

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี

ธีรพล วรรณทอง พ.บ., แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป, กลุ่มการแพทย์ โรงพยาบาลกู่แก้ว, อุดรธานี

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกู่แก้วและประเมินความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคติดสารเสพติดแอมเฟตามีน ที่มารับยาที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลกู่แก้วในเดือนกันยายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 200 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสอบถามพฤติกรรม การรับประทานยาของ Morisky (Morisky medication adherence scale 8 items; MMAS-8) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยอ่านแบบสอบถามให้ฟัง วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรและแบบประเมิน MMAS-8 โดยสถิติเชิงพรรณนา ใช้ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาโดยใช้สถิติโลจิสติกแบบถดถอย(Logistic regression) นำเสนอค่า Adjusted Odds ratio, 95% Confidence interval (95%CI) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมงานวิจัยในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลจำนวน 200 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 94.5 อายุเฉลี่ย 30.3 ± 9.8 ปี ให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำร้อยละ 68.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.0 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษา คือ การใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน (AOR= 17.50, 95%CI: 4.74 - 64.52, $p < 0.001$) การตระหนักรู้ (AOR=0.18, 95%CI: 0.06 - 0.51, $p=0.001$) การเข้าถึงระบบการรักษาที่ยาก (AOR=0.11, 95%CI: 0.03 - 0.48, $p=0.003$)

สรุปความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษา คือ การใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน, การตระหนักรู้และการเข้าถึงระบบการรักษาที่ยาก

คำสำคัญ : การไม่มาติดตามการรักษา, โรคจิตเวช, แบบสอบถามพฤติกรรมรับประทานยาชนิด 8 ข้อ

Factors Associated with Non-adherence Among Psychiatric Patients at Kukaao Hospital, Udon Thani

Theerapon Wannatong, MD., General practitioner, Kukaao hospital, Udon Thani

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to examine the factors associated patients' failure to follow up with treatment and to evaluate medication adherence among psychiatric patients at Ku Kaeo hospital. The population study consisted of 200 psychiatric patients diagnosed with schizophrenia and amphetamine dependence syndrome who received medication at the outpatient department of psychiatric clinic, Ku Kaeo hospital from September to December 2024. Data were collected using questionnaire and the Morisky medication adherence scale 8 items (MMAS-8), with researchers and assistants reading the questionnaires aloud. Data analysis included demographic characteristics and MMAS-8, using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation. Factors related to non-adherence were analyzed using logistic regression, presenting Adjusted Odds Ratio (AOR), and 95% confidence intervals (95%CI) at a significance level of $p < 0.05$.

Results indicated that among the 200 psychiatric patients, 94.5% of whom were male, with a mean age of 30.3 ± 9.8 years old. Regarding medication adherence levels 68.0% had low adherence, and 32.0% had moderate adherence. Factors significantly associated with non-adherence included amphetamine use (AOR= 17.50, 95%CI: 4.74 - 64.52, $p < 0.001$), loss of insight (AOR=0.18, 95%CI: 0.06 - 0.51, $p = 0.001$) and difficulty accessing care (AOR=0.11, 95% CI: 0.03 - 0.48, $p = 0.003$).

This study indicates that patient had low medication adherence, factors related to non-adherence include amphetamine use, loss of insight and difficulty accessing care.

Keywords: non-adherence, psychiatric disorder, MMAS-8

บทนำ

ปัญหาหายาเสพติดและจิตเวชนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกมายาวนานทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกวัน จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกขององค์การสหประชาชาติประจำปี พ.ศ. 2568 ของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ(United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) ระบุว่าทั่วโลกยังคงมีการใช้ยาเสพติดในระดับที่สูงอย่างต่อเนื่องโดยในปี ค.ศ. 2023 มีจำนวนผู้ใช้สารเสพติด 316 ล้านคน (ไม่รวมแอลกอฮอล์และยาสูบ) คิดเป็นร้อยละ 6 ของประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี เมื่อเทียบกับประชากรในปี ค.ศ. 2013 ที่มีผู้ใช้ 244 ล้านคน โดยพบว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายที่สุด รองลงมาคือกลุ่มโอปิออยด์(opioids) 61 ล้านคน ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน(amphetamine) 30.7 ล้านคน โคเคน(cocaine) 25 ล้านคน และยาอี(ecstasy) 21 ล้านคน¹

รายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบอุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทและโรคติดสารเสพติดแอมเฟตามีนมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยกลุ่มโรคติดสารเสพติดแอมเฟตามีนมียอดผู้ป่วยสะสมในปี พ.ศ. 2566 สูงถึง 173,177 รายหรือ 0.26 รายต่อแสนประชากร และกลุ่มโรคจิตเภทมียอดผู้ป่วยสะสมในปี พ.ศ. 2566 สูงถึง 299,771 รายหรือ 0.45 รายต่อแสนประชากร จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาหายาเสพติดและจิตเวชยังคงเป็นปัญหาเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง ถึงแม้การดำเนินงานเชิงรุกของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมาจะมีผลให้การเข้าถึงระบบบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชและยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้นแต่กลับพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเพียงร้อยละ 11 ที่ได้รับการวินิจฉัยรักษาและพบว่ามีเพียงร้อยละ 21 ที่ได้รับยาแล้วอาการทางจิตดีขึ้น ส่วนการติดตามการรักษาต่อเนื่องพบว่ามีเพียงร้อยละ 39 เท่านั้น² ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจึงนับเป็นปัญหาหลักของระบบสุขภาพประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมและปัญหาที่ผู้วิจัยพบจากการปฏิบัติงานดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชพบว่า หนึ่งในปัญหาที่ทำให้ยอดจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นในทุกๆปี อีกทั้งอาการไม่ดีขึ้นหลังจากเข้าสู่กระบวนการรักษา คือ การไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาดังกล่าว คือ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ครอบครัว ผู้ดูแล (care giver) ทักษะติดต่อ

