นทุน	กลุ่มศึกษา (N=30)	กลุ่มควบคุม (N=30)	p-value
<b>ต้นทุนรวมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท</b>			
- ต้นทุนรวมทั้งหมด(บาท)	255,089.22	180,132.33	0.002 <sup>d</sup>
- ค่าเฉลี่ยต้นทุน(บาท/คน), Mean±SD	8,502.97±3,342.19	6,004.41±5,759.69	
- ค่ามัธยฐาน(บาท/คน), Median	8,179.40	4,129.10	
- ค่าต่ำสุด(Min)-ค่าสูงสุด (MAX)(บาท/คน)	4,821.27-18,290.25	1,070.00 – 22,109.72	

d=Mann Whitney U test (Wilcoxon rank sum test), N/A=not applicable

ตาราง 25 อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ของการเยี่ยมบ้าน

ต้นทุน	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม
- ต้นทุนรวม (บาท/คน)	8,502.97	6,004.41
- ต้นทุนส่วนเพิ่ม (บาท/คน)	-	2,498.56
<b>- ประสิทธิภาพ</b>		
- อัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบที่ลดลง	0	0.167
- อัตราการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ ที่ลดลง	0	0.133
- คะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) ที่ลดลง	0.186	0.215
- คะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) ที่เพิ่มขึ้น	0.110	0.095
<b>- ประสิทธิภาพส่วนเพิ่ม</b>		
- อัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบที่ลดลง	-	0.167
- อัตราการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ ที่ลดลง	-	0.133
- คะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) ที่ลดลง	-	0.028
- คะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) ที่เพิ่มขึ้น	-	0.015

ตาราง 25 (ต่อ)

ต้นทุน	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม
<b>-อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER)(บาท/คน)</b>		
- อัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบที่ลดลง	-	14,988.36
- อัตราการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบที่ลดลง	-	18,743.89
- คะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) ที่ลดลง	-	88,288.34
- คะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) ที่เพิ่มขึ้น	-	166,570.67

ตาราง 26 ผลการวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้าน

ตัวแปร	ต้นทุนรวม (บาท/คน)	อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม(ICER)(บาท/คน)			
		อัตราการเกิด อาการจิตเภท กำเริบที่ลดลง	อัตราการนอน โรงพยาบาลจาก การเกิดอาการ จิตเภทกำเริบที่ ลดลง	คะแนนระดับ อาการทางจิต (BPRS) ที่ ลดลง	คะแนน สภาวะสุขภาพ ทางตรง (VAS) ที่เพิ่มขึ้น
<b>ค่าพื้นฐาน</b>	8,502.97	14,988.36	18,743.89	88,288.34	166,570.67
<b>จำนวนครั้งในการออกเยี่ยมบ้าน (ทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้าน จำนวน 5 คนในแต่ละครั้ง)</b>					
1 ครั้ง	6,390.06	5,552.80	6,944.13	32,708.60	61,710.20
2 ครั้ง	8,705.80	16,205.13	20,265.50	95,455.60	180,092.90
3 ครั้ง	10,481.54	26,857.43	33,586.90	158,202.60	298,475.57
<b>จำนวนทีมสหสาขาวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้าน (ออกเยี่ยมบ้าน จำนวน 3 ครั้ง)</b>					
2 คน	7,761.80	10,542.23	13,183.73	62,098.67	117,159.50
3 คน	8,724.68	16,318.37	20,407.17	96,122.73	118,351.57
4 คน	8,761.67	16,540.27	20,684.63	97,429.80	183,817.57
5 คน	10,481.54	26,857.43	33,586.90	158,202.60	298,475.57
<b>ค่าแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้าน (คำนวณตามจำนวนทีมสหสาขาวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้านจริง)</b>					
เพิ่มขึ้น 20%	9,098.76	18,562.37	23,213.40	109,340.93	206,289.87
ลดลง 20%	7,907.18	11,414.33	14,274.37	67,235.73	126,851.43

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี มีการสรุปผลการศึกษา การอภิปราย ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ ดังนี้

- 5.1 สรุปผลการศึกษาที่สำคัญ
- 5.2 อภิปรายผลการศึกษา
- 5.3 จุดเด่นและจุดด้อยของการศึกษา
- 5.4 ข้อจำกัดของการศึกษา
- 5.5 ข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผลการศึกษาที่สำคัญ

ผลการศึกษาที่สำคัญ มีดังนี้

##### 5.1.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก

ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ กลุ่มศึกษาไม่มีการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ แต่กลุ่มควบคุมมีอัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ 16.67 ( $p=0.020$ ) โดยกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $p=0.021$ ) นอกจากนี้ กลุ่มศึกษาไม่มีการเข้ารับการรักษาอาการจิตเภทกำเริบที่แผนกผู้ป่วยในแต่กลุ่มควบคุมมีการเข้ารับการรักษาอาการจิตเภทกำเริบที่แผนกผู้ป่วยในโดยมีอัตราการนอนโรงพยาบาลจากอาการจิตเภทกำเริบ 13.33 ( $p=0.038$ ) ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่มานอนโรงพยาบาล  $0.13 \pm 0.35$  ครั้ง ( $p=0.039$ ) และค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่มานอนโรงพยาบาล  $0.60 \pm 1.85$  วัน ( $p=0.040$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในการนี้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่พบในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คือปัญหาการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนร่วมกับการใช้ยา รองลงมาคือการใช้ยาตามแพทย์สั่ง โดยสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งของกลุ่มศึกษาคือการเลือกที่จะไม่รับประทานยา และกลุ่มควบคุมคือการลืมรับประทานยา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มมียาเหลือใช้ การจัดการปัญหาดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่ม มีดังนี้ กลุ่มศึกษาได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง และกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/

ญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มศึกษาได้รับการแก้ไขปัญหาในบางส่วนและต้องติดตามปัญหาต่อไป กลุ่มควบคุมไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้และต้องติดตามปัญหาต่อไป ในการนี้ผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน โดยใช้แบบประเมิน INHOMEESS ในด้านต่าง ๆ ก่อนและหลังให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นโดยเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้าน พบว่า ภายหลังจากที่เภสัชกรให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นขณะเยี่ยมบ้านในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 กลุ่มศึกษามีการเปลี่ยนแปลงด้าน Nutrition ( $p < 0.001$ ) ด้าน Housing ( $p = 0.043$ ) และด้าน Medication ( $p = 0.043$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นโดยเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้านก่อนและหลังการให้คำปรึกษา พบว่าหลังการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 1 (เดือนที่ 1) และครั้งที่ 2 (เดือนที่ 2) กลุ่มศึกษาทุกคนมีการมาพบแพทย์ตามนัด  $\geq$  ร้อยละ 80 ( $p = 0.043$ ) ค่าเฉลี่ยการมาพบแพทย์ตามนัดร้อยละ 100 ( $p = 0.008$ ) และรับประทานยาตามแพทย์สั่ง  $\geq$  ร้อยละ 80 ( $p = 0.043$ ) ค่าเฉลี่ยการรับประทานยาตามแพทย์สั่งร้อยละ 100 ( $p = 0.002$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) 18 คะแนน ( $p = 0.009$ )

#### 5.1.2 ผลลัพธ์ทางมนุษยศาสตร์

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มในด้านมิติทางสุขภาพในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 พบว่าทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่มีปัญหาทางสุขภาพทั้ง 5 มิติ โดยมีค่าอรรถประโยชน์ของสถานะสุขภาพเท่ากับ 1 หมายถึงสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงที่สุดเท่ากันทั้งสองกลุ่ม ส่วนด้านสภาวะสุขภาพทางตรง (Visual Analog Scale: VAS) ในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) ภายในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) ในเดือนที่ 6 กับเดือนที่ 0 ของกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มศึกษา  $11.00 \pm 10.86$  คะแนน, กลุ่มควบคุม  $9.50 \pm 9.13$  คะแนน,  $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านในกลุ่มศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในการนี้ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มศึกษาพบว่าโดยภาพรวมผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับมาก

#### 5.1.3 ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์

##### 5.1.3.1 ต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในมุมมองของสังคม (Societal perspective)

ต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในมุมมองของสังคม (Societal perspective) ประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (Direct medical costs) ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ต้นทุนทางการแพทย์ (Direct non-medical costs) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect costs)

ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่มีใช้ต้นทุนทางการแพทย์ และ ต้นทุนทางอ้อมของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยต้นทุนทางตรงทางการแพทย์มีต้นทุนรวมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงที่สุด รองลงมาคือ ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนทางตรงที่มีใช้ต้นทุนทางการแพทย์ ตามลำดับ ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มศึกษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมโดยไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มศึกษา 4,914.52 บาท/คน, กลุ่มควบคุม 6,004.41 บาท/คน,  $p=0.965$ ) แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกลุ่มศึกษามีต้นทุนในการเยี่ยมบ้านร่วมด้วย (3,588.45 บาท/คน) ดังนั้นต้นทุนรวมทั้งหมดที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มศึกษาจึงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มศึกษา 8,502.97 บาท/คน, กลุ่มควบคุม 6,004.41 บาท/คน,  $p=0.002$ )

#### 5.1.3.2 การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้าน

การศึกษาครั้งนี้ประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านโดยการคำนวณ ค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER) และ ประสิทธิภาพที่ใช้ในการคำนวณค่า ICER ของการศึกษาครั้งนี้ มี 4 ด้าน ดังนี้ อัตราการเกิดอาการ จิตเภทกำเริบที่ลดลง (กลุ่มศึกษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.167, ICER 14,988.36 บาท/คน) อัตรา การนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบที่ลดลง (กลุ่มศึกษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.133, ICER 18,743.89 บาท/คน) ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) ที่ลดลง (กลุ่มศึกษา ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 0.028 คะแนน, ICER 88,288.34 บาท/คน) และค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะสุขภาพ ทางตรง (VAS) ที่เพิ่มขึ้น (กลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม 0.015 คะแนน, ICER 166,570.67 บาท/คน) ผลการประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านในประสิทธิผลด้านต่าง ๆ เป็นดังนี้ ด้านอัตราการ เกิดอาการจิตเภทกำเริบ พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการ ดูแลรักษาในระบบบริการปกติของโรงพยาบาลทำให้อัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบลดลงร้อยละ 1 ต้องใช้งบประมาณจำนวน 14,988.36 บาท/คน ด้านอัตราการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการ จิตเภทกำเริบ พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการดูแลรักษาใน ระบบบริการปกติของโรงพยาบาลทำให้อัตราการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ ลดลงร้อยละ 1 ต้องใช้งบประมาณจำนวน 18,743.89 บาท/คน ด้านคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการดูแลรักษาในระบบ บริการปกติของโรงพยาบาลทำให้คะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) ลดลง 1 คะแนน ต้องใช้ งบประมาณจำนวน 88,288.34 บาท/คน และด้านคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการดูแลรักษาในระบบบริการปกติของ โรงพยาบาลทำให้คะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ต้องใช้งบประมาณจำนวน 166,570.67บาท/คน ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบค่า ICER ของประสิทธิผลในทุก ๆ ด้านกับค่าผลิตภัณฑ์ มวลรวมในประเทศ (GDP) ต่อหัวเฉลี่ยของคนไทยในปี 2562<sup>[41]</sup> (248,257.40 บาท/คน/ปี) พบว่า

ค่า ICER ของประสิทธิผลในทุก ๆ ด้านมีค่าน้อยกว่า 1 GDP จึงถือได้ว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีต้นทุนและต้นทุน-ประสิทธิผลที่คุ้มค่าและมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

### 5.1.3.3 การวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้าน

การวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้าน พบว่าตัวแปรสำคัญที่ทำให้อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) เปลี่ยนแปลงจากค่าพื้นฐานมากที่สุด คือจำนวนครั้งในการออกเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง (ทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านจำนวน 5 คนในแต่ละครั้ง) และจำนวนทีมสหสาขาวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้านจำนวน 5 คน (ออกเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง) โดยค่า ICER ของประสิทธิผลด้านต่าง ๆ ของทั้งสองตัวแปรมีค่าเท่ากัน และตัวแปรสำคัญที่ทำให้อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) เปลี่ยนแปลงจากค่าพื้นฐานน้อยที่สุด คือ จำนวนครั้งในการออกเยี่ยมบ้านจำนวน 1 ครั้ง (ทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านจำนวน 5 คน)

## 5.2 อภิปรายผลการศึกษา

### 5.2.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก

5.2.1.1 ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ กลุ่มศึกษาไม่มีการเกิดอาการจิตเภทกำเริบแต่กลุ่มควบคุมมีอัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ 16.67 ( $p=0.020$ ) โดยกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $p=0.021$ ) นอกจากนี้ กลุ่มศึกษาไม่มีการเข้ารับการรักษาอาการจิตเภทกำเริบที่แผนกผู้ป่วยใน กลุ่มควบคุมมีการเข้ารับการรักษาอาการจิตเภทกำเริบที่แผนกผู้ป่วยใน โดยมีอัตราการนอนโรงพยาบาลจากอาการจิตเภทกำเริบ 13.33 ( $p=0.038$ ) ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่มาอนโรงพยาบาล  $0.13 \pm 0.35$  ครั้ง ( $p=0.039$ ) และค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่มาอนโรงพยาบาล  $0.60 \pm 1.85$  วัน ( $p=0.040$ ) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต<sup>(4)</sup> ที่พัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ อาการกำเริบรุนแรงที่ต้องส่งต่อลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ มงคล ศิริเทพทวี และคณะ<sup>(16)</sup> ที่ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการระดับปฐมภูมิเปรียบเทียบกับระบบบริการปกติของโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับระบบการดูแลต่อเนื่องมีความถี่ของการเกิดอาการกำเริบและการก่อความเสี่ยงทางจิตเวชน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.01$ ) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Chang LR และคณะ<sup>(11)</sup>



ที่ศึกษาจิตพยาธิวิทยา การกลับเข้ามาพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลแบบ Community home case management programs และพบว่าผู้ป่วยมีความถี่ของการนอนในโรงพยาบาลลดลง ( $-0.10 \pm 0.36$  ครั้งต่อปี,  $p=0.042$ ) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลลดลง ( $-27.8 \pm 78.0$  วันต่อปี,  $p=0.008$ ) และการศึกษาของ Mihanovic M และคณะ<sup>(26)</sup> ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในรูปแบบ Foster home care treatment เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามระบบมาตรฐานในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ Foster home care treatment มีการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muijen M และคณะ<sup>(12)</sup> ที่ศึกษารูปแบบของ Home based care ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรง พบว่าการดูแลผู้ป่วยแบบ Home based care ช่วยลดระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 80 โดยมีค่ามัธยฐาน 6 วัน ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระบบบริการปกติที่โรงพยาบาลมีค่ามัธยฐาน 53 วัน อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระบบบริการปกติของโรงพยาบาล และการศึกษาของ Hafiz AH และคณะ<sup>(27)</sup> ที่ศึกษารูปแบบของ Psychiatric Home Care ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า จำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาลและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ Psychiatric Home Care ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบดั้งเดิมโดยมีโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.052$  และ  $p=0.038$  ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai SL และคณะ<sup>(29)</sup> ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชแบบ Hospital-Based Home care (HHC) เปรียบเทียบกับการดูแลแบบ Conventional outpatient follow-up (COF) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ HHC มีพฤติกรรมการดูแลรักษาโรค อาการทางจิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ COF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) และการศึกษาของ Tzeng DS และคณะ<sup>(30)</sup> ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในรูปแบบ A redesigned care network กับ การดูแลแบบ Other traditional healthcare provider พบว่ากลุ่มศึกษามีระยะเวลาการเจ็บป่วยสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.001$ ) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

ในการนี้ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มควบคุม จำนวน 5 ราย ที่เกิดอาการจิตเภทกำเริบและมีการเข้ารับการรักษาอาการจิตเภทกำเริบที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ไม่มาพบแพทย์ตามนัด โดยมีค่าเฉลี่ยของการมาพบแพทย์ตามนัดน้อยกว่าร้อยละ 80 ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดยา ส่วนผู้ป่วยอีก 4 ราย พบว่าผู้ป่วยไม่รับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่งเนื่องจากลืมรับประทานยา โดยมีค่าเฉลี่ยของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งน้อยกว่าร้อยละ 80 อีกทั้งผู้ป่วยมีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มี

ส่วนผสมของแอลกอฮอล์ร่วมกับการใช้ยา ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่ไม่ดีจะมีโอกาสเกิดอาการจิตเภทกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาอาการจิตเภทกำเริบที่โรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่ดี ดังนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพจึงควรให้การดูแลและเอาใจใส่ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนด้วยการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ และลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อไป

5.2.1.2 การประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (Drug related problems: DRPs) ตามประเภทของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่ Helper & Strand ได้แบ่งประเภทไว้<sup>(42)</sup> พบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่พบมากที่สุดของกลุ่มศึกษา คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนร่วมกับการใช้ยา ส่วนกลุ่มควบคุม คือ การไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งร่วมกับดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนร่วมกับการใช้ยา สำหรับสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งของกลุ่มศึกษา คือ การเลือกที่จะไม่รับประทานยา เนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา คือ อาการง่วงนอนจนไม่สามารถทำงานหรือทำกิจกรรมประจำวันรวมถึงกิจกรรมอื่น ๆ ได้ ส่วนกลุ่มควบคุม คือ การลืมรับประทานยา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มมียาเหลือใช้ การจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาในกลุ่มศึกษาคือ เภสัชกรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง และกลุ่มควบคุม เภสัชกรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลตนเองร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไขปัญหามาบางส่วนและต้องติดตามปัญหาต่อไป ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้และต้องติดตามปัญหาต่อไป ในกรณีนี้ ปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ทั้งหมดคือ ปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์เนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยสามารถแก้ไขปัญหาด้วยการปรับลดขนาดยาและปรับมือในการรับประทานยาให้กับผู้ป่วย ส่วนปัญหาที่ได้รับการแก้ไขบางส่วนและต้องติดตามปัญหาต่อไป คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ร่วมกับการใช้ยา โดยหลังจากการติดตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ร่วมกับการใช้ยาในปริมาณที่ลดลงแต่ไม่สามารถเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ได้ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต<sup>(4)</sup> ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอโดยที่ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องการรับประทานยา ร่วมกับการมีทีมสหสาขาวิชาชีพและเภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยารวมทั้งการ

จัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยาส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง ราชนิยม และกฤษณี สระมณี<sup>(21)</sup> ที่พบว่า เกสซ์กรครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาได้อย่างสมบูรณ์สูงถึงร้อยละ 69.39 ของจำนวนครั้งที่พบปัญหาการใช้ยาทั้งหมดแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของเกสซ์กรครอบครัวยังช่วยแก้ไขปัญหาการใช้ยาให้กับผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของพรรณธัญญ์ ชัยณัฐพงศ์<sup>(22)</sup> ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านโดยยึดหลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและตามแนวทาง INHOMESSS และการมีเกสซ์กรร่วมอยู่ในทีมหมอครอบครัวเพื่อทำหน้าที่ค้นหาปัญหาด้านยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ทีมหมอครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยทั้งทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม และปัญหาด้านยาต่าง ๆ ที่พบในผู้ป่วยทุกรายได้รับการแก้ไขทั้งหมด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของบุญถม ปาปะแพ และคณะ<sup>(23)</sup> ที่พบปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยและการมีเกสซ์กรร่วมอยู่ในทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้สามารถให้ข้อมูลด้านยาและทางเลือกที่เป็นวิชาการแก่แพทย์ได้ ส่งผลให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมและผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

5.2.1.3 ผลการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นโดยเกสซ์กรขณะเยี่ยมบ้าน พบว่าหลังการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 1 (เดือนที่ 1) และครั้งที่ 2 (เดือนที่ 2) กลุ่มศึกษาทุกคนมีการมาพบแพทย์ตามนัด  $\geq$  ร้อยละ 80 ( $p=0.043$ ) ค่าเฉลี่ยการมาพบแพทย์ตามนัดร้อยละ 100 ( $p=0.008$ ) และรับประทานยาตามแพทย์สั่ง  $\geq$  ร้อยละ 80 ( $p=0.043$ ) ค่าเฉลี่ยการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 100 ( $p=0.002$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) 18 คะแนน ( $p=0.009$ ) แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นโดยเกสซ์กรขณะเยี่ยมบ้านมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการมาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต<sup>(4)</sup> ที่พัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล พบว่าการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การที่ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องการรับประทานยา รวมถึงการที่ทีมสหสาขาวิชาชีพและเกสซ์กรเข้าไปมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและเป็นที่ปรึกษาของทีมเครือข่ายและครอบครัวร่วมกับการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลการใช้ยาส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ พยอม ตัณฑจรรยา และคณะ<sup>(15)</sup> ที่ให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการรับประทานอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยจากนั้นทำการติดตามพฤติกรรมรับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (กลุ่มทดลองร้อยละ 85, กลุ่มควบคุมร้อยละ 60) และการศึกษาของ Valenstein M และคณะ<sup>(14)</sup> ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชโดยการใช้ Pharmacy-

Based intervention (Meds-Help) ร่วมกับการดูแลแบบระบบบริการปกติของโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ Pharmacy-Based intervention (Meds-Help) มีค่าเฉลี่ย medication possession ratios (MPRs) ในเดือนที่ 6 สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระบบปกติของโรงพยาบาลเท่านี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มศึกษา  $0.91 \pm 0.23$ , กลุ่มควบคุม  $0.64 \pm 0.33$ ,  $p < 0.001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้ Pharmacy-Based intervention (Meds-Help) มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น

