

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในโรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ.2535-2539

สุตสabay จุลกัทัพพะ พ.บ.*

เรื่องย่อ : การศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ากลับรับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศิริราชระหว่างปี พ.ศ. 2535-2539 จำนวนทั้งหมด 83 ราย เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้ง มี 44 ราย (ร้อยละ 53) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาครั้งเดียว กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง พบว่ามีเพียงปัจจัยด้านระยะเวลาในการป่วยเท่านั้นที่มีความแตกต่างอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปมีโอกาสดำเนินการรักษามากกว่า นอกจากนั้นยังพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีช่วงระยะเวลาในการป่วยห่างจากการป่วยครั้งสุดท้าย ตั้งแต่ 1 ปีลงไปกับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีช่วงระยะเวลาในการป่วยห่างจากการป่วยครั้งสุดท้ายมากกว่า 1 ปีพบมีปัจจัยด้านอาชีพ ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูวัยเด็ก รวมทั้งปัจจัยด้านความรับผิดชอบต่อครอบครัวเท่านั้นที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีช่วงระยะเวลาของอาการทางจิตสงบน้อยกว่า หรือเท่ากับ 1 ปีจะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี มีโอกาสที่จะมีอาการเรื้อรังไม่สามารถประกอบอาชีพได้, ต้องการการดูแลจากผู้อื่นมากกว่า และพบว่าพ่อแม่เป็น ผู้เลี้ยงดูในวัยเด็ก

Abstract : The Study of Risk Factors for Re-Admission in Schizophrenic Patients at Siriraj Hospital 1992-1996

Sudsabuy Chulakadabba, M.D.*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700.

Siriraj Hosp Gaz 1999 ; 51: 358-365.

A retrospective study of eighty - three in - patients with schizophrenia re-admitted to Siriraj Hospital between 1992 and 1996 was carried out to determine what risk factors had accounted for their re-admission. Of the 83 patients, 44 (53%) had previously been admitted at least twice, while 39 (47%) had been treated once. Only the duration of illness was found to be significantly different

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, เขตบางกอกน้อย, กรุงเทพมหานคร 10700.

between these two groups. This was more prominent in those who had been ill for more than five years. When a comparison was made between patients who relapsed within one year and those with a longer remission period, there were significant differences in their occupation, childhood history and their family responsibilities. Patients with a remission period of one-year or less appeared to have a worse prognosis and tended to be have chronic disease, be more dependent and we found that in childhood they had been brought up by their own parent.

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่พบว่ามีอาการดำเนินโรคที่ค่อนข้างเรื้อรัง แม้จะได้รับการรักษา^{1,2,3} เมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชอื่นๆ แล้วจะพบว่าโรคจิตเภทมีผลการรักษาที่ไม่ดีนัก กล่าวคือพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 มักมีผลการรักษาที่ไม่ดี (poor outcome)¹ จากการที่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสที่จะเกิดอาการทางจิตได้อีกและรุนแรงถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยบางรายอาจต้องอยู่โรงพยาบาลนานหลายเดือน อย่างไรก็ตามก็พบได้ว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการไม่รุนแรงถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และบางรายไม่เกิดอาการทางจิตในระยะต่อมา การศึกษานี้ต้องการที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเข้ามาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อจะได้เป็นแนวทางของแพทย์ในการดูแลและป้องกันการกลับเข้ามาเข้ารับการรักษาซ้ำซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือจะมีผลต่อผู้ป่วยในด้านของการมีสถานภาพทางสังคมที่มั่นคงขึ้น เนื่องจากไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ผู้ป่วยไม่เป็นภาระในการดูแลของญาติมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับการร่วมมือจากญาติมากขึ้น และทำให้ประหยัดงบประมาณค่าใช้จ่ายในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยในอนาคต

วัตถุประสงค์และวิธีการ

1. เพื่อศึกษาแนวโน้มปัจจัยส่วนตัวและปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเข้ามาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและป้องกันการกลับเข้ามาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในโรคจิตเภท ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยประเสริฐกังสดาลย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2539 จำนวน 154 ราย ข้อมูลโดยคัดผู้ป่วยที่มารับการรักษาเป็นครั้งแรกออกไป เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือมีโอกาสเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในได้อีกในอนาคต เมื่อคัดเฉพาะเพิ่มข้อมูลของที่มีประวัติสมบูรณ์ก็ได้เพิ่มผู้ป่วยที่นำมาศึกษาทั้งหมด 83 ราย (ร้อยละ 53.9) แล้วแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้ง กับกลุ่มที่มีประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพียงครั้งเดียว แล้วนำมาแจกแจงข้อมูลส่วนตัวและวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำด้วยทดสอบไค-สแควร์ ถือว่าผลการทดสอบมีนัยสำคัญเมื่อ $p \leq 0.05$

ผล

จำนวนผู้ป่วยในของโรคจิตเภทที่นำมาศึกษาทั้งหมด 83 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้ง 44 ราย (ร้อยละ 53) โดยจำแนกเป็นเข้ารับการรักษา 2 ครั้ง 17 ราย (ร้อยละ 38.6), 3 ครั้ง 16 ราย (ร้อยละ 36.4), 4 ครั้ง 4 ราย (ร้อยละ 9.1), 5 ครั้งขึ้นไป 7 ราย (ร้อยละ 15.9) และเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพียง 1 ครั้ง 39 ราย (ร้อยละ 47) ตารางที่ 1, 2, 3 นำเสนอข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยต่างๆ ที่พบส่วนใหญ่ในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้ง (จำนวนทั้งหมด 44 ราย) พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-39 ปี เพศหญิง, นับถือ

ตารางที่ 1. แสดงปัจจัยพื้นฐานที่พบส่วนใหญ่ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ศึกษา

ตัวแปร	เคยอยู่ ร.พ. 1 ครั้ง (N = 39) จำนวน (ร้อยละ)	เคยอยู่ ร.พ. >1 ครั้ง (N = 44) จำนวน (ร้อยละ)	P- value
ปัจจัยพื้นฐาน	29 (74.4)	32 (72.7)	.209
อายุระหว่าง 20-39 ปี	26 (66.7)	28 (63.6)	.773
เพศ หญิง	39 (100)	44 (100)	-
ศาสนา พุทธ	29 (74.4)	35 (79.5)	.575
ที่อยู่ กรุงเทพฯ	26 (66.7)	30 (68.2)	.883
ภูมิลำเนา กรุงเทพฯ	22 (57.9)	23 (54.8)	.778
ไม่มีอาชีพ	30 (76.9)	33 (75.0)	.838
สภาพสมรส โสด หม้าย หย่า	27 (71.1)	28 (57.5)	.212
การศึกษาต่ำกว่าปริญญา	22 (57.9)	16 (48.5)	.822
นิสัย เงียบเฉย ไม่สังคม	35 (92.1)	37 (88.1)	.550
ไม่มีโรคประจำตัว	26 (72.2)	26 (65.0)	.499
ไม่มีการใช้สารเสพติด ให้รู้	7 (17.9)	10 (22.7)	.862

ตารางที่ 2. แสดงประวัติการเลี้ยงดูและครอบครัวที่พบส่วนใหญ่ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ศึกษา

ตัวแปร	เคยอยู่ ร.พ. 1 ครั้ง (N = 39) จำนวน (ร้อยละ)	เคยอยู่ ร.พ. >1 ครั้ง (N = 44) จำนวน (ร้อยละ)	P- value
ประวัติการเลี้ยงดูและครอบครัว			
ผู้ดูแลในวัยเด็ก คือพ่อแม่	33 (91.7)	40 (97.6)	.245
ไม่มีการสูญเสียวัยเด็ก	25 (89.3)	21 (72.4)	.107
เป็นบุตรคนกลาง	18 (48.6)	21 (52.5)	.765
สภาพครอบครัวอยู่ร่วมกับบิดามารดาที่น้อง	25 (65.8)	30 (69.8)	.456
ได้รับการดูแลจากผู้อื่น	23 (59.0)	28 (63.6)	.293
ความสัมพันธ์เข้าได้กับทุกคนในครอบครัว	17 (48.6)	21 (53.8)	.141