การใช้ยา อาการข้างเคียงจากยา(adverse drug reaction) การตระหนักรู้(loss of insight) การขาดแรงจูงใจในการรักษา ทักษะต่อการรักษา(Attitude) การถูกตีตราจากสังคม (social stigma)³⁻⁵ และปัญหาการไม่มาติดตามการรักษา โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาดังกล่าว คือ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง⁶⁻⁷

จังหวัดอุดรธานี เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวชจำนวนมากโดยมีผู้ป่วยโรคติดสารเสพติดแอมเฟตามีนระดับก้าวร้าวรุนแรง(OAS≥3) มากถึง 495 รายหรือ 31 รายต่อแสนประชากร อำเภอแก้วเป็นหนึ่งอำเภอในจังหวัดอุดรธานีที่มีกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมากถึง 319 ราย โดยโรคที่พบมาก 2 อันดับแรก คือ จิตเภท 107 รายและโรคติดสารเสพติดแอมเฟตามีน 149 ราย⁸ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคจิตเวชโรงพยาบาลแก้วย้อนหลัง 1 ปี พบว่าจำนวนคนไข้ที่มาติดตามการรักษาต่อเนื่องมีมากถึงร้อยละ 56 ในกลุ่มดังกล่าวพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 คือ ญาติมารับยาแทนผู้ป่วยไม่ได้มาเองและมีผู้ป่วยบางรายไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ทางผู้วิจัยเล็งเห็นปัญหาจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาและประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเวช

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาและประเมินความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลแก้ว

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) ดำเนินการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลแก้ว ระหว่างวันที่ 10 กันยายน ถึง 31 ธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท(รหัส ICD10: F20.9) และผู้ป่วยโรคติดสารเสพติดแอมเฟตามีน (รหัส ICD10: F15.2) ที่มารับยาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลแก้ว จำนวน 319 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท (รหัส ICD10: F20.9) และผู้ป่วยโรคติดสารเสพติดแอมเฟตามีน (รหัส ICD10: F15.2) ที่มารับยาในระหว่างวันที่ 10 กันยายน ถึง 31 ธันวาคม 2567 ณ คลินิกผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกู่แก้ว จำนวน 200 ราย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง อ้างอิงจากความชุกในงานวิจัยของ Mohammed et al.⁷ โดยความชุกของการไม่มาติดตามการรักษาในคนไข้จิตเวช คือ 44.57 % คำนวณจาก สูตร

$$n = deff \times \frac{N\hat{p}\hat{q}}{\frac{d^2}{1.96^2}(N-1) + \hat{p}\hat{q}}$$

Where

n = sample size

$deff$ = design effect

N = population size

$\hat{p}$ = the estimated proportion

$\hat{q} = 1 - \hat{p}$

d = desired absolute precision or absolute

level of precision

แทนค่า N คือ population size = 319, ค่า p คือ estimated proportion = 0.44, $deff$ คือ design effect = 1, d คือ confidence limit = 5, $q = (1-p) = 0.55$, ได้ประชากรกลุ่มตัวอย่าง(sample size) $n = 175$ คนที่ระดับความเชื่อมั่น 95%CI เก็บข้อมูลเพิ่ม 25 รายเพื่อป้องกัน missing data ทำการสุ่มแบบ purposive sampling ได้ประชากรกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มโรคจิตเภท 81 ราย กลุ่มโรคติดสารเสพติดแอมเฟตามีน 119 ราย

เกณฑ์คัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท(F20.9) และโรคติดสารเสพติดแอมเฟตามีน(F15.2) ที่มารับยาคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลกู่แก้ว
2. อายุมากกว่า 18 ปี
3. สามารถเข้าใจการสื่อสารภาษาไทย
4. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะโรคกำเริบหรืออาการไม่สงบ
2. เป็นโรคสมองพิการโดยกำเนิดหรือมีข้อมูลบันทึกในเวชระเบียนว่าเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพในสมองได้แก่ โรคลมชัก โรคเส้นเลือดสมองตีบ โรคเส้นเลือดสมองแตก โรคเลือดออกในสมองจากอุบัติเหตุ โรคเมะเร็งสมอง โรคฝีในสมอง โรคสมองเสื่อม โรคติดเชื้อในสมองหรือเยื่อหุ้มสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา(Morisky medication adherence scale 8 items; MMAS-8)⁹ ฉบับภาษาไทยแปลโดย Sakthong et al มีค่า internal consistency reliability ปานกลาง(Cronbach's=0.61) ความเที่ยง=0.83¹⁰ เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อแรกประเมินความผิดพลาดในการใช้ยามีสัตว์เลือกเพียง 2 ตัวเลือกคือ ใช่ และ ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ข้อ 8 ประเมินความรู้สึกต่อการใช้ยาแบ่งความรู้สึกเป็น 5 ระดับคือรู้สึกตลอดเวลาให้ 0 คะแนน รู้สึกบ่อยครั้งให้ 0.25 คะแนน รู้สึกบางครั้งให้ 0.5 คะแนน รู้สึกน้อยครั้งให้ 0.75 คะแนนและไม่รู้สึกให้ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 8 คะแนน แบ่งระดับความร่วมมือในการใช้ยาเป็น 3 ระดับคือ ระดับดี(คะแนนรวม=8) ระดับปานกลาง(คะแนนรวม=6-7.9) และระดับต่ำ(คะแนนรวมน้อยกว่า 6)¹⁰⁻¹¹

2. แบบสอบถามหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษา อ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันนำมาสร้างแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพ และโรคประจำตัว

2.2 แบบสอบถามปัจจัย 7 ด้าน จำนวน 16 ข้อ คือ ด้านตัวโรค^{4,12} จำนวน 3 ข้อ ด้านปัจจัยบุคคล^{4,7,13-15} จำนวน 1 ข้อ ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม^{4,14-16} จำนวน 3 ข้อ ด้านการรักษาโรค^{4,12-13,17} จำนวน 1 ข้อ ด้านครอบครัว^{5,16} จำนวน 1 ข้อ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ^{7,12-13,16,18} จำนวน 4 ข้อ และด้านระบบบริการ¹⁶⁻¹⁷ จำนวน 3 ข้อ

ตรวจสอบความตรงภายในโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยทุกข้อมีค่า Index of item objective congruence (IOC) อยู่ในช่วง 0.67-1 และประเมินความน่าเชื่อถือโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค(Cronbach 's Alpha Coefficient)¹⁹ เท่ากับ 0.8

3. ประเมินจำนวนครั้งที่มาติดตามตามการรักษาที่มีบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก(HosXp 4.0) โดยเก็บ 1 ปี ปฏิทิน ปกติการนัดติดตามผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล กู้แก้วในระยะฟื้นฟู(recovery phase) จะนัดติดตามทุก 2 เดือนหรือเฉลี่ย 6 ครั้งต่อปี ใช้เกณฑ์การจัดระดับของบลูม (Bloom 1971)²⁰ แบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับดีคือ มาติดตามมากกว่าร้อยละ 80(5-6 ครั้ง) ระดับปานกลางคือมาติดตามร้อยละ 60-80(4ครั้ง) ระดับต่ำคือน้อยกว่าร้อยละ 60(0-3 ครั้ง)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ขั้นเตรียมการ

- ผู้วิจัยทำการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยและนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ
- ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
- ทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลกู้แก้ว จำนวน 20 ราย เพื่อทดสอบความเที่ยงก่อนนำมาใช้จริง
- ผู้วิจัยขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
- เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและดำเนินการที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลกู้แก้ว

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

- ทีมผู้วิจัยอธิบายข้อมูล วัตถุประสงค์งานวิจัย แก่ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลที่มาติดตามการรักษากับผู้ป่วย

ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลกู้แก้ว และขอความยินยอมในการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

- ผู้ยินยอมเข้าร่วมวิจัยจะถูกแยกเข้าสัมภาษณ์ในห้องตรวจหมายเลข 1 แล้วจึงเข้ารับการตรวจที่ห้องหมายเลข 2 เพื่อรับยาโรคประจำตัว โดยแพทย์และผู้ช่วยจะอ่านคำถามและกรอกคำตอบเอง ผู้เข้าร่วมวิจัยมีหน้าที่ตอบคำถามเพียงอย่างเดียว

- ระยะเวลาที่เก็บข้อมูลอยู่ในระหว่างเดือนกันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567

3. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามงานวิจัยมาตรวจสอบความครบถ้วนก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยนักสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Excel ทำฐานข้อมูลและโปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 13.0 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาโดยใช้ univariable logistic regression รายงานค่า crude Odds ratios(OR), 95% confidence interval(95%CI) นำปัจจัยที่มีค่า p-value < 0.05 มาวิเคราะห์ต่อแบบ multivariable analysis นำเสนอโดยใช้ adjusted Odds ratios(AOR) และ 95%CI ที่ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 13067 ลงวันที่ 5 กันยายน 2567

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ 200 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 94.5 อายุเฉลี่ย 30.3±9.8 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 65.0 ระดับการศึกษาเรียนจบชั้นมัธยม/ปวช./ปวส. ร้อยละ 46.0 ใกล้เคียงกับระดับประถมศึกษาร้อยละ 44.0 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมร้อยละ 19.5 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 9.0 ด้านครอบครัวและสังคมพบว่าว่างงานร้อยละ 66.5 รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 100 วิเคราะห์ลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่างพบว่า

อุบัติการณ์เกิดโรคทางจิตเวชในโรงพยาบาลกู่แก้ว พบมากในเพศชาย ช่วงอายุ 18-29 ปี สถานภาพโสด เรียนจบชั้นมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และไม่มีโรคร่วม

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทและติดสารเสพติดแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลกู่แก้ว (N = 200)

ตัวแปร	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	189(94.5)
หญิง	11(5.5)
อายุ (ปี) mean±SD	30.3±9.8
18-29	99(49.5)
30-44	73(36.5)
45-60	28(14.0)
สถานะ	
โสด	130(65.0)
สมรส	55(27.5)
หย่าร้าง	15(7.5)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	20(10.0)
ประถมศึกษา	88(44.0)
ชั้นมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	92(46.0)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	161(80.5)
มี	39(19.5)
โรคความดันโลหิตสูง	18(9.0)
โรคไขมันในเลือดสูง	12(6.0)
โรคเบาหวาน	6(3.0)
โรคหัวใจ	1(0.5)
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	2(1.0)
อาชีพ	
เกษตรกร	67(33.5)
ว่างงาน	133(66.5)
รายได้ต่อเดือน(บาท)	
น้อยกว่า 5000	200(100.0)

โดยปกติการนัดติดตามผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกู่แก้ว ในระยะฟื้นฟู(recovery phase) แพทย์นัดติดตามการรักษาต่อเนื่องทุก 2 เดือนหรือเฉลี่ย 6 ครั้งต่อปี เก็บข้อมูลการมาติดตามการรักษาตามนัดใน 1 ปีปฏิทิน (ปี 2567) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 200 ราย มีจำนวนครั้งของการมาติดตามการรักษาสูงสุด 6 ครั้งต่อปี ต่ำสุด 2 ครั้งต่อปี เมื่ออ้างอิงตามเกณฑ์ข้างต้น พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษามากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้งต่อปี มีมากถึงร้อยละ 53.5 มาติดตามการรักษาน้อยกว่า 5 ครั้งต่อปี ร้อยละ 46.5 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถาม MMAS-8 พบว่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.25-7 คะแนน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ ร้อยละ 68.0 จากข้อมูลข้างต้นกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลกู่แก้วให้ความร่วมมือในการมาติดตามการรักษาระดับดีแต่ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งของการมาติดตามการรักษาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช (N = 200)

ตัวแปร	จำนวน(ร้อยละ)
จำนวนครั้งของการมาติดตามการรักษา	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง	93(46.5)
มากกว่า 5 ครั้ง	107 (53.5)
min - max	1 – 6
Median[IQR]	3[1,5]
คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา (MMAS-8)	
ระดับต่ำ (<6 คะแนน)	136 (68.0)
ระดับกลาง (6-7.9 คะแนน)	64 (32.0)
ระดับดี (8 คะแนน)	0 (0.0)
min - max	0.25 – 7
Median[IQR]	5[3.5,6]

วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลกู่แก้วโดยใช้สถิติโลจิสติกแบบถดถอย วิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariable logistic regression) ประกอบด้วยตัวแปรอิสระคือปัจจัยคุณลักษณะทั่วไป 7 ข้อ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อาชีพ รายได้ต่อเดือน ปัจจัย 16 ข้อ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านยา ปัจจัยด้านตัวโรค ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านระบบบริการ ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม นำมาหาความสัมพันธ์กับตัวแปรตามคือกลุ่มที่ไม่มาติดตามมีจำนวนครั้งที่มาติดตามการรักษาน้อยกว่า 5 ครั้ง ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาติดตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ระดับช่วงอายุ

18-29 ปี คิดเป็น 2.88 เท่า (OR=2.88, p=0.023) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา 3.82 เท่า (OR=3.82, p=0.025) ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. 4 เท่า (OR=4.00, p=0.020) การว่างงาน 1.93 เท่า (OR=1.93, p=0.033) การใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน 15.78 เท่า (OR=15.78, p<0.001) การมีคนชักชวนให้เลิกรักษา 7.78 เท่า (OR=7.78, p=0.008) ความคิดว่าถูกสังคมรังเกียจ 3.32 เท่า (OR=3.32, p<0.001) ในทางกลับกันพบว่าการมีโรคร่วมลดโอกาสที่จะไม่มาติดตามร้อยละ 56 (OR=0.44, p=0.031) การตระหนักรู้ลดโอกาสร้อยละ 91 (OR=0.09, p<0.001) การเข้าถึงการรักษาที่ยากลดโอกาสร้อยละ 72 (OR=0.28, p=0.009)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชวิเคราะห์ด้วย univariable logistic regression (N = 200)

ปัจจัย	ทั้งหมด (n = 200)	กลุ่มไม่มาติดตาม	กลุ่มติดตามดี	crude OR (95%CI)	P-value
		น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง (n = 93)	มากกว่า 5 ครั้ง (n = 107)		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	189(94.5)	90(96.8)	99(92.5)	2.42(0.62 - 9.42)	0.201
หญิง	11(5.5)	3(3.2)	8(7.5)	1.00	
อายุ(ปี)					
18-29	99(49.5)	53(57.0)	46(43.0)	2.88(1.16 - 7.16)	0.023
30-44	73(36.5)	32(34.4)	41(38.3)	1.95(0.76 - 5.00)	0.164
45-60	28(14.0)	8(8.6)	20(18.7)	1.00	
สถานภาพ					
โสด	130(65.0)	64(68.8)	66(61.7)	1.46(0.77 - 2.76)	0.251
หย่าร้าง	15(7.5)	7(7.5)	8(7.4)	1.31(0.42 - 4.14)	0.643
สมรส	55(27.5)	22(23.7)	33(30.8)	1.00	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชวิเคราะห์ด้วย univariable logistic regression (N = 200) (ต่อ)