ในการนี้ จากการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นโดยเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้านในกลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน พบว่า การให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นโดยเภสัชกรในกลุ่มศึกษาที่ไม่ได้มีปัญหาในเรื่องของการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง เภสัชกรผู้ให้คำปรึกษาได้สร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างความร่วมมือในการมาพบแพทย์ตามนัด และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยการชื่นชมผู้ป่วยในเรื่องที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดีมาโดยตลอด รวมถึงชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีและให้ความร่วมมือในการรักษาตลอดไป ในขณะเดียวกันการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นโดยเภสัชกรในกลุ่มศึกษาที่มีปัญหาในเรื่องของการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาตามแพทย์สั่งนั้น เภสัชกรผู้ให้คำปรึกษาได้สร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างความร่วมมือในการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยการพูดคุยเพื่อค้นหาเป้าหมายและเหตุผลในการรักษา รวมถึงชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างของการรับประทานยาและการขาดยาเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเภสัชกรทำการประเมินว่าผู้ป่วยมีความตระหนักในปัญหาของตนเอง รวมถึงมีแรงจูงใจและความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองหรือไม่ เพื่อที่เภสัชกรจะได้ให้ข้อมูลและแนวทางปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ได้อย่างเหมาะสมโดยให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง หลังจากนั้นเภสัชกรทำการสรุปสิ่งที่พูดคุยผู้ป่วย และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยได้รับทราบ พร้อมทั้งให้กำลังใจและชื่นชมผู้ป่วยที่ผู้ป่วยได้เลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีความคืบหน้าและจะได้มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

## 5.2.2 ผลลัพธ์ทางมนุษยศาสตร์

### 5.2.2.1 การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L (ฉบับภาษาไทย) ในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านมิติทางสุขภาพทั้ง 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (usual activities) อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว (pain/discomfort) และ

ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (anxiety/depression) ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีปัญหาในมิติสุขภาพทั้ง 5 มิติ ทั้งในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 จึงทำให้มีค่าอรรถประโยชน์ของสถานะสุขภาพเท่ากับ 1 หมายถึง สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงที่สุดเท่ากันทั้งสองกลุ่ม สำหรับผลการวัดคุณภาพชีวิตด้านสภาวะสุขภาพทางตรง (Visual Analog Scale: VAS) ในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้ในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Valenstein M และคณะ<sup>(14)</sup> ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชโดยการใช้ Pharmacy-Based intervention (Meds-Help) ร่วมกับการดูแลแบบระบบปกติของโรงพยาบาล (กลุ่มศึกษา) เปรียบเทียบกับการดูแลแบบระบบปกติของโรงพยาบาลเท่านั้น (กลุ่มควบคุม) และประเมินคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยโดยใช้ Quality of Well-being Scales(QWS) ในเดือนที่ 6 ของการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.24$ ) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) ภายในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) ในเดือนที่ 6 กับเดือนที่ 0 ของกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มศึกษา  $11.00 \pm 10.86$  คะแนน, กลุ่มควบคุม  $9.50 \pm 9.13$  คะแนน,  $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านในกลุ่มศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang LR และคณะ<sup>(11)</sup> ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้แบบสอบถาม EuroQoL-5D (EQ-5D) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ Community home case management programs มีคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพ (EQ-5D) และสภาวะสุขภาพทางตรง (EQ-VAS) ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.010$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mihanovic M และคณะ<sup>(26)</sup> ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต Short form 36 ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลในรูปแบบ Foster home care treatment เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามระบบมาตรฐานของโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในรูปแบบ Foster home care treatment มีมิติของคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามระบบมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องการทำหน้าที่ทางกายภาพ ( $p < 0.001$ ) ข้อจำกัดของความแตกต่างด้านอารมณ์ ( $p < 0.001$ ) สุขภาพจิต ( $p = 0.001$ ) และสุขภาพโดยรวม ( $p < 0.001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang Z และคณะ<sup>(32)</sup> ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลแบบ psychosocial intervention ร่วมกับการใช้ยา เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลแบบระบบบริการปกติของโรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถาม Short form 6D พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยการให้ psychosocial intervention ร่วมกับการใช้ยา มี QALY ratings สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบระบบบริการปกติของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (QALY ratings เพิ่มขึ้น 0.031,  $p = 0.039$ )

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Tzeng DS และคณะ<sup>(30)</sup> ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลในรูปแบบ A redesigned care network เปรียบเทียบกับการดูแลแบบ Other traditional healthcare provider โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตองค์กรอนามัยโลก (WHO-QOL-BREF) และแบบวัดสุขภาพ the Chinese health questionnaire (CHQ) พบว่าการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบ A redesigned care network ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต ในภาพรวมด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ Other traditional healthcare provider อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.01$ ) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของอรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต<sup>(4)</sup> ที่พัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล และวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก (WHO-QOL-BREF) ฉบับภาษาไทย พบว่า การเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอโดยที่ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล รวมถึงการที่ผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่และการยอมรับจากผู้ดูแล ชุมชนและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยที่จะออกมาเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในด้านสังคมและด้านการประกอบอาชีพได้มากขึ้น รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5.2.2.2 การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อการเยี่ยมบ้านของ ทีมสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่ทีมสหสาขาวิชาชีพเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทุกครั้งในขณะที่เยี่ยมบ้านในระดับมาก และในภาพรวมผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของ ทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับมากเช่นเดียวกัน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Valenstein M และคณะ<sup>(14)</sup> ที่ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการดูแลรักษาโดยใช้ Client Satisfaction Questionnaires (CSQ-8) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการดูแลแบบการใช้ Pharmacy-Based intervention (Meds-Help) ร่วมกับการดูแลแบบระบบปกติของโรงพยาบาล และผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการดูแลแบบระบบปกติของโรงพยาบาลเท่านั้น มีความพึงพอใจต่อการดูแลรักษาของ ทีมสหสาขาวิชาชีพโดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.51$ ) และ การศึกษาของ Tsai SL และคณะ<sup>(29)</sup> ที่ประเมินความพึงพอใจในบริการของ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชแบบ Hospital-Based Home care (HHC) เปรียบเทียบกับการดูแลแบบ Conventional outpatient follow-up (COF) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ HHC มีความพึงพอใจในบริการที่มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ COF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

### 5.2.3 ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์

5.2.3.1 ต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในมุมมองของสังคม (Societal perspective)

ต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในมุมมองของสังคม (Societal perspective) ประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (Direct medical costs) ต้นทุนทางตรงที่มีใช้ต้นทุนทางการแพทย์ (Direct non-medical costs) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect costs) ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่มีใช้ต้นทุนทางการแพทย์ และต้นทุนทางอ้อมของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยต้นทุนทางตรงทางการแพทย์มีต้นทุนรวมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงที่สุด รองลงมาคือ ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนทางตรงที่มีใช้ต้นทุนทางการแพทย์ ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มศึกษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมโดยไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มศึกษา  $4,914.52 \pm 3,398.34$  บาท/คน, กลุ่มควบคุม  $6,004.41 \pm 5,759.69$  บาท/คน,  $p=0.965$ ) ทั้งนี้ การที่ค่าเฉลี่ยต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มศึกษา เนื่องจากกลุ่มควบคุมมีค่าใช้จ่ายเรื่อง การเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นมา แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกลุ่มศึกษามีต้นทุนในการเยี่ยมบ้านร่วมด้วย ( $3,588.45 \pm 343.83$  บาท/คน) ดังนั้น ต้นทุนรวมทั้งหมดที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มศึกษาจึงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มศึกษา  $8,502.97$  บาท/คน, กลุ่มควบคุม  $6,004.41$  บาท/คน,  $p=0.002$ ) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมวงคล ศิริเทพทวี และคณะ<sup>(16)</sup> ที่วิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการระดับปฐมภูมิเปรียบเทียบกับระบบบริการปกติของโรงพยาบาล พบว่า ต้นทุนรวมของระบบการดูแลต่อเนื่องสูงกว่าระบบบริการปกติ (ระบบการดูแลต่อเนื่อง  $2,627.27$  บาท/คน, ระบบบริการปกติ  $703.87$  บาท/คน) และการศึกษาของ Zhang Z และคณะ<sup>(32)</sup> ที่ศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบ psychosocial intervention ร่วมกับการใช้ยา เปรียบเทียบกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบระบบบริการปกติของโรงพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อเดือนของการให้ psychosocial intervention (US\$6.9) สูงกว่าค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อเดือนของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระบบบริการปกติ (US\$1.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.005$ ) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนรวมระหว่างสองกลุ่ม อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Tzeng DS และคณะ<sup>(30)</sup> ที่ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในรูปแบบ A redesigned care network เปรียบเทียบกับการดูแลแบบ Other traditional healthcare provider พบว่า ค่าเฉลี่ยต้นทุนที่ใช้ในการดูแลรักษาของกลุ่มศึกษา

(US\$2737/ปี/คน) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (US\$2041/ปี/คน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และการศึกษาของ Tsai SL และคณะ<sup>(29)</sup> ที่ศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช ที่ได้รับการดูแลแบบ Hospital-Based Home care (HHC) เปรียบเทียบกับการดูแลแบบ Conventional outpatient follow-up (COF) พบว่าต้นทุนที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อรายของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ HHC ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ COF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่ม HHC US\$1,420.60, กลุ่ม COF US\$3,208.20,  $p < 0.05$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fenton WS และคณะ<sup>(28)</sup> ที่ทำการศึกษาด้านทุนและต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชที่ได้รับการดูแลแบบ Residential Crisis Care เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระบบบริการปกติของโรงพยาบาลในมุมมองผู้จ่ายเงินภาครัฐ (Government payors perspective) คำนวณต้นทุนจากต้นทุนต่อหน่วย (Unit costs) และข้อมูลการใช้บริการ (Service utilization data) พบว่า ในเดือนที่ 6 ค่าเฉลี่ยต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ Residential Crisis Care (US\$9107) ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหน่วยจิตเวชของโรงพยาบาล (US\$1816.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.02$ ) แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (กลุ่มศึกษา 4,914.52 บาท/คน, กลุ่มควบคุม 6,004.41 บาท/คน) กับงบประมาณจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2562 ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรให้แก่โรงพยาบาลดอนมดแดง (3,426.56 บาท/คน)<sup>(43)</sup> พบว่า ต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาสูงกว่างบประมาณจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2562 ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรให้ โดยกลุ่มศึกษามีต้นทุนที่ใช้สูงกว่างบประมาณจ่ายรายหัว 1,487.96 บาท/คน และกลุ่มควบคุมมีต้นทุนที่ใช้สูงกว่างบประมาณจ่ายรายหัว 2,577.85 บาท/คน นอกจากนี้หากเปรียบเทียบต้นทุนที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านของกลุ่มศึกษา (3,588.45 บาท/คน) กับงบประมาณการดำเนินงานจิตเวชเรื้อรังในชุมชนปีงบประมาณ 2562 ที่เขตสุขภาพที่ 10 จัดสรรให้แก่โรงพยาบาลดอนมดแดง จำนวน 70,000 บาท โดยเขตสุขภาพที่ 10 ได้จัดสรรให้ใช้งบประมาณดังกล่าวในการดำเนินงานจิตเวชเรื้อรังในชุมชนในผู้ป่วยจิตเวชของอำเภอดอนมดแดง จำนวน 14 คน (5,000 บาท/คน)<sup>(44)</sup> แต่การศึกษาในครั้งนี้มีสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านกลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน ต้นทุนที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านทั้งหมดเท่ากับ 107,653.51 บาท ซึ่งสูงกว่างบประมาณการดำเนินงานจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่ได้รับการจัดสรร 37,653.51 บาท ดังนั้นมีสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลงานจิตเวชของโรงพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลควรนำข้อมูลต้นทุนรวมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมาเปรียบเทียบกับงบประมาณต่าง ๆ ที่ได้รับการจัดสรรจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาประกอบการตัดสินใจเพื่อพิจารณาการใช้ต้นทุนในการดำเนินงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีการใช้ต้นทุนที่มีความคุ้มค่าและคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ต่อไป



### 5.2.3.2 การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้าน

การศึกษาครั้งนี้ประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านโดยการคำนวณ ค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER) และ ประสิทธิภาพที่ใช้ในการคำนวณค่า ICER ของการศึกษาครั้งนี้ มี 4 ด้าน ดังนี้ อัตราการเกิดอาการ จิตเภทกำเริบที่ลดลง (กลุ่มศึกษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.167, ICER 14,988.36 บาท/คน ) อัตราการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบที่ลดลง (กลุ่มศึกษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 0.133, ICER 18,743.89 บาท/คน) ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) ที่ลดลง (กลุ่ม ศึกษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 0.028 คะแนน, ICER 88,288.34 บาท/คน) และค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะ สุขภาพทางตรง (VAS) ที่เพิ่มขึ้น (กลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม 0.015 คะแนน, ICER 166,570.67 บาท/คน) โดยมีผลการประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านในประสิทธิผลด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านอัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการดูแลรักษาในระบบบริการปกติของโรงพยาบาลทำให้อัตราการเกิด อาการจิตเภทกำเริบลดลงร้อยละ 1 ต้องใช้งบประมาณจำนวน 14,988.36 บาท/คน ด้านอัตราการ นอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการดูแลรักษาในระบบบริการปกติของโรงพยาบาลทำให้อัตราการนอน โรงพยาบาลจากการเกิดอาการ จิตเภทกำเริบลดลงร้อยละ 1 ต้องใช้งบประมาณจำนวน 18,743.89 บาท/คน ด้านคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการดูแลรักษาในระบบบริการปกติของโรงพยาบาลทำให้คะแนนระดับ อาการทางจิต (BPRS) ลดลง 1 คะแนน ต้องใช้งบประมาณจำนวน 88,288.34 บาท/คน และด้าน คะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พร้อมกับการดูแลรักษาในระบบบริการปกติของโรงพยาบาลทำให้คะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ต้องใช้งบประมาณจำนวน 166,570.67บาท/คน ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบค่า ICER ของประสิทธิผลในทุก ๆ ด้านกับค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ต่อหัวเฉลี่ยของคนไทยในปี 2562<sup>(41)</sup> (248,257.40 บาท/คน/ปี) พบว่าค่า ICER ของประสิทธิผลในทุก ๆ ด้านมีค่าน้อยกว่า 1 GDP จึงถือได้ว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีต้นทุนและต้นทุน-ประสิทธิผล ที่คุ้มค่าและมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มงคล ศิริเทพทวี และคณะ<sup>(16)</sup> ที่วิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มเสี่ยงในสถานบริการระดับปฐมภูมิเปรียบเทียบกับระบบบริการปกติของโรงพยาบาล พบว่า อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ของระบบการดูแลต่อเนื่องต่อผลลัพธ์อาการกำเริบ ที่ลดลงเท่ากับ 13,738.5 บาท/คน และอัตราการเกิดอาการกำเริบและก่อความเสี่ยงทางจิตเวชของ

ระบบการดูแลต่อเนื่องต่ำกว่าระบบบริการปกติเท่ากับ 0.14 และการศึกษาของ Fenton WS และคณะ<sup>(28)</sup> ที่ศึกษาต้นทุนและต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตรุนแรงที่ได้รับการดูแลแบบ Residential Crisis Care เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระบบบริการปกติของโรงพยาบาล พบว่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ของการเกิดอาการทางจิต (PANSS points) และจำนวนวันที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชน (community day) ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉียบพลัน เท่ากับ \$395 per PANSS point และ \$446 per community day ตามลำดับ และในเดือนที่ 6 อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ของจำนวนวันที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชน (community day) เท่ากับ \$1070 per community day รวมทั้งการศึกษาของ Tsai SL และคณะ<sup>(29)</sup> ที่ศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการดูแลแบบ Hospital-Based Home care (HHC) เปรียบเทียบกับการดูแลแบบ Conventional outpatient follow-up (COF) พบว่า อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผล (CER) ของการดูแลแบบ HHC และการดูแลแบบ COF เท่ากับ 4.3 และ 13.5 ตามลำดับ และการศึกษาของ Zhang Z และคณะ<sup>(32)</sup> ที่ศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบ psychosocial intervention ร่วมกับการใช้ยา เปรียบเทียบกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบระบบบริการปกติของโรงพยาบาล พบว่าการดูแลรักษาด้วยการให้ psychosocial intervention ร่วมกับการใช้ยาทำให้ผู้ป่วยมี QALY ratings เพิ่มขึ้น 0.031 โดยมีต้นทุนที่เพิ่มขึ้น \$56.4 อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) เท่ากับ \$1819.4 per QALY gained

#### 5.2.3.3 การวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้าน

ผลการวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้าน พบว่าตัวแปรสำคัญที่ทำให้อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) เปลี่ยนแปลงจากค่าพื้นฐานมากที่สุด คือจำนวนครั้งในการออกเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง (ทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านจำนวน 5 คนในแต่ละครั้ง) และจำนวนทีมสหสาขาวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้านจำนวน 5 คน (ออกเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง) โดยค่า ICER ของประสิทธิผลด้านต่าง ๆ ของทั้งสองตัวแปรมีค่าเท่ากัน ดังนั้น ด้านอัตราการเกิดอาการจิตเภทกำเริบที่ลดลงเท่ากับ 26,857.43 บาท/คน ด้านอัตราการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบที่ลดลงเท่ากับ 33,586.90 บาท/คน ด้านคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS) ที่ลดลงเท่ากับ 158,202.60 บาท/คน และด้านคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) ที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 298,475.57 บาท/คน และเนื่องจากค่า ICER ในด้านคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) ที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 298,475.57 บาท/คน ซึ่งมีค่ามากกว่าค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ต่อหัวเฉลี่ยของคนไทยในปี 2562<sup>(41)</sup> (248,257.40 บาท/คน/ปี) ดังนั้น ในกรณีที่นำคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) มาคำนวณอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) โดยมีการออกเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง (ทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านจำนวน 5 คนในแต่ละครั้ง) หรือมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้านจำนวน 5 คน (ออกเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง) จะทำให้การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภท

โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีต้นทุนและต้นทุน-ประสิทธิผลที่ไม่คุ้มทุนและไม่มีมูลค่าทางเศรษฐศาสตร์ นอกจากนี้ การวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้านของการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบว่าหากต้องดำเนินงานเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ทีมสหสาขาวิชาชีพต้องวางแผนใช้ทรัพยากรบุคคลอย่างไรให้เกิดความคุ้มค่าเพื่อใช้ต้นทุนในการเยี่ยมบ้านให้น้อยที่สุดและเกิดประสิทธิผลในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้มากที่สุด ซึ่งผลการวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้าน พบว่าตัวแปรสำคัญที่ทำให้อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) เปลี่ยนแปลงจากค่าพื้นฐานน้อยที่สุด คือ จำนวนครั้งในการออกเยี่ยมบ้านจำนวน 1 ครั้ง (ทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านจำนวน 5 คน) โดยมีอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ในด้านต่าง ๆ น้อยกว่าค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ต่อหัวเฉลี่ยของคนไทยในปี 2562<sup>(41)</sup> (248,257.40 บาท/คน/ปี) ดังนั้นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 5 คน และออกเยี่ยมบ้านจำนวน 1 ครั้ง จึงถือว่าต้นทุนและต้นทุน-ประสิทธิผลที่คุ้มทุนและมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ นอกจากนี้ ค่าแรงของทีมสหวิชาชีพ ถือเป็นตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้านอีกตัวแปรหนึ่งที่ได้ทำการวิเคราะห์และพบว่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ของประสิทธิผลด้านต่าง ๆ แปรผันตามร้อยละของค่าแรงที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง ในการนี้ ต้นทุนที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านประกอบด้วย ค่าแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าวัสดุและอุปกรณ์ต่าง ๆ และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ และจากผลการศึกษาที่พบว่าค่าแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพมีต้นทุนรวมที่ใช้สูงที่สุด ดังนั้นในการที่จะลดต้นทุนที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านจึงจำเป็นต้องลดค่าแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพลงด้วย ซึ่งการลดค่าแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพที่สามารถทำได้ คือการเลือกทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดให้มาร่วมทีมเยี่ยมบ้านเพื่อให้มีจำนวนทีมออกเยี่ยมบ้านที่น้อยที่สุด หรือการเลือกทีมสหสาขาวิชาชีพที่แต่ละวิชาชีพมีค่าแรงน้อยที่สุดให้มาร่วมทีมเยี่ยมบ้าน จึงจะส่งผลให้ต้นทุนที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านลดลง โดยผลการวิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญในการเยี่ยมบ้านของการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai SL และคณะ<sup>(29)</sup> ที่ศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการดูแลแบบ Hospital-Based Home care (HHC) เปรียบเทียบกับการดูแลแบบ Conventional outpatient follow-up (COF) และได้วิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญ พบว่าต้นทุนที่ใช้ในการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ส่งผลให้อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผล (CER) ของการดูแลแบบ HHC (7.0) เปลี่ยนแปลงจากค่าพื้นฐานมากที่สุด และการเปลี่ยนแปลงคะแนนประสิทธิผลส่งผลให้อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผล (CER) ของการดูแลแบบ COF (19.0) เปลี่ยนแปลงจากค่าพื้นฐานมากที่สุด และการศึกษาของ Zhang Z และคณะ<sup>(32)</sup> ที่ศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบ psychosocial intervention ร่วมกับการใช้ยาเปรียบเทียบกับ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบระบบบริการปกติของโรงพยาบาล และได้วิเคราะห์ความไวของตัวแปรสำคัญ พบว่าตัวแปรที่ส่งผลให้อัตราส่วน