ตารางที่ 3. แสดงประวัติการป่วย ความร่วมมือ และการทำร้ายตนเองที่พบส่วนใหญ่ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ศึกษา

ตัวแปร	เคยอยู่ ร.พ. 1 ครั้ง (N = 39) จำนวน (ร้อยละ)	เคยอยู่ ร.พ. >1 ครั้ง (N = 44) จำนวน (ร้อยละ)	P- value
ประวัติการป่วย			
ระยะเวลาในการป่วยมากกว่า หรือเท่ากับ 5 ปี	20 (52.6)	36 (83.7)	.005
ระยะเวลาในการป่วยห่างจากครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	21 (55.3)	49 (63.6)	.387
ไม่มีสาเหตุกระตุ้น	12 (32.4)	18 (41.9)	.855
ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล 1-30 วัน	21 (53.8)	26 (59.1)	.878
ประวัติความร่วมมือในการรักษา			
การไม่ร่วมมือ	25 (69.4)	26 (61.9)	.376
ขาดยา, ไม่กินยาตามสั่ง	25 (64.1)	25 (56.8)	.548
ประวัติทำร้ายตนเอง			
ไม่มีประวัติทำร้ายตนเอง	27 (75.0)	29 (67.4)	.461
เคยทำร้ายตนเอง 1-2 ครั้ง	9 (1.00)	8 (61.5)	.106
ไม่มีประวัติทำร้ายตนเองในครอบครัว	21 (84.1)	26 (86.7)	.780

ศาสนาพุทธ, มีภูมิลำเนาและที่อยู่ในกรุงเทพฯ, สถานภาพสมรสอยู่คนเดียว (โสด หม้าย หย่า) มากกว่าคู่, ไม่ประกอบอาชีพ, การศึกษาส่วนใหญ่มีระดับต่ำกว่าปริญญาตรี, อุปนิสัยเงียบเฉย, ไม่สังคม, ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ใช้สารเสพติดแต่ถ้าใช้สารเสพติดจะพบมีการใช้บุหรี่มากที่สุด ผู้ดูแลในวัยเด็กส่วนใหญ่คือพ่อแม่ของตนเอง, ไม่มีประวัติการสูญเสียในวัยเด็ก, ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรคนกลาง, ผู้ป่วยจะอยู่ร่วมกับบิดามารดาและพี่น้อง และได้รับการดูแลจากผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.6), ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี (ร้อยละ 53.8) รองลงมาคือขัดแย้งและถูกบังคับ (ร้อยละ 41.0) แต่ประวัติการร่วมมือในการรักษาไม่ดี (ร้อยละ 61.9) การไม่ร่วมมือที่พบบ่อย คือ

ไม่กินยาตามสั่ง (ร้อยละ 56.8) ทางด้านประวัติการป่วยพบว่าผู้ป่วยป่วยมานานเท่ากับหรือมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 83.7) ระยะเวลาการป่วยห่างจากครั้งสุดท้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี (ร้อยละ 63.6) มักไม่พบสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการ และระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลครั้งนี้อยู่ในช่วง 1-30 วัน ประวัติการทำร้ายตนเอง พบว่าผู้ป่วยไม่เคยทำร้ายตนเอง (ร้อยละ 67.4) แต่ถ้าเคยจะทำร้ายตนเองมากที่สุด 1-2 ครั้ง และไม่มีประวัติทำร้ายตนเองในครอบครัว

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้ง กับกลุ่มที่มีประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพียง 1

ครั้ง พบว่าปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยเสี่ยงเกือบทุกตัว ได้แก่ อายุ, เพศ, ศาสนา, ที่อยู่, ภูมิฐานะเดิม, อาชีพ, สภาพสมรส, การศึกษา, นิสัย, โรคประจำตัว, การใช้สารเสพติด, ผู้ดูแลในวัยเด็ก, การสูญเสียวัยเด็ก, ระดับในพื้นห้อง, สภาพครอบครัว, ความรับผิดชอบต่อครอบครัว, ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว, ประวัติการร่วมมือในการรักษา, ระยะเวลาการป่วยห่างจากครั้งสุดท้าย, สาเหตุกระตุ้น, ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลครั้งนี้, ประวัติทำร้ายตนเองของผู้ป่วย, จำนวนครั้งที่ทำร้ายตนเองรวมทั้งประวัติทำร้ายตนเองในครอบครัว ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น มีเพียงปัจจัยด้านระยะเวลาในการป่วยเท่านั้นที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้ง จะมีระยะเวลาในการป่วยนานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

