

ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

กนกรัตน์ ชัยนุ¹, กิตติยา ทองสุข², มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี ของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 - ธันวาคม พ.ศ. 2560 อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์โดยการศึกษาย้อนหลัง แบบ Retrospective Cohort Study ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการกำเริบในปี พ.ศ. 2559-2560 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบ้านไผ่ จำนวน 79 ราย ใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square และ Odds ratio (OR), Multiple logistic regression, Adjusted Odds ratio และ 95% Confidence Interval เก็บข้อมูล โดยแบบสัมภาษณ์และสัมภาษณ์แบบเชิงลึก ผลการวิจัยพบว่า รายได้ (OR=0.25; 95% CI=0.08–0.73) การรับรู้เกี่ยวกับโรค (OR=0.35; 95% CI=0.12–0.96) ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว (OR=0.14; 95% CI=0.02–0.69) การประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ (OR=0.26; 95% CI=0.10–0.67) การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน (OR=0.26; 95% CI=0.09–0.75) และการใช้ยาต้านอาการทางจิตไม่ต่อเนื่อง (OR=0.07; 95% CI=0.02–0.25) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี เมื่อทำการวิเคราะห์ Multivariate analysis พบว่าการไม่รับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี มากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 12.5 เท่า (95%CI=12.41–64.80; P-value=0.003) และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษา รพ.จิตเวช มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี น้อยกว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาที่ PCU/รพ.สต. 0.08 เท่า (95%CI=0.01–0.60; P-value=0.013) ดังนั้น การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาและได้ยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องร่วมกับการเชื่อมโยง ส่งต่อ ดูแลต่อเนื่องระหว่างสถานบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ สามารถป้องกันการเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังได้

คำสำคัญ: จิตเภทเรื้อรัง, กำเริบซ้ำ, อาการทางจิต

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

²นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

³นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Mingkhuan Phuhongtong. Email: m.phuhongtong@gmail.com

FACTOR ASSOCIATED TO RECURRENT SYMPTOMS IN CHRONIC SCHIZOPHRENIA PATIENTS AT BAN PHAI DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

Kanokrat Chainu¹, Kittiya Tongsuk², Mingkhuan Phuhongtong³

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate factors affecting schizophrenia patients with recurrent symptoms within one year of chronic schizophrenia. During January 2016 - December 2017, Ban Phai District, Khon Kaen Province performed an analytical study by retrospective cohort study. The population of recurrent chronic schizophrenic patients in the year 2016 who came to receive service at Ban Phai Hospital was a total of 79 cases. Descriptive statistics to present the mean, standard deviation, inferential statistic to present Chi-square, and Odds ratio (OR), Multiple logistic regression, Adjusted Odds ratio and 95% Confidence Interval. Data were collected by interview and in-depth interview. The results showed that income (OR = 0.25; 95% CI = 0.08–0.73) Perception of the disease (OR = 0.35; 95% CI = 0.12–0.96) Relationship between family members (OR = 0.14; 95% CI = 0.02–0.69) Income (OR = 0.26; 95% CI = 0.10–0.67) Participation in community activities (OR = 0.26; 95% CI = 0.09–0.75) and intermittent antipsychotics (OR = 0.07; 95% CI = 0.02–0.25) risk factor that causes patients with recurrent psychiatric symptoms within 1 year. Multivariate analysis has found that not continuing to take anti-psychotic drugs. On the recurrence of symptoms within 1 year more than 12.5 times continuous patients (95% CI = 12.41–64.80; P-value = 0.003) and Schizophrenic patients receiving treatment for psychiatric hospitals have a risk of recurrence within less than 1 year compared to schizophrenic patients treated at primary care unit 0.08 times (95% CI = 0.01–0.60 P-value = 0.013). The health care system for treatment and receiving anti-psychiatric drugs together with the continuous seamlessly between primary, secondary and tertiary care, the mental symptoms recurrent in chronic schizophrenic patients.

Key Words: schizophrenia, Recurrent, psychiatric symptoms

¹Registered Nurse, Professional Level, Ban Phai Hospital

²Medical Physician, Senior Professional Level, Ban Phai Hospital

³Public Health Technical Officer, Professional Level, Khon Kaen Provincial Health Office