ต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) เปลี่ยนแปลงจากค่าพื้นฐานมากที่สุดคือ จำนวน Patient attendance per workshop เท่ากับ 3 คน (ICER \$4496.8 per QALY gained)

5.2.4 ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ส่งผลให้ไม่มีอาการจิตเภทกำเริบและช่วยลดจำนวนครั้งและจำนวนวันของการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และในเดือนที่ 6 ซึ่งเป็นเดือนสุดท้ายของการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายและไม่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ อีกทั้งต้นทุนและต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านมีความคุ้มค่าและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ดังนั้นหน่วยบริการทางสุขภาพจึงควรสนับสนุนให้การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหลักในระบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบเชิงรุกควบคู่กับการรักษาในระบบบริการปกติของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธิกาญจน์ ไชยลาภ และอังสนา วิริยโกศล<sup>(8)</sup> ที่มีข้อเสนอแนะว่าการติดตามเยี่ยมบ้านมีความสำคัญอย่างมากต่อการประเมินอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการพัฒนาทักษะในด้านต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาเนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางจิตเวชอย่างสม่ำเสมอภายหลังกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนซึ่งถือเป็นเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและที่สำคัญเพื่อลดการเกิดเป็นซ้ำของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถปรับตัวใช้ชีวิตในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

### 5.3 จุดเด่นและจุดด้อยของการศึกษา

#### 5.3.1 จุดเด่นของการศึกษา

5.3.1.1 การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) โดยตลอดระยะเวลาของการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มได้รับการนัดหมายให้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในวันที่ต่างกันคือ กลุ่มศึกษาได้รับการนัดหมายให้มารับบริการทุกวันพฤหัสบดีของทุกเดือน กลุ่มควบคุมได้รับการนัดหมายให้มารับบริการทุกวันศุกร์ของทุกเดือน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มจึงไม่ได้พบกันที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนั้นจึงไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ให้แก่กันและกันในวันที่มารับบริการ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทำการปิดไม่ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นผู้รับผิดชอบงานจิตเวช และอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ทราบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้เป็นกลุ่มศึกษาหรือกลุ่มควบคุม ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช และเมื่อทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพว่าเป็นการเยี่ยมบ้านตามตัวชี้วัดของงานจิตเวชโดยพยาบาลจิตเวชของโรงพยาบาล

5.3.1.2 การศึกษานี้เป็นการศึกษาต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในมุมมองของสังคม (Societal perspective) โดยมีการประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการคำนวณค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER) เพื่อให้ทราบข้อมูลสำคัญด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

5.3.1.3 การศึกษานี้เป็นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมอยู่ในทีมร่วมกับการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นโดยเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้าน โดยผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการมาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาตรงตามแพทย์สั่ง นอกจากนี้ในกรณีที่พบปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับยาในขณะที่เยี่ยมบ้าน เภสัชกรก็สามารถแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วยได้ทันทีส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมอยู่ในทีม

### 5.3.2 จุดด้อยของการศึกษา

5.3.2.1 งานวิจัยนี้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรกวนเรื่องการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนและการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ได้ทั้งหมด ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองแก่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามผลการศึกษาเรื่องสัดส่วนร้อยละของตัวแปรกวนเรื่องการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนและการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการศึกษานี้สามารถควบคุมตัวแปรกวนได้ในระดับหนึ่ง สำหรับการควบคุมตัวแปรกวนอื่น ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ ทำโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่มีลักษณะทางประชากรและข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ ที่ใกล้เคียงกันให้มากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการสุ่มเพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

5.3.2.2 ในการเยี่ยมบ้าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชนไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้ทุกครั้ง ดังนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพจึงต้องใช้วิธีการประสานทางโทรศัพท์ ในกรณีที่พบปัญหาที่ต้องให้แพทย์มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและทำการบันทึกปัญหาต่าง ๆ ที่พบลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อใช้ในการสื่อสารถึงทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะได้นำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในครั้งต่อไป แต่อย่างไรก็ตาม หากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชนสามารถออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้ทุกครั้ง ผู้วิจัยคาดว่า

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชนจะมีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและให้ความร่วมมือในการรักษา โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดมากขึ้น รวมถึงการมารับบริการที่โรงพยาบาลตรงตามนัดทุกครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความเชื่อถือและศรัทธาในแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาตนเองเป็นอย่างมาก ทั้งนี้สังเกตได้จากเวลาที่ทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้าน เมื่อผู้ป่วยเห็นว่ามีแพทย์ออกเยี่ยมบ้านร่วมด้วย ผู้ป่วยจะรู้สึกยินดีเป็นอย่างมากและมีความประสงค์ให้แพทย์ออกเยี่ยมบ้านเป็นประจำทุกเดือน

#### 5.4 ข้อจำกัดของการศึกษา

5.4.1 ลักษณะของโรคจิตเภทอาจเป็นอุปสรรคต่อการวัดผลการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีข้อจำกัดในเรื่องการสื่อสาร กล่าวคือ ผู้ป่วยสามารถพูดคุยและตอบคำถามได้ แต่ในบางครั้งผู้ป่วยไม่เข้าใจในประเด็นคำถามทำให้ผู้วิจัยได้รับคำตอบที่ไม่ตรงประเด็น และเพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงประเด็นผู้วิจัยต้องซักถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องสังเกตและประเมินอาการแสดงของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชหรือเวลาที่ทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้าน รวมทั้งต้องใช้เวลาในการซักถามข้อมูลจากผู้ป่วยที่มากกว่าปกติ จึงจะทำให้ผู้วิจัยได้รับคำตอบที่ต้องการเก็บข้อมูลในการศึกษา

5.4.2 การศึกษาในครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา อาจจะไม่เพียงพอต่อการวัดผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาวได้ เช่น ผลลัพธ์ทางคลินิก เรื่องการเกิดอาการจิตเภทกำเริบและการเข้ารับบริการนอกระบบโรงพยาบาลจากอาการจิตเภทกำเริบ ผลลัพธ์ทางมนุษยศาสตร์ เรื่องการวัดคุณภาพชีวิตด้านมิติทางสุขภาพ และผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ เรื่องต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นต้น

#### 5.5 ข้อเสนอแนะ

##### 5.5.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.5.1.1 เนื่องจากผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของการศึกษานี้มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา โดยการมาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ส่งผลให้ไม่มีอาการจิตเภทกำเริบและช่วยลดจำนวนครั้งและจำนวนวันของการนอนโรงพยาบาลจากการเกิดอาการจิตเภทกำเริบ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลลัพธ์ด้านต้นทุนและต้นทุน-ประสิทธิผลมีความคุ้มค่าและมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ดังนั้นหน่วยบริการทางสุขภาพจึงควรสนับสนุนให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในแต่ละครั้ง ไม่จำเป็นที่ทีมต้องออกเยี่ยมบ้านครบทุกวิชาชีพ และออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภททุกราย ทีมสหสาขาวิชาชีพควรพิจารณาออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในรายที่มีปัญหา เช่น ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยที่มีอาการจิตเภทกำเริบ ผู้ป่วยที่ต้องการให้ทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้าน เป็นต้น โดยในการออกเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพควรพิจารณาจากปัญหาของผู้ป่วยว่าต้องให้ทีมสหสาขาวิชาชีพใดออกเยี่ยมบ้านในครั้งนั้นบ้างจึงจะเกิดประสิทธิผลในการดูแลรักษาผู้ป่วยมากที่สุดโดยใช้ต้นทุนในการออกเยี่ยมบ้านน้อยที่สุด

5.5.1.2 ทีมสหสาขาวิชาชีพควรพิจารณาให้มีการนำการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นโดยเภสัชกรมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในระบบบริการปกติของโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยที่ไม่มาพบแพทย์ตามนัด และผู้ป่วยที่มีอาการจิตเภทกำเริบ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

#### 5.5.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในครั้งต่อไป

5.5.2.1 การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการแทรกแซง (Intervention) ในเรื่องของการฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) และการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เข้าไปในการศึกษา เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของการดูแลสุขภาพชุมชน (Community health care) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

5.5.2.2 การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเป็นเวลา 1 ปี และทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภททุกรายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะยาวได้อย่างละเอียดและครบถ้วน เพื่อจะได้นำข้อมูลมาปรับใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

## บรรณานุกรม

1. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. Lancet 2014;383(9929):1677-87.
2. กรมสุขภาพจิตวอนสังคมเปิดใจรับผู้ป่วยจิตเภท [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2560 [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2561]. เข้าถึงจาก: [https://www.matichon.co.th/news-monitor/news\\_566377](https://www.matichon.co.th/news-monitor/news_566377)
3. World Health Organization. The world health report 2001: mental health new understanding, new hope. Bulletin of the World Health Organization 2001;79(1):1085.
4. อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล 2556;40(1):67-83.
5. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. Population Health Metrics 2010;8(24):1-8.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพมหานคร: หจก.บางกอกบล็อท; 2559.
7. หวาน ศรีเรือนทอง, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, อีราภา ธานี, กมลทิพย์ สงวนทรัพย์. การวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560; 26(2):362-71.
8. สุธิกาญจน์ ไชยลาภ, อังสนา วิริยโกศล. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนภายหลังกลับคืนสู่สังคม. วารสารเกื้อการุณย์ 2557;21:139-54.
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. ระบบข้อมูลตัวชี้วัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2561 [อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2562]. เข้าถึงจาก: <http://www.phoubon.in.th>

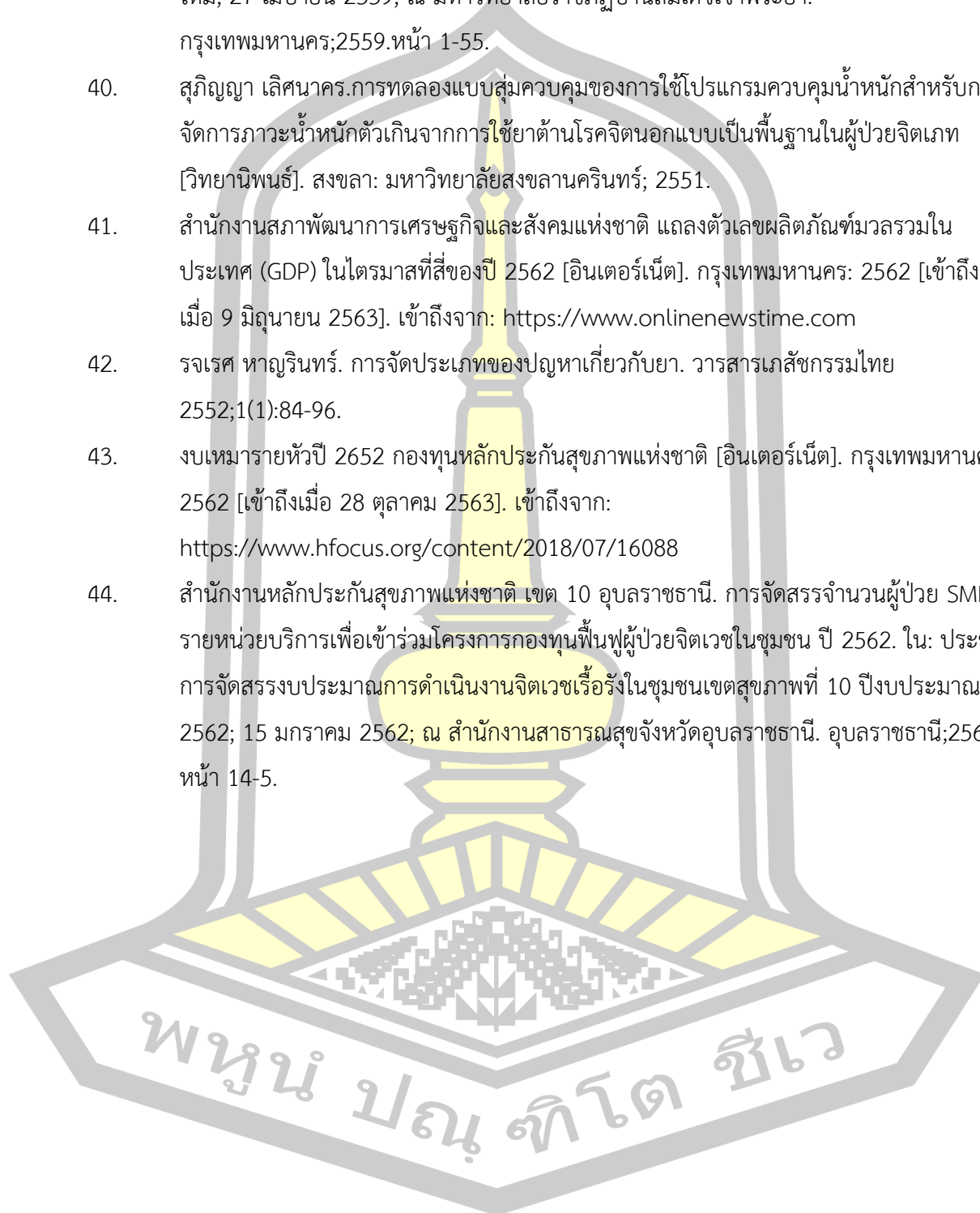


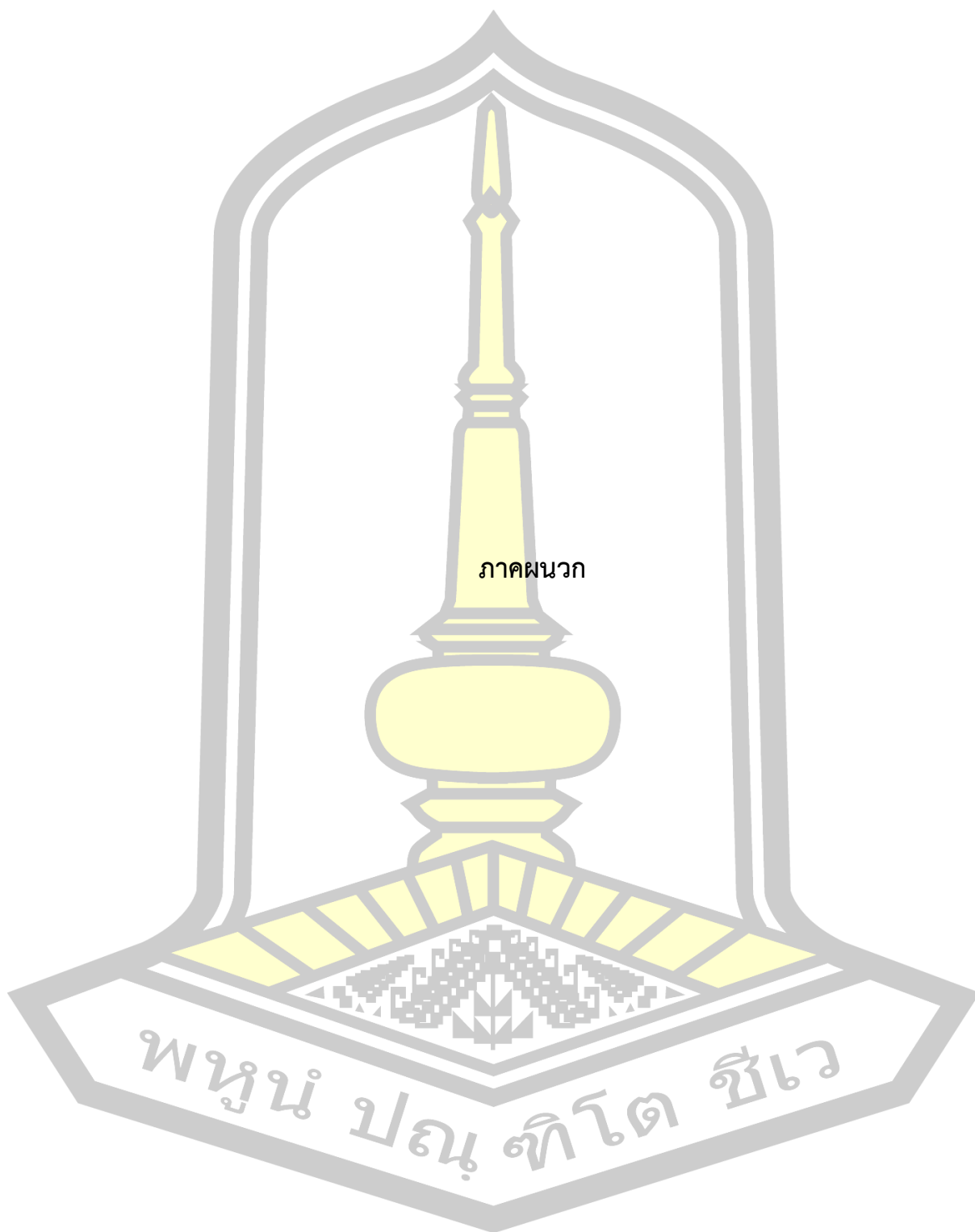
11. Chang LR, Lin YH, Chang HC, Chen YZ, Huang WL, Liu CM, et al. Psychopathology, rehospitalization and quality of life among patients with schizophrenia under home care case management in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association* 2013;112:208-15.
12. Muijen M, Mark I, Connolly J, Audini B. Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *BMJ* 1992;304:749-54.
13. Meijel B, Kruitwagen C, Gaag M, Kahn R, Grypdonck M. An Intervention study to prevent relapse in patients with schizophrenia. *Journal of nursing scholarship* 2006;38(1):42-9.
14. Valenstein M, Kavanagh J, Lee T, Reilly P, Dalack GW, Grabowski J, et al. Using a pharmacy-based intervention to improve antipsychotic adherence among patients with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin* 2011;37(4):727-36.
15. พยอม ตันตจรรยา, สุนันญา พรหมดวง, วันเพ็ญ ทัดศรี. ผลการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (Brief Intervention) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทขาดยา หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. สุรินทร์:โรงพยาบาลสุรินทร์; 2558.
16. มงคล ศิริเทพทวี, พิชญ่า วัฒนาการุณ, จำเนียร สุรวรางกูร, ชนิษฐา ชุ่มสุข, จุฬามณี ดุษฎี ประเสริฐ, ปรียาสิริ วิฑูรชาติ. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของระบบการดูแลต่อผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการระดับปฐมภูมิกับระบบบริการปกติ. *วารสารรามาคิบัติเวชสาร* 2561;41(2):25-35.
17. ลีตวันต์ หงส์กิตติยานนท์. แนวคิดในการบำบัดรักษาทางจิตเวช [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2561]. เข้าถึงจาก: [http://www.elnurse.ssru.ac.th/thitavan\\_ho/pluginfile.php/261/block\\_html/content/A257.pdf](http://www.elnurse.ssru.ac.th/thitavan_ho/pluginfile.php/261/block_html/content/A257.pdf)
18. นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา. *วารสารไทยเภสัชชนิพนธ์ (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์)* 2555;7(1):1-18.
19. กฤษฏี ทองบรรจบ, สายพิณ หัตถ์รัตน. การเยี่ยมบ้าน (Home visit) ในระบบบริการปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2561]. เข้าถึงจาก: <https://www.scribd.com/doc/54723515/Dr>

20. พิธาน โมฆิตชัยวัฒน์. เกสัชเศรษฐศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสยาม; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2561]. เข้าถึงจาก: <https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=316>.
21. สมทรง ราชนิยม, กฤษณี สระมณี. การจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกระนวน. วารสารเภสัชกรรมไทย 2559;8(1):169-81.
22. พชรณัฐภู่ ขยณัฐพงศ์. ปัญหาด้านยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในทีมหมอครอบครัวของเครือข่ายสุขภาพพรหมคีรี. วารสารเภสัชกรรมไทย 2558;9(1),103-10.
23. บุญถม ปาปะแพ, สาริณี สง่าศรี, ต้อมตา ตันจารย์, อัจฉรีย์ ภูวศิษฐ์เบญจภา, พัชรีย์ สังฆเภท, รันตพร ชนาวิรัตน์, และคนอื่นๆ. สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในเขตอำเภอวาปีปทุม มหาสารคาม. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2556;8(4):148-54.
24. ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, ลักขณา ยอดกลกิจ, มาลินี ชมชื่น. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี. วารสารบทความของกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2557;1:212-23.
25. ทศนีย์ เชื่อมทอง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลชลบุรี [อินเทอร์เน็ต]. ชลบุรี: โรงพยาบาลชลบุรี; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2562]. เข้าถึงจาก: <http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3610/Tassanee.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
26. Mihanovic M, Petrovic BR, Bogovic A, Ivezic E, Bodor D, Pozgain I. Quality of life of patients with schizophrenia treated in foster home care and in outpatient treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2015;11:585-95.
27. Hafiz AH, Samy MA, Fahmy AM, Ibrahim SA, Mesailhi M. Psychiatric home care, length of hospital stay and risk of rehospitalization in patients suffering from schizophrenia; a case control study in Al Madinah Al Munawarah Region. *Journal of Taibah University Medical Sciences* 2010;5(1):49-52.
28. Fenton WS, Hoch JS, Herrell JM, Mosher L, Dixon L. Cost and cost-effectiveness of hospital vs residential crisis care for patients who have serious mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:357-64.