วิจารณ์

ผลการศึกษาที่พบว่าร้อยละ 53.9 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประวัติเคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินโรคและผลการรักษาโรคจิตเภทในต่างประเทศ ที่พบว่าประมาณร้อยละ 40-60 มีผลการรักษาไม่ดี (poor outcome)³ ประมาณร้อยละ 50 ต้องการการรักษาแบบผู้ป่วยใน 1 ครั้ง หรือมากกว่า เมื่อเทียบกับโรคจิตเวชอื่นๆ โรคจิตเภทจะมีผลการรักษาที่ไม่ดีมากกว่า และมีอัตราการกลับเข้าอยู่ในโรงพยาบาลสูงกว่าโรคจิตเวชอื่นๆ⁴

เมื่อนำปัจจัยด้าน อายุ, เพศ, ศาสนา, ที่อยู่, ภูมิฐานะเดิม, อาชีพ, สภาพสมรส, การศึกษา, นิสัย, โรคประจำตัว, การใช้สารเสพติด, ผู้ดูแลในวัยเด็ก, การสูญเสียในวัยเด็ก, ระดับในพื้นห้อง, สภาพครอบครัว, ความรับผิดชอบต่อครอบครัว, ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว, ประวัติการร่วมมือในการรักษา, ระยะเวลาการป่วยห่างจากครั้งสุดท้าย, สาเหตุกระตุ้น, ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลครั้งนี้, ประวัติการทำร้ายตนเองของผู้ป่วย, จำนวนครั้งที่ทำร้ายตนเอง, รวมทั้งประวัติทำร้ายตนเองในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีประวัติได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้ง เปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีประวัติการเข้า

รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพียงครั้งเดียวพบว่าไม่มีปัจจัยใดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นปัจจัยด้านระยะเวลาในการป่วยเท่านั้น ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านระยะเวลาในการป่วยที่นานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป มีผลทำให้ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงในการได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้ง ที่เป็นดังนี้อาจเนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยที่มีประวัติการป่วยมานาน มีโอกาสที่จะเกิดอาการทางจิตจนต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในได้บ่อยครั้งมากกว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพียงครั้งเดียว

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านอายุ และเพศได้มีการศึกษาของ Mortensen และ Eaton พบว่าสามารถบอกถึงปัจจัยเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาด้วยแบบผู้ป่วยในได้ แต่จากการศึกษานี้พบว่าในระหว่าง 2 กลุ่มที่ศึกษาไม่มีความแตกต่างทางสถิติในเรื่องนี้แสดงว่าปัจจัยนี้ไม่สามารถบอกถึงอัตราเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาด้วยแบบผู้ป่วยในได้ หรืออาจเป็นเพราะการศึกษานี้เป็นลักษณะการศึกษาซึ่งขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องทำให้ผลที่ได้แตกต่างออกไป ดังนั้นจึงควรจะต้องมีการติดตามผู้ป่วยที่ป่วยเป็นครั้งแรกอย่างต่อเนื่องต่อไป

ปัจจัยด้านการศึกษาจากการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบว่า มีผลต่อการกลับเข้ามาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากในต่างประเทศที่พบผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่ำในการกลับเข้ามาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จะมีระดับการศึกษาสูง^{6,7} อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพียง 1 ครั้งมีการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวนน้อยกว่าระดับก่อนปริญญาในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง (ร้อยละ 28.9 และร้อยละ 71.1) ที่เป็นอย่างนี้ น่าจะเนื่องมาจากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีโอกาสเข้าศึกษาในระดับปริญญาตรีได้ในสัดส่วนที่ต่ำ และเกี่ยวกับโรคจิตเภทเองที่มักมีอาการเริ่มแรกในช่วงวัยรุ่น ทำให้มีผลกระทบกับความสามารถในการเรียน ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่สามารถเรียนในระดับปริญญาได้