ปัจจัย	ทั้งหมด (n = 200)	กลุ่มไม่มาติดตาม	กลุ่มติดตามดี	crude OR (95%CI)	P-value
		น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง (n = 93)	มากกว่า 5 ครั้ง (n = 107)		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าประถมศึกษา	20(10.0)	4(4.3)	16(15.0)	1.00	
ประถมศึกษา	88(44.0)	43(46.2)	45(42.1)	3.82(1.18 - 12.35)	0.025
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	92(46.0)	46(49.5)	46(43.0)	4.00(1.24 - 12.88)	0.020
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคร่วม	161(80.5)	81(87.1)	80(74.8)	1.00	
มีโรคร่วม	39(19.5)	12(12.9)	27(25.2)	0.44(0.21 - 0.93)	0.031
อาชีพ					
เกษตรกร	67(33.5)	24(25.8)	43(40.2)	1.00	
ว่างงาน	133(66.5)	69(74.2)	64(59.8)	1.93(1.06 - 3.54)	0.033
รายได้ต่อเดือน(บาท)					
น้อยกว่า 5000	200(100.0)	93(100.0)	107(100.0)	NA	
มากกว่า 5000	0	0	0		
พฤติกรรมสุขภาพ					
การสูบบุหรี่					
สูบ	74(37.0)	33(35.5)	41(38.3)	0.89(0.50 - 1.58)	0.679
ไม่สูบ	126(63.0)	30(21.5)	96(89.7)	1.00	
ดื่มแอลกอฮอล์					
ดื่ม	62(31.0)	27(29.0)	35(32.7)	0.84(0.46 - 1.54)	0.575
ไม่ดื่ม	138(69.0)	59(63.4)	79(73.8)	1.00	
เสพแอมเฟตามีน					
เสพ	51(25.5)	45(48.4)	6(5.6)	15.78(6.30 - 39.54)	<0.001
ไม่เสพ	149(74.5)	67(72.0)	82(76.6)	1.00	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชวิเคราะห์ด้วย univariable logistic regression (N = 200) (ต่อ)

ปัจจัย	ทั้งหมด (n = 200)	กลุ่มไม่มาติดตาม	กลุ่มติดตามดี	crude OR (95%CI)	P-value
		น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง (n = 93)	มากกว่า 5 ครั้ง (n = 107)		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
เพศ					
เพศ	29(14.5)	15(16.1)	14(13.1)	1.28(0.58 - 2.81)	0.542
ไม่เพศ	171(85.5)	79(84.9)	92(85.9)	1.00	
ปัจจัยด้านยา					
มีอาการข้างเคียงจากยา					
มี	8(4.0)	3(3.2)	5(4.7)	0.68(0.16 - 2.93)	0.604
ไม่มี	192(96.0)	89(95.6)	103(96.2)	1.00	
ปัจจัยด้านตัวโรค					
เป็นโรคนานกว่า 5 ปี					
ใช่	43(21.5)	20(21.5)	23(21.5)	1.00(0.51 - 1.97)	0.999
ไม่ใช่	157(78.5)	71(76.3)	86(80.3)	1.00	
มีเหตุภาวะพลอนในเดือนที่ผ่านมา					
ใช่	29(31.2)	29(31.1)	0	NA	
ไม่ใช่	171(68.8)	67(72.0)	104(97.1)		
มีเหตุภาวะออก กระสับกระส่ายในเดือนที่ผ่านมา					
ใช่	3(1.5)	3(3.2)	0	NA	
ไม่ใช่	197(98.5)	91(97.8)	106(99.0)		
ปัจจัยด้านบุคคล					
การตระหนักรู้ (รับรู้ว่าเป็นโรค/รักษาอะไร)					
ใช่	147(73.5)	48(51.6)	99(92.5)	0.09(0.04 - 0.20)	<0.001
ไม่ใช่	53(26.5)	40(43.0)	13(12.1)	1.00	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชวิเคราะห์ด้วย univariable logistic regression (N = 200) (ต่อ)

ปัจจัย	ทั้งหมด (n = 200)	กลุ่มไม่มาติดตาม	กลุ่มติดตามดี	crude OR (95%CI)	P-value
		น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง (n = 93)	มากกว่า 5 ครั้ง (n = 107)		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ปัจจัยด้านระบบบริการ					
เข้าถึงระบบการรักษาที่ยาก					
ใช่	27(13.5)	6(6.5)	21(19.6)	0.28(0.11 - 0.73)	0.009
ไม่ใช่	173(86.5)	91(97.8)	82(76.6)	1.00	
พึงพอใจในบริการ					
ใช่	12(6.0)	6(6.5)	6(5.6)	1.16(0.36 - 3.73)	0.802
ไม่ใช่	188(94.0)	82(88.1)	106(99.0)	1.00	
รอตรวจรักษานาน					
ใช่	6(3.0)	3(3.2)	3(2.8)	1.16(0.23 - 5.87)	0.862
ไม่ใช่	194(97.0)	91(97.8)	103(96.2)	1.00	
ปัจจัยด้านครอบครัว					
มีคนจัดยาที่บ้าน					
มี	14(7.0)	6(6.5)	8(7.5)	0.85(0.29 - 2.56)	0.777
ไม่มี	186(93.0)	87(93.5)	99(92.5)	1.00	
ปัจจัยด้านสังคม					
มีคนชักชวนให้เลิกรักษา					
มี	14(7.0)	12(12.9)	2(1.9)	7.78(1.69 - 35.73)	0.008
ไม่มี	186(93.0)	85(91.3)	101(94.4)	1.00	
คิดว่าถูกสังคมรังเกียจ					
ใช่	109(54.5)	65(69.9)	44(41.1)	3.32(1.85 - 5.98)	<0.001
ไม่ใช่	91(45.5)	11(11.8)	80(74.7)	1.00	
มีประวัติถูกกักขัง/ติดคุกใน ปีที่ผ่านมา					
ใช่	4(2.9)	0	0	NA	
ไม่ใช่	196(97.1)	91(97.8)	103(98.1)		

เมื่อนำปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกู่แก้วที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร(multivariable logistic regression) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชคือ การใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน

เพิ่มความเสี่ยง 17.5 เท่า (AOR=17.50, 95%CI: 4.74 - 64.52, p<0.001) การตระหนักรู้ลดความเสี่ยงร้อยละ 82 (AOR=0.18, 95%CI: 0.06 - 0.51, p=0.001) การเข้าถึงระบบการรักษาที่ยากลดความเสี่ยงร้อยละ 89 (AOR=0.11, 95%CI: 0.03 - 0.48, p=0.003)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชวิเคราะห์แบบพหุปัจจัย (N = 200)