29. Tsai SL, Chen MB, Yin TJ. A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care with that of a conventional outpatient follow-up for patients with mental illness. *Journal of Nursing Research* 2005;13(3):165-73.
30. Tzeng DS, Lian LC, Chang CU, Yang CY, Lee GT, Pan P, et al. Health care in schizophrenia: the efficacy and progress of a redesigned care network. *BMC Health Services Research* 2007;7(129):1-9.
31. Behan C, Kennelly B, Callaghan E. The economic cost of schizophrenia in Ireland: a cost of illness study. *Ir J Psych Med* 2008;25(3):80-7.
32. Zhang Z, Zhai J, Wei Q, Qi J, Guo X, Zhao J. Cost-effectiveness analysis of psychosocial intervention for early stage schizophrenia in China: a randomized, one-year study. *BMC Psychiatry* 2014;4(212):1-7.
33. สุณี เลิศสินอุดม. Family Profile. ใน: การบรรยายรายวิชาเภสัชกรรมครอบครัว; 23 กันยายน 2560; ณ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาสารคาม;2560.หน้า 1-8.
34. จีรพรรณ สุริยวงศ์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, น้ำฝน ปิยะตระกูล, อรุมา ภูโสภา, ชลธิดา สิมะวงศ์, พิมพ์ภรณ์ แก้วมา, และคนอื่นๆ. คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2552:3-15.
35. แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อคุณภาพสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้และการบริการของหลักสูตร คณะผลิตกรรมการเกษตร ประจำปีการศึกษา 2557 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงจาก: <file:///C:/Users/User/Downloads/erp25630513194929d6acb4d34d644d9f8264c2683095c098.pdf>
36. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงจาก: <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=22>
37. จันทนา พัฒนเภสัช. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2562]. เข้าถึงจาก: [https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article\\_detail&subpage=article\\_detail&id=416](https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=416)
38. กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรระดับปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงจาก: <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20160226/240259%20NEW>

39. ประจักษ์ ปฏิทัศน์. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย. ใน: การฝึกอบรมสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่; 27 เมษายน 2559; ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. กรุงเทพมหานคร;2559.หน้า 1-55.
40. สุภิญญา เลิศนาคร.การทดลองแบบสุ่มควบคุมของการใช้โปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับการจัดการภาวะน้ำหนักตัวเกินจากการใช้ยาต้านโรคจิตนอกแบบเป็นพื้นฐานในผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.
41. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แดลงตัวเลขผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ในไตรมาสที่สี่ของปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2562 [เข้าถึงเมื่อ 9 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงจาก: <https://www.onlinenewstime.com>
42. รจเรศ หาญรินทร์. การจัดการประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยา. วารสารเภสัชกรรมไทย 2552;1(1):84-96.
43. งบประมาณรายหัวปี 2652 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงจาก: <https://www.hfocus.org/content/2018/07/16088>
44. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี. การจัดสรรจำนวนผู้ป่วย SMI-V รายหน่วยบริการเพื่อเข้าร่วมโครงการกองทุนฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ปี 2562. ใน: ประชุมการจัดสรรงบประมาณการดำเนินงานจิตเวชเรื้อรังในชุมชนเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2562; 15 มกราคม 2562; ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี;2562. หน้า 14-5.





ภาคผนวก

พหุบัณฑิตยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย




ภาคผนวก ก

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

พหุ ประทีป วิทย์

AF 05-10/3.0

 <p>Mahasarakham University Institutional Review Board</p>	<p>หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
---	---

การวิจัยเรื่อง ต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่าย  
บริการสุขภาพ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

Costs and Outcomes of Home Health Care in Patients with Schizophrenia by  
Multidisciplinary Team of Donmoddaeng District Health Service Network in  
Ubonratchathani

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่..... ได้อ่านรายละเอียด

จากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....  
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม  
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้  
ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา  
ของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะ  
เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความ  
เข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล  
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้

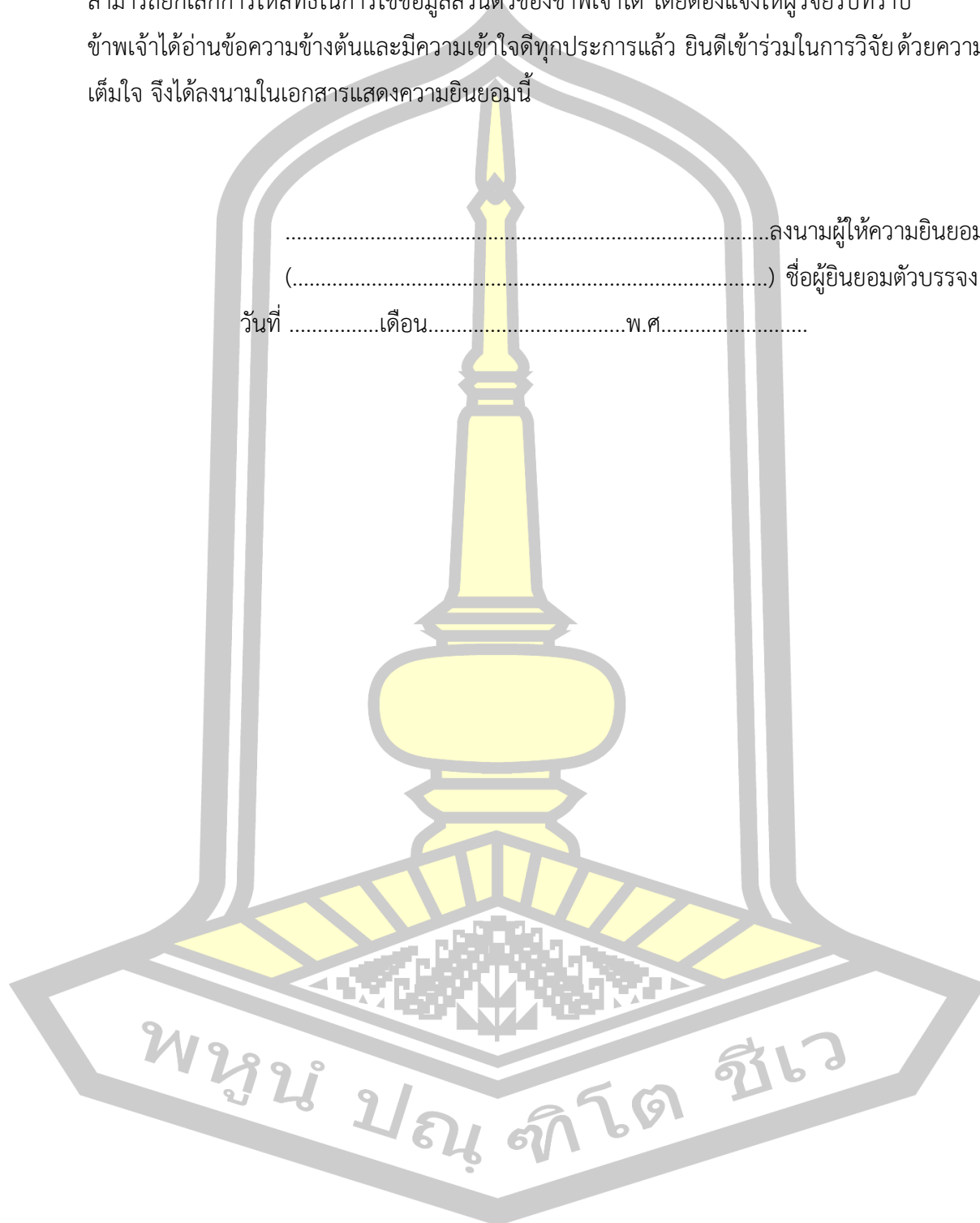
ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ  
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม  
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้น  
ถึงตัวข้าพเจ้าได้

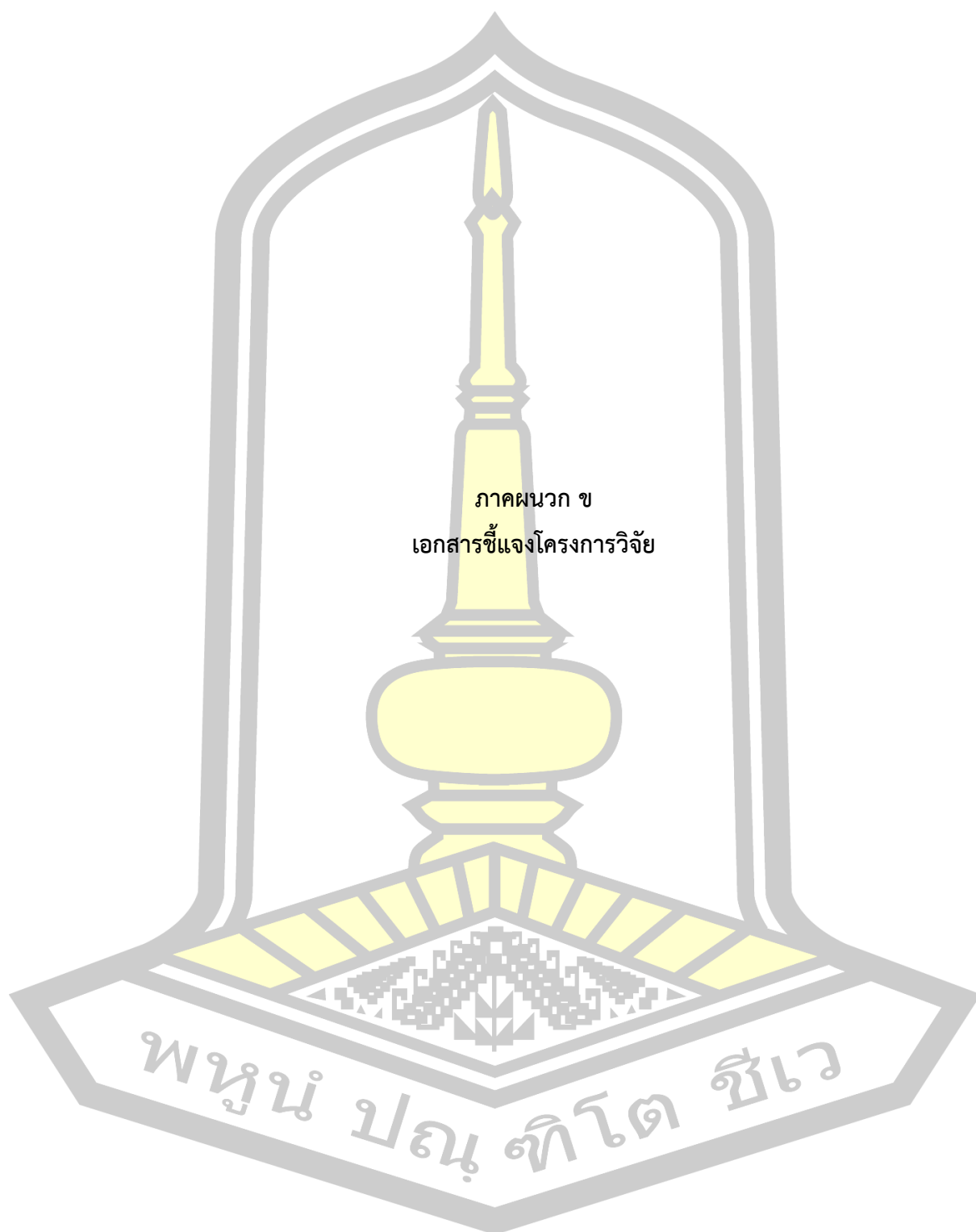
ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการใช้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....







### เอกสารชี้แจงโครงการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง “ต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี” นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนและผลลัพธ์ของการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในมุมมองของสังคม

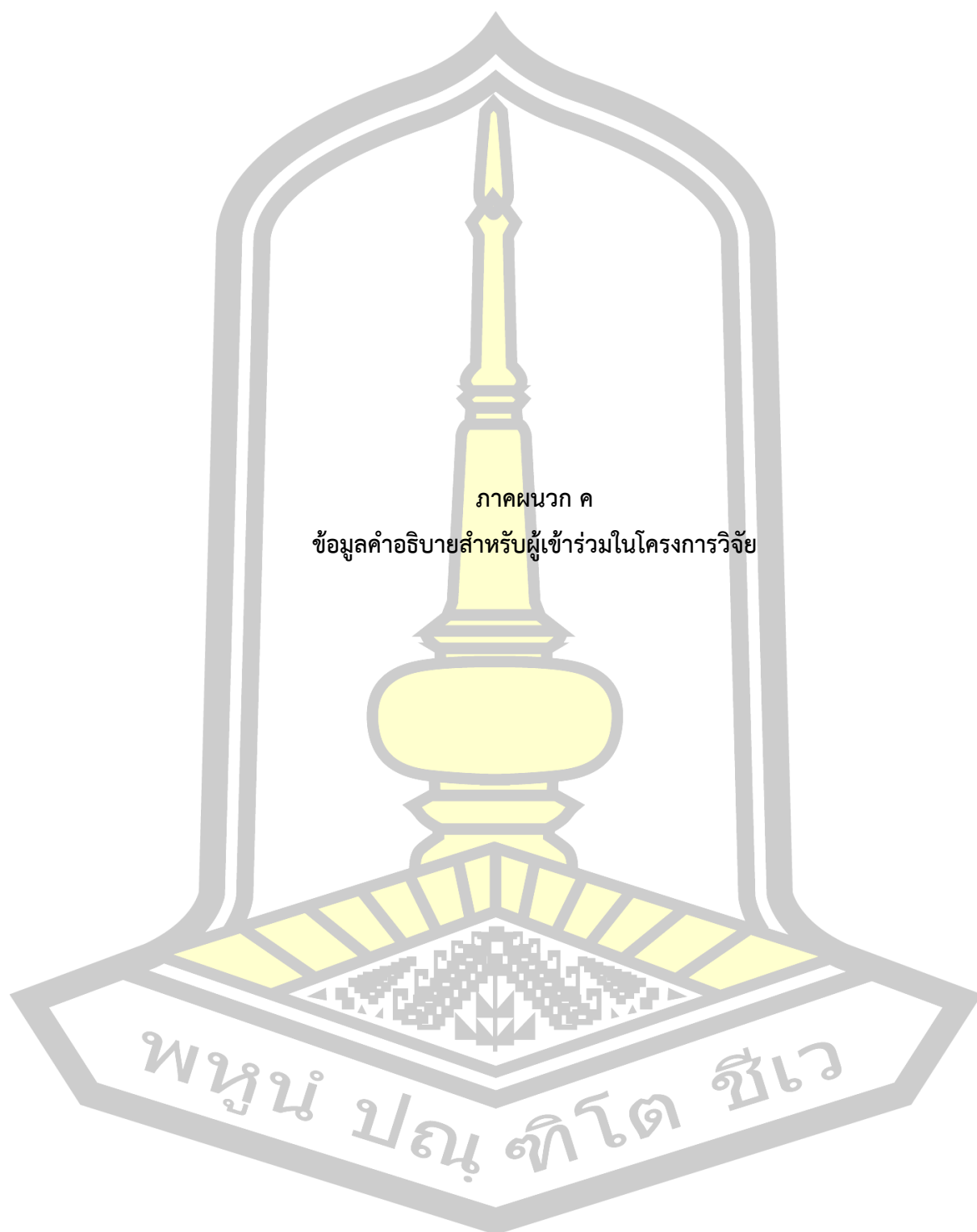
ในการนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดของท่าน โดยข้อมูลของท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตามที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ดังต่อไปนี้

นางอารียา ตั้งมโนกุล มือถือ 095-3945545

อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ไชยสงค์ มือถือ 086-6409919

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม 44150

พญนั ปณฺ ทิโต ชีเว





ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากหัวหน้าหน่วยงานของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยที่แนบมา

#### เหตุผลความเป็นมา

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลดอนมดแดง จำนวน 102 ราย โดยปี พ.ศ.2558 ถึงปี พ.ศ.2560 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 18.43 ,14.60 และ 11.9 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ น้อยกว่า 6.3 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ยังพบปัญหาผู้ป่วยโรคจิตเภทขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาไม่ตรงตามแพทย์สั่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการจิตเภทกำเริบ และถูกนำส่งมารับการรักษาฉุกเฉินที่โรงพยาบาล ดังนั้น ทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนมดแดง จึงเห็นว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องผลักดันให้เกิดการให้บริบาลแก่สังขกรรมเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยการที่ทีมสหสาขาวิชาชีพจะออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อที่จะได้ติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมาพบแพทย์ตามนัด และรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมอาการทางคลินิกได้ และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง รวมทั้งดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมได้ตามปกติ และไม่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาต้นทุนและผลลัพธ์ของการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในมุมมองของสังคม

#### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ และท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับการบริการดูแลรักษาจากผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้ ท่านจะได้รับการบริการในระบบปกติของโรงพยาบาล และได้รับการสัมภาษณ์ถึงข้อมูลประวัติส่วนตัว รายได้และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการที่ต้องมารับการบริการที่โรงพยาบาลในแต่ละครั้ง การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา การประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และในกรณีทีทีมสหสาขาวิชาชีพจะออกเยี่ยมบ้านของท่าน ท่านจะได้รับการติดต่อจากทีมเพื่อขออนุญาตจากท่านก่อนทุกครั้ง โดยในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง จะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

### ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้โครงการวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้วิจัยได้รับทราบ

### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

โครงการวิจัยนี้มีการสัมภาษณ์และตอบคำถามหลายข้อคำถาม หากท่านรู้สึกเครียดหรือได้รับความรู้สึกกังวลเรื่องการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ทันที

### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะได้รับบริการการดูแลรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลดอนมดแดงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ที่ท่านอาศัยอยู่ อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ดำเนินโครงการวิจัย และมีการประเมินความรุนแรงของโรค อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมปลอดภัย

### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตหรือสิทธิสวัสดิการใด ๆ ที่ท่านมีอยู่ โดยท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ทันที

### ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้นในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้

### ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับของที่ระลึกเพื่อเป็นการขอบคุณสำหรับการให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นจำนวน 1 ชิ้น

### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน ทั้งนี้ ข้อมูลของท่านจะถูกจัดเก็บเป็นเวลา 5 ปี ที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และจะทำลายภายในสิ้นปี พ.ศ. 2567

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

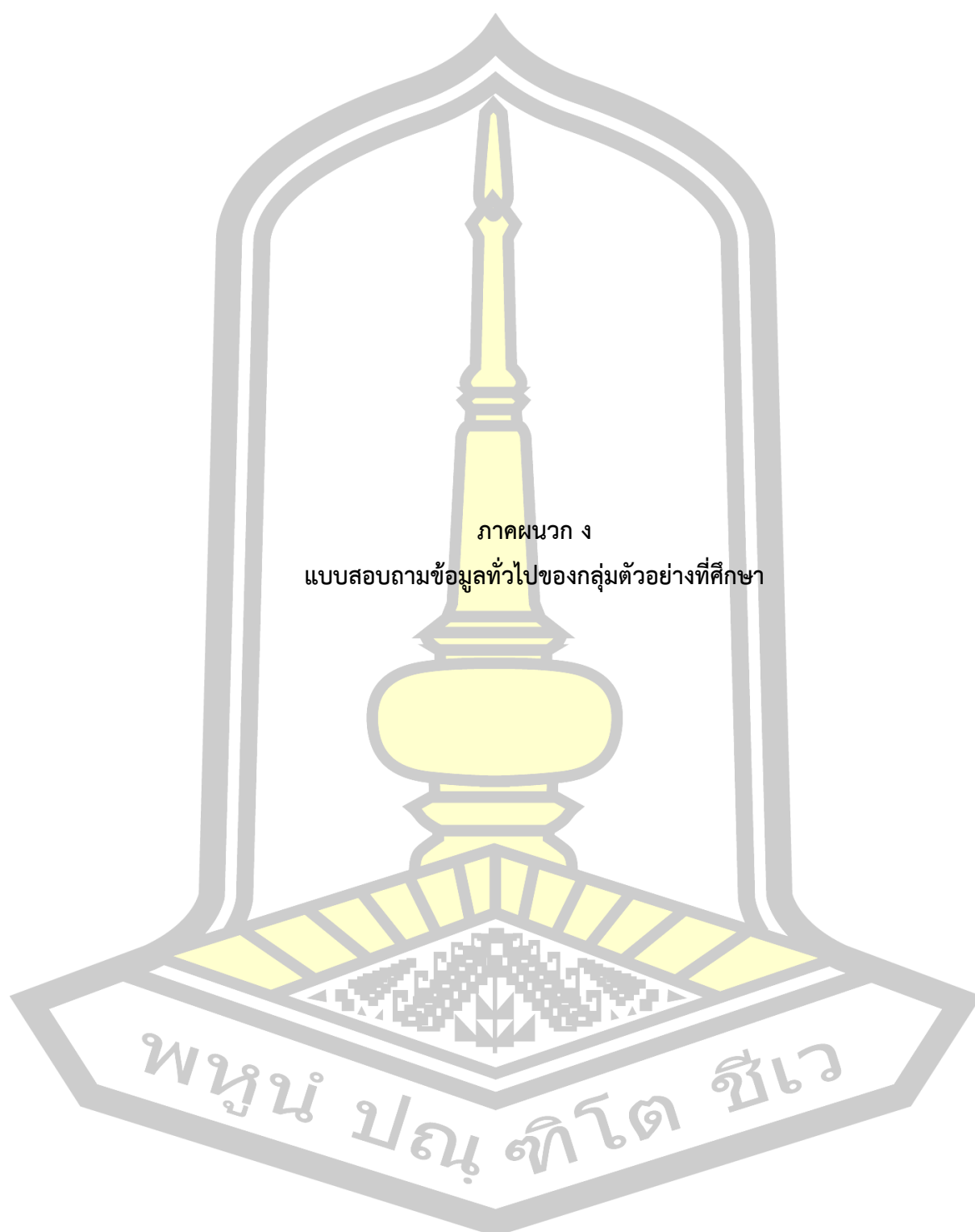
### สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่า การยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์ 043-754416 โทรสาร 043-754416 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้