บทนำ (Introduction)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตเวช เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและพบมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวช จากสถิติโลกผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน โดยพบอุบัติการณ์โรคประมาณ 0.1 – 0.5 ต่อพันประชากร ความชุกเท่ากับ 2.5 – 5.3 ต่อพันประชากร ความชุกตลอดชีพเท่ากับ 7.0 – 9.0 ต่อพันประชากร เพศหญิง เพศชายเป็นได้เท่าๆ กัน พบในช่วง 15 – 54 ปี ส่วนใหญ่มีอาการในช่วงวัยรุ่นต้นๆ หรือผู้ใหญ่ตอนต้นๆ¹ โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผิดปกติด้านความคิด การรับรู้และพฤติกรรม การดำเนินของโรคค่อยเป็นค่อยไป ส่วนใหญ่เริ่มแยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการทำงานบกพร่อง ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาการด้านจิตเภทกำเริบมีอาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน ทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น ญาติต้องพาเข้ารักษาในโรงพยาบาล อาการทางจิตสงบ แต่มีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพหลงเหลืออยู่ ลักษณะดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง บางรายมีอาการกำเริบบ่อย การทำหน้าที่ทางสังคมลดลง มีอาการเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ และการรับรู้ขึ้นอย่างถาวร นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันลดลง ทำให้ครอบครัว ญาติ ต้องมีส่วนร่วมมากขึ้น บางรายไม่มีคนดูแลทำให้เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดปัญหาในสังคมมากขึ้น² เป้าหมายในการ

บำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการให้คำแนะนำทางการแพทย์ รวมถึงการส่งเสริมการป้องกัน การกำเริบซ้ำของผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพเสื่อมถอยทั้งร่างกาย สติปัญญา การเรียนรู้ การสื่อสารความหมาย และจิตใจโดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์พยาบาล เภสัชกร และวิชาชีพอื่น และฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตใน สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และไม่เป็นภาระของบุคคลรอบข้างและสังคมน้อยที่สุด

ในเขตอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังสะสมทั้งหมด 726 ราย มีผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบในชุมชนทั้งหมดในช่วงปี พ.ศ. 2559 จำนวน 76 ราย และในปี พ.ศ.2560 จำนวน 90 ราย⁴ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบ เขตอำเภอบ้านไผ่ จ.ขอนแก่น ได้เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง บางรายมีปัญหาซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะอยู่รักษาเป็นเวลานาน และเมื่อกลับสู่ชุมชนมักมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ขาดทักษะชีวิตในการที่จะจัดการกับปัญหา ไม่ยอมรับการรักษา หรือได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องจากญาติ ขาดผู้ดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมาก การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ

กำเริบเพิ่มมากขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน เกิดความไม่ปลอดภัยในชุมชน⁵ มีประชาชนที่ได้รับบาดเจ็บหรือพิการโดยการก่อวินาศกรรมหรือทำร้ายร่างกายและทรัพย์สินผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เมื่อได้รับการบำบัดรักษาจนอาการสงบ แต่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ไปตลอดชีวิต⁶ ผู้ป่วยยังมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้ขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง จากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า กระบวนการในการดูแล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีที่สุดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงของโรค ได้แก่ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน และให้ชุมชนสามารถจัดการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้อาศัยอยู่กับครอบครัว สมาชิกครอบครัวจัดที่อยู่อาศัย และจัดหางานในท้องถิ่นให้ทำ เพื่อเพิ่มบริการที่ดี ให้กับครอบครัวและชุมชน ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพล ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนี้ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรค รับประทานยา ยาจิตเวช การใช้สารเสพติดระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมการไม่ร่วมมือในการรับรักษา การไม่ร่วมมือในการ อายุ และระยะเวลานานในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำ⁷⁻¹¹

จากข้อมูลและปัญหาที่กล่าวมา ทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการศึกษาถึงปัจจัยและผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ที่ส่งผลต่อการกำเริบอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและเป็นแนวทางในการสร้างระบบการดูแล รักษาและป้องกันผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการกำเริบอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการกำเริบอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการกำเริบในปี 2559 และกลุ่มที่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำในปี 2559-2560 ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านไผ่จังหวัดขอนแก่นจำนวน 90 รายและขึ้นทะเบียนรักษาโรงพยาบาลบ้านไผ่ จ.ขอนแก่น

Inclusion criteria ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง (schizophrenia) ที่มีอาการกำเริบในปี 2559 และผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำในปี 2559 และปี 2560

Exclusion criteria จำนวน 11 ราย

1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบจน ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือให้ความร่วมมือได้
2. ผู้ป่วยที่ย้าย หรือ ทำงานนอกเขต อำเภอบ้านไผ่ ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในวันที่เก็บข้อมูล
3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิต
4. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ณ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล
5. ผู้ป่วยไม่ยอมเปิดเผยข้อมูล

กลุ่มศึกษา (case) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการกำเริบในปี 2559 และปี 2560 จำนวน 40 ราย

