

Results of Home Visits for Schizophrenic Patients by a Preventive Medicine Team, Community Mental Health Branch, Erawan District, Loei Province: a Randomized Controlled Trial

*Netiluck Silaudomkit, M.D., M.P.H.**

*Supattra Silaudomkit, B.N.S.***

Abstract

Objective: Schizophrenia is a significant public health problem that impacts patients, families, and society. The lack of continuous treatment is a crucial factor leading to relapse. This study aims to examine the outcomes of home visits for schizophrenia patients conducted by community mental health preventive medicine teams.

Methods: This was a Randomized Controlled Trial involving 152 schizophrenia patients at Erawan Hospital, Loei Province, between January-July 2025. Participants were randomly assigned to either the study group (receiving 3 home visits with motivational counseling) of 76 patients, or the control group (receiving standard care) of 76 patients. Outcomes were followed for 6 months and assessed using the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), 9Q Depression Assessment Scale, 8Q Suicide Assessment Scale, EQ-5D-5L, and Visual Analog Scale.

Results: Complete follow-up was achieved for 145 participants (loss to follow-up rate of 4.6%). The study group showed a mean reduction in BPRS scores of 5.1 points compared to the control group ($p < 0.001$, Cohen's $d = 1.06$). EQ-5D-5L quality of life scores increased by 0.11 points ($p < 0.001$), and VAS scores increased by 9.7 points ($p < 0.001$). The relapse rate decreased from 34.2% to 19.4% ($p = 0.032$, NNT = 7). Appointment adherence increased from 52.1% to 72.2% ($p < 0.001$), and medication compliance improved from 56.2% to 80.6% ($p < 0.001$).

Conclusion: Home visits for schizophrenia patients by multidisciplinary teams combined with motivational interviewing techniques are effective in improving psychiatric symptoms, reducing relapse rates, enhancing quality of life, and increasing treatment adherence. This represents a promising approach for community-based care of schizophrenia patients.

Keywords: schizophrenia; home visits; preventive medicine; community mental health; motivational interviewing

*Department of Medicine, Erawan Hospital, Loei Province

**Department of Nursing, Erawan Hospital, Loei Province

Received: July 20, 2025; Revised: January 23, 2026; Accepted: February 25, 2026

ผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

เนติลักษณ์ ศิลาอุดมกิจ, พ.บ., ส.ม.*

สุพัตรา ศิลาอุดมกิจ, พย.บ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: โรคจิตเภทเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม การขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการกำเริบซ้ำ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน

วิธีการศึกษา: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) ในผู้ป่วยโรคจิตเภท 152 คน ที่โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย ระหว่างมกราคม-กรกฎาคม 2568 สุ่มเข้ากลุ่มศึกษา (ได้รับการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง พร้อมคำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ) 76 คน และกลุ่มควบคุม (ได้รับการดูแลตามปกติ) 76 คน ติดตามผลลัพธ์ 6 เดือน ประเมินด้วย Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q, แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q, EQ-5D-5L และ Visual Analog Scale

ผลการศึกษา: ติดตามผลลัพธ์ได้ครบ 145 คน (อัตราการขาดการติดตาม 4.6%) กลุ่มศึกษามีคะแนน BPRS ลดลงเฉลี่ย 5.1 คะแนนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < 0.001$, Cohen's $d = 1.06$) คะแนนคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L เพิ่มขึ้น 0.11 คะแนน ($p < 0.001$) คะแนน VAS เพิ่มขึ้น 9.7 คะแนน ($p < 0.001$) อัตราการกำเริบลดลงจาก 34.2% เป็น 19.4% ($p = 0.032$, NNT = 7) อัตราการมาตามนัดเพิ่มขึ้นจาก 52.1% เป็น 72.2% ($p < 0.001$) และความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นจาก 56.2% เป็น 80.6% ($p < 0.001$)

สรุป: การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงอาการทางจิตเวช ลดการกำเริบ เพิ่มคุณภาพชีวิต และความร่วมมือในการรักษา เป็นแนวทางที่มีศักยภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

คำสำคัญ : โรคจิตเภท; การเยี่ยมบ้าน; เวชศาสตร์ป้องกัน; สุขภาพจิตชุมชน; การสร้างแรงจูงใจ

*กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย

**กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย

ได้รับต้นฉบับ: 20 กรกฎาคม 2568; แก้ไขบทความ: 23 มกราคม 2569; รับลงตีพิมพ์: 25 กุมภาพันธ์ 2569

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรง หลากหลายและมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ โรคนี้เป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวชและสาธารณสุข เนื่องจากพบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิตประมาณร้อยละ 0.5-1 ของประชากรทั่วไปในประเทศไทย⁽¹⁾ การสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครพบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 1.31 และการสำรวจระดับชาติวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาคพบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 0.17 การป่วยด้วยโรคนี้ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม จากการศึกษาของ Thara R. ในประเทศอินเดียพบรูปแบบการดำเนินโรค 4 แบบ รูปแบบแรกเป็นแค่ครั้งเดียวแล้วไม่กลับเป็นอีกเลย พบร้อยละ 8 รูปแบบที่สองคือเป็นหลายครั้งแต่เมื่ออาการสงบสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ พบร้อยละ 39 รูปแบบที่สามคือเป็นหลายครั้งแต่เมื่ออาการสงบยังมีอาการโรคจิตหลงเหลือ มีความบกพร่องในการใช้ชีวิต พบร้อยละ 44 และรูปแบบที่สี่ คือ เป็นครั้งเดียวยังมีอาการโรคจิตหลงเหลือ มีความบกพร่องในการใช้ชีวิต พบร้อยละ 8 โรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง จึงก่อให้เกิดภาระโรค จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมด

ที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตและอันดับที่ 3 ของโรคจิตและโรคทางระบบประสาท องค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่าเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย โดยปัจจัยสำคัญ คือ ขาดการรักษาต่อเนื่อง แม้ว่า จะได้รับการรักษาก็พบว่าหลังจาก 18 สัปดาห์ผ่านไป มีเพียงร้อยละ 26 เท่านั้นที่สามารถกินยาครบ พบอัตราการรักษาผู้ป่วยซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปี มีถึงร้อยละ 30 จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ⁽⁵⁻⁷⁾ พบว่างานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการให้การแทรกแซงด้วยวิธีการต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และควบคุมอาการทางคลินิกได้ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง รวมทั้งดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดระยะเวลาในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทของอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย พบร้อยละ 0.51 หรือมีผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 5 คน ต่อประชากร 1,000 คน จากการสำรวจสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทของอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่ตรงตามแพทย์สั่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการจิตเภทกำเริบ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์

ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมแพทย์
เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชนในอำเภอ
เอราวัณ จังหวัดเลย และเพื่อพัฒนาแนวทาง
และข้อเสนอแนะในการให้บริการเยี่ยมบ้าน
ผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีประสิทธิภาพและตอบสนอง
ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมี
กลุ่มควบคุม (Randomized Controlled
Trial) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
โรคจิตเภทโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนง
สุขภาพจิตชุมชน อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการ
วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามระบบ ICD-10 รหัส
โรค F20-F29 และได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรง
พยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย จำนวนทั้งหมด 152 คน
เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับ
การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามระบบ ICD-10

รหัสโรค F20-F29 ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่
โรงพยาบาลเอราวัณ อายุ 20 ปีขึ้นไป มีคะแนน
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) น้อยกว่า
36 คะแนน มีคะแนนภาวะซึมเศร้า (9Q) น้อยกว่า
12 คะแนน มีคะแนนการประเมินการฆ่าตัวตาย
(8Q) น้อยกว่า 8 คะแนน สามารถพูดคุยรู้เรื่อง
และตอบคำถามได้และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ติด
สารเสพติด ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร ผู้ป่วย
ที่ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่น
ผู้ป่วยที่ย้ายถิ่นฐานระหว่างการศึกษาและผู้ป่วยที่
ไม่สามารถติดต่อได้ระหว่างเดือนที่ 1-2 ก่อนที่จะ
ได้รับการเยี่ยมบ้าน

การจัดสรรกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างไว้เท่ากับ 152 คน
จัดสรรตัวอย่างเข้ากลุ่มศึกษา 76 คน และกลุ่ม
ควบคุม 76 คน โดยใช้วิธี permuted block
randomization with block size 4 เพื่อให้
จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มใกล้เคียงกันตลอด
การวิจัย

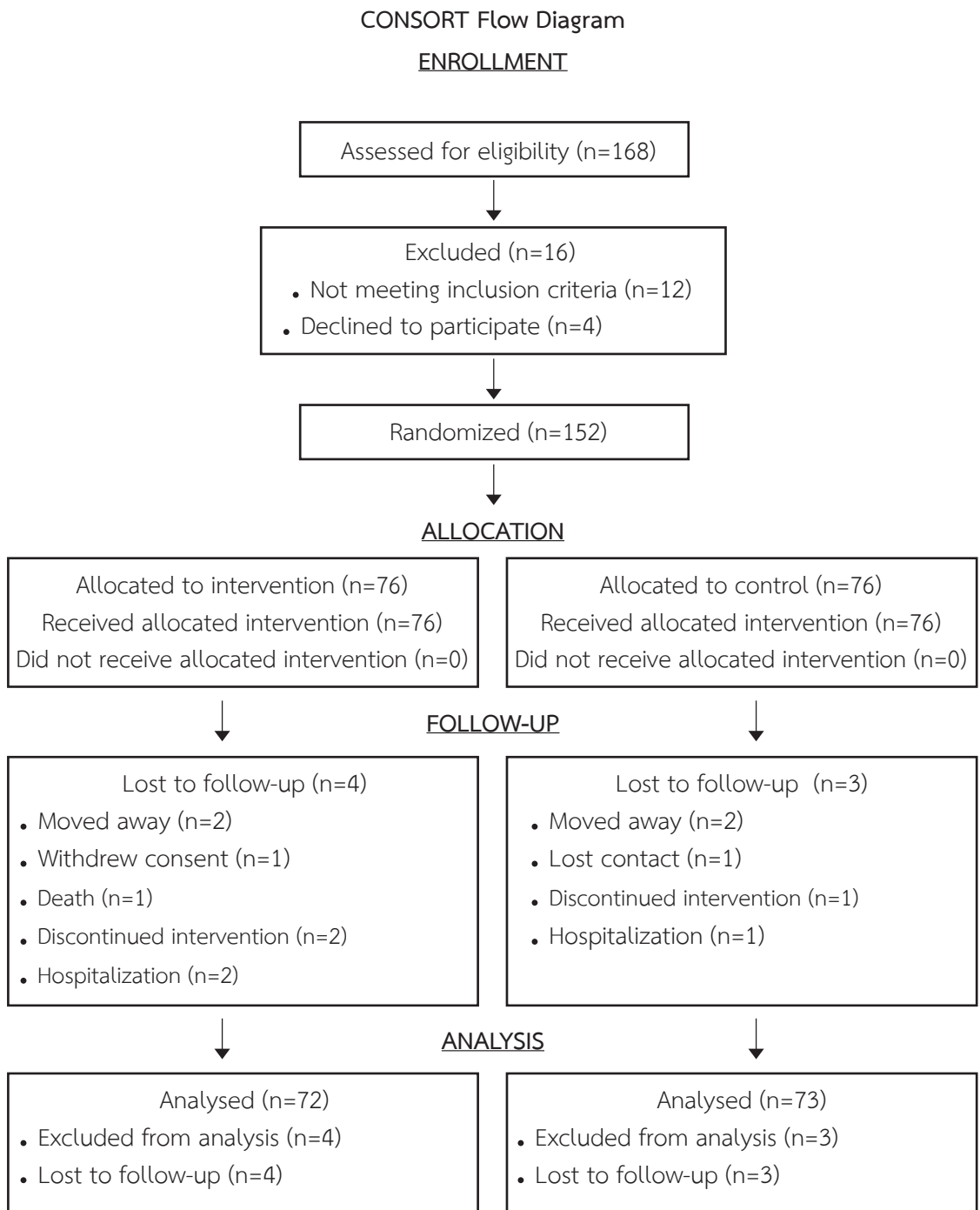


Figure 1. CONSORT flow diagram showing participant flow through the study

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย รศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล สำหรับประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตเวช มีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (intraclass correlation coefficient) เท่ากับ 0.92⁽¹⁾

2. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า มีความไว ร้อยละ 84.6 และความจำเพาะ ร้อยละ 77.4 ที่จุดตัดมากกว่า 6 คะแนน^(2,8)

3. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต เพื่อประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย มีความไว ร้อยละ 91.4 และความจำเพาะ ร้อยละ 50.4 ที่จุดตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน⁽³⁾

4. EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย สำหรับประเมินคุณภาพชีวิต ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมประจำวัน ความเจ็บปวด/ไม่สุขสบาย และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า^(4,9)

5. Visual Analog Scale (VAS)⁽¹⁴⁾ สำหรับประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม ตั้งแต่ 0 (แย่ที่สุด) ถึง 100 (ดีที่สุด)

6. INHOMESSS แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

การดำเนินการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติที่โรงพยาบาลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย

แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน พยาบาลจิตเวชและเภสัชกร โดยการดูแลตามปกติที่โรงพยาบาลมีรายละเอียด ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน มีบทบาทหน้าที่ในการตรวจร่างกายและประเมินอาการทางคลินิก ประเมินการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและปรับเปลี่ยนแผนการรักษาในกรณีที่พบปัญหา ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในกรณีที่พบปัญหา ส่งจ่ายยาในระบบโปรแกรม Hosxp ของโรงพยาบาล พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดของการรักษาและระบุวันนัดหมายครั้งต่อไปลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วย ให้สุขศึกษารายกลุ่มเรื่องความสำคัญของการรับประทานยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา และวิธีการแก้ไขปัญหารวมทั้งประเมินปัญหาการใช้ยา (DRPs) ของผู้ป่วยที่พยาบาลส่งต่อข้อมูลให้และให้คำแนะนำเรื่องวิธีการแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดต่าง ๆ ลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลจิตเวช มีบทบาทหน้าที่ในการให้สุขศึกษารายกลุ่มเรื่องโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ชักประวัติและบันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรม Hosxp ของโรงพยาบาล ประเมินอาการทางจิต (BPRS) ประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) ประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) บันทึกรายละเอียดการชักประวัติและการประเมินต่าง ๆ ลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ในกรณีที่มีปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) พยาบาลจะทำการส่งต่อข้อมูลให้แพทย์และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการตรวจกับแพทย์ เภสัชกร มีบทบาทหน้าที่

ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยการให้ผู้ป่วยนำยาเดิมมาให้ตรวจสอบทุกครั้งที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มยังได้รับเอกสารความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลตนเองที่บ้านที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อนำไปศึกษาและปฏิบัติด้วยตนเองสำหรับกลุ่มศึกษาหลังจากได้รับการดูแลตามปกติเป็นเวลา 1 เดือน จะได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 3 ครั้ง แต่ละครึ่งห่างกันประมาณ 1 เดือน ตามแนวทางการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) โดยแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชนจะให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (Brief Intervention: BI) ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาทีต่อครั้ง

รายละเอียดของเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI)

การสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) เป็นแนวทางการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered counseling approach) เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาซึ่งเทคนิคที่ใช้บ่อย คือ OARS ประกอบด้วย

1. Open-ended questioning (การตั้งคำถามปลายเปิด) เป็นการตั้งคำถามที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตอบอย่างอิสระ ไม่จำกัดคำตอบเพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจความคิดและความรู้สึกของตนเอง ตัวอย่างคำถาม เช่น “คุณคิดอย่างไรกับการรับประทานยาของคุณในช่วงที่ผ่านมา?” “อะไรที่ทำให้คุณรู้สึกว่าการรับประทานยาเป็นเรื่องยาก?”

2. Affirmation (การแสดงความชื่นชม) เป็นการยอมรับและชื่นชมความพยายามความสามารถและความตั้งใจของผู้ป่วย แม้ว่าผลลัพธ์ยังไม่สมบูรณ์ เพื่อสร้างความรู้สึกรับคุณค่าและเสริมแรงจูงใจภายใน ตัวอย่าง เช่น “ผมเห็นว่าคุณพยายามมากในการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง” “การที่คุณยังคงรับประทานยาแม้รู้สึกไม่สบายแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของคุณ”

3. Reflective listening (การฟังอย่างตั้งใจและการสะท้อนความ) เป็นการฟังอย่างใส่ใจและสะท้อนความหมายหรือความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออกมาอย่างเข้าใจและไม่ตัดสิน เพื่อแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าแพทย์เข้าใจมุมมองของเขา ตัวอย่าง เช่น “ฟังดูเหมือนว่าคุณรู้สึกเหนื่อยกับการรับประทานยาทุกวัน” “ผมเข้าใจว่าผลข้างเคียงจากยาทำให้คุณลังเลที่จะรับประทานต่อ”

4. Summarization (การสรุปความ) เป็นการสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยพูดเป็นระยะ ๆ เพื่อแสดงให้เห็นว่าแพทย์ได้รับฟังและเข้าใจ รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความคิดของตนเองอย่างเป็นระบบ ตัวอย่าง เช่น “สรุปได้ว่า คุณอยากหายจากโรค แต่การรับประทานยาทุกวันทำให้รู้สึกไม่สะดวกและคุณกังวลเรื่องผลข้างเคียงของยา”

รายละเอียดของการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (Brief Intervention: BI) ในแต่ละครั้ง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (ระยะเวลา 30 ± 5 วัน) หลังจากผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช) เน้นประเด็น ดังนี้ การสร้างความร่วมมือและสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว การค้นหาเหตุผลและเป้าหมายในการรักษาของ

ผู้ป่วย การชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของการรับประทานยาและการขาดยา (discrepancy) และการชี้ให้เห็นถึงสิ่งที่ผู้ป่วยเคยทำเพื่อให้รับประทานยาได้ครบถ้วน