ปัจจัย	AOR(95%CI)	p-value
จบประถมศึกษา	7.25 (0.91 - 57.85)	0.062
จบมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	6.59 (0.71 - 61.28)	0.097
มีโรคร่วม	0.95 (0.16 - 5.76)	0.954
ว่างงาน	2.42 (0.71 - 8.22)	0.157
การใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน	17.50 (4.74 - 64.52)	<0.001
การตระหนักรู้	0.18 (0.06 - 0.51)	0.001
การเข้าถึงระบบการรักษาที่ยาก	0.11 (0.03 - 0.48)	0.003
การถูกชักชวนให้เลิกติดตามรักษา	2.39 (0.39 - 14.56)	0.345
ความคิดว่าถูกสังคมรังเกียจ	0.95 (0.44 - 2.03)	0.888

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าผู้ร่วมวิจัยอายุเฉลี่ย คือ 30.3±9.8 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 94.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ibrahim AW, et al²¹ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาในผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลกู่แก้ว ได้แก่ การใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนเพิ่มโอกาสที่จะไม่มาติดตาม 17.5 เท่า (AOR=17.50, 95%CI: 4.74 - 64.52, p<0.001) ส่วนการตระหนักรู้ลดโอกาสที่จะไม่มาติดตามร้อยละ 82 (AOR=0.18, 95%CI: 0.06 - 0.51, p=0.001) การเข้าถึงระบบการรักษาที่ยากลดโอกาสที่จะไม่มาติดตามร้อยละ 89 (AOR=0.11, 95%CI: 0.03 - 0.48, p=0.003)

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบประเมิน MMAS-8 พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาในเกณฑ์ระดับต่ำ ร้อยละ 68.0 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ibrahim AW, et al ที่วัดระดับความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวช 370 รายโดยใช้ MMAS-8 พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือการใช้ยาระดับต่ำ ร้อยละ 45.4²¹ ในขณะที่การศึกษาของจิรศักดิ์ ห้วยทรายและสมชาย สุริยะไกร

ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือการใช้ยาในกลุ่มคนไข้จิตเภทจำนวน 100 รายโดยใช้แบบประเมิน MMAS-8 เช่นกัน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูงถึงร้อยละ 91 แต่เมื่อประเมินร่วมกับการนับเม็ดยากลับพบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือเพียงร้อยละ 62 เท่านั้น³ บ่งชี้ว่าการประเมินความร่วมมือการใช้ยาในคนไข้จิตเวชอาจต้องประเมินหลายวิธีร่วมกัน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาในผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลกู่แก้ว วิเคราะห์แบบถดถอยพหุตัวแปร มี 3 ปัจจัยได้แก่ การใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน การตระหนักรู้และการเข้าถึงระบบการรักษาที่ยาก อธิบายว่า การใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนเพิ่มโอกาสที่จะไม่มาติดตาม 17.5 เท่า (AOR=17.50, 95%CI: 4.74 - 64.52, p<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tamene FB, et al ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท 387 ราย พบว่าการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนเพิ่มโอกาสที่จะไม่มาติดตาม 1.92 เท่า (AOR = 1.92, 95% CI: 1.17-3.13, p=0.009)¹² ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ

Tareke M, et al ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ให้ความร่วมมือกับการใช้ยาในคนไข้จิตเภท 412 ราย พบว่าการใช้สารเสพติด กลุ่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และการเสพคัต(Khat) เพิ่มโอกาสที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา 1.67 เท่า (AOR = 1.67, 95% CI: 1.09-2.56, $p < 0.05$)¹⁸ มีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษา ในคนไข้จิตเภท 893 รายในเอธิโอเปียโดย Mohammed, et al พบว่าการสารเสพติดหลายชนิด(poly substance used) คือใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น ได้แก่ บุหรี่ แอลกอฮอล์ กัญชาและคัต(Khat) ลดโอกาสเสี่ยงที่จะไม่มาติดตามการรักษาร้อยละ 51 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR=0.491, 95%CI: 0.16-1.44, $p=0.197$)⁷ ผลการศึกษาที่แตกต่างอาจเกิดจากลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษาเฉพาะกลุ่มโรคจิตเภท จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่า และชนิดของสารเสพติดที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของสินเงิน สุขสมปอง และคณะ ที่สนับสนุนว่าการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่มาติดตามการรักษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยในไทยและต่างประเทศ ทั้งหมด 24 เรื่อง พบว่าการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก²²

ส่วนการตระหนักรู้ลดโอกาสที่จะไม่มาติดตามร้อยละ 82 (AOR=0.18, 95%CI: 0.06 - 0.51, $p=0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohammed, et al พบว่าการไม่ตระหนักรู้เพิ่มโอกาสของการไม่มาติดตามการรักษา 2.1 เท่า (AOR=2.1, 95% CI: 1.52-2.90, $p=0.0001$)⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงในไนจีเรียโดย Ibrahim AW, et al พบปัจจัยบ่งชี้ที่สัมพันธ์กับการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา คือ ระดับการตระหนักรู้ที่ต่ำเพิ่มโอกาส 1.75 เท่า (AOR=1.75, 95% CI: 1.220 - 2.519, $p=0.002$)²¹