เลขที่แบบสอบถาม..... กลุ่ม [ ] 1 [ ] 2

## แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

\*\*\*\*\*

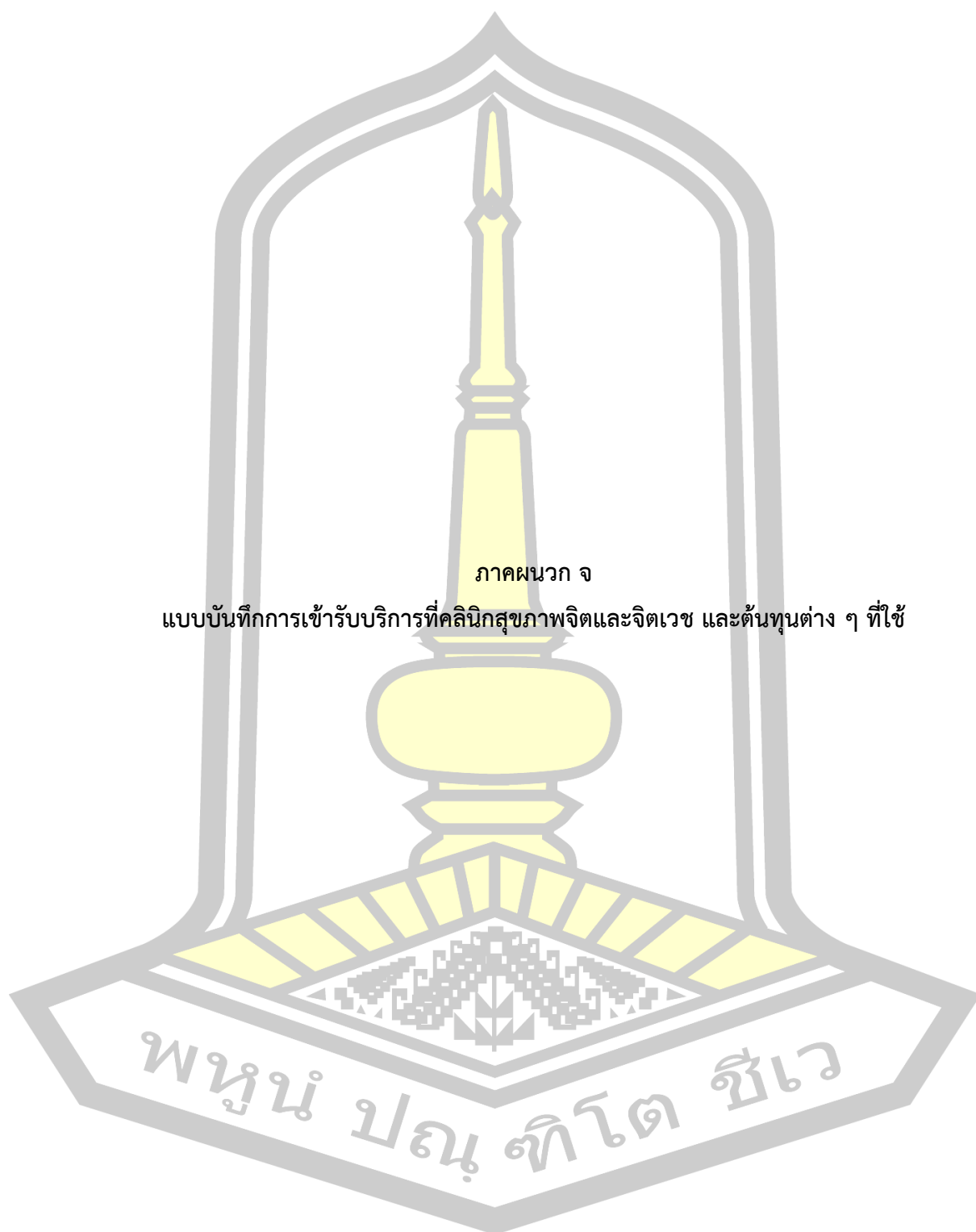
คำชี้แจง : ให้เติมข้อความหรือตัวเลขในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน [ ] หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ [ ] ชาย [ ] หญิง อายุ.....ปี
2. สถานภาพ [ ] โสด [ ] คู่ [ ] หม้าย/หย่า
3. ระดับการศึกษา [ ] ไม่ได้เรียนหนังสือ [ ] ประถมศึกษา [ ] มัธยมศึกษาตอนต้น  
[ ] มัธยมศึกษาตอนปลาย [ ] ปวส./ปวช./อนุปริญญา [ ] ปริญญาตรี  
[ ] อื่น ๆ ระบุ.....
4. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ  
[ ] ไม่มีอาชีพ [ ] รับจ้าง [ ] เกษตรกรรม [ ] ค้าขาย [ ] รับราชการ  
[ ] ธุรกิจส่วนตัว [ ] อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ต่อเดือน (บาท)  
[ ] ไม่มีรายได้ [ ] 1-1,000 บาท [ ] 1,001-5,000 บาท  
[ ] 5,001-10,000 บาท [ ] 10,001-20,000 บาท [ ] มากกว่า 20,000 บาท
6. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....ปี โรคประจำตัว อื่น ๆ (ถ้ามี) ระบุ.....
7. การสูบบุหรี่ [ ] ไม่สูบ [ ] สูบ ระบุ.....มวน/ต่อวัน
8. การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ M-150 ลิโพ ฯลฯ  
[ ] ไม่ดื่ม [ ] ดื่ม ก็ครั้ง/วัน.....ปริมาณในการดื่ม/ครั้ง.....
9. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เครื่องดื่มตราพญานาค ฯลฯ  
[ ] ไม่ดื่ม [ ] ดื่ม ก็ครั้ง/วัน.....ปริมาณในการดื่ม/ครั้ง.....
10. ท่านอาศัยอยู่กับ [ ] อยู่ตามลำพัง [ ] อยู่กับครอบครัว ระบุจำนวนสมาชิก.....คน  
ประกอบด้วย.....
11. ผู้ดูแลท่านขณะอยู่ที่บ้าน  
[ ] ดูแลตนเอง [ ] ครอบครัว ระบุ ผู้ดูแล.....
12. ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลจัดยาให้ท่านรับประทาน  
[ ] จัดยาเอง [ ] มีผู้จัดยาให้ ระบุ.....

13. การใช้ยา/สมุนไพร และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากที่โรงพยาบาลให้การรักษา  
 ไม่มี     มี ระบุ.....
14. ข้อมูลการมารับบริการที่โรงพยาบาลในแต่ละครั้ง
- 14.1 ท่านมาโรงพยาบาลอย่างไร  
 มาด้วยตนเอง     ญาติพามา (จำนวนญาติ.....คน / อาชีพ.....  
 / รายได้ต่อเดือน.....บาท)
- 14.2 ท่านมาโรงพยาบาลด้วยยานพาหนะใด  
 รถจักรยานยนต์     รถยนต์     รถจักรยาน     เดิน  
 รถรับจ้าง (ค่าใช้จ่าย.....บาท/ครั้ง)     อื่น ๆ ระบุ.....
- 14.3 ระยะทางจากบ้านของท่านถึงโรงพยาบาล.....เมตร/กิโลเมตร
- 14.4 เวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านของท่านถึงโรงพยาบาล.....นาที/ชั่วโมง
- 14.5 ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เวลามาโรงพยาบาล  
 ค่าบริการตามสิทธิร่วมจ่ายจำนวน 30 บาท  
 ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องชำระเอง (จำนวน.....บาท)  
 ค่าซื้ออาหาร/สินค้า ในระหว่าง รอรับบริการ (จำนวน.....บาท)  
 อื่น ๆ ระบุ.....(จำนวน.....บาท)
15. สิทธิการรักษา     ประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....     ข้าราชการ  
 ประกันสังคม     อื่น ๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล/ผู้สอบถาม  
 วัน/เดือน/ปี.....

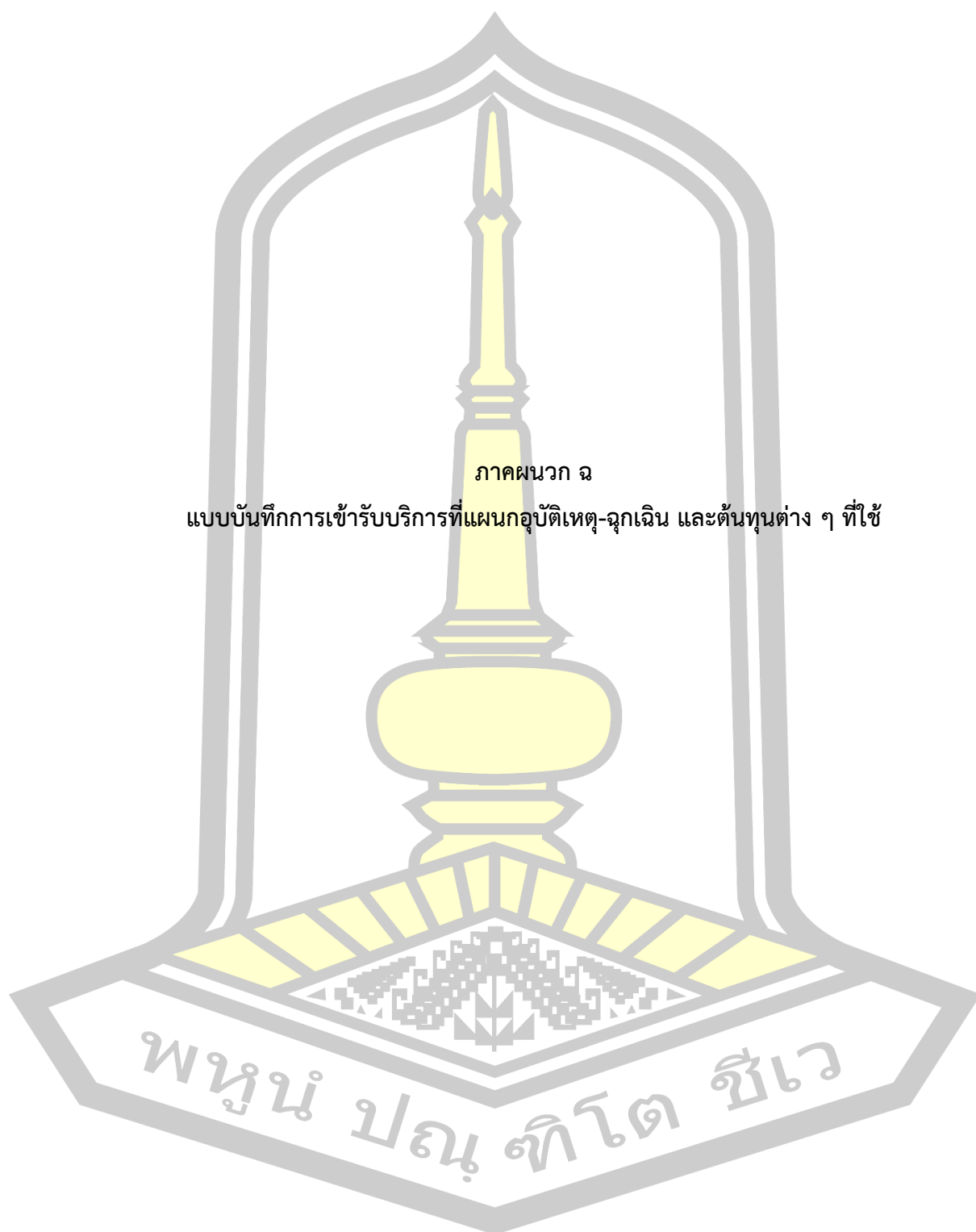
พญ. ปณ. ทิโต ชีเว



ภาคผนวก จ

แบบบันทึกการเข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้



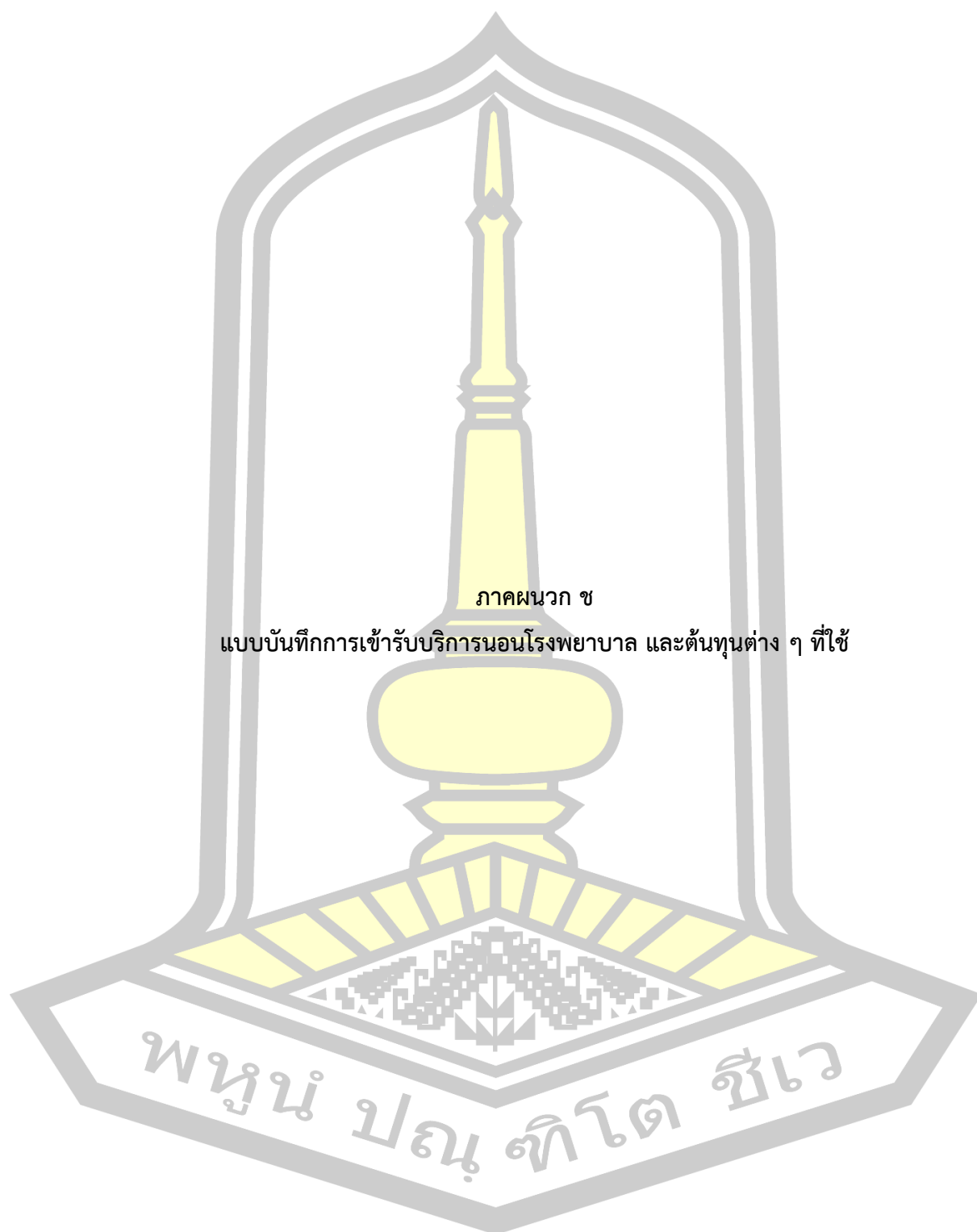


ภาคผนวก ฉ

แบบบันทึกการเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้

พหุ ประจักษ์ วิทยา





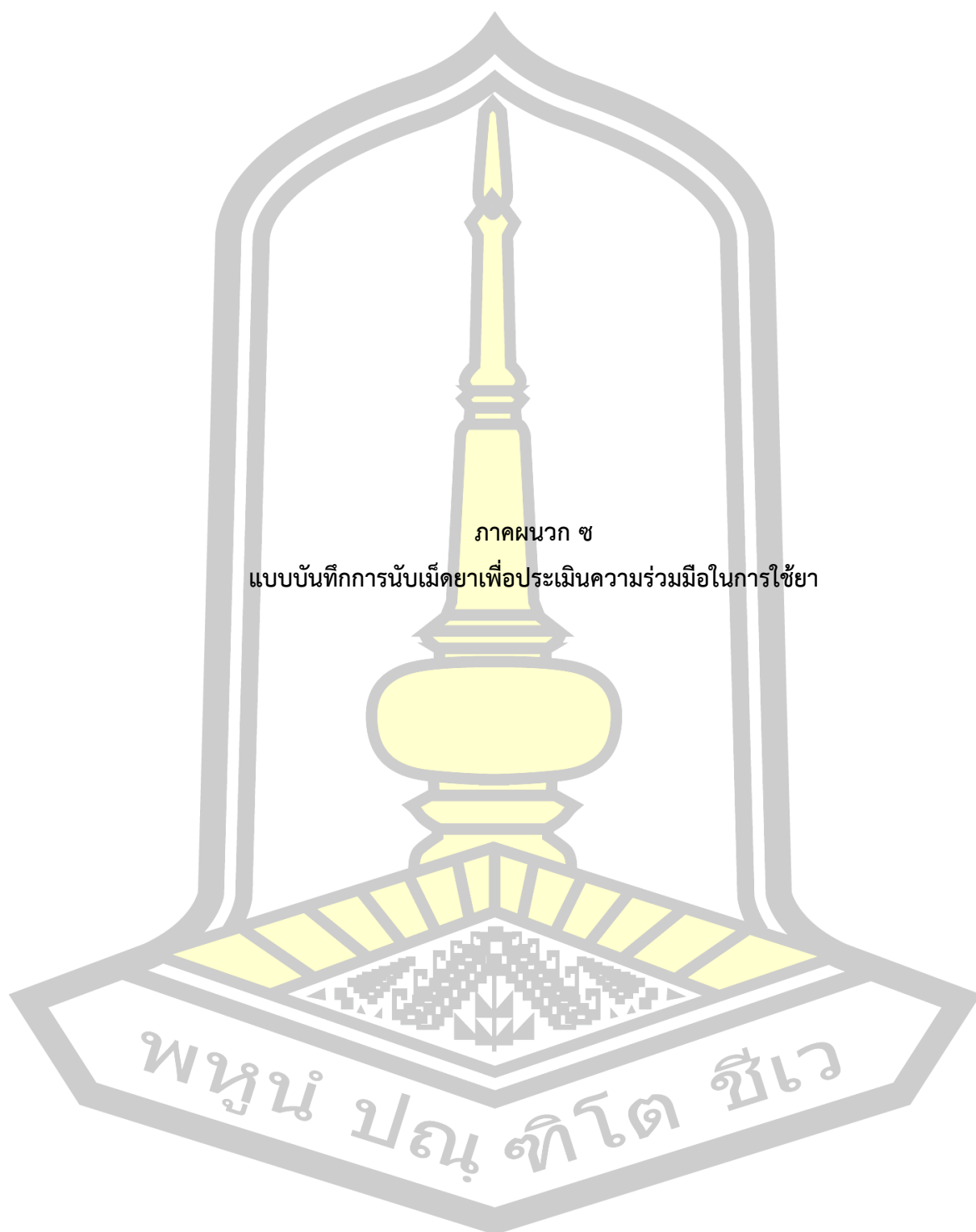
ภาคผนวก ข

แบบบันทึกการเข้ารับบริการนอนโรงพยาบาล และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้

พญัน ปณุ ทิโต ชีเว







ภาคผนวก ซ

แบบบันทึกการนับเม็ดยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว

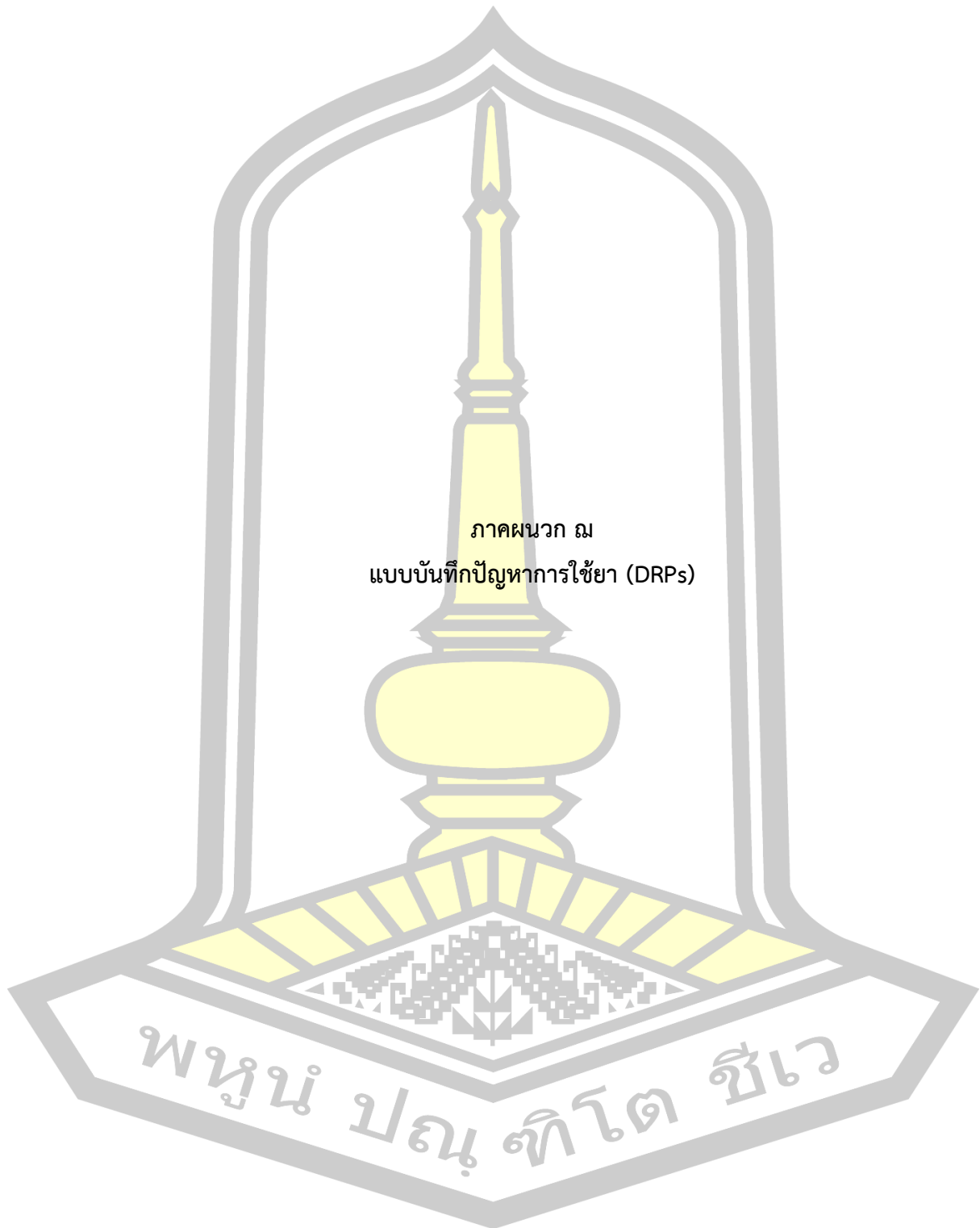
เลขที่แบบสอบถาม..... กลุ่ม [ ] 1 [ ] 2

## แบบบันทึกการนับเม็ดยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

\*\*\*\*\*

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	จำนวนเม็ดยาที่จ่ายครั้งนี้ [A]	จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานจนถึงวันนี้ [B]	จำนวนเม็ดยาที่เหลือเมื่อถึงวันนี้ [C]	จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยรับประทานทั้งหมด [D] (D=A-C)	ร้อยละความร่วมมือในการรับประทานยา [E] (E=D/B*100)
1	ว/ด/ป..... จำนวนวันนัด.....วัน จ่ายยา..... F/U .....					
2	ว/ด/ป..... จำนวนวันนัด.....วัน จ่ายยา..... F/U .....					
3	ว/ด/ป..... จำนวนวันนัด.....วัน จ่ายยา..... F/U .....					
4	ว/ด/ป..... จำนวนวันนัด.....วัน จ่ายยา..... F/U .....					
5	ว/ด/ป..... จำนวนวันนัด.....วัน จ่ายยา..... F/U .....					
ค่าเฉลี่ยร้อยละความร่วมมือในการรับประทานยา						