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (ระยะเวลา 60 ± 5 วัน) หลังจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1) เน้นประเด็นดังนี้ การเชื่อมโยงเป้าหมายและเหตุผลในการรักษากับการรับประทานยาต่อเนื่อง การชี้ให้เห็นความเป็นไปได้ในการรับประทานยาต่อเนื่อง (self-efficacy) และติดตามผลการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นจากครั้งที่ 1

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (ระยะเวลา 90 ± 5 วัน) หลังจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2) เน้นการติดตามผลการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นจากครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 การประเมินความก้าวหน้าและอุปสรรคในการรับประทานยาและการวางแผนร่วมกันสำหรับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการเยี่ยมบ้าน

ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลเอราวัณมี 1 ทีม ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน และเภสัชกรที่รับผิดชอบงานจิตเวช 1 คน และทีมจากเครือข่ายบริการสุขภาพจำนวน 8 ทีม แบ่งตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มี 8 แห่ง ในแต่ละทีมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่ 1 คน

แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชนมีบทบาทหน้าที่ในการตรวจร่างกายและประเมินอาการทางคลินิก บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESSS ประเมินอาการทางจิต (BPRS) ประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ประเมินการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและปรับเปลี่ยนแผนการรักษาในกรณีที่พบปัญหา รวมถึงให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นเพื่อสร้างความร่วมมือในการรับประทานยา

พยาบาลจิตเวชและพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESSS ร่วมกับแพทย์เภสัชกรมีบทบาทหน้าที่ในการให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้นเพื่อสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาร่วมกับแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่ในการประสานงานการเยี่ยมบ้าน แจ้งข้อมูลวันและเวลาในการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ผู้ป่วยได้รับทราบ และทำหน้าที่ผู้ดูแล (caregiver) ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ

การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 นาที ครอบคลุมการตรวจร่างกาย การประเมินอาการทางคลินิก การบันทึกข้อมูลตามแนวทาง INHOMESSS การประเมินอาการทางจิต (BPRS) การประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) การประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา

การติดตามและประเมินผล ติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เดือนที่ 6 หลังเริ่มการศึกษา

โดยประเมินอาการทางจิตเวช คุณภาพชีวิต การกำเริบของอาการ การมาตามนัดหมาย ความร่วมมือในการรับประทานยาและความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็นหลายส่วน ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics) ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอข้อมูลเชิงกลุ่ม (categorical data) เป็นจำนวน (n) และร้อยละ (%) และนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณ (continuous data) เป็นค่าเฉลี่ย (mean) $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติหรือค่ามัธยฐาน (median) และพิสัยควอไทล์ (interquartile range, IQR) สำหรับข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงปกติ

2. การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล ใช้ Shapiro-Wilk test หรือ Kolmogorov-Smirnov test ทดสอบว่าข้อมูลเชิงปริมาณมีการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ โดยกำหนดว่าถ้า p-value มากกว่า 0.05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติและใช้ Levene's test ทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม

3. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ใช้ independent t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงปกติ และ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงปกติ ส่วนข้อมูลเชิง

กลุ่มใช้ chi-square test หรือ Fisher's exact test (กรณีที่ความถี่ที่คาดหวังในบางเซลล์น้อยกว่า 5) การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มเดียวกันก่อนและหลังการทดลอง ใช้ paired t-test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ หรือ Wilcoxon signed-rank test สำหรับข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงปกติ และ McNemar's test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม

4. การวิเคราะห์แบบ Intention-to-Treat (ITT) เป็นการวิเคราะห์หลัก (primary analysis) ซึ่งรวมผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดที่ถูกสุ่มจัดกลุ่ม (n = 152) โดยไม่คำนึงว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการทดลองครบถ้วนหรือไม่ หรือมีการละเมิดข้อกำหนดของการวิจัยหรือไม่ วิธีนี้ช่วยรักษาผลของการสุ่มจัดกลุ่ม (randomization) และหลีกเลี่ยงการเกิดอคติจากการคัดเลือก (selection bias) สำหรับข้อมูลที่ขาดหาย (missing data) ของผู้ที่หายจากการติดตาม (lost to follow-up) ใช้วิธี Multiple Imputation จำนวน 5 imputations เพื่อประมาณค่าข้อมูลที่ขาดหายโดยอาศัยข้อมูลอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กัน ทำให้ไม่สูญเสียกำลังทางสถิติและลดความเอนเอียงจากการขาดข้อมูล

5. การวิเคราะห์แบบ Per-Protocol (PP) เป็นการวิเคราะห์เสริม (supplementary analysis) ซึ่งรวมเฉพาะผู้เข้าร่วมวิจัยที่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของการวิจัยครบถ้วนและมีข้อมูลผลลัพธ์ครบทุกจุดเวลา (n = 145) การวิเคราะห์ทั้งสองแบบช่วยประเมินความแข็งแกร่ง (robustness) ของผลการศึกษา โดยถ้าผลการวิเคราะห์ทั้งสองแบบสอดคล้องกัน จะเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อสรุป

6. การคำนวณขนาดผลกระทบ (Effect Size) รายงานขนาดผลกระทบเพื่อประเมินความสำคัญทางปฏิบัติ (practical significance) นอกเหนือจากนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้ Cohen's d สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (ตีความว่า $d = 0.2$ เป็นขนาดเล็ก $d = 0.5$ เป็นขนาดกลาง และ $d = 0.8$ เป็นขนาดใหญ่) ใช้ Cramer's V สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่มและใช้ค่า r สำหรับการทดสอบแบบ non-parametric

7. การประเมินนัยสำคัญทางคลินิก (Clinical Significance) เปรียบเทียบความแตกต่างที่พบกับค่าความแตกต่างขั้นต่ำที่มีความหมายทางคลินิก (Minimal Important Difference, MID) ซึ่งกำหนดไว้ดังนี้ คะแนน BPRS = 3 คะแนน, คะแนน 9Q = 2 คะแนน, คะแนน 8Q = 1 คะแนน, คะแนน EQ-5D-5L = 0.074 และคะแนน VAS = 7 คะแนน