เมื่อพิจารณาทางด้านของการใช้สารเสพติด จะพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ศึกษา ไม่ใช้สารเสพติด

และเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่มที่ศึกษา ไม่พบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าปัจจัยนี้ไม่สามารถใช้ในการบ่งชี้ถึงอัตราเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ คล้ายกับการศึกษาของ Sanguineti และคณะ⁴ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Gupta และคณะ⁵ ที่พบว่าการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจะทำให้มีอัตราการรักษาแบบผู้ป่วยในสูงขึ้น ที่เป็นเช่นนั้นน่าจะเป็นผลเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติดน้อยกว่าในต่างประเทศ ทำให้ปัจจัยนี้ไม่มีผลในการบอกอัตราเสี่ยงในผู้ป่วยชาวไทย

เมื่อพิจารณาปัจจัยทางด้านครอบครัว พบว่ามีการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมากที่ศึกษาปัจจัยนี้กับการกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยพบว่าถ้าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความไม่พึงพอใจสูง^{9,10} หรือมีการแสดงออกของอารมณ์ในครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทสูง (high "expressed emotion") จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในได้สูงขึ้น^{11,12,13} (2-3 เท่าของสภาวะปกติ) และในทางกลับกันได้มีการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีการเกื้อกูลกันจะมีผลให้อัตราเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาต่ำลง^{11,12,14} จากการศึกษาพบว่าปัจจัยทางครอบครัว เช่น สภาพครอบครัว, ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ไม่มีผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้ง และผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพียงครั้งเดียว ที่เป็นเช่นนั้นอาจเนื่องจากลักษณะของคนไทยที่โอ้อ้อม มีเมตตา และมองเห็นว่าการที่มีพี่น้องหรือลูกหลานป่วยเป็นเรื่องของบุญกรรมทำให้ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้สูงกว่าในต่างประเทศทำให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์ของครอบครัวต่อผู้ป่วยไม่รุนแรง ดังที่มีการศึกษาของ Kavanagh ที่พบว่าลักษณะของการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทในครอบครัวมีสูงในประเทศทางตะวันตกมากกว่า¹²

เมื่อศึกษาปัจจัยด้าน ความร่วมมือในการรักษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

และปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ไม่กินยาตามสั่ง แต่เมื่อนำมาคิดความแตกต่างทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มที่ศึกษา ซึ่งต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าปัญหาการไม่ร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะการไม่กินยารักษาโรคจิต จะทำให้มีโอกาสสูงขึ้นในการกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคจิตเภท^{10,15,16} และในทางกลับกันการรับประทานยาโรคจิตจะช่วยป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และลดการกลับมีอาการทางจิตขึ้นอีก ทำให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดีในอนาคต¹⁷ จากการศึกษาที่เป็นดังนี้เนื่องมาจากในคนไทยส่วนใหญ่พบว่าการหยุดรับประทานยาหลังจากอาการต่างๆ ดีขึ้น เพราะเข้าใจผิดว่าโรคหาย หรือดีขึ้นแล้ว แต่ปัจจัยด้านความร่วมมือในการรักษาไม่สามารถบ่งบอกถึงอัตราเสี่ยงในคนไทยได้

จากข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพิจารณาถึงตัวแปรปัจจัยต่างๆ ว่าส่งผลถึงความห่างของระยะเวลาในการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดกับครั้งก่อนหน้านั้นอย่างไร ดังวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม ได้ผลดังที่เสนอไว้ในตารางที่ 4

ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาของการห่างจากการป่วยครั้งสุดท้าย ตั้งแต่ 1 ปีลงไป มีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างจากกลุ่มที่มีระยะเวลาของการห่างจากการป่วยครั้งสุดท้ายมากกว่า 1 ปี แต่พบว่าในกลุ่มที่มีระยะเวลาของการป่วยห่างจากครั้งสุดท้าย ตั้งแต่ 1 ปีลงไป มีปัจจัยด้านอาชีพ (ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 65.2) ปัจจัยด้าน ผู้ดูแลในวัยเด็ก (พ่อแม่ ร้อยละ 97.1) และปัจจัยด้านความรับผิดชอบต่อครอบครัว (ได้รับการดูแลจากผู้อื่น ร้อยละ 71.4) เท่านั้นที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะป่วยเรื้อรังและไม่สามารถที่จะกลับไปรับผิดชอบงานในด้านต่าง ๆ เช่น อาชีพหรือครอบครัวได้ โดยพบว่ากลุ่มที่ไม่มีอาชีพ หรือกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากผู้อื่นมักจะมีระยะเวลาของการห่างจากการป่วยครั้งสุดท้าย ตั้งแต่ 1 ปีลงไป ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความถี่ของการป่วย จากผลการวิเคราะห์นั้นแสดงว่า

ตารางที่ 4. เปรียบเทียบปัจจัยที่สำคัญระหว่างระยะห่างจากการป่วยครั้งล่าสุด กับครั้งก่อนหน้านั้น

ตัวแปร	ระยะห่าง ≤ 1 ปี (N = 70) จำนวน (ร้อยละ)	ระยะห่าง > 1 ปี (N = 45) จำนวน (ร้อยละ)	P- value
ปัจจัยพื้นฐาน			
ไม่มีอาชีพ	45 (65.2)	19 (44.2)	.029
ประวัติการเลี้ยงดูและครอบครัว			
พ่อแม่เป็นผู้ดูแลในวัยเด็ก	66 (97.1)	34 (85.0)	.021
ได้รับการดูแลจากผู้อื่น	50 (71.4)	19 (42.2)	.010
ประวัติการป่วย			
เคยอยู่โรงพยาบาล 1 - 2 ครั้ง	34 (48.6)	21 (46.7)	.403

*หมายเหตุ ใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยทั้งหมด 154 ราย โดยตัดผู้ป่วยที่เป็นการป่วยครั้งแรกออกไป

ปัจจัยด้านอาชีพ (การไม่มีอาชีพ), ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูในวัยเด็ก (พ่อแม่) และปัจจัยด้านความรับผิดชอบต่อครอบครัว (การได้รับการดูแลจากผู้อื่น) สามารถบอกถึงอันตรายของการมีอาการทางจิตเกิดขึ้นได้

สรุป

การศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ากลับรับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศิริราชระหว่างปี พ.ศ.2535-2539 จำนวนทั้งหมด 83 ราย เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้ง มี 44 ราย (ร้อยละ 53) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครั้งเดียวกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้งพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .005$) กล่าวคือผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปมีโอกาสเข้ารับการรักษาซ้ำมากกว่า

โดยพบว่าแนวโน้มผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอายุช่วง 20-39 ปี, เพศหญิง, นับถือศาสนาพุทธ, มีภูมิลำเนาและ

ที่อยู่ในกรุงเทพฯ, เป็นกลุ่มที่อยู่โดยไม่มีผู้ (โสด หม้าย หย่า), ไม่ประกอบอาชีพ, การศึกษาส่วนใหญ่มีระดับต่ำกว่าปริญญาตรี, อุปนิสัยเฉื่อยเฉื่อยไม่สังคม, ไม่มีโรคประจำตัว, ไม่ใช้สารเสพติดแต่ถ้าใช้จะมีอาการใช้หนักที่สุด, บิดามารดาเป็นผู้เลี้ยงดูในวัยเด็ก, ไม่มีประวัติการสูญเสียในวัยเด็ก, เป็นบุตรคนกลาง, อยู่ร่วมกับบิดามารดาและพี่น้อง, ได้รับการดูแลจากผู้อื่น, ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีแต่มีประวัติร่วมมือในการรักษาไม่ดี โดยเฉพาะการไม่กินยาตามสั่ง มีระยะเวลาการป่วยเท่ากับหรือน้อยกว่า 5 ปี ระยะเวลาการป่วยห่างจากการป่วยครั้งสุดท้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี ไม่พบสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการ และระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลครั้งนี้อยู่ในช่วง 1-30 วัน ไม่เคยทำร้ายตนเองแต่ถ้าเคยจะทำร้ายตนเอง 1-2 ครั้ง และไม่มีประวัติทำร้ายตนเองในครอบครัว