การเข้าถึงระบบการรักษาที่ยากลดโอกาสที่จะไม่มาติดตามร้อยละ 89 (AOR=0.11, 95%CI: 0.03 - 0.48, $p=0.003$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ibrahim AW, et al ศึกษาปัจจัยบ่งชี้การไม่ให้ความร่วมมือในการติดตามรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงในไนจีเรียรวม 370 ราย พบว่าการขาดการสนับสนุนจากสังคมเพิ่มโอกาสไม่มาติดตามการรักษา 1.52 เท่า (AOR=1.52, 95%CI: 1.097-2.129, $p= 0.012$)²¹

ในขณะที่การศึกษาของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพและคณะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการติดตามการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกลจำนวน 275 คน พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการติดตามการรักษา คือ อายุ($p=0.011$) ระดับการศึกษา ($p=0.007$) ระยะเวลาการเจ็บป่วย ($p=0.036$) และความสามารถในการดูแลตนเอง($p=0.024$)⁶ นอกจากนี้งานวิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสินเงิน สุขสมปองและคณะ พบว่า การไม่ร่วมมือในการรักษา การไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก²² ผลประเมินที่ต่างกันอาจเกิดจากขนาดกลุ่มตัวอย่าง วิธีการวัด และลักษณะประชากรที่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาเฉพาะปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาโดยการวิเคราะห์แบบถดถอยตัวแปรเดียว แต่ไม่มีนัยสำคัญเมื่อวิเคราะห์ด้วยพหุตัวแปร พบว่า ระดับช่วงอายุ 18-29 ปี คิดเป็น 2.88 เท่า ($p=0.023$) สอดคล้องกับการศึกษาของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพและคณะ ซึ่งศึกษาผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกลจำนวน 275 คน พบว่า อายุส่งผลต่อความร่วมมือในการติดตามการรักษา ($p=0.011$)⁶ ระดับการศึกษาจำแนกเป็นชั้นประถมศึกษา 3.82 เท่า ($p=0.025$) ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. 4.00 เท่า ($p=0.020$) สอดคล้องกับการศึกษาของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพและคณะ พบว่า ระดับการศึกษาส่งผลต่อความร่วมมือในการติดตามการรักษา($p=0.007$)⁶ และระดับการศึกษาเพิ่มโอกาสไม่มาติดตามการรักษา 1.34 เท่า (OR=1.34, 95%CI 0.93-2.82, $p < 0.001$) ปัจจัยด้านการว่างงานเพิ่มโอกาสที่จะไม่มาติดตามการรักษา 1.93 เท่า ($p=0.033$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Marasine, et al ทำการศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้า 174 รายที่เนปาล พบว่า การว่างงานเพิ่มโอกาสไม่มาติดตามการรักษาด้านเศร้า 1.46 เท่า (95%CI: 1.16-4.13, $p < 0.05$)²³ การมีคนชักชวนให้เลิกรักษาเพิ่มโอกาส 7.78 เท่า ($p=0.008$) ความคิดว่าถูกสังคามรังเกียจเพิ่มโอกาส 3.32 เท่า ($p < 0.001$) ในทางกลับกันพบว่าการมีครอบครัวลดโอกาสที่จะไม่มาติดตามร้อยละ 56 ($p=0.031$) อธิบายว่าการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร(multivariable analysis) ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาติดตามการรักษาน้อยกว่าและศึกษาในกลุ่มโรคที่ต่างกัน

ผลการศึกษากล่าวได้ว่า มีปัจจัยหลายด้านที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษาและไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งกระบวนการรักษาที่สัมฤทธิ์ผลนั้นต้องใช้องค์ประกอบหลายส่วนในการแก้ปัญหา ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการออกแบบระบบบริการที่เหมาะสมตามบริบทในการดูแลคนไข้จิตเวชจึงมีความสำคัญ การใช้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาหรือระบบชุมชนล้อมรั้ว(CBTx)²⁴⁻²⁵ จึงเป็นอีกหนึ่งกระบวนการที่คาดว่าจะลดโอกาสการกำเริบของโรค การไม่มาติดตามการรักษา และทัศนคติต่อการใช้ยาในกลุ่มคนไข้จิตเวชได้ดียิ่งขึ้น

สรุปผล

ผลการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบประเมิน MMAS-8 พบว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการไม่มาติดตามการรักษาคือ การใช้สารเสพติด แอมเฟตามีน 17.5 เท่า ปัจจัยลดโอกาสในการไม่มาติดตามการรักษาคือ การตระหนักรู้ร้อยละ 82 และการเข้าถึงระบบการรักษาที่ยากร้อยละ 89

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่มาติดตามการรักษาของคนไข้จิตเวชที่เข้ารับบริการคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 เมื่อพิจารณาช่วงเชื่อมั่นหรือ 95% CI แล้วพบว่าช่วงเชื่อมั่นในบางปัจจัยค่อนข้างกว้างทำให้ความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ลดลง ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากจำนวนประชากรที่เข้าร่วมงานวิจัยไม่มากพอทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยที่มาติดตามการรักษาน้อยกว่า 5 ครั้ง/ปี ส่งผลให้การวิเคราะห์ในบางปัจจัยอาจยังไม่เห็นความสัมพันธ์ที่ชัดเจน การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะในโรงพยาบาลเขตชุมชนทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้ส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบท ซึ่งมีความแตกต่างกันด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและสถานภาพทางสังคม ดังนั้นควรเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นเพิ่มเติม เช่น โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ กอปรคุณ ตยัคคานนท์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ให้ความรู้ให้คำปรึกษาด้านการวิจัยและอาจารย์แพทย์หญิง นิโบล ช่วยแสง ที่ได้คำปรึกษาในส่วนของการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ขอขอบคุณนางวิมลรัตน์ สระดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลกู่แก้ว ในการสนับสนุนการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์และนัดติดตามผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Sonya Yee. UNODC World Drug Report : Global instability compounding social, economic and security costs of the world drug problem [internet]. 2025; [cited 2025 June 26]. Available from: <https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2025/June/unodc-world-drug-report-2025>
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2568]. เข้าได้จาก: https://dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/dl.asp?id=469
3. Huaisai J, Suriyakrai S. Factors associated with medication adherence in schizophrenic patients at Dong Luang Hospital. Srmed J [internet]. 2025; [cited 2025 Sep 28]. Available from: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/181345>
4. Zewdu WS, Dagnew SB, Tarekegn GY, Yazie TS, Ayicheh MA, Dagnew FN. Non-adherence level of pharmacotherapy and its predictors among mental disorders in a resource-limited life trajectories. BMC Psychiatry [internet]. 2025; [cited 2025 Oct 5]. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06838-9>