ประเมินครั้งที่	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
ผู้ประเมิน					



ภาคผนวก ฅ  
แบบบันทึกปัญหาการใช้ยา (DRPs)

พหุ ม ประ โท ชี เว

เลขที่แบบสอบถาม..... กลุ่ม [ ] 1 [ ] 2

## แบบบันทึกปัญหาการใช้ยา (DRPs)

\*\*\*\*\*

## 1. ปัญหาการใช้ยา [ ] มี [ ] ไม่มี

- [ ] ไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง  
 ทำให้ : ( ) ยาเหลือ ( ) ยาหมดก่อนถึงวันนัด  
 สาเหตุ : ( ) ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ( ) ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รับประทานยา  
 ( ) ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำการใช้ยา ( ) ผู้ป่วยตั้งใจปรับขนาดยารับประทานเอง  
 ( ) ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลจัดยาให้รับประทาน ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
- [ ] ได้รับยาที่ไม่เหมาะสมกับโรค/ได้ยาซ้ำซ้อน.....
- [ ] เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา.....
- [ ] ได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดต่ำกว่าขนาดรักษา.....
- [ ] ได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดสูงกว่าขนาดรักษา.....
- [ ] ไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ.....
- [ ] มีการใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้.....
- [ ] เกิดอันตรกิริยาที่เกิดจากยา.....
- [ ] การสูบบุหรี่ร่วมกับการใช้ยา.....
- [ ] การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนร่วมกับการใช้ยา.....
- [ ] การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ร่วมกับการใช้ยา.....
- [ ] การใช้สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/ยาแผนโบราณ ที่ไม่มีทะเบียน/ทะเบียนปลอม.....
- [ ] อื่น ๆ ระบุ.....

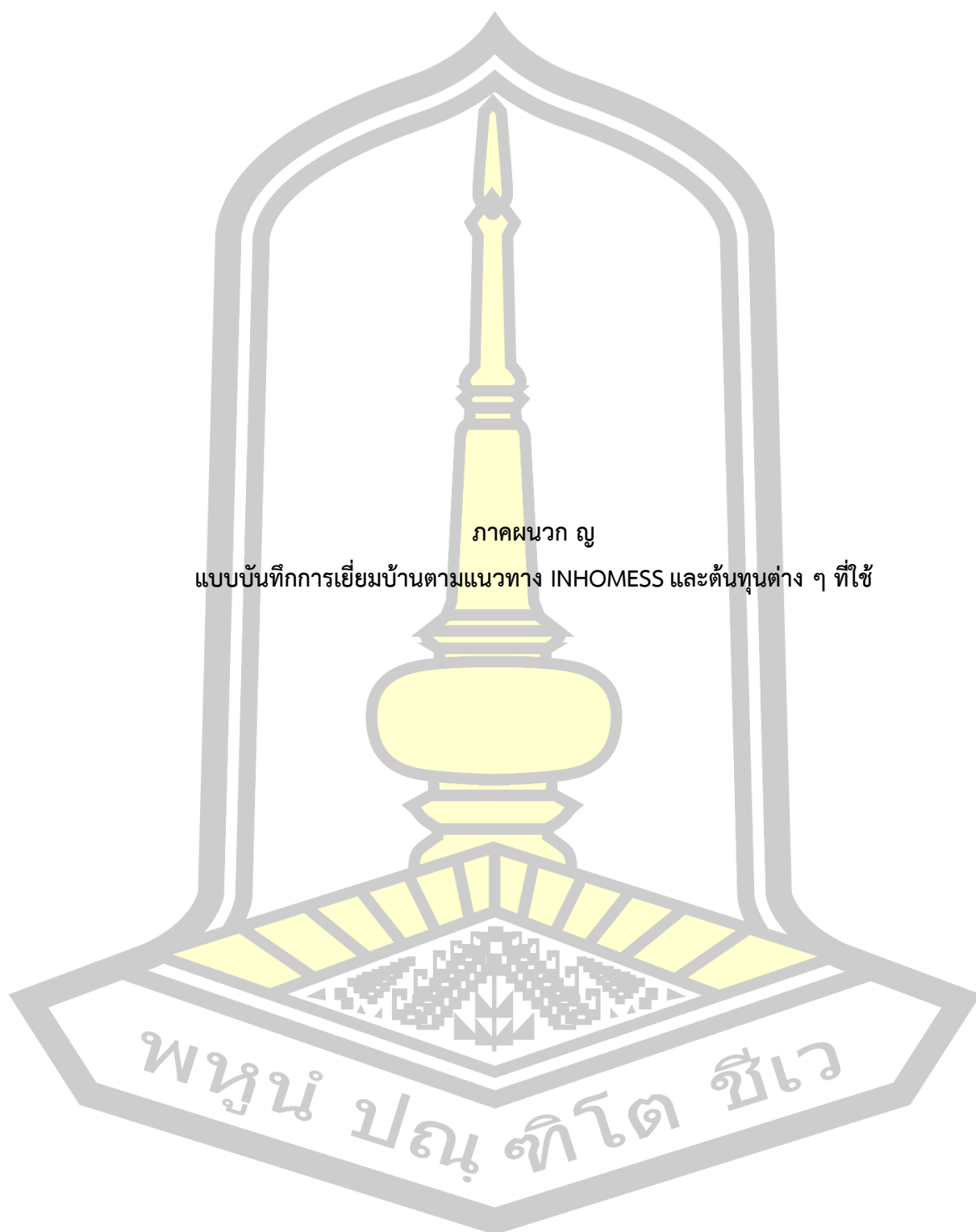
## 2. การจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

- [ ] ทบทวนวิธีการรับประทานยาให้แก่ผู้ป่วย/ญาติหรือผู้ดูแล
- [ ] แนะนำวิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- [ ] แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย
- [ ] ให้คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วย/ญาติหรือผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา
- [ ] ใช้ฉลากรูปภาพ/เพิ่มขนาดตัวอักษรของฉลากยา
- [ ] แนะนำการนำยาเดิมไปโรงพยาบาลด้วยทุกครั้ง
- [ ] ประสานแพทย์ประจำคลินิก เพื่อปรับเปลี่ยนขนาดยาที่ใช้ในการรักษา
- [ ] อื่น ๆ ระบุ.....

## 3. ผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

- [ ] ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข
- [ ] ปัญหาได้รับการถูกแก้ไขในบางส่วน และต้องติดตามปัญหาต่อ.....
- [ ] ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้และต้องติดตามปัญหาต่อ.....
- [ ] อื่น ๆ ระบุ.....

ประเมินครั้งที่	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6
ว/ต/ป :						
ผู้ประเมิน						



ภาคผนวก ญ

แบบบันทึกการเยี่ยมชมบ้านตามแนวทาง INHOMESS และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้

พหุ ประจักษ์ วิทยา

เลขที่แบบสอบถาม..... กลุ่ม [ ] 1 [ ] 2

แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESS และต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้

\*\*\*\*\*

ครั้งที่ ..... ว/ด/ป..... เวลาในการเยี่ยม.....

ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้าน

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

การประเมิน INHOMESSS จากการเยี่ยมบ้าน

หัวข้อในการประเมิน	ผลการประเมิน (ระบุรายละเอียด)
I=Immobility เขาเดินได้ไหม	( ) เดินได้ปกติ ( ) เดินไม่ได้ ( ) มีปัญหาการทรงตัว/การเดินต้องใช้อุปกรณ์ช่วย ( ) นอนติดเตียง ระบุรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี).....
N=Nutrition เขากินอย่างไร	อาหารที่ขอรับประทาน..... จำนวนมื้อต่อวัน..... มื้อ ผู้ดูแลเรื่องอาหาร..... รสชาติอาหารที่ชอบ ( ) หวาน ( ) มัน ( ) เค็ม ( ) เผ็ด ( ) เปรี้ยว ( ) อื่น ๆ..... ที่มาของอาหาร ( ) ประุงเอง ( ) ซื้อสำเร็จรูป ( ) อาหารแช่แข็ง ( ) อื่น ๆ..... ระบุรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี).....
H=Housing เขาอยู่อย่างไร	ลักษณะบ้าน ( ) บ้านไม้ชั้นเดียว ( ) บ้านไม้สองชั้น ( ) บ้านไม้ยกใต้ถุนสูง ( ) บ้านสองชั้นครึ่งไม้ครึ่งปูน ( ) อื่น ๆ..... สภาพภายในบ้าน ( ) สะอาด ( ) ไม่สะอาด ( ) อื่น ๆ..... บริเวณรอบบ้าน ( ) มีบริเวณ ( ) ไม่มีบริเวณ สภาพบริเวณรอบบ้าน ( ) สะอาด ( ) ไม่สะอาด ( ) อื่น ๆ..... ระบุรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี).....
O=Other people มีใครอยู่ด้วยบ้าง	( ) อยู่ตามลำพัง ( ) อยู่กับครอบครัว ระบุจำนวนสมาชิก.....คน ประกอบด้วย.....
M=Medication กินอะไรเป็นยา	..... ..... .....

## การประเมิน INHOMESSS จากการเยี่ยมบ้าน (ต่อ)

หัวข้อในการประเมิน	ผลการประเมิน (ระบุรายละเอียด)
E=Examination มาตรตรวจร่างกาย	การตรวจวัดสัญญาณชีพต่าง ๆ BP=.....mmHg, RR=.....ครั้ง/นาที, PR=.....ครั้ง/นาที การประเมินอาการทางคลินิก ..... ..... .....
S=Safety ปลอดภัย หรือเปล่า	ลักษณะที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ( ) ปลอดภัย ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ( ) ไม่ปลอดภัย มีเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ระบุรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)..... ..... .....
S=Spirituality เข้าใจความหมาย ชีวิต	การยอมรับและเข้าใจสภาวะของโรคและการเจ็บป่วย ( ) ยอมรับและเข้าใจ ( ) ไม่ยอมรับและไม่เข้าใจ ( ) อื่น ๆ..... ความเชื่อ/เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ..... ระบุรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)..... .....
S=Service อุทิศสถาน พยาบาลที่มี	สถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการ ( ) โรงพยาบาล..... ( ) รพ.สต..... ( ) คลินิก..... ( ) อื่น ๆ ระบุ.....



ปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน และการจัดการปัญหา

ปัญหา	การจัดการ	ผลลัพธ์

สรุปผลการเยี่ยมบ้าน.....

.....

.....

.....

การวางแผนการเยี่ยมบ้านในครั้งต่อไป.....

.....

.....

.....

ต้นทุนต่าง ๆ ที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล





เลขที่แบบสอบถาม..... กลุ่ม [ ] 1 [ ] 2

แบบบันทึกการให้คำปรึกษาการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นเพื่อสร้างความร่วมมือในการรับประทานยา  
และการติดตามผลการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยเภสัชกรในขณะเยี่ยมบ้าน

\*\*\*\*\*

## ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention)

ครั้งที่ 1 วัน/เดือน/ปี.....เวลาที่ให้คำปรึกษา.....

เน้นที่การสร้างความร่วมมือ (Collaboration) การค้นหาเหตุผลและเป้าหมายในการรักษา (Reasons and Goals) การชี้ให้เห็นความแตกต่างของการรับประทานยาและการขาดยา (Understand the difference) การชี้ให้เห็นถึงสิ่งที่เคยทำเพื่อมารับประทานยาได้ครบถ้วน (Past success)

กระบวนการ	วัตถุประสงค์	วิธีการสนทนา	สรุปการสนทนา (พอสั่งเขป)
1. สร้างสัมพันธภาพ (Affirmation)	เพื่อให้ผู้รับบริการไว้วางใจ สร้างความร่วมมือและเปิดรับข้อมูล	แนะนำตัว ทักทาย พูดคุยเกี่ยวกับสิ่งดีที่พบ เช่น คุณมาตรงนัด คุณดูทะมัดทะแมงมาก	
2. ตกลงบริการ	เพื่อระบุประเด็นและระยะเวลาในการพูดคุย	ขออนุญาตพูดคุยเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยขอใช้เวลาประมาณ 15 -20 นาที	
3. ค้นหาเป้าหมายและเหตุผลในการรักษา	เพื่อสร้างแรงจูงใจ	- ที่คุณมารักษาอย่างต่อเนื่องนี้คุณมีความตั้งใจอะไรหรือเปล่า (บางคนอยากทำงานได้/ บางคนต้องการหลับสบาย) - คุณรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องเพราะอะไร/ เพราะใคร	
4. การชี้ให้เห็นความแตกต่างของการรับประทานยาและการขาดยา	เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจและให้ข้อมูลที่จำเป็น	-ช่วงที่คุณขาดยาเป็นอย่างไรบ้าง (งาน/การนอน/ครอบครัว) (ให้ข้อมูลสนับสนุน) -ช่วงที่รับประทานยาได้ต่อเนื่องอาการ/การงานเป็น อย่างไร (ให้ข้อมูลสนับสนุน)	

กระบวนการ	วัตถุประสงค์	วิธีการสนทนา	สรุปการสนทนา (พอสั่งเขป)
5. การชี้ให้เห็นถึงสิ่งที่เคยทำเพื่อให้รับประทานยาได้ครบถ้วน	เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจ	บางครั้งการรับประทานยาก็มีอุปสรรค แล้วคุณแก้ไขอย่างไรจึงสามารถรับประทานยาได้ครบ	
6. สรุป	เพิ่ม Self efficacy เพื่อให้มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดูเหมือนว่าช่วงที่รับประทานยาได้ต่อเนื่อง อากาศคุณดีและสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้มากทีเดียว และแม้ว่าบางครั้งจะมีอุปสรรคแต่เมื่อคุณ ตั้งใจก็เตือนตัวเองจนรับประทานยาครบได้เหมือนกัน</li> <li>- เรามาวางแผนการรับประทานยากัน (พูดคุยเรื่องแผน อย่างย่อแล้วต่อคราวหน้า)</li> </ul>	

สรุปและประเมินผลการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ครั้งที่ 1

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำปรึกษา

พญ. ปณ. ทิ. โต ชี. เว

ครั้งที่ 2 วัน/เดือน/ปี.....เวลาที่ให้คำปรึกษา.....

เน้นที่การเชื่อมโยงเป้าหมายและเหตุผลในการรักษาเข้ากับการรับประทานยาต่อเนื่อง  
ชี้ให้เห็นความเป็นไปได้ในการรับประทานยาต่อเนื่องและวางแผนที่เป็นรูปธรรม (Solid plan)

กระบวนการ	วัตถุประสงค์	วิธีการสนทนา	สรุปการสนทนา (พอสั่งเซป)
1. สร้างสัมพันธภาพ (Affirmation)	เพื่อให้ผู้รับบริการไว้วางใจ สร้างความร่วมมือและเปิดรับข้อมูล	ทักทาย พูดคุยเกี่ยวกับสิ่งดีที่พบ เช่น หน้าตาสดใสขึ้น คล่องแคล่วขึ้น	
2. ตกลงบริการ	เพื่อระบุประเด็นและระยะเวลาในการพูดคุย	ขออนุญาตพูดคุยเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่องจากครั้งก่อน ใช้เวลาประมาณ 15 -20 นาที	
3. สสำรวจแรงจูงใจ	เพื่อวัดความตระหนักในปัญหา	คุณวางแผนการรับประทานยาอย่างไร	
4. การเชื่อมโยงเป้าหมายและเหตุผลในการรักษา	เพื่อสนับสนุนพฤติกรรม การรับประทานยาต่อเนื่อง	ครั้งที่แล้วดูเหมือนว่าคุณมีเหตุผลที่ทำให้ตั้งใจในการรักษามีอะไรบ้าง	
5. การวัดแรงจูงใจและคำถามสร้างแรงจูงใจ	เพื่อประเมินและเสริมความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	-คุณลองให้น้ำหนักคะแนนในการรับประทานยาต่อเนื่อง โดยมีคะแนน 0-10 ให้คะแนน 10 หมายถึงรับประทานยาต่อเนื่องแน่นอน ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่รับประทานยา -เพราะอะไรคุณถึงตั้งใจขนาดนั้น	

กระบวนการ	วัตถุประสงค์	วิธีการสนทนา	สรุปการสนทนา (พอสังเขป)
6. การให้ข้อมูลและแผนการที่มีทางเลือก	เพื่อให้มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	อย่างที่คุณสังเกตว่าการรับประทานยาทำให้อาการดีขึ้น/ทำงานได้สำหรับผลข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น อาการง่วงอาจเปลี่ยนเวลารับประทานยาให้เหมาะสม/เรามา ลองวางแผนการรับประทานยา/มีสิ่งใดที่จะเตือนเรื่องการรับประทานยา	
7. สรุป	เพื่อทบทวนและให้ความกระจ่างในแผนการปฏิบัติ	- สรุปเหตุผลที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่องและแผนที่ได้วางไว้ - แสดงความชื่นชม - ขอติดตามประเมินผลในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป	
8. ให้กำลังใจ	เพื่อให้ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีคนคอยห่วงใยและให้กำลังใจ	ที่จริงคุณเองเคยทำได้มาก่อนแล้ว คราวนี้ดีฉัน ขอเป็นกำลังใจให้คุณปฏิบัติได้สำเร็จตาม ความตั้งใจ	

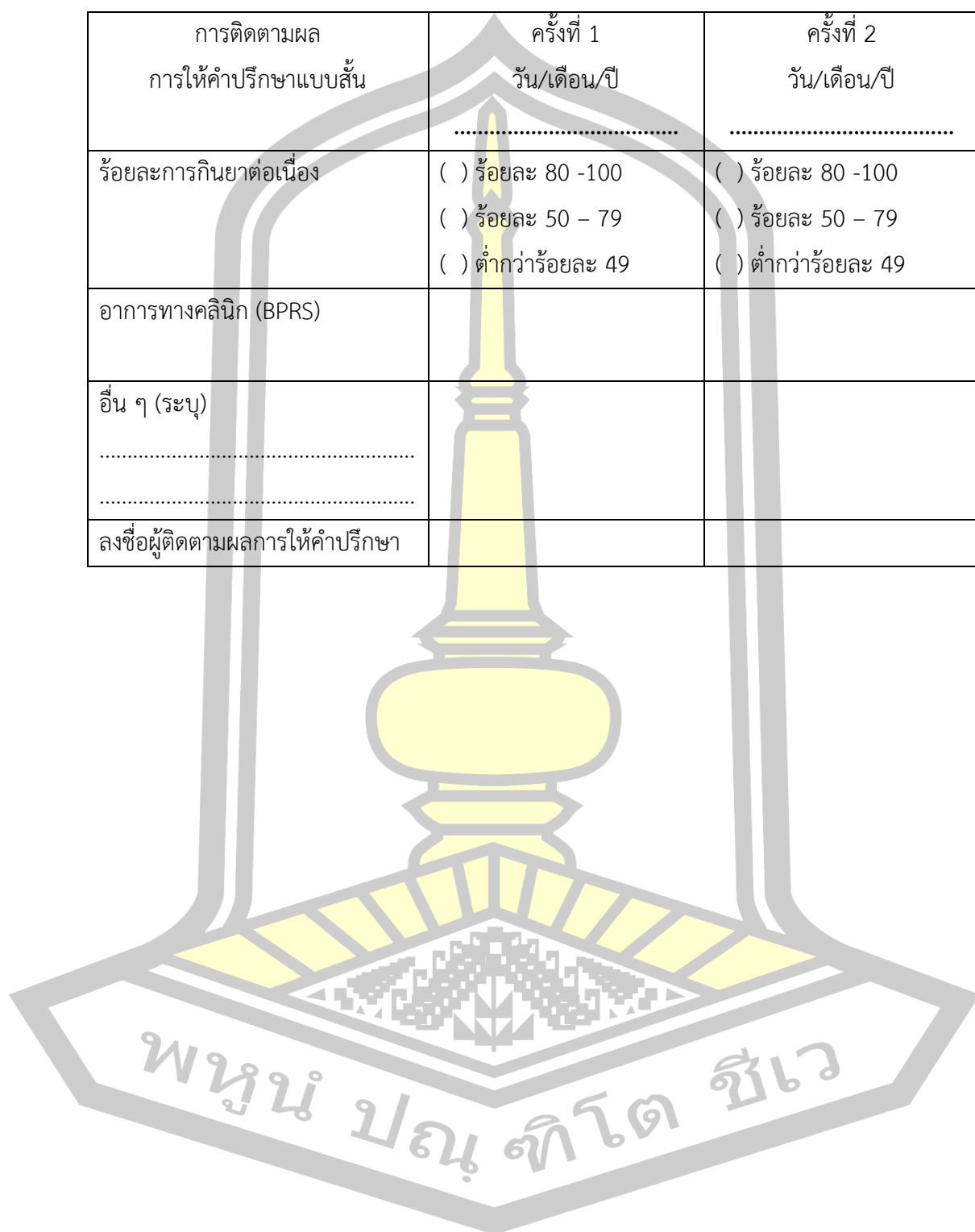
สรุปและประเมินผลการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ครั้งที่ 2