8. การวิเคราะห์กลุ่มย่อย (Subgroup Analysis) วิเคราะห์ประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ได้แก่ กลุ่มตามความรุนแรงของอาการเริ่มต้น ($BPRS \leq 25$, 26-30, ≥ 31 คะแนน) และกลุ่มตามระยะเวลาการเป็นโรค (≤ 5 ปี, 6-10 ปี, มากกว่า 10 ปี) พร้อมทั้งทดสอบ interaction effect เพื่อประเมินว่าประสิทธิภาพของการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มย่อยหรือไม่

9. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาและผลลัพธ์ (Dose-Response Analysis) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (1, 2 หรือ 3 ครั้ง) กับการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ โดยใช้ test for linear trend

10. การคำนวณตัวชี้วัดทางระบาดวิทยาคลินิก คำนวณ Relative Risk (RR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% สำหรับผลลัพธ์แบบ dichotomous และคำนวณ Number Needed to Treat (NNT) เพื่อแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีเพิ่มขึ้น 1 ราย กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 สำหรับการทดสอบทุกรายการ รายงานค่า p-value พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% Confidence Interval) ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย หมายเลขการรับรองโครงการวิจัย ECLOEI 056/2567 รับรองเมื่อวันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2567 และได้ลงทะเบียนการทดลองทางคลินิกของประเทศไทย Thai Clinical Trials Registry (TCTR) เลขที่ TCTR20241222003 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเข้าร่วมการศึกษา

ผลการศึกษา

จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษา

ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 152 คน จากผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด 168 คน ที่ได้รับการประเมิน โดยมีผู้ป่วย 16 คนที่ถูกคัดออกจากการศึกษา ประกอบด้วย

ผู้ป่วยที่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก 12 คน และผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 4 คน ผู้เข้าร่วมการศึกษา 152 คน ถูกสุ่มเข้ากลุ่มศึกษา 76 คน และกลุ่มควบคุม 76 คน ในระหว่างการติดตาม 6 เดือน มีผู้ป่วยขาดการติดตาม 7 คน (กลุ่มศึกษา 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3, กลุ่มควบคุม 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3.9) อัตราการขาดการติดตามโดยรวมคือร้อยละ 4.6 ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่เข้าสู่วิเคราะห์ผลลัพธ์สุดท้าย 145 คน (กลุ่มศึกษา 72 คน, กลุ่มควบคุม 73 คน)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p > 0.05$) ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 54.5 มีอายุเฉลี่ย 34.8 ± 8.0 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 64.1 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 45.5 และมีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 8.8 ปี (ตาราง 1)

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=145)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มศึกษา (n=72)	กลุ่มควบคุม (n=73)	สถิติทดสอบ	p-value	Effect Size
เพศ (n, %)			Chi-square test	0.612	Cramer's V = 0.043
- ชาย	38 (52.8)	41 (56.2)			
- หญิง	34 (47.2)	32 (43.8)			
อายุ (ปี)			Independent t-test*	0.751	Cohen's d = 0.065
- ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	34.6 ± 8.2	35.1 ± 7.9			
- ช่วงอายุ	22 - 58	21 - 56			
สถานภาพสมรส (n, %)			Chi-square test	0.428	Cramer's V = 0.089
- โสด	45 (62.5)	48 (65.8)			
- คู่	21 (29.2)	18 (24.7)			
- หม้าย/หย่า	6 (8.3)	7 (9.5)			
ระดับการศึกษา (n, %)			Chi-square test	0.892	Cramer's V = 0.052
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	8 (11.1)	9 (12.3)			
- ประถมศึกษา	32 (44.4)	34 (46.6)			
- มัธยมศึกษาตอนต้น	18 (25.0)	17 (23.3)			
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	10 (13.9)	9 (12.3)			
- ปวส./ปวช.	3 (4.2)	3 (4.1)			
-ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1 (1.4)	1 (1.4)			
อาชีพ (n, %)			Chi-square test	0.721	Cramer's V = 0.078
- ไม่ได้ทำงาน	28 (38.9)	31 (42.5)			
- เกษตรกรรม	26 (36.1)	25 (34.2)			
- รับจ้าง	12 (16.7)	11 (15.1)			

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=145) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มศึกษา (n=72)	กลุ่มควบคุม (n=73)	สถิติทดสอบ	p-value	Effect Size
- ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4 (5.6)	4 (5.5)	Mann-Whitney U test**	0.634	r = 0.040
- อื่น ๆ	2 (2.7)	2 (2.7)			
ระยะเวลาเป็นโรค (ปี)					
- มัธยฐาน (IQR)	8.5 (4.0-12.0)	9.0 (5.0-13.0)			

หมายเหตุ: *Shapiro-Wilk test: กลุ่มศึกษา p = 0.856, กลุ่มควบคุม p = 0.742; Levene's test p = 0.892

**Normality test: กลุ่มศึกษา p = 0.021, กลุ่มควบคุม p = 0.018

การเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์ก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร โดยคะแนน BPRS เฉลี่ยในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 28.4 ± 5.2 และ 29.1 ± 4.8 คะแนนตามลำดับ (p = 0.542) (ตาราง 2)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรผลลัพธ์	กลุ่มศึกษา (n=72)	กลุ่มควบคุม (n=73)	สถิติทดสอบ	p-value	Effect Size
คะแนน BPRS			Independent t-test*	0.542	Cohen's d = 0.134
- ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	28.4 ± 5.2	29.1 ± 4.8			
- ช่วงคะแนน	18-35	19-35			
คะแนน 9Q			Mann-Whitney U test**	0.671	r = 0.036
- มัธยฐาน (IQR)	6.0 (3.0-9.0)	6.0 (4.0-8.0)			
- ช่วงคะแนน	0-11	1-11			
คะแนน 8Q			Mann-Whitney U test**	0.728	r = 0.029
- มัธยฐาน (IQR)	2.0 (1.0-4.0)	2.0 (1.0-3.0)			
- ช่วงคะแนน	0-7	0-6			
คะแนน EQ-5D-5L Utility Index			Independent t-test*	0.612	Cohen's d = 0.159
- ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	0.72 ± 0.18	0.69 ± 0.21			
คะแนน VAS			Independent t-test*	0.583	Cohen's d = 0.109
- ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	68.5 ± 15.2	66.8 ± 16.4			
- ช่วงคะแนน	35-95	30-92			