กลุ่มควบคุม (control) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการกำเริบในปี 2559 ที่ไม่มีอาการกำเริบซ้ำในปี 2560 จำนวน 39 ราย

เครื่องมือ ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก และข้อมูลจากเวชระเบียน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์แพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน และนำไปทดสอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงเป็นความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square และ Odds ratio (OR) การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ตัวแปรที่มีค่า $P\text{-value} < 0.25$ นำมาวิเคราะห์ Multiple logistic regression, Adjusted Odds ratio และ 95% Confidence Interval

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้เสนอขอรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น หมายเลขรับรอง COA6089 KEC60102

ผลการวิจัย (Result)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อายุเฉลี่ย 38.7 ปี ($SD = 10.12$) สถานภาพโสดร้อยละ 69.1 การศึกษาส่วนใหญ่ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.2 และมีรายได้ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 76.6 การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เพียงร้อยละ 52.9 ผู้ป่วยร้อยละ 42.6 รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 30.9 รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และร้อยละ 26.5 รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช การประกอบอาชีพพบว่า ร้อยละ 54.4 ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และร้อยละ 47.1 ไม่ทนายด้านการกำเริบโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่

ร้อยละ 79.4 ไม่ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งร้อยละ 63.2 เคยใช้ยาเสพติด ส่วนใหญ่มีที่พักเป็นหลักแหล่ง การช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น ส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือ คิดเป็นร้อยละ 84.8 ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวร้อยละ 78.4 ไม่มีความขัดแย้ง การประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ ทำได้ร้อยละ 56.4 การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมในชุมชน ร้อยละ 58.2 สามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชนได้ การถูกปฏิเสธจากคนในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ถูกปฏิเสธจากชุมชน การรับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง พบว่า ร้อยละ 40.5 รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 82 ไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัย ด้านลักษณะบุคคล ด้านการเจ็บป่วย และด้านสังคม และการรักษาต่อการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี ของผู้ป่วยจิตเภทควรละปัจจัยโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่นๆ พบว่า รายได้ (OR=0.25; 95% CI=0.08–0.73) การรับรู้เกี่ยวกับโรค (OR=0.35; 95% CI=0.12–0.96) ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว

(OR=0.14; 95% CI=0.02–0.69) การประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ (OR=0.26; 95% CI=0.10–0.67) การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน (OR=0.26; 95% CI=0.09–0.75) และการใช้ยาต้านอาการทางจิตไม่ต่อเนื่อง (OR=0.07; 95% CI=0.02–0.25)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่รับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง 12.5 เท่า (95%CI=12.41–64.80; P-value=0.003) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษา รพ.จิตเวช มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี น้อยกว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาที่ PCU/รพ.สต. 0.08 เท่า (95%CI=0.01–0.60; P-value=0.013) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษา รพ.รพช. มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี น้อยกว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาที่ PCU/รพ.สต. 0.12 เท่า (95%CI=0.01–0.83; P-value=0.032) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	B	S.E.	p-value	Adjust Odds Ratio(AOR)	95 % CI AOR
การรับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง					
ใช่	1				
ไม่ใช่	2.52	0.84	0.003*	12.502	12.41-64.80
สถานที่รักษาหลักปัจจุบัน					
PCU/รพ.สต.	1				
รพช.	-2.11	0.98	0.032*	0.12	0.01 -0.83
โรงพยาบาลจิตเวช	-2.41	0.97	0.013*	0.08	0.01-0.60

*p<0.05

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นปัจจัยเสี่ยงมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ประกอบด้วย ด้านปัจจัยตัวผู้ป่วยและพยาธิสภาพของโรคจิตเภท เช่น 1. การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง “ก็ไม่ได้เป็นอะไรแล้ว สบายดีเลย ไม่ไปเอายา”, “มันบอกไม่ได้เป็นผีบ้า เจ้าเป็นเจ้าก็กินสิ” “หมอบอกว่าหายแล้ว ให้หยุดยาได้” 2. การใช้สารเสพติดหรือสารกระตุ้นร่วมด้วย “ทั้งกินเหล้า สูบยา มันก็เลยไม่กินยา มาเป็นเดือน” ด้านครอบครัวและสังคม 1. ผู้ดูแลไม่สามารถพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชได้ “แม่ผมเม่่าปานนี้แล้วจะพาผมไปได้ยังงี้” “มันไม่ไปกับแม่ ออ

ยงี้ก็ไม่ไป ว่าเซาแล้ว” ด้านการให้บริการด้านสาธารณสุข 1. เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ขาดข้อมูลส่งต่อการดูแลคนไข้ในชุมชน “ไม่รู้ว่าคุณไข้ไปเอายาที่จิตเวชไหม” “ไม่เห็นใบส่งตัวมาว่ายังงี้ เลยนึกว่ายังไปรับยาต่อที่จิตเวช”