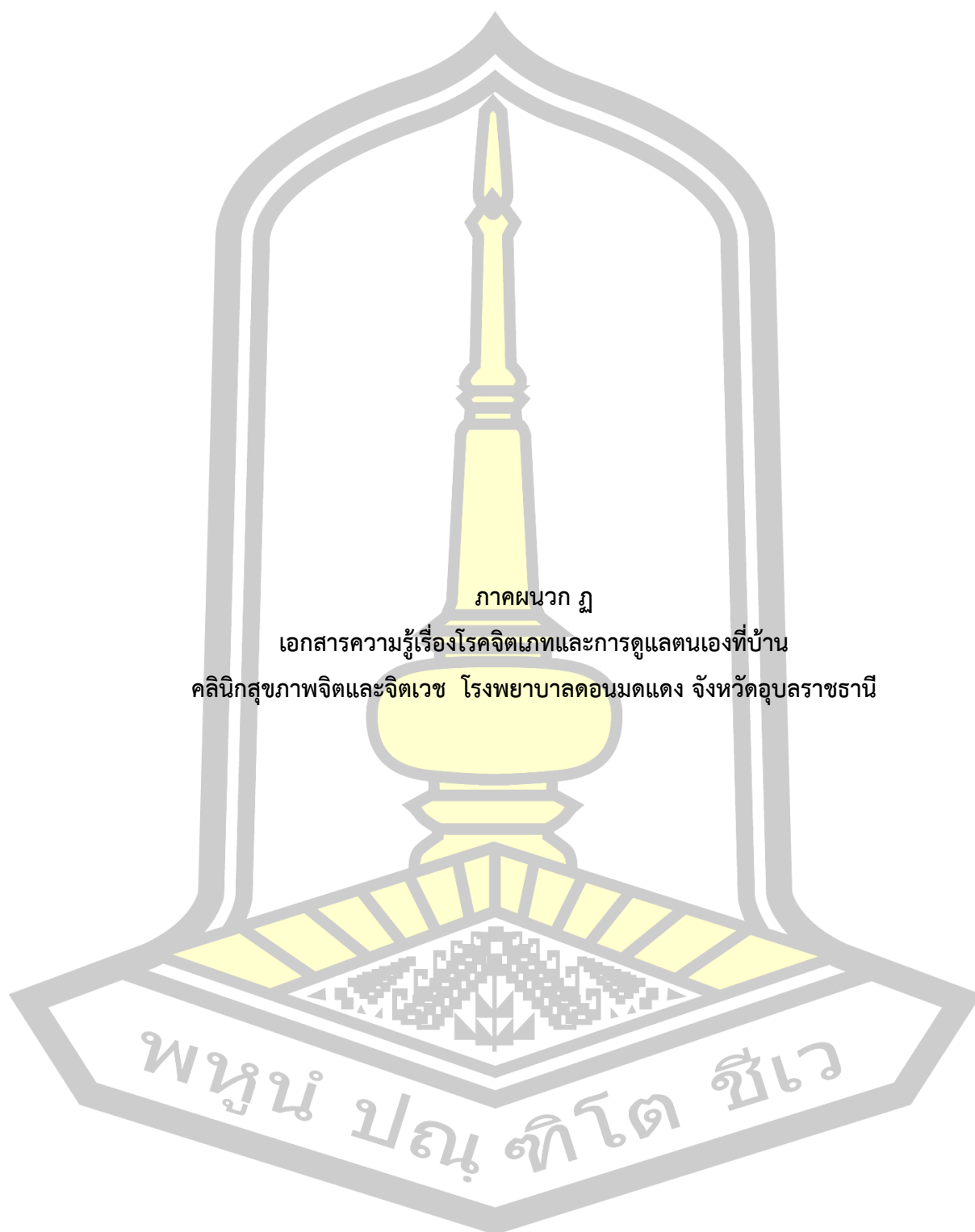
พญ. อนุ ภิชาติ ชีวะ

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำปรึกษา

## การติดตามผลการให้คำปรึกษาแบบสั้น

การติดตามผล การให้คำปรึกษาแบบสั้น	ครั้งที่ 1 วัน/เดือน/ปี .....	ครั้งที่ 2 วัน/เดือน/ปี .....
ร้อยละการกินยาต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/> ร้อยละ 80 -100 <input type="checkbox"/> ร้อยละ 50 – 79 <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าร้อยละ 49	<input type="checkbox"/> ร้อยละ 80 -100 <input type="checkbox"/> ร้อยละ 50 – 79 <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าร้อยละ 49
อาการทางคลินิก (BPRS)		
อื่น ๆ (ระบุ) ..... .....		
ลงชื่อผู้ติดตามผลการให้คำปรึกษา		





ภาคผนวก ก

เอกสารความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลตนเองที่บ้าน

คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

พูน ปณ ทิโต ชีวะ

## เอกสารความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลตนเองที่บ้าน

### คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

\*\*\*\*\*

#### 1. โรคจิตเภท คืออะไร

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตใจที่มีความผิดปกติด้านความคิดเป็นลักษณะเด่น ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ที่ผิดปกติจากคนปกติทั่วไป มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป

#### 2. สาเหตุของโรคจิตเภท

แม้ว่าปัจจุบันยังไม่สามารถระบุถึงสาเหตุที่แน่ชัดได้แต่จากการศึกษาพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีสัมพันธ์กับการเกิดโรค ได้แก่

- 2.1 ด้านกรรมพันธุ์ พบว่า ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าคนทั่วไป
- 2.2 ด้านความผิดปกติของสารเคมีในสมอง
- 2.3 ด้านครอบครัว เช่น การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ขาดความรักความอบอุ่นจากครอบครัว เป็นต้น
- 2.4 ด้านสังคม เช่น สิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ภาวะทางเศรษฐกิจที่ตกต่ำหรือล้มเหลว อาจทำให้คนเครียด และกระตุ้นให้เกิดโรคจิตเภทได้
- 2.5 สาเหตุกระตุ้นอื่น ๆ เช่น ความเครียดอย่างรุนแรง การใช้สารเสพติด เป็นต้น

#### 3. อาการและการแสดงของโรคจิตเภท

อาการของโรค แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- 3.1 กลุ่มอาการด้านบวก แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อ สื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่ อาการประสาทหลอน หูแว่ว หลงผิด มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว เป็นต้น
- 3.2 กลุ่มอาการด้านลบ แสดงออกด้านสีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ใด ๆ ไม่พูดแยกตัวเอง ขาดความสนใจและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือสนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมน้อยลง

#### 4. การรักษา

การรักษาโรคจิตเภทมีหลายวิธี ดังนี้

- 4.1 การรักษาด้วยยา เป็นวิธีการรักษาวิธีแรกที่แพทย์ใช้ เพื่อควบคุม อาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเลือกยาที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยที่มารับการรักษาแต่ละราย โดยยามีรูปแบบต่าง ๆ เช่น ยา



รับประทาน ยาฉีตระยะสั้น ยาฉีต ระยะปานกลาง ยาฉีตระยะยาว และยาหยุด เป็นต้น โดยแพทย์จะเป็นผู้ประเมินและกำหนดระยะเวลาของการรับประทานยาและการหยุดยา

4.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงหรือเรื้อรัง เมื่อใช้การรักษาทางยาและวิธีการอื่นแล้วไม่ได้ผล

4.3 การรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด เป็นต้น

## 5. การดูแลตนเองที่บ้าน

5.1 ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้แก่ ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ อย่างน้อยวันละ 3 มื้อ และควรดื่มน้ำอย่างน้อย 8-10 แก้ว สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติโรคเบาหวานร่วมด้วย ให้ความสำคัญการรับประทานอาหารเช้าประเภทแป้ง หรือน้ำตาลให้น้อยลง เพราะขณะรับประทานยารักษาอาการทางจิต การทำงานของน้ำตาลในการย่อยแป้งและน้ำตาลจะลดลง

5.2 หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และคาเฟอีน หรือของหมักดอง เพราะอาหารดังกล่าวจะไปลดการออกฤทธิ์ของยา และไปกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้

5.3 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เพราะสารนิโคตินในบุหรี่จะไปลดการออกฤทธิ์ของยา และไปกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้

5.4 การพักผ่อนและการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที ในเวลากลางคืนควรนอนหลับติดต่อกันอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ส่วนในเวลากลางวันควรพักผ่อนไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง โดยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ไปเที่ยวตามสถานที่พักผ่อนหย่อนใจต่าง ๆ

5.5 รับประทานยาต่อเนื่องและตรงตามคำสั่งของแพทย์ เนื่องจากยาเป็นสิ่งสำคัญที่สุด หากไม่รับประทานยาจะทำให้อาการของโรคจิตเภทกำเริบและรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ และเมื่อถึงวันนัดให้ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

### \*\*\* สิ่งสำคัญ \*\*\*

- ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องมีความรู้และเข้าใจเรื่องยา เพราะยาจะทำให้อาการจิตเภทไม่กำเริบ
- เมื่อรับประทานยาแล้วต้องสังเกตอาการของตัวเองว่าดีขึ้นไหม มีอะไรที่ทำให้รู้สึกไม่สบาย หรือมีอาการข้างเคียงจากยาเกิดขึ้นหรือไม่
- อาการข้างเคียงจากยา คือ อาการจากฤทธิ์ยาที่ไม่ต้องการให้เกิดเมื่อมีการใช้ยา ผู้ป่วยบางคนอาจเกิดอาการข้างเคียงจากยาแต่บางคนก็ไม่เกิด แม้จะใช้ยาตัวเดียวกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ เพศ อายุ น้ำหนัก ขนาดยาที่ใช้ หรือ ยาอื่น ๆ ที่ใช้ร่วมกัน

- ผู้ป่วยควรทราบและเข้าใจเรื่องการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา เพราะถ้าสามารถสังเกตอาการได้ตั้งแต่เริ่มแรก จะช่วยลดความรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายได้ โดยอาการข้างเคียงจากยาที่พบบ่อย มีดังนี้

1) ง่วงนอน ถ้าง่วงนอนไม่มาก อาการจะทุเลาภายใน 3-7 วัน ถ้ามีอาการง่วงนอนมากกว่านี้ ควรมาปรึกษาแพทย์ผู้ให้การรักษา เนื่องจากหากง่วงนอนมากอาจเสี่ยงต่อการหกล้มหรือการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งควรพักหรืออยู่ในที่ปลอดภัย ไม่ขับรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร เครื่องกลหรือของมีคม

2) ตาลาย วิงเวียน หน้ามือขณะเปลี่ยนท่า เป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นในระยะแรกๆ ที่เริ่มการให้ยาซึ่งไม่เป็นอันตราย ควรลุกขึ้นจากท่านอนหรือท่านั่งอย่างช้า ๆ ก่อนอยู่ในท่านยืนหรือเคลื่อนไหว ระวังการเกิดอุบัติเหตุหรือหกล้มได้ ถ้ามีอาการบ่อย ๆ ควรปรึกษาแพทย์

3) ปากแห้ง คอแห้ง ให้จิบน้ำบ่อย ๆ อดน้ำแข็ง หรืออมลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล

4) ท้องผูก ยาบางตัวทำให้เกิดอาการท้องผูก แต่ไม่เป็นอันตราย ควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักและผลไม้ ใต้แก่ มะละกอสุก กลัวย่น้ำว่า สับปะรด ต้มน้ำบ่อย ๆ และออกกำลังกายเบา ๆ หรือทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงเบา ๆ เป็นประจำทุกวัน

5) น้ำหนักเพิ่ม ยาบางตัวทำให้ความอยากอาหารมากขึ้นทำให้กินจุ และส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่ม ดังนั้นควรรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ในปริมาณที่เหมาะสมโดยเน้นผักและผลไม้มากกว่าอาหารประเภทแป้ง ไขมัน นอกจากนี้ให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

6) กระจกกระสาย อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมาตลอดเวลา เคลื่อนไหวช้าลง ตัวแข็งทื่อ สิ้นอาการเหล่านี้แสดงถึงอาการข้างเคียงที่เริ่มรุนแรงขึ้น ควรมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

7) ปัสสาวะลำบาก เป็นอาการข้างเคียงที่พบบ่อย ถ้าพบอาการปัสสาวะลำบาก ควรมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

8) เคี้ยวปาก ตูดลิ้น ทำปากขมุขมิบ ไม่สามารถบังคับได้ อาการเหล่านี้อาจเกิดในผู้ป่วยที่รับประทานยาโรคจิตเภทมาเป็นเวลานานแต่ไม่เป็นอันตราย เพียงแต่ทำให้รู้สึกรำคาญหรือวิตกกังวล ดังนั้นเมื่อเริ่มพบอาการในครั้งแรกให้มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เนื่องจากอาการเหล่านี้มีโอกาสหายได้น้อย และมักเป็นเรื้อรัง

9) น้ำนมไหล ประจำเดือนมาไม่ปกติ อาจพบได้ในผู้ป่วยเพศหญิงบางราย เป็นอาการที่ไม่เป็นอันตราย ไม่ต้องบีบเค้นหรือนวดเต้านม เพราะอาจทำให้เกิดการอักเสบได้ หากมีความกังวลใจมากให้มาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม

10) อาการที่ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที คือ อาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น คอบิดเกร็ง หายใจไม่ออก ตาเหลือกค้าง กล้ามเนื้อแข็งเกร็งอย่างรุนแรง จนผู้ป่วยรู้สึกปวดมากและเคลื่อนไหวลำบาก คอแข็ง ลิ้นแข็ง อ้าปากค้าง ไข้สูง รู้สึกสับสน เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว โดยไม่รู้สาเหตุ เจ็บคอ เกิดผื่นขึ้นตามผิวหนัง เป็นต้น



แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่อการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ  
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

\*\*\*\*\*

ข้อมูลทั่วไป

1. ผู้ตอบแบบสอบถาม ( ) ผู้ป่วย ( ) ผู้ดูแล  
2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง  
3. อายุ .....ปี

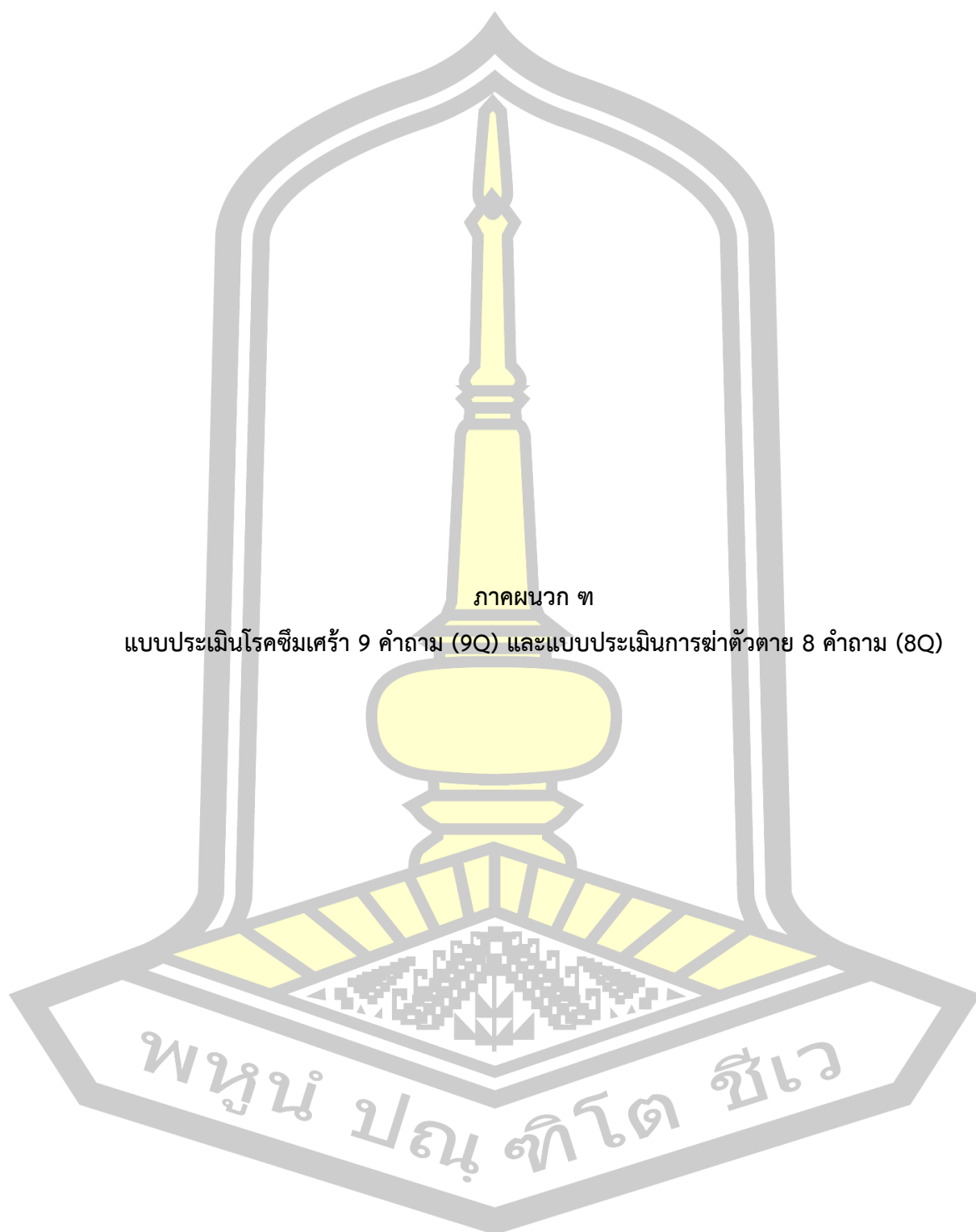
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย  ลงใน  ตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด

การให้บริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านได้รับการติดต่อประสานงานจากทีมสหสาขาวิชาชีพก่อนการออกเยี่ยมบ้านทุกครั้ง					
2. ท่านได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสหสาขาวิชาชีพตามเวลาที่นัดหมายทุกครั้ง					
3. ทีมสหสาขาวิชาชีพให้บริการด้วยความสุภาพ					
4. ระยะเวลาที่ใช้ในการออกเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพมีความเหมาะสม					
5. อุปกรณ์และเครื่องมือ สื่อต่าง ๆ ที่ใช้ในการออกเยี่ยมบ้าน มีความเหมาะสม					
6. ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ข้อมูลและคำแนะนำด้านสุขภาพ ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ท่าน ทำให้ท่านเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองได้					
7. ทีมสหสาขาวิชาชีพ เปิดโอกาสให้ท่านได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับท่านทุกครั้งในขณะที่เยี่ยมบ้าน					
8. โดยภาพรวมท่านพอใจกับบริการการเยี่ยมบ้านของ ทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับใด					

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางานเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ (ระบุ).....

.....

.....



ภาคผนวก ๓

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

พหุ ประณ จิต ชีวะ

เลขที่แบบสอบถาม.....กลุ่ม [ ] 1 [ ] 2 [ ] เยี่ยมบ้าน ว/ด/ป ที่ประเมิน.....

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

\*\*\*\*\*

คำชี้แจง ให้ผู้ประเมินทำเครื่องหมาย O รอบตัวเลข ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ป่วย  
ผู้ประเมิน.....