หมายเหตุ: *Shapiro-Wilk test และ Levene's test แสดงการแจกแจงปกติและความแปรปรวนเท่ากัน

**ข้อมูลไม่มีการแจกแจงปกติจึงใช้ non-parametric test

ผลลัพธ์หลักของการศึกษา

การวิเคราะห์ทั้งแบบ Intention-to-Treat และ Per-Protocol Analysis แสดงผลลัพธ์ที่สอดคล้องกัน ซึ่งบ่งชี้ถึงความแข็งแกร่งของผลการศึกษา

ด้านอาการทางจิตเวช

กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีคะแนน BPRS ลดลงเฉลี่ย 5.1 คะแนนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (95% CI: -6.8, -3.4, $p < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบขนาดใหญ่ (Cohen's $d = 1.06$) และเกินเกณฑ์ Minimal Important Difference ที่ 3 คะแนนภาวะซึมเศร้าที่วัดด้วยแบบประเมิน 9Q มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่ามัธยฐานในกลุ่มศึกษาลดลงจาก 6.0 เป็น 3.0 คะแนน ในขณะที่กลุ่มควบคุมลดลงจาก 6.0 เป็น 5.0 คะแนน ($p = 0.002$) และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่วัดด้วย 8Q ก็ลดลงเช่นกัน ($p = 0.018$)

ด้านคุณภาพชีวิต

กลุ่มศึกษามีคะแนน EQ-5D-5L Utility Index เพิ่มขึ้น 0.11 คะแนน (95% CI: 0.05, 0.17, $p < 0.001$) และคะแนน Visual Analog Scale (VAS) เพิ่มขึ้น 9.7 คะแนน (95% CI: 4.8,

14.6, $p < 0.001$) ทั้งสองตัวชี้วัดมีขนาดผลกระทบระดับปานกลาง (Cohen's $d = 0.70$ และ 0.69 ตามลำดับ) และเกินเกณฑ์ Minimal Important Difference

ด้านการใช้บริการสุขภาพ

กลุ่มศึกษามีอัตราการกำเริบของอาการจิตเวชต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (19.4% เทียบกับ 34.2%, $p = 0.032$) โดยมี Relative Risk เท่ากับ 0.57 และ Number Needed to Treat เท่ากับ 7 คน นอกจากนี้ยังมีอัตราการเข้ารักษาที่แผนกฉุกเฉินลดลง (9.7% เทียบกับ 20.5%, $p = 0.045$)

ด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา

กลุ่มศึกษามีอัตราการมาตามนัดหมายสูงกว่า (72.2% เทียบกับ 52.1%, $p < 0.001$) และมีความร่วมมือในการรับประทานยาดีกว่า (80.6% เทียบกับ 56.2%, $p < 0.001$)

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่ม

การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงคะแนนก่อนและหลังการทดลองภายในแต่ละกลุ่มแสดงให้เห็นว่ากลุ่มศึกษา มีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญในทุกตัวแปร ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ (ตาราง 3)

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองภายในแต่ละกลุ่ม

ตัวแปรผลลัพธ์	กลุ่มศึกษา (n=72)			กลุ่มควบคุม (n=73)		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p-value (Effect Size)	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p-value (Effect Size)
คะแนน BPRS						
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	28.4 $\pm$ 5.2	22.8 $\pm$ 4.6	<0.001† (Cohen's d = 1.15)	29.1 $\pm$ 4.8	27.9 $\pm$ 5.1	0.082 (Cohen's d = 0.24)
ค่าผลต่าง (95% CI)	-5.6 (-7.2, -4.0)			-1.2 (-2.6, 0.2)		
คะแนน 9Q						
มัธยฐาน (IQR)	6.0 (3.0-9.0)	3.0 (1.0-5.0)	<0.001† (r = 0.58)	6.0 (4.0-8.0)	5.0 (3.0-7.0)	0.156 (r = 0.17)
คะแนน 8Q						
มัธยฐาน (IQR)	2.0 (1.0-4.0)	1.0 (0.0-2.0)	<0.001† (r = 0.52)	2.0 (1.0-3.0)	2.0 (1.0-3.0)	0.425 (r = 0.09)
คะแนน EQ-5D-5L						
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	0.72 $\pm$ 0.18	0.82 $\pm$ 0.15	<0.001† (Cohen's d = 0.62)	0.69 $\pm$ 0.21	0.71 $\pm$ 0.19	0.284 (Cohen's d = 0.10)
ค่าผลต่าง (95% CI)	0.10 (0.06, 0.14)			0.02 (-0.02, 0.06)		
คะแนน VAS						
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	68.5 $\pm$ 15.2	78.2 $\pm$ 12.8	<0.001† (Cohen's d = 0.69)	66.8 $\pm$ 16.4	68.5 $\pm$ 15.6	0.195 (Cohen's d = 0.10)
ค่าผลต่าง (95% CI)	9.7 (6.8, 12.6)			1.7 (-0.9, 4.3)		

หมายเหตุ: † มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ การประเมิน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มศึกษามีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่ม
ผลลัพธ์ทางคลินิกในช่วง 6 เดือนหลังการทดลอง ควบคุมในทุกตัวชี้วัด (ตาราง 4)