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. อัตราการกำเริบซ้ำในปี 2559 คิดเป็นร้อยละ 10.3 และพบว่า ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการกำเริบซ้ำอีกในปี 2560 ร้อยละ 53 ซึ่งพบว่าอัตราการกำเริบซ้ำใน 1 ปี สูงกว่างานวิจัยหลายงานที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า อยู่ในช่วงร้อยละ 30-35¹² ดังนั้นผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าในเขตอำเภอบ้านไผ่

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำระดับที่สูง จึงเป็นเรื่องท้าทายในการเข้ามาดูแลจัดการและแก้ปัญหาดังกล่าว แม้จะมีข้อขัดแย้งในการให้นิยามของการเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำ (relapse) เช่น บางการศึกษาใช้ Positive and negative syndrome scale, Clinical global impression rating scale หรือจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในการสอบถามข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยและผู้ดูแล และการเก็บข้อมูลเวชระเบียนที่ไม่ได้บันทึกข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ค่านิยามที่สามารถสื่อได้ว่ามีอาการทางจิตกำเริบ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Jingbo³

2. จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำมากที่สุด คือ ความร่วมมือในการใช้ยาต้านอาการทางจิตของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ขาดยามีอาการกำเริบทางจิตมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านอาการทางจิตต่อเนื่อง 12.5 เท่า (95%CI=12.41-64.8; P-value=0.003) ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาโดยมีโอกาสดำเนินการซ้ำ 2.5-3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง^{3,5,14,15} การขาดยาต้านอาการทางจิตทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง เป็นปัจจัยด้านชีวภาพที่สำคัญผู้ป่วยจึงมีอาการกำเริบได้ง่ายขึ้น สาเหตุที่ผู้ป่วยขาดยาต่อเนื่องมีหลายสาเหตุ เช่น ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การตระหนักและความเข้าใจของผู้ป่วย การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา

การดูแลช่วยเหลือของครอบครัวและชุมชน ซึ่งต้องศึกษาในเชิงลึกต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การใช้ยาต้านอาการทางจิตไม่ต่อเนื่องมีโอกาสกำเริบซ้ำมากกว่าและผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคควรได้รับการดูแลรักษาที่สถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพจิต ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการดูแล ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การดูแลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องการเฝ้าระวังและจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบ รวมทั้งการสร้างระบบเชื่อมโยงส่งต่อแบบไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีอาการทางจิตกำเริบน้อยลง สามารถดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และไม่เป็นการระคายของครอบครัว ชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ประยูร โกวิทช์ นายแพทย์อดุลย์ บำรุง โรงพยาบาลบ้านไผ่ คณะที่มีส่วนร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ ทำให้โครงการวิจัยครั้งนี้ บรรลุตามวัตถุประสงค์ตามที่วางไว้ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Walker E, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(4): 334-41.
2. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
3. Csernansky JG, Mahmoud R, Brenner R. A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia. *N Engl J Med* 2002; 346(1): 16-22.
4. สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. **รายงานผู้ป่วยจิตเวช**. ขอนแก่น: สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2560.
5. อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. **วารสารกองการพยาบาล** 2556; 40: 67-83.
6. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)**. American Psychiatric Pub; 2013.
7. Suriyong J, Khamwongpin M, Viboonma K, Tamdee D, Keawma P. Prevalence of alcohol use disorders of schizophrenic patients. *Journal of Mental Health of Thailand* 2014; 22(1): 38-47.
8. เสาวนีย์ คงนิรันดร์. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
9. Choorat N. The Study of Causes and Ways to Prevent a Recurrence of Schizophrenic Patients in The Community of Pi-leng District Health Care Promoting Hospitals which Experiencing Unrest Situation in the Southern Provinces of Thailand. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2016; 3(1): 24-36.
10. Sooksompong SN, Udomittipong D, Losatankij P. Factors Associated with Relapse in First Episode Psychosis. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand* 2016; 61(4): 331-40.
11. Tan SCH, Yeoh AL, Choo IBK, Huang APH, Ong SH, Ismail H, et al. Burden

- and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21(17-18): 2410-8.
- 12.Theodore J. Wilf. Practice Guidelines and Combining Atypical Antipsychotics. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161(9):1717-8.
13. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research* 2012; 139(1): 116-28.
- 14.Sthapornnanon N. Medication non adherence. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences* 2012; 7: 1-17.
- 15.Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia: effects of second generation antipsychotics. [n.p.]; 2016.