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็น บางวัน 1-7 วัน	เป็น บ่อย > 7 วัน	เป็น ทุก วัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัว ผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
<b>คะแนนรวมทั้งหมด</b>				

การแปลผล < 7 คะแนน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก/  
7-12 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย/ 13-18 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับ  
ปานกลาง/ ≥ 19 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

\*\* คะแนน 9Q ≥ 7 คะแนน ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q

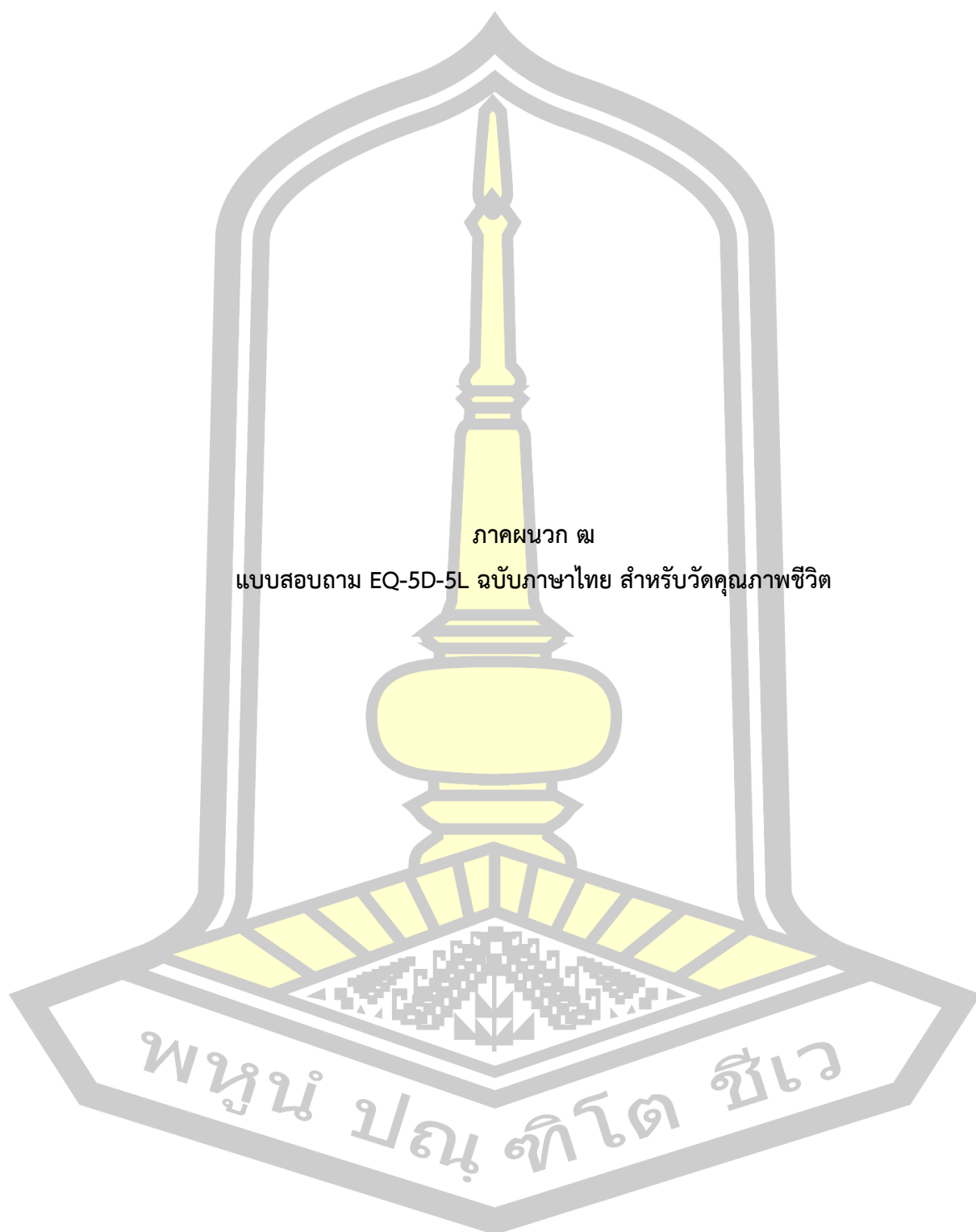
## แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ลำดับ	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่มี	มี
1		คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา รวมวันนี้	(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) .... ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือ บอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้	ไม่ได้
4		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดย ตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ	0	9
6		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7		ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
<b>คะแนนรวมทั้งหมด</b>				

การแปลผล 0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน/ 1-8 คะแนน มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย/ 9-16 คะแนน มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง/ $\geq 17$  คะแนน มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง/ ถ้าคะแนน 8Q  $\geq 17$  ส่งต่อโรงพยาบาลจิตแพทย์

ด่วน

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ๗  
แบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย สำหรับวัดคุณภาพชีวิต

พหุบัณฑิตวิทยาลัย



เลขที่แบบสอบถาม.....กลุ่ม [ ] 1 ( ) เดือนที่ 0 ( ) เดือนที่ 6  
 กลุ่ม [ ] 2 ( ) เดือนที่ 0 ( ) เดือนที่ 6

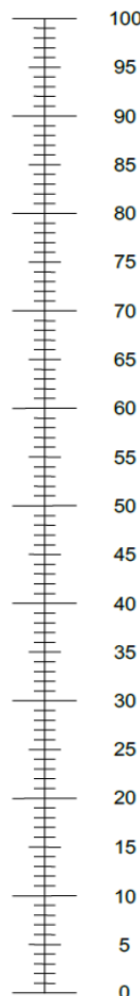
**แบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย สำหรับวัดคุณภาพชีวิต**

\*\*\*\*\*

1. กรุณาทำเครื่องหมาย  $\checkmark$  ลงในช่องสี่เหลี่ยม เพียงช่องเดียว ที่ตรงกับ  
 สุขภาพของท่านในวันนี้มากที่สุด

มิติทางสุขภาพ	ไม่มี ปัญหา 1	มีปัญหา เล็กน้อย 2	มีปัญหา ปานกลาง 3	มีปัญหา มาก 4	มีปัญหา มากที่สุด 5
การเคลื่อนไหว					
การดูแลตนเอง					
กิจกรรมที่ทำเป็น ประจำ					
อาการเจ็บปวด/ อาการไม่สบายตัว					
ความวิตกกังวล/ ความซึมเศร้า					

สุขภาพดีที่สุด  
ตามความคิดท่าน



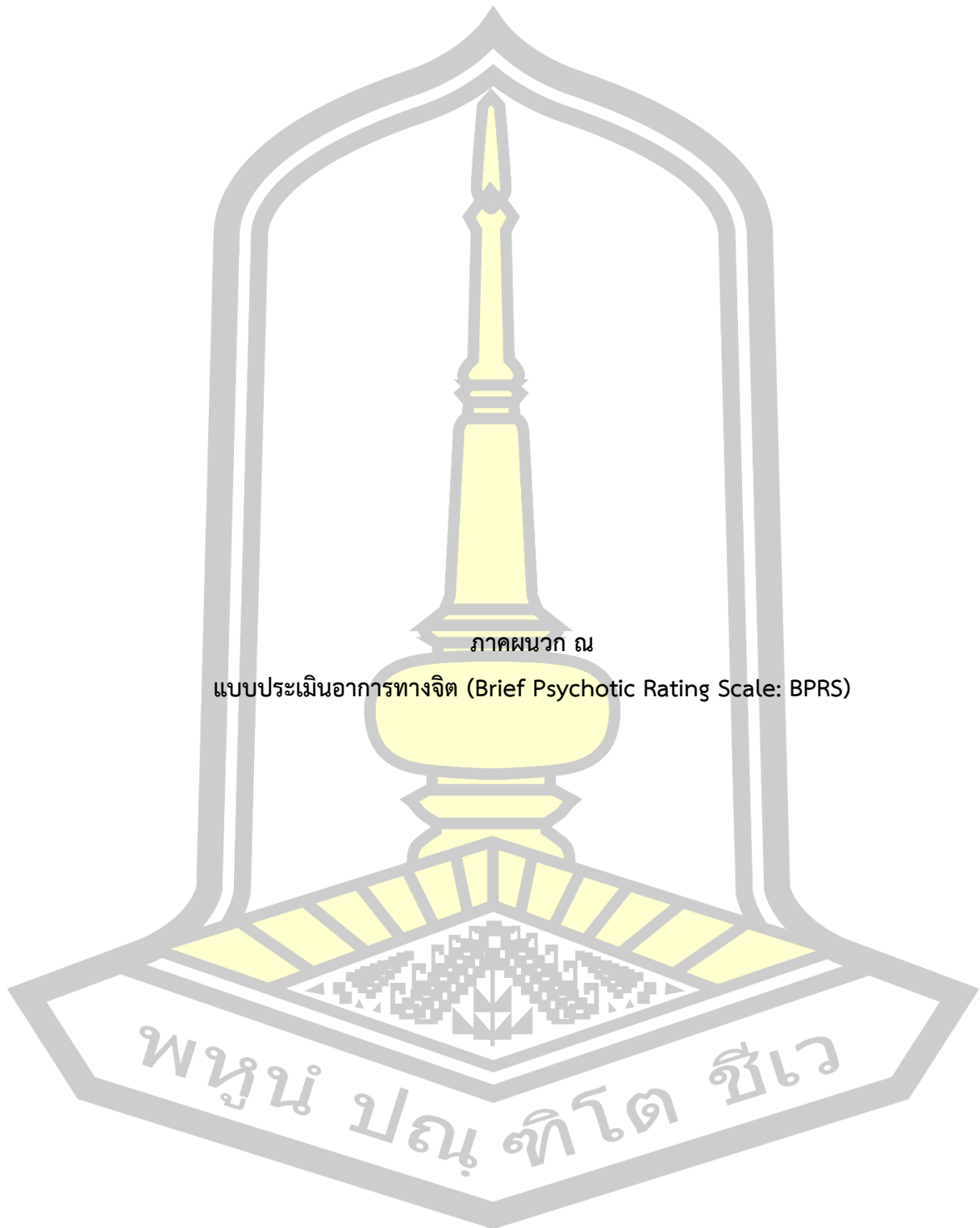
สุขภาพแย่ที่สุด  
ตามความคิดของท่าน

2. กรุณาทำเครื่องหมาย X บนสเกลเพื่อระบุว่าสุขภาพของท่าน  
 เป็นอย่างไรในวันนี้

- สเกลวัดสุขภาพนี้มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100  
 100 หมายถึง สุขภาพดีที่สุด ตามความคิดของท่าน  
 0 หมายถึง สุขภาพแย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน
- ใส่ตัวเลขที่ท่านได้ทำเครื่องหมายไว้บนสเกลในช่อง

สี่เหลี่ยมด้านล่างนี้

\*\*\*\* สุขภาพของท่านในวันนี้ =



ภาคผนวก ณ

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)

พหุจน์ ปณฺ ทิโต สีเว

เลขที่แบบสอบถาม.....กลุ่ม [ ] 1 [ ] 2 [ ] เข็มบ้าน

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)

\*\*\*\*\*

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก.....	1	2	3	4	5	6	7
1. somatic concern (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกกังวล กังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือโรคทางกายหรือไม่							
2. Anxiety (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - ขณะรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม - รู้สึกกังวลหรือกลัวสิ่งใดในอนาคตหรือไม่							
3. Emotional withdrawal (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - การแยกตัวทางอารมณ์							
4. Conceptual disorganization (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ความคิดสับสน ไม่เป็นเรื่องราวขาดการเชื่อมโยง							
5. Guilt feeling (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกตำหนิตนเองเป็นคนไม่ดีหรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่							
6. Tension (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - รู้สึกตำหนิตนเองเป็นคนไม่ดีหรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่							
7. Guilt feeling (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - อาการเครียด หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย							
8. Grandiosity (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ทำที่หยิ่งยโสยึดความเห็นของตนเองเป็นใหญ่เก่ง ผิดปกติจากคนอื่น							
9. Depressive mood (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่							

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก.....	1	2	3	4	5	6	7
10. Hostility (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วยและท่าทีของผู้ป่วยต่อผู้อื่น) - ความรู้สึกและท่าทีที่ไม่เป็นมิตร ดูถูกคนอื่น							
11. Suspiciousness (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกระแวง คิดว่ามีผู้ประสงค์ร้ายต่อตน							
12. Auditory Hallucination (Rate ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย) - อาการหูแว่ว (ภายในช่วง 1 สัปดาห์นี้)							
13. Motor retardation (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - การพูด การเคลื่อนไหว เชื่องช้า							
14. Uncooperativeness (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15. Unusual thought content (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ความคิดแปลก ๆ อาการหลงผิด							
16. Blunted affect (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17. Excitement (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ท่าทีลุกลี้ลุกลนมีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว							
18. Disorientation (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - สับสนต่อเวลา สถานที่และบุคคล							
<b>คะแนนรวมทั้งหมด</b>							
<b>การแปลผล</b>							
( ) มีอาการระดับน้อย							
( ) มีอาการระดับมาก							

**Rating Key**

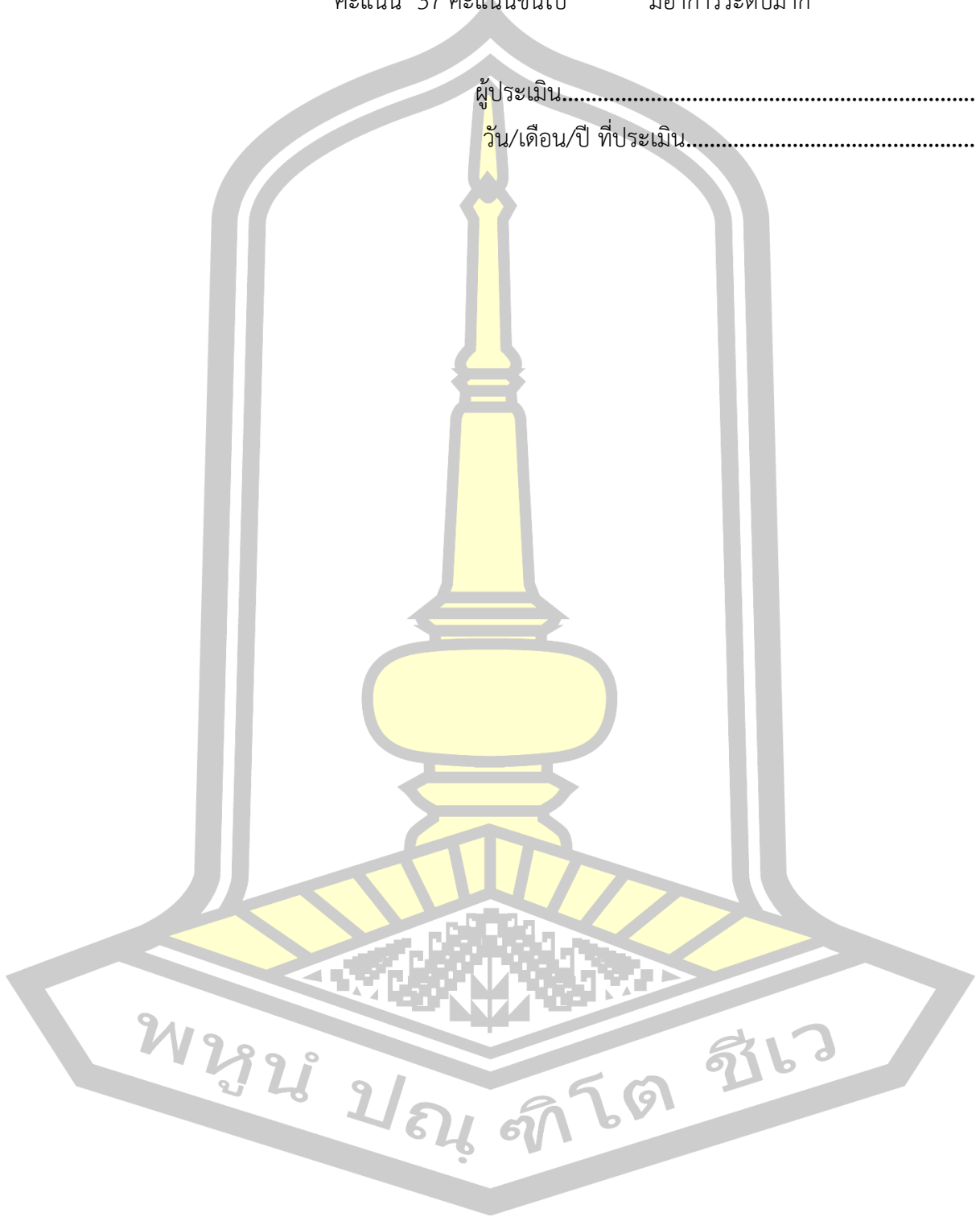
1 = ไม่มีอาการ	2 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง
3 = มีอาการเล็กน้อย	4 = มีอาการปานกลาง
5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง	6 = มีอาการรุนแรง
7 = มีอาการรุนแรงมาก	

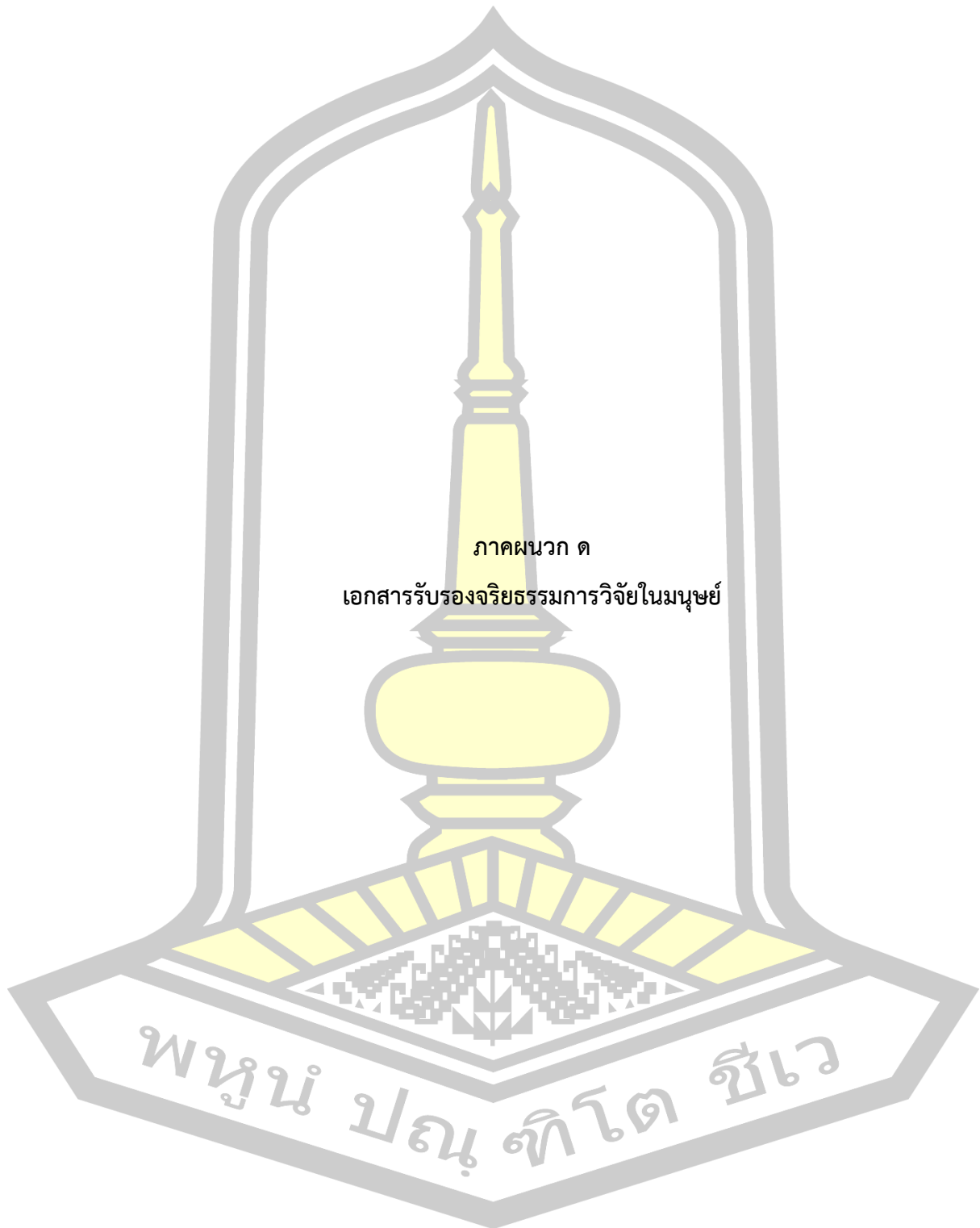
**การแปลผล** คัดจากการรวมคะแนนทั้งหมด ซึ่งมีค่าระหว่าง 18-126 คะแนน แปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 มีอาการระดับน้อย  
คะแนน 37 คะแนนขึ้นไป มีอาการระดับมาก

ผู้ประเมิน.....

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน.....

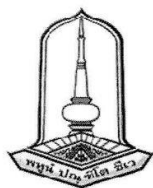




ภาคผนวก ด

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุณํ ปณฺ ทิโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 096/2562

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ต้นทุนและผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ  
เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : Costs and Outcomes of Home Health Care in Patients with  
Schizophrenia by Multidisciplinary Team of Donmuong District Health Service Network in  
Ubonratchathani.

ผู้วิจัย : นางอาริยา ตังมโนกุล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะเภสัชศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 22 พฤษภาคม 2562

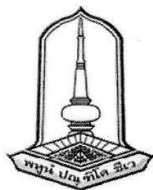
วันหมดอายุ : 21 พฤษภาคม 2563

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของ  
โครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการ  
ปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย  
มหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์ประยูกต์ ศรีวิไล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR  
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 096/2019

**Title :** Costs and Outcomes of Home Health Care in Patients with Schizophrenia by Multidisciplinary Team of Donmoddaeng District Health Service Network in Ubonratchathani.

**Principal Investigator :** Mrs. Ariya Tangmanokun

**Responsible Department :** Faculty of Pharmacy

**Research site :** Ubonratchathani Province

**Review Method :** Expedited review

**Date of Manufacture :** 22 May 2019

**expire :** 21 May 2020

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Maharakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.



(Assoc.Prof. Prayook Srivilai)

Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางอารียา ตั้งมโนกุล
วันเกิด	วันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2522
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 536 ถนนพิชิตรังสรรค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ โรงพยาบาลดอนมดแดง บ้านเลขที่ 1 หมู่ 12 ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2543 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ป.สศ.) สาขาวิชา ทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2548 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี พ.ศ. 2552 ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) สาขาวิชาบริบาลเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พ.ศ. 2563 ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (ภ.ม.) สาขาวิชาเภสัชกรรม ปทุมภูมิ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนัน ปณุกิตโต ชีวะ