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในช่วง 6 เดือนหลังการทดลอง

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มศึกษา (n=72)	กลุ่มควบคุม (n=73)	สถิติทดสอบ	p-value	Effect Size
การกำเริบของอาการจิตเภท			Chi-square test	0.032*	
- ไม่เกิด (n, %)	58 (80.6)	48 (65.8)			
- เกิด (n, %)	14 (19.4)	25 (34.2)			
- RR (95% CI)	0.57 (0.33, 0.97)				RR = 0.57
- NNT (95% CI)	7 (4-25)				
การเข้ารักษาที่แผนกฉุกเฉิน			Fisher's exact test	0.045*	
- ไม่มี (n, %)	65 (90.3)	58 (79.5)			
- มี (n, %)	7 (9.7)	15 (20.5)			
- RR (95% CI)	0.47 (0.21, 1.07)				RR = 0.47
- NNT (95% CI)	9 (5-50)				
การมาตามนัดหมาย			Chi-square test	<0.001*	
- มาตรงนัดทุกครั้ง (n, %)	52 (72.2)	38 (52.1)			
- มาไม่ตรงนัด/ขาดนัด (n, %)	20 (27.8)	35 (47.9)			
- RR (95% CI)	1.39 (1.05, 1.83)				RR = 1.39
- NNT (95% CI)	5 (3-14)				
ความร่วมมือในการ รับประทานยา			Chi-square test	<0.001*	
- รับประทานสม่ำเสมอ (≥ 80%) (n, %)	58 (80.6)	41 (56.2)			
- รับประทานไม่สม่ำเสมอ (< 80%) (n, %)	14 (19.4)	32 (43.8)			
- RR (95% CI)	1.43 (1.10, 1.87)				RR = 1.43
- NNT (95% CI)	4 (3-10)				

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติ, RR = Relative Risk, NNT = Number Needed to Treat

การวิเคราะห์กลุ่มย่อย

การวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามความรุนแรงของอาการเริ่มต้นและระยะเวลาการเป็นโรคแสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านมีประสิทธิภาพในทุกกลุ่มย่อย แม้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากกว่าจะได้รับประโยชน์มากกว่าเล็กน้อย แต่ไม่มี interaction effect ที่มีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาและผลลัพธ์ พบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมบ้านกับการปรับปรุงของผลลัพธ์ ($p = 0.032$) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านครบ 3 ครั้งมีการปรับปรุงมากที่สุด

ความปลอดภัยและความพึงพอใจ

การประเมินความปลอดภัยแสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านมีความปลอดภัยดี เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบส่วนใหญ่เป็นระดับไม่รุนแรงและจัดการได้ง่าย เช่น ความกังวลจากการเยี่ยม (11.1%) และความไม่สะดวกจากเวลา (6.9%) ที่สำคัญคือกลุ่มศึกษามีเหตุการณ์รุนแรงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยเฉพาะการเข้าโรงพยาบาลฉุกเฉิน ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับสูงมาก โดยความพึงพอใจโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 4.44 ± 0.78 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5) และมีผู้ป่วยร้อยละ 88.9 ที่ระบุความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ด้านที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุดคือความรู้และคำแนะนำที่ได้รับ (4.36 ± 0.82 คะแนน)

วิจารณ์

การศึกษานี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภท

โดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้มีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและทางคลินิกในทุกมิติที่ประเมิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ประสิทธิภาพในการปรับปรุงอาการทางจิตเวช

การลดลงของคะแนน BPRS 5.1 คะแนน เกินเกณฑ์ Minimal Important Difference (3 คะแนน)⁽¹⁵⁾ อย่างชัดเจน แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสัมผัสได้ในชีวิตประจำวัน เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของมาโนช หล่อตระกูล และคณะ ที่พบการลดลงของคะแนน BPRS 4.2⁽⁷⁾ คะแนน หรือการศึกษาของ Wong et al. ในประเทศจีนที่พบการลดลง 3.8⁽¹³⁾ คะแนน ผลการศึกษานี้แสดงประสิทธิภาพที่ดีกว่า ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากการใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพแบบบูรณาการ⁽¹⁰⁻¹³⁾ ร่วมกับเทคนิค Motivational Interviewing ที่มีประสิทธิภาพในบริบทของผู้ป่วยไทย การผสมผสานความเชี่ยวชาญจากหลายสาขาวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบองค์รวมและการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน⁽⁶⁾ ส่งผลให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

กลไกการออกฤทธิ์ของการเยี่ยมบ้าน

ประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านสามารถอธิบายได้ผ่านกลไกหลายประการที่ทำงานร่วมกัน

กลไกทางจิตสังคม

การเยี่ยมบ้านช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง การออกมาพบผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยช่วยลดความวิตกกังวล และสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับทีมรักษา

กลไกทางพฤติกรรมศาสตร์

การใช้เทคนิค Motivational Interviewing เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเพิ่มแรงจูงใจภายในของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นของระดับแรงจูงใจในการรักษาจาก 58.2 ± 18.5 เป็น 78.6 ± 12.8 คะแนน

กลไกการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง

การประเมินตามแนวทาง INHOMESSS แสดงให้เห็นการปรับปรุงในทุกด้าน โดยเฉพาะการใช้ยา (จากร้อยละ 56.2 เป็นร้อยละ 80.6) และการเข้าถึงบริการ (จากร้อยละ 69.4 เป็นร้อยละ 91.7)

ผลกระทบต่อระบบสุขภาพและสังคม

การลดลงของอัตราการกำเริบและการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินส่งผลโดยตรงต่อการลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ จากข้อมูลที่ระบุว่าประเทศไทยมีต้นทุนทางการแพทย์จากโรคจิตเภทถึง 4,210 ล้านบาทต่อปี การลดอัตราการกำเริบลงร้อยละ 14.8 จะส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่ายได้อย่างมีนัยสำคัญการปรับปรุงอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำงานหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น ข้อมูลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา มีการเพิ่มขึ้นของการทำงานจากร้อยละ 61.1 เป็นร้อยละ 73.6

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรนำมาพิจารณา ประการแรก การไม่สามารถปกปิดผู้ป่วยและผู้ให้การทดลองได้อย่างสมบูรณ์เนื่องจากลักษณะของการทดลอง ซึ่งอาจส่งผล