นอกจากนั้นยังพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีช่วงระยะเวลาในการป่วยห่างจากการป่วยครั้งสุดท้ายตั้งแต่ 1 ปีลงไป กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีช่วงระยะเวลาในการป่วยห่างจากการป่วยครั้งสุดท้ายมากกว่า 1 ปี พบมีปัจจัยด้านอาชีพ ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูวัยเด็ก

รวมทั้งปัจจัยด้านความรับผิดชอบต่อการก่อตัวเท่านั้น
ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้ป่วย
ที่มีช่วงระยะเวลาของอาการทางจิตสงบน้อยกว่า หรือ
เท่ากับ 1 ปีจะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี มีโอกาสที่จะมี
อาการเรื้อรังไม่สามารถประกอบอาชีพได้, ต้องการการดูแล
จากผู้อื่นมากกว่าและพบว่าพ่อแม่เป็นผู้เลี้ยงดูในวัยเด็ก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณศ.คลินิกนพ.ทวี สุวรรณกิจ
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช-
พยาบาล ที่อนุญาตให้ทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ
รศ.กนกกรัตน์ สุขะตุงคะ, ผศ.ดร.สุชีรา ภักทรายุตวรรัตน์ ที่
ช่วยในการให้คำปรึกษา วิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณ
เจ้าหน้าที่ธุรการทุกท่าน ที่ช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV-4th ed. Washington, DC. Am Psychiatric Press, 1994; 273-90.
2. Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th ed. Maryland : Williams and Wilkins, 1995: 889-1018.
3. Hirsch SR, Weingerger DR, eds. Schizophrenia Oxford: Blackwell Science Ltd, 1995: 106-27.
4. Sanguineti VR, Samuel SE, Schwartz SL, et al. Retrospective study of 2,200 involuntary psychiatric admissions and readmissions. Am J Psychiatry 1996; 153: 392-96.
5. Mortensen PB, Eaton WW. Predictors for readmission risk in schizophrenia. Psy Medicine 1994; 24: 223-32.
6. Figuerido JL, Gutierrez M, Gonzalez Pinto A, et al. Predictors of rehospitalization in schizophrenia. Actas Luso-Espanolas de Neurologia. Psiquiatria Y Ciencias Afines, 1997; 25: 217-24.
7. Wieselgren IM, Lindstrom LH. A prospective 1-5 year outcome study in first-admitted and readmitted schizophrenic patients; relationship to heredity, premorbid, adjustment, duration of disease and education level at index admission and neuroleptic treatment. Acta Psychiatr Scand 1996; 93: 9-19.
8. Gupta S, Hendricks S, Kenkel AM, et al. Relapse in schizophrenia : is there a relationship to substance abuse? Schizophrenia Research 1996; 20: 153-6.
9. Postrado LT, Lehman AF. Quality of life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. Psychiatric Services 1995; 46: 1161-5.
10. Sullivan G, Wells KB, Morgenstern H, et al. Identifying modifiable risk factors for rehospitalization : a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. Am J Psychiatry 1995; 152 : 1749-56.
11. Kendell RE, Zealley AK, eds. Companion to psychiatric studies, 5th ed. United Kingdom : Churchill Livingstone, 1993: 397-426.
12. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P, eds. Oxford textbook of Psychiatry 3rd ed. Oxford : Oxford University Press, 1996: 246-93.
13. Cole JD, Kazarian SS. Predictive validity of the level of Expressed Emotion (LEE) scale : readmission follow up data for 1, 2, and 5 year periods. J Clin Psychology 1993; 49: 216-8.
14. Holmes-Eber P, Riger S. Hospitalization and the composition of mental patients' social networks. Schizophrenia Bulletin 1990; 16: 157-64.
15. Soni SD, Gaskell K, Reed P. Factors affecting rehospitalisation rates of chronic schizophrenic patients living in the community. Schizophrenia Research 1994; 12: 169-77.
16. Hoffmann H. Age and other factors relevant to the rehospitalization of schizophrenic outpatients. Acta Psychiatr Scand 1994; 89: 205-10.
17. Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, et al. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. the effects of dose reduction and family treatment. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 453-63.