5. Vu TS, Tran NN, Le TTH, Ngo TK, Nguyen TTH, Nguyen TAV, Nguyen TTD, Nguyen PL, Nguyen TN, Kim TL, Dang TM. Factors associated with treatment non-adherence among patients with bipolar disorder in Vietnam. *East Asian Arch Psychiatry* [internet]. 2025; [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://doi.org/10.12809/eaap2507>
6. ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, สมพิตร ทรายสมุท, รัช รัชตระกูล, วินัย รอบคอบ, วีระชัย เชื้อนแก้ว. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการบริการสุขภาพจิตทางไกลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. *J Health Sci BCNSP* 2025; 7(3):80-92.
7. Mohammed F, Geda B, Yadeta TA, Dessie Y. Antipsychotic medication non-adherence and factors associated among patients with schizophrenia in Eastern Ethiopia. *BMC psychiatry* 2024; 24(1):108.
8. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ(HDC). ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทและยาเสพติดสะสมที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง[อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน 2568]. เข้าได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/22710ed5db1ed6b12Aab540a7b0753b3>
9. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008; 10(5):348–354.
10. Sakthong P, Chabunthom R, Charoenvisuthiwongs R. Psychometric properties of the Thai version of the 8-item Morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes. *Ann Pharmacother* [internet]. 2009 [access 2025 Aug 4] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19366872/>
11. ทรรศยา แสงเจือ, มัชฌิมา สิริชุมแสง, จิตติมา มีศิริ, พิมพ์มาดา พรเพิ่ม. การวัดความร่วมมือในการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แบบรายงานตนเองคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา[อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 4 สิงหาคม 2568]. เข้าได้จาก: <https://opac1.lib.buu.ac.th/medias3/b00332109/56210119.pdf>
12. Tamene FB, Mihiretie EA, Mulugeta A, Kassaye A, Gubae K, Wondm SA. Medication non-adherence and associated factors among peoples with schizophrenia: multicenter cross-sectional study in Northwest Ethiopia. *BMC Psychiatry*[internet]. 2024; [cited 2025 Aug 18]. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06004-7>
13. Eticha T, Teklu A, Ali D, Solomon G, Alemayehu A. Factors associated with medication adherence among patients with schizophrenia in Mekelle Northern Ethiopia. *PLoS ONE* [internet]. 2015;[cited 2025 Nov 7]. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0120560>
14. Sukyung S, Eunyoung P. Factors Influencing medication adherence among individuals with schizophrenia: a qualitative meta-synthesis based on the ecological model. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs* 2025; 34(1):40-53.
15. นิสากร โพธิมาศ, ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ, จิตารัตน์ คณึงเพียร. ประสิทธิภาพความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท: การทบทวนวรรณกรรมเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 มิถุนายน 2568]. เข้าได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/241815/169995>
16. Zwide GE, Dewet ZT, Sokudela FB. Medication non-adherence in re-admitted patients at a psychiatry hospital: A qualitative study. *S Afr J Psychiatr* 2025; (31):23-45.

17. กมลวรรณ สีเชียงสา, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, สายทิพย์ สุทธิรักษา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ[อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2568]. เข้าได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/171578>

18. Tareke M, Tesfaye S, Amare D, Belete T, Abate A. Antipsychotic medication non-adherence among schizophrenia patients in Central Ethiopia. *S Afr J Psychiatr*[internet]. 2018; [cited 2025 Sep 1]. Available from: <https://doi.org/10.4102/Sajpsychiatry.v24i0.1124>

19. เกียรติสุตา ศรีสุข. ระเบียบวิธีวิจัย, พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่ : ครองช่างพริ้นติ้ง; 2552.

20. Bloom, Benjamin S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York : McGraw-Hill; 1971.

21. Ibrahim AW, Yahya S, Pindar SK, Wakil MA, Garkuwa A, Sale S. Prevalence and predictors of sub-optimal medication adherence among patients with severe mental illnesses in a tertiary psychiatric facility in Maiduguri, North-eastern Nigeria. *Pan Afr Med J* 2015; 21:39.

22. สิ้นเงิน สุขสมปอง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2559; 61(4): 331-340.

23. Marasine NR, Sankhi S, Lamichhane R, Marasini NR, Dangi NB. Self-reported antidepressant drug side effects medication adherence and its associated factors among patients diagnosed

with depression at the psychiatric Hospital of Nepal. *Depress Res Treat* 2020; 7024275.

24. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี [Community based treatment and rehabilitation (CBTx) and Best Practices] [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2568]. เข้าได้จาก: <https://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/62/cbtx.pdf>

25. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโตรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, วีร์ เมฆวิสัย. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ(ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). นนทบุรี: วิกทอเรียอิมเมจ; 2559.