ต่อการประเมินผลลัพธ์ในบางตัวแปรที่เป็น subjective measures ประการที่สองการศึกษาดำเนินการในบริบทเฉพาะของอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบท การสรุปผลไปยังพื้นที่เมืองหรือบริบทที่แตกต่างกันจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง ประการที่สาม ระยะเวลาติดตาม 6 เดือนอาจไม่เพียงพอต่อการประเมินความยั่งยืนของผลการทดลอง และประการที่สี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการในระดับเสถียร ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถสรุปไปยังผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้ ประการสุดท้าย การศึกษานี้เป็น pragmatic RCT ที่กลุ่มศึกษาได้รับ contact time กับทีมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอาจก่อให้เกิด attention bias ดังนั้นผลลัพธ์ที่ได้ อาจเกิดจาก (1) การเยี่ยมบ้าน, (2) เทคนิค MI, (3) ความสนใจที่เพิ่มขึ้นหรือ (4) การผสมผสานกันของปัจจัยเหล่านี้ การศึกษาต่อไปควรมี active control group เพื่อแยกผลของแต่ละองค์ประกอบ

ความหมายและการประยุกต์ใช้

ผลการศึกษานี้มีนัยยะสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพไทยในหลายมิติ การแสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีประสิทธิภาพ สนับสนุนแนวทางการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลแบบรวมศูนย์ไปสู่การดูแลในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน การใช้เทคนิค Motivational Interviewing ที่ประสบความสำเร็จในการศึกษานี้ควรได้รับการพัฒนาเป็นหลักสูตรการฝึกอบรมมาตรฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะในสาขาแพทยเวชศาสตร์ป้องกันและสุขภาพจิตชุมชน

สรุป

การศึกษาวิจัยนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน การใช้การออกแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีคุณภาพสูง ร่วมกับการประเมินผลลัพธ์ที่ครอบคลุมและใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ทำให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ผลการศึกษาแสดงการปรับปรุงที่มีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและทางคลินิกในทุกด้านที่ประเมิน ตั้งแต่อาการทางจิตเวช คุณภาพชีวิต การใช้บริการสุขภาพ ไปจนถึงการมีส่วนร่วมในการรักษา ขนาดของผลกระทบส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงใหญ่ และเกินเกณฑ์ความแตกต่างขั้นต่ำที่มีความหมายทางคลินิก การใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับเทคนิค Motivational Interviewing เป็นจุดแข็งสำคัญของการศึกษานี้ การผสมผสานความเชี่ยวชาญจากหลายสาขาวิชาชีพในการแก้ไข

ปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม และการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน ส่งผลให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน การศึกษานี้ไม่เพียงแต่สร้างองค์ความรู้ทางวิชาการ แต่ยังเป็นการสร้างแรงบันดาลใจและความหวังให้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ว่าการดูแลที่มีคุณภาพและเข้าถึงได้สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นสิ่งที่เป็นไปได้และคุ้มค่าที่จะลงทุนสำหรับการประยุกต์ใช้ในอนาคต ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ การศึกษาความคุ้มค่าอย่างเป็นระบบและการขยายผลไปยังบริบทที่หลากหลาย การพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน การฝึกอบรมบุคลากรและการสร้างระบบสนับสนุนจะช่วยให้การดำเนินงานมีคุณภาพและความสม่ำเสมอ การต่อยอดและพัฒนาผลการศึกษานี้จะเป็นก้าวสำคัญในการยกระดับการดูแลสุขภาพจิตของประเทศไทยให้เข้าสู่มาตรฐานสากลและตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์, มาโนช หล่อตระกูล, สุชาติ เจียมจริยาวัฒน์. ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินของแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ฉบับภาษาไทย. วารสารจิตแพทย์ 2539;41(3):15-24.
2. ชาญวิทย์ พรนภดล, สุทธิชัย จิตเพ็ชร, มาโนช หล่อตระกูล. การพัฒนาแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) สำหรับประชากรไทย. วารสารโรงพยาบาลราชวิถี 2545;60(4):212-20.
3. รุ่งนา จันเพชร, ชัยวัฒน์ ศุภกานนท์, วิโรจน์ ชัยสิทธิพันธุ์. การพัฒนาแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q). วารสารกรมสุขภาพจิต 2548;15(2):81-89.
4. ยศ ธีระวัฒนานนท์, มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, สุรพล ลิ้มวัฒนานันท์. การแปลและตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย. วารสารเศรษฐศาสตร์สุขภาพไทย 2557;2(1):1-12.

5. ศักดิ์ชัย ตันติวิวัฒน์, อรัญญา เจริญสุข, นิตยา ทองดี. ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2562;33(2):45-58.
6. พยอม ตัณฑจรรยา, สุดใจ มั่นคง, ปรียา สุขสำราญ. ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2558;33(3):67-78.
7. มาโนช หล่อตระกูล, สมชาย อิงคกุลชัย, วิชัย เอกสิทธิ์. ประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมควบคู่กับการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554;56(4):289-302.
8. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, มาลี เหมาะสม, จิรายุ ดีงาม. การศึกษาความตรงของแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารโรงพยาบาลศรีนครินทร์ 2562;34(2):156-68.
9. Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M, Ramos-Goñi JM, Tongsir S, Ingsrisawang L, Teerawattananon Y. The EQ-5D-5L Valuation study in Thailand. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 2018;18(5):551-8.
10. Cai Y, Li Q, Liu Z, Wu P, Chen X, Li S, et al. Mobile phone text messaging and peer support to improve mental healthcare for people with schizophrenia in resource-poor rural communities in China (LEAN): An implementation-effectiveness hybrid randomised controlled trial. Lancet Digit Health 2020;2(4):176-86.
11. Velligan DI, Diamond PM, Mintz J, Maples N, Li X, Zeber J, et al. The use of individually tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes in schizophrenia. Schizophr Bull 2008;34(3):483-93.
12. Cornelis J, Barakat A, Dekker J, Schut T, Berk S, Nusselder H, et al. Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: a multicentre randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2018;18:55.
13. Wong SY, Cheung AK, Lee A, Cheung NT, Leung CC, Wong W, et al. Improving quality of life and functioning in patients with schizophrenia by community-based psychosocial intervention in China: A randomized controlled trial. Psychiatr Serv 2017;68(4):406-9.
14. Bijur PE, Silver W, Gallagher E J. Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. Acad Emerg Med 2001;8(12):1153-7.
15. Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel RR. What does the PANSS mean?. Schizophr Res 2005;79(2-3):231-8.